PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

AnnoXXXIX • n. 1 • gennaio–giugno 2026 Rivista fondata da A. Giannelli, diretta da G. Cerveri *Semestrale*

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

Johnson&Johnson

SOMMARIO

AnnoXXXIX • n. 1 • gennaio–giugno

IN PRIMO PIANO

4 **Editoriale**
di Migliarese G., Dell'Osso B.

6 **La Psicosi a portata di click: come le nuove droghe online stanno ridisegnando la clinica psichiatrica**
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

12 **Il vissuto degli operatori sanitari: un'osservazione longitudinale e trasversale (a partire dai servizi di salute mentale)**
di Berto E., Manzone M.L., Calvo G., Di Croce E., Marchetti M., Fontò G.

21 **Forgotten children**
Gli effetti della malattia mentale dei genitori sui figli osservati da Assistenti Sociali
di Colavito A., Clerici M.

30 **Quale ontologia per la malattia mentale di oggi e di domani?**
Riflessioni sulla filosofia della psichiatria e sulla psichiatria come scienza
di Delvecchio G., Durbano F.

35 **Continuità di cura e domiciliarità: un'analisi dei progetti della sperimentazione locale sulle Cure Domiciliari in Salute Mentale di ATS Milano Città Metropolitana**
di Ferrari R., Fornoni C., Cauli G., Tosoni F., Arcidiacono E., Salari B., Rolli F.

48 **Comportamenti autolesivi nei giovani con background migratorio di seconda generazione: fattori relazionali e tratti maladattivi di personalità in un campione clinico**
di Pierotti A.P., Atria F., Malvini L., Meliante M., Percudani M.

55 **Politiche sanitarie, modelli di intervento e approcci farmacologici per la dipendenza da Internet nei giovani: una revisione delle evidenze nel contesto italiano**
di Vincenti A.

60 **Assistenza medica al morire nelle patologie psichiatriche: autonomia, capacità decisionale e vulnerabilità**
di Fraticelli C.

70 **Un caso di cronaca nera**
di Grasso F.

74 **Mental Room: valutazione preliminare del loro utilizzo nella prevenzione del ricorso alla contenzione meccanica mei reparti di psichiatria e neuropsichiatria infantile**
di Priori V., Grecchi A., Canevini M.P., Albizzati A., Capone A., Ceppi G., Ferrando E., Maresca G., Mattavelli S., Gobbi L., Panarello S., Modigliani G., D'Agostino A.

81 **Il suicidio assistito del paziente psichiatrico: molte domande, poche certezze**
di Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ

86 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
Il paziente psichiatrico autore di reato
Una survey multicentrica
di Antini G.I., Simonetti M.L., Mielli L., Pace G., Marcelli S., Gatti C., Caucci S., D'Angelo G.

97 CONTRIBUTO AITeRP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
Transizioni, prossimità, evidenze: il Congresso Nazionale AITeRP 2026 e le sfide aperte della riabilitazione psichiatrica italiana
di Carletto M.G.,Casella N, Fossati E., Perillo A., Racioppi L.

103 CONTRIBUTO FAMIGLIE IN RETE OdV ETS COORDINAMENTO NAZIONALE DI ASSOCIAZIONI DI UTENTI E FAMILIARI PER LA SALUTE MENTALE
L'accoglienza del paziente psichiatrico in pronto soccorso
di Gorlani M., Basilici F., Pretto M., Imperatore R., Gori C.

PSICHIATRIA FORENSE

115 **In materia di TSO: il paziente ha diritto alla difesa ma lo pschiatra non rappresenta l'accusa**
di Acciavatti T., Cicolini A.

120 **La salute mentale e i diritti della persona come variabile indipendente: prime considerazioni**
di Amatulli A.

125 **Madri autrici di figlicidio con disturbo psichiatrico: trattamento psicoterapico in REMS**
di Giacco S., Cicolini A.

In copertina: *Snöklockan, Per Åkesson Hasselberg, 1885*
© UFA66 - Own work, CC BY-SA 3.0

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

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (*Lodi*)

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

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

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

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

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

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

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

PSICHIATRIA OGGI

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

Il vissuto degli operatori sanitari: un'osservazione longitudinale e trasversale (a partire dai servizi di salute mentale)

Berto E., Manzone M.L.*, Calvo G.*, §*
Di Croce E., Marchetti M.°, Fontò G.^*

INTRODUZIONE

Negli ultimi vent'anni, il quadro epidemiologico dei pazienti che si rivolgono Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenza è cambiato in modo radicale.

Sino a pochi anni fa, tipicamente la presa in carico riguardava persone adulte con disturbi mentali maggiori, che giungevano ai Servizi spesso dopo un lungo periodo di malattia non trattata. I disturbi del neurosviluppo per lo più uscivano dai percorsi della psichiatria ed era rara la richiesta di interventi psichiatrici per disturbi dell'adattamento. La popolazione giovanile non rappresentava la parte consistente degli accessi, la cronicità era un elemento caratterizzante la maggior parte dei pazienti in carico. Il consenso del paziente non era al centro, l'alleanza di cura era inquadrata secondo un registro psicodinamico più che, come è oggi, sociale – in quanto diritto – e medico legale – in quanto dovere.

Il caregiver era coinvolto con diverse modalità, il criterio di determinante sociale di salute era poco utilizzato nella clinica quotidiana e, infine, la richiesta da parte dei pazienti autori di reato era numericamente irrilevante (Price et al., 2019).

Negli ultimi decenni, la cultura della cura si è trasformata nella cultura della delega, dove si tende a cercare e pretendere dai Servizi soluzioni rapide ed efficaci, spesso a scapito di una comprensione più profonda degli autentici bisogni. Conta «essere aggiustati», nella speranza di sostituire pezzi di sé difettosi e poco performanti.

Tali modifiche epidemiologiche - ben documentate nella letteratura scientifica, sociologica ed economica – hanno importanti ripercussioni sul vissuto degli operatori sanitari, ma raramente ci si sofferma a riflettere su tale tematica che riveste indiscussa importanza. **Le esperienze, i vissuti e le prospettive personali di terapeuta e paziente hanno lo stesso valore e peso.** Non esiste una gerarchia tra i due, ma piuttosto una reciproca influenza e un'interazione dinamica, pur essendoci un'asimmetria fondamentale nei ruoli e nelle responsabilità.

In un contesto socio-culturale caratterizzato da importanti e rapide trasformazioni legate alla digitalizzazione pervasiva, all'incertezza economica, alle crisi ambientali e alle instabilità politiche, è necessario superare la logica della semplificazione e la rigidità dei protocolli per accettare e comprendere la complessità che ha inevitabili ripercussioni sulla relazione di cura e quindi sul vissuto degli operatori sanitari.

IL VISSUTO DEGLI OPERATORI: VISIONE UMANISTICO-ESISTENZIALE

È fondamentale comprendere l'importanza del vissuto degli operatori sanitari all'interno delle *équipes* multidisciplinari, riconoscendone le ripercussioni dirette sull'attività di cura ed è necessario creare uno spazio di approfondimento e confronto che parta dai vissuti specifici degli operatori. L'attuale crisi sociale e il malessere

diffuso non sono solo episodi individuali, ma affondano le radici in una profonda trasformazione antropologica che ridefinisce l'essere umano. Questo cambiamento si propaga oltre la sfera privata, influenzando negativamente le dinamiche familiari, la coesione dei gruppi sociali e il senso di appartenenza delle comunità la funzionalità e la legittimità delle organizzazioni e delle istituzioni.

La sofferenza individuale e il senso di alienazione non possono essere compresi isolatamente, ma sono un riflesso (microcosmico) di una più vasta perdita e alienazione che investe l'intero tessuto sociale. Tutto ciò genera smarrimento esistenziale, sradicamento e incertezza che si ripercuote sugli operatori sanitari.

Il paradigma culturale postmoderno, basato su individualismo, logica della performance e competizione, fluidità identitaria e consumismo, si sta rivelando inefficace nel promuovere un autentico benessere (evidenziato dal crescente malessere nelle nuove generazioni).

È un imperativo etico e sociale intraprendere la ricerca di una direzione alternativa per definire un nuovo orizzonte di senso più autentico, efficace e sostenibile, in grado di supportare anche gli operatori sanitari.

L'efficacia degli interventi richiede una prospettiva di comprensione olistica e multidimensionale, capace di cogliere l'intricato intreccio tra il mondo interno del soggetto e il contesto socioculturale in cui è immerso (Fontò G., 2025).

L'arte della cura e la qualità della presenza

L'arte della cura non implica nuove tecniche, ma il **recupero dell'essenza dell'atto di cura** attraverso la "rianimazione" delle competenze relazionali e una rinnovata visione della cura.

È centrale coltivare una capacità di ascolto autentico e in risonanza profonda con l'esperienza dell'altro, finalizzata a riconoscere, contattare, regolare e trasformare il malessere.

È necessario recuperare una psichiatria e psicoterapia attente ai significati e all'interiorità del paziente, **resistendo ai riduzionismi e alla velocità della diagnostica moderna**.

La comprensione e gestione del sintomo richiedono competenza razionale, ma soprattutto sensibilità intuitiva e relazionale per cui è necessario considerare la qualità della presenza. Importanza assoluta è assegnata alle emozioni del terapeuta stesso come parte integrante e cruciale del processo di cura e dell'esito della stessa: la cura, per sua natura, sfugge al "*logos scientifico*", coinvolgendo aspetti emotivi, relazionali e spirituali che vanno oltre la razionalità, includendo sia chi offre sia chi riceve.

La cura (intesa come attenzione e dedizione) è un pilastro fondamentale dell'esistenza umana. È nell'atto di prendersi cura che l'essere umano scopre un significato più profondo e un senso di connessione. È un atteggiamento interpersonale che si manifesta tramite comprensione, attenzione, rispetto, empatia e ascolto. È una speciale arte dell'interpretazione, l'abilità di comprendere i significati nascosti dietro parole e comportamenti, cercando il senso più profondo e costruendo un dialogo continuo.

La cultura dominante ha escluso concetti fondamentali come il limite, l'ombra, la vulnerabilità e il sentimento del tragico, portando alla patologizzazione di queste esperienze umane e la sofferenza viene vissuta esclusivamente come un malfunzionamento da aggiustare. In questo contesto, il primo passo autentico della cura è aiutare le persone e gli operatori sanitari a riconoscere e accettare i limiti intrinseci all'esperienza umana.

La presenza nella cura

La riflessione sul vissuto degli operatori sanitari non può trascurare il concetto di "*presenza*", un pilastro fondamentale, specialmente nei servizi di salute mentale, dove la cura si fonda sull'incontro autentico tra terapeuta e paziente; questo comporta una sovrapposizione tra identità personale e identità di ruolo (non è un mero esecutore di tecniche, ma un essere umano che interagisce con un altro essere umano).

La presenza trascende la semplice esistenza fisica, implicando una consapevolezza profonda e attiva del proprio essere nel mondo: è un'attenzione vigile, senza

giudizio, un'esperienza soggettiva, unica che connette con la propria storia, valori e identità autentica.

Nell'esercizio della professione, ogni operatore coinvolge la propria identità nella sua interezza (esperienze, valori, emozioni, sentimenti) e non solo le competenze professionali. La consapevolezza di sé è imprescindibile: consente di gestire costruttivamente le proprie emozioni, evitare proiezioni/identificazioni inappropriate e stabilire una relazione autentica (Fontò G., 2025).

IL VISSUTO DEGLI OPERATORI: PROSPETTIVA PSICODINAMICA

Lavorare in un servizio di salute mentale non significa solo somministrare terapie o monitorare sintomi; comporta immergersi in un mare di soggettività dove il confine tra "curante" e "curato" è costantemente attraversato da correnti emotive invisibili. "*Quando due personalità si incontrano, si crea una tempesta emotiva. (...) visto che si sono effettivamente incontrate e che la tempesta emotiva si è verificata, le due parti in gioco possono decidere di* ***cavarsela alla meno peggio*** *nel loro brutto affare (making the best of a bad job).*" (Bion, 1970)

Transfert e controtransfert

Al centro di questo scambio risiedono due concetti cardine della psicoanalisi, oggi più che mai attuali nella pratica clinica quotidiana: il **transfert** [1] e il **controtransfert**.

Il paziente che entra in un servizio non porta con sé solo il proprio disagio, ma un intero mondo relazionale: proietta sull'operatore (psichiatra, psicologo, infermiere o educatore) sentimenti, aspettative e conflitti vissuti originariamente con le figure significative del proprio passato.

L'operatore diventa così, di volta in volta, un padre autoritario da sfidare, una madre accudente da cui dipendere totalmente o un persecutore da cui difendersi. Queste proiezioni permettono la messa in scena, nel presente, della sofferenza del paziente all'interno della relazione.

Parafrasando Sigmund Freud, il transfert da ostacolo diviene una potente risorsa per conoscere e vivere insieme al paziente la sua storia nel qui ed ora della relazione e in tal modo co-costruire nuovi significati e riletture del passato.

La forza dei processi transferali per essere governata va gestita all'interno di contenitori che attivano trasformazioni narrative: il contenitore istituzionale e quello umano. Il primo si caratterizza per gli aspetti di controllo, neutralità, rigore delle procedure. Il secondo è pensato per accogliere, ascoltare, gestire e soprattutto restituire al paziente, in una forma più tollerabile, i contenuti che ha proiettato (paure, ansie o traumi).

Si delinea un modello di intervento che richiama quello "contenitore-contenuto" elaborato da Bion (Bion W.R.; 1962) che si basa sull'identificazione proiettiva. Il contenitore non solo elabora il contenuto, ma trasmette anche la propria capacità di rielaborazione.

Se il transfert è l'onda che investe il curante, il controtransfert è la risposta emotiva, conscia e inconscia, dell'operatore a quell'onda, influenzata dalle proprie esperienze personali, dalla storia individuale e dalla propria personalità.

Per anni considerato un ostacolo alla "neutralità", oggi il controtransfert è riconosciuto come uno fra gli strumenti diagnostici e terapeutici più preziosi.

La gestione del controtransfert richiede consapevolezza da parte dell'operatore, che deve riconoscere le proprie emozioni, distinguere quelle legate al paziente da quelle personali e utilizzarle in modo critico per guidare il processo terapeutico. Ripensando Jung: ogni incontro è un incontro con sé stessi e pochi sembrano accorgersi che gli altri sono loro (Jung C.G.; 1977).

Abitare il controtransfert è un compito faticoso. A volte significa sentire sulla propria pelle l'impotenza che mina l'autostima, in altri casi la rabbia o l'irritazione di fronte a comportamenti manipolatori e/o oppositivi,

1. *"Il transfert viene sempre più concepito come una potente mobilitazione di fantasie, energie, e pensieri messi in atto dall'incontro di una persona sofferente con un'altra, che si ritiene competente per alleviare e rendere più "umana" quella sofferenza."* A. Correale

con il rischio (se non riconosciuti) di attivare risposte punitive e/o distanzianti. In altre occasioni ancora, una eccessiva identificazione e perdita di distanza, dove il dolore del paziente risuona eccessivamente nell'operatore, che si sente schiacciato, paralizzato.

Capacità negativa e spazio all'inedito

L'attenzione ai vissuti degli operatori è spesso il "nervo scoperto" dei servizi. Chi cura è costantemente esposto alla frammentazione, all'angoscia di morte e alla disperazione dell'altro. Se queste emozioni non trovano una mente, individuale e gruppale, per essere elaborate, il rischio è la "scissione": l'operatore diventa freddo, burocratico reagendo frettolosamente e/o ricorrendo con illusoria aspettativa risolutoria alle procedure per proteggersi dall'impatto emotivo.

La cura autentica nasce invece dalla capacità dell'operatore di restare "poroso" ma integro. Sentire la noia, la paura o il desiderio di fuga durante un colloquio non è un segno di scarsa professionalità, ma un'informazione preziosa su ciò che sta accadendo nella mente del paziente. Perché il controtransfert rimanga uno strumento e non diventi un peso che occlude, i servizi devono garantire spazi di supervisione e di *équipe*. Solo il gruppo può contenere ciò che il singolo operatore non riesce a digerire da solo. Condividere il "sentire" trasforma la reazione istintiva in pensiero clinico.

Per muoversi con consapevolezza tra le dinamiche di transfert e controtransfert, l'operatore deve attingere a quella che **Bion** definì – mutuando l'espressione dal poeta romantico **John Keat**s – la "**Capacità Negativa**". Keats, in una lettera del 1817, la descriveva come l'attitudine di un uomo capace di stare "*nell'incertezza, nel mistero, nel dubbio, senza l'impaziente ricerca di fatti e ragioni*". Bion trasporta questa intuizione nella cura della salute mentale, trasformandola in un pilastro del posizionamento clinico.

Spesso, l'operatore, investito dalle proiezioni del paziente (transfert) e travolto dalle proprie risposte emotive (controtransfert), sente l'urgenza di agire, diagnosticare o risolvere immediatamente.

Esercitare la capacità negativa significa **tollerare il non-sapere**: rimanere sospesi nel caos del paziente senza rifugiarsi subito in una categoria clinica o in una rassicurazione vuota. **Fare spazio all'inedito**: permettere ai vissuti profondi di emergere senza saturarli con spiegazioni precostituite. **Resistere alla pressione**: non reagire impulsivamente alle provocazioni del paziente, ma "tenere" il dolore e l'angoscia finché non diventano pensabili.

Se il controtransfert ci dice *cosa* stiamo provando, la capacità negativa ci permette di ***restare*** **in quel sentire senza scappare**. In questo silenzio attivo, l'operatore delinea lo spazio mentale affinché il paziente possa vedersi riflesso in una mente che non ha paura del suo buio, permettendo al servizio di costituirsi come **contenitore attivo**.

Questo lavoro metabolico è la parte più invisibile e logorante della cura. Qui risiede l'importanza del gruppo di lavoro: l'*équipe* funge da apparato per pensare comune, aiutando il singolo a digerire ciò che è troppo pesante per una mente sola.

Supervisione

Il gruppo richiede attenzione e cura attraverso la possibilità di sperimentare contenitori significanti come ad esempio le supervisioni, in quanto può essere pervaso da irrazionalità ed emozioni che lo spingono verso la messa in atto invece che verso la pensabilità. La grande fatica nel gestire le scorie prodotte dalla relazione con pazienti estremamente sofferenti può sollecitare nell'*équipe* difese che si manifestano con gli "assunti di base", ovvero gli operatori si muovono all'interno di una dimensione psichica collettiva in cui il gruppo agisce in modo **irrazionale e impulsivo**, guidato da fantasie inconsce e difese primitive (Bion W. R. ; 1961).

La qualità di un servizio di salute mentale non risiede solo nell'efficacia dei trattamenti, ma anche nella solidità del "contenitore" psichico offerto dagli

operatori. La cura che, come afferma Giulio Fontò "definisce la nostra identità e ci rende ciò che siamo" (Fontò; 2021) comporta sentire il controtransfert, accettando che le emozioni esperite – dalla paura all'impotenza – siano lo strumento diagnostico più prezioso per comprendere il mondo interno del paziente ed esercitare la capacità negativa, abitando il caos e l'ignoto e resistendo alla tentazione di saturare il campo con risposte frettolose che servirebbero solo a rassicurare chi cura.

L'operatore non è dunque un esperto impersonale, ma un **catalizzatore di significato**. In questo scambio profondo fra "curante" e "curato", e fra colleghi di uno stesso contesto lavorativo, la sofferenza smette di essere un peso muto e diventa una **narrazione possibile**, permettendo al paziente di riappropriarsi della propria storia e alla relazione di cura di diventare un autentico luogo di rinascita.

IL VISSUTO DEGLI OPERATORI NELLA GESTIONE DELLE ACUZIE

Spesso ci imbattiamo in interventi di operatori sanitari in cui sono esposti vissuti per lo più negativi: qui ci prefiggiamo un'analisi delle criticità a partire da un'osservazione ampia anche del contesto, ma allo stesso tempo metteremo in risalto egli elementi positivi e risorse che, come scrive Milone, ci fanno dire "*Si può e si deve curare. Bisogna tenere alte le aspettative e le speranze. I risultati ci sono.*" (Milone P.; 2025).

Criticità

Una riflessione sul vissuto degli operatori chiamati a gestire quadri clinici caratterizzati da sintomatologia di fase acuta non può non tener conto dell'**attuale crisi del sistema sanitario nazionale**, con l'ingente numero di operatori che hanno lasciato il servizio sanitario pubblico. Questo elemento può essere letto sia come causa che come conseguenza di un vissuto globalmente critico degli operatori chiamati a gestire il paziente in situazioni di acuzie.

La scarsità di risorse, unitamente all'aumento della domanda, implicano - quasi costantemente - il **lavorare con tempi ristretti** e questo determina ansia, preoccupazione, sconforto e frustrazione negli operatori che constatano che il paziente con il suo bisogni di cura è sempre meno al centro. Ad aggravare tali vissuti, oltre alla gravità e alla gravosità del quadro clinico da gestire, il dato, sempre in aumento, delle **richieste non appropriate rivolte ai servizi di emergenza-urgenza**, determinate per lo più da bisogni sociali o necessità differibili, che non hanno trovato risposta altrove. L'attuale "cultura della delega e del tutto e subito" è uno degli elementi maggiormente responsabili della frustrazione, dello sconforto, della rabbia degli operatori sanitari sempre più spesso aggrediti proprio per **l'incapacità dell'utenza di gestire attese e rifiuti**.

La cura comporta senza dubbio anche una dimensione legata alla responsabilità, che inevitabilmente accompagna il farsi carico di qualcuno, ma questo elemento ha negli anni assunto connotazioni negative per le **crescenti implicazioni medico-legali**, che condizionano con modalità sempre maggiore la pratica della medicina: divenendo sempre più difensiva diventa anche più gravosa per gli operatori.

Altro importante riflessione da condividere è quella legata al **vissuto di solitudine degli operatori sanitari** che può essere rintracciato nelle diverse categorie professionali. Tale vissuto è avvertito sia all'interno dell'*équipe* stessa, dove il confronto e il supporto diventa difficoltoso per i tempi ristretti e per il carico di lavoro, ma anche all'interno dell'istituzione di cui si avverte il peso, ma non la risorsa. La crisi dell'identità non solo soggettiva, ma anche del gruppo di appartenenza, che si avverte a livello sociale, ha ripercussioni sul vissuto del singolo, ma anche dell'*équipe*, anche per il **sempre maggiore turnover degli operatori.** L'indebolimento della capacità di interpretare e sperimentare i legami sociali all'interno di un contesto istituzionale stabile con una prospettiva temporale coerente, non consente la realizzazione di gruppi di lavoro stabili e coesi in grado di affrontare le sfide dell'attività quotidiana. Inoltre, nel nostro contesto socio-culturale in cui la persona abita sempre di più il

mondo virtuale, la memoria dell'esperienza è fluida, non c'è la coesione determinata dalla memoria esperienziale condivisa.

A questo si aggiunge anche la difficoltà di accettare l'incertezza di questo periodo storico, la fragilità, la precarietà e l'insufficienza di un sistema che per gli operatori sanitari era già evidente, ma la recente pandemia COVID-19 ha messo in maggior risalto.

Si può, insieme, prendersi cura e curare

Solo a partire da un'adeguata consapevolezza di tutti i fattori elencati sopra, che inevitabilmente hanno ripercussioni sul vissuto degli operatori, è possibile affrontare le acuzie sviluppando vissuti positivi in grado migliorare l'assistenza e la cura del paziente acuto.

Affinare la capacità di lavorare in team nella consapevolezza che ciascun componente di una *équipe* multidisciplinare gioca una parte nella cura del paziente (Korylchuck N. et al, 2024) permette di **rileggere l'obiettivo raggiunto come un traguardo condiviso**, raggiunto grazie al diverso contributo di ciascuno.

Un ambiente lavorativo in cui si respira un **clima di corresponsabilità e appartenenza** accresce la motivazione a dare il proprio contributo, a lavorare al meglio sfruttando e valorizzando tutte le risorse disponibili che sono coinvolte per il raggiungimento di un obiettivo condiviso.

Allo stesso modo, un'*équipe* in cui, anche se in tempi estremamente ristretti, si salvaguardano spazi di confronto dove poter condividere ed elaborare esperienze, difficoltà, successi e insuccessi, contribuisce a ridimensionare gli aspetti negativi, a sottolineare quelli positivi e a superare il senso di isolamento che a volte accompagna l'esercizio della professione.

L'*équipe* diventa quindi una delle risorse *per avere i piedi al caldo*, come direbbe P. Milone (Milone P.; 2025), ma allo stesso tempo è fondamentale il **sentirsi al proprio posto svolgendo un lavoro scelto, che appassiona e soddisfa professionalmente.**

Per continuare a svolgere la propria attività prendendosi cura delle acuzie, è importante avere uno sguardo in grado di non banalizzare o dare per scontato i traguardi quotidiani che hanno consentito la cura. Questo appaga, accresce la fiducia, rinnova la passione, ridimensiona le fatiche.

Infine altro importante elemento è il **significato che ciascun operatore sanitario attribuisce alla cura**: solo superando una visione meramente tecnica del curare che si limita alla *restitutio ad integrum* della *functio laesa* è possibile dare senso anche all'apparente insuccesso, come insegnava l'antico ospedale parigino Hotel Dieu, sintetizzando l'essenza della cura umanizzata "*Se sei malato vieni e ti guarirò, se non potrò guarirti ti curerò, se non potrò curarti ti consolerò*".

IL VISSUTO DEGLI OPERTORI IN RIABILITAZIONE

Come illustrato nei precedenti paragrafi, gli orientamenti culturali che tradizionalmente riconoscono un ruolo centrale alla relazione (psicodinamico, fenomenologico), concordano sull'importanza decisiva dei vissuti degli operatori: li considerano, a tutti gli effetti, fondamentali **strumenti di monitoraggio e indirizzo per il lavoro quotidiano**. In continuità con questa visione un modello di più recente formulazione ci sembra di particolare utilità per dare un senso a ciò che accade fra operatori e pazienti nei contesti riabilitativi: l'indirizzo **cognitivo-evoluzionistico** (Liotti G.; 2001). Come i modelli relazionali classici, esso afferma che **ogni vissuto si manifesta esclusivamente all'interno di una trama relazionale**. Ripropone, dunque, in forma aggiornata, l'affermazione fondante della psicologia fenomenologica (Borgna E.; 1988) per cui i contenuti di coscienza sono sempre intenzionali, ovvero riguardano sempre un oggetto di relazione: esistere significa **esser-ci, essere-nel-mondo**, cioè **essere in relazione costante e necessaria con gli oggetti del mondo** (Heidegger M.; 1927). Lo specifico contributo cognitivo-evoluzionistico è l'ipotesi per cui

la trama relazionale in cui si manifestano i vissuti faccia parte di **uno schema (un modello, un pattern) interpersonale a base innata, fondato evoluzionisticamente**. Alla pari del modello psicodinamico afferma poi che le concrete vicissitudini che la persona ha incontrato nel suo percorso evolutivo, in particolare la relazione con le figure di accudimento, influenzino le modalità con cui lo schema innato si manifesterà nel corso della vita, compresa la relazione terapeutica (**transfert**).

I contesti riabilitativi sembrano particolarmente adatti per applicare questo modello alla comprensione dei vissuti che emergono nella relazione operatori-pazienti. Il motivo principale è che la riabilitazione psichiatrica riguarda per lo più pazienti sufficientemente stabilizzati, in contesti residenziali o semi-residenziali, dove si tratterranno per un tempo così prolungato da permettere ai *pattern* interpersonali di manifestarsi con chiarezza. Nella terminologia cognitivo-evoluzionistica, questi ultimi sono espressione di sistemi di regolazione del comportamento interindividuale, definiti Sistemi Motivazionali Interpersonali, già presenti, in forma diversificata, negli animali non umani con caratteristiche sociali (mammiferi). Il principale e di gran lunga più studiato sistema è quello dell'**attaccamento** (Bowlby J.; 1976), che si attiva nelle situazioni di vulnerabilità, sofferenza, pericolo, necessità di cura/protezione/soccorso. Si manifesta fin dall'età neonatale e per tutto il corso della vita e ha l'obiettivo di garantire la vicinanza/soccorso di una figura protettiva e rassicurante. Frequentemente può attivarsi nei confronti dei medici e delle figure sanitarie e cliniche. Complementare al sistema dell'attaccamento è quello dell'**accudimento**, che si attiva verso i piccoli della propria specie, in primo luogo quelli di cui si condivide il patrimonio genetico (figli, familiari). Ma si può attivare nei confronti di qualunque soggetto vulnerabile e bisognoso (tipicamente i pazienti/utenti dei servizi di cura). Molto rilevante clinicamente è poi il sistema agonistico-competitivo, finalizzato a decidere in modo conflittuale la ripartizione di risorse fra conspecifici (territorio, beni materiali, rango sociale, reputazione). Questo, porta all'instaurarsi di una lotta che può concludersi con il danneggiamento materiale, con allontanamento/fuga dell'altro o con la sottomissione (subroutine di dominanza Vs subroutine di sottomissione). In ambito clinico. è spesso implicato nelle situazioni di conflitto operatore/paziente (transfert negativo), drop out e/o aggressioni. Un altro sistema centrale per le situazioni cliniche è quello **cooperativo-paritetico**, che ha come obiettivo la cooperazione per il conseguimento di un obiettivo condiviso; implica il riconoscimento dell'altro come un pari, consente lo stabilirsi di rapporti basati su reciprocità ed empatia. In ambito clinico è necessario per stabilire una valida **alleanza terapeutica** (Liotti G, Monticelli F.; 2014). È poi descritto il sistema **sessuale-seduttivo**, rilevante in situazioni cliniche soprattutto per lo stabilirsi del cosiddetto transfert erotizzato.

A livello soggettivo i sistemi motivazionali interpersonali si esprimono attraverso specifiche sequenze di emozioni, che compaiono in maniera tipica e differenziata a seconda che gli obiettivi interpersonali vengano raggiunti o meno. Applicare questo modello all'operatività clinica implica cercare di identificare i vissuti che emergono nella relazione e collocarli nell'ambito di uno specifico SMI. Il medesimo vissuto (ad esempio rabbia) può comparire nell'ambito di una situazione di attaccamento (rabbia da bisogni di accudimento frustrati) oppure agonistico-competitiva (rabbia/disprezzo nell'ambito della subroutine di dominanza). Le implicazioni per la relazione terapeutica sono completamente diverse. In altri termini, essere consapevoli dei propri vissuti significa anche saper comprendere quale sistema motivazionale interpersonale si è attivato, all'interno di una specifica relazione. La consapevolezza può essere uno strumento decisivo di gestione/governo della relazione nell'ambito di un percorso di cura.

Naturalmente, nessun contesto e nessuna fase del percorso di cura sono esenti da potenziali complicazioni interpersonali. Gli ambiti riabilitativi sono in teoria i più

favorevoli all'attivazione del SMI cooperativo paritetico e dunque, in potenza, a una alleanza terapeutica ottimale (minimo livello di asimmetria – attività/passività – fra clinico e paziente). In realtà nell'interazione concreta con i pazienti può attivarsi qualunque altro sistema motivazionale interpersonale, in base a: caratteristiche del paziente, dei terapeuti, della struttura riabilitativa. In letteratura esistono strumenti validati – ad es. AIMIT (Liotti G, Monticelli F.; 2008) – per valutare empiricamente il manifestarsi dei sistemi motivazionali all'interno di sedute di psicoterapia. Anche al di fuori dei contesti psicoterapici, in ambito riabilitativo, specie di tipo residenziale, sarebbe teoricamente ipotizzabile arrivare a descrivere in modo rigoroso uno "stile interpersonale" tipico della struttura, in base al sistema motivazionale più spesso attivato, in maniera consapevole o meno, dall'*équipe*. In questo modo si potrebbe distinguere, ad esempio, fra strutture "autenticamente" riabilitative, in cui prevale il SMI cooperativo, strutture "accudenti/materne" in cui prevale il SMI dell'accudimento, o strutture "disciplinari" in cui prevale il SMI agonistico.

In generale, comunque, sia a livello istituzionale che individuale, per gli operatori coinvolti in relazioni di aiuto con pazienti molto gravi, l'attivazione non consapevole di vissuti correlati a specifici SMI può comportare esiti problematici e distruttivi. Tipico è l'esempio in casi di attaccamento disorganizzato, in cui l'attivazione del sistema dell'attaccamento, anziché portare a rassicurazione, scatena angoscia, confusione, sfiducia paura, terrore, comportamenti contraddittori. In queste situazioni l'attivazione del sistema è altamente dolorosa. Per disattivarlo, e sentire meno dolore, è frequente che venga attivato (inconsapevolmente) un altro sistema ad esso alternativo: soprattutto il sistema agonistico, quello sessuale, quello di accudimento, con ovvie ripercussioni negative sul piano dell'alleanza ed elevato rischio di drop out, aggressioni, burn out, o altri eventi sentinella.

Naturalmente l'attivazione problematica e inconsapevole di SMI può avvenire anche nei confronti dei familiari dei pazienti e all'interno dell'*équipe*, con colleghi e responsabili. Da qui l'importanza di rendere disponibili con regolarità incontri di formazione, supervisioni caso, supervisioni delle dinamiche di *équipe*.

CONCLUSIONE

Senza dubbio, sia i cambiamenti socio-culturali sia quelli organizzativi del SSN hanno importanti ripercussioni sul vissuto degli operatori sanitari. Riteniamo che una riflessione su questo tema possa arricchire i singoli come anche le *équipe*s, a partire dai servizi di salute mentale per arrivare anche ad altre discipline. Auspichiamo spazi condivisi di riflessione e crescita, confronto e supporto, dove anche la narrazione del caso clinico divenga strumento di cura, proprio come avviene nella supervisione.

In un contesto dove le continue riduzioni di organico e i tagli di risorse sembrano far risuonare il celebre apologo di Mino Martinazzoli, anche noi vorremmo "*vivere in un mondo nel quale si potesse sentire la sinfonia di Schubert (Ottava – l'Incompiuta) così com'è*", nella certezza che ogni membro è fondamentale per l'orchestra.

Afferenza degli autori

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

° *U.O. Psichiatria Ospedaliera e Territoriale - ASST Rhodense, Garbagnate*

^ *Filosofo, Psicologo-psicoterapeuta presidente emerito Associazione Apeiron*

Corrispondenza

emanuela.berto@asst-valleolona.it

marialaura.manzone@asst-valleolona.it

giuseppina.calvo@asst-valleolona.it

enrico.dicroce@asst-valleolona.it

mamarchetti@asst-rhodense.it

fongiulio@gmail.com

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

1. Price A., Newlove-Delgado T., Eke H., Moli P., Young S., Ford T., Janssens A., *In transition with ADHD: the role of information, in facilitating or impeding young people's transition into adult services* BMC Psychiatry2019 Dec 17; 19(1): 404
2. Fontò G. (2025), *Alterità negata e nuove psicopatologie. L'arte della cura e la qualità della presenza nel mondo digitalizzato* Poliartes Edizioni
3. Fontò G. (2025), *Manifesto. Per una cura e una psicoterapia*. Inattuali Poliartes Edizioni
4. Bion, W. R. (1970), *Attenzione e interpretazione*, Roma Armando Editore
5. Bion, W. R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Roma Armando Editore
6. Fontò G. (2021), *Sette lezioni in tempi di pandemia. Nuove prospettive di senso e di cura*, Poliartes Edizioni
7. Jung C. G. (1977), *Opere di C.G. Jung* Ed Bollati Boringhieri
8. Fontò Giulio (2021), *Sette lezioni in tempi di pandemia. Nuove prospettive di senso e di cura*, Poliartes Edizioni
9. Bion W. R. (1961), *Esperienze nei gruppi*, Armando Editore
10. Milone P. (2025) *Una piccola fine del mondo. Intorno alla crisi psicotica* Einaudi
11. Korylchuk, N., Pelykh, V., Nemyrovych, Y., Didyk, N. e Martsyniak, S. (2024). *Challenges and Benefits of a Multidisciplinary Approach to Treatment in Clinical Medicine* Journal of Pioneering Medical Sciences, 13 (3), 1-9
12. Liotti G. (2001) *Le opere della coscienza*, Cortina
13. Borgna E. (1988) *I conflitti del conoscere*, Feltrinelli
14. Heidegger M. (1927) *Essere e Tempo*, Longanesi, 1976
15. Bowlby, J. (1969) *Attaccamento e perdita* Bollati Boringhieri
16. Liotti G., Monticelli F., (2014) *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Cortina
17. Liotti G., Monticelli F. (2008) I *sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Il manuale AIMIT, Cortina
18. Civitarese, G. (2011), "*L'ipotesi analitica di campo"* Milano Ed. Franco Angeli
19. Correale, A. (1991), *"Il campo istituzionale"*, Roma Ed. Borla
20. Keats, J. (1971), *"Lettere sulla poesia"*, (A cura di E. Vittorini). Milano Ed. Feltrinelli
21. Freud, S. (1912) *"Dinamica della traslazione"*, In Opere, vol. VI. Torino Ed. Boringhieri
22. Heimann, P. (1950). *On counter-transference*. In "International Journal of Psycho-Analysis", n. 31
23. Gaburri, E. (a cura di) (1997) *"Nel gruppo"* Roma Ed. Borla
24. Meltzer, D. (1983) *"Lo sviluppo psichico"* Roma Ed. Borla
25. Racker, H. (1970), *"Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert"*. Roma Armando Editore

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.
Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo *redazione@psichiatriaoggi.it*

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.
Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.
Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

  1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features*. J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

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

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

SIP-Lo
Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:
Bernardo Dell'Osso
Giovanni Migliarese

Segretario:
Virginio Salvi
Vice-Segretario:
Lara Malvini

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

Rappresentanti
Sezione "Giovani Psichiatri":
Laura Fusar Poli
Federico Grasso

Membri di diritto:
Emi Bondi
Massimo Clerici
Carlo Fraticelli
Giancarlo Cerveri
Claudio Mencacci
Mauro Percudani
Antonio Vita

Consiglieri Permanenti:
Giuseppe Biffi
Alberto Giannelli
Antonio Magnani
Massimo Rabboni
Simone Vender