



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

### EDITORE:

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

### IN PRIMO PIANO

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

## Quando lo psichiatra rifugge l'Agorà viene meno al suo dovere?

Giancarlo Cerveri

DIRETTORE PSICHIATRIA OGGI

---

Tucidide nella sua opera, *Le Guerra del Peloponneso*, riporta un'orazione funebre al termine del primo anno di conflitto, orazione pronunciata dallo stesso Pericle in memoria dei cittadini ateniesi morti per difendere la città.

In essa sono riportate numerose riflessioni sul senso di responsabilità nell'essere liberi, il dovere del coraggio nel difendere la propria libertà. È un'appassionata difesa della democrazia ateniese, un sistema di governo in cui, nel momento della difficoltà, è compito di ognuno farsi carico del proprio peso per il bene comune. Una riflessione profondamente attuale che porta inevitabilmente il pensiero alle caratteristiche stesse della democrazia in cui ogni cittadino è responsabile dell'intera comunità a cui appartiene.

Una frase frequentemente riportata è attribuita allo stesso Pericle in questo Epitaffio (anche se dal contenuto del testo la si può desumere pur non essendo presente materialmente in questi termini), ed è la seguente:

*“Solo perché non ti interessi di politica non significa che la politica non si interesserà a te.”*

Un'esortazione a tutti gli ateniesi a farsi direttamente partecipi dei destini della Polis perché, comunque, saranno inevitabilmente investiti da questi.

Ora qualcuno potrebbe chiedersi il senso di proporre una riflessione che si colloca circa 2.500 anni nel passato per riflettere su tematiche che attengono alla disciplina della psichiatria. Quale motivo possa giustificare il riferimento in una rivista scientifica indirizzata ad addetti

ai lavori, ossia persone che in modo diretto o indiretto si occupano di tematiche inerenti alla salute mentale.

Credo che sia rilevante perché forse abbiamo perso di vista la centralità dell'insegnamento contenuto nella frase soprariportata e siamo stati sorpresi dai cambiamenti sopravvenuti negli anni.

In questo editoriale proverò ad riaffrontare alcuni passaggi organizzativi che hanno coinvolto i servizi di salute mentale (e quindi anche chi ci lavora ed i pazienti e familiari che a questi si rivolgono per ottenere percorsi di cura) e che sono stati origine di un cambiamento nel nostro modo di pensare il ruolo della psichiatria nel contesto della società. Cercherò di definire, quando possibile, o immaginare, negli altri casi, i motivi per cui di fronte a tali cambiamenti siamo risultati, come professionisti e come cittadini, così poco protagonisti per non dire addirittura semplici testimoni distratti.

È utile premettere qualcosa della storia della nostra disciplina. Molti dei lettori sono già a conoscenza dei brevissimi accenni che seguiranno, ma per i più giovani lettori ritengo sia utile contestualizzare, pur se in modo schematico, alcuni passaggi.

Gli anni '70 del secolo scorso hanno rappresentato una fase di fortissimo impegno politico per chi lavorava in psichiatria, molti colleghi sentivano l'esigenza di porre termine al ruolo di supporto all'ordine pubblico, che la disciplina psichiatrica svolgeva. La gestione manicomiale della malattia psichica sosteneva nell'immaginario pubblico l'idea che persone, per il solo fatto di essere affette da una patologia psichiatrica, risultavano pericolose per sé e per gli

altri, e dunque necessitanti di una separazione dal contesto pubblico al fine di preservare la sicurezza dei cittadini.

La battaglia combattuta in quegli anni, squisitamente politica, nel senso della tensione volta a modificare i rapporti di forza all'interno dell'equilibrio sociale per produrre un cambiamento di aspettative e ruoli attesi, ottenne il rilevante risultato, reso evidente nel corso del decennio successivo, di riportare la psichiatria nell'alveo delle altre discipline mediche, sia fisicamente (SPDC nell'Ospedale Generale) che culturalmente (un desiderio di psichiatria biologica che potesse fornire una spiegazione della malattia psichiatrica in analogia alle altre forme morbose che colpivano il soma, ottenne un successo inarrestabile nelle nuove generazioni di professionisti).

Così si aprirono gli anni '90 con una sensazione di grande ottimismo, la "pillola della felicità" (così veniva chiamato il Prozac), introdotta nel mercato farmaceutico nel 1989, impazzava sui giornali e scalava le classifiche di vendita, producendo fatturati da capogiro. La psichiatria appariva finalmente utile anche al ceto medio produttivo del paese. Occuparsi di psichiatria sembrava essere diventato un buon investimento.

In questo contesto ha cominciato a cambiare il modo stesso di fare lo psichiatra. Si è cominciata un'opera di de-

costruzione dell'immagine di un professionista impegnato nel contesto sociale alla difesa di diritti dei cittadini più fragili. Un medico capace di togliersi il camice e pesare sul dibattito pubblico su aree quali diritti e ruoli sociali. Esso era riconducibile ad matrice rappresentativa di procedure e affermazioni in cui a parole come diagnosi, malattia e cura si preferivano espressioni come istituzione, diritti e identità. Quell'immagine cominciò ad apparire superata appartenente ad un'epoca passata, espressione di un modo di agire non più in linea con tempi in cui la disciplina psichiatrica era rientrata nell'alveo delle condotte mediche ordinarie.

E così negli anni successivi, in modo sufficientemente ordinato, ha preso forma un'immagine più disciplinata dello psichiatra, in cui ha prevalso una mediazione intensa con il modello medico già presente in ospedale. Pur con alcune sostanziali differenze in merito alle modalità con cui si giungeva ad una diagnosi, alle procedure relative agli interventi senza consenso e alla capacità di misurare i risultati degli interventi, potremmo dire che un processo di normalizzazione della disciplina abbia avuto luogo nei 10 anni successivi all'approvazione della legge 180 del 1978 e sua integrazione nella legge 833 dello stesso anno Istitutiva se Servizio Sanitario Nazionale.



Le scuole di specialità e i congressi sono stati i luoghi privilegiati dove proporre questo nuovo modello come espressione di un inarrestabile percorso di rinascita della disciplina fondata su verità scientifiche. I reparti ospedalieri hanno invece rappresentato gli ambiti in cui il modello si è depositato in pratiche condivise.

In tutti i contesti un riferimento al modello biologico forniva un indiscutibile vantaggio. Così come per il ricercatore “biologista” c’era un vantaggio naturale nei percorsi di carriera in Università (maggiore capacità di pubblicazioni scientifiche), chi organizzava congressi di “psichiatria biologica” suscitava un interesse più rilevante nelle aziende farmaceutiche che rappresentavano (e lo rappresentano tutt’ora) gli sponsor più significativi per i grandi eventi formativi. Nell’ospedale generale il linguaggio della biologia era più facile da trasmettere a colleghi di altre discipline e ad amministratori.

Questa tipologia organizzativa in cui la Psichiatria dei Servizi si trovò incardinata nel sistema dell’ospedale generale capace di garantire un intervento ospedaliero tramite presenza in Pronto Soccorso in consulenza e nelle attività di reparto con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura si completava con il modello di presa in cura territoriale tramite i Centri PsicoSociali e le strutture residenziali e semiresidenziali. Venne proposto un modello nazionale tramite due Progetti Obiettivi Nazionali per la Salute Mentale nel 1994 e del 1998 che completarono questa trasformazione.

Sono poi sopraggiunti cambiamenti di contesto che hanno coinvolto la psichiatria come altre discipline mediche in un processo riorganizzativo. Trattare però la psichiatria in modo analogo ad altre specialità dotate di un paradigma organizzativo e gestionale profondamente diverso ha portato ad enormi problemi.

Provo a spiegarmi meglio. L’inserimento della psichiatria nell’ospedale generale è stata una irrinunciabile conquista di civiltà per il nostro paese. Restituire il diritto alla cura (come garantito dell’articolo 32 della costituzione) anche

alle persone sofferenti di patologia psichiatrica è stato un passaggio culturale di eccezionale significato. Per ottenere questo credo sia stato necessario operare un cambiamento rilevante nell’operare delle persone che lavoravano in salute mentale con uno sforzo che oggi definiremmo di modeling, una modalità di apprendimento sociale per cui si acquisiscono nuovi comportamenti, abilità e atteggiamenti osservando e riproducendo i comportamenti altrui. In qualche maniera chi operava in psichiatria ha cercato di assomigliare ai colleghi di altre discipline. Questo processo di assimilazione ha forse corso il rischio di far dimenticare l’essenziale diversità della disciplina, che non discende dalla diversità del pensiero degli operatori ma che viene giustificata dalla natura stessa della patologia di cui propone la cura. Una patologia che coinvolge l’attività dei processi di funzionamento mentale e dunque l’essenza stessa della persona nel contesto in essa è posta.

Potrebbe apparire una differenza sottile, ma inevitabilmente questa peculiarità trasforma la psichiatria ed il lavorare in questo ambito in una dimensione profondamente diversa sia in termini di procedure diagnostiche e trattamentali che in termini di relazione con un contesto sociale di riferimento che pone implicitamente o esplicitamente obiettivi e limiti.

Ed è proprio con una consapevolezza attenuata della diversità della psichiatria che sono state affrontate alcune grandi sfide negli anni successivi che proverò brevemente a descrivere. Per comprendere meglio questo punto ricordò alcuni colleghi che in piena buona fede hanno ribadito con forza la necessità di evitare “Leggi Speciali” per la psichiatria, Chiedevano che la psichiatria fosse trattata come le altre discipline cadendo in un tranrello logico. Le “Leggi Speciali” nel nostro paese avevano un tratto comune, erano cattive leggi. Se qualcuno va con i ricordi pensa immediatamente alle “Leggi Razziali” come esempio di “Leggi Speciali”.

Su questa diffidenza verso il legislatore nasce la pretesa di un’assimilazione della psichiatria alle altre discipline.

Riconoscere invece che la psichiatria possiede nel suo interno peculiarità non assimilabili renderebbe conto della necessità di un pensiero legislativo dedicato, di tipo rispettoso, civile, inclusivo, tollerante e aperto.

Cercherò di seguito di riassumere brevemente i passaggi che a mio parere hanno investito la nostra disciplina generando grandi cambiamenti nel nostro modo di lavorare ed una minuscola riflessione non solo verso il contesto sociale di riferimento ma anche all'interno del nostro ambito professionale.

## **AZIENDALIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO**

Comincerei con il tema dell'aziendalizzazione del servizio sanitario italiano. Un processo introdotto nel 1992 con il Decreto Legislativo 502 e successivamente riaggiornato nel 1999 con il Decreto Legislativo 229 (Riforma Bindi).

Il processo di trasformazione rispose alla necessità di contenere la spesa pubblica, di introdurre criteri di efficienza e di efficacia nella gestione degli ospedali. Separò le funzioni di indirizzo in capo alle Regioni dalle funzioni di gestione, in capo ai Direttori Generali. Infine, introdusse un criterio di responsabilizzazione dei dirigenti (medici) sul raggiungimento di obiettivi. Una delle modifiche più rilevanti fu il passaggio dal pagamento dei ricoveri da giornata di degenza a tariffa per prestazione. Per fare un esempio concreto, un ricovero per appendicite ora viene riconosciuto con la medesima tariffa su tutto il territorio nazionale (a parte specifiche complicazioni) indipendentemente dalle giornate passate in ospedale. Precedentemente lo stesso intervento aveva un costo riconducibile ai giorni passati in ospedale. Un approccio che era teso ad una razionalizzazione dei servizi e ad un miglioramento della performance economico-finanziaria complessiva.

Gli svantaggi di questo sistema sono stati un'eccessiva razionalizzazione, a volte ai limiti del sostenibile per il

sistema, con un rischio di aumento delle disuguaglianze di accesso alle cure, per la difficoltà a mantenere servizi adeguati in aree periferiche e poco popolate, ed una perdita di indirizzo programmatico a vantaggio di una eccessiva valorizzazione del ruolo gestionale della singola azienda.

E per la psichiatria cosa è accaduto? Trattata come altre discipline ha fatto i conti con tutti i cambiamenti imposti a cominciare dalla tariffazione dei ricoveri. Chi in quegli anni già frequentava i servizi di psichiatria, ricorda come tutti si sarebbero aspettati un'esclusione della nostra disciplina dalle regole del sistema dei DRG. Passava l'idea che la psichiatria meritasse un riconoscimento economico diverso anche in virtù della "funzione" che i ricoveri non volontari continuavano ad avere in tema ordine pubblico. Eppure, la modifica è stata applicata in modo indistinto a tutte le attività di ricovero. Quali le conseguenze?

Una norma nata per porre un argine all'esplosione della spesa sanitaria, avviata a seguito dell'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, ha impattato profondamente la psichiatria che proveniva da principi organizzativi completamente diversi e che è stata inserita in questo sistema al fine di preservarne il mandato di cura.

Le norme relative alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici, confermate poi dai Piani Obiettivi Nazionali per la Salute Mentale negli anni '90, avevano stabilito delle dotazioni ospedaliere (1 posto letto ogni 10.000 abitanti) che ancora oggi ci pongono tra i paesi europei con le risorse più scarse. Tutto ciò costruiva un sistema in cui i reparti lavoravano con tassi di saturazione molto elevati, con scarsa possibilità di programmare gli interventi, ma soprattutto con costi limitatissimi perché se non ci sono posti letto non ci sono nemmeno spese derivate da degenze troppo lunghe.

Eppure la trasformazione dell'Ospedale in Azienda, ha imposto anche per i ricoveri psichiatrici una normativa che stabiliva la durata di un ricovero economicamente

vantaggioso. Come abbiano definito questi valori è storia ma il risultato fu che definirono tempi clinicamente incompatibili con un reale percorso di cura capace cioè di portare ad una realistica stabilizzazione del quadro clinico. Per un ricovero di Psicosi è definito un importo forfettario omnicomprensivo che il Servizio Sanitario rimborsa all'ospedale per l'intero ricovero. Sulla base dei costi giornalieri si evince che tale ricovero, per essere economicamente vantaggioso dovrebbe durare non più di 10 giorni. Lo stesso vale per le gravi forme depressive o i ricoveri per disturbi di personalità.

È questa questione così importante? Hanno mai impedito di ricoverare una persona per più tempo qualora fosse necessario? No certo ma ha creato una condizione per cui la psichiatria è diventata un'area non appetibile nel contesto manageriale dell'azienda. Abituando tutti all'idea che quelle erano le risorse e con quelle era necessario creare soluzioni. Insomma sparito il mandato di servizio previsto prima dell'aziendalizzazione la psichiatria è diventata "un'area in perdita" che nel modello aziendale finiva in un cono d'ombra.

In questo contesto ci si è abituati, pressati anche da richieste di ricovero sovrabbondanti rispetto ai posti letto disponibili, a degenze medie comprese tra i 10 giorni e le due settimane. Una psichiatria efficiente che si abituava a ripetere ricoveri per gli stessi pazienti, che ricoverava solo persone con stati acuti gravissimi, che dimetteva persone precocemente prima che il paziente avesse raggiunto una completa remissione, affidando il peso di ciò che il servizio non faceva alle famiglie che, insieme ai servizi territoriali, si trovavano a volte a garantire continuità di intervento post acuto in un contesto inadeguato.

In conclusione, ritengo che tale processo abbia portato ad un'organizzazione del nostro lavoro non finalizzato a migliorare la salute dei pazienti e neppure economicamente utile al sistema aziendale. L'idea che la psichiatria fosse una disciplina come le altre non ha fatto altro che

abbandonarla a cambiamenti organizzativi che con la psichiatria avevano poco o nulla a che fare.

## REGIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO

Le Regioni hanno responsabilità primaria in termini di organizzazione ed erogazione dei servizi di prevenzione, diagnosi e cura così recita la norma. Ma il reale processo di trasformazione regionale dei servizi sanitari ha preso avvio nel 1992 con l'aziendalizzazione del sistema, ed ha subito un'accelerazione con la riforma Bindi nel 1999 che introduce una sorta di federalismo fiscale legando i tributi erariali regionali al finanziamento (nota come Addizionale Regionale).

Nel 2001 infine, la riforma del Titolo V della Costituzione stabilisce la potestà concorrente di Stato e regioni in materia di sanità. Lo Stato mantiene competenza esclusiva in materia di definizione dei Livelli Minimi di Assistenza. Le Regioni acquisiscono autonomia sulla parte organizzativa e gestionale.

Come è andato questo processo in Regione Lombardia per la psichiatria? A distanza di tanti anni qualche riflessione possiamo esprimerla. La valutazione non può essere disgiunta dall'analisi del contesto generale. Il corpo legislativo regionale si è caratterizzato per una separazione tra le funzioni di erogazione e quelle di controllo, cioè ha stabilito che esistevano degli erogatori di prestazioni (pubblici e privati) e coloro che controllavano l'appropriatezza di tali prestazioni (ASL prima ora ATS).

Pur con diverse riforme successive il sistema ha funzionato con erogatori pubblici e privati posti in modo competitivo nella risposta ai bisogni di cura e ASL/ATS con funzione di programmazione monitoraggio e controllo.

Il corpus organizzativo ha investito la disciplina psichiatrica con una normativa specifica che definiva tariffe per gli interventi territoriali, residenziali e semiresidenziali. Ma per ragioni specifiche legate alle funzioni specifiche

connesse alla disciplina si è creato, nelle pieghe della normativa, un sistema non competitivo ma più esplicitamente complementare tra pubblico e privato, in cui è lasciato al primo l'attività di ricovero acuto e di presa in carico territoriale ed è stato attribuito al secondo un ruolo molto rilevante nella gestione degli interventi residenziali. Senza entrare nel dettaglio di tutte le norme, quello che è avvenuto che la psichiatria è rimasta, anche in questo caso, un po' ai margini delle questioni organizzative rilevanti. In un sistema sanitario competitivo tra erogatori pubblici e privati, la disciplina psichiatrica manteneva un'organizzazione di servizio pubblico per molte delle attività legate al mandato di cura: interventi senza consenso, presa in carico assertiva territoriale, psichiatria di comunità. Il ruolo del privato ha avuto un notevole rilievo sono per gli interventi più remunerativi come la residenzialità.

Quali le conseguenze di questa marginalizzazione dal processo di riforma regionale? Potremmo dilungarci in moltissime riflessioni ma ve ne porto due.

La prima è che il Dipartimento di Salute Mentale ha perso la funzione di programmazione delle risposte cliniche verso la popolazione di competenza.

Costretto tra un'organizzazione manageriale che impone un efficientamento dell'organizzazione volta alla produzione di prestazioni ed un'organizzazione macro che lascia alle ASL (ora ATS) le funzioni di programmazione, acquisto e controllo delle residenzialità private, si è persa la capacità di orientare la risposta ai bisogni secondo una visione ordinata. Le prestazioni in urgenza o programmate diventano sempre più pressanti. L'accesso ad una risorsa limitata come la riabilitazione residenziale viene sempre più lasciata alla singola comunità privata che si organizza secondo una logica interna. I Dipartimenti di Salute Mentale hanno perso la capacità di governare la domanda e di organizzare la risposta clinica secondo principi di priorità in un contesto a risorse limitate.

Non sorprende, in questo contesto, che il Piano Regionale per la Salute Mentale sia stato licenziato nell'anno 2004, oltre 20 anni senza nessuna indicazione ulteriore. Un vuoto di indicazioni in un contesto di cambiamento epidemiologico e sociale enorme per la psichiatria.

Un piano quello del 2004 molto ricco in termini gestionali su come rispondere ai bisogni di cura ma carente nel definire standard territoriali o ospedalieri utili a garantire il mantenimento degli investimenti e attrarne di nuovi. La disciplina psichiatrica, esclusa dalle logiche competitiva di altre discipline e privata di qualunque funzione di programmazione della risposta di cura, ha patito una progressiva perdita di rilevanza.

Una fotografia impietosa di questo processo è apparsa recentemente in un documento regionale. A novembre del 2025 Regione Lombardia pubblica la DGR 5247 con cui si adegua alle indicazioni nazionali contenute nel Decreto Ministeriale 70 del 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". In sintesi, per erogare cure ai cittadini bisogna garantire determinati standard per ogni disciplina, e Regione Lombardia si trova in esubero per molte discipline, per la psichiatria la condizione è invece opposta. Anni di mancata programmazione ed investimenti in un sistema regionale interessato ad una sanità capace di produrre risultati immediati ha portato ad un impoverimento di risorse che è visibile nelle difficoltà dei servizi attualmente disponibili ed in netto contrasto con un aumento rilevante delle richieste di cura.

Ritengo che non essere stati efficaci nel rappresentare la specificità della disciplina psichiatrica nel contesto dell'ospedale abbia contribuito a questa deriva di marginalità che costringe chi lavora ad una sempre maggiore difficoltà nel cercare di fornire risposte di cura ai cittadini sofferenti di patologia psichiatrica.

## **APPROVAZIONE DELLA LEGGE 81 DEL 2014, LA CHIUSURA DELL'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO, LA NASCITA DELLE RESIDENZE PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA**

L'approvazione della legge 81 del 2014 ha rappresentato un'ulteriore evidenza dei grandi cambiamenti a cui, coloro che lavorano nell'ambito della salute mentale, partecipano con disattenta superficialità, fino al momento in cui le modifiche, di cui il sistema è oggetto, finiscono per trasformare in modo talmente profondo i riferimenti quotidiani da ridisegnare non solo i termini stessi dell'azione di lavoro ma anche la natura stessa del ruolo che lo psichiatra assume nel contesto sociale di riferimento. Il tema della gestione dei soggetti autori di reato e prosciolti per vizio di mente è da sempre risultato un tema cruciale nella storia della psichiatria e della dottrina giuridica del nostro paese.

L'impossibilità di giudicare tali soggetti, indipendentemente dalla gravità del reato commesso ed il conseguente proscioglimento, ha creato l'obbligo di pensare ad una alternativa al sistema carcerario come strumento di contenimento della pericolosità sociale oltre che modalità di assicurazione dell'opinione pubblica. Nel tempo, tra fine del XIX secolo e gran parte del XX secolo si sono alternate modalità segregative all'interno degli Ospedali Psichiatrici ordinari o in strutture specificatamente individuate per questa tipologia di soggetti, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG).

L'idea che esistesse un luogo capace di curare tali individui ed al contempo contenerne la pericolosità sociale è stata interrotta bruscamente, agli occhi di lavoro nei servizi psichiatrici, con una legge da molti ritenuta frutto di una sorta di "colpo di mano" di pochi. Nella realtà dei fatti si scopre che la legge pur scritta con profonda approssimazione (diversi rilievi sono stati riportati dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 22 del 2022), è il punto

di arrivo di un percorso legato all'incompletezza della legge 180 che è intervenuta sugli Ospedali Psichiatrici ma ha lasciato del tutto immutata la norma sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Questi ultimi hanno proseguito le loro attività creando un ingravescente imbarazzo istituzionale perché espressione di una mancata integrazione tra gli obblighi detentivi ed i diritti dell'individuo maturati nel corso degli anni. Numerosi ricorsi alla Corte Europea per i Diritti dell'Uomo (CEDU) ha visto sul tema degli OPG il nostro paese soccombente.

Se si imparano a leggere i segni dell'alfabeto giuridico che legano la storia del nostro paese si scopre che a seguito del passaggio della medicina carceraria dal ministero della giustizia al ministero della sanità (nel 2008) e alcune sentenze della Corte Costituzionale tra cui la 253 del 2003, tra le prime che sottolineava come al giudice fosse concesso utilizzare misure alternative all'OPG ove lo ritenesse auspicabile. Tali pronunciamenti sono poi proseguiti definendo con sempre maggiore enfasi il ruolo residuale dei provvedimenti di internamento in OPG a favore di una cura da erogare in capo ai servizi di salute mentale senza differenziare tra coloro che spontaneamente si rivolgevano ad essi per una cura e coloro che vi giungevano con un obbligo imposto dall'autorità giudiziaria.

Non è questo il luogo per cominciare una riflessione sulle modalità di risposta a questi bisogni. Mi limito ad osservare che anche in questo caso si è prodotto un cambiamento rilevante nell'organizzazione dei servizi e del modo di lavorare nella disciplina psichiatrica senza che ci sia stata una partecipazione pubblica da parte dei professionisti direttamente impegnati nel costruire un modello di risposta. La sensazione è quella di aver rinunciato ad un ruolo di co-costruzione di risposte a favore di un più rassicurante funzione di esecutore di indicazioni fornite da altri esterni alla disciplina che, a mio giudizio, mancano delle indispensabili competenze ed esperienze in merito necessarie per formulare risposte adeguate e percorribili.

È sotto gli occhi di tutti gli addetti ai lavori le enormi criticità che la gestione della salute mentale nei soggetti autori di reato sta creando in termini di sofferenza dei servizi e allarme sociale.

## **INTERVENTI SENZA CONSENSO E SENTENZA CORTE COSTITUZIONALE N° 76 DEL 2025**

Recentemente la Corte costituzionale è intervenuta emendando la legge 180 del 1978 (legge Basaglia) nelle parti in cui non prevedeva che il TSO potesse attuarsi senza le tutele connesse alla limitazione della libertà personale. In virtù di tale pronunciamento, l'atto di TSO deve essere ora notificato alla persona e la stessa ha diritto all'incontro con un giudice che possa esercitare un'attività di controllo effettivo di legalità.

Il tema in sé è giuridicamente molto interessante per la necessità di contemperare quanto previsto dall'articolo 32 della costituzione (Diritto alla salute) e dall'articolo 13 (Tutela della libertà personale). L'intervento sanitario, senza consenso e coattivamente imposto, sfida nella sua realizzazione la possibilità del rispetto di entrambi.

La Corte Costituzionale sul tema si era già espressa con una precedente sentenza che riguardava (guarda un po') la legge 81 del 2014. Con la sentenza 22 del 2022 era entrata parzialmente nel merito con alcune considerazioni su interventi obbligatori e coattivi, secondo le quali, l'articolo 13 della costituzione sembrava assumere un ruolo prioritario rispetto all'articolo 32 della costituzione:

«allorquando un dato trattamento sia configurato dalla legge non soltanto come obbligatorio –con previsione di sanzioni a carico di chi non si sottoponga spontaneamente ad esso – ma anche come «coattivo» – potendo il suo destinatario essere costretto con la forza a sottoporvisi, sia pure entro il limite segnato dal rispetto della persona umana –le garanzie dell'Art. 32 Cost, devono sommarsi a quelle dell'Art 13 Cost, che tutela in via generale la libertà personale, posta in

causa in ogni caso di coercizione che abbia ad oggetto il corpo della persona»

Nell'anno in corso con la sentenza 76 del 2025 la Corte sembra completare l'attuazione di tale principio: «ogni trattamento suscettibile di essere eseguito con la forza nei confronti del paziente deve essere qualificato come una misura restrittiva della libertà personale ex Art. 13 Cost» quindi l'intervento del Giudice Tutelare nella procedura prevista dall'Art.35 L. 833/1978 – essendo il TSO per malattia mentale un trattamento sanitario coattivo – deve concretizzarsi in un'attività di controllo effettivo di legalità.»

Cosa significa per la disciplina psichiatrica questa sentenza? Dobbiamo in qualche maniera essere partecipi del dibattito?

Per ora il significato apparirebbe limitato. I giudici di fatto si “accontentano” di colloqui da remoto con il paziente già ricoverato in SPDC ma la questione risulta a mio parere più rilevante.

L'intervento del Giudice Tutelare non sarebbe finalizzato ad accertare le condizioni di salute della persona, ma solo a svolgere funzioni di controllo, garanzia e tutela.

Il controllo sulla regolarità della procedura e sull'esistenza dei “presupposti di fatto” che rendono necessario l'intervento coattivo è tanto rilevante per cui non basta il controllo cartolare della procedura, ma è necessaria una «audizione», oltre alla notifica.

Infine, per garantire la tutela della persona si prevede l'audizione che è anche uno “strumento per il Giudice per conoscere le reali condizioni in cui versa la persona interessata anche dal punto di vista della rete sociale”.

Le criticità possibili di tale sentenza risalgono alla concezione del TSO come provvedimento sanitario o giuridico.

Fino all'approvazione della Legge Basaglia, la cura della salute mentale era questione prevalentemente di ordine pubblico. L'atto di internamento in manicomio risultava un provvedimento squisitamente giuridico. Nella L.36/1904 era centrale il contenimento asilare della persona affetta da

disturbo mentale, con la finalità principale di difendere la società dalla presunta pericolosità sociale del soggetto e dal rischio intrinseco di pubblico scandalo. Era prevista l'iscrizione nel casellario giudiziario (equiparando la condizione di malattia in qualche modo ad un atto antiggiuridico).

Tale sistema normativo decretava una sorta di automatismo tra malattia mentale–pericolosità–incapacitazione.

Il trattamento era prima e innanzitutto «controllo», poi eventualmente cura.

Il cambio di paradigma della L.180/1978 e quindi della L.833/1978 impronta la visione alla centralità del trattamento e segnatamente del trattamento oggi definibile «community-based». L'ospedalizzazione è eccezionale e il TSO è «eccezione nell'eccezione», residuale e extrema-ratio.

Da un certo punto di vista si può pensare che, equiparando la privazione della libertà per motivi sanitari alla privazione di libertà per atti anti-giuridici, si capovolga nuovamente il paradigma, vincolando la procedura del TSO alla forma del «processo»: è quantomeno implicito (soprattutto con l'attuale modalità del video-colloquio) che nell'udienza di convalida il sanitario si trovi in qualche modo a difendere la propria scelta (o quella di Collegli), che è dettata da motivi squisitamente clinici (anche perché se il Giudice deve tutelare il paziente da possibili abusi, il medico deve difendersi dal sospetto di averli commessi), quindi il sanitario si trova «contro» la posizione del paziente (o del suo rappresentante legale) rischiando di rendere più complesso quel comportamento di creazione di alleanza terapeutica volta alla riacquisizione del consenso e dunque ad una precoce decadenza dei presupposti del TSO.

Il termine di paragone, anche esplicito, della sentenza della Corte Costituzionale, è l'arresto compiuto dalle forze dell'ordine. In tale contesto la misura adottata «dall'autorità di pubblica sicurezza in casi straordinari di necessità e urgenza», cui fa seguito l'udienza di convalida, riguarda un ambito (l'atto illecito e le valutazioni in termini di pericolosità, rischio di fuga, rischio di reiterazione) che

verte tutto ed interamente sullo stesso piano (per il giudice e per le forze dell'ordine), quello giuridico e penale.

Nel caso del TSO le valutazioni che fanno i medici sono diverse da quelle che fa il Giudice, ed anche la finalità del ruolo istituzionale ricoperto è profondamente diversa.

Anche e soprattutto le valutazioni prognostiche in termini di «clinica» sono difficilmente rappresentabili al Giudice, esse sono, per loro natura sfumate e probabilistiche, mentre il Giudice fa valutazioni di tutela di libertà, che non possono essere né sfumate né probabilistiche (la libertà non può essere diminuita o aumentata, o è o non è).

Sono molto lontano da poter dare una valutazione completa del significato della sentenza della Corte Costituzionale n. 76 del 2025 e tantomeno fornire una previsione dei cambiamenti che essa potrebbe innescare, ma sicuramente è un cambiamento su un'area così complessa e contraddittoria come è l'agire psichiatrico coattivo nel punto di snodo tra il rischio di commettere un abuso di potere o l'abbandono di un incapace.

Osservo infine che il problema della dialettica tra psichiatra e magistrato non è tematica nuova né emergente:

«Che volete poi che faccia il Tribunale in camera di consiglio? Volete che chiami personalmente al suo cospetto ogni denunciato, per vedere se è pazzo? E, quando lo facesse, come e con quali criteri potrebbe venire a capo con vera scienza e coscienza? Il magistrato si troverebbe in grande imbarazzo, e non potrebbe, di regola, che deferire completamente all'avviso dell'uomo tecnico»

*Luigi Lucchini, magistrato penale ed accademico, intervento critico in relazione al Progetto di Legge 36/1904, per la parte in cui prevedeva un controllo dell'Autorità giudiziaria sugli internamenti in manicomio.*

## CONCLUSIONI

A conclusione del testo volevo riportare alcune riflessioni su una tematica che non è solo clinica ma che attiene al ruolo stesso dello psichiatra e alla modalità con cui la

disciplina viene insegnata. Se infatti fare lo psichiatra significa anche, per la natura stessa della disciplina che non è solo tecnica ma anche politica, occuparsi di biologia di psicologia e di sociale, apprendere cognizioni giuridiche e sociologiche risulta una condizione necessaria all'esplicitamento del compito connesso all'essere psichiatra.

E dunque per una psichiatria capace di svolgere la sua funzione, individualmente o nelle forme collettive che il contesto permette, risulta inevitabile occuparsi della società in cui viviamo perché essa è composta da soggetti e gruppi portatori di aspettative sul ruolo che la psichiatria stessa può e deve avere nell'equilibrio con cui si interviene sulle problematiche connesse alla salute mentale.

Badate bene, le aspettative in tema di salute mentale espresse da individui e gruppi nel contesto sociale sono di norma legittime, né giuste né sbagliate, ma frutto di una richiesta fondata da un pensiero che può essere politico, giuridico o anche morale.

È l'assenza del pensiero tecnico/scientifico di cui la disciplina psichiatrica è portatrice, che altera in modo estremamente pericoloso la composizione dialettica di un equilibrio maturo. Un agire psichiatrico limitato alla dimensione biologica, proprio per la limitazione della possibilità di intervenire efficacemente sull'individuo, viene meno al compito che istituzionalmente è necessario attendersi con un grave danno all'equilibrio della disciplina che finisce inevitabilmente per essere governata da un pensiero politico e giuridico.

L'assenza dello psichiatra dall'Agorà è il vero problema che merita un'attenta strategia di risposta. Un'assenza che fa male a chi lavora nei servizi di salute mentale finisce per fare il male di coloro che soffrono di una patologia psichiatrica e inevitabilmente produce un danno anche alla società che è costretta ad elaborare risposte su un tema così cruciale necessariamente parziali, incomplete ed inefficaci.

---

AFFERENZA DELL'AUTORE:

*Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze  
ASST Lodi*

CORRISPONDENZE:

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



## Budget di Salute – L'esperienza del DSMD di Franciacorta

*Materzanini A.*

### ABSTRACT

Il Budget di Salute (BdS) è oggi uno dei modelli più innovativi nella presa in carico delle persone affette da disturbi psichici e portatrici di bisogni complessi. Si fonda su un approccio integrato che unisce risorse sanitarie, sociali, educative e comunitarie all'interno di un progetto personalizzato e partecipato. Superando le logiche istituzionalizzanti e prestazionali, il BdS consente la costruzione di percorsi di vita che promuovono autonomia, inclusione e benessere. Il presente articolo analizza l'esperienza del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) dell'ASST Franciacorta, che ha applicato il modello con efficacia crescente attraverso la costituzione di una governance multilivello, la coprogettazione sistematica dei PTRI, l'impiego di risorse di welfare in modo generativo e la costruzione di economie di sistema. I risultati clinici ed economici positivi, confermati da dati longitudinali, dimostrano la sostenibilità e l'efficacia del modello, rendendolo replicabile anche in altri contesti regionali e nazionali.

### IL BUDGET DI SALUTE COME MODELLO DI CURA

Osservando i dati relativi alla distribuzione delle risorse regionali destinate alla salute mentale in Italia ed in Lombardia nel 2024, emerge un quadro paradossale che solleva interrogativi profondi sull'effettiva coerenza

tra bisogni delle persone e scelte organizzative. Circa il 70% dei fondi destinati alla Salute Mentale viene infatti assorbito dalla residenzialità psichiatrica, che riguarda appena il 2% degli utenti. Al contrario, il restante 30% è destinato a tutte le altre forme di intervento territoriale – Centri Psico-Sociali (CPS), centri diurni, sostegno domiciliare, inserimenti lavorativi – che interessano il 98% dell'intera utenza.

Questi numeri raccontano una realtà ancora fortemente sbilanciata: la gran parte delle risorse è vincolata a strutture ad alta intensità e lunga permanenza, mentre i percorsi personalizzati e flessibili, che rappresentano l'alternativa più moderna e rispettosa dei diritti delle persone, ricevono una quota minoritaria di investimenti. Il dato assume una valenza ancora più critica se confrontato con gli indicatori di efficacia del Budget di Salute: minori ricoveri, maggiore autonomia, costi ridotti.

L'impressione è quella di un sistema che continua a investire sulla cronicizzazione di pochi, anziché sull'autonomia di molti. Un riequilibrio nella destinazione delle risorse – coerente con il principio di equità e con l'approccio orientato alla recovery – non è più solo auspicabile: è necessario.

Il Budget di Salute (BdS) rappresenta un'evoluzione paradigmatica nella cura delle persone con bisogni complessi, soprattutto in ambito psichiatrico, superando il modello prestazionale e istituzionale ancora dominante in molte realtà. Più che uno strumento economico, esso si configura come un modello integrato e relazionale di presa in carico, fondato su una visione sistemica della persona, dei suoi contesti di vita e delle risorse comunitarie attivabili. Il BdS non distribuisce risorse in modo standardizzato, ma costruisce percorsi personalizzati,

co-progettati e dinamici, che si evolvono nel tempo secondo le esigenze e le potenzialità dell'individuo.

La sua forza risiede nella capacità di connettere più sistemi: sanitario, sociale, educativo, lavorativo, abitativo e affettivo, mobilitando attori pubblici, terzo settore, famiglie e comunità in un'alleanza di cura. Il focus si sposta dalla diagnosi alla persona nel suo intero ecosistema di vita. Il BdS parte dal presupposto che ogni soggetto ha diritto a un progetto di vita autodeterminato, e che l'intervento efficace è quello che abilita, non quello che protegge passivamente.

Alla base vi sono riferimenti teorici consolidati:

- il modello della recovery, che valorizza il processo soggettivo di ripresa e ricostruzione del senso di sé;
- l'approccio capability di Amartya Sen e Martha Nussbaum, che sottolinea l'importanza di rimuovere gli ostacoli alla libertà di scegliere e vivere una vita significativa;
- la co-progettazione dei servizi pubblici, secondo cui i cittadini non sono utenti ma co-protagonisti;
- l'eredità della psichiatria di comunità italiana, inaugurata da Franco Basaglia, che fonda la cura sull'inclusione, la libertà e la responsabilità condivisa.

Il BdS è dunque molto più di un contenitore economico: è una metodologia complessa di progettazione integrata, orientata alla costruzione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) che rispecchi realmente i bisogni e i desideri della persona. La sua definizione comporta una valutazione multidimensionale, che considera aspetti clinici, funzionali, relazionali, culturali, lavorativi, abitativi e di partecipazione sociale.

L'innovazione del modello sta nella centralità delle relazioni, intese non solo come strumenti, ma come dispositivi terapeutici. La cura non è un atto specialistico isolato, ma un processo corale che avviene dentro la rete delle relazioni significative, della comunità locale e degli spazi in cui la persona può abitare, apprendere, lavorare, amare e partecipare.

In questo senso, il BdS è anche una tecnica di trasformazione del welfare, che rompe la separazione tra sanità e sociale, tra curare e abilitare, tra pubblico e privato, tra operatori e cittadini. La sua finalità ultima è costruire condizioni di equità reale, restituendo possibilità di scelta, mobilitando potenziali latenti, rigenerando i legami sociali e valorizzando le capacità delle persone, anche in presenza di vulnerabilità gravi e croniche.

L'adozione del BdS implica un cambio di mentalità per gli operatori e per le istituzioni: significa spostarsi da un modello prescrittivo e centrato sull'offerta, a uno generativo e centrato sulla domanda significativa, accettando la complessità, l'incertezza e la negoziazione. Significa anche rendere la comunità parte integrante del processo terapeutico, attraverso percorsi di sensibilizzazione, partecipazione e corresponsabilità.

## **L'ESPERIENZA DEL DSMD FRANCIACORTA: ORGANIZZAZIONE E PRINCIPI**

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Franciacorta, che copre un'area vasta della provincia di Brescia (divisa in 5 ambiti territoriali), ha fin dalla sua origine un marcato orientamento verso le azioni rivolte all'inclusione sociale. Oltre al SPDC, l'organizzazione territoriale dell'Unità di Psichiatria si articola in tre Centri di Salute Mentale – in Lombardia Centri Psico Sociali – (Iseo, Rovato, Orzinuovi), una SRP<sub>1</sub>, due SRP<sub>2</sub>, due Centri Diurni. Al Dipartimento afferiscono anche la Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, il Servizio per le Dipendenze, la Psicologia Clinica ed i Servizi per la Disabilità.

Nel 2009 il DSMD attivò il progetto sperimentale "Voucher di Salute", approvato e finanziato da Regione Lombardia. In estrema sintesi, si propose di finanziare con le quote annue di 6 residenzialità protette almeno 24 percorsi di vita territoriali. Questa prima esperienza dimostrò che una presa in carico fondata sulla coprogettazione, la responsabilizzazione condivisa e la flessibilità poteva determinare esiti clinici positivi e riduzioni significative della spesa.

Questi dati hanno spinto il DSMD a estendere il modello, che oggi coinvolge decine di persone su base annuale. Dal marzo 2023, infatti, il Dipartimento di Franciacorta ha scelto di chiudere una delle due SRP2 che operavano sul territorio. Attraverso il progetto 'Territori per la Salute Mentale', si propone di riconvertire fondi destination alla residenzialità protetta in percorsi di domiciliarità assistita e inclusione sociale. Ha convertito l'intera somma che finanziava il mantenimento della Struttura, con 14 posti letto, in percorsi di Budget di Salute. L'impegno preso con Regione Lombardia di sostenere con la stessa cifra il triplo delle persone sul territorio è stato abbondantemente mantenuto.

La riduzione dei costi sanitari è accompagnata da un aumento degli esiti positivi: minori ricadute, maggiore aderenza ai trattamenti, miglioramento della qualità della vita, riduzione delle situazioni conflittuali. L'efficacia è quindi doppia: clinica ed economica.

Un elemento distintivo è rappresentato dalla governance multilivello, garantita da un livello direzionale, uno gestionale ed uno operativo. A tutti i livelli partecipano tutti gli attori della rete, che siano istituzionali o meno. La Cabina di Regia rappresenta il livello direzionale che indica le linee di intervento ed è composta da rappresentanti dell'ASST, degli Uffici di Piano, delle cooperative sociali (Clarabella, IS.PA.RO, Diogene, Airone, Palazzolese ed altre), delle associazioni familiari e dei rappresentanti degli utenti. Questo organismo ha anche il compito del monitoraggio degli esiti.

Il livello gestionale prevede quattro tavoli locali, uno per ogni ambito territoriale, ed ha il compito di valutare e attivare i singoli progetti nonché di reperire le risorse necessarie al livello operativo per la realizzazione dei PTRI. Il livello operativo è rappresentato dalla microequipe, costituita sul singolo progetto individualizzato e composta da operatori del DSMD, degli uffici sociali del comune di residenza, dagli operatori del terzo settore, dalla persona beneficiaria del progetto e dalla sua famiglia, nonché da tutte le risorse formali od informali

presenti. Il coinvolgimento attivo della rete sociale permette una transizione da un welfare prestazionale a un welfare generativo, fondato su reciprocità, empowerment e sostenibilità.

## **RESIDENZIALITÀ DIFFUSA E SUPERAMENTO DELLE STRUTTURE**

Uno degli ambiti in cui il BdS ha prodotto i cambiamenti più rilevanti è quello della residenzialità. Storicamente, la risposta al bisogno abitativo nei percorsi di salute mentale è stata la collocazione in strutture protette (SRP1, SRP2), spesso con costi elevati, tempi lunghi e scarsa progettualità individuale. Il modello franciacortino ha progressivamente riconvertito questa spesa verso soluzioni abitative flessibili, leggere e integrate.

Attraverso il BdS, gli utenti sono oggi accompagnati in percorsi di housing sociale, appartamenti condivisi con supporto educativo, convivenze guidate o inserimenti singoli in contesti ordinari. L'abitare non è più una prestazione, ma una funzione abilitante. La comunità non è vista come rischio, ma come risorsa. L'esperienza della "Casa di Alice" ad Adro o degli appartamenti nella Cascina Clarabella mostra che anche soggetti con storie lunghe di istituzionalizzazione possono vivere in autonomia relativa, con supporti proporzionati e rinnovabili nel tempo.

Il concetto di "residenzialità come funzione" sostituisce quello di "residenzialità come struttura": non si finanzia un posto letto, ma un progetto abitativo coerente con il PTRI, i desideri della persona e il suo livello di funzionamento. Questo cambio di paradigma è cruciale per promuovere cittadinanza, appartenenza e legami sociali duraturi.

## **COPROGETTAZIONE, EMPOWERMENT E GOVERNANCE COMUNITARIA**

Alla base del funzionamento del BdS nel DSMD Franciacorta vi è la pratica strutturata della coprogettazione. Ogni PTRI nasce da un processo che coinvolge direttamente la persona, il suo contesto familiare, l'équipe

curante e gli attori del territorio. L'obiettivo non è solo la definizione di interventi, ma la costruzione condivisa di un percorso di vita coerente, negoziato e dinamico.

Il PTRI viene aggiornato periodicamente, monitorato nei suoi obiettivi e rimodulato in caso di variazioni dei bisogni o dei contesti. La responsabilità è diffusa: il case manager ha funzione di regia e interfaccia, ma tutte le componenti del sistema sono corresponsabili. La Cabina di Regia ha funzione autorizzativa, di valutazione e di orientamento strategico.

Questo modello consente di superare la logica verticale dei servizi e di valorizzare la conoscenza situata, l'esperienza degli utenti e la capacità generativa della comunità. Il lavoro di rete tra ASST, comuni, cooperative e associazioni permette di moltiplicare le risorse attivabili, rendendo ogni progetto unico, flessibile e sostenibile. La coprogettazione non è solo un metodo, ma una scelta etica e politica.

## **INCLUSIONE SOCIALE, DIRITTI E WELFARE GENERATIVO**

Uno degli effetti più rilevanti del BdS è il passaggio da una concezione prestazionale del welfare a una visione generativa. La persona non è più destinatario passivo di un pacchetto di prestazioni, ma soggetto attivo, produttore di valore. Questo si traduce nell'accesso a esperienze formative, lavorative, abitative e culturali che non hanno solo una funzione terapeutica, ma costituiscono l'esercizio pieno della cittadinanza.

Nel contesto franciacortino, le cooperative sociali svolgono un ruolo centrale. Cascina Clarabella, ad esempio, offre inserimenti in ambito agricolo, vinicolo e turistico; Dispari, che ha raccolto l'eredità di IS.PA. RO si occupa di manutenzioni, lavorazioni meccaniche e traslochi; Diogene e Airone attivano percorsi educativi, riabilitativi e lavorativi. Molti utenti con BdS ha intrapreso un'esperienza di lavoro, con diverse modalità: tirocini, borse, contratti a tempo, inserimenti protetti.

L'impatto è duplice: per l'individuo, che acquisisce

ruolo, reddito, riconoscimento; per la comunità, che si arricchisce di relazioni, coesione e senso. L'inclusione sociale è il contrario della cronicizzazione: è la dimostrazione che ogni soggetto può contribuire al bene comune, se adeguatamente sostenuto.

## **ESITI CLINICI E SOSTENIBILITÀ ECONOMICA**

L'efficacia del BdS non è solo teorica, ma confermata da dati. Il progetto "Voucher di Salute", nato nel 2009 in Franciacorta, ha permesso di dimettere pazienti da SRP con percorsi di riabilitazione domiciliare e sociale, ottenendo risultati clinicamente ed economicamente rilevanti: riduzione del 98,4% delle giornate in struttura; diminuzione del 64,5% dei ricoveri in SPDC; risparmio annuo complessivo di circa 230.000 euro su una decina di utenti; nessun reinserimento in struttura dopo un anno.

Quel progetto sperimentale ha avuto un altro ruolo di grande importanza: ha permesso di acquisire l'esperienza necessaria per compiere il passo successivo. Come evidenziato dalla già citata sperimentazione conclusa nel 2024, con le risorse previste per garantire la residenzialità protetta a 14 persone è stato possibile attivare ben 49 percorsi di BdS. Questi percorsi hanno coinvolto persone già ospitate in strutture SRP1 e SRP2, oppure con caratteristiche cliniche compatibili con l'inserimento in tali strutture.

Il BdS si configura come uno strumento di economia circolare della salute. Le risorse impiegate si moltiplicano in benefici per la persona, la famiglia e il territorio. Il risparmio non è l'obiettivo, ma la conseguenza di una cura centrata sulla persona e sulla comunità.

## **STRUMENTI DI VALUTAZIONE E ACCOUNTABILITY**

Uno dei punti di forza del modello franciacortino è l'attenzione alla valutazione degli esiti, suddivisi in indicatori di esito e di processo. Tra i primi sono stati considerati hard outcomes (giornate di ricovero in SPDC, in SR,

accessi in PS) e soft outcomes (qualità della vita, misurata con la SF-36, e soddisfazione rispetto ai servizi, misurata con la CAT). Sono state inoltre valutate variabili di confondimento, tra cui la gravità di malattia (CGI), l'uso di alcolici e sostanze (CAUS e CDUS), il funzionamento globale (VGF) e le variabili sociodemografiche. Tra gli indicatori di processo sono stati valutati il numero di incontri dei diversi livelli di governance e è in fase di valutazione il livello di coesione dei diversi livelli (Network Cohesion index).

Ogni progetto è sottoposto a una valutazione periodica, che coinvolge l'utente e l'équipe. I dati vengono discussi nella Cabina di Regia, per correggere, migliorare e orientare le scelte future.

L'accountability non è solo verso le istituzioni, ma verso i cittadini. Il BdS rende visibile il valore sociale della salute mentale e contribuisce a modificare la cultura locale.

Questi dati verranno messi a disposizione una volta raggiunto il numero statisticamente rilevante.

## **INNOVAZIONE, FORMAZIONE E PARTECIPAZIONE**

Il consolidamento del BdS nel contesto franciacortino è stato reso possibile anche grazie a un investimento continuo in formazione, innovazione organizzativa e promozione della cultura partecipativa. A partire dal 2009, numerosi progetti formativi hanno coinvolto operatori sanitari, educatori, assistenti sociali, responsabili comunali e familiari, con l'obiettivo di costruire un linguaggio comune e condividere strumenti operativi.

Tra le esperienze più rilevanti si segnala il programma formativo "Percorsi per il Budget di Salute" promosso da IS.PA.RO e dalla ex ASL di Brescia, nonché i momenti di scambio interregionale promossi con altre realtà sperimentali (Campania, Piemonte, Toscana). È stato così possibile rafforzare le competenze sulla valutazione multidimensionale, sulla coprogettazione, sul lavoro di rete e sull'utilizzo di strumenti digitali per il monitoraggio.

L'innovazione è anche culturale. Il Dipartimento ha

promosso negli anni eventi pubblici, festival, incontri aperti, collaborazioni con scuole e università, nel tentativo di contrastare lo stigma e rendere la salute mentale un bene comune.

## **VERSO UNA RIFORMA NAZIONALE DEL BUDGET DI SALUTE**

Nonostante i risultati ottenuti in diverse Regioni, il BdS non è ancora pienamente riconosciuto a livello nazionale. Le Linee guida ministeriali del 2021 costituiscono un passo importante, ma mancano strumenti cogenti: finanziamenti stabili, riconoscimento nei LEA, definizione di standard minimi, formazione obbligatoria. Regione Lombardia ha inserito il Budget di Salute come indicazione da seguire nella DGR XII/3720 (Regole di Sistema 2025).

L'esperienza del DSMD Franciacorta, che ha saputo integrare pianificazione clinica, risorse del territorio, sostenibilità economica e cultura partecipativa, rappresenta un modello replicabile. Tuttavia, senza una riforma normativa il rischio è che il BdS resti confinato a "isole felici", dipendenti dalla buona volontà dei singoli contesti.

È necessario un salto di paradigma: riconoscere che il diritto alla salute mentale non può essere garantito solo da strutture e prestazioni, ma necessita di un ecosistema complesso, dinamico, inclusivo e generativo. Il Budget di Salute è oggi l'unico strumento in grado di rendere effettivo questo diritto.

## **CONCLUSIONI**

Il Budget di Salute, così come realizzato dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Franciacorta, rappresenta un'esperienza matura, strutturata e dimostrabilmente efficace di riabilitazione psichiatrica orientata alla comunità, alla persona e all'innovazione sistemica. I suoi punti di forza risiedono nella capacità di coniugare approcci clinici, organizzativi e sociali in un unico progetto coerente e dinamico.

La centralità della persona, la costruzione di percorsi personalizzati e condivisi, l'investimento sulla coproget-

---

tazione interistituzionale, il coinvolgimento delle risorse comunitarie e la valutazione multidimensionale degli esiti costituiscono elementi di assoluta rilevanza, sia teorica che operativa. I risultati raggiunti in termini di riduzione dell'istituzionalizzazione, aumento dell'autonomia, miglioramento della qualità della vita e contenimento dei costi confermano la validità del modello.

Il Budget di Salute si presenta dunque non solo come un dispositivo tecnico, ma come una vera e propria scelta di campo: una modalità concreta di declinare i diritti, costruire cittadinanza, promuovere giustizia sociale e generare salute. In un momento storico in cui la sanità pubblica è chiamata a ripensarsi, esperienze come quella franciacortina mostrano la via per una trasformazione possibile, auspicabile e urgente. La sfida ora è politica: dotare questo strumento delle garanzie normative, economiche e culturali necessarie per farne un diritto universale.

---

AFFERENZA DELL' AUTORE

*Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze  
ASST Franciacorta*

CORRISPONDENZA

[dsm@asst-franciacorta.it](mailto:dsm@asst-franciacorta.it)

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Basaglia F. (1979). *L'istituzione negata*. Torino: Einaudi.
2. Rotelli F. (2013). *L'istituzione inventata*. AlphaBeta Verlag.
3. Saraceno B. (2021). *Un'altra salute è possibile*. Feltrinelli.
4. Dell'Acqua G.M. (2016). *Non ho l'arma che uccide il leone*. AlphaBeta Verlag.
5. Callea G, Materzanini A. (2005) *Lavoro e legame sociale*. Franco Angeli
6. Regione Lombardia (2023). *Linee guida sul Budget di Salute*.
7. Ministero della Salute (2021). *Raccomandazioni per l'attuazione del BdS*.
8. ASST Franciacorta (2009–2024). *Documentazione interna progetti BdS*.
9. Clarabella, IS.PA.RO, Diogene, Airone (2009–2023). *Bilanci sociali e relazioni progettuali*.

# La prima esperienza di co-programmazione dei servizi di Salute Mentale in ATS Città Metropolitana di Milano

*Ferrari R. \*, Arcidiacono E. \*, Cauli G. \*, Fornoni C. \*, Mancin R. \*, Salari B. \*, Tosoni F. \*, Rolli F. \**

## ABSTRACT

Il presente lavoro intende descrivere il processo di co-programmazione dell'area della Salute Mentale e Dipendenze che ha visto l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) Città Metropolitana di Milano impegnata nel ruolo di proponente e conduttore.

Il processo, promosso e avviato accogliendo le istanze del mondo del Terzo Settore attraverso la Campagna per la Salute Mentale, avviatosi nel marzo 2025 e concluso formalmente a giugno 2025, ha visto la partecipazione di una importante parte pubblica (descritta nel dettaglio nel testo) assieme ai rappresentanti degli Enti del Terzo Settore (ETS) che lavorano nell'ambito della salute mentale e che hanno risposto alla Manifestazione di Interesse indetta da ATS.

Di seguito vengono descritte la ratio sottostante l'avvio del percorso, l'impostazione organizzativa, la metodologia utilizzata nel dispiegarsi degli incontri ed infine la sintesi delle riflessioni emerse in ogni tavolo, riflessioni che nel rispetto delle peculiarità territoriali risultano avere degli importati temi ricorrenti e comuni.

## PREMESSA

Con la Delibera della Giunta Regionale (DGR) 3824 di Regione Lombardia del 27 gennaio 2025 "Approvazione delle Linee di indirizzo per la co programmazione (...) nell'area salute mentale", sono state emanate le indicazioni finalizzate alla realizzazione del primo percorso di co-programmazione nell'area della Salute Mentale,

affidandone la regia a livello territoriale alle ATS. La scelta di intraprendere questo percorso è motivata anche dalle istanze portate all'attenzione della Direzione Generale Welfare da parte di alcuni soggetti degli Enti del Terzo Settore (ETS) attraverso il percorso della Campagna della Salute Mentale.

Il processo di co-programmazione è una modalità di relazione tra la Pubblica Amministrazione e il Terzo Settore, ispirata al principio di collaborazione e non subalternità, che può generare arricchimento ed una più completa lettura dei bisogni, oltre a facilitare la creazione di un clima di fiducia. La co-programmazione e la co-progettazione sono disciplinate dagli artt. 55-57, D.L. 117/2017 "Codice del Terzo Settore" e dal Decreto Ministeriale 72 del 2021, che regolamentano lo svolgimento di procedure per l'amministrazione condivisa con gli ETS nei processi di programmazione e organizzazione territoriale, con l'obiettivo di individuare bisogni, interventi a tal fine necessari, modalità di realizzazione e risorse disponibili.

"La co-programmazione, che sia promossa dalla Pubblica Amministrazione o avviata su istanza di parte di uno o più ETS, è nevralgica e centrale perché riguarda, prima che entri in gioco la negoziazione di risorse economiche (...), il momento in cui Pubblica Amministrazione ed Enti di Terzo Settore sono chiamati a compiere alcuni passaggi fondamentali per rivelare da dove quel processo di amministrazione condivisa proviene e dove può condurre" (Pezzana, 2023).

Declinato secondo la DGR 3824/2025, gli obiettivi della co-programmazione nel campo della salute mentale, riportati nell'Allegato A del testo, sono i seguenti: 1) raggiungimento di una puntuale conoscenza dei bisogni, dei servizi e delle opportunità rivolte alle persone e relative famiglie in condizione di fragilità mentale, mappando interventi e principali stakeholders; 2) focalizzare gli obiettivi e le priorità volti alla promozione di processi di cambiamento attraverso l'introduzione di modelli innovativi, flessibili e integrati pubblico e privato; 3) favorire l'individuazione di interventi innovativi che possano con-

correre al raggiungimento degli obiettivi; 4) individuare modalità attuabili di ricomposizione delle risorse pubbliche e private; 5) strutturare momenti stabili di confronto tra tutti i soggetti presenti a livello territoriale.

Obiettivo di questo lavoro è descrivere e dare evidenza del processo di co-programmazione a cui ATS Città Metropolitana di Milano ha dato avvio e che ha monitorato nel periodo tra aprile e giugno 2025, dando seguito alla DGR 3824/2025.

## METODO DI LAVORO

In coerenza con lo spirito dell'amministrazione condivisa, il metodo di lavoro scelto ha visto la definizione di tutti i passaggi che potessero condurre ad un'analisi chiara e partecipata delle condizioni del sistema di Salute Mentale e Dipendenze sul quale intervenire.

In una prima fase sono stati elaborati tutti i dati utili alla definizione dei contenuti da trattare, e presentati in sede di Organismo di Coordinamento della Salute Mentale e Dipendenze (OCSMD) congiuntamente all'Organismo

Tabella 1

### SINTESI ISTANZE EMERSE IN OCSMD, OCNPIAD E CABINA DI REGIA

Valutazione Multidimensionale del Bisogno (VDM) integrata tra le ASST e Comune di residenza, in occasione di richieste di inserimento in strutture extraregionali per casi multiproblematici, valutando la disponibilità nella rete regionale di posti appropriati alle esigenze della persona.

Domiciliarità (Potenziamento «CDOM» e Dimissioni Protette da SPDC)

Presa in carico della cronicità anche in salute mentale

Inclusione, Sensibilizzazione della comunità in ambito della salute mentale

Disagio giovanile

Prevenzione allontanamento familiare, minori in carico alle UONPIA

Domiciliarità: Casa come primo luogo di cura

Supporto consulenziale anche in telemedicina da parte dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze in relazione alle persone con disturbi del comportamento in carico alla rete residenziale sociosanitaria per utenti con problemi comportamentali.

Protocolli specifici per RSA e RSD

Percorso per il potenziamento della capacità della rete regionale delle residenzialità di rispondere ai bisogni dell'utenza anziana/disabile che presenta particolare complessità (es. disturbi comportamentali/difficoltà nell'alimentazione) riconoscendo attraverso opportuni interventi tariffari il maggiore impegno assistenziale alla casistica in questione.

### SINTESI ISTANZE PRESENTATE NEL DOCUMENTO DELLA CAMPAGNA SALUTE MENTALE

Investire nella prevenzione primaria: Disagio giovanile

Presa incarico, inclusione, domiciliarità (budget di salute)

Valorizzazione dell'ESP

Incremento della presenza di «servizi leggeri» (domiciliari, lavorativi, abitativi, di reinserimento nel tessuto sociale) messi in rete e flessibili. Fare cose «semplici» per la salute mentale. ma che durino nel tempo (presa in carico domiciliarità ed inclusione)

Tabella 2

STRUMENTI		STRUMENTI
Budget di salute	<b>CONTINUITÀ</b>	Formazione congiunta
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prevenzione rivolta ai minori e ai giovani garantendo il legame con il contesto comunitario</li> <li>– Transizione età e servizi</li> <li>– Promozione di forme di empowerment della comunità</li> </ul>	
	<b>DOMICILIARITÀ</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Accompagnamento all'abitare nella casa e nella comunità per perseguire la recovery</li> <li>– Coinvolgimento dell'ESP, dell'associazionismo familiare e delle reti naturali</li> <li>– Promozione di forme di empowerment della comunità</li> </ul>	

di Coordinamento della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza e Dipendenze (OCNPIAD) in data 8 aprile ed in sede di Cabina di Regia ATS il 9 aprile 2025. Tali dati di analisi epidemiologica presentati, relativi alla popolazione assistita in Salute Mentale e Dipendenze e alla spesa sostenuta, sono disponibili nel Documento di Sintesi "Esito della co-programmazione in Salute Mentale" prodotto da ATS Milano e deliberato nel luglio 2025.

In seguito al confronto scaturito in queste tre sedi, ATS Milano ha elaborato un quadro sinottico (Tavola 1) delle istanze emerse dagli organi sopracitati, istanze che trovano coerenza con le richieste rappresentate attraverso la Piattaforma della Campagna per la Salute Mentale, anch'esse presenti in *tabella 1*.

A partire da questo elenco è stata effettuata un'analisi di cluster qualitativo, da cui sono derivate due macroaree concettuali: "Domiciliarità" e "Continuità" delle cure (*Tabella 2*).

Il semilavorato esitato da questo primo lavoro con gli Organismi di Coordinamento e la Cabina di Regia ATS ha costituito la base per la chiamata degli ETS tramite l'Avviso di manifestazione di interesse ad evidenza pubblica, ed è stato anche la base per il lavoro di co-programmazione.

All'Avviso hanno risposto 49 ETS, a cui è stato chiesto di esprimere una preferenza per l'area territoriale su cui lavorare, tra Area Milano (corrispondente al Comune di

Milano), Area Ovest (corrispondente alle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali- ASST Ovest Milanese, Rhodense e Nord Milano) e Area Est (corrispondente alle ASST Melegnano Martesana e ASST Lodi).

## IL PERCORSO DI CO-PROGRAMMAZIONE

Il percorso di co-programmazione si è svolto in tre incontri, organizzati tra maggio e giugno, organizzati in modo che i tre tavoli relativi alle aree territoriali già identificate nell'Avviso potessero lavorare parallelamente.

Oltre agli Enti del Terzo Settore, ad ogni tavolo ha partecipato una componente di parte pubblica costituita da:

- ATS Dipartimento PIPSS
- ATS Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria (SC Servizio Regionale Supporto Piani e Programmi di promozione della Salute)
- Dipartimento Cure Primarie delle ASST
- Direttori di Distretto
- Rappresentanti di Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) delle ASST e degli RCCS
- Rappresentanti Dipartimento Interaziendale delle Prestazioni Erogate dell'Area Dipendenze (DIPE AD)
- Rappresentanti dei Sindaci
- Rappresentanti Uffici di Piano
- Rappresentanti Ufficio Scolastico Territoriale

- Rappresentante dei Centri per la Giustizia Minorile (CGM) e Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM)

### Primo incontro: 21 maggio 2025

Ad apertura del percorso di co-programmazione, si è tenuta una riunione plenaria, con l'introduzione dei lavori, condivisione degli obiettivi e dello spirito della co-programmazione.

In seguito alla suddivisione dei tre tavoli, è cominciato l'avvio al confronto e alla discussione. Per stimolare questa fase iniziale, sono state proposte due domande aperte, che permettessero di indagare il punto di vista e la prospettiva dei diversi attori presenti: 1) Cosa pensate sia utile per favorire la continuità? e 2) Cosa pensate sia utile per favorire la domiciliarità?

Le risposte, raccolte digitalmente ed organizzate in file Excel tramite Google Whiteboard, sono state elaborate in tempo reale.

Nel tavolo dell'area di Milano sono state raccolte 45 risposte, commentando le quali si ha dato avvio alla discussione.

Il primo punto emerso ha riguardato la necessità di una **maggior integrazione tra i diversi servizi** e la differenza nelle modalità comunicative utilizzate. È stato evidenziato in diversi interventi l'importanza di introdurre la figura di un **Case Manager**, che permetta un lavoro integrato e

trasversale. Altro tema discusso ha riguardato la necessità di **formazione congiunta degli operatori**, così da poter creare dei percorsi adattabili e modificabili in base alle diverse esigenze. Sono state riportate a titolo di esempio alcune esperienze di **intervento domiciliare**, ritenute dai presenti molto utili e da implementare, con particolare attenzione al supporto alle famiglie. Infine, si è delineato un aspetto critico per gli ETS, rappresentato dal bisogno di **continuità sui progetti**, che spesso si interrompono nonostante la loro potenziale funzionalità, e l'utilità di un **raccordo tra progettualità di tipo sociale e di tipo sanitario**.

Nel tavolo di area Ovest, il confronto tra partecipanti si è indirizzato principalmente sulla necessità di interventi a **supporto della domiciliarità** (sia nella dimissione dalla residenzialità sia direttamente al domicilio del paziente e al suo contesto di vita), l'importanza di mappare le buone pratiche ed effettuare formazione congiunta, il ruolo del **case manager**, l'omogeneizzazione dei percorsi di transizione dall'età evolutiva all'età adulta, il supporto alle **famiglie e ai caregiver** e la valorizzazione il sapere esperienziale del **paziente esperto (ESP)**.

Infine, La discussione del tavolo Est ha preso avvio da una analisi circa la centralità del tema della Programmazione Socio-Sanitaria Integrata. Rispetto alla domiciliarità, è emersa la necessità di uno studio più

Tabella 3

Formazione	BISOGNI RILEVATI E COMUNI TRA LE AREE	
	Rete, supporto fuori dai servizi, coinvolgimento delle reti sociali naturali, volontari formati › empowerment dell'utente	Mappatura
	Modello di valutazione dei bisogni, presa in carico e loro monitoraggio, regia e trasversalità di funzioni (case manager)	
	Supporto e collaborazione familiari, care-giver- ESP e volontari formati	
	Raccordo dei progetti sociali e socio-sanitari, integrazione delle offerte del territorio, risorse sia economiche che umane (case manager)	
	Interventi a domicilio, nei luoghi di vita del paziente, volontari con specifica formazione › empowerment dell'utente	

approfondito dell'area al fine di acquisire una maggiore consapevolezza di quelli che sono i bisogni effettivi, per poi spostarsi sul tema delle risorse (sia economiche, sia di mezzi e personale, sia in relazione alla capacità di gestione oculata). Inoltre, è emersa l'importanza di stabilire una modalità trasversale di lavoro, per favorire la cooperazione tra enti pubblici e privati. Alla seconda domanda circa la continuità, le risposte si sono orientate similmente, facendo emergere la necessità dell'uso trasversale di risorse (economiche ed umane), di una formazione attraverso protocolli comuni, la creazione di una rete per generare unità di cura intensive condivise tra diversi enti, con particolare interlocuzione con gli ETS.

Come è possibile osservare, nei tre tavoli sono emerse tematiche affini e concettualmente coincidenti, che ATS ha quindi sintetizzato in 5 punti (trasversali a tutte le aree), riepilogati nella *tabella 3*.

Come già emerso in precedenza, parallelamente a questi argomenti permangono come nodi cruciali trasversali i temi della formazione congiunta tra servizi differenti e la necessità di dotarsi di una mappatura aggiornata.

### **Secondo incontro: 28 maggio 2025**

Il secondo incontro si è aperto con la presentazione della sintesi delle istanze emerse la volta precedente.

Ad ogni gruppo di lavoro è stato chiesto di considerare le cinque tematiche e di dare loro un ordine di priorità, in modo da definire quali fossero i bisogni maggiormente significativi per ogni area territoriale e quali risultassero meno pregnanti.

Per analizzarle, partendo dalle più rilevanti, ATS Milano ha proposto di usare il metodo della Swot analysis, il quale prevede che per ogni item vengano individuati i punti di forza, di debolezza, le opportunità future e le minacce potenziali.

Il tavolo di Milano ha scelto di analizzare tutte e cinque le tematiche, senza attribuire un criterio di priorità, in questa fase, ma riservandosi di affrontare questo argomento nell'incontro successivo.

Il tavolo Est invece ha preferito orientare l'analisi Swot su due temi che sono stati ritenuti pregnanti: il "Modello di valutazione dei bisogni e loro monitoraggio, regia e trasversalità di funzioni" e gli "Interventi a domicilio, nei luoghi di vita del paziente".

Infine, il tavolo Ovest ha ristretto l'analisi a tre item: "Interventi a domicilio, nei luoghi di vita del paziente", "Supporto e collaborazione familiari, caregiver", "Rete, supporto fuori dai servizi, coinvolgimento reti sociali naturali, ESP".

### **Terzo incontro 4 giugno**

Al termine del secondo incontro, ATS Milano ha effettuato ulteriore analisi delle risposte ottenute, utilizzando un indicatore quantitativo ("Swot Ratio") per valutare il bilanciamento tra elementi positivi ed elementi negativi di ogni item, fornendo ulteriori elementi di spunto alla discussione. In particolare, è stato utilizzato il Positivity Ratio, che si può riassumere come di seguito:

Positivity Swot Ratio:  $\text{Punti di forza} + \text{Opportunità} / \text{Punti di debolezza} + \text{Minacce}$ .

Un risultato  $> 1$  indica una situazione in cui gli elementi positivi superano quelli negativi, mentre un risultato  $< 1$  indica una situazione in cui gli elementi negativi e le criticità hanno prevalenza sugli aspetti positivi.

Il risultato è da intendersi come un ulteriore strumento di lettura per agevolare il gruppo di lavoro nella definizione delle aree trattate. I risultati non sono attribuzioni oggettive di positività o negatività dell'argomento stesso, bensì percezioni soggettive del gruppo di lavoro. I dati emersi sono rappresentati graficamente negli istogrammi in *tavola 4*.

Questa elaborazione è stata presentata durante il terzo incontro del 4 giugno, in ogni singolo tavolo. Da essa è derivata la discussione conclusiva e le riflessioni relative alla disponibilità di risorse. L'ultima fase dell'incontro ha previsto il ritorno in Plenaria, per un confronto finale circa quanto emerso nell'intero percorso di co-programmazione.

## ANALISI DELLE RISPOSTE TRAMITE SWOT RATIO

All'interno del tavolo di Milano, le aree relative agli "Interventi al domicilio", alla presenza di una "Modello di valutazione/case manager" e del "Supporto e collaborazione coi familiari" hanno ottenuto un risultato  $> 1$ , significando cioè che i partecipanti hanno assegnato a queste tematiche maggiori elementi positivi. Mentre la costituzione di "Reti sociali e naturali" e il "Raccordo tra progetti sanitari e sociali" risultano essere associati ad un alto numero di ostacoli e difficoltà realizzative.

Il tavolo ha concordato che gli interventi domiciliari, ritenuti prioritari, fossero da intendersi come già strettamen-

te connessi alla valorizzazione delle reti sociali e naturali, andando quindi a combinare infine questi due concetti.

All'interno del tavolo Ovest sono state analizzate solo gli item relativi a "Interventi al domicilio", "Reti sociali e naturali" e "Supporto e collaborazione coi familiari", ai quali sono stati associati un alto numero di elementi positivi, lasciando intendere una volontà ed una possibile capacità realizzativa.

Infine, all'interno del tavolo Est, sono state analizzate unicamente i 2 item relativi a "Modello di valutazione/case manager" e "Interventi al domicilio", che hanno riportato un risultato  $< 1$ , il che significa che i partecipanti hanno ipotizzato per queste tematiche maggiori elementi di criticità.

La differenza nell'assegnazione delle risposte è comprensibile alla luce delle diverse peculiarità di ogni territorio.

### Discussione conclusiva, risorse ed esito del percorso

La *figura 1* riepiloga gli argomenti ritenuti prioritari in ogni tavolo, che sono stati oggetti di riflessione e rielaborazione.

Rispetto il tema delle azioni che è possibile attuare in relazione al tipo di risorse, ogni tavolo ha espresso delle ipotesi su ciò che può essere realizzato in condizioni di isorisorse, attraverso una ipotetica riconversione di risorse esistenti e cosa invece necessita di nuove risorse (*Figura 2*).

Al termine di questa fase di lavoro cooperativa all'interno dei tre tavoli, è stato possibile osservare una coincidenza di argomenti emersi ed un loro possibile raggruppamento in due più ampie categorie (*Figura 3*).

Da un lato, il tema della domiciliarità, intesa come interventi di cura nei luoghi di vita dei pazienti, è imprescindibile dal coinvolgimento delle reti sociali naturali, degli operatori e dei volontari formati, degli ESP e dal supporto e collaborazione dei familiari dei pazienti.

Dall'altra parte, la necessità di un modello di valutazione dei bisogni, che comprenda una presa in carico e monitoraggio attraverso la presenza di un Project Manager o Case Manager con una regia trasversale, è

Figura 1

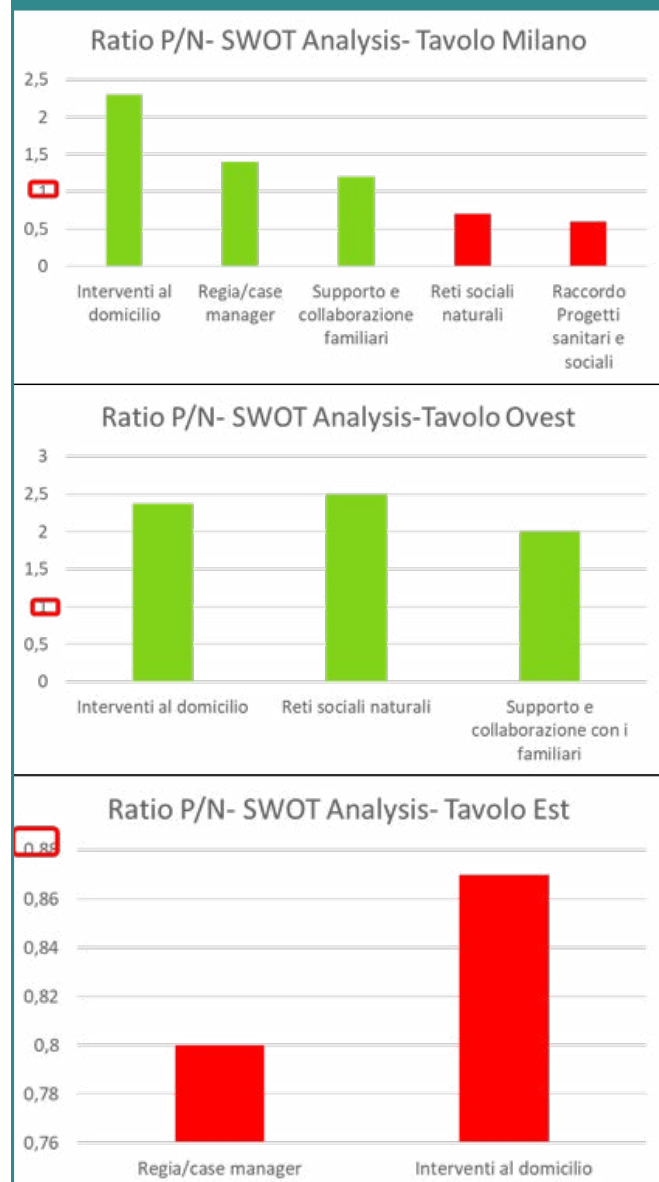


Figura 2



Figura 3



Tabella 4

Formazione	Domiciliarità intesa come interventi di cura nei luoghi di vita dei pazienti, coinvolgimento delle reti sociali naturali, degli operatori e dei volontari formati e degli ESP, supporto e collaborazione dei familiari	Mappatura
	Modello di valutazione dei bisogni, presa in carico e monitoraggio attraverso Project Manager e Case Manager con regia trasversale; raccordo tra offerta sanitaria, sociale e socio-sanitaria	

anche fortemente connesso al bisogno di un raccordo tra l'offerta sanitaria, sociale e socio-sanitaria.

In coerenza con il cronoprogramma già previsto, l'esito del lavoro di co-programmazione e questa ultima elaborazione sono stati presentati in sede di Organismo di Coordinamento congiunto allargato ai partecipanti ai lavori di co-programmazione ed in Cabina di Regia, ed in queste sedi approvati.

## CONCLUSIONI

Il percorso intrapreso con tutti gli interlocutori del processo di co-programmazione è risultato già l'avvio di un nuovo modo di interagire e rapportarsi e, di per sé, esito esso stesso, poiché iniziale attuazione di un cambiamento.

L'iniziativa ha registrato un elevato indice di partecipazione (pari al 82% degli aventi titolo a partecipare), che ha consentito un miglior livello di conoscenza tra le diverse componenti e ha dato ampio spazio al confronto con discussione libera e paritetica tra componente pubblica e Terzo Settore.

Ciascuno ha potuto esprimere la propria esperienza legata sia al ruolo ricoperto sia alle idee relative ai principali bisogni riscontrati.

Le componenti rappresentative del sistema delle dipendenze hanno partecipato attivamente al dibattito, fornendo apporti e riscontrando opportunità declinabili anche nel proprio settore di competenza. Altrettanto significativo è stato il contributo apportato dai rappresentanti delle Associazioni dei familiari.

Passando ai contenuti che sono emersi dai lavori, un aspetto peculiare è stato l'essersi sintonizzati tutti su tematiche di processo, non legate ai singoli ambiti di intervento.

ATS si è impegnata in una restituzione complessiva negli Organismi di Coordinamento congiunti, a cui hanno partecipato anche i componenti ETS, e successivamente in Cabina di Regia ATS. Entrambi gli incontri avevano l'intento di valorizzare al massimo le singole posizioni emerse dai tavoli e addivenire ad una conclusione rappresentativa delle peculiarità territoriali ed inclusiva.

Le tematiche espresse, fortemente coincidenti nelle tre aree territoriali, sono state tutte mantenute e articolate nelle due macroaree già descritte e riportate nella *tabella 4*.

La prima area verte sulla volontà espressa di attivare interventi domiciliari e nei luoghi di vita con l'ausilio di tutte le componenti attive nel tessuto sociale che ha affrontato in questi anni una crescita e preparazione responsabile cui contribuiscono gli ESP e le Associazioni dei familiari, anche già coinvolte in specifiche progettualità.

La seconda area tematica riguarda un modello operativo relativo alla valutazione, formulazione di piano di intervento e monitoraggio che sia trasversale e con una regia dedicata e che sappia considerare le risorse disponibili in area sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Entrambe le aree tematiche dovranno essere sostenute da formazione congiunta e condivisa delle professionalità e da una mappatura complessiva e attualizzata di risorse disponibili dell'offerta (servizi, progetti, iniziative).

Si tratta di una proposta altamente innovativa, che dà l'avvio ad un cambiamento paradigmatico: il vantaggio dell'aver individuato aree di processo è garanzia della possibilità di declinare in sede di una futura co-progettazione le modalità individuate in ambiti di intervento diversificati.

Il senso delle due aree individuate, ritenute prioritarie per il sistema del territorio ATS Milano, deriva dalla considerazione del "vuoto" assistenziale riscontrabile tra le visite che avvengono nei luoghi istituzionali della cura i quali, alla luce delle note carenze dei profili professionali previsti, non sono in grado di portare contributi di accompagnamento nella vita quotidiana dei pazienti. La sinergia si potrebbe creare con l'opportuna valorizzazione della collettività adeguatamente preparata, con il coinvolgimento di operatori e volontari formati – compresi gli utenti esperti – con il mantenimento del coordinamento sanitario.

L'approccio a valenza territoriale è finalizzato anche all'empowerment individuale e collettivo oltre a essere stimolo di coesione sociale.

È stata sottolineata nei gruppi l'importanza di un nuovo modello trasversale di lettura e monitoraggio dei percorsi di cura (che ad oggi vengono riconosciuti da tutti come delle isole non collegate); tale proposta si pone come azione a garanzia di efficientamento del sistema.

Il modello potrebbe rispondere in modo efficace alle esigenze di prevenzione in tutte le età della vita e ai bisogni legati alla transizione tra le età della vita e i setting di cura, rappresentando a pieno titolo garanzia di continuità.

Al termine del percorso, si è osservato un elevato livello di gradimento che ha portato alla richiesta da parte dei componenti di una continuità negli incontri dei tavoli d'area, anche dopo la conclusione della co-programmazione, in coerenza con lo spirito e la naturale predisposizione dei processi amministrativa condivisa.

La DGR 4481 del 03/06/2025 ha rappresentato l'occasione per una prima realizzazione operativa dei temi emersi nel corso dei tavoli. ATS Città Metropolitana ha scelto di dare spazio realizzativo a progetti innovativi che contemplino interventi di domiciliarità indirizzati a pa-

zienti in uscita dai servizi residenziali di Salute Mentale, andando così ad agire anche su un ambito di prevenzione all'istituzionalizzazione.

A tal fine è stata avviata una Manifestazione di Interesse che apre la possibilità di realizzare tali progettualità nelle tre medesime aree territoriali usate come riferimento durante la co-programmazione: area di Milano, area Ovest e area Est.

---

AFFERENZA DELL'AUTORE

*ATS Città Metropolitana di Milano*

CORRISPONDENZA

[salutementaledipendenze@ats-milano.it](mailto:salutementaledipendenze@ats-milano.it)

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Campagna per la salute mentale *Salute mentale: impegno e cammino per una società inclusiva e rispettosa dei bisogni e dei diritti dei cittadini*
2. DGR n. XII/3824 del 27/01/2025 *Approvazione delle Linee di indirizzo per la co programmazione (in applicazione dell'art.55 del D.LGS.117/2017 c.d. "Codice del Terzo Settore") finalizzata all'individuazione dei bisogni e delle risorse della comunità, volto a favorire percorsi di promozione, prevenzione e inclusione nell'area salute mentale*
3. D.Lgs.3 Luglio 2017, n.117 *Codice Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2 Lettera B), della legge 6 GIUGNO 2016, N.106*
4. D. M. 31 Marzo 2021 n. 72 *Linee guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed enti del Terzo settore negli artt. 55-57 del D.Lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo settore)*
5. Pezzana P. (2023) *L'amministrazione condivisa: perseguire l'interesse generale tra processi e procedimento*. Su *Impresa Sociale* in *Rivista Impresa Sociale*, anno 2023 nr. 4, ISSN 2282- 1694, pp. 29-35.
6. *Esito della co-programmazione in Salute Mentale e Dipendenze*, ATS Città Metropolitana di Milano, luglio 2025

# Progetto “Atreiu”: un modello integrato per la gestione delle acuzie psichiatriche in età evolutiva presso l’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Melegnano e Martesana

*Di Fauci F.<sup>\*</sup>, Zordan F.<sup>^</sup>, Gariboldi C.<sup>^</sup>,  
Masseroni V.<sup>°</sup>, Montrasio C.<sup>#</sup>, Durbano F.<sup>▪</sup>  
e Gruppo Lavoro “Atreiu”<sup>§</sup>*

## ABSTRACT

Il progetto “Atreiu”, promosso dall’ASST Melegnano e Martesana, nasce per fronteggiare l’aumento delle acuzie psichiatriche in età evolutiva e la carenza strutturale di posti letto nei reparti di neuropsichiatria infantile della Regione Lombardia. Il modello proposto si basa su un approccio integrato ospedale-territorio, multidisciplinare e personalizzato, volto a garantire una presa in carico tempestiva e continuativa dei giovani pazienti.

I dati preliminari mostrano esiti incoraggianti: l’87% dei pazienti dimessi ha ricevuto un follow-up pre e post-ricovero, con oltre 1.400 prestazioni territoriali, il 40% delle quali erogate fuori sede. Gli interventi riabilitativi e psicologici hanno contribuito a una gestione più efficace della sintomatologia, riducendo i ricoveri ospedalieri e migliorando l’assistenza territoriale. Le diagnosi prevalenti riguardano disturbi del comportamento e sindromi somatoformi, a conferma della complessità clinica.

Tra i punti di forza del progetto si evidenziano l’ampliamento dell’offerta riabilitativa per la fascia 12–18 anni, l’adozione di strumenti innovativi come il carrello multisensoriale (metodo Snoezelen), e la formazione continua degli operatori. Le principali criticità restano l’inadeguatezza strutturale dei reparti non specialistici e la difficoltà di integrazione organizzativa tra ospedale e territorio.

Atreiu rappresenta un modello operativo sostenibile e replicabile, capace di ridurre la frammentazione delle cure e rafforzare la rete assistenziale per i minori con disagio psichico, in linea con le recenti indicazioni normative e i principi della salute mentale comunitaria.

## INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, i servizi di Neuropsichiatria Infantile dell’ASST Melegnano Martesana hanno registrato un marcato peggioramento del quadro clinico: +60% di richieste per disagio adolescenziale (dal 2020) e forte aumento delle segnalazioni da parte del Tribunale per i Minorenni (+23,9% dal 2019, +76,6% dal 2020 al 2022). Parallelamente, si è osservato un calo nelle diagnosi di disturbo specifico dell’apprendimento e un aumento della domanda di sostegno scolastico, con il 50% delle richieste totali legate a certificazioni scolastiche e disagio adolescenziale (26% delle richieste riguarda le certificazioni scolastiche e 24% il disagio adolescenziale).

Questa tendenza ha determinato una saturazione del sistema, con una riduzione delle prime visite per i bambini da 0 a 3 anni e una pressione crescente sui reparti ospedalieri, dove tra il 2018 e il 2022 le consulenze specialistiche sono triplicate, pur in assenza di spazi adeguati o contesti specialistici (Montomoli 2024). È stata rilevata anche una contestuale riduzione della qualità degli interventi erogati, causa riduzione dei tempi dedicati alle singole problematiche e potenziale perdita di continuità degli stessi.

I dati nazionali confermano che il numero di ricoveri per disturbi psichiatrici è cresciuto del 20% tra il 2015 e il 2019, con un calo nel 2020, seguita da un significativo aumento nel 2021, con un incremento del 75% rispetto al biennio precedente (Bianchi e Conti 2022), ma solo un terzo dei pazienti viene ricoverato in reparti dedicati di NPia. Regione Lombardia ha attivato strumenti normativi e tecnici (G.A.T., Regole di Sistema 2024-2025, Piano Socio Sanitario Regionale 2023–2027) (DGR XII/1827 del 31/01/2024 e DGR XII/3720 del 30/12/2024) e ha recepito il documento SINPIA “Linee di indirizzo

per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva" sull'emergenza-urgenza psichiatrica (Costa e al. 2018).

In questo contesto nasce il Progetto "Atreiu", come risposta organizzativa locale al sottodimensionamento dei posti letto NPI e all'aumento delle acuzie. Il progetto si inserisce in un'ottica One Health, promuovendo un sistema più efficace e sostenibile per la gestione delle acuzie psichiatriche in età evolutiva. Il nome del progetto prende spunto dal personaggio principale del romanzo "La storia Infinita", che rappresenta la tipologia di adolescente in fase di ricostruzione di una identità, di fatto l'archetipo dei nostri giovani utenti problematici.

Il modello, presentato congiuntamente dal Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze e dal Dipartimento Materno-Infantile, e approvato dalla Direzione Aziendale Professioni SocioSanitarie e dalla Direzione Strategica, si basa su alcuni punti chiave:

- acquisizione di nuovo personale specializzato (psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica) in supporto all'intervento medico specialistico con la creazione di una care unit dedicata;
- sviluppo di un protocollo di integrazione tra ospedale e territorio;
- implementazione della personalizzazione degli interventi pre/post ricovero;
- implementazione di specifici percorsi di formazione continua per favorire adeguato supporto alla nuova progettualità.

## OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo principale del progetto è fornire risposte tempestive e adeguate ai bisogni di cura dei giovani pazienti in acuzie psichiatriche, garantendo la loro sicurezza e quella dell'ambiente attraverso un modello di intervento multidisciplinare e percorsi di cura personalizzati. Questo approccio si propone di migliorare la qualità delle cure, assicurare la continuità tra ospedale e territorio e ridurre il rischio di ri-ospedalizzazione.

## APPROCCIO METODOLOGICO

Il progetto si fonda su due pilastri operativi principali:

1. Riorganizzazione dei processi
2. Formazione e sviluppo delle competenze

### 1. Riorganizzazione dei processi

Sono state attivate riunioni mensili trasversali tra coordinatori e direzioni per analizzare i flussi di attività (ricoveri, accessi ambulatoriali, diagnosi) e migliorare la gestione clinica e organizzativa. L'obiettivo è stato di garantire la presa in carico di continuità tra ospedale e territorio. Il lavoro, iniziato nel 2023, è iniziato con la stesura di un progetto condiviso che ha rafforzato la comunicazione tra i servizi NPIA, DSMD e Pediatria, arrivando alla redazione condivisa di una istruzione operativa multidisciplinare (NPIA, Pediatria, SPDC, DEA). Successivamente sono state implementate riunioni periodiche monoprofessionali con il personale riabilitativo per definire il loro intervento all'interno del servizio NPIA. È stato creato un gruppo multiprofessionale (neuropsichiatri, psicologi, TeRP) con incontri settimanali per la gestione condivisa dei casi e l'uso di strumenti innovativi, come il carrello multisensoriale (metodo Snoezelen).

Il progetto è potuto partire effettivamente grazie alla decisione della Direzione Strategica di incrementare il numero di TeRP da 1 a 6 dipendenti a tempo indeterminato, con il supporto di 3 liberi professionisti.

### 2. Formazione e sviluppo delle competenze

La formazione continua degli operatori sanitari e sociali è un elemento essenziale per affrontare i nuovi processi e percorsi secondo le best practices e mitigando il rischio di burnout professionale, a partire dall'analisi dei bisogni e del contesto. Un'indagine interna focalizzata su aspetti chiave del progetto è stata svolta nel 2023. L'indagine ha evidenziato bisogni formativi in tema di: Gestione delle acuzie; Comunicazione con pazienti e famiglie; Coordinamento tra servizi. Da questo punto di partenza è stato possibile pianificare un percorso formativo inter-

dipartimentale rivolto a operatori di Pediatria, Psichiatria e NPJA. Il piano ha incluso:

- 2022: Corso base sulla clinica psichiatrica adolescenziale e approccio multidisciplinare
- 2023–2024: Due edizioni di un corso residenziale su relazioni, de-escalation e tre stage presso ASST Santi Paolo e Carlo
- 2024: Corso sull'utilizzo di nuove metodologie riabilitative (Snoezelen)

Sono state condotte valutazioni sui risultati formativi e interviste agli operatori per orientare ulteriori sviluppi, tra cui la creazione nel 2025 di un gruppo di miglioramento interdipartimentale supervisionato da un tutor clinico. Inoltre, la collaborazione con l'ASST Santi Paolo e Carlo ha portato alla partecipazione del Progetto "Atreiu" al convegno "Nuove fragilità in adolescenza" con l'intervento "Percorsi per una presa in carico di continuità: riabilitare tra ospedale e territorio".

## **NON SOLO OSPEDALE: POTENZIAMENTO TERRITORIALE E PERCORSO DI CURA INTEGRATO**

L'assunzione di quattro tecnici della riabilitazione psichiatrica (TeRP) e due psicologi da dedicare specificamente alla care unit ha permesso di garantire continuità assistenziale e riabilitativa non solo durante la fase di ricovero ma anche dopo il ricovero ospedaliero, favorendo il rientro a domicilio e nella rete socio-sanitaria di presa in carico.

### **Attivazione e ruolo dell'équipe**

L'équipe si attiva su richiesta dei reparti di Pediatria e SPDC (soprattutto presso l'ospedale di Vizzolo Predabissi), tramite un canale dedicato. Il medico NPI contatta il reparto richiedente, raccoglie informazioni, effettua la consulenza e, se necessario, coinvolge la care unit.

### **Finalità del ricovero in pediatria**

Il ricovero, privilegiando il reparto di pediatria rispetto

al SPDC, ha una funzione diagnostica e terapeutica strutturata, utile in diversi contesti:

- Definizione o revisione del percorso terapeutico, nei casi di primo accesso o per ridefinire in ambito protetto il trattamento di pazienti già in carico;
- Contenimento ambientale ed emotivo e protezione nei casi di disturbi acuti (psicosi, depressione, traumi, tentativi di suicidio non immediatamente gravi);
- Supporto in situazioni di fragilità familiare nei casi in cui la famiglia evidenzia difficoltà o incapacità di garantire un monitoraggio adeguato del paziente;
- Compromissioni fisiche (es. disturbi alimentari);
- Esecuzione di approfondimenti clinico-diagnostici.

### **Interventi durante il ricovero**

Durante la degenza vengono pianificati:

- Colloqui psicologici;
- Valutazioni diagnostiche e funzionali;
- Interventi riabilitativi individualizzati;
- In alcuni casi, psicodiagnosi e supporto intensivo a paziente e familiari.

L'obiettivo è rafforzare le risorse personali, costruire un'alleanza terapeutica e promuovere strategie per la gestione delle crisi, con un percorso che faciliti la presa in carico territoriale post-dimissione.

### **Dimissione e continuità assistenziale**

Alla dimissione, viene pianificato un follow-up mirato, con:

- Visite ambulatoriali o domiciliari;
- Inserimento in centro diurno, comunità o percorsi riabilitativi;
- Attivazione di TeRP e psicologi territoriali, con la mediazione della care unit.

Le *figure 1 e 2* (flow chart operative) illustrano i percorsi dal Pronto Soccorso al ricovero o invio territoriale e il processo di attivazione dell'équipe Atreiu.

Figura 1: flow chart percorso dal PS al ricovero in pediatria/SPCD o all'invio sul territorio del minore con acuzie psichiatrica

MODALITÀ OPERATIVE NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA URGENZA PSICHIATRICA IN ETÀ EVOLUTIVA

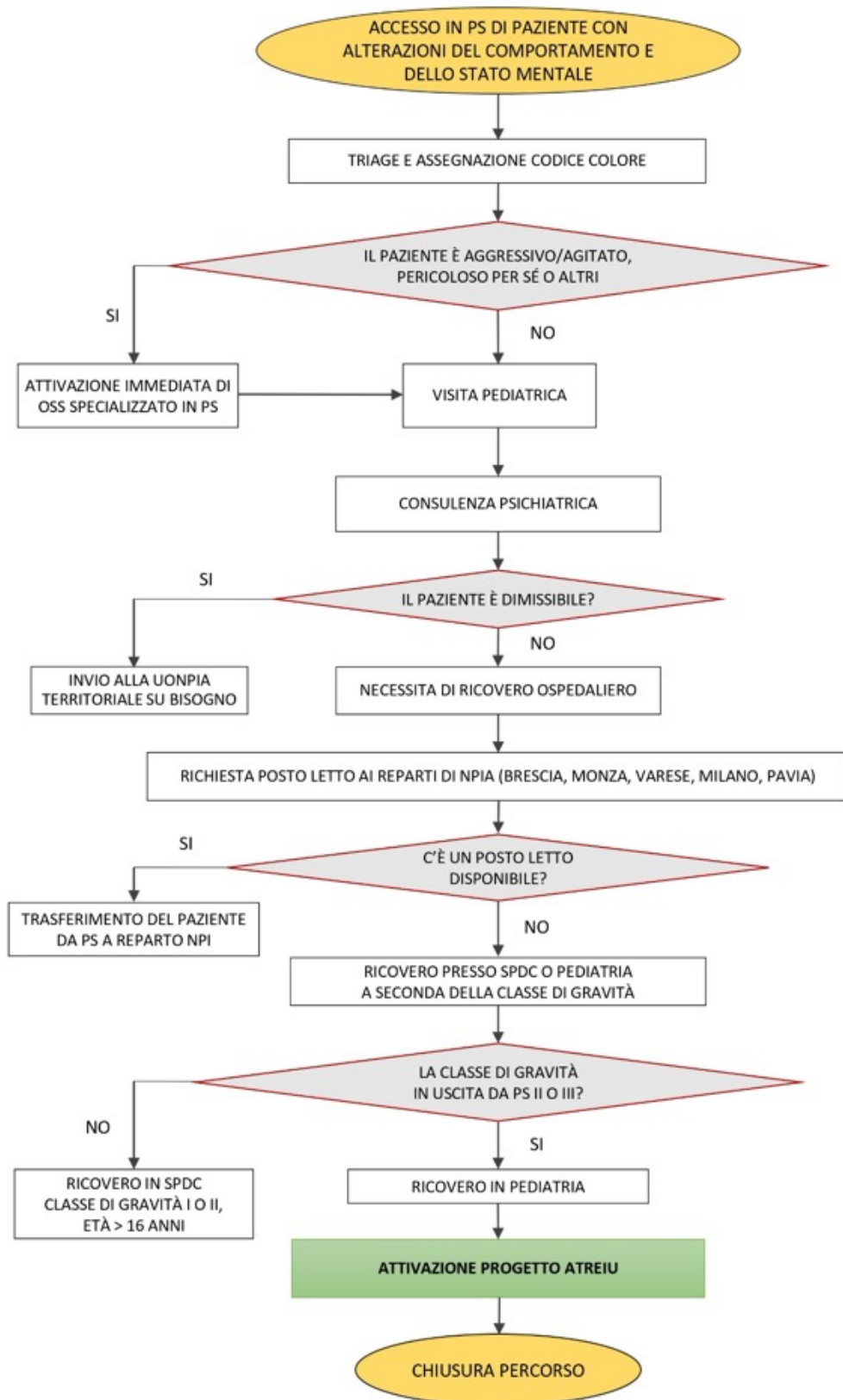
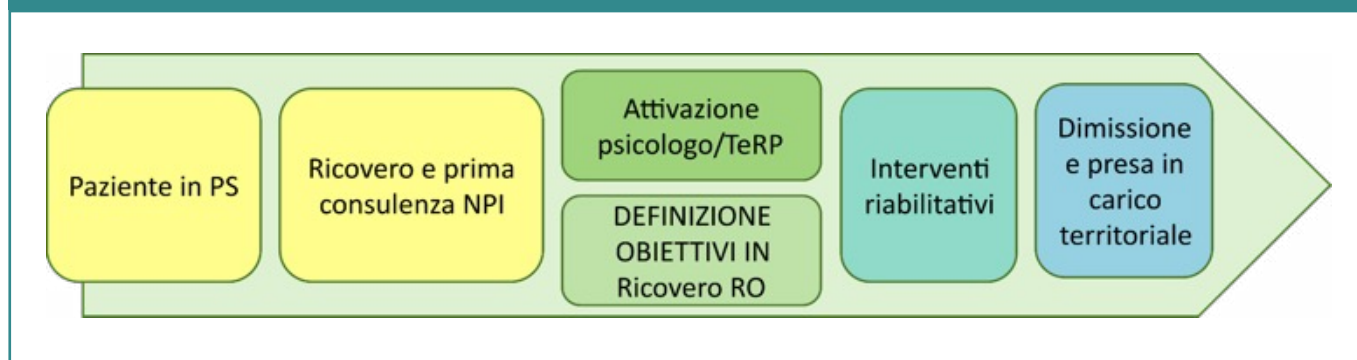


Figura 2: attivazione equipe Atreiu



## ANALISI DELLE PRESTAZIONI CLINICHE DEL PROGETTO “ATREIU”

### 1. Prestazioni mediche ospedaliere (2019–2024)

Le consulenze NPI nei reparti ospedalieri mostrano una crescita progressiva dal 2019, con un calo nel 2020 (attribuibile alle restrizioni legate al Covid-19) ma negli anni successivi la domanda cresce rapidamente, con un picco evidente nel 2023, seguito da una leggera riduzione

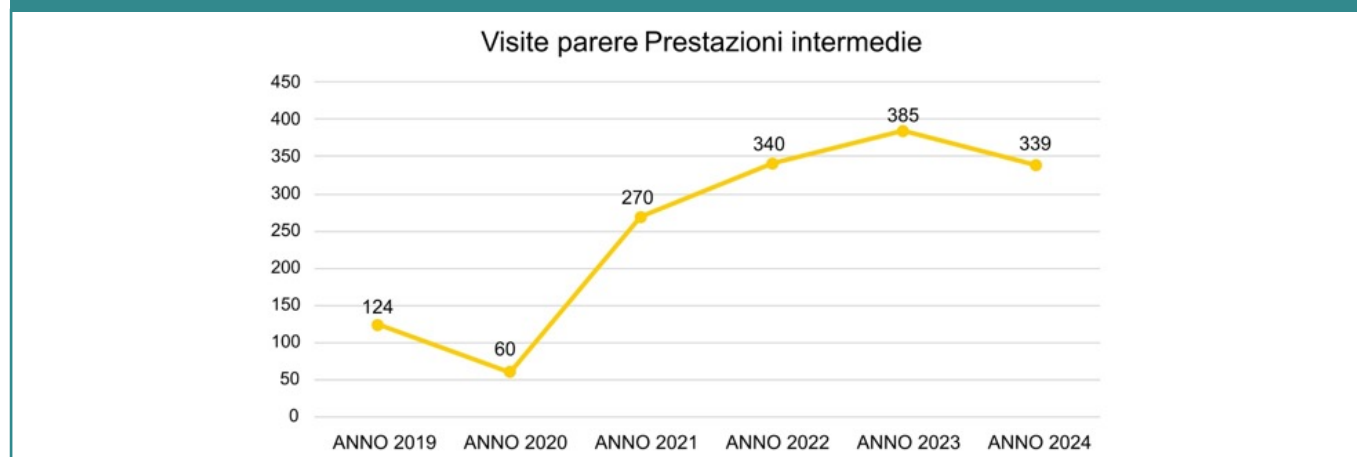
Questo andamento può riflettere sia l’effetto positivo dell’implementazione del Progetto “Atreiu” e la correlata razionalizzazione delle risorse grazie al potenziamento degli interventi territoriali, ma potrebbe anche rilevare la saturazione del servizio a causa della domanda crescente. L’aumento costante delle visite di controllo indica la necessità di un approccio a lungo termine e investimenti stabili in risorse cliniche.

Tabella 1: prestazioni erogate dai medici npi presso i reparti ospedalieri dal 2019 al 2024

Prestazione erogata dai medici npi	Anno 2019	Anno 2019	Anno 2019	Anno 2019	Anno 2019	Anno 2019	Incremento 2024 vs 2023
Prima visita npi	56	21	63	58	60	41	-31,66%
Colloqui/controlli Npi	68	39	207	282	325	298	-8,40%
<b>Totale</b>	<b>124</b>	<b>60</b>	<b>270</b>	<b>340</b>	<b>385</b>	<b>339</b>	<b>-12,00%</b>

Fonte: dati aziendali ASST Melegnano Martesana

Grafico 1: andamento consulenze medici npi nei reparti di degenza ospedaliera dal 2019 al 2024



Fonte: dati aziendali ASST Melegnano Martesana

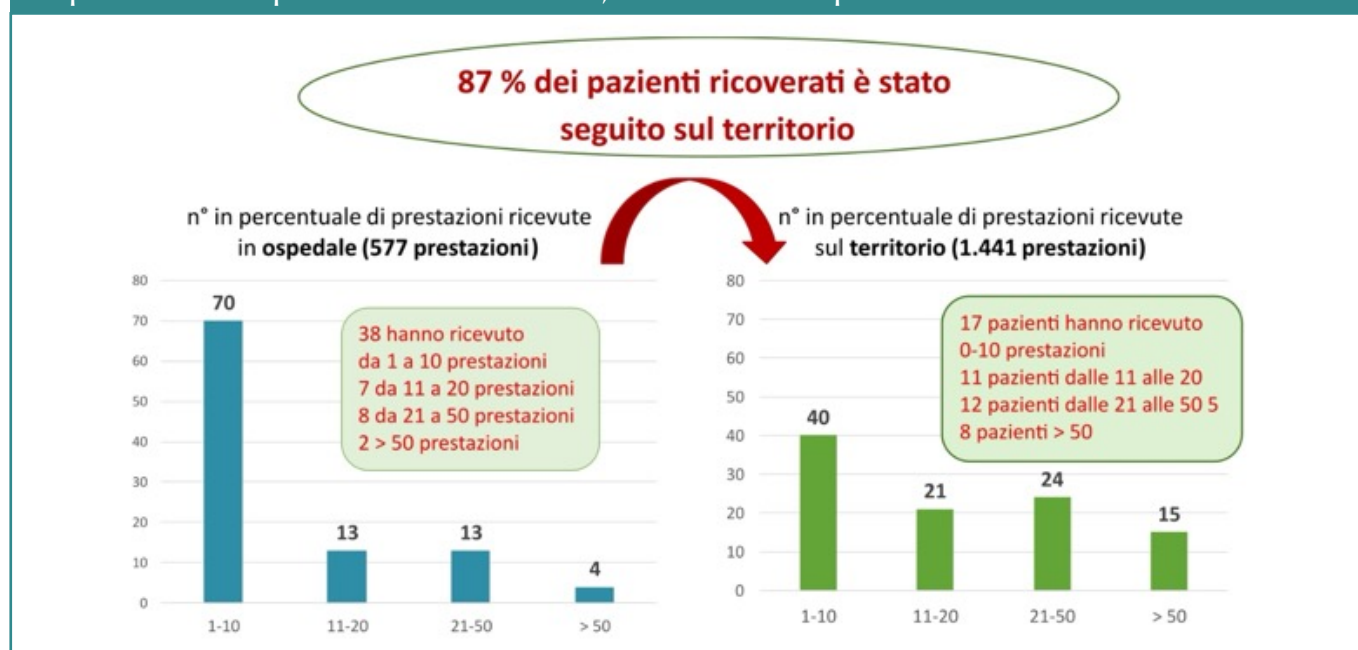
**Tabella 2: Numero di pazienti e prestazioni in ospedale e nel pre/ post ricovero sul territorio divise per figura professionale**

Prestazioni in ospedale / post ricovero gennaio - settembre 2024

Profilo	N° pazienti gennaio- settembre 2024	N° prestazioni in ospedale	N° pazienti seguiti in post ricovero	N° prestazioni post ricovero
Medici	55	288		299
TeRP	22 (di 55)	166	48	762
Psicologi	21 (di 55)	123		380
<b>Totale</b>	<b>55</b>	<b>577</b>	<b>48</b>	<b>1441</b>

Fonte: dati aziendali ASST Melegnano Martesana

**Grafico 2: n° % di prestazioni effettuate in ospedale per paziente e n° % di prestazioni effettuate sul territorio dei pazienti con una presa in carico di continuità, dal territorio all'ospedale al territorio**



Fonte: dati aziendali ASST Melegnano Martesana

## 2. Presa in carico di continuità: attività dell'équipe Atreiu

Sono state effettuate in ospedale, nel periodo osservato (gen-set 2024), 577 consulenze che hanno coinvolto 55 pazienti, di cui 87% (48 pazienti) seguiti anche sul territorio. La distribuzione delle prestazioni medie per paziente evidenzia sia un approccio intensivo in area ospedaliera (range 1-10 prestazioni/paziente) sia una forte presa in carico territoriale alla dimissione (8 pazienti ricevono oltre 50 prestazioni). In ospedale la maggioranza dei pazienti (38) ha ricevuto da 1 a 10 prestazioni, un numero ridotto (7 pazienti) ha avuto tra 11 e 20 prestazioni, e ancora 8

pazienti tra 21 e 50 prestazioni. Solo una piccola parte, 2 pazienti, ha ricevuto più di 50 prestazioni. Sul territorio, invece, la distribuzione delle prestazioni mostra una maggiore intensità e continuità di intervento, con un totale di 1.441 prestazioni. In questo caso, 17 pazienti hanno ricevuto fino a 10 prestazioni, mentre altri 11 pazienti hanno avuto tra 11 e 20 prestazioni, 12 pazienti hanno ricevuto tra 21 e 50 prestazioni, e ben 8 pazienti hanno avuto più di 50 prestazioni. Questo dato indica un importante lavoro di monitoraggio e supporto per i pazienti dimessi, che prosegue anche al di fuori dell'ambito ospedaliero.

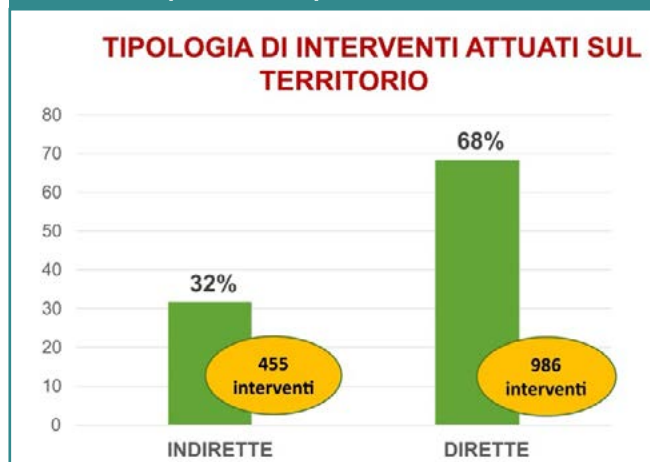
### 3. Totale e tipologia delle prestazioni territoriali

Complessivamente sono state erogate 1.441 prestazioni, distribuite in attività dirette, erogate sul paziente, e attività indirette, erogate nei nodi della rete territoriale per favorire la corretta presa in carico. Sia pur privilegiando le attività dirette (986, pari al 68% degli interventi complessivi, tra cui colloqui, riabilitazione, psicoterapia, visite mediche), il progetto sottolinea come siano significativamente elevate anche le attività indirette (455, pari al 32% degli interventi complessivi, tra cui raccordi con scuole, autorità giudiziarie, operatori, relazioni cliniche). Rispetto al luogo di erogazione, per la struttura stessa del progetto la maggior parte delle prestazioni avviene in sede ospedaliera (1.123, 78%). Altrettanto interessante, però, è il dato che sottolinea la potenzialità del progetto di favorire ed implementare intensivi rapporti ospedale-territorio: 318 interventi svolti a domicilio o sul territorio (22%), con un forte coinvolgimento dei TeRP (89% delle attività territoriali).

### 4. Diagnosi prevalenti al ricovero

Le condizioni che richiedono il maggior numero di interventi sono rappresentate dalle Sindromi nevrotiche e somatoformi e dai Disturbi del comportamento. Queste diagnosi riflettono l'elevata complessità clinica dei pazienti presi in carico, in linea con le segnalazioni territoriali.

Grafico 3: tipologia di prestazioni effettuate sul territorio in pazienti nel post ricovero



Fonte: dati aziendali ASST Melegnano Martesana

### DISCUSSIONE

Il Progetto "Atreiu", sviluppato con una strategia che ha coinvolto tutte le articolazioni organizzative ed erogative interessate dell'ASST, ha permesso di implementare interventi territoriali intensivi e continuativi che, grazie al punto di accesso ospedaliero (DEA; Pediatria, SPDC), ha invece permesso di ridurre gli accessi ospedalieri stessi e a gestire prevalentemente in ambito territoriale le acuzie psichiatriche attraverso un'azione diretta sulla sintomatologia dei pazienti, sia nella fase pre-acuzie che post-acuzie. L'obiettivo che ci si era posti era quello di

Grafico 4: Diagnosi in % dei pazienti che hanno ricevuto il maggior numero di prestazioni in sede di ricovero ospedaliero



Fonte: dati aziendali ASST Melegnano Martesana

ridurre la pressione ospedaliera in un ambito critico e sviluppare strategie di gestione dei sintomi di acuzie o pre-acuzie sia nei pazienti già in carico al servizio, prevenendo il ricorso all'ospedale e garantendo una continuità assistenziale più efficace, sia nei pazienti di nuovo accesso, riducendo i tempi della degenza e utilizzando spazi di ricovero più idonei e adeguati alla fascia di età considerata.

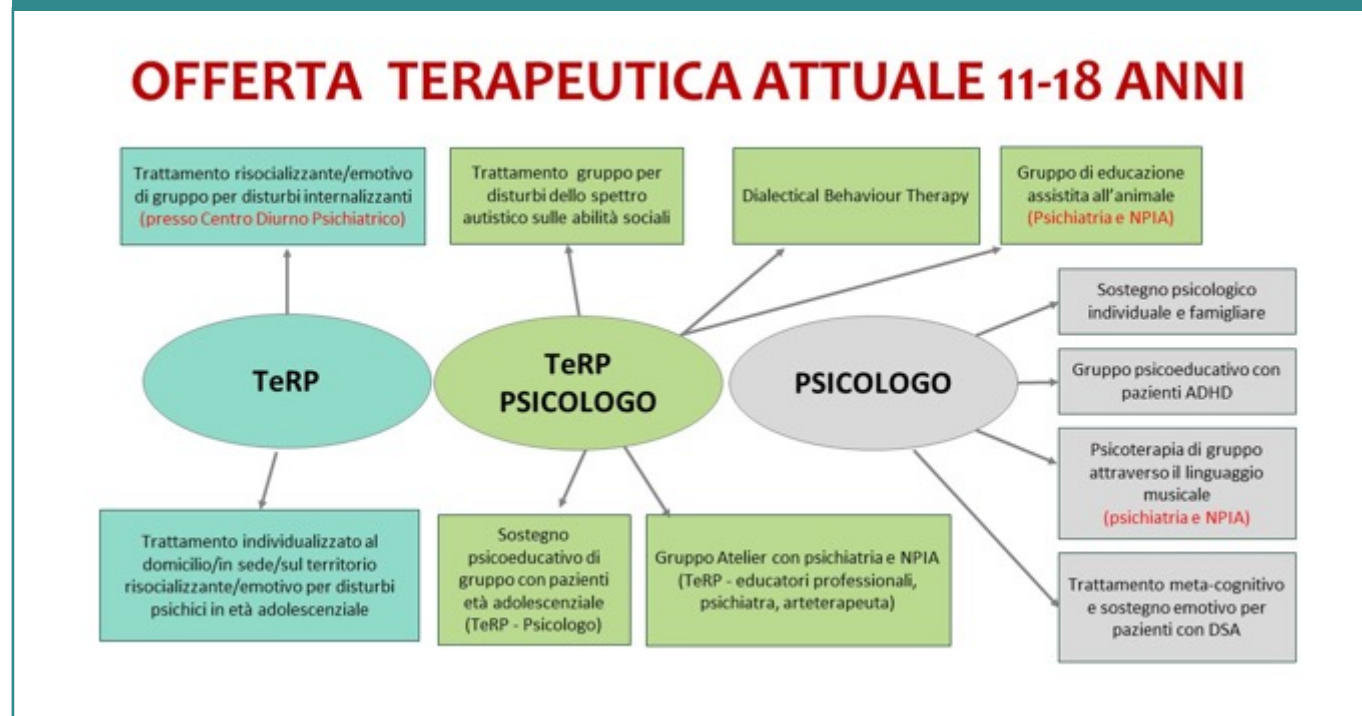
I dati presentati fanno riferimento solo fino all'anno 2024, in quanto i dati consolidati per il 2025 non sono ancora disponibili, ma una valutazione preliminare non mostra scostamenti rispetto all'andamento pregresso, sottolineando l'importanza del progetto presentato.

Certamente la disponibilità di risorse è stata la chiave di apertura: solo grazie all'acquisizione di nuove risorse professionali è stato possibile convertire alcuni spazi di degenza della pediatria per favorire il ricovero in acuzie di adolescenti. Questo ha anche permesso di adottare approcci non farmacologici più flessibili (colloqui psico-

gici, interventi socio-educativi, ambiente di stimolazione multisensoriale) che altrimenti non sarebbero stati possibili. I dati preliminari sono confortanti: abbattimento dei ricoveri degli adolescenti nel SPDC; riduzione degli incidenti da aggressività, miglioramento della presa in carico territoriale; possibilità di integrazioni con altri servizi dipartimentali come SerD e Psichiatria.

Gli interventi sono stati attivati in diverse modalità: individuali presso le sedi, domiciliari, sul territorio e in gruppi integrati con altre figure professionali. Tra le iniziative attuate figurano gruppi sulle emozioni, psicoterapie di gruppo attraverso il linguaggio musicale, Atelier organizzati con la Psichiatria, gruppi Dialectical Behaviour Therapy e gruppi risocializzanti sul territorio in spazi aziendali (centro diurno psichiatrico), come si evince nella *figura 3*. Questi interventi hanno permesso di migliorare progressivamente la collaborazione clinica tra i diversi servizi territoriali, facilitando l'integrazione operativa.

Figura 3: offerta riabilitativa attuale 11-18 afferente alla NPJA ASST Melegnano Martesana



Fonte: dati aziendali ASST Melegnano Martesana

Le attività riabilitative risocializzanti si sono rivelate particolarmente utili per facilitare il passaggio dei pazienti verso altri servizi, grazie alla collaborazione tra operatori della NPI e al personale della Psichiatria. In particolare, il setting di gruppo ha facilitato l'aggancio terapeutico e agevolato la transizione dei pazienti verso i nuovi servizi di presa in carico. L'offerta di attività riabilitative risocializzanti in contesti di vita quotidiana, più vicini ai giovani e meno stigmatizzanti, consente di ampliare l'accesso alle cure, intervenendo precocemente sui sintomi sentinella. Questo approccio riduce la necessità di ricoveri ospedalieri, migliora la qualità della vita dei pazienti e favorisce un'integrazione più efficace con i servizi territoriali.

Tutte queste attività di costruzione rappresentano anche un elemento chiave per un nuovo progetto (chiamato "Gabbiano J", già approvato ed operativo in fase iniziale), che mira all'intercettazione precoce del disturbo psichico in uno spazio non stigmatizzante, in linea con le citate regole di indirizzo regionale per il 2025, al fine di ridurre i tempi tra insorgenza dei sintomi e l'inizio delle cure e di favorire una diagnosi differenziale tra patologia e semplice disagio adattativo più efficace (con la finalità di demedicalizzare quanto più possibile le normali varianti delle traiettorie di crescita e maturazione).

### **Punti di forza e criticità (tabella 3)**

Il Progetto "Atreiu" ha indubbiamente evidenziato dei punti di forza che possono essere elencati come di seguito:

- Continuità assistenziale garantita, con minori interruzioni nel percorso di cura e riduzione della frammentazione dei servizi.
- Espansione dell'offerta riabilitativa per rispondere meglio ai bisogni dei giovani pazienti.
- Team multidisciplinare coeso (neuropsichiatri, psicologi, TeRP, educatori) che lavora in sinergia.
- Flessibilità e sostenibilità del modello, con interventi adattabili a diversi bisogni clinici e organizzativi.
- Formazione continua del personale, con aggiornamento costante delle competenze.

- Migliore comunicazione interservizio, con rafforzamento dei collegamenti tra ospedale e territorio.
- Riduzione delle liste d'attesa e dei ricoveri in SPDC per adulti o in reparti NPIA lontani, evitando spostamenti gravosi per le famiglie.
- Ottimizzazione delle risorse: l'utilizzo del reparto di Pediatria, sebbene non specialistico, ha evitato la creazione di un nuovo reparto, contenendo i costi e rafforzando la rete territoriale.
- Ambiente di degenza meno stigmatizzante, che limita il rischio di rinforzo di comportamenti disfunzionali.
- Altrettanto oggettivamente non si possono non negare alcune criticità di cui tenere conto per il mantenimento e l'ulteriore evoluzione del progetto stesso:
- Reparti non specialistici: richiedono maggiore formazione per gestire pazienti psichiatrici complessi.
- Spazi non sempre idonei alla gestione di situazioni a rischio, con implicazioni sulla sicurezza di pazienti e operatori.
- Difficoltà di integrazione tra équipe ospedaliera e territoriale, che necessita di costante allineamento organizzativo.
- Necessità di una "vision" condivisa e riflessiva, per consolidare l'approccio integrato anche fuori dal contesto ospedaliero.

### **Future evoluzioni del progetto**

Per consolidare e migliorare le azioni avviate, il Progetto "Atreiu" sta introducendo nuovi strumenti di monitoraggio dell'efficacia clinica e organizzativa, con particolare attenzione alla valutazione dei percorsi integrati e all'uso di metodologie terapeutiche innovative.

Per valutare l'impatto degli interventi, sono stati definiti alcuni indicatori chiave:

- C-GAS: scala di valutazione del funzionamento globale del paziente.
- Compliance terapeutica: livello di adesione alle cure.
- Ritorno a scuola: come misura del reinserimento e della stabilità clinica.

**Tabella 3: Analisi SWOT del Progetto “Atreiu”**

<b>Punti di forza (Strengths)</b>	<b>Punti di debolezza (Weaknesses)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Continuità assistenziale garantita tra ospedale e territorio</li> <li>– Presa in carico multidisciplinare integrata (medici NPI, psicologi, TeRP)</li> <li>– Espansione dell’offerta riabilitativa 11–18 anni</li> <li>– Flessibilità e sostenibilità del modello di intervento</li> <li>– Formazione continua e sviluppo di competenze specifiche</li> <li>– Riduzione dei ricoveri in SPDC e in strutture NPIA lontane</li> <li>– Ambiente di degenza pediatrico meno stigmatizzante</li> <li>– Miglioramento della comunicazione tra servizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Assistenza in reparti non specialistici per psichiatria infantile</li> <li>– Spazi ospedalieri non sempre idonei alla gestione di crisi psichiatriche</li> <li>– Criticità nell’integrazione operativa tra ospedale e territorio</li> <li>– Bisogno costante di formazione per il personale non specialistico</li> <li>– Rischio di disallineamento tra visioni organizzative dei servizi</li> </ul>
<b>Opportunità (Opportunities)</b>	<b>Minacce (Threats)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Integrazione con altri servizi dipartimentali (SerD, Psichiatria, scuole)</li> <li>– Sviluppo del progetto “Gabbiano J” per l’intercettazione precoce del disagio</li> <li>– Rafforzamento di modelli di presa in carico non stigmatizzanti</li> <li>– Valutazione degli esiti per ottimizzare l’efficacia clinica</li> <li>– Possibile replicabilità del modello in altri contesti ASST</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sovraccarico dei servizi territoriali con carenza di risorse</li> <li>– Turnover del personale e difficoltà nel mantenere la formazione aggiornata</li> <li>– Rigidità strutturale dell’ospedale nei percorsi di psichiatria evolutiva</li> <li>– Dipendenza da finanziamenti regionali per il mantenimento delle attività</li> <li>– Resistenze al cambiamento nei modelli tradizionali di cura</li> </ul>

- Complessità socio-familiare: analisi dei fattori ambientali e familiari che influenzano il percorso di cura.
- Si intende potenziare l’intervento riabilitativo nei reparti pediatrici, integrando:
  - Attività riabilitative specifiche;
  - Valutazioni più specifiche del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP);
  - Maggiore coordinamento tra reparti per una presa in carico più strutturata.
- È stato avviato l’uso del carrello multisensoriale, che impiega stimoli sensoriali personalizzati per migliorare la gestione dell’agitazione e della sintomatologia psichiatrica.
- I primi casi sperimentali hanno dato riscontri positivi, mostrando:
- Efficacia clinica del metodo;

- Esigenza di definire ruoli e competenze professionali per evitare conflitti operativi;
- Necessità di una riflessione condivisa sul lavoro di équipe.

## CONCLUSIONI

L’implementazione del Progetto “Atreiu” presso l’ASST Melegnano Martesana ha prodotto importanti ricadute organizzative, migliorando l’integrazione tra ospedale e territorio e ridefinendo i percorsi di cura per i giovani con acuzie psichiatriche.

L’introduzione di un approccio multidisciplinare che ha favorito la presa in carico territoriale ha permesso di sperimentare una presa in carico continuativa e personalizzata, coinvolgendo reparti ospedalieri (Pediatría, SPDC), servizi territoriali (NPIA, SerD, Psichiatria),

scuole e centri diurni. L'ampliamento dell'offerta riabilitativa per la fascia 11-18 anni, con attività flessibili e differenziate, ha rafforzato la risposta terapeutica alle diverse ed emergenti esigenze cliniche.

La formazione interdipartimentale ha contribuito allo sviluppo di competenze trasversali, evidenziando però la necessità di migliorare la comunicazione tra reparti e tra livelli assistenziali. In particolare, si è evidenziata l'importanza della maturazione del gruppo di lavoro non solo nelle competenze tecniche ("sapere"), ma anche relazionali e operative ("saper fare" e "saper essere").

Il progetto rappresenta oggi un modello di gestione integrata delle acuzie psichiatriche in età evolutiva, fondato su:

- Intervento precoce sul territorio
- Continuità assistenziale post-dimissione
- Approccio formativo e riflessivo
- Integrazione dei servizi in ottica One Health

In linea con le direttive regionali e le buone pratiche internazionali, Atreiu si configura quindi come un possibile modello di strategia efficace per intercettare il disagio psichico giovanile, attivare risorse tempestive e costruire un sistema di supporto duraturo e inclusivo.

---

#### AFFERENZA DELL'AUTORE

\* *Neuropsichiatria Infantile, SC Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza, ASST Melegnano e della Martesana*

^ *Coordinatrice SC Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza, ASST Melegnano e della Martesana*

° *Responsabile DAPSS Area Omogenea Dipartimento Salute Mentale e della Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana*

# *Direttore SC Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza, ASST Melegnano e della Martesana*

▫ *Direttore Dipartimento Salute Mentale e della Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana*

§ **NPIA:** Francesca Di Pasquale, Francesca Amidani, Ombretta Monetti, Silvia Giarratana, Luisa Strik Lievers, Rossella Meiattini, Claudio Tacchini, Silvia Beretta, Elena Bagnaschi, Alessia Peschetola, Lucia Racioppi, Celeste Uselli, Rosalba Di Lauro, Ilaria Varisco; **Pediatria:** Bruni Paola, Silvia Giardinetti, Silvia Caponio, Moira Ridolfi, Elisa Pea, Claudia De Plano, Ionita Dorina; **Psichiatria:** Enrico Giuliani; **Direzione ASST:** Enrico Ballerini, Paola Pirola, Daniela Porru.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Bianchi LF, Conti P. *Abitare una casa. Il lavoro clinico con gli adolescenti nei servizi di Neuropsichiatria*. Milano: Mimesis; 2022.
2. Costa S, Farruggia R, Guggione F. *Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva*. Giorn Neuropsichiatr Infanz Età Evol. 2018;38:57-72.
3. Regione Lombardia. DGR 12/1827 del 31/01/2024. *Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2024*.
4. Regione Lombardia. DGR XII/3720 del 30/12/2024. *Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2025*.
5. Montomoli C, et al. *Neurosviluppo, salute mentale e benessere psicologico di bambini e adolescenti in Lombardia 2015-2022*. Milano: Fondazione Cariplo; 2024. ISBN: 979-12-80051-17-2.
6. Regione Lombardia. *Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2027*. Milano; 2023. Disponibile da: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1702545058.pdf>
7. Regione Lombardia, GAT. *Linee operative integrate relativamente al trattamento dei disturbi psichici nella fase di transizione all'età giovanile: PDTA acuzie psichiatrica in adolescenza*. Milano; 2013.

# **Metodo Snoezelen e stimolazione basale: un approccio innovativo nella gestione di pazienti neuropsichiatrici presso l'ASST Melegnano Martesana**

*Di Zordan F.<sup>\*</sup>, Archetti S.<sup>°</sup>, Migliore V.<sup>°</sup>,  
Uselli C.<sup>^</sup>, Cazzaniga V.<sup>^</sup>, Peschetola A.<sup>^</sup>,  
Bagnaschi E.<sup>°</sup>, Buson N.<sup>#</sup>, Buonocore M.<sup>§</sup>,  
Montrasio C.<sup>°</sup>, Giuliani E.<sup>°</sup> e Durbano F.<sup>°</sup>*

## **ABSTRACT**

L'introduzione del metodo Snoezelen e della stimolazione basale presso l'ASST Melegnano Martesana costituisce un'innovazione nell'approccio terapeutico ai pazienti pediatrici e adolescenti con acuzie psichiatriche, favorendo modalità riabilitative non coercitive e maggior controllo dell'irrequietezza psicomotoria. L'obiettivo che ci era posti è stato di sviluppare un setting flessibile e centrato sul corpo che supporti regolazione emotiva, rilassamento e riduzione dell'agitazione psicomotoria, limitando il ricorso alla contenzione e alla sedazione, e promuovendo al contempo una reale integrazione multidisciplinare. Il progetto ha previsto revisione della letteratura, formazione del personale e definizione di una scheda osservativa per analizzare modificazioni tonico-posturali ed emotive. La fase sperimentale ha coinvolto 5 pazienti pediatrici e adolescenti, sia in ambito ambulatoriale sia in degenza. I primi esiti mostrano una riduzione dell'ansia, un miglioramento della consapevolezza emotiva e una maggiore integrazione sensoriale. Il metodo facilita comunicazione e regolazione del tono corporeo, richiedendo tuttavia personalizzazione degli stimoli e definizione di criteri di eleggibilità dei pazienti, oltre a una gestione efficace delle dinamiche interdisciplinari.

Il metodo Snoezelen si configura come risorsa innovativa per pazienti complessi, integrandosi con le terapie tradizionali e valorizzando la dimensione sensoriale, motoria ed emotiva. La limitata evidenza disponibile rende necessario un monitoraggio costante e la sistematizzazione dei risultati per sviluppare nuove prassi cliniche.

## **INTRODUZIONE**

Nel territorio della ASST Melegnano Martesana, che comprende 53 Comuni dell'area sud-est milanese per un totale di circa 642.000 abitanti (di cui 106.100 minorenni), si osserva un rilevante incremento della domanda di salute mentale in età evolutiva. Dopo la pandemia Covid-19, le richieste di intervento hanno registrato un aumento del 37% tra il 2018 e il 2022, mentre le consulenze neuropsichiatriche in area pediatrica sono triplicate dal 2019 al 2023. Tale crescita si accompagna a un aumento dei ricoveri, a una maggiore complessità delle situazioni sociofamiliari e a significative difficoltà nella gestione territoriale delle patologie psichiatriche. In risposta a questa emergenza, e in un contesto caratterizzato dalla riduzione del personale medico e dall'assenza di un servizio dedicato di emergenza e ricovero NPI, il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, in collaborazione con la Direzione Strategica e delle Professioni Socio Sanitarie, ha avviato nel 2023 una riorganizzazione delle progettualità rivolte all'adolescenza, sia in ambito ospedaliero sia territoriale, con l'obiettivo di migliorare la presa in carico e l'efficacia dei percorsi di cura.

Per favorire una adeguata gestione del paziente in età evolutiva con disturbi psichiatrici in contesti di degenza nell'estate 2024, con i fondi dedicati al rafforzamento dei DSM sottoprogetto 1 finalizzato alla riduzione delle contenzioni in ambito psichiatrico e neuropsichiatrico (Regione Lombardia – DGR XI/7661 del 28/12/2022), è stato acquistato un carrello multisensoriale, consistente in un carrello mobile contenente una varietà di oggetti sensoriali (luci colorate, tubo a bolle, fibre ottiche ed altre stimolazioni), al fine di creare un ambiente multi-

sensoriale controllato, per ridurre l'agitazione psicomotoria e migliorare il benessere dei pazienti nei contesti di ricovero psichiatrico secondo il "metodo Snoezelen" (Bobier, 2015).

Figura 1: il carrello multisensoriale



Si tratta di un approccio terapeutico che permette sessioni individuali o di gruppo, finalizzato a stimolare i sensi attraverso luci, suoni, colori o variazioni propriocettive tramite stimolazioni vibratorie, con lo scopo di favorire la diminuzione della sintomatologia negativa, la riduzione dello stress e la stimolazione sensoriale positiva, contribuendo a migliorare il benessere psicofisico dei pazienti (Hudon, 2023). L'utilizzo di questo approccio

è integrativo agli approcci clinici standard, e dovrebbe favorire un minore ricorso alla tranquillizzazione chimica o alla contenzione fisica favorendo canali di ristrutturazione degli stati di agitazione o di ritiro di tipo non verbale e veicolati dalle sensazioni corporee. Tale metodo facilita una rappresentazione unitaria della persona dove sensorialità, movimento e azioni diventano espressioni del vissuto e dell'esperienza in un setting protetto, condiviso e modulato.

Per implementare una adeguata base teorica aggiornata per lo studio della metodologia è stata effettuata una revisione della letteratura sulla banca dati PubMed che ha restituito 58 articoli, filtrati per pertinenza. Ulteriori fonti sono state individuate tramite Google Scholar e sul sito della stimolazione basale, con un focus su revisioni sistematiche e rilevanza temporale (pubblicati negli ultimi 5 anni), che ha complessivamente individuato 86 articoli. Di seguito diamo conto dei più importanti sul piano metodologico e dei risultati utili al nostro progetto.

Il metodo Snoezelen ("terapia multisensoriale"), sviluppato nei Paesi Bassi negli anni '70 da Verheul e Hulsege (1987; cfr. anche Mertens e Rainey 2010), si basa sulla creazione di ambienti che stimolano i sensi tramite luci, suoni, odori, tatto e movimento. Nato per persone con disabilità intellettive, si è successivamente diffuso in psichiatria e neuropsichiatria infantile, mostrando utilità nei disturbi dello spettro autistico, ADHD e ritardi dello sviluppo (Lotan e Gold 2009; Lancioni e O'Reill, 2001). Gli ambienti Snoezelen favoriscono rilassamento, regolazione emotiva e interazione sociale, con possibili effetti sulla riduzione di ansia, aggressività e iperattività. Gli effetti benefici di questi approcci sono particolarmente evidenti nei gruppi di pazienti adolescenti che manifestano una disregolazione emotiva correlata proprio alle aree della modulazione sensoriale (Hammud e al. 2025).

La **Stimolazione Basale**, ideata da Fröhlich negli anni '60 (Fröhlich, 1998; Bienstein e Fröhlich, 2014), promuove la percezione corporea e il senso di sé attra-

verso stimoli tattili, vibratori e vestibolari, trovando applicazione anche in psichiatria per pazienti con disturbi comportamentali gravi, regressione psichica o isolamento relazionale (Lotze e al. 2007; Pagliano 2012). La stimolazione basale si articola su tre dimensioni principali:

1. Stimolazione somatica: stimoli corporei leggeri e profondi per migliorare la percezione del corpo.
2. Stimolazione vestibolare: movimenti dolci per favorire la consapevolezza spaziale e il senso dell'equilibrio.
3. Stimolazione vibratoria: utilizzo di vibrazioni per stimolare il sistema sensoriale profondo.

L'integrazione tra Snoezelen e Stimolazione Basale permette un approccio sensoriale globale, utile nel migliorare apprendimento, concentrazione, regolazione emotiva e instaurazione di relazioni significative. Il riferimento teorico dell'integrazione sensoriale di Ayres (2005) chiarisce come stimoli calibrati facilitino risposte adattive, elemento fondamentale per lo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale.

Diversi studi supportano tali evidenze: una revisione sistematica (Hudon 2023) ha rilevato nei pazienti psichiatrici adulti riduzione dell'ansia, miglioramento dell'autostima e aumento dell'alleanza terapeutica, pur senza variazioni nei tassi di isolamento o contenzione. Bobier et al. (2015) hanno osservato nei bambini e adolescenti un miglioramento della regolazione affettiva e una riduzione delle pratiche coercitive. Altri studi rilevano effetti positivi su umore, rilassamento e comportamenti problematici in persone con disabilità intellettive o demenza (Testerink, 2023).

In ambito pediatrico e adolescenziale, casi e studi pilota riportano benefici sul rilassamento e sulla modulazione fisiologica (Di Taranto 2022; Koller et al. 2018). Efficacia è documentata anche nella riduzione dell'ansia odontoiatrica (Reynolds et al. 2023). Sul piano neurofisiologico, Gomez et al. (2016) hanno evidenziato un rallentamento dell'attività EEG, indice di rilassamento e maggiore focalizzazione sensoriale.

Numerose ricerche attestano l'utilità degli ambienti

multisensoriali nei disturbi dello spettro autistico: miglioramento dell'attenzione e riduzione dei comportamenti ripetitivi (Unwin, 2022); potenziamento di funzioni cognitive tramite stanze digitalizzate (Basadonne et al., 2021); maggiore integrazione sensoriale e abilità motorie (De Domenico, 2024); riduzione di sintomi e stereotipie negli adolescenti e adulti (Novakovic, 2019). Singh et al. (2004) hanno inoltre evidenziato una significativa riduzione dell'aggressività e dell'autolesionismo in adulti con ritardo mentale e disturbi psichiatrici, superiore a quella ottenuta con interventi più strutturati.

Un elemento ricorrente nella letteratura è l'importanza della figura di supporto, la cui conduzione consapevole amplifica l'efficacia dell'esperienza multisensoriale. Tuttavia, permane una forte variabilità metodologica che limita la standardizzazione e la comparazione dei risultati.

In sintesi, Snoezelen e Stimolazione Basale sembrano rappresentare strumenti promettenti per migliorare benessere, regolazione emotiva e abilità adattive in diversi quadri psicopatologici. La letteratura sottolinea tuttavia la necessità di studi più ampi, protocolli applicativi condivisi e analisi longitudinali, per consolidarne l'efficacia e favorire una loro applicazione più sistematica e personalizzata.

L'obiettivo specifico di questo studio preliminare è descrivere gli effetti immediati dell'utilizzo del carrello multisensoriale in un campione di 10 pazienti, evidenziando i benefici, le criticità e le implicazioni per futuri interventi terapeutici integrati.

## METODOLOGIA

Lo sviluppo della metodologia è stato di tipo multi-step progressivo, con l'obiettivo di introdurre in maniera adeguata una procedura innovativa per cui gli operatori non avevano una specifica preparazione:

- revisione della letteratura disponibile, come indicato in introduzione;
- progetto formativo teorico-pratico degli operatori sanitari coinvolti e/o interessati, con simulazioni sul

- campo di esposizione agli stimoli e di conduzione di una seduta, con personale esperto esterno;
- iniziale sperimentazione sia ambulatoriale con minori con disturbi del neurosviluppo sia in contesti di degenza con adolescenti in acuzie psichiatriche;
  - messa a punto di una scheda di osservazione per monitorare gli effetti terapeutici.

### Applicazione operativa del Carrello Multisensoriale

Il carrello multisensoriale è stato sperimentato nei setting riabilitativi, integrando gli approcci dei TNPEE e dei TeRP. Il setting è stato personalizzato sulle esigenze dei singoli pazienti, creando un ambiente sicuro e rilassante. Le prime applicazioni hanno coinvolto bambini in età prescolare e scolare con disturbo dello spettro autistico, ritardo dello sviluppo, disabilità complessa e difficoltà relazionali, oltre ad adolescenti ricoverati per acuzie psico-comportamentali. Le sedute sono state individuali e strutturate in base agli obiettivi terapeutici.

### Sviluppo scheda osservazionale

È in corso di implementazione la scheda per monitorare gli esiti, raccogliendo dati quantitativi e qualitativi su benefici percepiti e ampliando le osservazioni anche con un questionario di esito rivolto alle famiglie. La griglia include dati anagrafici, diagnosi, modulazioni toniche posturali e feedback emotivi. Le osservazioni riguardano solo la singola seduta, senza studi longitudinali, quindi i dati sono puntuali e non generalizzabili.

### RISULTATI

L'intervento con il carrello multisensoriale è stato applicato a un campione eterogeneo di 5 pazienti pediatriche e 5 adolescenti con disturbi del neurosviluppo e problematiche psico-comportamentali. Le sedute, individuali e personalizzate, hanno integrato stimolazioni visive (tubo a bolle, fibre ottiche, proiezioni), tattili e uditive in un setting sicuro e regolativo.

Tabella 1: griglia di osservazione

Area	Dettagli
Anagrafica	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nome e Cognome, età</li> <li>– Motivo del ricovero/ trattamento/valutazione</li> <li>– Diagnosi</li> </ul>
Tempi e modalità di somministrazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Data e ora della seduta.</li> <li>– Durata complessiva dell'intervento.</li> <li>– Tipologia di stimoli utilizzati (tubo a bolle, fibre ottiche, musica, ecc.).</li> <li>– Postura del paziente durante la seduta (seduto a terra, sdraiato, su una poltrona, ecc.).</li> <li>– Descrizione del setting predisposto (configurazione degli strumenti e dello spazio).</li> <li>– Operatore presente</li> </ul>
Stato del paziente in tre fasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prima dell'utilizzo: Annotazioni sull'ansia, tono muscolare, postura, livello di comunicazione, uso dello spazio e segnali emotivi.</li> <li>– Durante l'utilizzo: Reazioni agli stimoli, modalità di comunicazione, uso dello spazio, stati emotivi e coinvolgimento.</li> <li>– Dopo l'utilizzo: Variazioni del livello di ansia, cambiamenti nel tono muscolare, nelle modalità espressive, nella comunicazione e nell'uso dello spazio.</li> </ul>
Feedback del paziente	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Considerazioni espresse dal paziente sia prima che dopo l'utilizzo degli strumenti, quando possibile.</li> </ul>
Sintesi finale	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Valutazione globale dei benefici osservati, eventuali criticità riscontrate e suggerimenti per ottimizzare le sedute future.</li> </ul>

L'obiettivo principale è stato la regolazione emotiva, la riduzione dell'ansia e la promozione della consapevolezza corporea attraverso l'esperienza sensoriale, il rilassamento muscolare e la riduzione dell'instabilità motoria.

Nelle sessioni di intervento è stata garantita la presenza di un terapeuta della neuropsicomotricità e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica, al fine di monitorare il processo di intervento con la nuova metodologia, garantendo anche la presenza dell'operatore di riferimento che segue il paziente nei setting riabilitativi ordinari. Nei pazienti pediatrici ambulatoriali, le sedute sono state effettuate nel setting della stanza di psicomotricità/ambulatorio psicologo, mentre nel setting dei pazienti

ricoverati nella stanza dove vengono effettuate sessioni di intervento riabilitativo.

Durante le osservazioni si è seguita la struttura della griglia osservativa riportata in tabella 1 per raccogliere dati più sistematizzati e dettagliati sulle reazioni dei pazienti nelle diverse fasi delle sedute e in alcuni pazienti adolescenti è stato somministrato il questionario di gradimento International Snoezelen Association (ISNA).

In tabella 2 sono sintetizzati schematicamente gli aspetti clinici e di trattamento erogato per i singoli pazienti. Di seguito una descrizione narrativa e sintetica dei risultati ottenuti.

**Tabella 2: Sintesi delle osservazioni nei pazienti osservati durante le sedute di Snoezelen, integrate nelle sedute riabilitative/valutative**

Paziente	Setting	Diagnosi	Stimoli introdotti	Criticita' osservate	Feedback del paziente
Caso 1	Ambulatorio, Stanza di psicomotricità	5 anni, autismo livello 3, instabilità motoria	Tubo a bolle colore blu, fibre ottiche, proiettore Solar "Ombrello Snoezelen"	Evacuazione feci a fine seduta con specchi e tubo a bolle e fibre ottiche	Interesse per il tubo a bolle e le fibre in una sorta di piacere ma di maggior isolamento. Modulazione del movimento e vocalizzazioni più strutturate in setting contenuti con l'uso del proiettore solar. Accesso all'intenzionalità comunicativa e a parole/frasi aderenti al contesto, con sguardo e attenzione congiunta nell'attività. Riduzione dell'iperattività con contenimento e azione organizzata, integrazione corporea e acquisizione di autonomie funzionali (mettersi le scarpe e le calze)
Caso 2	Ambulatorio Stanza di psicomotricità	4 anni, mutismo selettivo, inibizione	Tubo a bolle, fibre ottiche, sincronizzazione dei colori	Nessuna	Maggiore espressività mimica facciale, triangolazione dello sguardo, maggiore partecipazione agli stimoli.
Caso 3	Ambulatorio Stanza di psicomotricità	4 anni e 9 mesi, ritardo psicomotorio e linguistico	Tubo a bolle, fibre ottiche, cambio dei colori	Nessuna	Riduzione dell'ansia da separazione iniziale, esplorazione sensoriale dello spazio e segnali di piacere psicomotorio condiviso,

**Tabella 2: Sintesi delle osservazioni nei pazienti osservati durante le sedute di Snoezelen, integrate nelle sedute riabilitative/valutative**

<b>Paziente</b>	<b>Setting</b>	<b>Diagnosi</b>	<b>Stimoli introdotti</b>	<b>Criticita' osservate</b>	<b>Feedback del paziente</b>
Caso 4	Ambulatorio, stanza di psicomotricità	7 anni, ADHD	Fibre ottiche, tubo a bolle, telo pouf per attività di contenimento/avvolgimento/movimento passivo, musica/voce, proiettore solar	Riattivazioni rapide post rilassamento e difficoltà a mantenere l'autoregolazione nel ricongiungimento, narrazione spesso caotica ma con contenuti simbolici	Accesso al gioco di ruolo e simbolico narrativo, contenimento motorio e riduzione della motricità, rilassamento profondo fino all'addormentamento. Feedback verbale positivo ("top", "si sta bene")
Caso 5	Ambulatorio di pediatria	5 anni, disturbo della regolazione/attaccamento, storia di violenza assistita	Fibre ottiche, tubo a bolle, telo /lenzuola per attività di contenimento/avvolgimento/movimento passivo, musica/voce, uso simbolico degli stimoli	Tendenza al controllo	Accettazione della stimolazione somatica e migliore autoregolazione partecipata regolata. Accesso a giochi simbolici narrativi e ad una prima esternazione di vissuti complessi relativi alla propria storia, attività motoria strutturata e organizzata. Verbalizzazione di piacere ("bellissimo")
Caso 6	Degenza pediatrica, stanza per attività riabilitative	17 anni, esordio psicotico, ideazione omicida	Tubo a bolle, fibre ottiche colore blu, musica suoni della natura onomatopica	Sedute troppo lunghe hanno riattivato l'ansia e il rimuginio	Rilassamento corporeo, dichiarazioni positive sull'efficacia immediata ('effetto più immediato delle gocce')
Caso 7	Degenza pediatrica, stanza per attività riabilitative	17 anni, disturbo di personalità istrionico, tentato suicidio	Vengono mostrati i vari stimoli: tubo a bolle, fibre ottiche, proiettore, musica. Ci si focalizza sul tubo a bolle e sulle fibre sul colore blu	Proiettore ha indotto ricordi positivi dell'infanzia, difficoltà di integrazione con lo stato di malessere attuale (attivante per colori sul rosso); necessità di personalizzazione	Esplorazione di vissuti complessi, ricordi positivi evocati, connessione tra emozione e vissuto corporeo, ricordo di memorie implicite corporee

**Tabella 2: Sintesi delle osservazioni nei pazienti osservati durante le sedute di Snoezelen, integrate nelle sedute riabilitative/valutative**

Paziente	Setting	Diagnosi	Stimoli introdotti	Criticita' osservate	Feedback del paziente
Caso 8	Ambulatorio di NPIA	19 anni, disturbo borderline di personalità, pregressa anoressia e condotte autolesive	Tubo a bolle, fibre ottiche, massaggio sensoriale, musica	Verbalizzazioni provocatorie iniziali, stato di disagio in tutte le sedute, persistenza di tensioni mandibola, arti inferiori (anche per posture poco distensive, in quanto tende a rimanere seduta)	Percepito di contenimento / protezione e rilassamento Accesso da una iperverbalizzazione ad una maggiore concentrazione sugli stimoli sensoriali, costruzione di un luogo sicuro condiviso con l'operatore, narrazione centrata su immagini future positive, ricerca di generalizzazione degli stimoli anche nel contesto familiare per ridurre gli episodi di agitazione nel contesto extrarilabilitativo
Caso 9	Ambulatorio di NPIA	15 anni, epilessia pregressa e funzionamento intellettivo limite, disturbo emozionale nas, impulsività e crisi di rabbia	Fibre ottiche e tubo a bolle, musica, pallina morbida, oggetti autoregolativi (fidget, clessidra)	Difficoltà a mantenere l'attenzione su un singolo stimolo, preferenza del canale verbale e difficoltà ad accedere fin da subito ai contenuti sensoriali	Rilassamento e riduzione della rabbia con evidente cambiamento emotivo tra inizio e fine seduta. La paziente verbalizza "testa più leggera", "bellissime le fibre", "sento meglio le gambe, mi sento più connessa"
Caso 10	Degenza pediatrica › Ambulatorio	11 anni, disturbo emozionale; mutismo selettivo; funzionamento cognitivo ai limiti della norma	Fibre ottiche, tubo a bolle, proiettore Solar, teli/pouf; strumenti musicali (tamburello, kazoo); massaggi/pressioni	Tendenza regressiva e postura passiva iniziali; forte dipendenza dal caregiver; comunicazione indiretta; difficoltà di separazione	Maggiore distensione tonica; piacere condiviso; da comunicazione indiretta a richieste sussurrare; più iniziativa e cooperazione

### Descrizione dei casi pediatrici

#### **CASO 1 – Bambino 4 anni, mutismo selettivo**

Inizialmente statico e inibito, ha mostrato progressiva apertura all'interazione, triangolazione dello sguardo e sorrisi. Il gioco di sincronizzazione cromatica con tubo a bolle e fibre ottiche ha favorito l'intenzionalità comunicativa e il coinvolgimento attivo.

#### **CASO 2 – Bambino 4 anni, ritardo psicomotorio post-trauma cranico**

Il setting multisensoriale ha ridotto l'ansia da separazione, migliorato l'esplorazione dello spazio e il coinvolgimento corporeo in giochi sensomotori, con aumento dell'espressività mimica e piacere condiviso.

#### **CASO 3 – Bambina 5 anni, autismo livello 3**

Presentava iperattività motoria, ecolalia immediata e isolamento. Il trattamento ha favorito la riduzione

dell'instabilità motoria, incremento del contatto visivo e dell'attenzione congiunta, emergere di vocalizzi strutturati e denominazioni spontanee. Si è osservato un miglioramento dell'integrazione corporea e delle autonomie funzionali, con passaggio da posture caotiche a posizioni statiche e rilassate.

**CASO 4 – Bambino 5 anni, disturbo della regolazione/ attaccamento**

Presentava agitazione psicomotoria e chiusura relazionale. Il setting sicuro e rituale ha favorito l'apertura relazionale, l'integrazione tra comunicazione verbale e corporea e l'accettazione di esperienze contenitive. Si è osservata una riduzione del bisogno di controllo e l'emergere di stati di calma.

**CASO 5 – Bambina 7 anni, ADHD**

Il percorso ha ridotto il sovraccarico attentivo e favorito la regolazione tonica ed emotiva. Progressivamente la bambina ha tollerato posture statiche e momenti di rilassamento profondo, fino all'addormentamento. Sono emerse verbalizzazioni sullo stato emotivo e narrazioni simboliche, con incremento della capacità di autoregolazione.

**Descrizione dei casi adolescenti**

**CASO 6 – 11 anni, mutismo selettivo e disturbo emozionale**

Il percorso ha favorito il passaggio da regressione e dipendenza a maggiore autonomia, con accettazione del contatto corporeo e incremento dell'espressività non verbale. Nelle ultime sedute sono emerse semplici richieste verbali.

**CASO 7 – 15 anni, vulnerabilità emotivo-comportamentale**

Il trattamento ha permesso il passaggio da iperattivazione a quiete tonica, con maggiore consapevolezza del legame emozione-corpo. La paziente ha sviluppato strategie di autoregolazione trasferibili fuori seduta e ha mostrato rallentamento del flusso verbale e maggiore disponibilità relazionale.

**CASO 8 – 17 anni, esordio psicotico**

Il setting con tonalità blu, tubo a bolle e fibre ottiche ha ridotto tensione muscolare e stato di allerta. Stimolazioni

basali vibranti e contenitive hanno favorito rilassamento profondo, verbalizzato come "effetto immediato rispetto alle gocce". Sedute troppo lunghe hanno riattivato pensieri ansiosi, evidenziando la necessità di monitorare la durata.

**CASO 9 – 17 anni, disturbo istrionico di personalità**

Da iniziale rifiuto e verbalizzazioni svalutanti, la paziente è passata a una fase di regolazione emotiva grazie all'accensione graduale degli stimoli e al supporto dell'operatore. Ha condiviso ricordi positivi, pur mantenendo difficoltà nell'integrare vissuti positivi con il malessere attuale.

**CASO 10 – 19 anni, disturbo borderline e storia di anoressia**

Il setting ha consentito esperienze corporee positive, riduzione dell'ansia e accettazione del contatto corporeo. Le fibre ottiche e le narrazioni guidate hanno favorito una rielaborazione simbolica, con passaggio da verbalizzazioni provocatorie a narrazioni più centrate e immaginazione di scenari futuri.

**Sintesi degli effetti comuni**

L'analisi trasversale dei casi evidenzia alcuni pattern ricorrenti:

- Regolazione emotiva: riduzione di ansia, agitazione e rabbia; incremento di calma e rilassamento.
- Regolazione tonico-posturale: passaggio da iperattività o rigidità a posture statiche e rilassate.
- Miglioramento comunicativo: aumento dell'intenzionalità comunicativa (verbale e non verbale), emergere di narrazioni simboliche e scambi relazionali.
- Consapevolezza corporea: collegamento tra emozioni e segnali somatici, esperienze corporee positive.
- Autoregolazione e competenze: ritualità del setting favorisce interiorizzazione di strategie calmanti e possibilità di generalizzazione fuori dal contesto terapeutico.

Questi risultati, seppur preliminari e non generalizzabili, confermano il potenziale del carrello multisensoriale come strumento integrativo nei percorsi riabilitativi per favorire regolazione emotiva, interazione e benessere corporeo.

## DISCUSSIONE E LIMITI

La sperimentazione del metodo Snoezelen ha evidenziato risultati promettenti nel favorire la regolazione emotiva, il rilassamento muscolare e l'elaborazione sensoriale sia nei pazienti pediatrici che negli adolescenti ricoverati per acuzie psichiatriche. Questi risultati sono in linea con quanto riportato nella letteratura, dove il metodo è descritto come una strategia efficace per ridurre l'ansia, migliorare la consapevolezza corporea e favorire l'integrazione emotiva in contesti riabilitativi e terapeutici.

Nei pazienti pediatrici, il metodo ha agito principalmente come base regolativa sensoriale e corporea, capace di contenere e organizzare la motricità, favorire la comunicazione intenzionale e aprire ad accedere ad un'attenzione congiunta e a forme relazionali. Gli stimoli multisensoriali hanno favorito la strutturazione di posture più stabili, la riduzione di stereotipie, l'esplorazione corporea intenzionale, la comparsa di gesti e parole funzionali, la riduzione dell'iperattività motoria e l'integrazione propriocettiva con un raggiungimento di una stabilità sensoripercettiva. In diversi casi si è osservato un passaggio da un uso frammentato e autoreferenziale del corpo e degli stimoli ambientali a esperienze di quiete e rilassamento profondo, talvolta fino al sonno. Un altro elemento centrale è la comunicazione e lo sviluppo a forme intenzionali e maggiormente autoregolate (diminuzione dell'iperverbalizzazione, triangolazione dello sguardo). Il corpo si configura come primo mediatore della relazione e come terreno da cui far nascere processi di comunicazione e di integrazione sensomotiva. In questa fase, la sensorialità diventa dunque la chiave per contenere la frammentazione e aprire a forme di condivisione.

Negli adolescenti, invece, lo Snoezelen ha assunto un valore più simbolico e trasformativo, rendendo il corpo non solo luogo di conflitto, ma spazio di identità. L'esperienza corporea non si limita a regolare, ma diventa occasione per rielaborare vissuti emotivi complessi, per dare forma e parola a esperienze difficili da mentalizzare, per costruire immagini di sé e del futuro più integrate.

Il paziente ha potuto sperimentare esperienze e vissuti corporei regolati in un setting controllato con l'operatore di riferimento, accedendo ad un contenitore che potesse aiutarlo a co-costruire nuove immagini di sé (una paziente ha potuto trasformare l'iper-verbalizzazione in narrazioni centrate e immagini calmanti, un'altra ha integrato corpo ed emozioni riducendo ansia e rabbia, un'altra ancora infine ha iniziato a superare il mutismo selettivo attraverso gesti, disegno e prime richieste sussurate.). La comunicazione si è evoluta pertanto non solo dal punto di vista pragmatico ma come narrazione di sé, consentendo agli adolescenti di accedere ad esperienze corporee e a collegarle con il vissuto emotivo. Il corpo, tra emozione, identità e narrazione, permette di trasformare vissuti di sofferenza e discontinuità in esperienze di contenimento condiviso. Pertanto lo Snoezelen si rivela uno spazio di simbolizzazione in cui il corpo non è più solo strumento di contenimento ma mediatore di esperienze affettive, narrazioni. L'intento infine è quello di cercare di generalizzare queste esperienze all'esterno, aiutando il paziente a trovare modalità simili autoregulative. In alcuni pazienti infatti, dai racconti dei genitori e dal feedback dei ragazzi lo strumento Snoezelen ha permesso l'inizio di un raggiungimento dei risultati anche in contesti extraterapeutici con una riduzione di alcuni aspetti della sintomatologia e una maggiore regolazione emotiva, grazie ad alcune strategie utilizzabili anche all'esterno. Questo passaggio potrebbe rappresentare un risultato clinico di grande importanza, poiché apre la possibilità di rendere l'esperienza Snoezelen non solo un momento terapeutico circoscritto, ma un vero e proprio strumento di empowerment e stabilizzazione.

Si descrivono i principali effetti raggiunti:

### **1. Effetto regolativo e rassicurante**

Il carrello Snoezelen si è dimostrato uno strumento efficace nel favorire la regolazione emotiva. Nei bambini con difficoltà di separazione, l'uso del tubo a bolle e del colore blu ha prodotto un immediato effetto calmante

e stabilizzante, contribuendo a ridurre stati di ansia. Parallelamente, nei casi di ipermotricità o inibizione, il carrello ha creato un ambiente rassicurante che ha facilitato una riduzione dell'instabilità motoria e promosso una maggiore apertura relazionale. Il proiettore solar si è rivelato uno strumento che ha permesso in alcuni casi di sperimentare uno stato di rilassamento globale, in quanto l'inseguimento visivo delle immagini ha assunto un valore regolativo, offrendo una alternativa con una inibizione dell'azione/ inibizione del pensiero, capace di contenere l'iperattivazione e favorire uno stato di calma. In altri casi ha permesso di focalizzare e facilitare l'attenzione permettendo l'accesso ad una comunicazione più direzionata all'altro, ad un uso intenzionale del linguaggio e ad un inizio di gioco e piacere condiviso.

Negli adolescenti gli stimoli visivi e tattili e l'implementazione di una stimolazione basale hanno contribuito a ridurre le tensioni muscolari e a favorire una diminuzione dell'ansia e un contenimento ambientale e di setting riabilitativo. Questo ha permesso di ridurre gli stati di vigilanza, aprendo nuove possibilità di abitare il corpo, non solo come luogo di malessere e sofferenza, ma anche come contenitore regolativo, facendo "esperienze" maggiormente rassicuranti di sicurezza interna, grazie al setting controllato condiviso con l'operatore di riferimento. La dimensione sensoriale diventa quindi uno strumento di mediazione per accedere a vissuti emotivi più profondi, così come anche recentemente è stato messo in luce in un lavoro molto articolato svolto su una popolazione di adolescenti con disregolazione emotiva associata a deficit nell'integrazione sensoriale (Hummod e al. 2025).

## **2. Facilitazione della comunicazione e dell'interazione**

Il carrello Snoezelen ha favorito modalità di comunicazione alternative, stimolando la sperimentazione motoria e sensoriale e aumentando l'adattabilità all'ambiente. Attraverso l'integrazione di stimoli sensoriali, lo strumento ha supportato sia lo sviluppo dell'intenzionalità comunicativa che il miglioramento dell'attenzione

congiunta, creando opportunità per un'interazione condivisa con l'ambiente e con gli operatori. Il setting multisensoriale ha permesso di creare uno spazio per la verbalizzazione di vissuti emotivi complessi e per una maggiore consapevolezza del proprio stato emotivo, permettendo ai pazienti di sperimentare un senso di sollievo temporaneo al proprio stato di malessere. Esso pertanto ha rappresentato un accesso alla simbolizzazione (creazione di un posto sicuro, immagini future positive di sé, narrazioni integrate, esperienze di rilassamento di tensioni e percezione corporea più immediata). Ad esempio: Federica ha trasformato la comunicazione provocatoria in narrazioni centrate e simboliche; Bianca ha imparato a modulare il linguaggio, passando da un flusso incessante a un racconto più lento e riflessivo; Benedetta, dal mutismo selettivo, ha trovato forme alternative di comunicazione (gesti, ecolalie, scrittura, disegno), fino a prime richieste sussurrate.

## **3. Effetti corporei e propriocettivi**

Nei pazienti pediatrici il contesto visivo e sensoriale ha stimolato una maggiore esplorazione motoria, percezione, un migliore investimento corporeo nello spazio e un contenimento, riducendo l'instabilità, la frammentazione delle azioni e le modalità afinalistiche.

Nei pazienti adolescenti, un setting sicuro e personalizzato ha favorito una maggiore consapevolezza del proprio stato emotivo e propriocettivo, consentendo un contenimento e un coinvolgimento corporeo: La possibilità di lasciarsi contenere, di sperimentare il rilassamento o di costruire immagini legate al corpo (abbraccio, battito, postura raccolta) ha rappresentato un passaggio verso una nuova percezione di sé. La riduzione della rigidità muscolare e la possibilità di vivere il corpo come risorsa hanno sostenuto processi di integrazione tra corporeità ed emotività.

Questo è stato reso possibile grazie alla vicinanza fisica dei terapeuti, che hanno supportato i pazienti nella modulazione corporea e propriocettiva. Si è osservata una

progressiva integrazione delle sensazioni corporee con i vissuti emotivi e una riduzione della rigidità muscolare, con un maggiore rilassamento tonico ed emotivo, anche verbalizzato dal paziente.

Nonostante questi effetti positivi, la nostra sperimentazione ha messo in luce alcune criticità operative che richiedono attenzione per ottimizzare i benefici del metodo.

Durante le somministrazioni è emersa l'importanza di graduare e modulare il tempo di utilizzo, a seconda dello stato di rilassamento del paziente. Inoltre le osservazioni hanno evidenziato l'importanza di personalizzare gli stimoli e il setting per rispondere alle esigenze uniche di ciascun paziente, garantendo un equilibrio tra regolazione immediata e sostenibilità dell'intervento.

Un limite di questa sperimentazione è rappresentato dall'assenza di un follow-up a lungo termine e dall'esiguità del campione, che non consente di generalizzare i risultati. Un aspetto emerso dal confronto di gruppo a seguito delle criticità rilevate è la necessità di strutturare criteri specifici per identificare i pazienti più adatti a questo intervento. In particolare, l'implementazione di un questionario mirato, come la DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale), potrebbe supportare una valutazione preliminare dello stato di disregolazione emotiva, identificando eventuali sensibilità particolari, in stati di acuzie. Allo stesso modo sarebbe auspicabile la creazione di un modello per la valutazione approfondita dello stato di processazione sensoriale del paziente, ispirandosi anche al già noto Sensory Profile che valuta la frequenza di alcuni comportamenti in reazione agli stimoli sensoriali dell'ambiente e consente di valutarne l'impatto sul livello di partecipazione del paziente alle attività (tratto da Giunti che vende il prodotto) così da prevenire situazioni di sovraccarico o attivazione sensoriale eccessiva, ottimizzando l'efficacia dell'intervento. Nonostante questi accorgimenti rimane il fatto che le variabili che possono influire nel trattamento possono essere molteplici. Come evidenziato dalla letteratura è fondamentale le modalità di approccio della persona

di supporto che accompagna il paziente nei contesti di regolazione sensoriale. L'approccio deve essere usato in più occasioni con continuità per vederne i risultati, come la maggior parte degli interventi. Esso considera il corpo e la totalità della persona nella sua unità, dove sensorialità, movimento e azioni diventano espressioni del vissuto, in un setting condiviso; è un incontro dettato anche dalla disponibilità ad ascoltare l'espressività, a condividerne l'esperienza e l'intera persona, sostenendone anche quello che emerge, conducendo il paziente, al di là del malessere espresso e delle proprie preoccupazioni. È quindi importante calibrare l'intensità dell'intervento, adeguando tempi e modalità.

Per garantire una valutazione ancora più approfondita e multidimensionale, la griglia osservativa verrà integrata con le osservazioni e i questionari dell'ISNA-MSE (International Snoezelen Association/Multisensory Environment). Tali strumenti consentiranno di standardizzare ulteriormente la raccolta dati e di confrontare i risultati ottenuti con quelli di altri contesti terapeutici che utilizzano il metodo Snoezelen, arricchendo la comprensione degli effetti degli interventi multisensoriali. L'integrazione con i questionari ISNA permetterà anche di valutare l'esperienza del paziente rispetto a specifici indicatori di efficacia, come la regolazione emotiva, il coinvolgimento sensoriale e l'impatto relazionale.

Questa sinergia tra griglia osservativa e strumenti specifici dovrebbe ottimizzare l'intervento terapeutico al fine di produrre dati sistematizzati per future applicazioni cliniche e studi comparativi.

Un'altra riflessione riguarda la necessità di una preparazione specifica del gruppo di lavoro rispetto all'implementazione della metodologia. Può risultare difficile, per chi non è abituato a lavorare con il corpo o in setting che richiedono un coinvolgimento sensoriale e corporeo, cogliere appieno le potenzialità di questo approccio e utilizzarlo in modo consapevole. Questo potrebbe indurre a una sottovalutazione delle potenzialità dello strumento o di contro a voler ricercare criteri diagnostici sui pazien-

ti da reclutare per la somministrazione, alimentando fantasie di autotutela e legate alla sicurezza dei setting. È necessario che il gruppo si affidi e si lasci anche guidare da coloro che hanno una maggiore familiarità a questa metodologia, supportati da un'esperienza professionale e di formazione personale pregressa. Questo processo richiede una consapevolezza del mandato terapeutico e una disponibilità ad ascoltare e accogliere l'intera persona del paziente, non solo i suoi sintomi. La relazione corporea e sensoriale, infatti, rappresenta una porta d'accesso privilegiata al vissuto emotivo, soprattutto nel mondo complesso e spesso frammentato dell'adolescenza.

L'introduzione del metodo Snoezelen nei setting ospedalieri e territoriali evidenzia pertanto la necessità di un'integrazione tra i diversi contesti riabilitativi, di assistenza ed educazione al paziente. Tale integrazione deve considerare la complessità del paziente e garantire un'armonizzazione degli interventi. La centralità del corpo e della relazione sensoriale impone un lavoro condiviso, in cui l'espressività del paziente viene accolta, interpretata e sostenuta in modo unitario, evitando approcci frammentati.

In questo processo, è necessario che le competenze dei diversi profili professionali siano rispettate e valorizzate nelle rispettive peculiarità e specificità. La sperimentazione ha infatti evidenziato come differenze culturali e professionali possano generare resistenze e conflitti, con rischi di sovrapposizione dei ruoli o di conflitti di potere decisionale sul percorso di cura. È quindi essenziale preservare il mandato e le core competenze specifiche di ciascun profilo professionale, promuovendo una collaborazione costruttiva per costruire percorsi terapeutici integrati e innovativi.

## CONCLUSIONE

Il metodo Snoezelen rappresenta un'innovazione significativa nella gestione delle acuzie psichiatriche e nella promozione del benessere nei pazienti pediatrici e adolescenti. La sperimentazione ha evidenziato risultati positivi nella regolazione emotiva, nella gestione dell'an-

sia, nel rilassamento muscolare e nella promozione della consapevolezza corporea, offrendo un setting sicuro per l'elaborazione di vissuti emotivi complessi. L'efficacia di questo approccio dipende dalla personalizzazione degli stimoli, dalla calibrazione dei tempi di intervento e da una valutazione preliminare dello stato sensoriale ed emotivo del paziente. Tale metodologia, che valorizza la dimensione corporea, sensoriale e relazionale, rappresenta un'opportunità per costruire percorsi di cura più completi e inclusivi, basati sulla centralità del paziente e sulla collaborazione tra professionisti, valorizzando il corpo come unità espressiva e relazionale. La sperimentazione non solo ha confermato l'efficacia del metodo, ma ha anche evidenziato la necessità di riflettere sul mandato professionale e sulle dinamiche relazionali all'interno dei team di lavoro. Questo consente di migliorare il benessere dei pazienti e di sviluppare nuove strade terapeutiche, promuovendo un'apertura verso diverse competenze e autonomie professionali. In particolare, il mondo dell'adolescenza, spesso sottovalutato in ambito riabilitativo, si configura come un'area di intervento in cui il metodo Snoezelen e la stimolazione basale possono offrire strategie innovative e percorsi terapeutici condivisi e multiprofessionali. Tuttavia, i limiti attuali, come il campione ridotto e l'assenza di un follow-up a lungo termine, richiedono ulteriori approfondimenti e una raccolta dei dati clinici e processuali.

Futuri studi dovranno valutare gli effetti del metodo su campioni più ampi, integrando strumenti standardizzati per una valutazione multidimensionale e sistematica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Regione Lombardia. *Approvazione dei progetti regionali di rafforzamento dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze (DSMD) in attuazione delle "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali" approvate con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28/04/2022*. DGR XI/7661 del 28/12/2022.
2. Bobier C, Rayner G. *Pilot investigation of the use and usefulness of a sensory modulation room in a child and adolescent psychiatric inpatient unit*. Occup Ther Ment Health. 2015;31(3):247-63.
3. Hudon A, Rosca MA, La Charité-Harbec O, et al. *The use of alternative rooms in forensic and regular psychiatric units: A scoping review*. Healthcare. 2023;11:2432.
4. Verheul A, Hulsege J. *Snoezelen—Another World: A Practical Book of Sensory Experience Environments for the Mentally Handicapped*. Rompa; 1987.
5. Mertens K, Rainey D. *Snoezelen: A controlled multi-sensory stimulation therapy for managing challenging behaviors in mental health care*. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010;17(8):743-9.
6. Lotan M, Gold C. *Meta-analysis of the effectiveness of Snoezelen for individuals with intellectual disabilities and mental health problems*. Res Dev Disabil. 2009;30(3):501-15.
7. Lancioni GE, O'Reilly MF. *Multisensory environments for people with severe developmental disabilities: An overview of research and practical implications*. Disabil Rehabil. 2001;23(15):755-67.
8. Hammud G, Avital-Magen A, Jabareen H, Adler-Tsafir R, Engel-Yeger B. *The Relations Between Sensory Modulation, Hyper Arousability and Psychopathology in Adolescents with Anxiety Disorders*. Children. 2025; 12(2):187

---

### AFFERENZA DELL'AUTORE

\* Coordinatrice NPIA, TNPEE, DSMD ASST Melegnano e della Martesana

° TNPEE, DSMD ASST Melegnano e della Martesana

^ TeRP, DSMD ASST Melegnano e della Martesana

# Studentessa, CdL TeRP UniMI

§ Studentessa, CdL TNPEE UniMI sez. Don Gnocchi

" Direttore SC NPIA, DSMD ASST Melegnano e della Martesana

▫ Direttore SC Psichiatria 33, DSMD ASST Melegnano e della Martesana

◊ Direttore DSMD ASST Melegnano e della Martesana

9. Fröhlich A. *Basale Stimulation: Grundlagen für die Förderung schwerstbehinderter Menschen*. Berlin: Ernst Reinhardt Verlag; 1998.
10. Bienstein C, Fröhlich A. *Basale Stimulation in der Pflege*. Urban & Fischer Verlag; 2014.
11. Lotze M, et al. *Stimulus-based approaches in rehabilitation for patients with severe cognitive impairment*. Neurorehabil Neural Repair. 2007;21(5):451-6.
12. Pagliano P. *The Multisensory Handbook: A Guide for Children and Adults with Sensory Learning Disabilities*. Routledge; 2012.
13. Ayres J. *Il bambino e l'integrazione sensoriale*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2005.
14. Testerink G, Ten Brug A, Douma G, et al. *Snoezelen in people with intellectual disability or dementia: a systematic review*. Int J Nurs Stud Adv. 2023;5:100152.
15. Di Taranto C, Procesi L, Paterniti AM, et al. *Outcome of the use of the snoezelen multisensory room in an alexithymic patient: a case report*. Riv Psichiatri. 2022;57:134-40.
16. Koller D, McPherson AC, Lockwood I, Blain-Moraes S, Nolan J. *The impact of Snoezelen in pediatric complex continuing care: A pilot study*. J Pediatr Rehabil Med. 2018;11(1):31-41.
17. Reynolds K, Chimoriya R, Chandio N, et al. *Effectiveness of sensory adaptive dental environments to reduce psychophysiological responses of dental anxiety and support positive behaviours in children and young adults with intellectual and developmental disabilities: a systematic review and meta-analyses*. BMC Oral Health. 2023;23:769.
18. Gómez C, Pérez A, Moreno A, Martínez F. *Characterization of EEG patterns in brain-injured subjects and controls after Snoezelen intervention*. Res Dev Disabil. 2016;136:1-9.
19. Unwin KL, Powell G, Jones CRG. *The use of multi-sensory environments with autistic children: exploring the effect of having control of sensory changes*. Autism. 2022;26(6):1379-94.
20. Basadonne I, Cristofolini M, Mucchi I, et al. *Working on cognitive functions in a fully digitalized multisensory interactive room: a new approach for intervention in autism spectrum disorders*. Brain Sci. 2021;11:1459.
21. De Domenico C, Di Cara M, Piccolo A, Settimo C, Leonardi S, Giuffrè G, De Cola MC, Cucinotta F, Tripodi E, Impallomeni C, Quartarone A, Cucinotta F. *Exploring the Usefulness of a Multi-Sensory Environment on Sensory Behaviors in Children with Autism Spectrum Disorder*. J Clin Med. 2024 Jul 16;13(14):4162.
22. Novakovic N, Pejovic Milovancevic M, Djukic Dejanovic S, Aleksic B. *Effects of Snoezelen—multisensory environment on CARS scale in adolescents and adults with autism spectrum disorder*. Res Dev Disabil. 2019;89:51-8.
23. Singh NN, Lancioni GE, Winton AS, Molina EJ, Sage M, Brown S, Groeneweg J. *Effects of Snoezelen room, Activities of Daily Living skills training, and Vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness*. Res Dev Disabil. 2004;25(3):285-93.

# La riabilitazione nella cura: psichiatria di consultazione e servizio di recupero e rieducazione funzionale

Berto E.<sup>\*</sup>, Manzone M.L.<sup>\*</sup>, Marchetti M.<sup>^</sup>°,  
Del Romano E.<sup>#</sup>, Gazzani L.<sup>#</sup>, Tonetti G.<sup>#</sup>

## ABSTRACT

I bisogni di cura sia per patologie che rientrano nell'ambito della salute mentale, sia per quanto riguarda quelle di interesse neurologico, ortopedico o internistico non possono essere soddisfatti senza considerare gli aspetti riabilitativi.

Purtroppo, in parte per la carenza di personale medico, in parte per un cambiamento della medicina in genere, si rischia di considerare concluso l'episodio di cura dopo l'intervento specialistico richiesto, svolto in elezione o in urgenza, senza una visione globale del paziente – e dei suoi bisogni – capace di analizzare la malattia come soluzione di continuità (Marques; 2025).

La riabilitazione, che come afferma l'OMS *è un insieme di interventi progettati per ottimizzare il funzionamento e ridurre la disabilità* (OMS; 2024), in quest'ottica diventa quella parte della cura che permettere, anche per la durata dell'episodio di cura e per la modalità di presa in carico, di superare la frattura creata dalla malattia tra il passato e il presente e tra il presente e il futuro per quanto riguarda le abilità della quotidianità, il funzionamento relazionale e lavorativo, ma anche e soprattutto il funzionamento psicosociale.

La riabilitazione nella cura è un aspetto cardine che permette di effettuare interventi che accrescono l'efficienza e l'efficacia del sistema, erogando servizi sempre più connessi e integrati (England; 2023), ma soprattutto è la risorsa che si occupa non solo della *functio laesa*, ma anche e soprattutto del reinserimento nel contesto sociale.

Nella letteratura più recente, gli studi che hanno approfondito l'attività di psichiatria di consultazione, con particolare riferimento al contesto italiano, hanno analizzato dati inerenti la tipologia di reparto richiedente e conseguentemente le caratteristiche del paziente e dei sintomi presentati (M. Piselli; 2011). I dati suggeriscono l'importanza di una attività di consultazione di alto livello, che permette di migliorare gli outcome alla dimissione, anche dal punto di vista socio-economico, senza allungare la degenza in modo significativo (Sharpe; 2024, Brunn; 2020).

Per quanto a nostra conoscenza, ad oggi pochi studi si sono soffermati all'analisi della psichiatria di consultazione all'interno di una più vasta riflessione sui servizi di degenza di recupero e rieducazione funzionale.

La complessità dei bisogni di cura, che rischia di corrispondere all'incremento dei tempi di degenza, con la conseguente crescita della spesa sanitaria, impone di adottare quale prassi il modello di lavoro in équipe e lo sviluppo di *“collaborazioni all'interno di gruppi multifunzionali”* (WHO; 2022).

Per *“pianificare e coordinare l'assistenza alla persona”* con uno standard di livello, secondo la Health Foundation (Zielinski L.; 2025), è necessaria la multidisciplinarietà che riduce i tassi di mortalità e di complicanze, i tempi di degenza e le riammissioni, accresce la soddisfazione del paziente, riduce gli eventi *near-miss* e gli errori, abbassa le barriere che esistono fra pazienti, operatori e familiari (Epstein; 2014).

## MATERIALI E METODI

Per approfondire i concetti presentati è stata analizzata l'attività di psichiatria di consultazione c/o il reparto di recupero e rieducazione funzionale dell'Ospedale di Somma Lombardo – ASST Valle Olona effettuato dal personale medico del CPS, presente all'interno del medesimo presidio, nell'anno 2024. L'analisi dei dati è stata effettuata nei mesi di marzo-maggio 2025.

Quest'attività è stata svolta prevalentemente dallo stesso specialista, al fine di garantire non solo un'attività

di consulenza, ma una vera e propria consultazione-liaison (Lipowski; 1992, Balestrieri; 1994), comprendente l'aggiornamento con i diversi membri dell'*équipe* curante, la valutazione del paziente, l'eventuale prescrizione, la restituzione di quanto riscontrato e quando necessario il follow-up, spesso telefonico, e in alcuni, più rari casi, il colloquio con i familiari. L'attività di consultazione è stata effettuata anche presso il M.A.C. (*Macroattività Ambulatoriale Complessa*), ma, in linea con quanto riportato in letteratura circa l'attività di psichiatria di consultazione effettuata prevalentemente presso reparti di degenza, sono stati analizzati i dati riguardanti unicamente i pazienti ricoverati.

Per l'analisi dei dati sono state consultate tutte le cartelle cliniche dei pazienti dimessi dalla degenza della S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale – Gallarate e Somma Lombardo – ASST Valle Olona, reparto di recupero e rieducazione nel corso del 2024 analizzando in particolare il numero di richieste di consulenza psichiatrica, la motivazione della richiesta, i dati demografici e clinici, insieme ai bisogni verbalizzati dagli operatori ed eventualmente dai familiari. Attenzione particolare è stata riservata alla prescrizione psicofarmacologica (tipologia e posologia) e all'analisi dell'utilizzo di contenzione meccanica ai quattro arti mediante il posizionamento di fascette morbide.

Accanto all'osservazione della tipologia degli interventi effettuati e all'analisi dei dati, sono stati organizzati incontri di confronto tra gli operatori delle due Strutture Complesse ed è stata proposta una giornata di formazione multidisciplinare e multiprofessionale, in due edizioni (maggio e novembre 2025), che ha affrontato in particolare le tematiche della complessità dei bisogni del paziente, ma anche dei membri dell'*équipe* – declinati a seconda del profilo professionale – e dei compiti di cura e assistenza. L'approfondimento della gestione delle anomalie comportamentali e dell'agitazione psicomotoria ha rappresentato uno dei principali bisogni emersi. Quest'argomento è stato analizzato valorizzando il contributo delle differenti professionalità presenti nell'*équipe*.

## RISULTATI E DISCUSSIONE

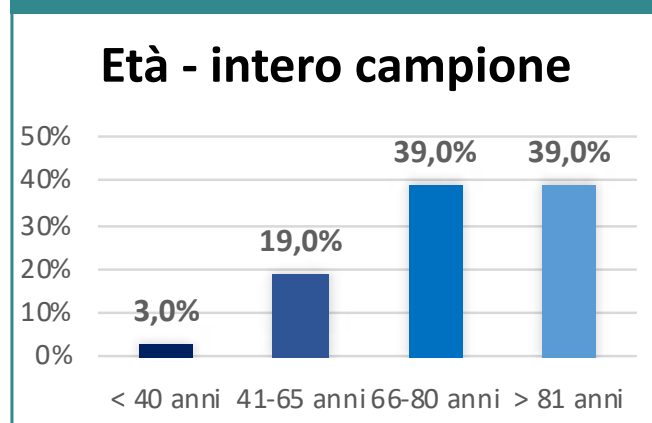
Sono state visionate le 309 cartelle informatizzate dei pazienti dimessi nel corso del 2024.

I pazienti per cui è stata effettuata valutazione psichiatrica sono stati 18 corrispondenti al 5,8% del campione, dato in linea con quanto rintracciabile nella letteratura che ha approfondito recentemente l'attività di psichiatria di consultazione in alcune realtà italiane, in particolare in seguito al significativo incremento dell'attività legato alla pandemia da SARS-CoV-2 e all'impatto che ha avuto sui sistemi sanitari e i bisogni di salute della popolazione (Cinesi; 2025, Prina; 2024, Tamborini; 2012).

I soggetti valutati sono stati nel 50% di genere maschile e nel 50% di genere femminile.

Si riporta in *figura 1* l'età dell'intero campione.

Figura 1: Distribuzione per età



La richiesta di intervento specialistico psichiatrico è avvenuta nel 3,3% per soggetti di età inferiore ai 40 anni, nel 27,7% per pazienti con un'età compresa tra i 41 e i 65 anni, nel 16,6% per la fascia d'età 66-80 anni e nel 22,2% i pazienti avevano più di 81 anni. Senza dubbio a età così variegate corrispondono manifestazioni sintomatologiche estremamente diversificate dal punto di vista psicopatologico con peculiari bisogni di salute. Analizzando la psicopatologia riscontrata all'interno dell'intero campione (*figura 2*), il 52% dei pazienti non ha presentato alcuna sintomatologia. Il 27% dei casi ha manifestato disturbi del sonno. L'ospedalizzazione stessa è tra le principali cause di tale problematica, per

Figura 2: Sintomatologia rilevata



fattori ambientali ben noti e comuni ai diversi reparti ospedalieri. In una percentuale minore, ma significativa, nel 18 % dei pazienti, i disturbi del sonno si sono associati a disturbi del comportamento. Questi ultimi sono presenti come unica alterazione nel 3% del campione. Le anomalie comportamentali sono riscontrate spesso e si caratterizzano per una maggiore entità, nella prima parte della degenza con correlazione alla difficoltà di adattamento al contesto del grande anziano o a una condizione di confusione – talvolta *delirium* di origine infettiva, metabolica o altro. Inoltre, nei quadri caratterizzati da decadimento cognitivo, l'ospedalizzazione può essere un fattore precipitante e le anomalie comportamentali possono rappresentare uno dei sintomi di presentazione.

Tra i disturbi del comportamento senza dubbio rivestono particolare importanza per gravità e gravosità gli episodi di agitazione psicomotoria. Questi ultimi necessitano di un intervento tempestivo per le importanti ripercussioni assistenziali. Lo scopo del controllo dell'agitazione non è la sedazione aspecifica o la contenzione, ma il favorire l'adeguato contenimento così da consentire il processo diagnostico e terapeutico (Tomlinson; 2024). Sull'intero campione solo il 2,9% (9 pz) ha richiesto la contenzione meccanica con fascette morbide ai quattro arti per stato di necessità. La prescrizione non è stata effettuata da specialista psichiatra, ma per lo più dal medico di guardia. Solo un terzo dei pazienti che è stato contenuto ha successivamente effettuato valutazione psi-

chiatrica volta a rimodulare la terapia psicofarmacologica (1 pz agitazione psicomotoria post ictus, 2 pz agitazione psicomotoria post trauma cranico).

La sintomatologia depressiva è stata riscontrata nel 8,7% dei pazienti. Senza dubbio è un malessere più difficile da riconoscere sia da parte del paziente stesso che da parte degli operatori, ma l'adeguato inquadramento diagnostico e il conseguente trattamento permette un migliore outcome, come condiviso in letteratura (Koenig; 1989, Kaye; 2000).

Il 7,1% del campione ha presentato sintomatologia ansiosa: un dato che sottoestima senza dubbio la reale entità del problema in quanto tra gli psicofarmaci le benzodiazepine sono senza dubbio la classe maggiormente assunta prima-durante e dopo il ricovero, esattamente come avviene nella popolazione generale (Kroll; 2016, Spanemberg; 2011).

La sintomatologia psicotica è stata riscontrata solo nell'1,6% dei ricoverati, non all'interno di un disturbo psicotico, ma quale manifestazione di disturbo neurologico più complesso.

Per quanto riguarda le consulenze effettuate (figura 3), sono stati riscontrati quadri caratterizzati per lo più da anomalie comportamentali associate a disturbi del sonno (66,6% del campione) e in percentuale minore sintomatologia depressiva (16,6%).

Tali dati sono indubbiamente correlati alla tipologia di pz degenti nel reparto di recupero e riabilitazione funzionale che presentano gravi compromissioni neurologiche e/o motorie-funzionali.

Figura 3: Diagnosi posta, ove possibile

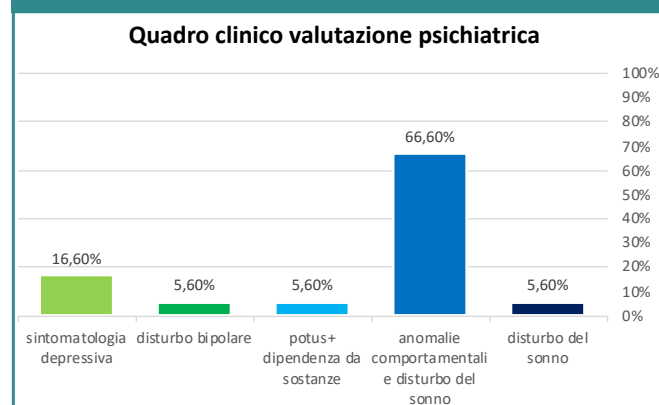
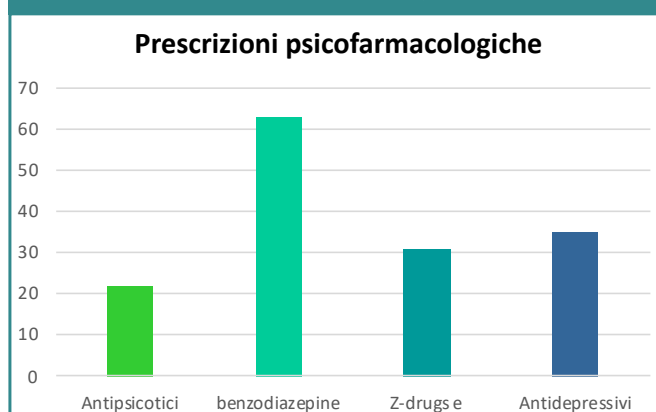


Figura 4: Prescrizioni psicofarmacologiche



Analizzando l'aspetto psicofarmacologico, come riportato in *figura 4*, la classe maggiormente prescritta è quella delle BDZ. Tale dato è in linea con quanto la letteratura suggerisce sull'ampia diffusione di questa tipologia di farmaci sia nella popolazione generale, sia tra i degenti. Le BDZ risultano, tra gli psicofarmaci, il farmaco più assunto sia a livello domiciliare, sia più prescritto durante la degenza nei reparti che precedono il periodo di ricovero nel reparto di recupero e rieducazione funzionale (Kroll, Nieva; 2016, Spanemberg, Nogueira; 2011, Grimmsmann; 2018).

Osservando le terapie psicofarmacologiche dell'intero campione sono emersi i seguenti dati: durante la degenza, 63 persone hanno assunto almeno una BDZ, 35 un antidepressivo, 31 un farmaco inquadrabile tra Z-drugs /ipnoinducenti, e 22 un antipsicotico.

Data la complessità clinica di questa tipologia di pazienti e le importanti comorbidità di tipo neurologico, spesso ai pz sono state prescritte politerapie composte da diverse classi di psicofarmaci. Tra le BDZ, il lorazepam è stato il farmaco più prescritto, seguito da alprazolam e bromazepam: nella quasi totalità dei pz, già presenti nella terapia domiciliare, nelle diverse formulazioni disponibili. Tra le Z-drugs è stato riscontrato un'ampia prevalenza di zolpidem nella formulazione in compressa.

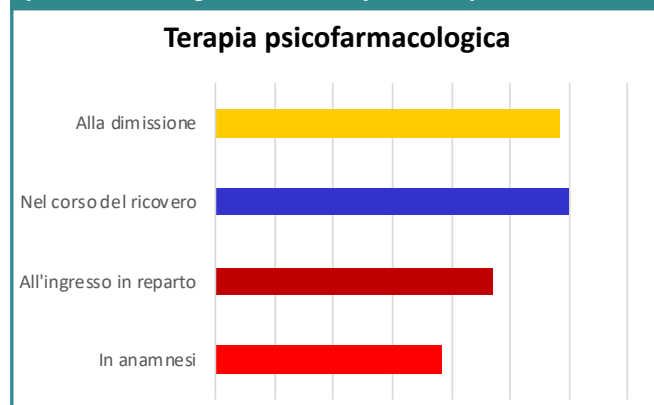
Tra gli antidepressivi escitalopram, paroxetina, sertralina e duloxetina sono stati riscontrati con frequenza sovrapponibile. Escitalopram e paroxetina per lo più già assunti al domicilio o impostati durante precedente de-

genza e sertralina e duloxetina prevalentemente impostati durante il ricovero in RRE.

Per quanto riguarda gli antipsicotici, che indubbiamente vedono una prescrizione maggiore della sintomatologia psicotica riscontrata nell'intero campione, è importante una riflessione che consideri il reparto di provenienza. Durante la degenza nei reparti di terapia intensiva viene impostata spesso una terapia con antipsicotici quali risperidone, quetiapina, olanzapina utilizzati come tranquillanti maggiori: farmaci poi progressivamente ridotti e successivamente sospesi nel percorso terapeutico-riabilitativo. Promazina e aloperidolo sono altri farmaci riscontrati nel campione osservato che vedono l'utilizzo anche grazie alla presenza di formulazioni che permettono differenti vie di somministrazione.

Un interessante spunto di riflessione deriva dall'osservazione dell'andamento della terapia psicofarmacologica analizzando la terapia al domicilio (in anamnesi recente), all'ingresso in reparto (pz sempre provenienti da altri reparti, mai dal domicilio), nel corso del ricovero e al momento della dimissione (*figura 5*).

Figura 5: Percentuale di pazienti in terapia psicofarmacologica nei vari setpoint temporali



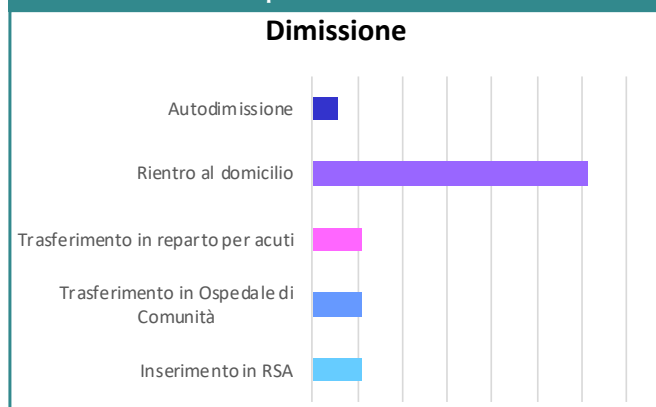
Al domicilio il 38,5% del campione assumeva terapia psicofarmacologica.

All'ingresso in reparto tale terapia era presente nel 47% del campione.

Nel corso del ricovero la percentuale sale al 60%. Al momento della dimissione ancora una percentuale davvero significativa di pazienti, il 58%, ha una terapia psicofarmacologica.

La prescrizione psicofarmacologica e l'importanza di un'attenta rimodulazione durante la degenza, con progressivo décalage e semplificazione, rivestono notevole importanza soprattutto alla luce della dimissione con rientro al domicilio che caratterizza la conclusione del percorso della maggior parte del campione.

**Figura 6: Percorso alla dimissione dei pazienti che hanno effettuato valutazione psichiatrica**



Il grafico in *figura 6* riporta le dimissioni per quanto riguarda i pz per i quali è stata effettuata consulenza psichiatrica.

Alla luce dell'età dell'intero campione, del rientro al domicilio con monitoraggio farmacologico effettuato prevalentemente dal medico di medicina generale e non da specialista psichiatra, è auspicabile una maggiore semplificazione della terapia volta a favorire la compliance del pz e soprattutto a evitare i ben noti effetti collaterali di alcuni farmaci quali le BDZ nei pz anziani e il mis-uso che si riscontra quotidianamente nella popolazione generale.

## CONCLUSIONE

Tale lavoro ha permesso di sottolineare anche nell'ambito dei reparti di recupero e riabilitazione funzionale l'importanza della multidisciplinarietà, con particolare riferimento alla psichiatria di consultazione, negli interventi clinici a favore di pazienti dai bisogni complessi.

Al fine di determinare il piano di trattamento più efficace, è centrale la funzione di un'équipe multidisciplinare in grado di riunire professionisti della salute provenienti da ambiti diversi (Taberna; 2020, Jankovic;

2024). La psichiatria di consultazione con i pz complessi dei reparti di recupero e rieducazione funzionale si deve prefiggere lo scopo di fornire interventi che non si limitino ad un'unica consulenza farmacologica, ma che possano contemplare spazi di confronto e follow-up al fine di un monitoraggio volto ad una revisione psicofarmacologica che tenga conto dei bisogni riabilitativi del contesto.

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

*Si ringraziano gli operatori del reparto di recupero e rieducazione funzionale di Somma Lombardo – ASST Valle Olona.*

## AFFERENZA DELL'AUTORE

\* S.C. Psichiatria Busto Arsizio - Gallarate,  
ASST Valle Olona, Busto Arsizio

^ U.O. Psichiatria Ospedaliera e Territoriale,  
ASST Rhodense, Garbagnate

° Dipartimento di scienze della salute,  
Università Statale degli Studi di Milano

# S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale Gallarate  
e Somma Lombardo, ASST Valle Olona, Busto Arsizio

## CORRISPONDENZA

[emanuela.berto@asst-valleolona.it](mailto:emanuela.berto@asst-valleolona.it)

[marialaura.manzone@asst-valleolona.it](mailto:marialaura.manzone@asst-valleolona.it)

[mamarchetti@asst-rhodense.it](mailto:mamarchetti@asst-rhodense.it)

[elena.delromano@asst-valleolona.it](mailto:elena.delromano@asst-valleolona.it)

[laura.gazzani@asst-valleolona.it](mailto:laura.gazzani@asst-valleolona.it)

[gabriele.tonetti@asst-valleolona.it](mailto:gabriele.tonetti@asst-valleolona.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. Marques LM, Battistella LR. *Well-being as a core element of rehabilitation: preventing mental health challenges in a global context*. Global Health Journal. 2025;9(1):1-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2025.02.004>.
2. OMS. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.
3. England N. A new community rehabilitation and reablement model. 2023.
4. M. Piselli GDG, C. Santilli, T. Sciarma, L. Scarponi, A. Rella, T. Blasi, T. La Ferla, S. Ferrari, R. Quaratesan. *Consultation-Liaison Psychiatry in the General Hospital: an experience in Perugia*. Giorn Ital Psicopat. 2011(17):31-9.
5. Sharpe M, Walker J, van Niekerk M, Toynbee M, Magill N, Frost C, et al. *Proactive integrated consultation-liaison psychiatry and time spent in hospital by older medical inpatients in England (The HOME Study): a multicentre, parallel-group, randomised controlled trial*. Lancet Psychiatry. 2024;11(9):684-95. Epub 20240810. doi: 10.1016/S2215-0366(24)00188-3. PubMed PMID: 39137790; PubMed Central PMCID: PMC11469986.
6. Brunn M, Diefenbacher A, Strain JJ. *Are there effects of consultation-liaison-psychiatry on length of stay in the general hospital? A path analysis*. European Journal of Psychiatry. 2020;34(4):195-201. doi: 10.1016/j.ejpsy.2020.06.001.
7. WHO. *Health and care workforce in Europe: time to act*. 2022.
8. Zielinski L, JB, McGeoch L., Jones, D. Horton, T. *Bridging the great divide: coordination of primary and secondary care in the management of chronic disease*. 2025.
9. Epstein NE. *Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review*. Surg Neurol Int. 2014;5(Suppl 7):S295-303. Epub 20140828. doi: 10.4103/2152-7806.139612. PubMed PMID: 25289149; PubMed Central PMCID: PMC4173201.
10. Lipowski ZJ. *Consultation-Liaison Psychiatry at Century's End*. Psychosomatics. 1992;33(2):128-33. doi: [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(92\)71988-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(92)71988-4).
11. Balestrieri M. *Consultation and liaison psychiatry. What's being cooked up? Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 1994;3(3):139-43. Epub 2011/10/11. doi: 10.1017/S1121189X00003626.
12. Cinesi G, Sciolto A, Carioti CM, Maio FD, Gaias ES, Scopetta F, et al. *Suicidality in youth populations: data from a consultation setting*. Psychiatr Danub. 2025;37(Suppl 1):300-4. PubMed PMID: 40982841.
13. Prina E, Marquis A, Tedeschi F, Rabbi L, Salazzari D, Ballarin M, et al. *Effects of COVID-19 pandemic on psychiatric and psychological consultation-liaison contacts in a general hospital in North-East of Italy: a retrospective study*. Front Psychiatry. 2024;15:1414248. Epub 20241106. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1414248. PubMed PMID: 39568761; PubMed Central PMCID: PMC11577163.
14. Tamborini S, Poli R, Agrimi E. *Consulenze psichiatriche nell'Ospedale di Cremona: I dati di un triennio*. Journal of Psychopathology. 2012;18:55-9.
15. Tomlinson EJ, Schnitker LM, Casey PA. *Exploring Antipsychotic Use for Delirium Management in Adults in Hospital, Sub-Acute Rehabilitation and Aged Care Settings: A Systematic Literature Review*. Drugs Aging. 2024;41(6):455-86. Epub 20240610. doi: 10.1007/s40266-024-01122-z. PubMed PMID: 38856874; PubMed Central PMCID: PMC11193698.
16. Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. *Detection and Treatment of Major Depression in Older Medically Ill Hospitalized Patients*. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 1989;18(1):17-31. doi: 10.2190/qup8-xl19-tkxk-cres.

- 
17. Kaye J, Morton J, Bowcutt M, Maupin D.  
*Depression: the forgotten diagnosis among hospitalized adults.* J Neurosci Nurs. 2000;32(1):7-16. doi: 10.1097/01376517-200002000-00005. PubMed PMID: 10955269.
18. Kroll DS, Nieva HR, Barsky AJ, Linder JA.  
*Benzodiazepines are Prescribed More Frequently to Patients Already at Risk for Benzodiazepine-Related Adverse Events in Primary Care.* J Gen Intern Med. 2016;31(9):1027-34. Epub 20160513. doi: 10.1007/s11606-016-3740-0. PubMed PMID: 27177914; PubMed Central PMCID: PMC4978684.
19. Spanemberg L, Nogueira EL, da Silva CT, Dargél AA, Menezes FS, Cataldo Neto A. *High prevalence and prescription of benzodiazepines for elderly: data from psychiatric consultation to patients from an emergency room of a general hospital.* Gen Hosp Psychiatry. 2011;33(1):45-50. Epub 20110126. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.12.004. PubMed PMID: 21353127.
20. Grimmsmann T, Harden M, Fiß T, Himmel W. *The influence of hospitalisation on the initiation, continuation and discontinuation of benzodiazepines and Z-drugs - an observational study.* Swiss Med Wkly. 2018;148:w14590. Epub 20180214. doi: 10.4414/sm.w.2018.14590. PubMed PMID: 29442341.
21. Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, Antonio M, Arribas L, Vilajosana E, et al. *The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care.* Front Oncol. 2020;10:85. Epub 20200320. doi: 10.3389/fonc.2020.00085. PubMed PMID: 32266126; PubMed Central PMCID: PMC7100151.
22. Jankovic S, Nikolic L, Marković S, Kašratović D. *Multidisciplinary teams in healthcare.* Hospital Pharmacology - International Multidisciplinary Journal. 2024;11:1370-6. doi: 10.5937/hpimj2401370J.

# Il tempo della psichiatria, il tempo della psicoanalisi

Di Lello C.

Per parlare del tempo possiamo evocare Chronos, divinità celebrata nelle teogonie orfiche (7° secolo a.C.), nume del Tempo inteso come fluire inarrestabile e inesorabile della vita.

Si tratta dell'ancestrale antenato di un altro Chronos, corrispondente al Saturno latino, titano che castra il padre Urano e divorà i figli per scongiurare la propria detronizzazione: impresa che tuttavia riuscirà a compiere il suo ultimogenito Zeus, salvando se stesso e tutti i fratelli con la complicità della madre Rea.

Nonostante i due abbiano connotazioni ben diverse tra loro e a livello genealogico siano separati da svariate generazioni di dei, nel tramandarsi delle narrazioni mitiche finiscono per convergere tra loro a formare una sola entità: nel *De natura deorum* di Cicerone, ad esempio, l'uno è considerato semplicemente una "leggera variante" dell'altro: "quanto poi al nome *Saturno* deriva dal fatto che questo Dio è *saturo* di anni: la finzione che divorasse i suoi figli sta a simboleggiare che il tempo distrugge i giorni che passano e fa degli anni trascorsi il suo nutrimento senza mai saziarsi".

Dunque un dio, Chronos – rappresentante di una mentalità antecedente al fiorire delle città-stato dell'età classica e alla connessa nascita dello spirito democratico – arcaico, capace di atti crudeli: un padre tirannico, spietato fino all'infanticidio.

D'altronde, si sa che il tempo è tiranno.

Ed effettivamente in psichiatria, nell'attività clinica con le patologie mentali gravi, il tempo diviene spesso tirannico: la pressione esercitata da quel terrifico dittatore interno che è il Super Io (istanza del mondo psichico, ci dice la psicoanalisi, depositaria della funzione di giudizio e della critica di realtà) psicotico, infatti, ha il potere di

distorcere la velocità dei pensieri e delle azioni dei pazienti e dei curanti nella forma di folli accelerazioni o, al contrario, di devitalizzati rallentamenti.

Con l'aiuto di un assetto mentale psicoanaliticamente orientato, tuttavia, ovvero di una *forma mentis* che consenta al terapeuta "un'attenzione uniformemente sospesa ai propri processi interiori" (Parsons, 2007), il tempo psicologico dei pazienti e dei curanti nelle istituzioni e nei servizi psichiatrici può essere protetto dalle torsioni superegoiche e preservato nel suo ritmo e nel suo respiro naturale.

## IL SUPER IO PSICOTICO

Per approfondire l'argomento del Super Io nei disturbi mentali gravi attingerò ampiamente ad un interessante lavoro di Franco De Masi (1997) pubblicato in lingua inglese *sull'International Journal of Psychoanalysis*: "Intimidation at the helm: superego and hallucinations in the analytic treatment of a psychosis" ("Intimidazione al potere: Super Io e allucinazioni nel trattamento psicoanalitico di una psicosi").

Racconta De Masi (libera traduzione e selezione di brani): "M aveva sofferto di una grave crisi psicotica, per la quale era stato ricoverato per 2 mesi in ospedale e trattato con farmaci. Giunse da me all'età di 25 anni chiedendo un'analisi dopo due anni di psicoterapia avviati alla sua dimissione dall'ospedale. Sia lo psichiatra che lo aveva seguito durante questo periodo che il paziente stesso erano giunti alla conclusione che il lavoro psicoterapeutico non poteva procedere oltre. Nel prosieguo lo psichiatra continuò a gestire la terapia finché non fu più necessaria in una fase avanzata dell'analisi.

Il breakdown psicotico aveva portato il paziente a interrompere i suoi studi proprio quando stava per laurearsi in informatica, e a lasciare Milano, dove frequentava l'università, per ritornare nella sua città natale dai suoi genitori.

M era stato un bambino socievole alle scuole elementari e medie. Più alto e più forte dei suoi coetanei, non era tuttavia capace di difendersi quando veniva attaccato. Aveva paura della sua stessa violenza e riusciva a entrare

in conflitto solo quando la madre lo invitava a reagire. Fin dall'infanzia aveva manifestato ansia e paure, ad esempio che potesse esserci un diavolo nella sua stanza.

Ricordava di essere stato spesso punito a seguito di violente liti con la madre, e nel suo racconto le punizioni inflitte sembravano sproporzionate alla sua cattiveria. Ebbi l'impressione di una donna autoritaria e prepotente, provata dall'accudimento dei due figli e in difficoltà nell'affrontare soprattutto il temperamento impulsivo e ribelle di M, il più grande.

Alla scuola superiore M mostrò una precoce tendenza a rendersi indipendente e ad assumere posizioni polemiche contro professori e figure con ruoli di autorità. Aveva elaborato una elementare ideologia politica, in cui i capitalisti erano simili a genitori impegnati in una perpetua guerra con i loro figli, nella quale volevano accaparrarsi tutto e schiacciare il proletariato.

All'età di 18 anni, al momento di cominciare l'università M uscì di casa e si trasferì a Milano. Scelse Informatica sulla base della sua inclinazione per il pensiero astratto e per la matematica. Studente piuttosto brillante in passato, aveva però iniziato a ottenere mediocri risultati a causa della sua paura degli esami e di una certa disorganizzazione nello studio.

Un episodio aprì la strada alla crisi psicotica. A causa di una sbandata per un'altra giovane il paziente aveva interrotto una relazione che durava da anni – la più importante della sua vita – con una ragazza della stessa età.

Dopo aver saputo che la ex ragazza si era fidanzata, aveva tentato di ritornare con lei ma era stato violentemente e irreparabilmente respinto.

Divenne molto depresso e chiese aiuto ai genitori. Suo papà, un medico, lo inviò da uno psicologo specializzato in medicina psicosomatica, che non capì che cosa gli stava succedendo. Né la sua famiglia né i suoi amici compresero appieno il suo stato. Egli cercò di resistere con tutte le sue forze ma entrò in uno stato di disperazione sempre maggiore.

Il crollo culminò in un tentativo di suicidio: mentre era in vacanza, si gettò da un cavalcavia spinto dall'idea

delirante di essere abitato da un potere demoniaco che lo avrebbe reso totalmente distruttivo.

Percepiva altre presenze diaboliche, spesso sotto forma di animali come cani neri, mentre il mondo annunciava suicidi di massa attraverso il suono delle campane o gli spari di armi da fuoco. Sentiva di poter entrare telepaticamente nella mente delle altre persone e costringerle al suicidio; credendo di essere in contatto con Dio (forze divine terrorizzanti gli rivelavano verità catastrofiche), sentiva di essere sottoposto a un giudizio verso cui non c'era possibilità di appello.

L'analisi iniziò otto anni fa ed è tuttora [al momento della stesura dell'articolo] in corso a quattro sedute settimanali in setting analitico classico.

Circa un anno dopo l'inizio dell'analisi M corse a casa convinto che io avessi telefonato al padre per dirgli che l'analisi era fallita. Subito dopo mi telefonò da casa dicendomi che stava andando **troppo veloce**, e che voleva salvare il suo onore e gettarsi dalla finestra. Nella seduta successiva mi disse che era andato poi al ristorante dove il cameriere era stato **molto lento** nel portargli il conto. Ciò gli era apparso come un chiaro segnale che egli era considerato da tutti un fallimento totale.”

Vorrei soffermarmi su questo punto: nella prospettiva del presente lavoro si potrebbe pensare che M stesse dicendo che il tempo dell'analisi e dell'analista, quello del cameriere, fosse molto lento per le pretese del suo Super Io.

Infatti successivamente, riferisce De Masi, M precisò che gli era sembrato di andare **troppo veloce** nel senso che si sentiva spinto dalla frenesia di progredire, accorgendosi tuttavia al contempo dell'irrealizzabilità del compito e conseguentemente della sua inadeguatezza.

Il racconto prosegue: “Nei primi due anni dell'analisi, M tendeva a sentirsi odiato e disprezzato dalle persone (spesso tali percezioni si verificavano anche con me), tanto che evitava i contatti con i vicini, gli estranei e, successivamente, anche gli amici. Il paziente sentiva che le persone “leggevano” i suoi pensieri. Raccontò di

conversazioni tra gli avventori di un locale e la barista, in cui aveva percepito un commento da cui si deduceva che sapevano tutto su di lui e conoscevano i suoi pensieri.

In questa fase, tutte queste percezioni si organizzavano come allucinazioni uditive. Era come se M fosse diventato una entità negativa che viveva nella mente degli altri e di cui gli altri parlavano con disprezzo. Le allucinazioni sorgevano senza preavviso, attaccandolo con accuse sprezzanti e inducendolo a uno stato di terrore. Le “voci” lo assalivano in molte aree della sua personalità; per esempio, potevano improvvisamente chiamarlo “omosessuale” o attaccarlo definendolo “pazzo”.

Le “voci” a volte apparivano come un’attività denigratoria indiscriminata, un tentativo di distruggere la sua personalità. Quando era in preda a un attacco allucinatorio, il paziente mi ricordava Giobbe sopraffatto da un terrore senza colpa davanti a Dio.

Rimasi attento e vigile per un lungo periodo e mantenni la mente aperta ad ogni possibilità di aiutarlo o di portarlo a una maggiore comprensione di sé, fino a quando uno dei suoi rari sogni ci permise di riflettere insieme sulle sue allucinazioni e, per la prima volta, di separarci dal loro potere terrorizzante. A mio avviso, fu proprio questo atteggiamento di controtransfert che aiutò il paziente ad aprire uno spazio per pensare – qualcosa che fu possibile nel sogno.

Giunse una seduta in cui M mi raccontò di aver sognato di essere in un ospedale della marina che somigliava molto a un campo di concentramento o a un manicomio. C’erano altri detenuti, che sembravano tutte persone normali. Accanto a lui c’era un serial killer che lo spaventava. Il comandante del campo apparve e disse a Tony Curtis [per i più giovani: un attore statunitense degli anni ’60 – “A qualcuno piace caldo” con Marilyn Monroe – che interpretava personaggi abili, disinvolti e scanzonati], un compagno di prigionia, di stare zitto; Tony Curtis si afflosciò. M cercò di lasciare l’ospedale/campo di concentramento, salì su un autobus che non partì, e iniziò a vagare infine senza meta nella campagna.

Il paziente si identificò con Tony Curtis, un giovane brillante e ribelle.

Continuando l’analisi del sogno, gli feci notare che il comandante del campo, ordinando a Tony Curtis di stare zitto, stava cercando di mortificare le sue caratteristiche e annichilirne la personalità: egli alla fine appariva svuotato e completamente passivo. Gli dissi anche che l’ufficiale navale non solo non distingueva tra il giovane ribelle e l’assassino folle, ma prendeva di mira quest’ultimo.

Evidenziando che il comandante del campo, che rappresentava l’elemento distruttivo, stava attaccando gli aspetti vitali, gli mostrai che con questa figura stava rappresentando la pressione allucinatoria che lo tormentava e voleva annientare la sua personalità.

## LA PAZIENZA DI GIOBBE

Questo sogno, a cui tornammo molte volte in momenti significativi dell’analisi, rappresentava a mio avviso in modo esemplare il potere minaccioso del Super Io psicotico sulla sua intera personalità, e aprì la strada alla comprensione del terrore allucinatorio.

Il paziente era sopraffatto da un oggetto interno annientante divenuto una parte di sé: l’intimidazione e l’accusa allontanavano il paziente dalla curiosità, dalla consapevolezza del conflitto e dall’esplorazione della realtà psichica”.

Per De Masi il lavoro interpretativo sulla natura distruttiva del Super Io, divenuto possibile da quel momento, appare essere stato il motore dell’evoluzione terapeutica di M, consentendo all’ansia catastrofica e alla colpa (per lungo tempo proiettate su oggetti esterni e reintegrate sotto forma di allucinazioni) di essere gradualmente trasformate nella capacità di pensare al danno che si autoinfliggeva e nell’assunzione della propria responsabilità psichica.

A parere di chi scrive, invece, il cambiamento che ha potuto avere luogo nel mondo interno di M ha meno a che fare con l’attività interpretativa dell’analista, esplicitata verbalmente, e molto di più con altri fattori non inter-

pretativi (i “non interpretive mechanisms” del gruppo di Stern e degli altri bostoniani) che attengono all’aspetto pragmatico e metacomunicativo della relazione di cura, quel “qualcosa in più dell’interpretazione” (Stern et al., 1998) che si muove sul registro subsimbolico e procedurale della conoscenza intersoggettiva implicita, piuttosto che sul piano simbolico e dichiarativo.

Un registro non verbale di base nel quale la ricostruzione di un fondo psichico adeguato, “e quindi di una ipseità e di un senso di sé vivibili, si verifica in analisi, e in genere in tutti i tipi di trattamento, non tanto in base a ciò che l’analista o il curante *dice*, ma in base a ciò che l’analista *fa*” (Correale, 2005), e che nel resoconto della vicenda analitica di M si può ritrovare in questo passaggio, che riporto nuovamente: “rimasi attento e vigile per un lungo periodo e mantenni la mente aperta ad ogni possibilità di aiutarlo o di portarlo ad una maggiore comprensione di sé, **fino a quando** uno dei suoi rari sogni ci permise di riflettere insieme sulle sue allucinazioni [...]. A mio avviso, fu proprio questo atteggiamento di controtransfert che aiutò il paziente ad aprire uno spazio per pensare”.

In queste righe De Masi sta parlando del “setting” mentale psicoanalitico e della sua sostanziale differenza con l’approccio psichiatrico che, peraltro comprensibilmente, si sarebbe precipitato ad affrontare e auspicabilmente risolvere nel più breve tempo possibile, velocemente, senza indugio, il problema delle allucinazioni (come lo stesso analista, psichiatra di formazione, in un altro passo qui non riportato confessa di essersi sentito inizialmente spinto a fare): più avanti tornerò diffusamente sul tema.

Restiamo nel mondo di M con un ultimo passaggio dell’appassionato lavoro di De Masi: “il Vecchio Testamento narra di come il ricco, fortunato e felice Giobbe si trovi improvvisamente su un cumulo di sterco. Perde tutta la sua ricchezza, le sue greggi vengono distrutte, i suoi figli uccisi e il suo corpo è coperto di piaghe.

Egli a quel punto si ribella al suo destino e protesta la sua innocenza davanti a Dio. Tuttavia, la risposta che

riceve è disturbante. Cieco di rabbia e protervo nel suo diritto di disporre delle sue creature come meglio crede, Dio si scaglia adirato e sprezzante contro Giobbe per il solo fatto di avere osato chiedere spiegazioni sul comportamento divino. Di fronte a questo Dio arrogante e narcisisticamente suscettibile, Giobbe appare come una persona disperata ma devota: la violenza delle sue parole contro Dio è dettata più dall’esaasperazione che dalla ribellione. Tutto si placerebbe in lui se potesse solo comprendere il legame tra il peccato e la punizione.

La storia di Giobbe può essere, a mio avviso, compresa come la descrizione di una relazione tra l’Io e il Super Io psicotico nel corso di un crollo psicotico, in cui il protagonista, come il mio paziente, si trova estromesso dallo stato di benessere e gettato su un cumulo di sterco, alla mercé di una voce accusatoria distruttiva.

Il Super Io psicotico ha maggiori somiglianze con il Dio di Giobbe che con il Dio primitivo di Abramo; anche se quest’ultimo esige sacrifici umani per offese o trasgressioni, almeno rende esplicito il legame tra crimine e punizione. Il paziente psicotico somiglia di più a Giobbe: deve affrontare un mondo minaccioso che vuole annientarlo, terrorizzarlo e soggiogarlo, piuttosto che farlo sentire in colpa”.

Già Freud, peraltro, aveva intuito che gli effetti di un’istanza superegoica troppo severa si ripercuotono non solo sulle funzioni psichiche ma anche su quelle cognitive del soggetto, che a causa di ciò non riesce a sviluppare sufficiente consapevolezza di sé e a “mentalizzare”.

Ad esempio ne “L’Io e l’Es” (1922) egli sottolinea come il senso di colpa inconscio, quello alimentato da un Super Io patologico, sia muto e non venga percepito dal paziente, di modo che egli “non si sente colpevole, si sente semplicemente ammalato”.

“Il Dio di Giobbe”, conclude De Masi, “esige la sottomissione senza nemmeno consentirgli di comprendere la ragione della rabbia e la natura del peccato: il paziente in questa fase deve quindi affrontare non tanto il senso di colpa quanto il terrore”.

Per sostenere il compito, si potrebbe aggiungere, occorre non avere fretta e valersi di molta pazienza: quella di Giobbe, appunto.

Mi sono soffermato così a lungo sul Super Io perché, nonostante la sua centralità nella genesi della sofferenza psichica, la sua esplorazione come oggetto primario e specifico dell'indagine psicoanalitica appare essersi spenta (rimossa?) negli ultimi decenni.

Eppure Freud in numerose occasioni si era occupato del problema del citato "senso di colpa inconscio", giungendo a definirlo, in un passaggio non sempre adeguatamente considerato nonostante la sua rilevanza, "l'ambito di lavoro preferito per la psicoanalisi" (1933).

Ed è Strachey a scrivere nel 1934 forse il più famoso e ancora oggi citato lavoro psicoanalitico, a parte gli scritti freudiani, in cui approfondendo il tema dell'"interpretazione mutativa" sostiene con particolare chiarezza come la finalità terapeutica dell'analisi consista in ultima analisi in una modificazione del Super Io.

Secondo Strachey il Super Io "crudele", origine primaria della sofferenza psichica, può essere trasformato grazie al ciclo ripetuto di proiezioni sull'analista, legate alle dinamiche transferali, e di successive reintroiezioni in forma bonificata.

L'esperienza emotiva vissuta dal paziente nella relazione con l'analista ha pertanto la finalità di portare nel corso della terapia alla interiorizzazione di un oggetto superegoico più "mite" ("mild super-ego", dice Strachey), indulgente e amorevole: una sorta di buon padre (o madre) di famiglia che soppianta gradualmente un dispotico padre (o madre) padrone.

## CURVATURE DEL TEMPO IN PSICHIATRIA

Giunti a questo punto dovrebbe essere più facile penetrare il mistero di situazioni in cui il tempo accelera vertiginosamente, come nelle fughe senza respiro dello stato maniacale, o nella brutalità, perentorietà e istantaneità di certe manifestazioni verbali o comportamentali dei pazienti con patologie psichiatriche gravi.

Se il Super Io è paragonabile al despota di un popolo, se si può parlare di "Super Io nazista", nei casi citati è come se la sua polizia segreta compisse a ripetizione blitz fulminei, facendo fretta ai suoi prigionieri – "schnell!, schnell!" urlavano le SS alle loro vittime mentre le spingevano di corsa sui treni per Auschwitz – pena la fucilazione.

Oppure comprendere fenomeni opposti di collasso temporale fino alla stasi, come la sintomatologia negativa, la catatonia, l'inibizione psicomotoria, la "glaciazione" psichica (come ci ricorda il bel libro "Glaciazioni" di Salomon Resnik, 2001), caratteristici certamente dello stato melanconico, ma più in generale posti, come ci invita a considerare Correale (2002), alla base della dimensione psicotica tout court: sorta di "malattia unica" (Pichon Rivière, 1971) dal cui tronco si dipartono poi tutte le diverse possibili ramificazioni sintomatologiche.

In queste situazioni l'annichilimento non è più angosciosamente temuto, ha semplicemente già avuto luogo: sotto la persecutoria minaccia della punizione superegoica non si può far altro che utilizzare la strategia difensiva adottata in natura da alcune specie animali (il più noto è l'opossum), ovvero trattenere il fiato il più a lungo possibile, immobilizzarsi e fermare ogni manifestazione vitale in una condizione di morte (psichica) apparente.

Naturalmente, come ci si può aspettare dal paradigma psicoanalitico dell'identificazione proiettiva, e dalla "simulazione incarnata" che può essere considerata, per il tramite dei neuroni specchio, il suo substrato neurofisiologico, il tempo incombente e persecutorio o, al contrario, abbandonato a se stesso e dimenticato tende a riprodursi anche nelle équipe che entrano in contatto con l'utenza psichiatrica.

Come dice il proverbio, "noia e nervi son due cose anche troppo contagiose".

Da qui fenomeni come l'"iperstimolazione confondente" di cui parla Correale (1991) a proposito dei reparti ospedalieri di psichiatria, ma rintracciabile in ogni parte di un servizio di salute mentale, in cui "ogni

membro dell'èquipe viene in larga misura bombardato di richieste contemporanee e molteplici, consistenti nella soddisfazione di piccoli bisogni – sigarette, informazioni – o in richieste di colloqui e chiarimenti o francamente in violente prese di posizione”.

Chi scrive illustrava in un precedente contributo (Di Lello, 2013) la parossistica frenesia di una riunione di èquipe in un CPS: “Il gruppo sobbalza incessantemente, è agitato da singulti, come attraversato da una corrente elettrica che produce una scarica in punti sempre diversi, animato da un moto perpetuo.

Mentre alcuni parlano di un paziente, altri bisbigliano tra loro a coppie, o consultano il cellulare, o prestano attenzione ora alla discussione e ora al giornale sotto i loro occhi, o scrivono ricette di farmaci, o fanno annotazioni sull'agenda, oppure ancora escono dalla stanza per andare a vedere chi ha suonato alla porta d'ingresso.

Ma soprattutto è continuamente scosso dalle telefonate.

Non soltanto da quelle che numerosi operatori ricevono sui loro rispettivi telefonini personali, segnalate spesso da rumorose suonerie.

Ma, ancor di più, da quelle che giungono senza sosta al CPS anche nell'orario della riunione, da parte di pazienti, di colleghi, di altri servizi, e che per disposizioni superiori non possono essere lasciate senza risposta.

La conseguenza è un ricevitore cordless che dieci, venti, trenta volte passa di mano in mano, disegnando semicerchi, parabole, ellissi tutto intorno al tavolo, o tracciando diagonali secche che lo intersecano in superficie giusto sotto il naso di chi parla o di chi ascolta, interrompendo di continuo la linea della narrazione, cioè il filo del discorso, e imponendone continui e non impeccabili riannodamenti.

I racconti clinici si fanno così frammentari, si fatica poi a riprendere da dove si era stati interrotti, e comunque spesso si prosegue per qualche tempo a parlare con alcuni operatori del contenuto della telefonata appena conclusa, quasi in contemporanea con la ripresa del pensiero precedente con gli altri operatori che stavano ascoltando.

La corrente di ogni racconto viene così continuamente frazionata dall'immissione improvvisa di nuovi affluenti, producendo una moltiplicazione di rami secondari, una irregolarità del flusso che da laminare diviene turbolento, un continuo tumulto della superficie delle storie”.

E quando, all'opposto, il tempo mentale si arresta e il suo cuore smette di palpitare la psichiatria porta i suoi operatori a sviluppare fenomeni come l'“ipertrofia della memoria” (Correale, 1996), in cui predomina “la presenza, nelle istituzioni, di ricordi collettivi, che sembrano per così dire, consolidati e irrigiditi, al punto d'aver perso la possibilità di sprigionare significati o di subire modificazioni o interpretazioni alternative. Si tratta quasi sempre di eventi relazionali, verificatisi spesso in un passato lontano, che vengono raccontati in modo sempre uguale e ripetitivo, quasi come portati a dimostrazione di un assunto di un'affermazione, di cui devono fungere da prova”.

In tali situazioni un fatale “abbiamo sempre fatto così” ha la capacità di ibernare ogni pensiero nuovo e ogni progetto vitale su un dato paziente.

Per non parlare della noia che permea in ogni angolo le strutture residenziali psichiatriche, come raccontavo anni fa (Di Lello, 1999): “il congelamento che lo psicotico tenta di attuare su ogni suo moto interiore – mozione interna, cioè è-mozione – si riverbera naturalmente sulla sua percezione del tempo, che viene vissuto da lui e da chi è in stretto contatto con lui, a volte semplicemente come fermo, altre volte come ripetitivo.

Fermo è quasi sempre il tempo di Silvana, per la quale appunto «il tempo non passa mai»: come dice Resnik (1986) «modo tipico per evitare la separazione dello spazio e del tempo è la pietrificazione, come nella catatonia, oppure lo svuotamento da ogni vissuto: [il tempo vissuto] è, in questo caso, un tempo schiacciato, paralizzato, devitalizzato, cioè svuotato di vita e di ogni sentimento: rimasto un «pieno di vuoto»». Ripetitivo è spesso il tempo della Comunità Protetta, scandito da momenti monotoni e sempre uguali a se stessi che si

perpetuano anche quando si sono impoveriti di senso.

Un tempo circolare, insomma che si differenzia da quello progettuale, tipico di un movimento che si dirige verso l'autonomia e l'individuale espressione di sé: «nel ciclo» afferma Umberto Galimberti (1997) «non c'è rimpianto e non c'è attesa... la temporalità che esprime è la pura e semplice regolarità del ciclo, dove nulla può accadere che non sia già accaduto e nulla può avvenire se non con-formandosi al già avvenuto. Nel tempo ciclico non c'è futuro che non sia la pura e semplice ripresa del passato che il presente ribadisce. Non c'è nulla da attendere se non ciò che deve ritornare».

### **METODO PSICOANALITICO, CAPACITÀ NEGATIVA E RÉVERIE IN PSICHIATRIA**

Alla luce delle curvature del tempo da cui è pervasa la psichiatria ad opera del tirannico Super Io che la condiziona, è possibile ricorrere alla psicoanalisi per attingere e recuperare una temporalità più naturale?

È possibile immaginare di applicare non tanto una tecnica (come abbiamo visto fare nel caso presentato da Franco De Masi, che oggi, a quasi trent'anni di distanza, non sembra più né praticabile né indicato) quanto un metodo psicoanaliticamente orientato al lavoro della cura nelle istituzioni psichiatriche? E adottare con questo metodo anche un assetto mentale, un atteggiamento umano, e in definitiva un punto di vista etico improntato alla democrazia, alla tolleranza e alla pazienza?

Di certo, un approccio psicoanalitico ha dalla sua più di un vantaggio.

Come dice Bolognini (2002), gli psicoanalisti «anzitutto, banalmente, di solito non interrompono i discorsi altrui».

E poi «non si precipitano a dare dei consigli, come fanno invece il 90% delle persone di fronte a una comunicazione problematica; assaporano l'atmosfera che si crea nell'incontro, la registrano con cura e riflettono su di essa, mentre i più cercano reattivamente di modificarla pretendendo di sostituirla immediatamente con un'altra ritenuta migliore; cercano di mantenere operante il «pen-

sare» assieme al «sentire», mantenendo collegamenti e instaurando nessi tra cose apparentemente lontane e dissociate; non si vergognano del contatto con sensazioni, pensieri e fantasie di ogni genere che possono attraversarli in seduta (appunto, «*homo sum, nihil umani mihi alienum puto*») confidando di poterli utilizzare per dare poi un senso alle cose; hanno un ricordo sufficiente della loro infanzia e adolescenza, e un'immagine di sé poco idealizzata ma piuttosto robusta e definita, per cui possono reggere alle distorsioni proiettive dei pazienti; siccome sanno di sbagliare, purtroppo piuttosto di frequente, sanno di solito chiedere scusa; sono puntuali; hanno una certa capacità di immaginazione, e riescono un pò alla volta a rappresentarsi le cose di cui i pazienti parlano; e, *last but not least*, hanno il senso della complessità della vita mentale».

Questa disposizione mentale sembra corrispondere a ciò che Bion (1970) chiama «capacità negativa»: cioè l'attitudine del terapeuta a permanere in una situazione di sospensione e di attesa, di fronte ai dubbi o agli interrogativi che egli incontra nel suo sforzo di comprensione dell'inconscio, senza precipitarsi a dare risposte.

La locuzione «negative capability» è ripresa dal poeta romantico John Keats, che in una lettera del 1817 ai fratelli George e Thomas elogia la capacità di alcuni grandi della letteratura – e di Shakespeare in modo particolare – di rappresentare i loro personaggi «senza lasciarsi andare a un'agitata ricerca di fatti e di ragioni», e astenendosi da certezze e giudizi morali.

Egli riteneva infatti che i grandi uomini (specialmente i poeti, che egli considerava per certi aspetti le anime più elevate) avessero la dote di accettare i dubbi, le complessità e le contraddizioni dell'esistenza umana senza trovare facili soluzioni, nella convinzione che scopo dell'arte non fosse, come invece per la scienza, risolvere i problemi, ma piuttosto esplorarli senza cercare risposte.

Lo stesso Bion utilizzò un aforisma del filosofo Blanchot per affermare un principio simile: «la réponse c'est la malheur de la question».

L'esercizio della capacità negativa è una caratteristica distintiva del metodo psicoanalitico, e trova per certi aspetti i suoi antecedenti nell'accorgimento dell'"astinenza" (Freud, 1918), e nell'indicazione correlata di accecarsi artificialmente e pazientemente "per poter dirigere tutta la luce su un punto oscuro" (Freud, 1916).

Analogamente Bion raccomanda lungo tutto il corso della sua opera l'assunzione di uno stato mentale sospeso in una condizione "senza memoria e senza desiderio" o, più realisticamente, di "opacizzazione" (Bion, 1970) della memoria e del desiderio.

Tutto ciò non vuol dire che una risposta a un certo punto non vada trovata: l'importante è che non sia precipitosa, e che venga basata sul riscontro di più di un indizio a sostegno della sua attendibilità, accettando per tutto il tempo necessario di non capire.

La capacità negativa è un esercizio mentale, un allenamento dell'apparato per pensare i pensieri, in cui l'analista si indirizza verso un'attitudine esplorativa e di apertura fiduciosa (il "fattore F" di Bion) verso l'ignoto.

Nella concezione bioniana, dunque, l'analista – e nel nostro discorso anche il terapeuta di formazione psicodinamica al di fuori del setting psicoanalitico classico – "deve resistere ad ogni tentativo di afferrarsi a ciò che sa, al fine di realizzare uno stato mentale analogo a quello della posizione schizoparanoide. Per indicare questo stato ho coniato il termine «pazienza», proprio per distinguerlo dalla posizione schizoparanoide. La «pazienza» deve essere esercitata «senza agitarsi dietro i fatti e le ragioni» fino a che si sviluppi uno schema" (Bion, 1970).

Quando tale "schema" prende infine forma nella mente dell'analista, alla "pazienza" – richiesta necessariamente dal perturbante clima emotivo schizoparanoide – subentra uno stato mentale di "sicurezza", che corrisponde invece al sentimento caratteristico della dimensione depressiva.

L'esperienza della continua oscillazione binoculare tra queste due fasi emotive – anziché dello statico sostare nell'una

o nell'altra – fornisce al terapeuta, dice ancora Bion (1970), "un indice del fatto che si sta realizzando un buon lavoro".

L'elemento che dà coerenza a tutti i dati che egli, sorretto dalla sua "capacità negativa", è andato via via raccogliendo pazientemente, e che gli consente infine di organizzarli in uno schema intellegibile e significativo, prende per Bion il nome di "fatto scelto".

"Un nuovo risultato, per avere qualche valore, deve unire tra loro elementi noti da tempo ma fino a quel momento slegati ed apparentemente estranei l'uno all'altro ed introdurre improvvisamente l'ordine là dove regna il disordine.

Ecco allora che ad un tratto ci accorgiamo del posto che ogni singolo elemento occupa nell'insieme. Come i nostri sensi, così la nostra mente è talmente fragile che si perderebbe nei complicati meandri del mondo se non vi fosse armonia in tale complessità [...]. I soli fatti degni di attenzione sono quelli che apportano ordine in questa complessità, rendendola in tal modo accessibile [...]. Per illustrare ciò che lo psicoanalista deve provare durante il processo di sintesi, io usai l'espressione fatto scelto; per evidenziare questo fatto si ricorre al nome di quell'elemento che sembra legare insieme elementi apparsi sino a quel momento privi di nesso" (Bion, 1962).

Si tratta, nell'ovvia impossibilità di pervenire alla verità psichica ultima, di essere sufficientemente perspicace e capace di formulare supposizioni il più possibile accurate, sapendo prendere la mira e cogliendo per quanto possibile nel segno.

La perspicacia, qualità essenziale di ogni *techne* e pertanto anche del metodo psicoanalitico, è denominata in greco antico *eu-stochia*, dove *eu* sta per "buono" e *stochos* sta per "bersaglio": e il mirino con cui puntare il bersaglio è per l'appunto il fatto scelto.

Senza dimenticare che è difficile fare centro ad ogni tentativo: l'importante è provarci, consapevoli di non avere altra possibilità che "tirare a indovinare" con la massima sagacia possibile.

Non per nulla il termine *erraten* (trad. it.: "indovinare", appunto), generalmente poco considerato dai commentatori di Freud, ricorre nel lessico freudiano con

insospettabile frequenza, e “si riferisce all’enigma che si deve identificare e risolvere.

Nel campo della ricerca freudiana, che ha per oggetto soprattutto i processi inconsci, non si può fare altrimenti che indovinare, perché ciò che è nascosto dalla rimozione non può essere individuato tramite deduzione logica a partire dagli atti coscienti dell’analizzando. Per quanto concerne questo “indovinare” Freud ha sovente respinto i rimproveri circa l’arbitrarietà e la mancanza di scientificità del suo metodo” (Vassalli, 2004).

La capacità del terapeuta di formulare supposizioni accurate è dunque connessa alla sua abilità di cogliere tutti gli indizi che il paziente dissemina nel campo analitico, e tra questi prima di tutto i vissuti controtransferali, che sono spesso i più significativi e affidabili. Piuttosto che saltare a conclusioni confortanti ma sommarie e frettolose, la mente psicoanaliticamente educata ha insomma bisogno di integrare lentamente quanto gli è stato portato dal paziente.

Al contrario, per Ferro (2002), “la presenza nell’analista di un’ideologia fondata su preconcetti paralizza ciò che Bion (1970), citando Keats, chiama «capacità negativa» [...] ed evidenza nelle comunicazioni del paziente solo ciò che le teoria preferita dell’analista riconosce.

Ritengo che sia impossibile realizzare un lavoro analitico sul Super Io o sull’Io ideale in mancanza della capacità di *réverie* dell’analista”.

Dove per “*réverie*” – termine francese che può essere tradotto con “fantasticherie”, utilizzato in psicoanalisi soprattutto da Winnicott e da Bion – si intende uno stato mentale aperto alla ricezione di tutti gli elementi psichici comunicati, verbalmente e non, da un interlocutore con cui è presente un legame affettivo.

La funzione di *réverie* è primariamente esercitata dalla madre nei confronti del bambino, di cui è suo compito immaginare e riconoscere i bisogni, e per analogia anche dal terapeuta nei confronti del paziente, grazie alla capacità di accogliere gli stati mentali di quest’ultimo generando rappresentazioni spontanee da cui possono scaturire forme adeguate di comprensione e interpretazione.

Solo la “cultura delle *réverie*”, conclude Ferro, produce “cambiamento, ascolto libero da pregiudizi e democrazia”, a differenza del suo opposto – la “cultura dell’evacuazione” – che genera, “sopraffazione, tirannia e distruzione”.

## GRUPPO COME AGORÀ DEMOCRATICA

Da ultimo, occorre sottolineare che l’assetto mentale psicoanalitico ha la possibilità di mitigare i parossismi o, al contrario, i cedimenti del ritmo temporale caratteristici della psichiatria in modo particolarmente incisivo quando viene declinato in un setting gruppale.

Il gruppo è infatti un contesto molto efficace, e per Correale (2001) spesso preferibile, non soltanto per gli interventi psicoterapeutici o riabilitativi sulle patologie mentali gravi, ma anche per la manutenzione psichica delle équipe multiprofessionali che realizzano questi interventi.

Ciò naturalmente a patto che chi guida il gruppo, sia esso terapeutico o istituzionale, posseda l’attitudine a dirigerlo con i giusti tempi, disponendo “di quello che potremmo chiamare un lento entusiasmo, una fiducia cioè nella scoperta graduale dell’ignoto e al tempo stesso una lentezza pacata che permetta che tutto avvenga con sufficiente «aria intorno» per poter essere elaborato, capito e apprezzato” (Correale, 1991).

In queste condizioni la cornice gruppale tutela l’atteggiamento mentale sia dei pazienti che dei curanti dal rischio di essere spinto inavvertitamente verso comportamenti sbrigativi, categorici, normativi, perentori e in definitiva antidemocratici.

Un po’ come il secondo scafo di un catamarano, infatti, spesso il gruppo fa da bilanciere e conferisce stabilità alla rotta, preservando ogni suo membro dall’imboccare direzioni avventate (cioè letteralmente “trascinate dal vento”) che metterebbero la barca a rischio di scuffiare, o comunque di prendere false rotte.

Nel gruppo terapeutico, in particolare, come opportunamente sottolineato da Claudio Neri (2021), dopo un certo periodo di tempo gli analizzati stessi acquisiscono la capacità di astenersi dal dare risposte premature e dal

ricorrere a slogan e frasi fatte, sviluppando una disposizione nuova all'ascolto e all'attesa.

Il setting gruppale, dunque, sembra poter beneficiare di un'atmosfera meno definitoria, categorica e totalitaria di quella che può caratterizzare la situazione duale, grazie alla ricchezza della dialettica "democratica" attiva al suo interno: ciò consente di praticare più agevolmente la "messa in epochè" (Di Lello, 2000) – il ragionevole dubbio sulle conoscenze che si danno per acquisite e scontate – tanto cara agli antichi scettici e a Husserl, e recuperata da Bion, come si è già detto, nel concetto di "capacità negativa".

Baluardo democratico capace di proteggere e accogliere elementi psichici messi fuori legge dalla tirannide supergoica, con la sua capiente curvatura lo spazio gruppale può essere concepito (Di Lello, 2009) come una riedizione adattata ai giorni nostri dell'antica *agorà* greca, il luogo della democrazia per antonomasia, la piazza della *pòlis* ove i cittadini si riunivano in assemblea per discutere dei problemi della comunità e decidere collegialmente delle leggi.

La valenza democratica di uno spazio come l'agorà, aperto alle riunioni di gruppo, è indirettamente confermata dalla sua assenza nell'urbanistica dei centri del Vicino Oriente e in quelli micenei, in cui la parola del sovrano non poteva essere messa in discussione, e non erano contemplati luoghi pubblici di confronto e scambio di idee.

Per Aristotele, in una frase a lui attribuita, "solo una mente *educata* può capire un pensiero senza la necessità di accettarlo": un'"educazione" che l'agorà del contenitore gruppale può fornire talora anche più efficacemente del contesto privato della relazione individuale.

Non è un caso se nell'"Oresteia" di Eschilo è proprio sulla scena dell'agorà che viene celebrata la transizione da una legge primitiva, crudele e vendicativa (impersonata dalle Erinni, divinità ctonie che esprimono una mentalità arcaica antecedente al fiorire delle città-stato dell'età classica) ad una norma tollerante, comprensiva e, appunto, democratica (di cui si fa portavoce Atena,

dea della ragione e rappresentante del nuovo pantheon olimpico) che risparmiò la vita a Oreste nonostante si fosse macchiato dell'assassinio di sua madre Clitemnestra.

Nella situazione gruppale – che riguardi le attività terapeutiche dei pazienti oppure le riunioni cliniche dei curanti – le emozioni, le fantasie, i pensieri procedono a strappi, ondeggiando, come al rallentatore, oppure attardandosi in un gioco di riverberi.

Non corrono verso il traguardo con le falcate ampie e rette del nobile levriero, si inoltrano nel bosco come un gruppo sparpagliato ed esitante ma cooperativo di segugi, all'insegna di quel proverbio africano che dice: "Se vuoi fare presto vai da solo. Se vuoi andare lontano vai con gli altri".

---

#### AFFERENZA DELL'AUTORE

Consulente già Responsabile UOS ASST Santi Paolo e Carlo,  
Presidio San Carlo  
Società Psicoanalitica Italiana (SPI)  
Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo (IIPG)

#### CORRISPONDENZA

[claudio.dilello@asst-santipaolocarlo.it](mailto:claudio.dilello@asst-santipaolocarlo.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. Parsons M. (2007). *Raiding the inarticulate: the internal analytic setting and listening beyond countertransference*. Int. J. Psychoanal. 88: 1441-1456.
2. De Masi F. (1997). *Intimidation at the helm: superego and hallucinations in the analytic treatment of a psychosis*. Int. J. of Psychoanal. 78: 561-576.
3. Stern D., Sander L., Nahum J., Harrison A., Lyons-Ruth K., Morgan A., Bruschweiler-Stern N., Tronick E. (1998). *Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the "something more" than interpretation*. Int. J. of Psychoanal. 79: 903-921.
4. Correale A. (2005). *Borderline. Lo sfondo psichico naturale*. Borla, Roma.
5. Freud S. (1922a). *L'Io e l'Es*. OSF. Vol. 9. Boringhieri, Torino 1967-1984.
6. Freud S. (1933). *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*. OSF. Vol. 11. Boringhieri, Torino 1967-1984.
7. Strachey J. (1934). *La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi*. Rivista di Psicoanalisi. 1974, 1: 92-126.
8. Resnik S. (2001). *Glaciazioni*. Bollati Boringhieri, Torino.
9. Correale A. (2002). *Il flusso associativo nel piccolo gruppo di psicotici cronici*. Rivista di Psicoanalisi. 2: 413-423.
10. Pichon Rivière E. (1971). *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Lauretana, Loreto 1985.
11. Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*. Borla, Roma.
12. Di Lello C. (2013). *Senza rete: sfunti di riflessioni sulla psichiatria nei tempi post-moderni*. Koinos – Gruppo e Funzione Analitica (nuova serie), anno I n°1, giugno-dicembre.
13. Correale A. (1996). *L'ipertrofia della memoria come forma della patologia istituzionale*. In: Kaës R., Pinel J.-P., Kernberg O., Correale A., Diet E., Duez B. *Sofferenza e psicopatologia dei legami istituzionali*. Borla, Roma 1998.
14. Di Lello C. (1999). *La relazione con gli psicotici e il contagio della noia*. Psichiatria Oggi. 2: 50-52.
15. Resnik S. (1986). *L'esperienza psicotica*. Boringhieri, Torino.
16. Galimberti U. (1997). *Gli equivoci dell'anima*. Feltrinelli, Milano.
17. Bolognini S. (2002). *L'empatia psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino.
18. Bion W. R. (1970). *Attenzione e interpretazione*. Armando, Roma 1973.
19. Freud S. (1918). *Vie della terapia psicoanalitica*. OSF. Vol. 9. Boringhieri, Torino 1967-1984.
20. Freud S. (1916). *Lettera a Lou Andreas Salomè del 25 maggio 1916*. In: Freud S., Andreas-Salomè L. (1912-1936). *Eros e conoscenza. Lettere tra Freud e Lou Andreas Salomè*. Bollati Boringhieri, Torino 1990.
21. Bion W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1972.
22. Vassalli G. (2004). *La psicoanalisi nasce dallo spirito della "tecnica" greca*. Rivista di Psicoanalisi. 4: 961-991.
23. Ferro A. (2002). *Superego transformations through the analyst's capacity for reverie*. Psychoanalytic Quarterly. 71: 477-501.
24. Correale A. (2001). *Il gruppo in Psichiatria*. Borla, Roma.
25. Neri C. (2021). *Il gruppo come cura*. Cortina, Milano.
26. Di Lello C. (2000). *Verità paranoica ed epoche gruppale*. Koinos. Gruppo e Funzione Analitica. 2: 107-111.
27. Di Lello C. (2009). *Mentalità arcaica della polis liquida, mentalità democratica dell'agorà gruppale*. Koinos. Gruppo e Funzione Analitica. 2: 108-117.

# 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.

# Intervento di prevenzione del disagio giovanile nelle Scuole Secondarie Superiori del territorio del DSMD ASST Melegnano e Martesana

*Sasso E. \*, Carnevali S. \*, Distefano A. °,  
Giombelli A. F. #, Racioppi L. #,  
Giuliani E. O. ^, Durbano F. ^*

## ABSTRACT

Il presente studio riporta i risultati del progetto di prevenzione primaria “Prevenzione, Individuazione e Trattamento Precoce dei Disturbi psichici in età giovanile”, promosso dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell’ASST Melegnano e Martesana, rivolto a studenti di scuole superiori tra i 16 e i 19 anni. Il campione complessivo ha coinvolto 1.198 studenti, coinvolti in due anni scolastici (2023/2024 e 2024/2025).

L’intervento mirava a sensibilizzare sul benessere mentale, migliorare la conoscenza dei servizi territoriali e rilevare il livello di autostima e regolazione emotiva. Sono stati utilizzati il questionario “Cosa penso di me” e la scala DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale). I dati indicano una differenza significativa tra generi: le studentesse mostrano livelli più bassi di autostima, soprattutto in relazione all’immagine corporea, e maggiori difficoltà nella regolazione emotiva rispetto ai coetanei maschi.

Il 39% degli studenti ha evidenziato difficoltà significative nella gestione delle emozioni, con una correlazione significativa tra bassa autostima e disregolazione emotiva. Nonostante oltre la metà del campione riferisca disagio psicologico nell’ultimo anno, solo una minoranza ha richiesto aiuto formale.

L’intervento ha aumentato la consapevolezza riguardo ai servizi di salute mentale locali, precedentemente poco

conosciuti. I risultati sottolineano l’importanza di strategie di prevenzione precoce che integrino scuole e servizi sanitari, con particolare attenzione a fattori di genere, autostima e regolazione emotiva, per promuovere il benessere psicologico degli adolescenti.

## INTRODUZIONE

Il Programma di “Prevenzione, Individuazione e Trattamento Precoce dei Disturbi psichici in età giovanile” ha tra i suoi obiettivi la realizzazione di interventi di prevenzione primaria, volti a coinvolgere le agenzie educative e sociali che lavorano con i giovani, al fine di sensibilizzare e avvicinare ai temi della salute mentale, ridurre lo stigma, promuovere una maggiore consapevolezza sia dei comportamenti e segni che possono essere indicatori di un disagio sia dei Servizi presenti sul territorio di appartenenza ai quali poter chiedere aiuto. Il problema è stato rilevato come significativo in precedenti ricerche svolte su campioni italiani (Bersia et al. 2022).

Per raggiungere questi obiettivi è fondamentale il lavoro e la collaborazione con gli Istituti Scolastici. Infatti in numerosi contesti sono sorti progetti con tale finalità (Cecconi et al. 2022; Daniele 2023) e il DSMD di ASST Melegnano e Martesana da anni lavora per aprire e consolidare degli scambi con le scuole presenti sui rispettivi territori, proponendo degli interventi di sensibilizzazione rivolti agli studenti (Camporota et al. 2021; Carnevali et al. 2022).

## OBIETTIVI E CONTESTO

Lo scopo del presente lavoro è quello di illustrare il progetto di intervento di sensibilizzazione e avvicinamento ai temi della salute mentale, e alla conoscenza dei relativi Servizi, in un campione di classi quarte e quinte di Istituti Superiori afferenti al territorio del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell’Asst Melegnano e Martesana, in cui opera il Progetto Giovani TR 105.

Il Progetto, già proposto in via sperimentale nell’anno scolastico 2021/2022 (Camporota et al. 2021) e di seguito in maniera più strutturata nell’anno scolastico

2022/2023 (Carnevali et al. 2022) sul solo territorio dell'Area Nord, Martesana, è stato ripresentato, a partire dall'anno 2023/2024, in una forma più ampia e integrata su tutto il territorio del Dipartimento, per coinvolgere un numero maggiore di studenti, rappresentativo dell'intero bacino di competenza.

Oltre a rilevare il grado di conoscenza dei Servizi di Salute Mentale e di gradimento dell'intervento, il Progetto, allineandosi a quanto suggerito da alcuni studi in ambito pedagogico (Daniele et al. 2024), ha avuto come obiettivo complementare quello di indagare il livello di benessere emotivo degli studenti. Quindi, l'intervento è stato proposto alla luce dei seguenti obiettivi:

- sensibilizzare e avvicinare i giovani ai temi della salute mentale;
  - diffondere una conoscenza dei Servizi a cui potersi rivolgere in caso di bisogno;
  - rilevare il benessere psico-emotivo degli studenti;
  - raccogliere, tramite appositi questionari, dati sul livello di benessere emotivo da sottoporre ad analisi statistiche.
- Il lavoro qui esposto, comprende i dati raccolti complessivamente durante gli interventi svolti in due anni scolastici, 2023/2024 e 2024/2025.

## MATERIALI E METODI

### Soggetti

Il progetto, svolto nei due anni scolastici 2023/2024 e 2024/2025, ha coinvolto circa 1198 studenti (numerosità del campione alla sua massima rilevazione), degli Istituti Superiori presenti sul Territorio Melegnano-Martesana, delle classi terze, quarte e quinte, compresi in un range di età dai 16 ai 19 anni, l'età media dei soggetti risulta di 17,68 anni, la moda è rappresentata dal valore 17 anni. Il campione è composto da: 52,38% maschi, 45,69% femmine e 1% che ha preferito non indicare il proprio genere.

### Strumenti

Per rilevare il grado di benessere emotivo, sono stati indi-

viduati due fattori riconosciuti dalla letteratura scientifica come significativi nel proteggere o facilitare l'insorgenza di un disagio adolescenziale, vale a dire l'autostima e la regolazione emotiva. In particolare:

- Questionario "Cosa penso di me" adattamento italiano del Five-Scale of Self-Esteem for Children (Pope et al. 1993; versione italiana: Cavallero et al. 2021). È stata utilizzata la versione estesa, costituita da 60 item, di cui 10 per ogni sottoscala: autostima generale, scolastica, corporea, familiare, interpersonale e scala di controllo. Lo strumento si basa su un modello gerarchico dell'autostima in cui all'apice si trova l'Autostima Generale e al di sotto le sue quattro sottocomponenti (Scolastica, Corporea, Interpersonale, Familiare), differenziate in base ai diversi ambiti di interesse. Una scala di controllo permette di rilevare i casi in cui i soggetti abbiano risposto in termini di desiderabilità sociale. I punteggi relativi alle sottoscale sono ottenuti calcolando la media degli item per ciascuna scala. A punteggi più alti corrispondono livelli di autostima maggiori.
- Scala sulla Difficoltà nella regolazione emotiva (Gratz & Roemer 2004; validazione italiana: Mancinelli et al. 2024). La DERS – Difficulties in Emotion Regulation Scale è uno strumento self-report che misura le difficoltà di rilevanza clinica nella regolazione delle emozioni negative. Il questionario è composto da 36 item a risposta multipla, raggruppabili in 6 dimensioni: (a) consapevolezza e comprensione delle emozioni; (b) accettazione delle emozioni; (c) la capacità di impegnarsi in un comportamento diretto agli obiettivi e astenersi dal comportamento impulsivo, quando si verificano emozioni negative; e (d) l'accesso alle strategie di regolazione delle emozioni percepite come efficaci. La DERS fornisce un punteggio complessivo, ottenuto tramite la somma di tutti gli item e che rappresenta la misura delle difficoltà generali nella regolazione emotiva, e un punteggio per ciascuna delle sei subscale, che fornisce una misura delle difficoltà presentate nelle specifiche dimensioni

della regolazione emotiva. Punteggi più alti indicano maggiore difficoltà nella regolazione delle emozioni. È stato pertanto strutturato un form di risposta anonima distribuito elettronicamente comprendente i due test citati.

Gli studenti hanno anche risposto, in due tempi diversi ( $T_0$  e  $T_1$ ), ad altre domande selezionate con l'obiettivo di approfondire il benessere psico-emotivo generale degli studenti, il grado di conoscenza relativo all'esistenza e alla possibilità di fruizione di Servizi di Cura a loro dedicati, e il livello di gradimento dell'esperienza vissuta con l'intervento proposto nelle classi.

### Procedura

Il Progetto ha previsto un incontro preliminare con gli insegnanti delle Commissioni Salute dei diversi Istituti Scolastici coinvolti, al fine di presentare l'iniziativa e coordinare le attività.

Prima dell'avvio degli incontri, gli studenti hanno ricevuto un link dalla Scuola per compilare il  $T_0$ , il Cosa Penso di me e il questionario DERS.

Successivamente sono stati svolti 2 incontri all'interno delle singole classi, di un'ora ciascuno, di sensibilizzazione sui temi della Salute Mentale, con la presenza degli operatori del DSMD (Psicologi e Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica).

La metodologia adottata è stata quella del gruppo esperienziale, volta a favorire una condivisione di pensieri ed emozioni relativi al tema del disagio in adolescenza. Al fine di promuovere la circolazione di pensieri, l'espressione libera di emozioni, lo scambio e la discussione sul tema della salute mentale tra i giovani sono stati utilizzati alcuni stimoli, come ad esempio le Carte del gioco "Dixit".

Nel secondo incontro è stato previsto anche uno spazio di tipo informativo, con l'obiettivo di dare agli studenti alcuni concetti chiave relativi al disagio e soprattutto le informazioni utili per orientarsi nel chiedere aiuto.

Al termine degli incontri programmati gli studenti hanno compilato il test  $T_1$ .

L'intervento nelle scuole si è concluso con una pre-

sentazione dei risultati ottenuti dalla ricerca, tramite un report e un incontro, agli insegnanti delle Commissioni Salute, al fine di sensibilizzare anche gli adulti del mondo scuola al tema della salute mentale.

### ANALISI DEI DATI E RISULTATI

Nell'analisi dei risultati si procederà prendendo in esame da un lato i dati relativi ai questionari volti alla valutazione del benessere emotivo degli studenti, dall'altro i dati riguardanti i questionari di esito relativi alla baseline ( $T_0$ ) e alla conclusione dell'intervento ( $T_1$ ).

#### Questionari per la rilevazione del benessere emotivo: "Cosa penso di me"

Il questionario è stato compilato da un campione di 668 studenti, di cui 49% sono maschi, il 47% sono femmine e il 4% ha preferito non rispondere alla domanda sul genere. Sono stati calcolati i punteggi medi ottenuti dai maschi e dalle femmine ed è stato fatto un confronto attraverso un test non parametrico.

Sottoscale - punteggi	Maschi (media $\pm$ d.s.)	Femmine (media $\pm$ d.s.)	T - p
Autostima generale	13.71 $\pm$ 4.53	12.55 $\pm$ 4.72	t=3,177; p=0,002
Autostima scolastica	11.16 $\pm$ 4.69	11.76 $\pm$ 4.28	n.s.
Autostima corporea	12.90 $\pm$ 4.75	10.34 $\pm$ 4.64	t=6,902; p<0,001
Autostima familiare	15.13 $\pm$ 4.08	14.32 $\pm$ 4.44	t=2,414; p=0,016
Autostima interpersonale	14.25 $\pm$ 4.10	12.67 $\pm$ 4.46	t=4,692; p<0,001

È stata rilevata una differenza statisticamente significativa tra maschi e femmine per tutte le dimensioni eccetto quella scolastica, le ragazze hanno riportato punteggi significativamente inferiori rispetto ai ragazzi.

La dimensione risultata maggiormente deficitaria tra le ragazze è quella relativa al corpo, un chiaro segnale di

allarme per il potenziale sviluppo di disturbi legati alla dispercezione corporea e alle condotte alimentari.

Oltre al calcolo dei punteggi alle singole sottoscale del Questionario “Cosa penso di me”, è stato interessante confrontare il gruppo di ragazzi e ragazze della nostra ricerca con i punteggi normativi ottenuti sulla popolazione generale italiana (Cavallero et al. 2021). In questo modo abbiamo evidenziato la percentuale del nostro campione che ha registrato un livello di autoestima particolarmente basso, vale a dire al di sotto del decimo percentile.

Soggetti sotto cut-off divisi per genere	Maschi (%)	Femmine (%)
Autostima generale	14,9 (cut-off <10)	17,5 (cut-off <8)
Autostima scolastica	5,5 (cut-off <4)	8,6 (cut-off <6)
Autostima corporea	17,6 (cut-off <9)	12,1 (cut-off <5)
Autostima familiare	10,6 (cut-off <10)	15 (cut-off <10)
Autostima interpersonale	20,4 (cut-off <11)	20,7 (cut-off <9)

La tabella ci mostra che il 14,9% del campione maschile e il 17,5% del campione femminile ha riportato un livello di autoestima generale significativamente basso, vale a dire i maschi con un punteggio inferiore a 10 e le ragazze inferiore a 8.

Se analizziamo le singole dimensioni, notiamo che quella meno inficiata da un giudizio particolarmente negativo da parte dei nostri ragazzi/e è quella scolastica, confermando il dato dei punteggi medi, mentre al contrario l'ambito su cui gli studenti del nostro studio hanno riportato un punteggio particolarmente basso, mostrando quindi di avere una scarsa autoestima, è soprattutto quello delle relazioni interpersonali.

### “Scala sulla Difficoltà nella regolazione emotiva”

Il questionario è stato compilato da un campione di 720 studenti, di cui il 50% sono ragazzi, il 46% sono ragazze e

il 4% ha preferito non rispondere alla domanda sul genere.

Anche per questo test, sono stati calcolati i punteggi medi ottenuti dai maschi e dalle femmine ed è stato fatto un confronto attraverso un test non parametrico.

Sottoscale	Maschi (media + d.s.)	Femmine (media + d.s.)	T - p
Totale	87.94 ± 23.52	106 ± 27.94	T=-9,163; p<0,001
Non accettazione	13.65 ± 5.45	17.21 ± 6.43	T=-7.824; p<0,001
Goals	14.76 ± 4.99	17.61 ± 5.13	T=-7.414; p<0,001
Impulsività	13.66 ± 6.02	17.31 ± 6.58	T=-7,623 p<0,001
Consapevolezza	16.12 ± 5.13	17.06 ± 5.09	T=-2,427 p=0,015
Strategie	18.06 ± 6.83	22.95 ± 8.26	T=-8,454 p<0,001
Chiarezza	11.69 ± 4.33	13.85 ± 4.52	t=-6,438; p<0,001

È stata rilevata una differenza statisticamente significativa nelle risposte tra Maschi e Femmine in tutte le sottoscale della DERS. Complessivamente i ragazzi hanno mostrato punteggi più bassi e quindi una minore difficoltà nella regolazione emotiva.

Oltre al calcolo dei punteggi alle singole dimensioni, è stato fatto un confronto tra i punteggi ottenuti dal campione della nostra ricerca e i punteggi normativi ottenuti sulla popolazione generale italiana, distinguendo tre differenti livelli: nessuna difficoltà segnalata (punteggi inferiori a 90); moderata difficoltà (punteggi tra 91 e 105); marcata difficoltà (punteggi oltre 105) (Mancinelli et al. 2024).

Valori totali al di sotto dei cut off	% Soggetti
< 90, No difficoltà	42,36
91 - 105, Moderata	18,62
Oltre 105, marcata	39,02

Come si può notare dalla tabella, il 57,64% degli studenti che hanno compilato il questionario DERS ha ottenuto un punteggio superiore a 90 ovvero una qualche difficoltà nella regolazione emotiva, tra cui il 18,62% riferisce una moderata difficoltà di regolazione delle proprie emozioni il 39,02% marcata difficoltà.

Questo dato è particolarmente significativo, in quanto il deficit nella capacità di regolare le proprie emozioni è centrale in diverse forme di sofferenza psichica e di psicopatologia, come ad esempio nei disturbi di personalità, nei disturbi del comportamento alimentare, nei disturbi dell'umore, etc.

### Correlazioni tra autostima e regolazione emotiva

Lo scopo della nostra ricerca è stato anche quello di indagare se le due variabili riconosciute dalla letteratura scientifica come fattori di protezione per la salute psichica, vale a dire l'autostima e la capacità di modulare le proprie emozioni, sono in qualche modo legate tra di loro.

A tale scopo, abbiamo selezionato un sottocampione di 571 partecipanti allo studio, e abbiamo indagato le possibili correlazioni tra i punteggi ottenuti al questionario Cosa penso di me e quelli ottenuti alla DERS.

Le analisi hanno mostrato la presenza di correlazioni statisticamente significative tra le due variabili esaminate. Nello specifico, ogni dimensione dell'Autoestima correla in modo significativo con tutte le sottoscale della DERS ( $p < 0,001$ ).

Da questi dati è possibile osservare come al diminuire dell'autostima corrisponda un aumento della disregolazione emotiva, sia nei ragazzi che nelle ragazze.

### Questionari di esito To e T1

I dati raccolti al To e al T1 possono essere organizzati attorno a tre macro categorie rispetto alle seguenti aree tematiche generali:

- autovalutazione del livello generale di benessere psico-emotivo e relativi bisogni, per i quali tuttavia i dati più salienti e validati emergono dai questionari

specificamente proposti e analizzati sopra;

- conoscenza dei Servizi territoriali per la Salute Mentale giovanile e relative modalità di accesso;
- gradimento dell'iniziativa proposta.

Di seguito vengono riportati i dati riassuntivi dei dati raccolti tramite i questionari compilati dagli studenti, al To e al T1.

Da premettere all'esposizione dei dati è la differenza di numerosità del campione tra i due momenti di rilevazione To e T1: il campione al To (N= 940) risulta inferiore rispetto a quello al T1 (N= 1168), in quanto la prima rilevazione è stata effettuata, nell'anno scolastico 2023/2024, in parte in classe in forma cartacea, in parte preliminarmente on line; l'intera rilevazione al T1 invece si è svolta in classe in formato cartaceo, questa seconda opzione ha fatto sì che un numero molto più elevato di studenti completasse la valutazione, in quanto effettuata contestualmente all'intervento. Nell'anno scolastico 2024/2025 invece, la somministrazione si è svolta uniformemente on line, pertanto di dati di questa annualità risultano uniformi tra i due tempi, tuttavia rimane la discrepanza dell'annualità precedente.

Sulla base di ciò andiamo a confrontare i dati alle due rilevazioni, rispetto alle seguenti aree:

- Rilevazione della sofferenza/disagio di ordine psicologico nell'ultimo anno scolastico

	T0 (N=746)		T1 (N=699)	
	N	%	N	%
Sì	439	58,8%	399	57,08%
No	307	41,15%	300	42,91%

Dai dati si evince che, alle due rilevazioni, la maggioranza degli studenti ha riportato di aver sofferto di un disagio di ordine psicologico nel corso dell'ultimo anno scolastico.

– Richiesta di aiuto per la sofferenza psicologica

	T0 (N=731)		T1 (N=1152)	
	N	%	N	%
Sì	293	40,08%	486	42,18%
No	438	59,91%	647	56,16%

Tuttavia, la maggioranza dei casi non ha fatto una esplicita richiesta di aiuto, a fronte della sofferenza rilevata.

– A chi è stata rivolta la richiesta di aiuto (se c'è stata una richiesta di aiuto)

	T0 (N=430)		T1 (N=547)	
	N	%	N	%
Amici	182	42,32%	190	34,7%
Famiglia	161	37,44%	212	38,75%
Specialisti privati	61	14,18%	95	17,36%
Consultorio/ Altro servizio pubblico	13	3,02%	34	6,2%
Scuola	9	2,09%	6	1,09%
Ospedale, Pronto Soccorso	5	1,1%	10	1,8%

La maggioranza degli studenti che invece ha fatto una richiesta di aiuto, l'ha rivolta nella cerchia di amici e familiari, seguiti da specialisti privati e, in minima parte, al Servizio pubblico o alla scuola.

– Conoscenza dei Servizi di Salute Mentale:

NPIA	T0 (N=940)		T1 (N=1154)		Chi-sqr P
	N	%	N	%	
Sì	42	4,4%	300	25,99%	14,85 P<0.001
No	898	95,53%	854	74,00%	

Come si evince dai dati, la percentuale di studenti che dichiara di conoscere lo specifico Servizio di Salute Mentale (NPIA), aumenta in maniera statisticamente

significativa al termine dell'intervento, pur essendo partita da un dato di base molto basso, passando dal 4,4% al 25,99%.

Consultorio	T0 (N=940)		T1 (N=1154)		Chi-sqr P
	N	%	N	%	
Sì	451	48,13%	759	65,26%	7,97 P<0.001
No	432	46,10%	404	34,7%	

Come si evince dai dati, la percentuale di studenti che dichiara di conoscere lo specifico Servizio di Salute Mentale (Consultorio), aumenta in maniera statisticamente significativa al termine dell'intervento, pur risultando, tra quelli indagati, il servizio che risultava più conosciuto al dato di partenza, passando dal 48,13% al 65,25%.

CPS	T0 (N=932)		T1 (N=1152)		Chi-sqr P
	N	%	N	%	
Sì	67	7,1%	410	35,59%	17,34 P<0.001
No	865	92,8%	742	64,4%	

Come si evince dai dati, la percentuale di studenti che dichiara di conoscere lo specifico Servizio di Salute Mentale (CPS), aumenta in maniera statisticamente significativa al termine dell'intervento, pur essendo partita da un dato di base molto basso, passando dal 7,1% al 35,59%.

SERD	T0 (N=931)		T1 (N=1155)		Chi-sqr P
	N	%	N	%	
Sì	85	9,12%	390	33,7%	14,62 P<0.001
No	846	90,87%	765	66,23%	

Come si evince dai dati, la percentuale di studenti che dichiara di conoscere lo specifico Servizio di Salute Mentale (SERD), aumenta in maniera statisticamente significativa al termine dell'intervento, pur essendo partita da un dato di base molto basso, passando dal 9,12% al 33,7%.

NOA	T0 (N=930)		T1 (N=1144)		Chi-sqr P
	N	%	N	%	
Sì	20	2,1%	203	17,74%	P<0.001
No	910	97,8%	941	82,25%	

Come si evince dai dati, la percentuale di studenti che dichiara di conoscere lo specifico Servizio di Salute Mentale (NOA), aumenta in maniera statisticamente significativa al termine dell'intervento, pur essendo partita da un dato di base molto basso, passando dal 2,1% al 17,74%, e rimanendo il valore più basso in assoluto tra quelli registrati.

La tabella seguente analizza il grado di soddisfazione rispetto al percorso proposto dal progetto. I dati evidenziano un gradimento generale, da parte degli studenti, di livello medio alto rispetto all'iniziativa proposta.

Quanto ti ritieni soddisfatto/a degli incontri svolti con le operatrici del Servizio di Salute Mentale?	N	%	Quanto ti sentiresti di consigliare questa esperienza ad altri studenti della tua scuola?	N	%
Per nulla	37	3,2	Per nulla	24	3,4
Poco	104	9,17	Poco	53	7,5
Abbastanza	628	55,37	Abbastanza	289	41,22
Molto	365	32,18	Molto	335	47,78
Tot	1134	100		701	100

## CONCLUSIONI

Negli anni scolastici 2023/2024 e 2024/2025, l'intervento di prevenzione primaria nelle scuole superiori, afferenti al territorio in cui opera il Progetto Giovani di ASST Melegnano e Martesana, ha voluto essere una versione più strutturata ed estesa dei progetti delle annualità precedenti, sia in termini di estensione sul territorio, coinvolgendo un ampio numero di studenti sia nell'area Sud che nell'area Nord, che di completezza di strumenti di indagine.

L'intervento ha raggiunto l'obiettivo di coinvolgere un numero elevato di studenti, sensibilizzando rispetto

al tema della Salute Mentale e fornendo informazioni di base rispetto ai Servizi.

Una valutazione specifica è stata svolta, attraverso l'utilizzo di strumenti validati, riguardo ai temi dell'autostima e della regolazione emotiva, così salienti nella fascia di età adolescenziale (Ochoa-Corral et al. 2021; Ardenghi et al. 2023).

Come nell'annualità precedente è stato poi valutato il livello di conoscenza delle strutture dedicate al benessere psicologico e alla salute mentale all'inizio e al termine dell'intervento, così come il livello di gradimento.

I dati raccolti hanno indicato che, per quanto riguarda il benessere psico-emotivo degli studenti, a fronte di un sostanziale benessere globale riferito, fosse invece possibile rintracciare, per la maggioranza dei casi, un episodico

disagio di ordine psicologico, per il quale tuttavia non sono state cercate specifiche soluzioni.

Il livello di conoscenza circa l'esistenza dei Servizi di Salute Mentale e delle relative modalità di accesso è risultato infatti essere molto scarso e l'intervento ha mostrato di ridurre in parte tale livello di disinformazione, fornendo indicazioni a riguardo.

L'intervento ha mostrato di essere gradito dagli studenti e indicato come replicabile in altre classi.

Per quanto attiene alla rilevazione del grado di benessere emotivo degli studenti, misurato attraverso la somministrazione di due test, è stato possibile evidenziare

livelli più alti di malessere tra le ragazze rispetto ai ragazzi,

In particolare, è emersa una differenza statisticamente significativa tra i ragazzi e le ragazze sia rispetto al valore generale che attribuiscono a se stessi sia rispetto alla percezione di sé nel contesto familiare e interpersonale.

L'area maggiormente deficitaria tra le ragazze è stata quella relativa al corpo, segnalando quindi una maggiore propensione al rischio di sviluppare condotte disfunzionali relative al corpo e alla percezione di sé.

Osservando solo il campione che ha ottenuto un punteggio al di sotto del cut-off, notiamo che ci sono ragazzi e ragazze che hanno ottenuto punteggi particolarmente bassi, meritevoli di un'attenzione clinica, in tutte le aree dell'autoestima, tranne in quella scolastica.

Un dato interessante è quello che mostra come la percezione di sé e il valore che ci si attribuisce nelle relazioni interpersonali rappresenta un'area particolarmente sensibile per i ragazzi e le ragazze del nostro studio.

Inoltre, sempre guardando alla percentuale di casi che si sono collocati sotto il cut-off, esiste una quota di ragazzi che ha segnalato una scarsa stima di sé rispetto al proprio corpo. Questo risultato ci stimola a pensare ai disturbi dell'immagine corporea non solo in relazione al genere femminile ma anche come fenomeno presente tra i ragazzi, spesso di difficile individuazione e quindi anche difficile da curare. L'area del corpo è coinvolta in modo differente tra maschi e femmine, e questo dato fa porre uno sguardo su come anche l'adolescente maschio guarda e percepisce se stesso in relazione al proprio corpo.

Altri elementi di interesse clinico provengono dall'area della disregolazione emotiva in cui è stato rilevato che oltre la metà degli studenti che hanno partecipato alla ricerca hanno significative difficoltà nella regolazione delle proprie emozioni.

Nel confronto di genere, le ragazze hanno mostrato punteggi più alti su tutte le sottoscale della DERS rispetto ai ragazzi, segnalando così una minore capacità di regolare in modo efficace gli stati affettivi indesiderati.

Questo risultato rappresenta un altro segnale di atten-

zione rispetto allo sviluppo di potenziali comportamenti impulsivi con lo scopo di sciogliere la tensione psichica, come il self-cutting o altri comportamenti autolesionistici.

È importante segnalare come i due fattori di rischio presi in esame abbiano mostrato delle importanti e significative correlazioni tra di loro, evidenziando come i soggetti che hanno una minore percezione di valore personale in una o più dimensioni dell'Autoestima tendano ad avere anche una maggiore difficoltà di regolarizzare le emozioni, e per questo saranno quindi maggiormente esposti al rischio di sviluppare un disturbo psichico (Zanus et al. 2021)

I nostri risultati sulla presenza di forme di disagio psicologico tra i ragazzi e sulla differenza di genere, con una maggiore propensione delle ragazze a mostrare segni di sofferenza psichica, sono in linea sia con precedenti ricerche su campioni italiani (Bersia et al. 2022) sia con quanto rilevato dal Rapporto ESPAD 2024 (ESPAD Group 2025). In particolare, il Rapporto rileva che solo il 59% degli studenti riferisce un buon livello di benessere, con una marcata differenza di genere: il 69% dei ragazzi si sente psicologicamente stabile, contro il 49% delle ragazze, a livello europeo. Il dato del sottocampione italiano si pone in maniera analoga, anche se sotto la media europea (buon livello di benessere psicologico tra i maschi 66% vs 35% delle femmine).

I risultati raccolti attraverso la nostra ricerca permettono di comprendere come sia importante prestare attenzione agli aspetti emotivi degli adolescenti, al fine di individuare in modo tempestivo i soggetti più vulnerabili e più a rischio di sviluppare una forma di psicopatologia. Inoltre, i dati raccolti attraverso questa ricerca permetteranno agli Istituti scolastici coinvolti di poter pensare e progettare degli interventi finalizzati a migliorare i livelli di autoestima degli studenti e le capacità di regolarizzare i propri stati emotivi, così da agire in termini di prevenzione del disagio adolescenziale.

Ancora una volta, per concludere, il progetto e i dati raccolti rappresentano sia l'importanza che l'utilità di

---

intervenire nelle fasi precoci dello sviluppo, sia l'importanza di creare sempre di più una rete di collaborazione basata su progetti concreti che coinvolga tutti gli attori più importanti del percorso di sviluppo dei giovani: i giovani stessi, le loro famiglie, ma anche le istituzioni scolastiche che rappresentano un luogo non solo fisico ma anche psichico e di rilevanza sociale per i nostri ragazzi.

---

#### AFFERENZA DELL'AUTORE

- \* *Psicologa, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana*
- ° *Psichiatra, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana*
- # *Terapista Riabilitazione Psichiatrica, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana*
- ^ *Psichiatra, Direttore SC, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana*

#### CORRISPONDENZA

[federico.durbano@asst-melegnano-martesana.it](mailto:federico.durbano@asst-melegnano-martesana.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.

# Promozione delle Life Skills e prevenzione del disagio psichico negli adolescenti: un modello psico-educativo scolastico

Soffientini M. \*, Parinisi L. ^,

Malgrati E. °, Toscano M. #

## ABSTRACT

### Introduzione

Il disagio psichico in adolescenza rappresenta una crescente emergenza sanitaria. L'O.M.S. (2021) indica la promozione delle **life skills** come strategia preventiva universale per rafforzare la salute mentale dei giovani.

### Obiettivi

Sviluppare e testare un modello psicoeducativo scolastico volto a potenziare le competenze emotive, cognitive e relazionali degli adolescenti, promuovendo la consapevolezza e la responsabilità individuale rispetto al proprio benessere psichico.

### Metodi

Il progetto, realizzato dal CPS di Cassina Nuova di Bollate (ASST-Rhodense) presso l'Istituto "C.E. Gadda" di Paderno Dugnano, ha coinvolto 269 studenti (14 – 15 anni) in incontri di due ore condotti da un'équipe multidisciplinare. Gli interventi hanno sviluppato dieci **life skills** O.M.S., tra cui decision making, empatia, gestione dello stress ed emozioni.

### Risultati

Il 91,8% dei partecipanti ha espresso apprezzamento complessivo, il 97,8% ha ritenuto adeguati i contenuti e l'84% ne ha giudicato chiara l'esposizione. I temi emotivi ed empatici hanno suscitato maggiore coinvolgimento.

## Conclusioni

L'esperienza dimostra l'efficacia di interventi precoci ed integrati tra scuola e servizi territoriali per la prevenzione del disagio psichico e la promozione del benessere mentale in adolescenza.

## PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) ha pubblicato nel novembre 2021 una importante scheda informativa relativa alla salute mentale degli adolescenti. Considerando che solitamente i disturbi mentali esordiscono prima dei 14 anni e che, se non trattati, si estendono in età adulta andando a compromettere la salute fisica e mentale, l'OMS suggerisce di promuovere universalmente interventi psicosociali dando un'enfasi particolare al rafforzamento delle competenze di vita (comunemente definite "*life skills*") dei giovani.

È noto che l'adolescenza è un periodo critico, poiché è proprio in questa fase della vita che prendono forma i comportamenti sociali ed emotivi che costituiscono la base del benessere mentale. Per questo motivo è fondamentale non sottovalutare fattori di rischio quali esperienze di bullismo, qualità della vita familiare, problemi socio-economici, pressione ricevuta dai genitori nelle scelte formative, timore di deludere le aspettative genitoriali, influenza dei social, uso di sostanze stupefacenti.

Alla luce di queste considerazioni, l'OMS suggerisce di promuovere interventi di promozione e prevenzione della salute mentale a tutti gli adolescenti, in particolare nelle scuole. L'OMS riconosce infatti che la promozione della salute mentale non può essere responsabilità esclusiva del Sistema Sanitario, ma deve coinvolgere attivamente l'intera comunità, a partire dal contesto scolastico, ambiente privilegiato per incidere sugli stili di vita e sulle capacità relazionali e decisionali degli adolescenti. A livello nazionale l'Istituto Superiore di Sanità ha recepito tale messaggio, realizzando un manuale per la promozione, negli istituti scolastici, della salute mentale, del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva.

È appurato che i programmi più efficaci rivolti agli adolescenti sono quelli finalizzati alla promozione delle capacità di autoregolazione emotiva, del fronteggiamento e risoluzione dei problemi, delle abilità sociali ed empatiche. Nel solco di questi indirizzi, in questi ultimi anni alcuni Servizi per la Salute Mentale si sono progressivamente orientati, oltre alla cura dei disturbi psichici, anche alla **promozione del benessere psichico**. Si tratta di una **strategia preventiva** che si pone l'obiettivo di rafforzare le *life skills*, in quanto fattori "protettivi". Con il termine *life skills* ci si riferisce a tutte quelle competenze che è necessario sviluppare per potersi relazionare positivamente con gli altri e per riuscire ad affrontare con sufficiente sicurezza i problemi, le pressioni, le frustrazioni e gli stress della vita quotidiana.

Appare infatti in modo sempre più evidente che è costantemente in crescita il numero di giovani non sufficientemente equipaggiati di capacità e risorse necessarie per affrontare le crescenti e complesse richieste della vita. Sembra che le capacità in loro possesso, trasmesse principalmente dalla famiglia e dalla scuola, siano sempre più inadeguate a rispondere alle complesse richieste del nuovo contesto socio-culturale. Da qui un crescente aumento del livello di stress e lo sviluppo di una sofferenza psichica con relativi sintomi e patologie afferenti principalmente all'area nevrotica.

La mancanza di tali skill socio-emotive nei giovani può inoltre causare l'instaurarsi di comportamenti negativi quali ad esempio l'autolesionismo e i tentativi di suicidio, strutturandosi in tratti di personalità disfunzionali.

## L'ESPERIENZA DEL CENTRO PSICO-SOCIALE DI CASSINA NUOVA DI BOLLATE

Il Centro Psico-Sociale (CPS) di Cassina Nuova di Bollate nasce nel maggio 2000, successivamente alla chiusura del Manicomio di Mombello di Limbiate nel 1999: da allora effettua interventi per la cura e la riabilitazione psichiatrica e progetta iniziative informative, culturali e sociali rivolte alla cittadinanza. Tali iniziative

si pongono il fine di promuovere la salute mentale e di contrastare il pregiudizio, lo "stigma" sociale legato alla malattia mentale.

Nel 2001 viene creata all'interno del gruppo di lavoro del CPS di Cassina Nuova di Bollate, un'équipe dedicata alla cura e prevenzione del disagio psichico dei giovani formata da una psichiatra, una psicologa, un'educatrice, un'infermiera ed un'assistente sociale. Nel corso di questo stesso anno alcuni operatori appartenenti all'équipe iniziano a collaborare con alcune scuole medie superiori del territorio per contrastare la discriminazione legata al fenomeno della malattia mentale, per informare gli studenti e, in momenti diversi, i professori e i genitori sui più diffusi disturbi psichici, facendo conoscere loro l'esistenza e l'organizzazione del Servizio, le modalità di accesso, le sue finalità ed attività. In altre parole, combattere lo stigma.

Nel 2018 l'Equipe Giovani del Centro Psicosociale di Cassina Nuova di Bollate dell'Asst- Rhodense **cambia la rotta**, spostando il focus **dal superamento dello stigma** e conoscenza dei più diffusi disturbi psichici nella popolazione alla **promozione del benessere psichico individuale**, evidenziando ciò che ogni singolo studente può fare per il proprio benessere psicologico.

Si comincia pertanto a promuovere e a diffondere nelle scuole medie superiori iniziative psico-educative finalizzate a sviluppare in ogni studente la consapevolezza di poter contribuire in modo attivo alla cura e al mantenimento del proprio benessere psichico.

Fino al 2023 questi interventi psico-educativi sono rivolti alle classi quarte, quindi a ragazzi e ragazze over 18 o prossimi alla maggiore età. Dal 2023 viene **abbassato il target anagrafico**, indirizzando gli interventi agli alunni delle classi prime superiori. La più che ventennale esperienza nelle scuole e nel lavoro clinico e riabilitativo con i giovani, unitamente alla consapevolezza della comorbidità con i disturbi da uso di sostanze, ha permesso di capire quanto fosse importante promuovere interventi che favorissero stili di vita salutari molto prima dei 18 anni.

I ragazzi coinvolti nel progetto sono quindi molto giovani, dei quattordicenni-quindicenni, alunni delle classi prime dell'Istituto Superiore Carlo Emilio Gadda di Paderno Dugnano, sito nel territorio in cui opera il Progetto Innovativo Regionale TR 105 del DSMD di ASST Rhodense. L'obiettivo è quello di promuovere e sviluppare, in ogni adolescente coinvolto, la consapevolezza di poter contribuire in modo attivo, soprattutto a fronte delle sfide e delle avversità della vita, allo sviluppo e al mantenimento del proprio benessere psichico. Ci proponiamo di portare ogni singolo studente a riflettere sul proprio modo di essere e sui valori che ha fatto propri. Si vuole proporre una visione della vita e dei rapporti che tenga conto di valori quali il rispetto e l'accettazione dell'altro, la libertà di espressione, l'accettazione di sé, il sapersi assumere delle responsabilità, il conoscere e saper gestire le proprie e altrui emozioni.

Gli stimoli da noi proposti vogliono pertanto rappresentare un invito ad ogni ragazzo coinvolto a riflettere sulla propria visione delle relazioni e sul proprio modo di comportarsi al fine di sperimentarsi in modo diverso partendo da piccoli gesti della quotidianità e dalle scelte che ogni ragazzo compie.

## CONTENUTI E METODOLOGIA

Nel corso dell'anno scolastico 2024-25 è stata proposta, in orario scolastico, una serie di incontri, della durata di due ore ciascuno, in 15 classi prime dell'Istituto Superiore Carlo Emilio Gadda, per un totale di 269 studenti coinvolti.

In ogni singolo incontro sono stati affrontati temi attinenti alla alfabetizzazione emotiva, all'Intelligenza Emotiva, alla conoscenza e alla gestione delle proprie ed altrui emozioni, al concetto di felicità, al concetto dell'OMS di Salute Mentale, alla conduzione di stili di vita sani tesi al raggiungimento del benessere psico-fisico. Si è cercato inoltre di sensibilizzare gli studenti di quanto sia elevato il rischio di sviluppare un disturbo psichico grave se si usa e ancor più se si abusa di sostanze stupefacenti.

In questi interventi ogni ragazzo è stato quindi sollecitato ad assumersi in prima persona la responsabilità per la propria salute mentale, giocando un ruolo attivo nella promozione del proprio benessere mentale: la chiave degli interventi sta nella presa di consapevolezza e nel desiderio di rafforzamento dei 10 "fattori di protezione" che l'OMS individua in una serie di *life skills*:

1. Decision making
2. Problem solving
3. Creatività
4. Senso critico
5. Comunicazione efficace
6. Skills per le relazioni interpersonali
7. Autocoscienza
8. Empatia
9. Gestione delle emozioni
10. Gestione dello stress

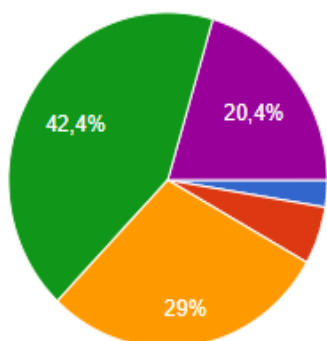
L'illustrazione e l'analisi di queste *life skills* è stata effettuata facendo costanti esempi riferiti alle loro situazioni di vita reali, coinvolgendoli in modo continuo attraverso domande e sollecitazioni, stimolandoli alla condivisione di esperienze. Costanti sono anche stati i riferimenti a personaggi che fanno parte del loro mondo, quali personaggi dello spettacolo, sportivi, persone che hanno dovuto affrontare problemi di salute mentale, talvolta anche severi.

Gli interventi sono stati condotti da due operatori del "Progetto innovativo di prevenzione e intervento precoce dei disturbi psichici in età giovanile": la coppia di formatori è composta da una psicologa e da una educatrice / infermiera.

Gradimento degli interventi e riflessioni conclusive

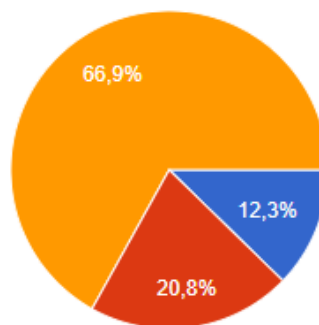
A conclusione di ogni intervento ad ogni partecipante è stato sottoposto un questionario di gradimento. Qui di seguito il riscontro avuto dai 269 studenti partecipanti. Queste le domande presenti nel questionario di gradimento e le relative risposte:

#### In generale quanto ti è piaciuto l'incontro?



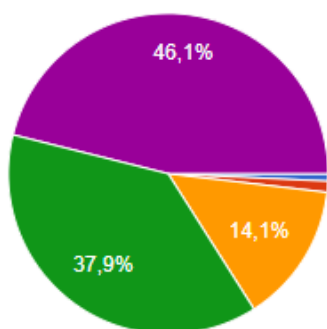
- Non mi è piaciuto (2,6%)
- Non mi è piaciuto molto (5,6%)
- Mi è piaciuto abbastanza (29%)
- Mi è piaciuto molto (42,4%)
- Mi è piaciuto moltissimo (20,4%)

#### Per i contenuti trattati avresti preferito:



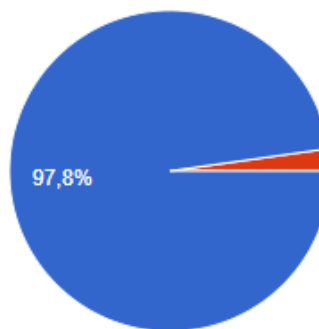
- Un incontro più breve
- Un incontro più lungo
- I tempi sono giusti

#### Secondo te, i contenuti trattati sono stati presentati in modo chiaro e semplice?



- Non mi è piaciuto (2,6%)
- Non mi è piaciuto molto (5,6%)
- Mi è piaciuto abbastanza (29%)
- Mi è piaciuto molto (42,4%)
- Mi è piaciuto moltissimo (20,4%)

#### Ritieni che i temi trattati corrispondano a problematiche relative alla tua fascia d'età?



- Sì
- NO, appartengono a ragazzi più grandi

Tra le indicazioni più significative che emergono dai questionari di gradimento riteniamo sia innanzitutto da evidenziare l'apprezzamento complessivo dell'operazione, cosa per nulla scontata: il 91,8% dei ragazzi ha gradito o addirittura ampiamente gradito l'iniziativa e solo l'8,2% non ha trovato di particolare interesse l'iniziativa. L'84% dei partecipanti ha ritenuto chiara o molto chiara l'esposizione.

E poi la quasi totalità dei ragazzi (ben il 97,8%!) ha ritenuto che i temi trattati fossero adatti alla loro età: di sicuro la miglior conferma di aver effettuato la giusta scelta abbassando di 4-5 anni l'età dei destinatari dell'iniziativa.

Questo per quanto riguarda i "numeri" relativi al gradimento dell'iniziativa. Dal confronto in aula tra i docenti e i ragazzi sono emerse altre considerazioni interessanti. Per quanto riguarda i temi trattati, sono stati molto apprezzati quelli dedicati alla gestione delle emozioni e dell'empatia, nei quali i ragazzi si sono sentiti particolarmente coinvolti in modo attivo anche grazie all'uso di attività di role-playing. Grande interesse ha suscitato anche la narrazione di testimonianze di personaggi del mondo dello sport e dello spettacolo che hanno affrontato difficoltà legate alla salute mentale, offrendo ai ragazzi esempi concreti e vicini alla loro esperienza.

Molti studenti hanno espresso stupore nell'apprendere i rischi connessi all'uso di sostanze stupefacenti così come all'esposizione a fattori che possono compromettere il benessere psicologico, riconoscendo l'importanza della prevenzione in età precoce.

Ma ciò che ha sorpreso maggiormente è lo stupore dei ragazzi nel prendere piena consapevolezza di poter giocare un ruolo attivo nel raggiungimento di un buon equilibrio psichico. Ha stupito anche la definizione di Salute Mentale dell'OMS, dove per "Salute Mentale" non si intende "assenza di malattia" quanto l'insieme delle condizioni in cui la persona diviene capace di realizzare aspirazioni, soddisfare bisogni e affrontare le difficoltà poste dall'ambiente in cui vive.

Ha anche colpito gli studenti apprendere quali siano

i fattori che contribuiscono al loro benessere: non solo l'importanza delle loro relazioni sociali ma anche l'avere un atteggiamento positivo, al saper dare un senso e uno scopo alla propria vita, all'orientarsi ad un minimo di progettualità futura. Il tema della giovinezza come "tempo della leggerezza" è ormai uno stereotipo a cui non crede più nessuno: oggi, al contrario, la fase adolescenziale e della giovane età adulta ci propone un quadro di disagio sconcertante, che non possiamo ignorare.

Il "tempo della giovinezza" è ormai da anni un periodo di diffusa insoddisfazione, caratterizzato da diffusa mancanza di entusiasmo e di creatività, che si materializza in atteggiamenti rinunciatari e in una visione pessimista del domani, accompagnata dall'accontentarsi di lavori occasionali, sufficienti a soddisfare bisogni a volte anche apparentemente futuri.

L'indebolimento delle relazioni autentiche, la rarefazione delle relazioni sociali, la dipendenza dalle tecnologie digitali e dai social media, unitamente alla perdita del contatto intergenerazionale, emergono come possibili cause del crescente malessere delle nuove generazioni.

L'esperienza realizzata presso l'Istituto di Istruzione Superiore Carlo Emilio Gadda di Paderno Dugnano ha quindi mostrato come interventi di promozione delle *life skills* e di prevenzione del disagio psichico possano essere accolti con interesse e partecipazione da parte degli adolescenti.

È emerso con forza che i ragazzi non solo hanno apprezzato gli incontri, ma hanno anche colto l'opportunità di riflettere sul proprio ruolo attivo nella costruzione del benessere psicologico. La consapevolezza che la salute mentale non coincida con la semplice assenza di malattia, bensì con la capacità di affrontare le sfide quotidiane con resilienza ed equilibrio, è stata percepita come una scoperta significativa.

Gli esiti di questa esperienza confermano inoltre l'importanza di anticipare il più possibile gli interventi educativi e preventivi: lavorare con studenti più giovani, già dai 14 anni, permette di incidere precocemente su

---

quei fattori di rischio che, se non riconosciuti, possono consolidarsi e compromettere il benessere psico-fisico in età adulta.

Questa esperienza ci insegna che la scuola può e deve diventare un presidio fondamentale per la promozione della salute mentale, contribuendo a rafforzare nei ragazzi l'autoconsapevolezza, il senso di responsabilità e fiducia nelle proprie risorse. Investire in tali percorsi significa non solo prevenire il disagio, ma promuovere attivamente un futuro di maggiore benessere individuale e collettivo. Ma questo non è sufficiente: occorre che la dimensione educativa nelle scuole si integri con il supporto familiare, con gli altri servizi territoriali e comunità locali, in ottica di rete e di coalizione comunitaria che rafforzi la capacità protettiva delle *life skills*.

E se veramente vogliamo occuparci di prevenzione e promozione della salute mentale nei giovani, le diverse discipline appartenenti all'Educazione, Filosofia, Sociologia, Pedagogia, Psicologia, Psichiatria devono riuscire a connettersi tra di loro.

## RINGRAZIAMENTI

**Prof.sse V. Naddeo e Martellosio** responsabili della Commissione Salute e Benessere dell'Istituto C.E. Gadda di Paderno Dugnano per l'anno scolastico 2024/2025;  
**T. Bartilucci** coordinatrice dei Cps perché in tutti questi anni ha sostenuto il progetto dal punto di vista organizzativo;  
**I. Boaretto**, (psicoterapeuta consulente)  
**R. Corio, A. Pirola** (psicoterapeute specializzande) che hanno condiviso con noi l'esperienza psicoeducativa nelle scuole.

---

### AFFERENZA DELL'AUTORE

\* *Educatrice Professionale- CPS ASST Rhodense*

^ *Infermiera- CPS ASST Rhodense*

° *Psicologa, Psicoterapeuta- CPS ASST Rhodense*

# *Direttore Psichiatria Territoriale e Ospedaliera ASST-Rhodense*

### CORRISPONDENZA

[MSoffientini@asst-rhodense.it](mailto:MSoffientini@asst-rhodense.it);

[LAParinisi@asst-rhodense.it](mailto:LAParinisi@asst-rhodense.it);

[EMalgrati@asst-rhodense.it](mailto:EMalgrati@asst-rhodense.it);

[MToscano@asst-rhodense.it](mailto:MToscano@asst-rhodense.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. Ammaniti, M. (2007). *La famiglia adolescente*. Roma-Bari: La Terza
2. Ammaniti, M., & Ammaniti, N. (2010). *Nel Nome del Figlio*. Milano: Mondadori
3. Barry, M.M., Clarke, A.M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). *A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries*. BMC Public Health, 13 (1), 835
4. Benasayag M., & Schmit, G. (2004). *L'epoca delle passioni tristi*. Milano: Feltrinelli
5. Berenson, A. (2019). *Tell your children. The truth about marijuana, mental illness, and violence*. New York: Simon & Schuster
6. Charmet, G.P., & Cirillo, L. (2007). *Adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina
7. Galimberti, U. (2000). *Le cose dell'amore*. Milano: Feltrinelli
8. Galimberti, U. (2003). *Il libro delle emozioni*. Milano: Feltrinelli
9. Galimberti, U. (2006). *La parola ai giovani. Dialogo con la generazione del nichilismo attivo*. Milano: Feltrinelli
10. Galimberti, U. (2007). *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*. Milano: Feltrinelli
11. Goleman D. (1995): *L'intelligenza emotiva*. Milano: Rizzoli
12. Istituto Superiore di Sanità. (2007). *Manuale di mutuo aiuto per la promozione della salute mentale del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva nella scuola*. Roma: ISS
13. Jeammet, P. (2008). *Adulti senza riserva. Quel che aiuta un adolescente*. Roma: Borla
14. Lancini, M. (2009) *Abbiamo bisogno di genitori autorevoli. Aiutare gli adolescenti a diventare adulti*. Milano: Mondadori
15. Marmocchi, P., Dall'Aglio, C., & Zannini, M. (2004). *Educare le life skills. Come promuovere le abilità psicosociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità*. Trento: Erickson
16. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (2006). *Migliorare la Salute*. Ginevra: WHO
17. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (1994). *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools*. Ginevra: WHO. (Aggiornamento 2003)
18. Ricci, C. (2013). *Hikikomori: adolescenti in volontaria reclusione*. Roma: Castelvecchi
19. Santos, L. (2018). *Psychology and the Good life*. Corso, Yale University, USA
20. Spiniello, R., Piotti, A., & Comazzi, D. (2008). *Il corpo in una stanza. Adolescenti ritirati che vivono di computer*. Milano: Raffaello Cortina
21. UNICEF. (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. New York: UNICEF



# CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E AREE PROFESSIONALI

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

SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

## **L'infermiere musicoterapeuta sul territorio per la salute mentale**

*Capra G. \**

La figura dell'infermiere musicoterapeuta è una novità tra gli operatori sanitari e rientra nel profilo delle figure attive nell'ambito della prevenzione e riabilitazione in tutti i casi in cui è previsto un percorso per favorire il miglioramento dello stato di salute (inteso come definizione di "non solo l'assenza di malattia fisica ed un completo benessere bio-psico-sociale"). Il raggiungimento di tale professionalità è dettato da una formazione specifica, qualificata e certificata per la quale è necessario frequentare un triennio di studi con conseguimento del relativo diploma da Musicoterapeuta oltre il triennio di laurea previsto dalla normativa vigente per poter esercitare la professione infermieristica.

È ormai noto come l'infermiere si occupi di tutti gli aspetti assistenziali della persona affetta da qualsiasi patologia, che, conseguenzialmente allo status, è fragile pertanto si affida totalmente all'operatore con la speranza di riacquistare la propria autonomia (quando la

perde) ed il proprio benessere (compromesso a più livelli). Grazie all'intervento musicoterapico è possibile riacquisire le capacità ed esprimere il proprio essere, temporaneamente perso. Sulla base di questo vissuto ho deciso di specializzarmi in tale ambito poiché credo fortemente che la salute mentale debba essere sostenuta da terapie espressive che facilitino la ripresa del sé e della propria consapevolezza. Inoltre credo fortemente che l'infermiere di salute mentale debba avere conoscenze molto approfondite sulla relazione terapeutica poiché essa è il primo passo per la terapia.

"Ma come è possibile che con la musica si possa lavorare sulla relazione e il senso di benessere?". Quando le persone si avvicinano alla musicoterapia si chiedono spesso questa domanda. Proprio per questo è fondamentale capire di cosa si occupa la musicoterapia e soprattutto che cosa sia! Per musicoterapia si intende un intervento specifico in tutti quei casi in cui esiste un disturbo qualitativo e/o quantitativo della sfera emotiva e delle relative

competenze espressive - relazionali; la musicoterapia è in grado di agire in modo isomorfo sulle qualità innate e su quelle simboliche, al fine di attivarle ed integrarle in una dimensione intrapersonale e interpersonale ("Manuale di musicoterapia", Manarolo). Più nello specifico, si tratta di un insieme di attività (talvolta non verbali ed esclusivamente musicali) che utilizzano mediatori artistici allo scopo di favorire, ampliare e modellare le modalità espressive e comunicative. I mediatori della musicoterapia sono il suono e la musica, i quali sono connotati di alcune peculiarità: la musica può essere fruita passivamente ed evoca e sollecita la nostra corporeità (simbolo di espressività), inoltre mantiene un rapporto profondo con la dimensione nostalgica, proponendo un ordine tra i rapporti e divenendo uno strumento di mediazione tra il caos originario delle emozioni e il linguaggio articolato dell'intelletto. Pertanto attraverso la musicoterapia si ottiene un lavoro articolato su due livelli: quello dei contenuti (evocati e rappresentati dal musicale - ambito espressivo/ricettivo) e quello espressivo (la costruzione e l'elaborazione dell'oggetto sonoro-musicale, potranno rappresentare tappe di un processo di cambiamento).

Ecco perché la musicoterapia è un'attività a tutto tondo, che tiene conto di tutte le peculiarità della persona assistita e grazie ad un'attenta analisi dei suoi bisogni è possibile lavorare sugli obiettivi desiderati. La musica rende liberi di esprimere noi stessi senza pregiudizi e paure, di slegare la mente da aspetti performanti e giudicanti e permette di fare esperienza diretta grazie all'uso del corpo: ci permette di essere noi stessi sempre!

Nello specifico la mia attività clinica si sviluppa su due livelli, quello riabilitativo e quello espressivo. In entrambi i casi, i pazienti che ho in carico sono stati inviati da professionisti del SSN e il lavoro svolto con loro è supervisionato e confrontato con i colleghi del team di riabilitazione: neuropsicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili e logopedisti. Per il primo, mi occupo di pazienti pediatrici che hanno una diagnosi specifica legata alle difficoltà sociali (ADHD, autismo, deficit

dell'attenzione e simili); mentre l'attività di musicoterapia espressiva la effettuo con un coro di persone affette da disabilità fisica e mentale e disagio psichico. È bene però specificare che le attività di MT (musico-terapia) eseguite con i bambini, sono conformi al modello musicoterapico psicodinamico - relazionale ispirato alla teoria di Rolando O. Benenzon (fondatore del concetto del suono come "oggetto intermediario e integratore" nella relazione duale e di gruppo) e alla psicologia di Daniel Stern, ripresa poi in Italia da Pier Luigi Postacchini, per il quale si propongono una serie di stimoli sonoro-musicali attraverso gli strumenti musicali e la voce, osservando la risposta che si verifica ad ogni proposta sonora, senza voler interpretare o indirizzare a letture psicologiche le risposte che i bambini attuano allo stimolo sonoro. Quest'ultimo aspetto è di notevole importanza, poiché è assolutamente necessario sapere che il terapeuta non potrà e non dovrà interpretare quando messo in opera dal paziente, ma si "limiterà" ad accogliere la proposta sonora e a restituire una linea musicale su cui lavorare per il raggiungimento dell'obiettivo. Durante le sedute, il paziente risponde agli stimoli, improvvisando con gli strumenti musicali che ha a disposizione, per il tempo che vuole o riesce, senza mai andare oltre i quarantacinque minuti per evitare di perdere l'efficacia dell'intervento stesso e cadere in un'attività di intrattenimento o propedeutica musicale. Tutte le sedute sono condotte da me e spesso da uno dei due genitori. Il percorso inizia dopo un primo incontro conoscitivo per poter conoscere ed esplorare le aree di difficoltà in cui si vuole lavorare (relazioni difficili, difficoltà nell'espressione emotiva) per poi, dopo circa dieci incontri, fare un colloquio di restituzione in cui, in maniera oggettiva, secondo un metodo di valutazione basato sui video delle sedute (ottenuti previo consenso), posso far capire ai mandanti i progressi e gli obiettivi raggiunti dal bambino. Nel mio operato, come già detto precedentemente, spesso i mandanti sono insegnanti o neuropsichiatri infantili e quello che si può notare dopo una serie di incontri (in media

dieci-quindici) è che anche loro, notano miglioramento dello stato emotivo del bambino nelle loro valutazioni post-trattamento musicoterapico.

E fondamentale però, specificare che in generale, in psichiatria tale intervento trova la sua pratica in diversi ambiti, tra cui: la tossicodipendenza, i disturbi neuropsichici dell'adolescenza, le demenze e le psicosi in tutte le fasce di età. Tra tutti questi ambiti è molto interessante analizzare l'intervento nelle psicosi, poiché è quello che tratto quando lavoro con il coro citato precedentemente. Il paziente a cui è stata diagnosticata una psicosi spesso presenta sintomi che hanno come diretta conseguenza la perdita della capacità della comunicazione tramite le parole: questo rende possibile l'inizio del trattamento musicoterapico. Prima di iniziare con le sedute è fondamentale individuare gli obiettivi dell'intervento che si vuole mettere in atto: attraverso il canto gruppale si favorisce l'ascolto e l'attivazione del proprio sé in un contesto protetto. Poiché il paziente vive la disgregazione dell'IO bisogna porsi in un atteggiamento di regressione, raggiungendo una zona (ideale) definita da Winnicott (1974) "intermedia" in cui è possibile ristabilire un legame tra le parti frammentate. Quindi il musicoterapeuta prende conoscenza ed entra in relazione con il paziente attraverso il gioco e l'accudimento, creando una relazione "oggettuale". Grazie a questo progetto il paziente può uscire pian piano dal suo mondo regressivo. All'inizio del percorso gli utenti hanno dimostrato delle resistenze (infatti, soprattutto per coloro che cantano per la prima volta, la componente della vergogna e della performance, spesso rallenta l'attivazione spontanea, soprattutto nei casi in cui è presente un forte controllo del sé), soprattutto evidenziate dall'essere ambivalente, è a questo punto che il setting assume molta importanza poiché diviene il luogo in cui si giocano i conflitti emotivi attraverso la produzione musicale improvvisata e l'ascolto (sia di musiche proposte, se l'intervento prevede la musicoterapia recettiva, che di musiche prodotte, se si tratta di una seduta attiva come nel mio caso). È fondamentale considerare il paziente una

persona creativa e artistica affinché possa sentirsi libero di esprimere il suo ego in qualsiasi modo egli voglia: non esistono metodi e modi specifici, qualsiasi movimento è ritenuto corretto. L'aspetto terapeutico rispetto il tono dell'umore è confortato sia da osservazioni da noi svolte attraverso scale di valutazione, sia da questionari che si somministrano ai pazienti o agli operatori delle strutture da cui provengono (Roberto Messaglia, Musica et terapia). Per tutta la "seduta" (cioè l'ora di prova corale), il ruolo fondamentale è svolto dal suono che ha la funzione di mezzo intermediario, favorendo la catarsi: la seduta quindi è il "contenitore" in cui svuotare le ansie e le tensioni; per cui io accolgo quanto emerge trasformandolo in musica, spesso con vocalizzi che ricordano lo stato d'animo o con ritmi del corpo (body percussion) attraverso cui facilitare l'espressività corporea e la voglia di mettersi in gioco. Si cerca di individuare i ritmi base, i frammenti melodici e le sonorità, con l'obiettivo di sviluppare l'ascolto di sé e dell'altro (musicoterapeuta e componenti dei gruppi). Il terapeuta interviene supportando le capacità del soggetto e le sue proposte sonore, dando molto significato anche ai momenti di silenzio, sottolineando sempre di più la strutturazione del ISO ("identità sonoro musicale a cui si appartiene fin dalla nascita, "ISO GESTALTICO"), che nel caso di un'attività di gruppo diviene "ISO GRUPPALE", cioè un'identità comune al gruppo, in cui poi ogni componente si riconosce). Per fare questo si segue uno schema specifico (soprattutto per i gruppi formati ex novo e per i pazienti in fase acuta e/o sub-acuta): si inizia con una prima fase di "studio" in cui il paziente appare molto perplesso e svalutativo rispetto la produzione sonora anche se ne è curioso; dopo qualche istante prende confidenza con il setting e si inizia una prima produzione di suoni (nel caso del gruppo, vi è ancora la fase in cui ognuno è concentrato sul conoscere i vari componenti e creare un primo rapporto di fiducia); una volta che i/pazienti/e acquisiscono maggiore sicurezza con il setting si inizia la prima produzione sonora attraverso i dialoghi musicali (nel caso del gruppo, si ha

proprio un sovrapporsi di risposte sonore); ad un certo punto vi è il massimo della produzione sonora, la “catarsi”, in cui si percepisce un forte calo della tensione e della sensazione di tensione iniziale; da questo momento il gruppo può parlarsi con i suoni e scambiarsi emozioni (anche nel caso della seduta individuale); dopo questo momento di maggiore espressività vi è la conclusione, in cui, in maniera spontanea, la produzione sonora si esaurisce. Quindi l’esperimento corale che dirigo, è una “seduta” grupale eseguita con criteri specifici, per quanto non apparentemente visibili e riconoscibili: infatti, gli operatori che accompagnano i pazienti al coro, oltre ad essere loro stessi parte attiva, spesso mi riferiscono che non si accorgono delle attività che faccio svolgere loro per raggiungere la creazione del brano, perché sembra tutto molto spontaneo e “fluidico”, senza una direzione prestabilita. Questo è possibile grazie al lavoro svolto prima di ogni prova in cui studio il brano da proporre e tutte le sue parti melodiche per favorire il dialogo sonoro in tutti quei momenti in cui i pazienti improvvisano ritmi o suoni su una canzone proposta.

Sicuramente quanto descritto è possibile trovarlo durante gli interventi con pazienti affetti anche da altre patologie, la differenza peculiare è che in questo caso il terapeuta deve conoscere in modo preciso la natura e l’evoluzione della psicosi, poiché presenta quadri e manifestazioni diverse tra loro che rendono l’approccio attento e dedicato al paziente, rivalutato in base alle osservazioni effettuate durante la seduta. A tale proposito spesso mi confronto con alcuni colleghi psicologi o neuropsichiatri che possono aiutarmi a indirizzare l’intervento in modo da non contrastare il loro operato.

Pertanto, il mio operato è volto a garantire quanto emerso dalle linee guida OMS, per cui l’intervento è teso a creare un ambiente di lavoro che permetta di esprimere le capacità di ogni persona (*Enabling environment*) con i seguenti obiettivi:

1. Tutelare la salute mentale delle persone (prevenzione dei rischi psicosociali)

2. Potenziare le risorse individuali e collettive (promozione alla salute)
3. Includere e valorizzare le minoranze discriminate (inclusione sociale)

Per cui è chiaro che il raggiungimento o miglioramento dello stato di benessere bio-psico-sociale sia un susseguirsi di attività complesse che prevedono competenze e intraprendenza da parte dell’operatore sanitario responsabile dell’attività, ma sicuramente arricchisce in modo bidirezionale coloro che sono coinvolti in tale intervento.

Alla luce di quanto descritto, credo sia importante precisare che essere un infermiere specializzato mi permette di dedicare attenzioni specifiche al paziente, riuscendo a riconoscere degli stati di animo e delle risposte particolari agli stimoli proposti rendendo l’atto di cura maggiormente completo e occupandomi della salute del paziente in maniera olistica, però, trattandosi di una specializzazione non normata, spesso incontro ostacoli per poterla rendere effettiva in un progetto riabilitativo, ma attraverso incontri di preparazione presso i servizi ospitanti o i mandanti, si riesce ad attivare il percorso di cura. Spesso infatti l’intervento musicoterapico è confuso con l’attività di intrattenimento o di gioco, solo grazie ad alcuni momenti di formazione sul tema, riesco a far emergere le importanti differenze sia sul piano strutturale (poiché, come specificato, si tratta di incontri supervisionati e controllati) sia per quanto riguarda gli obiettivi da perseguire (in quanto lavoro sulla riabilitazione o il mantenimento di capacità residue).

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* Infermiere

*Specializzato in infermieristica psichiatrica*

*Musicoterapeuta*

---

## BIBLIOGRAFIA

1. <https://stimulus-consulting.it/mental-health-at-work-linee-guida-oms-2022>
2. Manarolo G. (02/12), *La Musicoterapia nei disturbi psichiatrici*. Le cure Musicali, Ed Cosmopolis
3. Manarolo G. (2004), *Musica & terapia*. Quaderni italiani di musicoterapia, Ed. Cosmopolis, 2004
4. Avanzini G., Boni C.A. e al, (11 ott. 2017), *Musicoterapia e relazione. Interventi riabilitativi in ambito psichiatrico-geriatrico e psicoeducativo*.
5. de Witte M., da Silva Pinho A., Stams GJ., Moonen X., Bos A. E. R., van Hooren S. (2016), *Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis*. Pubme
6. Manarolo G. (2020), *Manuale di Musicoterapia. Teoria, metodo e applicazioni della musicoterapia*. Torino, Edizioni Cosmopolis.
7. Manarolo G., presentazione di Petrella F. (2020), *Manuale di Musicoterapia. Teoria, metodi e strumenti per la formazione*. Roma, Carocci Faber Editore.
8. Marcelli D. (2023), *Psicopatologia del bambino* – Sesta edizione, edizione italiana a cura di M. Battaglia. Amsterdam, Edizione Elsevier.

## AITeRP: una responsabilità tecnico-scientifica condivisa

*Intervista al presidente neoeletto come dialogo aperto, con chi scrive e con chi legge*

Rossi L. \*, Fossati E. °, Scagliarini V. ^

### ABSTRACT

AiTeRP-Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, divenuta ATS nel 2021, condivide con la rivista e i lettori un'intervista a L. Rossi, alla guida dell'Associazione stessa, a partire da maggio 2024. Rossi vive la presidenza come un impegno collettivo: "Questa carica-spiega- ha più a che fare con il mettersi a servizio, che con l'idea di un ruolo formale". Il nuovo presidente, infatti, si colloca al vertice dell'ATS, insieme alle altre cariche statutarie (quali vicepresidente, segretario, tesoriere e consiglieri), con l'obiettivo di portare avanti la *mission* fondativa dell'associazione, di rappresentare e rafforzare gli aspetti tecnico-scientifici della professione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, e di portare "il carico della riabilitazione psichiatrica stessa. Un carico che non è solo simbolico, ma etico, scientifico ed organizzativo. AITeRP, divenuta ATS, ha il compito di incarnare e sostenere concretamente questa visione all'interno del più ampio panorama della cultura scientifica e dei servizi di salute mentale".

### INTRODUZIONE

A maggio del 2024, AITeRP, divenuta ATS nel 2021 (1), è stata chiamata al voto per il rinnovo della Direzione Nazionale. Alla guida dell'Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica (2), è stato eletto Luca Rossi, napoletano, classe 1977. Rossi vive la presidenza

come un impegno collettivo: "Questa carica-spiega- ha più a che fare con il mettersi a servizio, che con l'idea di un ruolo formale". Partendo dal significato etimologico del termine carica ("portare un peso, assumere una responsabilità"), Rossi sottolinea che: "La rappresentanza professionale, nell'associazione, richiede di farsi carico del lavoro, delle sfide e delle aspettative di tutti i TeRP. È un onere che si porta insieme". Il nuovo presidente, infatti, si colloca al vertice dell'ATS, insieme alle altre cariche statutarie (quali vicepresidente, segretario, tesoriere e consiglieri), con l'obiettivo di portare avanti la *mission* fondativa dell'associazione, di rappresentare e rafforzare gli aspetti tecnico-scientifici della professione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, e di portare "il carico della riabilitazione psichiatrica stessa. Un carico che non è solo simbolico, ma etico, scientifico ed organizzativo".

La riabilitazione psichiatrica rappresenta, ad oggi, un corpus teorico, metodologico e strategico di Salute pubblica. È un insieme sistematico e integrato di interventi *evidence based*, rivolti alla persona, all'interazione con il contesto di vita, o direttamente al contesto stesso, tesi a consentire la riacquisizione di abilità, ruoli e status sociali significativi, favorendo ruoli sociali validi (cittadinanza attiva) e processi di *recovery* (3).

Tenendo in considerazione questa stessa definizione di riabilitazione psichiatrica, AITeRP, divenuta ATS,

ha il compito di incarnare e sostenere concretamente questa visione all'interno del più ampio panorama della cultura scientifica e dei servizi di salute mentale. "AITeRP si alimenta col contributo appassionato di molti professionisti, ciascuno con attitudini, limiti, difficoltà e peculiarità, uniti dall'obiettivo comune di dare voce e forma alla riabilitazione psichiatrica, nella sua dimensione umana, clinica e sociale. Quella del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, infatti, è una professione che restituisce molto dell'impegno profuso, sia durante la formazione di base che durante quella post-universitaria, così come nell'esperienza di vita quotidiana, sul campo, con utenti e colleghi. Il tempo di AITeRP è il tempo di mettersi scientemente a servizio di tutto questo".

### CONCRETIZZARE UNA VISIONE ASTRATTA

Lo Statuto è la magna carta dell'azione di ogni associazione, indipendentemente dall'identità della stessa, ed è lo strumento che indica nello specifico come concretizzare la missione tecnico scientifica di AITeRP (4): formazione, ricerca, confronto e collaborazione con le altre realtà, che concorrono quotidianamente a generare salute mentale. "Tutte le collaborazioni possibili, quindi, possono essere percorse e costruite incontrando, ascoltando, parlando, conoscendo i territori, facendo visita o ospitando l'altro. Di fatto, AITeRP è la casa che ospita la famiglia dei TeRP e ogni qualvolta si riceveva un invito ad "uscire fuori" dai propri confini, ci si predispose all'atto del conoscere. Conoscere i colleghi TeRP, per entrare in connessione con loro, restituire la bellezza e l'importanza della responsabilità che collega tutti, fra loro e con la disciplina riabilitativa. Conoscere per realizzare obiettivi specifici e di più ampie vedute. Conoscere per creare, proprio a partire dalla vicinanza effettiva oltre che dialettica, tra le istituzioni AITeRP e soci, una concreta opportunità di dialogo che sia rivolta anche agli altri ospiti che, quotidianamente, si trovano a co-abitare il territorio più ampio della Psichiatria".

### STRUMENTI E METODI

Su un piano più generale ed indipendentemente dalla natura insita, associazione e associazionismo si compongono dell'oggetto associativo e del corpo associativo. "Tenendo in considerazione la specificità di AITeRP, oggetto associativo è la sua *mission*, il motivo per il quale ci si associa, obiettivi ricordati dallo Statuto. Corpo associativo è l'insieme delle persone associate, in collegamento tra loro per far sì che principi, condivisi e condivisibili, siano portati avanti con più forza delle singole unità che lo compongono. Ogni socio (presidente, direzione, consiglio nazionale, ecc.) deve lavorare per concretizzare la *mission* associativa. La nuova Direzione punterà alla formazione di qualità per tutti i TeRP e a creare le più fertili condizioni per la produzione di dati scientifici e buone pratiche, attraverso il lavoro dei Gruppi di Interesse Specialistico (G.I.S.) nei vari ambiti della salute mentale, e tante altre ancora saranno le sfide. Ci sarà bisogno di tutti, per realizzare gli obiettivi e per permettere sempre a più cittadini di disporre di interventi del TeRP efficaci (5)". Diventano prioritari, quindi, obiettivi formativi e partecipativi, l'ideazione e il rafforzamento di pensieri e progetti; lo sviluppo della ricerca come interesse specialistico; far conoscere l'operato e i risultati ottenuti ai soci e dai soci, per entusiasmare, valorizzare e creare affiliazione. Farsi conoscere per creare un primo punto di contatto con gli altri TeRP e costruire così una base collaborativa solida. "Un esempio concreto, di questo modello operativo, è il gruppo di lavoro permanente sulla formazione nato per occuparsi di: ricerca e analisi dei bisogni formativi; pianificazione degli eventi collaborando con le sezioni; supporto alla realizzazione di convegni e congressi su tutto il territorio nazionale, adoperando anche la tecnologia per eventi a distanza oppure progettandone in presenza, per favorire l'esperienza diretta e l'instaurarsi di interazioni professionali e relazionali sui territori. Si parte, quindi, da uno stimolo come quello formativo per rendere il *tutti associativo*, pronomi indefinito, dal gusto impersonale, un contenitore ricco di significato, fatto di esperienze vive e

dirette dell'associazione e degli associati; condivisioni e confronti utili a combattere omologazione, frustrazione, conformismo, che, talvolta, possono inquinare i contesti lavorativi; crescita professionale; consapevolezza delle difficoltà comuni; confronto per osservare nuove modalità operative o strategie da importare nelle proprierealtà, con adeguate modifiche; connessione. Conoscersi, apprezzarsi, comprendersi anche nella propria umanità, sono binari sui quali AITeRP ha inteso viaggiare, fin dalla direzione precedente, e verso la quale tenderà in futuro. Anche per questo, è stata istituita la carica di *past president*, in supporto della neoeletta direzione ea garanzia della continuità, nella diversità, tra direttivi”.

### ANIMA GERMINATIVA DEI TERP

Come detto in precedenza, “desiderio di AITeRP, sarebbe attraverso il proprio operato quello di rendere viva la collaborazione con tutti. Fare conoscere la riabilitazione psichiatrica come disciplina e i TeRP in quanto professionisti di questa stessa disciplina, guidati, nel proprio agire professionale, da evidenze scientifiche, distanziandosi dall'ottica del mero intrattenimento, diffusa nell'epoca delle dimissioni dagli ospedali psichiatrici”. Oggi, rispetto al passato, infatti, si ha una visione totalmente diversa della riabilitazione psichiatrica (6). Questa si rivolge a tutte le persone che, a causa di un disturbo psichico, presentano una condizione di disabilità, una compromissione del funzionamento, una perdita di ruolo, una difficoltà ad accedere alle opportunità offerte dalla comunità e ad utilizzarle per realizzare un progetto di vita, mirando a migliorare il funzionamento personale e sociale, la resilienza, il benessere soggettivo, la qualità di vita della persona, favorendo *empowerment*, il percorso di *recovery*, l'inclusione sociale attraverso la riacquisizione di abilità e ruoli sociali validi, alla luce di aspirazioni, desideri, opinioni, volontà, diritti della persona, e non prediligendo un luogo piuttosto che un altro (non esistono luoghi esclusivi della riabilitazione). È un processo che deve iniziare quanto più precocemente possibile, procedere

in modo flessibile, con intensità e complessità variabile a seconda della persona cui si rivolge e della tipologia di disturbo, e terminare col raggiungimento parziale o totale degli obiettivi garantendo il minor supporto professionale e favorendo la maggior autonomizzazione possibile. È un approccio nonlineare che può riguardare ogni fase della vita della persona che accede ai Servizi e agisce su più livelli trasversalmente (3). “Cambia il contesto storico culturale, cambia la tipologia di utenza e mutano i modi con i quali le sindromi psichiatriche si esprimono nelle persone che, nel contatto coi Servizi, meritano risposte di qualità, che siano in grado di leggere e restituire la complessità della richiesta di aiuto, per la quale i professionisti devono riscoprire l'esigenza di impegnarsi ad accrescere continuamente la propria cultura scientifica, non accontentandosi di offrire risposte parziali, disarticolate, millesimate”.

Conoscere e confrontare; conoscere e rilanciare: “AITeRP è una grande cassa di risonanza in cui i soci devono avere opportunità di potersi mettere in gioco, sperimentarsi e cooperare. La direzione è quindi chiamata a stimolare questa opportunità associativa, riducendo all'essenziale l'aspetto della delega. Parimenti con la tendenza attuale della società italiana, il fenomeno della delega è una costante e continua piaga che, spesso, si accompagna al fenomeno della generalizzazione (son tutti uguali). Questa modalità di pensiero va combattuta al pari del personalismo, garantendol'inclusione in quelle opportunità, che l'associazione si prefigge di offrire ai soci di cui le cariche associative si fanno portavoce, fin all'ultimo socio iscritto o che lo sarà. Che stia ancora percorrendo la strada universitaria, che sia neolaureato, lavoratore nel pubblico o nel privato, con un contratto di lavoro da dipendente o libero-professionista, è fondamentale che si lavori insieme per perseguire lo scopo di intraprendere il percorso di crescita e responsabilizzazione degli aspetti tecnico-scientifico e culturali della nostra professione”. Che AITeRP sia punto di riferimento scientifico, etico, professionale, culturale e umano del Tecnico

di riabilitazione psichiatrica, è ormai chiaro per circa quattromila TeRP operativi sul territorio nazionale (5). Ciò che rendono però peculiari le azioni dei professionisti che la abitano, sono senz'altro gli strumenti propri della professione (7) che si mettono a servizio anche di coloro i quali si trovano a rivestire cariche di rilievo. "Non è possibile parlare di farsi carico del peso della riabilitazione psichiatrica senza tener conto dell'altra faccia della medaglia, la relazione terapeutica. Funzione cardine, della riabilitazione e del lavoro del TeRP. Non c'è riabilitazione senza alleanza e relazione (relazione nella funzione di strumento); non c'è aderenza ai trattamenti senza prima aver costruito le fondamenta relazionali (relazione nella funzione di obiettivo). Incontro, comunicazione, conoscenza reciproca, fiducia, empatia, senso di presenza costante ma non di infallibilità, sono radici a cui tornare anche nei momenti più difficili. Relazione che genera tutela reciproca, che contrasta le resistenze, che costruisce possibilità di cambiamento e sviluppo, e che si intreccia con strumenti e procedure raccomandate da evidenze e linee guida. Relazioni, con sé stessi, tra utenti e colleghi, che nel loro insieme generano il campo d'azione dell'agire riabilitativo e che i TeRP, per primi, devono saper coltivare, preservare e non disattendere, sia nella quotidianità lavorativa che nell'associazione stessa."

La capacità di un'associazione, così come quella di ogni servizio, di fornire risposte valide ed efficaci può dipendere da risorse, umane ed economiche, dagli strumenti a disposizione, dalle strutture organizzative ma, in prima istanza, dal buon funzionamento dei gruppi di lavoro, sia che si occupino di fornire risposte agli interessi degli associati sia, nell'ambito delle équipe multiprofessionali, di cui essi stessi sono membri, e che prendono in carico l'utenza nella sua complessità, non cancellando l'eterogeneità delle competenze che lo caratterizzano, quanto piuttosto permettendo di approcciare in una dimensione che consideri la globalità della persona. In quest'ottica, l'équipe terapeutica, in cui il TeRP è inserito, o il team di lavoro associativo, divengono elementi forti che condi-

zionano clima emotivo e cultura all'interno del quale si svolge il processo. Il modello di intervento riabilitativo fondato sull'équipe, subentrato al modellomedicocentrico, infatti, permette di formare al lavoro di gruppo le differenti professionalità, allenare la comunicazione, adattare ed integrare, organizzare, decidere, sviluppare introspezione e contatto emotivo, al fine di saper imbastire un buon lavoro riabilitativo e di evitare frammentazione (7). "Investiti da responsabilità professionali che oggi risultano ben chiare, grazie all'incedere legislativo, e che non è possibile disattendere o ignorare, il modello operativo dell'équipe si costituisce di due elementi fondanti: le competenze esclusive e specifiche, anima germinativa della professione dei TeRP; le competenze trasversali, sovrapponibili parzialmente con le altre professionalità e che permettono di comunicare e di definire le azioni da intraprendere insieme. Esclusive, come anima germinativa della professione, che rispondono ad esigenze di pensiero e azioni specifiche che solo il TeRP può attuare, come una lingua della riabilitazione psichiatrica comprensibile solo a chi ne ha la competenza base della formazione universitaria; trasversali, perché si lavora insieme sullo stesso oggetto, la persona e il suo contesto, con lo stesso obiettivo generale, parlando la lingua comune, della riabilitazione e della clinica, che permette di intendersi e tenere insieme assetti e professionalità diverse. In questo mare magnum, la precedente direzione ha affrontato diverse sfide e fatto da pensatoio e start up a molto di quanto si sta elaborando e concretizzando attualmente". Il passaggio di testimone si evidenzia, ad esempio, nel portare avanti il lavoro del precedente direttivo con il rafforzamento dell'articolazioni di Aiterp con le altre ATS e Società scientifiche, con le Università, con gli Ordini professionali territoriali e la CdAN dei TeRP in seno alla FNO dei TSRM-PSTRP e gli altri enti e agenzie, pubbliche o private, e supportando il lavoro dei GIS (Gruppi di Interesse Specialistico) con il mandato dell'approfondimento tecnico scientifico di tematiche inerenti la salute mentale e la riabilitazione.

Come anche detto in precedenza, invece, elemento di novità è rappresentato dal Gruppo di Lavoro Permanente sulla Formazione, strumento “prezioso” per creare una virtuosa dinamica nell’ambito delle proposte formative coinvolgendo anche i CCddLL in TeRP, con i loro studenti, per diffondere i contenuti del “Core competence del TeRP” (8), offrire proposte di formazione di base e di alta formazione per approfondire alcuni aspetti specifici della professione. Consolidare e rilanciare l’importante realtà associativa consegnata dalla precedente direzione dell’attuale *pastpresident* Roberta Famulari, nello stare al passo coi tempi, nel cogliere le migliori occasioni e nel creare opportunità di collaborazione e contenuti dispendiosi che permettano ai soci di sentirsi coinvolti e riconosciuti, negli aspetti della formazione, ricerca, identità e cultura tecnico scientifica della riabilitazione psichiatrica. Dare luce all’idea di far conoscere il profilo professionale del TeRP anche all’estero: la figura professionale del TeRP (9)(10) è figlia della legge 180, la cosiddetta Legge Basaglia, una riforma unica nel panorama internazionale, osservata e studiata, con palese interesse e malcelata invidia, anche dai paesi con i sistemi sanitari più avanzati, che si concreta nella psichiatria di comunità e nella riabilitazione psichiatrica fatta dai riabilitatori psichiatrici. Ovviamente, non basterà alla nostra professione, per essere al passo con i tempi, vantare esclusivamente un così nobile “genitore”! Sarà, infatti, importante avere la capacità di osservare le trasformazioni dei tempi, concorrere a governarne le evoluzioni mantenendo inalterata l’anima germinativa tecnico scientifica della professione.”

## CONCLUSIONE

L’Associazionismo è un fenomeno umano con fasi di maggior e minor vigore che, anche AITeRP vive. “La grande sfida sarà quella di avere capacità “osmotiche”, per capire quello che accade dentro e fuori l’associazione, e di negoziazione, per comprendere come collaborare in modo dinamico con le differenti parti del processo, al fine

di rilevare le complessità delle fasi storiche, politiche e culturali in atto e, costruttivamente, essere sempre pronta a ridefinire la rotta”.

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Tecnico della Riabilitazione psichiatrica presso Asl Napoli 2 Nord.*

° *Tecnico della Riabilitazione libera professionista.*

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

## BIBLIOGRAFIA

1. 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.
2. <https://www.aiterp.it/>
3. Semisa D., Bellomo A., Nigro P., Merlin S., Mucci A. *Raccomandazioni di buona pratiche in Riabilitazione psicosociale per adulti*. G. Fioriti Editore. 2022.
4. <https://www.aiterp.it/wp-content/uploads/2023/12/STATUTO-AITeRP-AS-28.11.2022.pdf>
5. <https://www.aiterp.it/tecnic-della-riabilitazione-psichiatrica-luca-rossi-nuovo-presidente-aiterp/>
6. Saraceno B. *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Etas. 2000.
7. Vita A., Dell'Osso L., Mucci A. Coordinamento editoriale: Fierro L. *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei Servizi di salute mentale*. Volume 1. Riabilitazione psichiatrica. Giovanni Fioriti Editore Roma. 2018.
8. Famulari R., Fierro L., Parigi D., Rovito E., Ussorio D. *Il core competence del Tecnico della Riabilitazione psichiatrica*. Edizione Alpes. 2019.
9. Fioletti B., Casella N., Scagliarini V. *Stato dell'arte e storia della professione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica*. *Psichiatria Oggi* XXXV, 1, 2022.
10. Fioletti B., Fossati E.M., Scagliarini V. *Bildungsroman: ATS AITeRP cresce*. *Psichiatria Oggi* XXXVII, 1, 2024.



# PSICHIATRIA NARRATIVA

## Disperazione

*Un caso di cronaca*

*di Federico Grasso \**

“ Tragedia a \*\*\*, uccide la moglie e poi tenta di togliersi la vita. È stato trasportato in condizioni disperate in ospedale l'uomo, ultraottantenne, che oggi ha ucciso la moglie, di poco più giovane, tentando poi disperatamente di togliersi a sua volta la vita. [...] Non è ancora chiaro cosa abbia portato l'uomo a compiere un simile gesto, forse una situazione familiare legata alle condizioni di salute della moglie diventata, per lui, insostenibile. Dopo quanto avvenuto ieri la casa è stata posta sotto sequestro dai carabinieri.”

“Secondo le prime ricostruzioni, l'uomo avrebbe soffocato la moglie, da tempo malata e costretta su una sedia a rotelle. Poi avrebbe cercato di togliersi la vita, senza riuscirci. [...] Due settimane prima del dramma, N. si era recato in Comune per chiedere come eliminare le barriere architettoniche nella propria abitazione, con l'intento di rendere la vita più semplice alla moglie. Non aveva trovato l'ufficio tecnico aperto. Gli avevano consigliato di tornare. Ma non si è più presentato.”

*Estratti da due diversi quotidiani della provincia di Lodi, un lunedì di luglio*

### UNA VERSIONE

N. giungeva un sabato pomeriggio in un pronto soccorso al colmo della capienza, scortato dai carabinieri, tranquillo e perfettamente lucido, oltre che senza alcun segno di lesioni fisiche né sonnolenza. Nella notte aveva avvolto un sacchetto di plastica attorno alla testa della moglie, invalida e allettata, affetta da Alzheimer avanzato, uccidendola. Successivamente aveva avvolto lo stesso sacchetto attorno alla propria, di testa, ma vedendo che non era sufficiente, vi aveva aggiunto altri sacchetti e aveva assunto delle compresse di rivotril. Non aveva ottenuto altro che di addormentarsi. Al risveglio aveva pertanto contattato le forze dell'ordine, denunciando tutto quanto successo.

In Pronto Soccorso, alla visita psichiatrica, veniva descritto come segue:

“Vigile, lucido, orientato nei tre parametri d'oggetto. Presenta alcune sporadiche difficoltà a ricostruzione mnemonica, ma non emergono significativi deficit cognitivi a una prima valutazione. L'umore si mostra in asse, lievemente reticente alla descrizione del tentativo suicidario, ma che dopo alcuni minuti di colloquio ammette di aver premeditato da alcuni giorni. Avrebbe infatti riscontrato dei deficit mnemonici nell'ultimo periodo e avrebbe temuto un peggioramento in senso di decadimento cognitivo, tale da impedirgli di badare alla moglie, già invalida, e a sé stesso. Tale condizione avrebbe suscitato le idee

autolesive che avrebbero condotto al gesto odierno. [...]”

N. descriveva come sarebbe stato d'accordo con la moglie per porre fine alla vita di entrambi, qualora avessero perduto le autonomie. La signora veniva da un lunghissimo periodo di malattia, che si aggiungeva alla patologia di Alzheimer e che l'aveva lasciata allettata, invalida e incapace di badare a sé stessa. Un'assistente domiciliare era rimasta presente fino al giovedì, quando si era licenziata, lasciando da solo l'uomo a badare alla moglie prima del fine settimana. Una figlia era presente, ma distante. Viveva a Milano, andava a trovare i genitori regolarmente, ma non aveva ricevuto alcuna notizia in merito al licenziamento della badante né era stata contattata dal padre di recente.

Il signor N. era tranquillo in Pronto Soccorso, distaccato, loquace, persino sorridente a tratti. Descriveva tutto quanto accaduto con distacco, come fosse accaduto molto tempo prima e non soltanto la sera innanzi. Non mostrava alcun rimorso per l'omicidio della moglie, definendolo come un atto di carità e amore nei suoi confronti, al quale avrebbe voluto far seguire anche la sua, di morte. Si era deciso per attuare quel gesto dopo essere rimasto insonne tutta la notte che da giovedì passava al venerdì, data l'assenza della badante e la necessità di cambiare la moglie, pulirla, gestire la sua agitazione. Era da un po' che ci pensava. Temeva di stare perdendo la concentrazione e la memoria e che presto non sarebbe stato più sufficientemente lucido per agire come lui e la moglie si erano promessi di fare in casi come quelli.

Il signor N. accettava con tranquillità un ricovero in psichiatria, riferendo dispiacere per non essere riuscito a uccidersi e consapevolezza per le conseguenze del proprio gesto. Sul momento non presentava più idee autolesive strutturate e piena collaborazione a un periodo di monitoraggio in reparto. La casa era stata messa sotto sequestro e non era possibile accedervi. Durante il ricovero sarebbe stato piantonato e non gli sarebbe stato concesso di uscire dalla stanza, usare il cellulare né ricevere visite.

Durante la degenza il signor N. si manteneva tran-

quillo, adeguato, senza mai un momento di agitazione, né di disorientamento, né di deflessione timica. Il giorno in cui gli fu tolto il piantonamento e gli fu concesso dal giudice di poter ricevere visite dalla figlia, rubò un sacchetto dell'immondizia dal cestino e lo nascose sotto il cuscino. Successivamente, durante la visita della figlia e in presenza del medico, ammise spontaneamente di aver trafugato il sacchetto e lo consegnò. Riferì di non sapere descrivere perché l'ebbe preso e nascosto e di non avere davvero intenzione di usarlo. Si era messo a stilare una lista dei pro e dei contro del suicidio, finendo per far prevalere i pro, tra i quali spiccava la vicinanza e il supporto della figlia.

Veniva dimesso dopo poco meno di una settimana di ricovero, con arresti domiciliari presso il domicilio della figlia. Sereno, tranquillo, negante qualunque intento autolesivo.

## UN'ALTRA VERSIONE

Il signor N. chiede alla moglie invalida, con decadimento cognitivo avanzato e allettata se voglia morire. La signora esprime un verso, fa un cenno del capo. Il signor N. interpreta quei segnali come un assenso. Appoggia un sacchetto sulla testa della moglie e lo stringe. Anziché darle dei farmaci – come poi prenderà lui stesso – sceglie di usare un sacchetto. Lo mette addosso alla moglie e aspetta. Aspetta per trenta minuti. Trenta minuti a guardarla morire.

Fin dal Pronto Soccorso e poi, successivamente, durante la degenza in reparto, il signor N. si mostra compiaciuto, finanche orgoglioso. Non ha rimpianti, non piange mai la moglie, non esterna alcun pentimento per quanto fatto, convinto di aver agito nella volontà della donna, per il suo bene. Durante i colloqui interrompe spesso i medici, insistendo nel voler portare a termine il discorso avviato. Non dà spazio al dialogo, si limita a ripetere e a ribadire le proprie posizioni, liquidando con dei sorrisi i tentativi dei medici di approfondire il suo stato psichico, le motivazioni, il malessere.

---

Durante la degenza, quando viene sospeso il pianonamento e la reclusione in stanza, conosce un'altra paziente e si accompagna a braccetto con lei per i corridoi del reparto, fa amicizia, ci chiacchiera volentieri. Appare sempre sollevato, sereno, al di sopra di tutto quanto gli accada intorno.

Il giorno in cui ruba un sacchetto dell'immondizia, nascondendolo sotto il cuscino, riferisce al medico che la colpa sarebbe della signora delle pulizie, che avrebbe dovuto evitare di metterglielo in camera. Interpreta l'arrivo della figlia in visita proprio in corrispondenza del suo studio dei pro e dei contro del suicidio – con tanto di schema e diagramma su foglio di carta – come un *segno* di un destino, un fato o di una volontà superiore che lo desidera ancora in vita.

Anche successivamente al confronto col medico, ribadisce come la decisione di non suicidarsi ora sia sostenuta dall'aver ricevuto questo *segno*. I medici cercano di chiarire l'ovvio: i segni si trovano dove uno li vuole cercare. È necessaria una volontà di vita più salda, strutturata. Il signor N. risponde con un sorriso, una scrollata di spalle. Insiste nel voler descrivere nuovamente, con minuzia di particolari, la visita della figlia, il *segno* che questa avrebbe per lui rappresentato. Solo dopo lungo colloquio pare aprirsi maggiormente alla prospettiva offerta dai sanitari, al voler trovare un motivo, un nuovo scopo per cui vivere, anziché reinterpretare tutto come un *segno*.

Veniva dimesso dopo poco meno di una settimana di ricovero, con arresti domiciliari presso il domicilio della figlia. Sereno, tranquillo, negante volontà autolesiva.

---

AFFERENZA DELL'AUTORE

\* *Dirigente Psichiatra DSMD ASST Lodi*

CORRISPONDENZA

Federico.grasso@asst-lodi.it



# PSICHIATRIA FORENSE

## Che Piccola Storia Ignobile mi tocca raccontare

*di Maria Marasco \**

### ABSTRACT

**S**ono R., nata a giugno 1975 a Chicago, mia madre è di lì. Come ho visto la luce è stato da subito evidente: avevo ereditato la malattia genetica da cui era affetta mia madre, l'esostosi ossea, solo che lei l'aveva in forma molto più lieve.

Non è stato facile crescere con questa malattia. Mi ha procurato delle deformità in diverse zone del corpo, tanto che fin da bambina ho dovuto sottopormi a diversi interventi chirurgici, lunghi periodi in ospedale, anche in America. Nessuno di questi ha potuto "togliere" quelle deformità. Ho frequentato la scuola fino alla terza media, è stato difficile. La vergogna mi spingeva a stare per i fatti miei, non riuscivo ad integrarmi, non riuscivo ad avere amici, mi sentivo diversa. Ho provato a continuare gli studi...un'illusione finita male, le mie difficoltà relazionali nel tempo sono peggiorate. Alta un metro e mezzo, con un corpo così disarmonico che sentivo mostruoso e inguardabile, la vergogna mi spingeva a nascondermi.

Non bastasse questa esostosi: la sordità da una parte, la cecità dall'altra parte, un ovaio policistico e infine una stipsi maledetta da dolicomegacolon. Proprio questo

poi ha preso tutto il mio pensiero. Non facevo altro che pensare a quella pancia sempre gonfia e piena, a volte dolente. Lassativi di ogni tipo non sono mai serviti a nulla. Un'unica cosa mi dava l'impressione di poter controllare questo senso di pienezza, questo riempimento molesto, un'unica cosa tranquillizzava questo pensiero ossessivo: mangiare il minimo indispensabile. Sono stata meglio solo quando sono riuscita a raggiungere i 36 kg. Una sorveglianza continua, un'attenzione ossessiva su quello che mangiavo, che quasi potevo visualizzare nel suo viaggio attraverso il mio corpo. Vivendo solo angoscia, ansia, fallimento, sbigottimento, quando mi trovavo costretta a constatare che nulla cambiava, solo il mio peso. Il medico di base, che da anni conosceva me e la mia famiglia, quando avevo 23 anni, mi ha consigliato una consultazione psichiatrica, mi ha mandato al CPS. Una dottoressa che ha voluto sapere tutto di me ad un certo punto mi ha fatto notare che ero trascurata nell'aspetto, come poteva aspettarsi il contrario? Le ho raccontato tutto: la vergogna, l'isolamento, l'ossessione per le mie funzioni intestinali, la mia continua sorveglianza su ogni suo piccolo movimento. All'epoca andava proprio

male, pesavo 45 Kg, tutto inutile, tutto compromesso. Le ho raccontato che per me era difficile fare qualunque programma per il futuro perché mi sentivo, anzi, ero, “handicappata”. Alla fine è entrata anche mia madre che mi ha trattata come una malata immaginaria: “esagerata, ho la stessa malattia e vedi, l’ho superata”, vantandosene. La mia vergogna e la mia disperazione si sono moltiplicate, non mi sentivo capita, vista nel mio dolore, vista nella mia “bruttezza”.

Mi ha proposto una terapia, lì per lì l’ho accettata, ma non l’ho mai presa perché ho letto che questi farmaci peggiorano il transito intestinale...ci mancava!!!

La dottoressa mi vedeva spesso, a volte anche con i miei genitori, che mi sembrava che proprio facessero fatica a tollerarmi, sembravano esasperati da me, mi sentivo un peso. Certo papà era stanco. Vivevamo tutti con la sua pensione, anche mia sorella di tre anni più giovane di me che soffriva di anoressia.

Seguendo il consiglio del medico di base, ho fatto la richiesta di invalidità e di inserimento nelle categorie protette. Mi hanno dato il 75%. Per quanto riguarda il lavoro non ho sostenuto neanche la valutazione, non potevo lavorare, come nel mio stato?

Nel 1998 mi portano in America per un’altra operazione ortopedica, altro dolore, altre illusioni. Niente, nessun miglioramento o cambiamento.

Da qui ho frequentato in modo discontinuo il CPS, al rientro dall’America ci sono tornata dopo oltre 5 anni, ero triste perché era appena morto il mio gatto, ci sono andata un paio di volte, poi ho di nuovo interrotto per altri 4 anni. Stavo a casa, sempre più gatti, gli unici che mi davano un po’ di sollievo, mi cercavano, sempre addosso. Calore umano.

Nel 2008 il dottore mi ha rimandato in CPS con il bollino verde, perché non volevo subire un altro intervento ortopedico alla spalla destra. Lo so, la motivazione poteva sembrare “da matti”, ma solo l’idea di dovere rinunciare ad assumere i lassativi che ormai da anni erano la mia quotidianità, inutili, ma imprescindibili, mi spingeva

a tenermi la spalla malata. Il medico del CPS mi ha proposto ancora l’antidepressivo, ma al mio rifiuto mi ha proposto un tranquillante, ha detto che mi serviva come sostegno, l’ho accettato, era il lorazepam. L’ho preso per un po’, ma poi basta, niente cambiava la mia situazione. Ho interrotto di nuovo per due anni, sono tornata nel 2010 perché non ne potevo più, la testa piena del pensiero fisso del mio corpo, la mia malattia, la mia stipsi, la solitudine, la mia tristezza: che stanchezza, ero sfibrata, distrutta.

La dottoressa mi vedeva tutti i mesi, anche se rifiutavo le terapie. Vedendo che non mangiavo mi ha proposto un ricovero in clinica, ma mi sa che al colloquio preliminare non ho fatto bella figura, pensavano che non avrei aderito al percorso che mi proponevano. Penso avessero ragione, un programma alimentare! Ma era tanto complicato capire che non potevo mangiare? Non dovevo! Perché tutto stava lì a riempirmi come un tacchino. Che delusione. Basta psichiatri per 8 anni, che ho trascorso vivendo la mia vita tranquillamente nell’unica attività, H24, di controllo e monitoraggio delle mie funzioni intestinali, appresso alle nuove deformità.

Mi sono rasata i capelli, ho riempito la mia casa con una decina di gatti dove rimanevo tranquilla da sola, senza vedere e parlare con nessuno. Cosa impossibile tra l’altro, perché il problema intestinale era peggiorato: fino a un mese senza scaricarmi. Facevo avanti e indietro dal pronto soccorso, mi rimandavano sempre a casa senza una soluzione...per me era diventato un loop infernale, il mio umore in effetti era già proprio all’inferno.

Sono tornata dalla dottoressa nel 2019 perché me lo ha consigliato un medico di PS dopo l’ennesima volta che sono corsa lì. Le ho raccontato come conducevo la mia vita, ritirata, con i miei pensieri e lei mi ha rimandato che il pensiero era andato un po’ oltre, che forse la mia visione delle cose non era esattamente realistica, mi ha dato degli antipsicotici a basso dosaggio che io non ho mai preso...il perché si sa, questi farmaci per me non vanno bene, non vanno bene per il mio intestino.

Mi ha fatto ricoverare in Psichiatria, una decina di giorni dove ho fatto accertamenti chirurgici e lastre alla pancia, mi hanno fatto capire che forse esageravo un po'. Ma come gli veniva in mente, ma che ne potevano sapere loro. Sono tornata a casa e sono passati altri 6 anni.

6 anni identici ai 100 precedenti.

Pensavo, pensavo, il peso del passato e quello del presente, il futuro, quale futuro, mi angoscia, non lo voglio, non lo posso affrontare, sono stanca, ho esaurito tutte le forze. Non me la sento più di vivere. Voglio sottrarmi a questa tortura che lo so, non cambierà, non cesserà. La soluzione è morire. Non il suicidio, voglio morire senza dolore, in un letto, finalmente in pace, incontro alla pace.

Mi informo. Svizzera. Suicidio assistito.

Ne parlo con mamma e papà. Addolorati. Papà non è d'accordo, ma è rispettoso della mia decisione, tanto che si rende disponibile a cercare il denaro necessario. La mamma, nel suo dolore, mi ha sostenuto.

Mi hanno portato da uno psichiatra anziano che si è spaventato quando ha sentito il mio progetto, in fretta e furia ha chiamato il CPS, ha voluto parlare con la responsabile, una caso da re inviare immediatamente al servizio pubblico. Va bene, prendo appuntamento con la dott.ssa Marasco, il nostro primo incontro il 2 maggio 2025. Le racconto la mia storia che un po' conosce, dalla cartella clinica, e poi mi aveva già vista un paio di volte negli anni precedenti. Le ho raccontato della mia intenzione. Mi ha fatto un sacco di domande: Depressa? Ansiosa? Senti le voci, Qualcuno ti perseguita?

No. No. No. No.

Mi ha chiesto in che cosa poteva essermi utile, adesso, che la decisione era presa, le visite preliminari eseguite, e la richiesta di sottopormi alla procedura accolta. Un acconto era già stato dato, mancavano 14.000 euro che papà stava cercando. Con quelli potevo andare.

Le ho detto che avevo paura e lei mi ha proposto di continuare a vederci, mi ha anche mandato da una psicologa del servizio, che mi ha visto dopo pochi giorni.

Negli incontri successivi, sia la dottoressa che la psicologa, provavano a ridarmi una speranza, a tentare strade nuove o diverse. Ma quando dicevo no, mi rassicuravano, mi guardavano negli occhi e parlavamo della mia paura, paura di morire ed insieme sollievo di morire.

Mi davano sempre un nuovo appuntamento, io le salutavo dicendo: "se ci sarò ancora, verrò".

Il 13 giugno R. non si presenta all'appuntamento e non risponde al telefono.

Il 17 giugno non si presenta all'appuntamento e non risponde al telefono. In questo stesso giorno contattiamo il padre di R. che ci riferisce che la ragazza in data 4 giugno, come suo desiderio, si è recata in svizzera per sottoporsi a suicidio assistito.

Eccomi. Sono Maria, psichiatra.

Ho voluto che fosse R. a raccontarvi la sua storia che ho potuto ricostruire in modo fedele, utilizzando le sue parole riportate in cartella.

Ebbene il 4 giugno R., come suo desiderio (così scrive la psicologa che ha sentito il papà), si è recata in Svizzera per sottoporsi a suicidio assistito.

Da clinici, con indosso un camice istituzionale, in un momento storico in cui è controversa e ancora fortemente dibattuta l'opzione del suicidio assistito, ci siamo chiesti cosa di più o di diverso avremmo potuto fare.

Già qui mi confondo.

Fare cosa? In quale direzione?

Cercare di dissuadere R. dalla sua determinazione giocando le carte dei deterrenti classici: la speranza, il progresso della scienza?

Oppure accompagnarla con maggiore vicinanza. Verbalizzare, per quel che mi riguarda, la mia comprensione, rinforzando il suo diritto all'autodeterminazione, mostrando rispetto per il suo coraggio. Sostenendo lo sguardo dentro quegli occhi grandi quanto l'intero

---

volto, mentre mi diceva che la sua vita era stata vissuta, consumata, che era “a posto così”, non tristezza, non rassegnazione.

Bensi chiarezza, lucida e cristallina consapevolezza.

Un'immagine.

R. si presentava agli appuntamenti sempre con i vestiti coperti di pelo di gatto (che erano oltre 10). In un'altra circostanza avrei pensato alla trascuratezza, alla noncuranza di un sé che non dignitosamente presentava allo sguardo dell'altro.

In questo caso penso che R. non abbia perso un solo istante per salutare e farsi salutare dalla sua squadra di gatti.

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *DSMD ASST Lodi*

CORRISPONDENZA

*Maria.marasco@asst-lodi.it*

---

# La fine della vita e le persone con disturbo mentale: si può togliere la parola?

*Un racconto, tanti pensieri, poche certezze*

*di Antonio Amatulli\**

---

**I**l racconto della vita di sofferenza di R. causata da una malattia genetica che ha determinato numerosi gravi disturbi fisici, e del termine della sua vita attraverso l'aiuto al suicidio in un paese estero, e contemporaneamente l'uscita sulla Rivista di psichiatria di un articolo a cura di numerosi colleghi psichiatri, che in pochi, enfatici capitoletti esclude completamente la possibilità che persone affette a depressione grave possano mai accedere all'aiuto al suicidio, hanno indotto a una riflessione relativamente a questa tematica. Si ritiene che, molto prima di (sempre opinabili) ragioni cliniche, sia fundamentalmente la cornice etico-giuridica (aperta dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale sul tema del suicidio assistito), a imporre ai clinici almeno il problema che la sfera dei diritti individuali, costituzionalmente fondati e legati alla matrice personalistica del nostro ordinamento, debba richiedere l'apertura di un dibattito sulla possibilità di accesso anche da parte delle persone con disturbo mentale grave. Una coerenza giuridica sistematica, insieme al rispetto e alla considerazione del rilievo dei diritti della persona sopra richiamati, imporrebbe tali considerazioni, cogliendo, da questo punto vista, sia la limpidezza e la coerenza del pensiero e del dolore di R., sia la sorprendente radicalità escludente espressa dagli autori dell'articolo richiamato.

Qualcuno ha sostenuto che, se anche un dolore è indicibile, deve essere detto. E questo avviene nell'abbagliante racconto di R., così incomprensibile, così comprensibile, così straziante. R. ci ricorda che la sofferenza umana deve essere, certo, compresa, ma anche profondamente rispettata. Ci obbliga, o almeno lo dovrebbe, a riflettere sul bene della vita e sul suo pieno ricomprendere anche la morte. La morte come parte (estrema) della vita, non come finale sorprendente e inatteso, e "impensato". Quel ultimo momento nel quale dovrebbe essere pieno diritto essere accompagnati in modo dignitoso, rispettoso, prossimo. L'ispirazione per le righe che seguono nasce dalla breve ma intensa partecipazione al dolore di R. (e dalla lettura di un articolo uscito mesi fa sulla Rivista di psichiatria).

La legge italiana vieta (severamente. E' stato sostenuto forse anche oltre il principio di ragionevolezza) l'aiuto al suicidio, e solo abbastanza recenti arresti della Corte Costituzionale (per altro assai prudenti, come vedremo) hanno definito un ambito di non punibilità allorquando sussistano alcune condizioni: l'esistenza di una patologia irreversibile e fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, la dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e la presenza della piena capacità di assumere decisioni libere e consapevoli (Corte Costituzionale, Ordinanza n. 207 del 2018 – punto di partenza, che dava al Parlamento stimolo e tempo per legiferare nel merito. Poi, vista l'ignavia del legislatore e l'urgere degli accadimenti: Corte Costituzionale, sentenza n. 242 del 2019, poi n. 135 del 2024 e n. 66 del 2025).

Oggi, quindi, in Italia una persona non può accedere al suicidio assistito se non in presenza delle sopra definite condizioni (e, per altro, spesso a fronte di disagi e ritardi causati dall'ente pubblico che è chiamato a fornire i mezzi e la situazione adeguati).

R., nelle sue condizioni, certamente causa di sofferenze intollerabili nonostante tutti i tentativi di farvi fronte e di arginarle, non avrebbe potuto essere aiutata a una morte volontaria dignitosa.

La riflessione etica è il primo scenario che si impone: se la vita sia un bene indisponibile oppure se abbia il valore che il soggetto le attribuisce (sacralità vs qualità). E se l'etica consiste in quella parte della filosofia che prende in esame le azioni umane, i valori e i principi cui esse si ispirano o si dovrebbero conformare, non corrisponde però a un sistema regolatorio o sanzionatorio, ma si esaurisce in una serie di riflessioni che possono solo orientare in un sistema di valori, che può essere condiviso o meno. Diverso è l'ordinamento, che permette o non permette (reprime) determinati comportamenti.

E qui si apre, nella professione psichiatrica, il complesso problema della possibilità di accesso all'aiuto al suicidio per le persone che soffrono di disturbi mentali gravi, anch'essi, sicuramente, possibile origine di sofferenza individuale indicibile (già icaisticamente definita, insieme al dolore fisico, "condizione infernale" dal Presidente della Consulta di Bioetica Maurizio Mori). Va detto, comunque, che lo Stato difende il bene vita dei cittadini, dove tale presidio «assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere» (ancora la sentenza n. 242 del 2019). Lo Stato, quindi, pone in essere questa protezione (ex art. 2 Cost.) al fine di evitare che persone in condizioni di particolare fragilità – fisica, psicologica, sociale o economica – possano essere indotte a scelte autodistruttive da pressioni esterne, da condizioni di abbandono o isolamento, o dalla percezione di essere

divenute un peso per i familiari o per la società. In altre parole, si assume il dovere costituzionale di creare le condizioni affinché nessuno sia costretto a scegliere la morte per mancanza di alternative dignitose. Se, detto molto concretamente, R. sicuramente avrebbe avuto personali riserve sulla applicazione di questo principio a riguardo della sua personalissima esperienza (di dolore), ciò non pertanto questo è lo stato attuale della situazione in Italia.

Il discorso, però, può essere affrontato anche cercando per lo meno di "agganciare" le aree di legittimità oggi previste dall'intervento della Suprema Corte alla possibilità (o meno) che all'aiuto al suicidio possano accedere le persone con gravi malattie psichiche, ragionevolmente argomentando che la sofferenza conseguente possa divenire altrettanto intollerabile di quella originata da malattie fisiche, privilegiando l'ottica soggettiva di attribuzione di significato e di vissuto personale. In altre parole, risulta ormai di chiara evidenza la necessità di almeno interrogarsi se, tra le "patologie irreversibili, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili" possano essere ricomprese anche le malattie mentali.

Un grado di analogia tra sofferenza fisica e psichica è stato già percorso, va detto, dalla Corte Costituzionale, allorquando (sentenza n. 99 del 2019) ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 47-ter, comma 1-ter o.p., nella parte in cui non consentiva che la detenzione domiciliare umanitaria fosse disposta anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta, evidenziando che "la malattia psichica è fonte di sofferenze non meno della malattia fisica", e che "il diritto fondamentale alla salute ex art. 32 Cost., di cui ogni persona è titolare, deve intendersi come comprensivo non solo della salute fisica, ma anche della salute psichica, alla quale l'ordinamento è tenuto ad apprestare un identico grado di tutela".

Naturalmente, alla complessità della tematica affrontata dalla Suprema Corte dal 2018 al 2025 (e non, va ribadito, dal legislatore italiano), si aggiungono ulteriori difficoltà relative alla definizione di "malattia irreversibile" a riguardo delle malattie mentali; ma non

solamente, come si vedrà più oltre. Così, vengono chiamate in causa, contemporaneamente, le dimensioni etica, giuridica e psichiatrico-clinica, in stretto collegamento con il tema della libertà individuale, sollecitando a una riflessione profonda e drammatica sul vero significato della autodeterminazione e sulla sua effettiva praticabilità nei contesti di malattia psichica. E, comincio a dire, sulla reale attitudine degli operatori della salute mentale a renderla realmente e genuinamente esigibile dalle persone assistite. L'interrogativo di fondo concerne la possibilità – e i limiti – del riconoscimento della capacità di assumere decisioni libere e consapevoli in presenza di disturbi mentali severi, e ciò si rispecchia, in un gioco di riflessi prismatici, nelle fondamentali epistemologiche della professione psichiatrica: tra i due estremi di una visione paternalistica e poco disposta a riconoscere una reale autodeterminazione e, all'opposto, del disimpegno in nome di un generico e radicale diritto alla libertà, lasciando alla persona malata una non altrimenti regolata possibilità di scegliere e di decidere. Naturalmente, ambedue le posizioni si organizzano su un piano auto-difensivo, attraverso una fondamentale rigidità o, all'opposto, un distacco, nei fatti, dove, alla fine, non vengono riconosciuti né spazi di competenza decisionale né, all'inverso, fisiologici e oggettivi limiti. Potremmo definirle posizioni di sostanziale deresponsabilizzazione di fronte all'individuo malato e ai suoi diritti personalissimi. Il prisma, riflettente, definisce però diversi gradi di coercizione-libertà nell'ambito dei quali questo discorso si muove ed è ricompreso.

Così, diviene necessario caricarsi di una responsabilità etica e clinica insieme, e partire dall'assunto del teorico riconoscimento obbligato, direi un assunto di base, di una capacità decisionale disponibile a tutte le persone sofferenti di disturbi mentali (o, per lo meno, la considerazione dell'impossibilità del ragionamento *a contrariis*, la non sostenibilità della sua negazione a priori). Il punto sarà, allora, la corretta valutazione, in ogni momento necessario, di questa possibile capacità, senza

cadere né nel paternalismo medico né nella negazione apodittica di diritti fondamentali. Nella prospettiva di questi ultimi, la libertà di autodeterminazione costituisce un principio irrinunciabile, intimamente connesso al concetto di dignità umana e profondamente radicato nel principio personalistico alla base del nostro ordinamento. Essa trova riconoscimento nel diritto costituzionale italiano e nella giurisprudenza europea come espressione del diritto all'identità, all'integrità psichica e alla libera costruzione del proprio progetto di vita, anche quando ciò comporti, in teoria, la scelta di porvi termine. Nel campo della salute mentale, però, il riconoscimento di tale libertà incontra una ulteriore tensione intrinseca: la presenza di un disturbo psichico viene comunemente considerata condizione che rende poco o punto valida la capacità decisionale del soggetto, in specie nelle situazioni più complesse dal punto di vista clinico. Tale impostazione, se accolta in modo generalizzato, finisce per tradursi in una vera e propria discriminazione fondativa (morale), con conseguente delegittimazione a priori della voce della persona con sofferenza mentale.

In un recente, breve, ma denso e deciso intervento sul tema a cura di numerosi e autorevoli colleghi si sostiene, sintetizzando, che la (corretta) psichiatria debba eliminare, in radice, la possibilità che, in caso di depressione grave, la persona possa volontariamente morire attraverso un lecito aiuto al suicidio (De Girolamo, 2025). Dico in modo diverso: la persona gravemente depressa non deve (può) potere esigere il diritto che oggi è riconosciuto dalla Corte Costituzionale alle persone con gravi e irreversibili patologie. Le ragioni addotte (oltre alla lettera delle sentenze nel merito della medesima Corte) possono essere inserite nelle dimensioni clinica, scientifica, etica, medico-legale e culturale-simbolica. Se le argomentazioni etiche appaiono deboli e frettolose (il principio etico di Non maleficenza, richiamato con ragione dimostrativa-ostativa, è un principio di palese consistenza che non può dimenticare – come in realtà avvenuto – quello più recente, e ancor più consistente, dell'Autonomia; stesso discorso, di ovvietà e carenza

operativa, per quello di Beneficialità, anch'esso richiamato dagli autori), non appare comunque necessario approfondire punto per punto il dipanarsi dei ragionamenti espressi né scendere in una discussione specialistica su "bio-marcatori o test predittivi" (ancora De Girolamo, 2025). Il punto realmente importante è: concepisco, o non concepisco, che possa essere possibile che una persona con disturbo mentale grave possa avere un grado di competenza decisionale *nonostante* la malattia medesima, in momento dato. Se non concepisco questa ipotesi, resto alla definizione organico-biologica dei disturbi mentali e metto in secondo piano il grande fascio dei diritti individuali che innervano la concezione moderna di persona; se la concepisco, dovrò poi affrontare il mare complesso e infido del riconoscimento (nei due significati di affidamento e di valutazione) di spazi realmente autonomi alla persona sofferente. La considererò, quindi, una persona il cui limite all'agire (la non capacità) sarà da dimostrarsi, nel caso, momento per momento, e con particolare attenzione di fronte a decisioni di particolare complessità o gravità. Sorprende, nel breve articolo, la facilità con la quale invece si chiude il discorso alla possibilità che un depresso grave almeno acceda a un giudizio sulla propria capacità a prendere una decisione libera, nonostante la malattia. Si tratta, quindi, molto prima dell'insieme delle discussioni cliniche e psicopatologiche, di posizionamenti etici e di (eventualmente non) rispetto del principio personalistico che qualifica l'insieme dei diritti individuali delle persone.

Più praticamente, da un punto di vista psichiatrico e giuridico, è necessario distinguere la *diagnosi di disturbo mentale* dalla *valutazione della capacità di decisione e di autodeterminazione*. La prima riguarda la presenza di un quadro clinico classificabile secondo criteri nosografici; la seconda concerne la capacità di sviluppare un percorso decisionale che comprenda l'autonoma valutazione delle opzioni possibili e alternative e le conseguenze di questa decisione, di esprimere una volontà stabile e coerente, e di motivarla in modo autonomo rispetto a condizionamenti interni o esterni. Non vi è, e su questo c'è sicuro

accordo, una corrispondenza automatica fra malattia mentale e incapacità: esistono individui affetti da patologie psichiatriche anche gravi che mantengono intatte, in determinati momenti del loro percorso, le competenze decisionali fondamentali. Negare tale possibilità (ripeto: semplicemente di esistenza) equivarrebbe a una forma di espropriazione simbolica della soggettività, contraria ai principi di equità e di rispetto dei diritti fondamentali.

Per altro, il comunicato stampa che accompagna la più recente sentenza della Corte Costituzionale sul suicidio assistito (n. 66 del 2025) richiama al «significativo margine di discrezionalità [...] nel bilanciamento tra il dovere di tutela della vita umana, discendente dall'art. 2 Cost., e il principio dell'autonomia del paziente nelle decisioni che coinvolgono il proprio corpo, *e che è a sua volta un aspetto del più generale diritto al libero sviluppo della propria persona*» (il corsivo è nostro). Se poi, certamente, è ruolo e interesse dello Stato proteggere i suoi cittadini, «contrastare derive sociali o culturali che inducano le persone malate a scelte suicide, quando invece ben potrebbero trovare ragioni per continuare a vivere, ove fossero adeguatamente sostenute dalle rispettive reti familiari e sociali, oltre che dalle istituzioni pubbliche nel loro complesso», è però lo stesso ordinamento giuridico italiano, pur riconoscendo la necessità di tutelare le persone vulnerabili, a non sancire l'incapacità per categoria, ma subordinandola, in un sistema di garanzie, a una valutazione individuale e contestuale delle facoltà decisionali. Anche la sentenza n. 242 del 2019 della Corte Costituzionale, nel delineare le condizioni di non punibilità per l'aiuto al suicidio, ha posto come elemento essenziale la "capacità di prendere decisioni libere e consapevoli", senza esplicitamente escludere, *espressamente e a priori*, le persone affette da patologie psichiche. Sarebbe dunque, per pura (ancora) teoria, compito della valutazione medico-legale e psichiatrica stabilire se, in ciascun caso concreto, la richiesta di morte possa essere espressione di un atto autenticamente deliberato o, al contrario, il prodotto di un processo patologico che sta radicalmente

compromettendo la libertà di scelta della persona.

Infine, negare in automatico la capacità decisionale a chi soffre di disturbi mentali (gravi) significherebbe non solamente andar contro a già note evidenze (Calcedo-Barba, 2020), ma soprattutto confermare lo stigma radicato che vede nella malattia psichica non solo un problema funzionale, ma una condizione di inferiorità morale, e infine civile. Tutto ciò sarebbe in abbagliante contrasto con i principi convenzionali internazionali sui diritti delle persone con disabilità, che impongono il diritto all'uguaglianza giuridica e alla partecipazione piena alle scelte che riguardano la propria vita. L'inclusione di tali principi nel dibattito sul suicidio assistito non è quindi solo un dovere etico, ma anche un obbligo giuridico di coerenza sistematica.

Per altro, recentissimi arresti giurisprudenziali vanno nella direzione di considerare l'atto suicidario portato a termine da un malato psichico come un atto volontario il quale, proprio per la dimensione della volontarietà (della autodeterminazione esercitata), arriva a limitare il perimetro della responsabilità penale dei curanti pur nell'ambito dell'analisi approfondita della situazione concreta di realizzazione dell'evento (Corte d'Appello civile di Venezia, sentenza n. 2579 del 18 luglio 2025).

Sebbene l'ottica con la quale si affronta qui la problematica dell'aiuto possibile al suicidio di persona affetta da disturbo mentale grave sia del tutto teorica, seppure basata nel campo etico-giuridico della morale, della dimensione dei diritti individuali e della cornice per il loro riconoscimento ("ad ogni modo, qualunque possa essere la valutazione morale della liceità o illiceità del suicidio assistito, va considerato che discorso morale e discorso giuridico non devono né necessariamente coincidere né essere radicalmente separati" - CNB, 2019), una piccola digressione geografica appare di certo interesse. e usciamo dal nostro paese, in un breve e assolutamente non esaustivo percorso esplorativo, detto di paesi dove non è una opzione l'aiuto a suicidio in caso di malattie mentali (Spagna, Francia, Regno Unito, Australia), le

esperienze dei Paesi Bassi, del Belgio e del Lussemburgo offrono invece un modello di riferimento, pur non privo di criticità. In tali ordinamenti, il suicidio medicalmente assistito è ammesso anche in presenza di disturbi psichiatrici, a condizione che la richiesta provenga da un soggetto pienamente capace e che la sofferenza sia ritenuta insopportabile e senza prospettive di miglioramento. Le procedure previste includono un esame approfondito della capacità di giudizio, la verifica della persistenza della volontà nel tempo e la valutazione indipendente di almeno due medici, di cui uno psichiatra. L'esperienza olandese, in particolare, ha poi mostrato come, nella pratica, la decisione di accogliere una richiesta di morte assistita nell'ambito di una patologia psichiatrica venga autorizzata solo in un numero limitatissimo di casi, a fronte di un iter complesso e di un controllo istituzionale molto rigoroso. Ciò testimonia che l'apertura al riconoscimento della libertà decisionale non comporta un indebolimento della tutela, ma al contrario, la necessità di affinare gli strumenti di valutazione e di procedere con grande rigore e attenzione. L'associazione elvetica Exit, nota ormai alle cronache nostrane, prevede delle condizioni rigide: due perizie indipendenti e il parere positivo della Commissione etica. Se la questione legata alla capacità di intendere e volere e quindi di operare una scelta consapevole non può essere chiarita in modo netto, la richiesta è rifiutata. Anche il Canada, attraverso la recente estensione del Medical Assistance in Dying (MAiD) alle condizioni psichiatriche resistenti (seppure a oggi ancora non attivo), ha introdotto un sistema di garanzie centrato sulla capacità decisionale e sull'esame dettagliato della storia clinica, della stabilità della richiesta e della non trattabilità del disturbo. L'esperienza comparata mostra dunque una tendenza a non escludere in modo aprioristico le persone con disturbi mentali dal diritto di autodeterminazione in materia di fine vita, ma piuttosto a definire percorsi valutativi più complessi, fondati su competenze interdisciplinari e su una forte responsabilità professionale.

La recentissima morte volontaria di Siska De Ruyscher, 26 anni, fiamminga, al di là dei convincimenti personali, lancia drammaticamente un ulteriore monito circa la necessità e l'importanza di questo complesso confronto. Che dovrebbe ovviamente essere condotto in modo laico, informato e scevro da condizionamenti ideologici. In questo senso, sempre nell'ambito dei disturbi mentali gravi, un recente lavoro ha identificato 60 pazienti affetti da disturbi alimentari che avevano avuto accesso alla morte assistita tra il 2012 e il 2024. In 19 dei casi esaminati erano disponibili le descrizioni dettagliate che avevano poi permesso l'analisi delle giustificazioni cliniche. Queste ultime hanno dimostrato le condizioni terminali, incurabili e/o non trattabili e una capacità decisionale adeguata per prendere una decisione di fine vita. Ma i risultati della revisione sistematica sottolineavano anche aspetti carenti: in molti casi, le motivazioni medico-cliniche utilizzate per affermare la capacità decisionale conforme agli standard individuati parevano lacunose relativamente all'assenza di strumenti standardizzati, a possibili limiti di affidabilità e al problema della sussistente malnutrizione (Roff, 2024). Nessuno, quindi, nasconde le enormi difficoltà di questo ordine di ragionamenti.

Tornando agli arresti della Suprema Corte nel merito dell'argomento (sentenze Corte Costituzionale n. 249 del 2019, n. 135 del 2024, n. 66 del 2025), se è vero che la linea adottata è caratterizzata da un estremo rigore, privilegiando la tutela della vita e la protezione delle persone vulnerabili rispetto a possibili estensioni interpretative che potrebbero aprire "varchi pericolosi nell'ordinamento penale" (Massaro, 2025), è vero anche che vi sono altri elementi che possono richiamare alla teorica ricomprensione della malattia psichica grave nelle condizioni di non punibilità dell'aiuto al suicidio.

La estensione del concetto di "sostegno vitale" precisato dalla sentenza n. 135 del 2024, che non ricomprende solamente la ventilazione, la alimentazione e la idratazione artificiali, ma anche tutte le procedure sanitarie necessarie ad assicurare funzioni vitali del paziente la cui omissione o

interruzione determinerebbero prevedibilmente la morte in breve tempo, potrebbe teoricamente includere anche trattamenti farmacologici psichiatrici essenziali per la sopravvivenza, come confermato dalla Corte d'Assise d'Appello di Genova con sentenza n. 1 del 2021, che ha stabilito che "il concetto di 'trattamento di sostegno vitale' non si limita alla dipendenza da macchinari gestiti da personale medico, ma ricomprende anche i trattamenti farmacologici essenziali per la sopravvivenza del paziente, la cui interruzione determinerebbe l'innescare di un processo irreversibile conducente alla morte". Inferenza per lo meno ardita, certamente, ma che ben si ricollegerebbe alla "pretesa" della psichiatria quando, talvolta, esercita il monopolio dei suoi inquadramenti e delle sue cure (sia che funzionino sia che non) nell'esistenza del paziente con disturbo mentale. In secondo luogo, come scritto nel Parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 2019 prima ricordato, "rileva osservare che la Corte Costituzionale nell'ordinanza in questione [n. 207 del 2018] fa un accostamento tra il rifiuto al trattamento sanitario in forza della L. 219/2017 e l'assistenza al suicidio medicalizzato, al fine di giustificare per alcuni casi la legittimità di quest'ultima". Come noto, la L. 219/2017 interviene sugli ambiti applicativi della volontà, quando valida e libera, dell'individuo in relazione a quanto concerne la sua salute e i trattamenti ai quali acconsente, o non acconsente, di sottomettersi.

Così, finirebbero per apparire vere e proprie "norme di sbarramento" le posizioni che definiscono sempre le persone affette da disturbi mentali gravi come *non competenti* rispetto alla possibile richiesta di aiuto a morire. Le motivazioni (extra ordinamentali) di insormontabili limiti al riconoscimento di questa autodeterminazione assumono, così, coloriture etico-morali, nella inevitabile debolezza delle motivazioni cliniche e psicopatologiche, intrappolando la persona tra pretese onnipotenti delle capacità delle cure psichiatriche che potrebbero, alla fine, modificare sempre le condizioni cliniche della persona medesima (in miglioramento, si suppone) e asserzioni

di impotenza riconoscendo di non poterla mettere nelle condizioni di essere banalmente capace di scegliere cosa è meglio e cosa è peggio per lei.

Si è quindi creduto di dovere spostare molto più a monte il punto del (primo) giudizio nel merito: la disponibilità a riconoscere, sul piano teorico, la possibile esistenza di ambiti di *decision-making capacity* nelle persone con disturbi mentali gravi. Per noi, l'assunto di partenza è questa (già detto: teorica) esistenza. Da questa posizione saremmo quindi chiamati a dimostrare, nel caso e a garanzia dei diritti multipli alla dignità e alla protezione della persona, istante per istante la sua non sussistenza. Dimostrazione che non si può esaurire nella definizione e nell'inquadramento psicopatologico del paziente, ma che deve comprendere un attento esame delle sue attuali capacità di "*understanding, appreciation, reasoning, expressing a choice*": così inquadrando la persona e le sue funzioni relative alla capacità di comprendere le informazioni rilevanti sulla condizione clinica e sulle diverse ipotesi terapeutiche, la capacità di riconoscere come tali informazioni si applicano alla propria situazione personale, la capacità di valutare logicamente le opzioni possibili comparando rischi e benefici e, infine, la capacità di comunicare una decisione stabile e coerente nel tempo (Appelbaum, 1988; Grisso, 1997).

Difficile, impossibile? Potrebbe essere. Ma sicuramente lo sbarramento apodittico della non considerazione di tutto questo come per lo meno possibile, e alla fine obbligato almeno come valutazione, non considera le dimensioni etiche e giuridiche in campo, arrivando, e ci ripetiamo, alla cruda consistenza di giudizio morale.

L'analisi delle richieste di aiuto al suicidio da parte di persone affette da disturbi mentali gravi imporrebbe un equilibrio difficile, ma forse imprescindibile, tra tutela e rispetto dell'autonomia e protezione della persona malata (e quindi anche delle sue scelte). Il riconoscimento di gradi di libertà decisionale, anche nel contesto della malattia psichica, non implicherebbe l'abbandono terapeutico né la rinuncia alla cura; al contrario, rappresenterebbe la condi-

zione necessaria per un approccio realmente umanizzante e non discriminatorio. Solo una valutazione rigorosa, individualizzata e rispettosa della complessità soggettiva può evitare che la protezione si trasformi in esclusione e che la (pretesa) tutela si traduca, paradossalmente, in nuove forme di negazione dei diritti fondamentali.

Verso la conclusione, il significato di queste considerazioni riposa esclusivamente in una sollecitazione alla necessità di approfondire e allargare i termini del dibattito per dar seguito ai principi personalistici che reggono l'attuale ordinamento, e che potrebbero imporre valutazioni concrete, caso per caso, momento per momento, a coniugare lo stato clinico, gli elementi prognostici, la volontà (nel caso libera o meno) del paziente, naturalmente attraverso percorsi codificati di valutazione multiprofessionale e multidisciplinare; conservare un principio, dargli valore, senza per altro *pre-porre* la volontà di arrivare a un risultato che, a priori, possa apparire o essere considerato auspicabile. R., e la sua storia, continua a risuonare nei cuori e nelle menti che vogliono ascoltare. L'approccio valutativo dovrebbe quindi essere multidimensionale, attento sia ai fattori clinici sia a quelli esistenziali e relazionali. Il disturbo mentale non deve essere considerato un marchio di incapacità, ma una ragione di maggiore prudenza e profondità d'analisi. Una valutazione competente e non stigmatizzante deve saper distinguere tra la sofferenza psichica come manifestazione di una patologia suscettibile di trattamento e la sofferenza esistenziale che persiste nonostante ogni intervento terapeutico appropriato, configurandosi come irreversibile e fonte di un dolore soggettivamente intollerabile. Solo in tale prospettiva è possibile rispettare la dignità e l'autenticità della persona senza cedere né all'automatismo paternalistico né all'indifferenza giuridica.

In conclusione: R., seguita dal CPS, e lì sicuramente valutata e curata per quanto possibile, avrebbe dovuto avere, nella situazione (ancora) ipotetica fino a questo punto delineata, la possibilità di un accurato percorso valutativo a definire la sua capacità di scegliere, che a

---

sua volta sarebbe potuta risultare non significativamente diminuita a causa del disturbo psichico (in questo caso, secondario), dove il suo dolore, forse, era presente da troppo tempo e verosimilmente non limitabile da alcun intervento terapeutico e per lei intollerabile. E, infine, incontrare la sua volontà di essere aiutata a porre fine, per queste ragioni, alla propria vita. Sappiamo che è tutto, oggi, un forse; ma no, noi vorremmo che nessuno mai dovesse essere costretto (da altri da lui) a rimanere nella sua personale “condizione infernale”. Anche se malato psichiatrico. Anche a fronte del peso poco o nulla commisurabile della responsabilità che, come sanitari (e seppure non da soli) saremmo chiamati ad affrontare. E ancora no, non si tratterebbe di essere “facilitatori di morte”, o quelli che si prestano a “addirittura procurare la morte” (sic) come sorprendentemente si sostiene nell’articolo più sopra richiamato.

La collega che ha conosciuto R. negli ultimi mesi della sua vita, e ne ha narrata la storia e la fine, al termine del racconto scrive: “*cosa di più o di diverso avremmo potuto fare [...] Fare cosa? In quale direzione?*”. È ora di cercare una direzione, nel rispetto delle persone sofferenti, dei loro (personali) desideri e delle loro opinioni.

Osiamo chiudere con la frase di un semplice (grande) attore: «*L’assistenza al suicidio è la cosa più logica e naturale che esista. A una certa età e in un certo momento della vita, abbiamo il diritto di lasciare questo mondo tranquillamente, senza ospedali né apparecchiature*». (Alain Delon)

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

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

#### CORRISPONDENZA

*antonio.amatulli@asst-brianza.it*

## BIBLIOGRAFIA

1. De Girolamo G., Angelozzi A., Atti A.R., Barbui C., Bellani M., Bersani G., Biondi M., Brambilla P., Brocca R., Clerici M., Di Diodoro D., Ducci G., Durbano F., Fabbri C., Fagiolini A., Ghio L., Iannitelli A., Martini S., Monzani E., Nicolò G., Politi P., Preti A., Ridolfi M.E., Sambataro F., Saviotti F.M., Tondo L., Serretti A., Vita A., De Ronchi D.: *Il suicidio assistito per pazienti con depressione grave. Un'opzione inaccettabile che gli psichiatri devono combattere fermamente*. Rivista di psichiatria (2025); 60: 88-91
2. Calcedo-Barba A., Fructuoso A., Martinez-Raga J., Paz S., Sánchez de Carmona M. and Vicens E.: *A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare*, BMC Psychiatry (2020); 20:339
3. Comitato Nazionale di Bioetica: *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, Parere 18 luglio 2019
4. Roff C., Cook-Cottone C.: *Assisted death in eating disorders: a systematic review of cases and clinical rationales*. Front. Psychiatry (2024), 15
5. Massaro A.: *Il nuovo disegno di legge in materia di suicidio medicalmente assistito: come può uno scoglio arginare il mare?* Giurisprudenza penale Web (2025); 7-8
6. Appelbaum P.S., Grisso T.: *Assessing patients' capacities to consent to treatment*. N. Engl. J. Med. (1998); 319:1635-1638
7. Grisso T., Appelbaum P.S., Hill-Fotouhi C.: *The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions*. Psychiatric Services (1997); 48:1415-1419

Alberto Giannelli è mancato il giorno 9 dicembre 2025, Fondatore e Direttore di questa rivista, è stato la mente ed il cuore di un percorso di riflessione che prosegue da quando ho avuto l'onore di dare continuità al suo progetto.

Di seguito un pensiero di Claudio Mencacci.

*“ Ti porto con me, con noi, Alberto caro. Con dolore, ma soprattutto con affetto e gratitudine per quanto hai saputo condividere con tutti quelli che hanno avuto il privilegio di incontrarti durante questo tratto di vita. Con la profondità dello studioso e la gentilezza dell'uomo hai insegnato che la psichiatria è prima di tutto ascolto.*

*Il tuo pensiero scientifico e umano continuerà come una traccia luminosa ad orientarci. Hai saputo coniugare clinica, ricerca, pensiero, ascolto ricordandoci sempre che la cura nasce dall'incontro tra sapere e persona. Ci lasci un vuoto grande, ma il tuo insegnamento resta, la tua assenza pesa, la tua eredità ci accompagnerà in quel modo misterioso in cui la vita e la memoria continuano ad incontrarsi.”*

Claudio Mencacci



**Ricerca, innovazione  
biotecnologiche e nuovi approcci  
neuropsicofarmacologici nel  
trattamento dei disturbi mentali**



**XXVII CONGRESSO NAZIONALE  
DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI  
NEUROPSICOFARMACOLOGIA**

**CONGRESSO IBRIDO**

**Milano**  
**28-29-30**  
**Gennaio 2026**



# Progettare il futuro: SPDC aperti ad una società in trasformazione.



Bergamo, 15-17 gennaio 2026

Con richiesta di patrocinio di:



## 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 Lombarda  
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

Antonio Magnani

Massimo Rabboni

Simone Vender