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

Editoriale

Migliarese G., Dell'Osso B.*
** Direttore SC Salute Mentale Lomellina*
** Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze*
ASST Pavia

La pubblicazione di un nuovo numero della nostra rivista è sempre un momento utile e significativo per fare il punto della "salute" della nostra sezione, guardare a quanto si è riusciti a concretizzare e aggiustare le coordinate degli obiettivi che il direttivo si è posto nel triennio. Allo stesso tempo rappresenta un momento in cui condividere queste riflessioni pubblicamente. Questo editoriale assume un significato particolare, poiché ci permette di tracciare un primo bilancio, seppur parziale, di un anno di lavoro e di condividerlo con tutti i soci.

La prima riflessione parte dall'organizzazione del congresso della nostra sezione, a Varese, il prossimo 1 di ottobre, il primo della nostra presidenza. Sarà un momento di condivisione e riflessione in rete con altre società scientifiche e con le associazioni dei familiari su uno dei temi più "caldi", ovvero quello della salute mentale nei giovani adulti e nell'età di transizione, tema che da sempre ci sta a cuore. L'organizzazione dell'evento è mirata a favorire il confronto tra le agenzie coinvolte nella presa in carico del giovane paziente, mettendo a dialogo familiari, specialisti di diversa formazione e altre società scientifiche, con l'obiettivo di fornire strumenti concreti per intercettare i nuovi bisogni, gestire in sicurezza l'urgenza e costruire una rete di cura integrata, tempestiva ed efficace. Sappiamo infatti che le trasformazioni profonde e rapide del tessuto sociale e delle esperienze a cui i giovani sono esposti hanno favorito quadri clinici sempre più complessi e precoci, che pongono sfide diagnostiche e terapeutiche inedite, in un contesto che necessita pertanto di risposte integrate, flessibili, in un'ottica di rete.

Il congresso prevederà l'assemblea generale dei soci, un momento in cui incontrarci e condividere riflessioni per il futuro e in cui valutare il percorso effettuato nell'ultimo anno.

La seconda riflessione è dedicata alle attività dei gruppi di lavoro, che rappresentano uno degli aspetti più significativi della nostra Sezione, strumento concreto di confronto attraverso cui i soci traducono la riflessione scientifica in proposte operative e in documenti di posizione utili al confronto con le istituzioni. Accanto ai gruppi già attivi, ha recentemente preso avvio un nuovo gruppo di lavoro dedicato ai temi etici in psichiatria che ha riscontrato particolare interesse tra i soci. Si tratta di un ambito che negli ultimi anni ha assunto un rilievo crescente e che tocca questioni di straordinaria delicatezza: dal tema dei diritti delle persone con disturbi psichici, alla libertà di accettare o rifiutare i trattamenti, fino alle implicazioni cliniche ed etiche connesse alla morte, cercando sempre di coniugare gli aspetti teorici alla pratica quotidiana.

Anche un nuovo gruppo, sulle disabilità e sulle necessità di salute mentale di questi utenti, sia sul piano clinico che organizzativo, è in fase di partenza.

Quelli affrontati nei gruppi di lavoro sono temi che interrogano profondamente la nostra pratica quotidiana, che richiedono un confronto rigoroso e plurale, lontano da semplificazioni e che rilanciamo con forza.

In questo primo anno del nostro mandato sono state diverse le attività di formazione e di patrocinio a convegni e congressi. È proseguito il rapporto con società di neuropsicofarmacologia sia per quanto riguarda l'evento nazionale che si svolge annualmente a Milano, sia per l'evento sui giovani che si svolge a Cagliari nel mese di maggio in collaborazione con SINPIA. Abbiamo attivamente contribuito alla realizzazione del congresso di Bormio di aprile, e patrocinato il congresso della ATNPN (Accademia di Terapia Naturale in Psichiatria e Neurologia). Abbiamo mantenuto costanti i rapporti e l'interlocuzione con le università e con le scuole di specializzazione proprio per favorire la disseminazione delle attività formative del territorio.

Tutte queste attività permettono ai nostri soci di poter accedere a una vasta rete di proposte formative, aspetto che reputiamo centrale soprattutto per i colleghi più giovani, ma estremamente stimolante anche per chi ha più esperienza.

Tra le attività immaginate per i soci abbiamo infine iniziato a sviluppare accordi per fornire condizioni privilegiate di accesso ad alcuni servizi. In questa direzione si inseriscono le convenzioni avviate con case editrici di rilievo come Erickson e Cortina, che permetteranno ai nostri soci di accedere a condizioni dedicate a testi e strumenti di aggiornamento scientifico, rafforzando il valore concreto di appartenenza alla Società.

Sono, come si vede, molti i fronti aperti e altri, in fieri, non possono essere citati in queste righe. Ciascuno di questi ambiti richiede il contributo di tutti i soci, non solo del Direttivo, ed è proprio in questa partecipazione larga e condivisa che risiede, da sempre, la forza della SIP-Lo. Speriamo quindi in una continua e sempre maggior partecipazione alla vita della società, affinché questa possa realmente riflettere la ricchezza e l'eterogeneità della nostra professione.

La Psicosi a portata di click: come le nuove droghe online stanno ridisegnando la clinica psichiatrica

Giancarlo Cerveri
Direttore Psichiatria Oggi

Come un fiume carsico che si inabissa nelle rocce più profonde per poi risalire in superfice in modo inatteso, il dibattito sul legame tra la patologia legata all'assunzione di sostanze psicotrope e la patologia psichiatria è riemerso in modo intenso in occasione dell'approvazione del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) in cui si è voluto affermare la necessità di un'integrazione degli interventi fondata sul modello biopsicosociale e sul principio della "One Mental Health" che riprendendo i concetti già espressi per l'approccio "One Health", ripropone di evitare una visione troppo centrata sulla malattia e sui servizi privilegiando un paradigma che preveda un approccio più globale fatto anche di prevenzione, integrazione di culture e servizi e valutazione di impatto sociale ed economico. In questo senso il PANSM ha promosso lo sviluppo, su tutto il territorio nazionale dei **Dipartimenti di Salute Mentale Integrati**, capaci di unificare sotto un'unica direzione strategica la psichiatria ospedaliera e territoriale, la neuropsichiatria infantile e i servizi per le dipendenze.

Il dibattito successivo ha portato allo scivolamento dell'attenzione dalle tematiche squisitamente cliniche alle mere sterili riflessioni organizzative che spesso nascono per la necessità di tutelare culture organizzative consolidate piuttosto che la salute dei cittadini.

La visione che possa esistere una specifica e ampia sovrapposizione tra le espressioni delle condotte di abuso (da sostanze o comportamentali) e la patologia psichiatrica si sta trasformando da un dibattito scientifico culturale ad una sfida epidemiologica e assistenziale cruciale per il Servizio Sanitario Nazionale.

Nei contesti dell'emergenza, dal pronto soccorso ai reparti per acuti ma anche nei servizi territoriali dedicati a psichiatria dipendenze e neuropsichiatria infantile, i bisogni emergenti espressi dalle popolazioni fragili, a cui si sommano negli ultimi anni con sempre maggiore frequenza migranti e popolazione carceraria, sono con sempre maggiore intensità collegati alla necessità di elaborare risposte clinico-organizzative capaci di fornire appropriati percorsi di cura ad una fenomenologia psicopatologica correlata in modo concausale a comportamenti di abuso di sostanze psicotrope. L'impatto comportamentale additivo e in molti casi moltiplicativo di quadri in cui alla patologia psichiatrica si accompagna il poliabuso di sostanze diverse, la capillare diffusione in specifici contesti e la semplice accessibilità delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS), la sempre più marcata prevalenza di offerta nel mercato illegale di sostanze ad attività fortemente stimolante, la modificazione di concentrazione di cannabinoidi nella cannabis, la diffusione dei nuovi cannabinoidi sintetici sono solo alcune delle condizioni di contesto che hanno finito per modificare in modo sostanziale la presentazione clinica comune dei disturbi mentali associati all'uso di sostanze, rendendo i quadri psicopatologici più precoci, più gravi in termini comportamentali, più fluidi nella loro espressività e fortemente connessi all'azione spesso neurotossica delle sostanze.

È proprio sulla base di questi assunti che nel PANSM viene declinata la necessità di sviluppare strumenti operativi vincolanti come Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Integrati, formazione congiunta e equipe multidisciplinari che spingano i diversi servizi ad uno sforzo di presa in carico condivisa di pazienti che finisocno per sfidare un organizzazione del lavoro che sembra non più in sintonia con i nuovi bisogni di assistenza.

Tale richiesta sembra scontrarsi spesso con l'inerzia organizzativa e culturale che tende a difendere Identità professionali rigide (spesso mission e linguaggi clinici diversi faticano a convergere su una metodologia di lavoro condivisa). A questo va sicuramente aggiunta la cronica carenza di personale che rende questo sforzo integrativo particolarmente arduo, molti professionisti, gravati da carichi di lavoro eccessivi si trincerano nell'area delle funzioni emergenziali piuttosto che sperimentare nuovi modelli di intervento che richiederebbero sforzi e fasi di apprendimento dedicate.

Non ultimo l'organizzazione regionale dei servizi porta ad una frammentarietà di visioni e approcci che rende ancora più faticoso l'investimento di risorse ed energie verso un cambiamento condiviso.

Se da un lato tutti i professionisti coinvolti nelle attività cliniche sentono l'urgenza posta da questa nuova condizione di emergenza che spingerebbe all'adozione immediata di un approccio simultaneo ed integrato, dall'altro la macchina organizzativa dei servizi oppone una resistenza strutturale che rallenta la modernizzazione delle cure, lasciando spesso i pazienti con questa tipologia di disturbo in una pericolosa terra di nessuno.

L'ANALISI DELL'ESPERIENZA CLINICA ED I MODELLI TEORICI DI RIFERIMENTO

Con sempre maggiore frequenza l'osservazione clinica maturata nei servizi ci pone di fronte a fenomeni psicopatologici transitori ed in continuo mutamento. Non è infrequente, infatti, ricoverare nei reparti di psichiatria giovani adulti ed in taluni casi minori con sintomi insorti a seguito dell'intossicazione da sostanze che possono esprimersi sia nella dimensione della psicosi che nella dimensione affettiva, con una profonda disregolazione dell'impulsività. Spesso tali ricoveri hanno breve durata per un recupero molto rapido di una condizione psichica di stabilità. La sospensione dall'utilizzo di sostanze, l'utilizzo di antipsicotici a dosaggi non elevati concede una risposta terapeutica a volte molto brillante. Tali soggetti vengono poi dimessi in tempi brevi, anche per la scarsità di posti letto a disposizione e confidando su una presa in carico territoriale che spesso non riesce a funzionare nell'incastro delle competenze dei diversi servizi. Questi ragazzi presentano poi nuovi episodi di ricovero nel tempo con un andamento che si caratterizza per una progressiva intensificazione della gravità della fase acuta ed una perdita di funzione nelle fasi intercritiche. L'assunzione di sostanze perdura nel tempo ma diviene sempre meno connessa all'andamento generale della patologia psichiatrica.

Il classico modello di riferimento che vedeva un'organizzazione a silos della patologia psichiatrica con un percorso di transizione alla psicosi in soggetti a rischio spesso caratterizzati da sintomi psicotici attenuati sembra non essere più applicabile a soggetti con anomalie del comportamento, sintomi transitori e manifestazioni transdiagnostiche, in cui l'abuso di sostanze sembra giocare un ruolo cruciale nel rendere più intense le fasi acute e nel favorire la progressione generale del disturbo verso forme più stabili di psicosi (van OS et al., 2017). Il dibattito in letteratura è stato molto ampio su tale questione per i risvolti rilevantissimi sia in termini clinici che organizzativi.

In questi quadri così incerti e discontinui dal punto di vista fenomenologico si complica il tema relativo a cosa andiamo a diagnosticare, con quali criteri e quali capacità previsionali abbiamo a disposizione che ci possano guidare nei provvedimenti conseguenti. È cioè una questione non

solo clinica ma anche etica, stabilire cioè quali risorse, in un contesto di disponibilità limitate, utilizzare per soggetti il cui quadro diagnostico è tutt'altro che definito.

Nel 2018 McGorry propone, in una riflessione pubblicata su World Psychiatry una profonda revisione del modello classico di transizione a psicosi che originariamente prevedeva l'identificazione di soggetti a rischio per questo tipo di patologia e che necessitavano un monitoraggio continuo al fine di prevenire la transizione al Disturbo. Ridefinisce in questo lavoro il concetto di Stato Mentale a rischio, come una condizione caratterizzata da microfenotipi psicopatologici transdiagnostici e instabili (dunque soggetti che possono presentare in fasi diverse sintomi psicotici, dell'umore, comportamentali o legati all'abuso di sostanze) e che nel tempo possono seguire una traiettoria che li porta a sviluppare un Disturbo Psichiatrico non prevedibile all'origine (Disturbo Psicotico, dell'Umore, di Personalità, correlato all'Uso di Sostanze) ma che si caratterizza per un elevato livello di gravità. Propone, in sintesi, una lettura secondo la quale lo stato mentale a rischio ci permette di effettuare una prognosi che, senza specifici interventi, risulta particolarmente grave, pur senza avere la certezza di esito in psicosi.

IL RUOLO DELLE SOSTANZE D'ABUSO

In questa innovativa visione della traiettoria psicopatologica dei pazienti, che coinvolge un periodo vitale che copre l'adolescenza e la prima età adulta, si inserisce in modo rilevante il ruolo svolto dall'uso di sostanze stupefacenti nella progressione dei sintomi manifestati. È questo un tema da sempre esplorato ma che nel corso degli ultimi anni è divenuto più pressante proprio per i cambiamenti a cui le nuove generazioni sono state esposte per le profonde modifiche che ha subito la diffusione, sia in temini di qualità che di accessibilità, delle sostanze d'abuso.

Nel fornire elementi di riflessione utili su questa questione, appare estremamente interessante una ricerca prodotta in Danimarca tramite uno studio di registro. Nei paesi scandinavi hanno la possibilità di utilizzare i registri sanitari e sociosanitari, con dati molto ben raccolti e che permettono di effettuare valutazioni particolarmente interessanti sul mondo reale. La ricerca, pubblicata su JAMA Psychiatry nel 2018, (Hjorthøj et al, 2018) esplora il tasso di transizione a schizofrenia di oltre 2500 persone in un arco temporale di oltre 20 anni, che presentavano al baseline diagnosi di Disturbo Schizotipico di Personalità. Nei risultati emerge che circa un terzo dei casi a 20 anni di follow up riceve una diagnosi di schizofrenia; dunque, mostrando una transizione peggiorativo del quadro clinico inizialmente presentato. Tale tasso di transizione risultava molto più rilevante se i soggetti facevano uso di sostanze stupefacenti. La transizione a schizofrenia si osservava in quasi il 60% dei soggetti se avevano un contestuale disturbo da Uso di Cannabinoidi. Lo studio risulta particolarmente interessante perché ci informa come un disturbo grave come il disturbo Schizotipico di Personalità va incontro ad una trasformazione in una condizione di psicosi in modo frequente ma che questa frequenza dipende anche dall'uso di sostanze e che le diverse sostanze utilizzate sembrano associare a percentuale di rischio diverse. Le conclusioni di questa ricerca suggerirebbero dunque che un soggetto con sintomi parziali, utilizzatore di sostanze stupefacenti ed in particolare di cannabinoidi, fosse considerato meritevole di un'attenzione clinica particolarmente intensiva per l'elevatissimo rischio di un decorso peggiorativo del quadro clinico ed rischio di sviluppare una forma completa di schizofrenia con tutto il danno associato a questo disturbo.

Particolare attenzione è stata attribuita in letteratura all'analisi di associazioni tra specifiche sostanze ed elementi di rischio elevati nel produrre traiettorie di malattia. In particolare, cannabinoidi e metanfetamine sono state le sostanze più ampiamente studiate per la diffusione che

hanno avuto su fasce di popolazione sempre più ampie e per gli effetti empiricamente osservati nei contesti clinici sia acuti che nel lungo periodo.

Per quanto riguarda i cannabinoidi le ricerche in letteratura sono numerosissime. Il legame tra il consumo di cannabinoidi (sia quelli contenuti nella cannabis che quelli di origine sintetica) ed il rischio di sviluppare schizofrenia è consolidato soprattutto quando l'esposizione avviene durante l'adolescenza. L'uso regolare di cannabinoidi durante in questa fase della si associa ad un rischio circa doppio di sviluppare psicosi. Tale associazione diviene più intensa se il soggetto utilizza cannabis a maggiore concentrazione di THC e se l'utilizzo è più frequente. Si osserva, e su questo dato la letteratura è decisamente concorde una curva dose/risposta molto chiara (Leeson et al., 2012). Le implicazioni cliniche ed organizzative di questi risultati non lasciano adito a dubbi. Adolescenti e giovani adulti con sintomi psicotici più o meno stabili devono essere avviati ad efficaci programmi trattamentali volti alla cessazione dell'uso di cannabinoidi. Tale obiettivo deve essere individuato e comunicato a paziente e familiari come elemento cruciale per la prevenzione di danni rilevanti dal punto di vista psicopatologico. L'azione tossica che i cannabinoidi sviluppano sul cervello in una fase di elevata plasticità sinaptica, è conoscenza così ben consolidata che dovrebbe spingere a campagne di prevenzione, sui soggetti a rischio, diffuse e penetranti con l'obiettivo di ridurre, in soggetti con stato mentale a rischio, la transizione a psicosi (Hall et al., 2018).

Nel corso degli ultimi anni si è indagato con grande attenzione anche il rapporto tra metanfetamine e psicosi. Tale questione sorge per la frequente associazione che si osserva nei contesti di intossicazione acuta dell'emergenza sintomi psicotici, con particolare riguardo per deliri più o meno persistenti. Il potente effetto di stimolo di queste sostanze sul sistema dopaminergico sembra essere congruente con l'insorgenza di tali sintomi in soggetti caratterizzati da specifiche fragilità. Persone con specifiche condizioni di rischio per psicosi sono sicuramente più esposti a sviluppare sintomi deliranti e allucinatori transitori nel caso dell'intossicazione acuta e con andamento più persistente nei casi di utilizzo cronico di queste sostanze. In una interessante ricerca pubblicata qualche anno fa (Chiang et al. 2019) gli autori provano a rispondere alla domanda se esiste una psicosi da metanfetamine. Gli autori osservano che i sintomi psichici legati ad intossicazione acuta da metanfetamine mimano una condizione di schizofrenia paranoide, l'uso cronico di queste sostanze aumenta la suscettibilità a sviluppare il disturbo, anticipa l'età d'esordio e peggiora l'andamento del disturbo correlandosi ad un aumentato rischio di recidiva e di suicidabilità.

In conclusione, i soggetti che fanno uso cronico di metanfetamine, se presentano sintomi transitori di tipo psicotico (spesso di matrice paranoide) vanno inseriti, quando possibile, in uno specifico percorso di presa in carico volta all'interruzione dell'abuso e all'avvio di percorsi trattamentali.

ESISTE UNO SPECIFICO PROBLEMA RELATIVO ALLE NUOVE SOSTANZE D'ABUSO?

La definizione stessa di nuove sostanze d'abuso è in costante aggiornamento. Da quando i governi di Stati Uniti ed Europa, tra la fine degli anni '60 e i primi anni '70, hanno cominciato a definire elenchi di sostanze illegali perché considerate d'abuso, il mercato illegale ha introdotto nuove molecole ad azione psicotropa che restavano in un'area grigia sino a quando l'autorità competente non le inseriva nell'elenco delle sostanze illegali. Queste molecole finivano per incrementare costantemente l'elenco delle Nuove Sostanze Psicoattive, che tra i consumatori assumevano il nome di "Legal Highs", proprio a significare che l'effetto psicotropo si accompagnava ad

una irrilevanza giuridica del commercio e del consumo. Questo fenomeno ha poi assunto nel corso degli ultimi anni, complice la commercializzazione tramite i canali internet, un incremento notevolissimo in termini di numero di molecole a disposizione, di conoscenza e diffusione degli effetti psicotropi prodotti e dell'accessibilità all'acquisto.

Una review sistematica sull'argomento, pubblicata nel 2025 da un gruppo di colleghi italiani, evidenzia come l'utilizzo di nuove sostanze d'abuso sia correlato con elevata frequenza alla presenza di sintomi psicotici transitori, ad un rischio elevato di persistenza di tali sintomi oltre le fasi di abuso e tassi di transizione a schizofrenia aumentati. Tale dato riguarda un ampio gruppo di molecole ma risulta particolarmente evidente con l'utilizzo di cannabinoidi sintetici (Mosca et al., 2025)

Proprio sul tema dell'induzione di sintomi psicotici continuativi indotti dai cannabinoidi sintetici (SCRA Synthetic Cannabinoid Receptor Agonists) gli autori riportano il fatto che alcuni ricercatori hanno coniato il termine di "Spiceophrenia" per descrivere questa condizione a seguito dell'assunzione cronica di "Spice", termine inglese traducibile con "spezia" ma che indica anche le droghe sintetiche. Anche in questa review viene confermato il ruolo delle Metanfetamine nell'induzione di sintomi psicotici persistenti.

E molto interessante su questo argomento un altro studio di registro, in questo caso Svedese (Jeyapalan et al., 2026), in cui oltre 7000 soggetti con Psicosi Indotta da sostanze intercettati dal servizio sanitario svedese nel corso di 10 anni vengono confrontati con un numero eguale di soggetti che nello stesso periodo hanno ricevuto diagnosi di Schizofrenia. Gli autori hanno confrontato i due gruppi in merito alla prescrizione di antipsicotici precedente e successiva all'episodio indice (la formulazione della diagnosi). Il risultato più interessante è che dopo la diagnosi di schizofrenia circa il 60% dei pazienti prosegue con un trattamento continuativo con antipsicotici. Il valore può essere considerato non ottimale ma è il dato che emerge è espressione di ciò che avviene nella realtà dei servizi di salute mentale in quel paese. Sarebbe interessante avere dei dati italiani di confronto.

Per i soggetti con Psicosi Indotta da Sostanze ci si aspetterebbe che la percentuale di soggetti trattati con antipsicotici a distanza di mesi dall'episodio indice scendesse a valori prossimi allo zero. Il dato reale invece mostra che circa il 30% di questi prosegue con l'assunzione di antipsicotico nel tempo. Tale dato suggerisce che il clinico che ha in cura il paziente con psicosi indotta da sostanze, almeno in un terzo dei casi trova elementi psicopatologici tali da rendere necessaria la prosecuzione del trattamento, testimoniando anche in questo caso la sovrapposizione tra psicosi e utilizzo di sostanze stupefacenti.

A conclusione di questa riflessione vorrei proporre alcune riflessioni generali che toccano sia l'aspetto della formazione del clinico che l'organizzazione dei servizi:

- Si sta sempre più consolidando l'idea di un range di età tra i 12 e i 25 anni come area di analisi specifica per l'utilizzo di un modello in cui si supera una definizione diagnostica a silos per passare ad una integrazione transnosografica di staging clinico.
- Le traiettorie psicopatologiche in questa fase di vita vanno ripensate secondo riferimenti come la progressione del disturbo e la sua estensione su aree di funzionamento più che su rigidi schemi diagnostici..
- Questa nuova clinica pone una sfida organizzativa sia in termini di valutazione diagnostica che di definizione di programmi trattamentali personalizzati, emerge con sempre maggiore chiarezza la necessità di un lavoro condiviso tra psichiatria dipendenze e neuropsichiatria dell'adolescenza.

Bibliografia

1. Chiang M, Lombardi D, Du J, Makrum U, Sitthichai R, Harrington A, Shukair N, Zhao M, Fan X. *Methamphetamine-associated psychosis: Clinical presentation, biological basis, and treatment options*. Hum Psychopharmacol. 2019 Sep;34(5):e2710.
2. Hall W, West R, Marsden J, Humphreys K, Neale JO, Petry N. *The need for more consistent evidential standards in cannabis policy evaluations*. Addiction. 2018 Aug;113(8):1553-1554.
3. Hjorthøj C, Albert N, Nordentoft M. *Association of Substance Use Disorders With Conversion From Schizotypal Disorder to Schizophrenia*. JAMA Psychiatry. 2018 Jul 1;75(7):733-739.
4. Jeyapalan J, Taipale H, Tanskanen A, Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Niemelä S. *Antipsychotic use and associating factors among persons with substance-induced psychosis and first-episode psychotic disorder* – A nationwide register-linkage study. Schizophr Res. 2026 Mar;289:1-9.
5. Leeson VC, Harrison I, Ron MA et al. *The effect of cannabis use and cognitive reserve on age at onset and psychosis outcomes in first-episode Schizophreni*a. Schizophr Bull. 2012;38(4):873-80
6. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. *Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry*. World Psychiatry. 2018 Jun;17(2):133-142.
7. Mosca A, Mancusi G, Chiappini S, Miuli A, Cavallotto C, Corkery JM, Di Petta G, Pasino A, Santovito MC, Marrangone C, Vicinelli MC, Pettorruso M, Martinotti G, Schifano F. *Novel psychoactive substances (NPS) as a risk factor for psychosis: A systematic review of the literature*. Neurosci Biobehav Rev. 2025 Dec;179:
8. Pourebrahim S, Ahmad T, Rottmann E, Schulze J, Scheller B. D*oes Cannabis Use Contribute to Schizophrenia? A Causation Analysis Based on Epidemiological Evidence*. Biomolecules. 2025 Mar 4;15(3):368.
9. van Os J, Guloksuz S. *A critique of the "ultra-high risk" and "transition" paradigm*. World Psychiatry. 2017 Jun;16(2):200-206.

Afferenza dell'autore

Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST Lodi

Corrispondenze:

giancarlo.cerveri@asst-lodi.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

Forgotten children

Gli effetti della malattia mentale dei genitori sui figli osservati da Assistenti Sociali

Colavito A., Clerici M.**

Negli ultimi anni il tema delle correlazioni tra salute mentale e famiglie ha acquisito crescente rilevanza nel dibattito scientifico e pubblico (vedi la rilevanza, nel tempo, assunta dalla nozione di emotività espressa e dalla crescita progressiva dei modelli di intervento psicoeducativo e di auto-mutuo-aiuto), grazie a un progressivo lavoro di sensibilizzazione che ha contribuito a rendere più visibile il disagio psichico e i percorsi di cura associati, valorizzandone le implicazioni familiari (Zanobio, Tasselli, Percudani, 2019). Tuttavia, gran parte dell'attenzione clinica continua a concentrarsi sul malato, mentre i figli di soggetti con disturbo mentale rappresentano una popolazione spesso trascurata, pur essendo esposta a rischi specifici legati allo sviluppo emotivo, relazionale e psicologico in senso lato. La presenza di psicopatologia in una figura genitoriale induce, alimenta e mantiene elementi di complessità all'interno del nucleo familiare, incidendo direttamente e indirettamente sulla funzione genitoriale. Tale funzione, infatti, non può essere considerata competenza acquisita in modo automatico, ma si manifesta, nel suo continuo sviluppo, attraverso la relazione con il bambino/adolescente fondandosi sulla capacità di rispondere ai suoi bisogni in maniera coerente e sensibile (Simonelli, 2018). La presenza di una malattia mentale in famiglia può compromettere tali competenze influenzando, tra l'altro, la continuità affettiva, la disponibilità emotiva e la capacità di regolazione delle interazioni genitore-figlio. In questo contesto i figli di genitori con disturbo mentale crescono spesso in un ambiente caratterizzato da instabilità, imprevedibilità relazionale e discontinuità nelle cure dove la sofferenza del genitore può occupare uno spazio centrale, relegando i bisogni del bambino/adolescente in posizione secondaria. Tale condizione contribuisce a rendere il vissuto dei figli poco visibile e spesso scarsamente considerato dai Servizi, dando origine al fenomeno dei cosiddetti *forgotten children*, figli dimenticati il cui disagio resta spesso silenzioso e in ombra.

La Teoria dell'Attaccamento offre, indubbiamente, un quadro interpretativo utile per comprendere le ricadute della malattia mentale genitoriale sui figli individuando, nella qualità delle prime relazioni con le figure di accudimento, la base per lo sviluppo emotivo e relazionale del bambino. In presenza di un genitore emotivamente indisponibile, imprevedibile o fonte di paura, la costruzione di legami sicuri può risultare compromessa, favorendo l'emergere di stili di attaccamento insicuri o disorganizzati frequentemente associati, peraltro, a contesti familiari ad alto rischio o ad esperienze di trauma relazionale. Gli effetti della malattia genitoriale sui figli si manifestano su più livelli. Sul piano emotivo, i bambini possono sviluppare insicurezza, ansia, sentimenti di colpa e responsabilità precoce nei confronti del genitore (Verrocchio, 2012). Sul piano relazionale, l'instabilità e l'indisponibilità affettiva possono compromettere la capacità di sviluppare fiducia e sicurezza nelle relazioni con coetanei e adulti significativi. Sul piano psicologico in senso lato, infine, esperienze di isolamento, silenzio e vergogna possono incidere negativamente sul senso di autostima, sul benessere emotivo e sulla regolazione affettiva del minore.

L'interazione tra i fattori citati determina un rischio evolutivo potenzialmente incrementabile, rendendo questi bambini più vulnerabili a diversi livelli di difficoltà nel corso della vita. In contesti familiari complessi, i figli spesso assumono ruoli adultizzati, sviluppando precocemente senso di responsabilità verso il genitore e tentando di compensarne le fragilità. Tale condizione, se non riconosciuta, può portare a sovraccarico emotivo e a difficoltà nell'espressione dei bisogni personali, contribuendo ulte-

riormente all'invisibilità del loro disagio. La letteratura evidenzia come tali esperienze possano avere ricadute sullo sviluppo delle competenze sociali, sulla regolazione emotiva e sull'autonomia dei figli generando interferenze nell'equilibrio quotidiano del nucleo familiare, chiamato a confrontarsi sia con le molteplici manifestazioni del disturbo mentale, sia con le ricadute relazionali ed emotive sul contesto ambientale di riferimento.

In tale scenario emergono interrogativi complessi che alimentano un dibattito, ancora aperto, sul piano giuridico, psicosociale ed etico; la prima domanda da porsi riguarda il fatto che sia giusto o meno che un bambino cresca in un ambiente segnato da tali fragilità... Al tempo stesso ci si chiede se sia corretto "ridurre" un genitore al solo limite imposto dalla sua diagnosi, privandolo della possibilità di esercitare il proprio ruolo educativo ed affettivo...

Il diritto del paziente con disturbo mentale a mantenere legami significativi con il/i proprio/i figlio/i è stato riconosciuto anche dal Comitato Nazionale di Bioetica che, richiamandosi al principio di beneficialità [1], ne sottolinea il valore in termini di riconoscimento della persona nella sua interezza (Ciliberti et al., 2012). Tuttavia, tale diritto incontra un limite imprescindibile nella tutela dell'infanzia. Le normative nazionali e le convenzioni internazionale ribadiscono, infatti, il diritto del minore a crescere in un ambiente affettivamente adeguato e capace di favorire uno sviluppo equilibrato della personalità. Il tema del diritto alla genitorialità in presenza di disturbi mentali si configura, pertanto, come fortemente controverso. Da un lato, in particolare nell'ambito dei Servizi di Salute Mentale, viene sottolineata l'importanza di preservare la relazione genitore-figlio anche in funzione terapeutica per il paziente; dall'altro, i Servizi Sociali pongono l'accento sulla necessità di proteggere il minore dal possibile impatto negativo della patologia genitoriale (Ciliberti et al., 2012).

La Suprema Corte ha chiarito che la sola presenza di un disturbo mentale, anche grave e permanente, non può costituire di per sé motivo sufficiente per escludere l'idoneità genitoriale, la quale deve essere valutata, caso per caso, sulla base di criteri oggettivi e verificabili (Cass., 9 gennaio 1998, n. 120). Parallelamente, la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, sancisce il principio del superiore interesse del minore come criterio guida di ogni decisione che lo riguardi. Il diritto all'infanzia non può essere limitato dunque alla sola tutela fisica o materiale, ma deve essere inteso come diritto a uno sviluppo armonico all'interno di un contesto relazionale emotivamente sicuro e sufficientemente stabile (Ugolini, 2012; Ciliberti et al., 2012). Negli ultimi anni, poi, la giurisprudenza nazionale e internazionale ha mostrato un orientamento sempre più attento alla salvaguardia del legame genitore-figlio, riconoscendone il valore ogniqualvolta si configuri una condizione di "non relazione", intesa come assenza di una presenza educativa e affettiva significativa o come situazione di abbandono morale e materiale (Zanobio, Tasselli, Percudani, 2019). In questa prospettiva, tutelare il diritto alla genitorialità significa evitare di ridurre il paziente affetto da disturbo mentale alla sola dimensione diagnostico-terapeutica, sostenendolo invece attraverso interventi che ne rafforzino le risorse e le competenze genitoriali. Allo stesso tempo, rimane imprescindibile il diritto del bambino a crescere in un ambiente qualitativamente adeguato, capace di garantire sicurezza, stabilità e benessere emotivo, riducendo l'esposizione a fattori di rischio. Il bilanciamento tra questi due diritti fondamentali rappresenta una sfida complessa per i professionisti della salute mentale e della tutela minorile, chiamati a operare valutazioni articolate e contestualizzate.

1. Dovere della medicina e, di conseguenza, di ogni operatore sanitario, è quello di promuovere il bene del paziente ponendolo al centro di ogni servizio, accogliendolo e rispondendo olisticamente ai suoi bisogni.

Nonostante il dibattito su disturbo mentale e genitorialità e sulle possibili conseguenze nello sviluppo dei figli, rimane ancora poco esplorata l'esperienza diretta di chi vive quotidianamente con genitori affetti da patologie psichiche che, ci sembra, debba essere osservata ponendo al centro le loro narrazioni dirette: chi, se non proprio i figli di genitori con disturbi mentali, dovrebbe e potrebbe spiegare al meglio di quanto sperimentato che cosa significhi convivere con figure parentali di questo tipo? In questa cornice è nata quindi la scelta di condurre una ricerca qualitativa sul campo, finalizzata a comprendere in modo diretto le ripercussioni del disturbo mentale genitoriale sull'esperienza dei figli indagandone, in primo luogo, gli effetti e le possibili conseguenze emotive, interpersonali e sullo sviluppo individuale in relazione alle modalità attraverso cui costoro costruiscono la propria identità e si rapportano al mondo.

Più specificatamente, gli obiettivi sono stati quelli di:

- individuare le principali aree di vita maggiormente influenzate da questa condizione, come il contesto scolastico, le relazioni sociali e familiari e il rapporto con sé stessi;
- creare uno spazio di ascolto in cui i figli potessero esprimere liberamente il proprio vissuto;
- analizzare il livello di consapevolezza raggiunto dai partecipanti rispetto all'influenza della condizione genitoriale sulla propria identità, sulle relazioni e sulla percezione di sé;
- misurare il ruolo dei Servizi e degli interventi ricevuti durante il percorso di crescita, al fine di comprendere quali siano stati percepiti come efficaci, quali carenze siano emerse e quali bisogni siano rimasti insoddisfatti;
- valutare uno strumento di sensibilizzazione su una tematica ancora poco visibile, con l'obiettivo di favorire maggiore consapevolezza sociale e promuovere l'attenzione verso realtà spesso trascurate.

Dal punto di vista metodologico, la scelta dello strumento è ricaduta sull'intervista semi-strutturata di orientamento qualitativo con traccia di domande e temi-guida utili ad orientare il colloquio lasciando, al contempo, spazio alla flessibilità e all'approfondimento degli aspetti emersi durante l'interazione (Salomão, 2023). All'interno della traccia sono state inserite diverse tematiche, ispirate dalla letteratura esistente, a partire da interrogativi semplici e non intrusivi che permettessero di creare un clima di fiducia agevolando il partecipante nelle condizioni di sentirsi a proprio agio. Le domande riguardano i ricordi dell'infanzia, il rapporto con la scuola, le amicizie, la vita affettiva e, progressivamente, la relazione con la famiglia, la presenza di una precisa percezione che qualcosa non andava nel comportamento del genitore, oppure la sperimentazione di vissuti quali il "sentirsi di troppo", il "crescere precocemente" o l'assunzione di un ruolo genitoriale, in linea con il fenomeno del *parenting*. L'intervista ha incluso pure domande relative alle emozioni provate nei confronti del genitore, il grado di consapevolezza rispetto al possibile legame tra alcune caratteristiche personali e la presenza di un disturbo mentale nel contesto familiare e il rapporto dei partecipanti con sé stessi e la sua evoluzione nel tempo. È stato quindi ritenuto interessante esplorare in che modo la presenza di una malattia mentale nel genitore potesse influenzare la percezione di sé, il senso di identità e l'autostima, elementi centrali per comprendere le conseguenze a lungo termine di un contesto familiare complesso. Sono stati esplorati, infine, il rapporto con eventuali Servizi, specialistici o meno, con cui i partecipanti sono entrati in contatto, cercando di comprendere i bisogni espressi e il livello di supporto ricevuto, nonché gli effetti dell'informazione sul dato - acquisito in letteratura ed esplicitato all'intervistato - secondo cui i figli di genitori con disturbi mentali presentano un rischio fino a sette volte maggiore di sviluppare a loro volta un disturbo psicopatologico (Zanobio, Tasselli, Percudani, 2019). A conclusione di ogni incontro, è stato lasciato uno spazio aperto in cui i partecipanti potessero esprimere liberamente feedback e sensazioni relative a questa esperienza.

Per quanto riguarda il campionamento, è stata effettuata una scelta di giovani adulti, motivata sia da ragioni pratiche legate alla gestione della privacy, sia dalla

considerazione che – in quella fascia di età (18-35) – si possa disporre, in generale, di una maggiore capacità di riflessione e di rielaborazione delle esperienze vissute. Il contributo decisivo al reperimento dei partecipanti è arrivato da un professionista appartenente a un'associazione del territorio comasco, che si è reso disponibile a contattare persone potenzialmente interessate.
Tra i casi più significativi possiamo citare quelli che indirizzano verso le tipologie riscontrate più frequentemente: figli di genitori affetti da disturbo depressivo persistente (caratterizzato da umore cronicamente depresso per almeno due anni) e figli conviventi con un genitore che presenta disturbo di personalità, prevalentemente narcisistici (contraddistinto da mancanza di empatia, bisogno di ambizione e senso di grandiosità) o borderline (noto per l'instabilità relazionale, dell'immagine di sé e dell'umore, con marcata paura dell'abbandono e impulsività).

Se tutte le interviste hanno preso avvio con la richiesta di raccontare i ricordi dell'infanzia, nel complesso si può sottolineare come emergano pochi ricordi, all'interno dei quali si alternano, ovviamente, episodi piacevoli e momenti di sofferenza, spesso descritti come sfumati. Da un passato prevalentemente caratterizzato da immagini positive (a differenza, invece, di ciò che emerge dal vissuto adolescenziale) – nella prima tipologia di figli – vengono enfatizzate difficoltà scolastiche, in particolare nella concentrazione e nel raggiungimento degli obiettivi, successivamente compensate attraverso strategie di coping, anche se con modalità differenti in relazione alla seconda e terza tipologia di partecipanti.

La scuola rappresenta al contempo, nella prima tipologia di intervistati, un rifugio e una fonte di frustrazione ("*ad un certo punto è diventato frustrante: mi piaceva andare a scuola, ma c'era qualcosa che mi frenava dall'affrontarla come avrei voluto. Per me era un posto sicuro, ma sembrava che questo rapporto non fosse reciproco*"), mentre, nella seconda tipologia, le relazioni amicali significative erano spesso caratterizzate da difficoltà e sentimenti di vergogna, soprattutto nel momento in cui si presentava l'opportunità di ospitare i coetanei in casa propria. In merito, sempre la seconda tipologia di figli descrive quanto sia stato difficile mantenere legami di amicizia a causa del forte controllo esercitato da genitori che percepivano ogni distacco come abbandono, un abbandono in grado di generare nei figli forti sensi di colpa ("*all'inizio non capivo perché si comportasse in questo modo, pensavo semplicemente che preferisse io limitassi le mie uscite; solo dopo aver preso consapevolezza del suo disturbo borderline ho compreso i motivi dei suoi rimproveri*". Sempre rispetto all'ambito amicale, si sottolinea il buon rapporto con i coetanei, al contrario di quello che si afferma in merito alla figura genitoriale, spesso in conflitto con amici/che e in costante paragone. Viene spesso riferito, inoltre, di essersi sentiti "messi da parte" o resi fantasmi" in molte occasioni a causa dell'incapacità del genitore di esprimere affetto e provare empatia, caratteristiche molto comuni all'interno del disturbo narcisistico. Non sono poche le conseguenze di questa mancanza di affettività, soprattutto all'interno dei rapporti di coppia dei figli, dove prevale il forte bisogno di contatto fisico e di rassicurazioni costanti ("*solo recentemente ho notato questa mia tendenza e credo proprio che in parte derivi da questo*").

La presa di consapevolezza rispetto alla malattia mentale del genitore emerge comunque come un processo complesso, graduale e diverso per ciascun individuo. Esiste chi riconoscerà solo in seguito, dopo una diagnosi formale, che la tristezza percepita nella figura genitoriale fin dall'adolescenza era legata ai sintomi della depressione; o, all'opposto, chi cresce osservando comportamenti ambivalenti senza riuscire a comprenderne il significato né i bisogni sottostanti; oppure, chi non riceve alcuna spiegazione esplicita durante l'infanzia e tende a normalizzare la situazione familiare, acquisendo consapevolezza solo più tardi grazie alla terapia.

In merito al tema delle emozioni è emerso un quadro molto più complesso e sfumato del previsto: non solo rabbia e risentimento, ma un intreccio di sentimenti ambivalenti, per alcuni all'interno di un legame profondo con il genitore malato, segnato da amore e sofferenza insieme ("siamo molto legati, non mi permetterei mai di parlarne

male, si tratta di una malattia ed, esattamente come quella fisica, ha le sue conseguenze e va curata"). Nonostante le difficoltà vissute, si riconosce la malattia come tale e la si distingue dalla persona, mostrando comprensione e lealtà affettiva, anche se questa ambivalenza rischia spesso di destabilizzare l'equilibrio emotivo.

Un nodo centrale delle riflessioni dei protagonisti riguarda il momento della diagnosi, che non sempre arriva e non sempre è chiara: l'assenza di una definizione formale, o la presenza di tratti non pienamente diagnosticabili, può generare maggiore confusione nei figli, che faticano a interpretare comportamenti discontinui e imprevedibili. Si ricordano gli atteggiamenti "altalenanti" del genitore, evidenziando come la malattia mentale non si manifesti in modo lineare ma attraverso sfumature e momenti specifici ("*molto spesso non capivo a pieno il mio genitore: a volte si comportava "normalmente", altre volte mostrava un forte egocentrismo, come se fosse costantemente in competizione con me*"). Il tema della *parentification* è spesso affrontato affermando di non sentirsi di aver mai assunto un ruolo genitoriale esplicito verso l'adulto di riferimento (il genitore), bensì verso i fratelli minori, sentendosi responsabili della loro protezione. Questa dinamica, riconosciuta nel tempo, tende talvolta a riproporsi anche nelle relazioni amicali, portando a mettere in secondo piano i propri bisogni.

Sono vari gli elementi interessanti emersi durante gli incontri: tra i tanti, il tema della paura è particolarmente rilevante. Si racconta di aver temuto, durante l'adolescenza, di sviluppare la stessa malattia del genitore, associandola inizialmente all'incapacità di provare felicità, una paura poi ridimensionata grazie ad una maggiore consapevolezza del disturbo; oppure una paura proiettata nel futuro attraverso il desiderio di diventare genitore, ma temendo di riprodurre modelli disfunzionali appresi in famiglia.

Un tema trasversale è il vissuto di trascuratezza emotiva: i partecipanti spesso si sono sentiti messi in secondo piano rispetto al genitore malato, percependosi soli o "di troppo". Questo può aver determinato la scelta di allontanarsi dal proprio nucleo familiare una volta raggiunta l'indipendenza, migliorando così il rapporto con il genitore, o - al contrario - i sensi di colpa vissuti per l'allontanamento, sentendosi come chi abbandona il genitore ("*so di avere fatto la scelta giusta, ma a volte sento di essere fuggito dal problema e di aver lasciato il mio genitore da solo a conviverci*").

L'indagine sul rischio di sviluppare una patologia mentale nei figli di genitori con disturbi mentali ricopre uno dei temi più rilevanti dell'incontro. È stato riportato ai protagonisti il dato secondo il quale il rischio di manifestazioni patologiche nei figli di pazienti con disturbi mentali può aumentare fino a sette volte rispetto a coloro che nascono da genitori clinicamente sani. Gli intervistati dichiarano di non conoscere dati precisi ma, in genere rimangono sorpresi da tale possibilità ritenendo plausibile che l'interazione tra fattori genetici e ambientali possa portare a simili conseguenze con importanti vissuti di difficoltà personali che hanno indotto la necessità di una terapia, senza aver mai ricevuto nessuna diagnosi specifica. Esiste, invece, anche chi spiega di essersi informato sull'argomento dopo aver scoperto la malattia del genitore ("quando avevo paura di ammalarmi non sapevo ancora di questo dato: ero piccolo e non del tutto consapevole della malattia. Forse questa paura è aumentata da quando l'ho scoperto") con una trasformazione progressiva di tale sentimento che non è scomparso, ma si è trasformato ("*sto lavorando per trasformare questa paura in consapevolezza: la malattia non definisce il mio genitore, è solo una sua caratteristica, e come tale non devo esserne intimorito*").

Dal punto di vista del ruolo dei Servizi, le esperienze citate mostrano differenze sostanziali: da chi riferisce come il genitore abbia avuto frequenti contatti con il CPS, arrivando anche ad un TSO, segnalandone il follow-up regolare con lo psichiatra, a chi - al contrario - riferisce il rifiuto totale di qualsiasi Servizio da parte di un genitore che non riconosce in alcun modo la propria patologia. In generale, i figli apprezzano la competenza dei professionisti, in particolare nella gestione farmacologica, ma

segnalano come l'attenzione clinica prevalga spesso su altri aspetti della vita quotidiana, limitando il supporto più globale al nucleo familiare ("*sono supportati in tutti gli ambiti, ma quello clinico prevale sempre, mettendo in secondo piano gli altri aspetti della vita quotidiana*") e dimenticando spesso di dare sostegno diretto ai figli, probabilmente perché convivevano anche con genitori considerati "clinicamente sani", motivo per il quale i loro bisogni non sono stati riconosciuti.

In nessuna delle interviste è emersa la figura dell'assistente sociale, professionista di primaria importanza nell'accompagnamento sia del genitore malato che dei figli e capace di "fare da ponte" per il raggiungimento di un equilibrio familiare e individuale accettabile. Il dato che ne emerge suggerisce un forte bisogno di sensibilizzazione e valorizzazione di tale ruolo nei percorsi di cura e supporto familiare.

L'intervista si conclude sempre con una domanda standard, coerentemente con l'interrogativo iniziale del colloquio: si chiede, infatti, se ci sia qualche tema o aspetto non ancora trattato ritenuto importante da condividere. Le risposte evidenziano l'importanza di interventi preventivi rivolti ai figli, accompagnati da spiegazioni semplici ma veritiere sulla malattia del genitore e sulle strategie per gestirla, sottolineando l'impatto che questa opportunità possa avere in merito alla riduzione della sofferenza del minore, garantendo equilibrio e benessere nei componenti del nucleo familiare: "*Spero che le mie parole possano sensibilizzare sulla tematica e promuovere benessere sia dei genitori che dei figli, perché nessuno dei due merita di soffrire per qualcosa che non ha scelto. Credo fermamente che, nonostante tutti i limiti che si possono incontrare, sia possibile raggiungere un equilibrio e una serenità da ambo le parti*".

La presente indagine che, ci sembra, offra alcuni spunti preliminari interessanti sul piano clinico e sociale, non manca però di limiti metodologici che meritano di essere apertamente esplicitati. In primo luogo, si evidenzia l'impossibilità di coinvolgere minori di età molto precoce, inizialmente individuato come target privilegiato dello studio. Questi limite deriva da imprescindibili ragioni etiche e di tutela dell'interlocutore, la cui potenziale vulnerabilità orienta verso una cautela che si esplicita verso coloro che sono maggiormente in grado di fornire un consenso informato consapevole. Questo necessario adattamento ha comportato una parziale ridefinizione dell'oggetto di indagine. Ulteriore limite è rappresentato dalla limitata numerosità del campione, che non consente alcuna generalizzazione dei risultati e ne limita il valore quantitativo a vantaggio dell'esperienza soggettiva.

Un elemento da sottolineare, che attraversa trasversalmente l'intero studio, riguarda il fatto che tutti i partecipanti fossero inseriti in un percorso terapeutico al momento dell'intervista. Questo dato introduce un'ulteriore variabile interpretativa interessante: il lavoro psicoterapeutico ha verosimilmente contribuito a sviluppare nei soggetti un elevato livello di consapevolezza rispetto al proprio vissuto, alle dinamiche familiari e agli effetti della malattia psichica del genitore? La risposta sembra essere sì in quanto le narrazioni raccolte risultano caratterizzate da una capacità riflessiva, da un'elaborazione emotiva e da una revisione critica dell'esperienza che difficilmente si riscontrerebbero in soggetti non impegnati in un analogo percorso. Ciò sottolinea, in modo significativo, il valore trasformativo assunto dal lavoro psicologico in sé: un processo che implica non solo la presa di coscienza delle proprie esperienze, ma anche un confronto "profondo" con il proprio passato e con le relazioni significative vissute.

In questa prospettiva, la terapia sembra configurarsi non soltanto come uno spazio di cura, ma come un dispositivo capace di modificare attivamente la rappresentazione di sé e della propria storia, influenzando anche le modalità di narrazione e attribuzione di significato agli eventi vissuti. In assenza di tale percorso di consapevolezza, le risposte, forse, avrebbero assunto caratteristiche differenti, sia in termini di contenuto sia di "profondità" elaborativa. Se tale consapevolezza si configura realmente come uno strumento in grado di sostenere i *forgotten children*, può

forse rappresentare anche un punto di partenza imprescindibile per l'altrettanto necessaria consapevolezza sul tema e per l'azione dei Servizi? E quale spazio possono occupare, in questo scenario, gli assistenti sociali – significativamente assenti nei racconti dei partecipanti – nel riconoscere, intercettare e accompagnare queste situazioni di disagio? In Italia, la protezione dei minori è garantita sia a livello internazionale, con la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (1989), sia a livello nazionale, attraverso la riforma del diritto di famiglia (1975) e alcune leggi successive come la n. 184/1983, la n. 285/1997 e la n. 149/2001, che stabiliscono interventi di tutela, prevenzione e sostegno, salvaguardando anche il diritto del minore a mantenere i legami affettivi (Elia, Conti, Cordelia, 2024). La tutela dell'infanzia è un sistema dinamico e complesso, influenzato da cambiamenti culturali e istituzionali, dalle diverse concezioni della famiglia e dell'infanzia in una società che cambia anche radicalmente, nonché dalle pratiche dei Servizi del welfare locale (Allegri, Dellavalle, 2021). In questo articolato contesto, l'assistente sociale dovrebbe assumere un approccio globale, valutando il minore nel suo ambiente di vita quotidiano e intervenendo secondo i principi deontologici, come indicato dall'art 28 del Codice Etico (CNOAS, 2020), che prevede l'impegno a contrastare situazioni di violenza, trascuratezza o sfruttamento.

Una delle attività principali di questa figura professionale è quindi l'*assessment*, inteso come processo dinamico di osservazione, ascolto e analisi, finalizzato a comprendere la situazione del minore e a guidarne le scelte operative (Ranieri, 2022). L'*assessment* dell'assistente sociale considera diversi aspetti: i bisogni del bambino e degli adulti di riferimento, la motivazione della famiglia al cambiamento e l'individuazione di fattori di rischio e protezione. Particolare attenzione viene posta al concetto di pregiudizio, cioè alle condizioni che mettono a rischio il benessere psicofisico del minore, e alla valutazione della gravità della situazione tramite fonti multiple, dai colloqui con la famiglia alle osservazioni in contesto scolastico o comunitario. Gli interventi possibili si declinano dal sostegno alla genitorialità fino a misure più restrittive, come incontri protetti o, nei casi più gravi, l'allontanamento del genitore e includono anche percorsi neuropsichiatrici per il minore.

Nel contempo si evidenzia, tuttavia, una carenza significativa di interventi rivolti ai figli di genitori con disturbi mentali che vengono lasciati soli nell'ombra dell'invisibilità e, spesso, non accompagnati in un dolore che risulta nascosto dalle difficoltà più evidenti delle figure genitoriali di rifermento. L'assenza di diagnosi non significa, infatti, assenza di disagio e, di conseguenza, molti minori rimangono privi di supporto, aumentando il rischio di perpetuare circoli generazionali di sofferenza. In questo senso, gli interventi di prevenzione risultano fondamentali: intervenire precocemente permette di rafforzare le risorse del minore e del contesto familiare, riducendo i danni e promuovendo obbiettivi di benessere maggiormente integrati (Folgheraiter, 2016). Negli ultimi anni, per ovviare a tali mancanze nel lavoro dei Servizi o per integrarle al meglio delle possibilità, sono nate Associazioni e Progetti dedicati al sostegno dei minori e delle famiglie, che hanno permesso di colmare almeno parzialmente queste lacune.

Tra le principali esperienze italiane, il COMIP (*Children Of Mentally Ill Parents*) – fondato da Stefania Buoni nel 2017 – rappresenta la prima associazione italiana creata da e per figli di genitori con disturbi psichici. La missione di COMIP è dare voce e supporto concreto a bambini, adolescenti e giovani adulti, interrompendo il silenzio e l'invisibilità che spesso circondano queste esperienze. Tra le iniziative principali vi è un gruppo nazionale di auto-mutuo aiuto online, che offre uno spazio sicuro di ascolto e confronto tra pari, e il progetto "Quando Mamma o Papà Hanno Qualcosa Che Non Va" che, grazie al libro che prende l'omonimo titolo (Buoni, 2018), sensibilizza studenti, insegnanti e professionisti attraverso incontri nelle scuole, case-famiglia e Servizi territoriali. COMIP promuove inoltre *advocacy e system*

change, lavorando per un riconoscimento sociale e politico dei bisogni dei figli di genitori con disturbi psichici. L'Associazione Contatto APS invece – fondata nel 2004 – sviluppa progetti di rete tra Servizi pubblici, Terzo Settore e Comunità per rispondere in modo integrato ai bisogni delle famiglie. Tra le iniziative più rilevanti figura il Progetto Semola, avviato nel 2013, che mira a prevenire disagio psicosociale e sintomi dello spettro ansioso-depressivo nei figli di genitori con patologia psichica. Il progetto si ispira al percorso di crescita del giovane Semola (*La spada nella roccia*) e si propone di aiutare i minori a essere riconosciuti, ascoltati e sostenuti. Tra gli strumenti utilizzati vi sono anche due interventi evidence-based: *Let's Talk About Children*, sviluppato in Finlandia da Tytti Solantaus, che aiuta i genitori a comprendere l'impatto della malattia sui figli, e *Family Talk Intervention*, creato da William Beardslee negli Stati Uniti (Zanobio, Tasselli, Percudani, 2019) che promuove la comunicazione familiare e la consapevolezza condivisa del disturbo, favorendo lo sviluppo delle capacità di coping dei minori. Il progetto integra incontri individuali e familiari e offre a ciascun figlio uno spazio personale per esprimere pensieri e preoccupazioni. Nel 2016 è stato inoltre lanciato *My Blue Box*, primo portale italiano dedicato al tema, pensato come strumento di informazione, prevenzione e aggregazione per ragazzi, famiglie e professionisti.

La crescente presenza di Associazioni e Progetti dedicati al sostegno delle famiglie con patologia psichica mostra come il tema stia acquisendo maggiore visibilità e attenzione anche nel nostro contesto. Allo stesso tempo, le evidenze raccolte e le testimonianze degli utenti mettono in luce come il percorso sia ancora in evoluzione e richieda ulteriori sviluppi, soprattutto sul piano della prevenzione. In questa prospettiva, appare fondamentale rafforzare la collaborazione tra Servizi sanitari, sociali ed educativi: la presa in carico del paziente non può limitarsi alla dimensione clinica individuale, ma dovrebbe includere anche il suo ruolo genitoriale e le possibili ricadute sui figli. Attivare interventi paralleli e coordinati a sostegno dei minori può rappresentare un passaggio decisivo per prevenire situazioni di disagio – o di franca patologia – più gravi.

La prevenzione si declina anche attraverso strumenti e tecniche che migliorano la consapevolezza e grazie a percorsi psicoeducativi accessibili ai genitori, così come per mezzi di un monitoraggio attento del benessere dei figli. In tale quadro, il ruolo dell'assistente sociale merita una maggiore definizione e valorizzazione: da figura spesso percepita come legata a interventi riparativi o coercitivi, può diventare un punto di riferimento più chiaro e riconoscibile anche in un'ottica di accompagnamento. Le esperienze raccolte sottolineano, infatti, quanto possano essere fondamentali i percorsi terapeutici strutturati, capaci di offrire uno spazio di elaborazione del "problema" all'intera famiglia rappresentando non solo uno strumento di cura, ma anche un'opportunità per costruire maggiore consapevolezza e ridurre l'impatto futuro della malattia nel contesto familiare. Rimane centrale, infine, il tema della sensibilizzazione e della lotta allo stigma. La malattia mentale, ancora troppo spesso sottovalutata socialmente e purtroppo alimentata da stigma, tende a rendere meno visibili, e quindi meno riconoscibili, i bisogni fondamentali della famiglia, soprattutto quelli dei figli. Promuovere una consapevolezza diffusa, a partire dalla scuola e dai contesti di vita quotidiana, non è solo un obiettivo culturale, ma una responsabilità collettiva: significa imparare a vedere ciò che spesso resta nascosto, riconoscere il vissuto di chi ne è protagonista e legittimarne la voce. Solo rendendo visibile ciò che oggi rimane ai margini sarà possibile, per i servizi sociosanitari, costruire nel tempo risposte più attente, precoci ed efficaci.

Afferenza degli autori

* *Università degli Studi Milano Bicocca*

Bibliografia

1. Allegri E., Dellavalle M. (2021), *"Complessità e interdisciplinarità: l'apporto del servizio sociale nel sistema della tutela dei minorenni" in: "Minori giustizia: Rivista interdisciplinare di studi giuridici, psicologici e sociali sulla relazione fra minorenni e giustizia"*, N. 1, pp. 51-53
2. Buoni S. (2018), "*Quando mamma o papà hanno qualcosa che non va. Mini-guida alla sopravvivenza per i figli di genitori con un disturbo mentale*", UVE – Umbria Volontariato Edizioni
3. Ciliberti R., Alfano L., Rocca G., Bandini T. (2012), "*La valutazione delle funzioni genitoriali nel paziente psichiatrico e il supporto dell'amministrazione di sostegno: tra coscienza e affettività"* in: "Rassegna Italiana di Criminologia", N. 1, pag. 2.
4. Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (2020), *"Codice deontologico dell'assistente sociale"*, Roma
5. Elia P., Conti C., Cordella B. (2024), "*Tutelare i minori attraverso il sostegno alla genitorialità: il SISMIF"* in: "Psicologia della salute: quadrimestrale di psicologia e scienza della salute", N. 3, pp. 32-35
6. Folgheraiter F. (2016), *"Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete"*, Angeli, Milano
7. Ranieri M.S. (2022), *"Linee guida e procedure di servizio sociale. Manuale ragionato per lo studio e la consultazione"*, Erickson, Trento
8. Salomão A. (2023), *"Interviste semi-strutturate nella ricerca qualitativa. Salvare le intuizioni delle interviste semi-strutturate nella ricerca qualitativa. I metodi per una comprensione sfumata e un'analisi robusta dei dati"* in: "Mind the Graph" (online)
9. Simonelli A. (2018), "*La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia"*, Cortina, Milano
10. Ugolini B. (2012), "*I minori figli di malati psichici"* in: "Tigor: Rivista di scienze della comunicazione", N. 2, pag. 3
11. Verrocchio M.C. (2012), *"Psicopatologia dei genitori e maltrattamento"* in: "Maltrattamento e abuso all'infanzia", Angeli, Milano, N. 2, pp. 61-63
12. Zanobio A., Tasselli F., Percudani M. (2019), *"Famiglie sospese. Sostenere la genitorialità di fronte ai disturbi mentali degli adulti"*, Angeli, Milano

Sitografia

13. https://www.comip-italia.org
14. https://www.contattoaps.it/index.php
15. https://www.contattoaps.it/semola
16. https://www.contattoaps.it/lets-talk-about-children
17. https://www.mybluebox.it/it/92/progetto-semola
18. https://www.mybluebox.it

Quale ontologia per la malattia mentale di oggi e di domani?

Riflessioni sulla filosofia della psichiatria e sulla psichiatria come scienza

Delvecchio G., Durbano F.°*

ABSTRACT

La psichiatria contemporanea si confronta con una persistente incertezza ontologica riguardante la natura della malattia mentale. L'articolo propone una riflessione critica sui principali modelli teorici che orientano oggi la disciplina: realismo medico-naturalistico, normativismo, costruttivismo sociale, fenomenologia, pluralismo ontologico e modelli processuali dinamici. A partire dal rapporto tra medicina, diagnosi e concetto di malattia, vengono discusse le implicazioni epistemologiche, etiche, cliniche e organizzative delle diverse concezioni della sofferenza psichica. Particolare attenzione è dedicata alla tensione tra spiegazione biologica e comprensione esperienziale, tra classificazione diagnostica e soggettività del paziente, nonché al ruolo crescente delle neuroscienze, dell'intelligenza artificiale e dei modelli della complessità. L'obiettivo è evidenziare come la psichiatria rappresenti oggi un campo di confine tra scienze empiriche e scienze umane, nel quale la riflessione filosofica rimane indispensabile per orientare sia la ricerca sia la pratica clinica.

INTRODUZIONE

La psichiatria contemporanea continua a interrogarsi sul proprio oggetto di studio: che cosa sia realmente la malattia mentale e quale statuto ontologico possiedano i disturbi psichici. A differenza di altre branche della medicina, la disciplina psichiatrica mantiene aperta una tensione costante tra spiegazione biologica, interpretazione fenomenologica, costruzione sociale e dimensione relazionale dell'esperienza umana.

Questa incertezza teorica non rappresenta un problema esclusivamente filosofico, ma determina conseguenze concrete sul piano clinico, etico, organizzativo e politico. Le modalità con cui definiamo il disturbo mentale influenzano infatti la costruzione dei sistemi diagnostici, la relazione terapeutica, l'impiego delle risorse sanitarie e la stessa concezione di cura.

In un'epoca caratterizzata dallo sviluppo delle neuroscienze, dell'intelligenza artificiale, della genetica e dei sistemi complessi, appare quindi necessario tornare a interrogarsi sui fondamenti epistemologici della psichiatria.

MALATTIA E DISTURBO

La medicina nasce come pratica di cura, ma le modalità con cui la sofferenza viene interpretata cambiano radicalmente nelle diverse culture e nei diversi periodi storici. La figura del guaritore tradizionale, come descritta da Coppo nei suoi studi antropologici, mostra come la follia possa essere letta non soltanto come fenomeno biologico ma anche come esperienza simbolica, relazionale e culturale. I curanti non sono tutti uguali. Patrice, uno dei guaritori descritti da Coppo, "non ha dimenticato cosa abita gli alberi, rocce, caverne, campi e soprattutto l'acqua della boscaglia. Conosce il senso dei bisbiglii, fruscii, aliti di vento, improvvisi temporali, scrosci, gorgoglii, sa che l'incolto è il luogo della forza, ma anche del pericolo; mentre i campi coltivati, i villaggi ordinati in strade [...] riparano dalle forze non addomesticate". Patrice è un guaritore, ma non alla maniera dei medici scalzi di altri luoghi che vanno bene in mancanza d'altro, e cura perché "sa usare la forza che c'è nell'incolto, nella notte. [...] Forse per questo le crisi di follia spesso si spengono, permettendo alla persona di rientrare nel mondo ordinato della cultura". Tutto ciò avviene in una maniera a noi oscura. Ma, altrettanto oscuro come le notti è per noi il patologico che Patrice spegne. Patrice è un rappresentante della medicina animistica, quella che noi occidentali avremmo letto, piuttosto, come medicina esoterica e demonologica; ma questa è una spiegazione difficilmente difendibile, visto che l'ultima strega in Europa, la lamia che agisce forze preternaturali per il

malessere altrui, è stata bruciata nell'anno 1793. Poi, se è vero che tanti curano, è altrettanto vero che solo il medico somministra terapie. Infine, la differenza tra guaritore e medico dipende, anche o soprattutto, da come viene intesa la malattia: la malattia per il medico; la malattia per il malato; la malattia per la società.

Sarebbe troppo facile, e qui parliamo al nostro mondo, ridurre la complessità della malattia a un gioco semantico che dice tre sguardi diversi e trasformare i tre sguardi in altrettante parole: disease, illness, sickness. Troppo facile dire la parola, sebbene denotativa, e di poco aiuto ai nostri fini. Dobbiamo cercare altrove. Dobbiamo cercare nella (bio)medicina, partendo dalla definizione di malattia mentale, così difficile da dire, così controversa. Nel contesto occidentale contemporaneo, la psichiatria ha progressivamente sostituito il termine "malattia mentale" con quello di "disturbo mentale", soprattutto in assenza di una definizione eziopatogenetica certa. Secondo il DSM-5-TR, il disturbo mentale è definito come un insieme di sintomi e comportamenti che producono sofferenza e alterazione del funzionamento individuale, relazionale e sociale. Nell'introduzione del recente manuale di Rossi e altri, "per disturbo mentale si intende un insieme di sintomi o una modalità di comportamento di un individuo che non si possono considerare come una risposta normale all'evento e inducono nel soggetto un'alterazione psichica o uno stato di sofferenza, modificandone la capacità di funzionamento intrapsichico, relazionale, lavorativo e sociale. In letteratura si preferisce utilizzare il termine disturbo, anziché malattia mentale, per tutte le condizioni cliniche per le quali manca una precisa definizione eziopatogenetica".

Tale definizione evidenzia tuttavia numerose criticità. Essa combina infatti elementi semeiologici, funzionali, normativi e sociali senza chiarire pienamente il criterio ontologico sottostante. Rimane aperta la questione se il disturbo mentale rappresenti una vera malattia in senso medico oppure una sindrome descrittiva priva di fondamento biologico unitario.

La diagnosi psichiatrica conserva comunque una funzione imprescindibile. Diagnosticare significa assumere una responsabilità conoscitiva e clinica, attribuire significato ai fenomeni osservati e orientare l'intervento terapeutico. Anche in assenza di una piena comprensione delle cause, la diagnosi rappresenta uno strumento operativo necessario.

Parallelamente, la psichiatria contemporanea tende sempre più a integrare la valutazione clinica con il livello di funzionamento globale del soggetto. In tal modo lo sguardo del clinico si sposta dalla sola malattia al più ampio equilibrio esistenziale della persona.

I FONDAMENTALI DELLA MEDICINA

La riflessione sui fondamenti della medicina riguarda il rapporto tra scienza, valori e costruzione sociale della cura. Antonio Panti ha sintetizzato efficacemente questa tensione chiedendosi se la medicina debba essere considerata una scienza fondata su ontologie nomotetiche oppure una costruzione sociale continuamente ridefinita dal mutamento culturale.

Il problema coinvolge direttamente la psichiatria, disciplina nella quale il rapporto tra fatti biologici e valori culturali appare particolarmente evidente. In una società caratterizzata dal pluralismo etico e dalla crescente valorizzazione dell'autonomia individuale, anche le definizioni di salute, malattia e normalità tendono a divenire variabili.

La trasformazione del linguaggio contribuisce ulteriormente alla complessità del quadro. Termini apparentemente condivisi possono assumere significati profondamente diversi a seconda dei riferimenti culturali adottati.

In questo scenario, la riflessione epistemologica rimane indispensabile. La medicina non può limitarsi alla sola dimensione tecnica, ma deve interrogarsi continuamente sui presupposti teorici che guidano il proprio agire.

ONTOLOGIA DELLA MALATTIA

L'ontologia riguarda la natura dell'essere, cioè ciò che realmente esiste al di là delle apparenze fenomeniche. Applicata alla medicina, essa interroga la natura stessa della malattia.

La tradizione filosofica distingue tra la realtà empirica mutevole e l'essenza stabile che permette di riconoscere gli oggetti come appartenenti a una determinata categoria. In medicina, questo problema si traduce nella ricerca di elementi invarianti che consentano di identificare una malattia al di là delle sue manifestazioni individuali.

La psichiatria rappresenta un terreno particolarmente problematico, poiché il rapporto tra mente, cervello, coscienza ed esperienza soggettiva rimane tuttora controverso. Le neuroscienze hanno certamente ampliato le conoscenze sul funzionamento cerebrale, ma non hanno ancora fornito marcatori biologici sufficientemente specifici per la maggior parte dei disturbi psichiatrici.

Da qui nasce il confronto tra diverse concezioni ontologiche della malattia mentale.

DALL'ONTOLOGIA ALLE ONTOLOGIE

L'assenza di un consenso definitivo ha favorito la nascita di molteplici modelli teorici. Tali modelli non rappresentano semplici esercizi speculativi, ma influenzano direttamente le pratiche cliniche, l'organizzazione dei servizi e le modalità di relazione terapeutica.

L'evoluzione dell'intelligenza artificiale e dei sistemi di classificazione automatizzata rende ancora più urgente la chiarificazione ontologica, poiché le macchine tendono a riprodurre implicitamente i modelli teorici adottati dai programmatori e dai sistemi diagnostici.

Anche i principali sistemi classificatori contemporanei, DSM e ICD, mostrano limiti significativi. Pur essendo nati come strumenti descrittivi e pragmatici, essi hanno progressivamente assunto un valore ontologico implicito, contribuendo talvolta a processi di reificazione diagnostica e medicalizzazione dell'esperienza umana.

PRINCIPALI MODELLI ONTOLOGICI DELLA MALATTIA MENTALE

Realismo medico-naturalistico

Il realismo medico-naturalistico considera i disturbi mentali come entità naturali reali, analoghe alle malattie somatiche. In questa prospettiva il disturbo mentale corrisponde a una alterazione biologica, prevalentemente cerebrale.

Tale modello ha favorito lo sviluppo delle neuroscienze e della psicofarmacologia, ma incontra difficoltà significative legate all'assenza di biomarcatori specifici e alla forte variabilità storica e culturale delle manifestazioni psicopatologiche.

Dal punto di vista clinico, esso privilegia approcci standardizzati e linee guida orientate prevalentemente alla farmacoterapia.

Normativismo e modelli ibridi

Secondo le prospettive normativiste, il disturbo mentale non può essere definito esclusivamente su basi biologiche ma richiede inevitabilmente criteri valoriali. Concetti quali danno, sofferenza e disfunzione implicano sempre una valutazione normativa.

Questo approccio riconosce l'esistenza di componenti biologiche, ma attribuisce un ruolo importante ai contesti culturali e sociali. Ne deriva una maggiore flessibilità clinica e organizzativa, fondata sull'integrazione di trattamenti farmacologici, psicoterapeutici e sociali.

Costruttivismo sociale

Il costruttivismo sociale interpreta le categorie psichiatriche come prodotti storici, culturali e istituzionali. Nelle versioni più radicali, la malattia mentale viene considerata principalmente un dispositivo di controllo sociale.

Autori come Foucault e Szasz hanno sottolineato il rischio che la diagnosi psichiatrica si trasformi in uno strumento di etichettamento e di esercizio del potere.

Questo approccio ha avuto il merito di evidenziare i rischi dello stigma e della medicalizzazione, ma può condurre a una sottovalutazione della sofferenza clinica grave e alla difficoltà di giustificare interventi terapeutici nei casi acuti.

Fenomenologia e ontologia dell'esperienza vissuta

La fenomenologia psichiatrica pone al centro l'esperienza soggettiva del paziente. Il disturbo mentale viene interpretato come modificazione del modo di essere nel

mondo piuttosto che come semplice alterazione biologica.

Autori come Jaspers, Minkowski e Binswanger hanno evidenziato l'importanza della comprensione empatica del vissuto individuale. Questo modello valorizza la relazione terapeutica e la dimensione narrativa della cura, ma presenta limiti nella costruzione di categorie diagnostiche stabili e nella standardizzazione dei trattamenti.

Antirealismo ed eliminativismo parziale

Secondo le posizioni antirealiste, molte categorie psichiatriche non corrispondono a entità naturali reali ma rappresentano strumenti pragmatici di classificazione.

La critica ai sistemi diagnostici contemporanei ha favorito lo sviluppo di nuovi programmi di ricerca orientati a identificare domini funzionali e meccanismi neurobiologici più specifici.

Pluralismo ontologico

Il pluralismo ontologico sostiene che non esista una singola ontologia della malattia mentale. I disturbi psichici possono essere interpretati simultaneamente a livello biologico, psicologico, sociale e relazionale.

Questo approccio favorisce l'integrazione dei diversi modelli terapeutici e una maggiore personalizzazione della cura. Tuttavia, rischia talvolta di generare eclettismo teorico e indebolimento dei criteri epistemologici.

Ontologie processuali e dinamiche

I modelli processuali e dinamici interpretano i disturbi mentali come processi emergenti da sistemi complessi. L'attenzione si sposta dalle entità statiche alle reti dinamiche di relazioni tra fattori biologici, cognitivi, affettivi e sociali.

L'esperienza psicopatologica viene quindi letta come perturbazione dei processi attraverso cui il soggetto costruisce il proprio rapporto con il mondo.

Questa prospettiva appare particolarmente promettente per comprendere la multidimensionalità della sofferenza psichica, ma presenta difficoltà operative legate alla standardizzazione diagnostica e organizzativa.

EPISTEMOLOGIA DELLA PSICHIATRIA

La psichiatria contemporanea rimane sospesa tra scienze empiriche e scienze umane. La disciplina continua infatti a oscillare tra spiegazione biologica e comprensione interpretativa, tra ricerca di leggi generali e valorizzazione della singolarità individuale.

Questa posizione di confine costituisce al tempo stesso una debolezza e una straordinaria ricchezza teorica. Tuttavia, il rischio di un pluralismo indiscriminato è quello di indebolire il metodo scientifico e di dissolvere i criteri epistemologici che distinguono la medicina da altre forme di sapere.

Rimane quindi centrale il problema del metodo. La psichiatria può mantenere la propria identità scientifica solo continuando a interrogarsi criticamente sui propri presupposti teorici, senza rinunciare né alla dimensione biologica né alla comprensione della soggettività.

CONCLUSIONI

La questione ontologica della malattia mentale rimane aperta e probabilmente non potrà essere risolta attraverso un unico paradigma teorico. Le diverse prospettive attualmente disponibili evidenziano aspetti complementari della sofferenza psichica e contribuiscono a definire differenti modelli clinici, etici e organizzativi.

La sfida futura della psichiatria sarà probabilmente quella di mantenere un equilibrio tra rigore scientifico, attenzione alla soggettività e consapevolezza dei fattori culturali e relazionali che partecipano alla costruzione dell'esperienza patologica.

In questa prospettiva, la riflessione filosofica non rappresenta un elemento accessorio, ma una componente indispensabile della pratica psichiatrica contemporanea. Diceva Giovanni Cassano che "noi psichiatri, tra i medici, siamo i meno medici" . Forse è vero, forse non è vero; di sicuro, al termine di questa riflessione, gli psichiatri potrebbero essere i medici più filosofi. Non è poco.

Bibliografia

1. Rossi A, Amore M, Carpiniello B et al. *Manuale di psichiatria*. Edra, Milano, 2024.
2. Coppo P. *Guaritori di follia*. Bollati Boringhieri, Torino, 1994.
3. Panti A. *Stati Generali della professione medica*. Quotidiano Sanità, 12/3/2019. www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/ecco-com-cambiata-la-professione-medica-negli-ultimi-anni/
4. Tsou JY. *Philosophy of Psychiatry*. Cambridge University Press, 2021.
5. Kendler KS. *The nature of psychiatric disorders*. World Psychiatry. 2016;15(1):5-12. doi: 10.1002/wps.20292. PMID: 26833596; PMCID: PMC4780286
6. Zachar P, Kendler KS. Psychiatric disorders: a conceptual taxonomy. Am J Psychiatry. 2007;164(4):557-65. doi: 10.1176/ajp.2007.164.4.557. PMID: 17403967
7. Fuchs T. Psychiatry as a Human Science. Oxford University Press, 2022.
8. Ghaemi N. The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model. Johns Hopkins University Press, 2009.
9. Borsboom D. *A network theory of mental disorders*. World Psychiatry, 2017;16(1), 5–13. https://doi.org/10.1002/wps.20375
10. Amoretti M.C. *Filosofia e medicina*. Carocci, Roma, 2016.
11. Jaspers K. *Il medico nell'età della tecnica*. Cortina, Milano, 1991.
12. Frances A. *Saving Normal*. William Morrow, 2013.

Afferenza degli autori

* *Consigliere emerito Società Italiana di Pedagogia Medica*

° *Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Melegnano e Martesana; Segretario Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale; Consigliere SIP-Lo; Consigliere Società Italiana di Psichiatria Forense*

Corrispondenza

Federico.durbano@asst-melegnano-martesana.it

Continuità di cura e domiciliarità: un'analisi dei progetti della sperimentazione locale sulle Cure Domiciliari in Salute Mentale di ATS Milano Città Metropolitana

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

ABSTRACT

Il presente lavoro si prefigge come obiettivo l'analisi descrittiva qualitativa dei progetti pervenuti all'interno del programma sperimentale annuale di ATS Città Metropolitana di Milano in merito al tema delle cure domiciliari in Salute Mentale.

Il lavoro prende avvio in seguito al percorso di co-progettazione dei servizi di Salute Mentale e Dipendenze, svoltosi nell'anno 2025. Successivamente a questa importante esperienza, grazie all'emanazione della Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) 4481/2025 di Regione Lombarda, ATS Milano ha voluto dar seguito alle istanze emerse, attuando una prima sperimentazione volta a promuovere il potenziamento di attività di cura domiciliari per pazienti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, con particolare attenzione al tema della continuità delle cure nel passaggio tra servizi differenti, e la costituzione e creazione di reti territoriali.

L'obiettivo di questo articolo è fornire una visione completa della tipologia di interventi proposti, del target di popolazione interessato e delle modalità di svolgimento con i relativi elementi di innovazione – clinica o organizzativa.

Il metodo adottato per l'esecuzione del presente lavoro si configura come un'analisi qualitativa descrittiva dei contenuti delle proposte progettuali, a cui si accompagna una lettura quantitativa del numero e della tipologia di interventi presentati.

INTRODUZIONE

L'importanza dello sviluppo di interventi di domiciliarità in Salute Mentale, intesa nella sua accezione più ampia di interventi nei luoghi di vita dei pazienti, con strutturazione di una rete territoriale, integrati e coordinati con i servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze delle ASST, è ampiamente riconosciuto in letteratura, sostenuto da Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Antony, 1993; WHO, 2013; WHO, 2014) e recentemente è entrato all'interno della programmazione nazionale italiana con uno specifico capitolo del Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025- 2030 (PANSM 2025- 2030). Il concetto di sviluppo di interventi domiciliari è strettamente connesso al processo di recovery, un processo di cura e cambiamento che è sì individuale, ma può essere attuato solo se vengono sviluppati modelli di valutazione e presa in carico multidisciplinari, integrati con il territorio e con la rete di riferimento locale, flessibili, che permettano alle persone con patologia psichiatrica di ristabilire un equilibrio esistenziale soddisfacente e autodeterminante (Maone e D'Avanzo, 2025).

Le azioni di recovery ed empowerment dell'utente permettono di apprezzare un ventaglio di esiti positivi non solo nel processo di guarigione e stabilizzazione individuale del paziente, ma anche relativamente al benessere dei nuclei familiari e al generale miglioramento della gestione dei pazienti all'interno di altri servizi di psichiatria ospedaliera e territoriale (Davidson et al., 2009; Le Boutillier et al., 2011). Come evidenziato da diversi autori anche nel contesto italiano (De Girolamo et al., 2008; Barone et al., 2014; Bruschetta et al., 2016), l'incorporazione di pratiche di partecipazione e inclusione sociale, oltre che di dispositivi di sostegno all'abitare, risultano essere elementi chiave nel buon processo di reinserimento in comunità di un paziente con storia psichiatrica pregressa e attuale.

CONTESTO DI LAVORO IN ATS MILANO.

Contestualizzando il tema sopra esposto all'esperienza di ATS Milano Città Metropolitana di Milano (da qui in avanti ATS Milano), nel corso del 2025 è stato realizzato un percorso di co-programmazione coordinato dalla Struttura Complessa (SC) di Salute Mentale e Dipendenze di ATS Milano, che ha previsto il confronto, ai tavoli di lavoro, di tutte le componenti istituzionali e degli Enti del Terzo Settore (ETS) che lavorano a vari livelli nel campo della Salute Mentale.

Le componenti istituzionali erano così composte: rappresentati dei Dipartimenti di Salute Mentale per ogni ASST/IRCCS presenti sul territorio, Rappresentanti dei Sindaci, degli Uffici di Piano, dei Dipartimenti dell'area Dipendenze delle ASST/IRCCS, degli Uffici Scolastici Territoriali e dei Centri per la Giustizia Minorile.

Il percorso completo è stato descritto in Ferrari et al. (2025). Durante il percorso, che si è articolato in tre tavoli di lavoro paralleli, divisi per area territoriale (ATS Milano, ATS Milano Ovest e ATS Milano Est), sono emersi diversi bisogni ed istanze dal territorio.

Aspetti di criticità legati al tema della continuità delle cure per i pazienti che avevano necessità di effettuare un cambiamento durante il loro percorso di presa in carico, cambiamento che viene principalmente individuato nei processi di transizione dall'età minorile all'età adulta (e nel conseguente passaggio da una cura erogata dalla Neuropsichiatria Infantile ad una cura erogata dai servizi di Psichiatria) e nei processi di uscita da contesti residenziali (con il conseguente rientro al proprio domicilio). Le criticità evidenziate riguardavano sia la possibilità che il passaggio da un servizio curante ad un altro non fosse ben coordinato, sia la possibilità che esistesse un vero e proprio "buco nella filiera dei servizi", per il quale, ad esempio nel caso dell'uscita dalla residenzialità ed il rientro al domicilio, il paziente non trovasse di fatto un servizio idoneo.

A questi aspetti si affianca la consapevolezza della presenza di servizi territoriali per la Salute Mentale offerti da ETS e dall'associazionismo, che però risultano frammentati e mancanti di un coordinamento unico con i servizi pubblici.

In seguito ad un'operazione di sintesi dei tavoli di lavoro, dall'intero percorso di co-programmazione sono stati valorizzati quindi due macro-tematiche:

- "la domiciliarità, intesa come interventi di cura nei luoghi di vita dei pazienti, imprescindibile dal coinvolgimento delle reti sociali naturali, degli operatori e dei volontari formati, degli ESP e dal supporto e collaborazione dei familiari dei pazienti";
- "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, anche fortemente connesso al bisogno di un raccordo tra l'offerta sanitaria, sociale e socio-sanitaria" (Ferrari et al., 2025).

In *figura 1* un riepilogo visivo di quanto appena esposto.

Queste aree di interesse clinico e organizzativo hanno visto una prima possibilità di trasposizione applicativa con la Deliberazione della Giunta Regionale 4481 di Regione Lombardia del 3 giugno 2025 dal titolo "Approvazione indicazioni operative per la definizione dei modelli innovativi previsti ai sensi del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024/2028 e della DGR 3720/2024", la quale prevedeva il finanziamento di progetti innovativi per il sistema sociosanitario che fossero in grado di intercettare i nuovi bisogni emergenti e sperimentassero un nuovo

Figura1: Riepilogo della sintesi delle principali istanze emerse all'interno dei tavoli di co-programmazione

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	

paradigma di modelli di welfare, secondo una logica di filiera e complementarietà degli interventi.

La DGR 4481 ha messo a disposizione 5 aree di progettazione, tra cui le ATS hanno avuto facoltà di scelta: a) Area degli anziani e delle fragilità emergenti, b) Area della presa in carico delle persone con demenza, c) Area delle cure domiciliari, d) Area della disabilità e non autosufficienza, e) Area della salute mentale.

Il bando di Manifestazione d'Interesse, pubblicato in data 11 agosto 2025, ha avuto quindi la finalità di acquisire progetti per la costituzione di "un modello organizzativo innovativo di presa in carico da parte dei servizi accreditati della salute mentale minori e adulti e su invio dei DSMD attraverso UONPIA e CPS, puntato a definire possibili percorsi individuali intensivi territoriali a favore di adolescenti, giovani adulti (es. fascia compresa tra i 14/25 anni) e adulti con problematiche di salute mentale, attraverso interventi territoriali, anche domiciliari, sanitari e/o abilitativi e/o riabilitativi con funzione risocializzante". Interventi quindi di domiciliarità, intesa come accompagnamento all'abitare nella casa e nella comunità per perseguire la recovery, con il possibile coinvolgimento dell'ESP, quali utenti esperti tra pari il cui ruolo risulta significativo nel promuovere sempre più la cultura dell'inclusione e dell'aiuto tra pari, dell'associazionismo e delle reti naturali. Il percorso proposto dovrebbe puntare infatti anche all'integrazione strutturata con la rete del terzo settore operante a livello locale e con esperienza specifica nel settore, in funzione del potenziamento della qualità inclusiva della persona e della famiglia contrastando isolamento sociale e rischi di stigmatizzazione".

È possibile osservare come la fascia di popolazione indicata comprenda anche quella dell'adolescenza- prima età adulta, in modo da permettere ai progetti di cimentarsi in percorsi di accompagnamento nella transizione tra i servizi dedicati all'età evolutiva e quelli per l'età adulta.

Particolare importanza è stata attribuita alla costituzione di una rete di partenariato sia formale con altri Enti del Terzo Settore (ETS) accreditati per la Salute Mentale, sia informale con ETS non accreditati ed Enti locali istituzionali.

ATS MILANO ha voluto garantire la più ampia copertura territoriale degli interventi, dando la possibilità di presentare progetti su tre aree differenti: Area Milano (Comune di Milano), Area Ovest (ASST Ovest Milanese, ASST Rhodense e ASST Nord Milano) e Area Est (ASST Melegnano Martesana e ASST Lodi). Sono pervenute 9 progettualità, tutte ammissibili, che verranno dettagliatamente descritte di seguito.

In questo lavoro viene quindi presentata un'analitica descrizione dei progetti pervenuti, dai quali si presume che la cittadinanza e i servizi di Salute Mentale e Dipendenze potranno trarre giovamento.

METODO DI LAVORO

Il bando di manifestazione d'interesse pubblicato da ATS presentava al proprio interno le indicazioni circa i contenuti da presentare, derivati direttamente dalla co-programmazione precedente, e che sarebbero poi stati oggetto di specifica valutazione.

Abbiamo di seguito sintetizzato gli aspetti caratterizzanti i progetti e la loro descrizione (*tabella 1*).

Il metodo adottato per l'analisi critica e sintetica dei progetti parte quindi proprio da questi elementi principali.

In una prima fase, tutte le informazioni sono state organizzate nella tabella di sintesi che è possibile visionare nell'*Allegato 1*. La tabella è divisa in due parti per necessità grafiche e non mostra il titolo dei singoli progetti.

Successivamente è stata verificata l'effettiva copertura territoriale, includendo i partner istituzionali e non istituzionali presenti in ogni progetto.

Infine, a partire dalla tabella di sintesi delle caratteristiche dei progetti, abbiamo effettuato un raggruppamento sintetico e categoriale circa: 1) l'utenza identificata e l'eventuale scelta di una casistica clinica circoscritta; 2) la tipologia di elementi innovativi proposti, se presenti; 3) gli obiettivi e la tipologia di interventi proposti con le relative azioni e 4) gli indicatori di valutazione del processo e delle attività di progetto.

Tabella 1	
Aspetti caratterizzanti	**Descrizione**
Tipo di Utenza e numerosità prevista	Adolescenti e giovani adulti (tra i 14/25 anni)
	Adulti
Dettaglio dell'utenza	Descrizione delle caratteristiche in termini clinici e sociali dell'utenza target
Obiettivi generali e specifici	Descrizione degli obiettivi generali e specifici
Attività ed azioni	Descrizione delle attività ed azioni in coerenza con gli obiettivi
Innovazione della proposta	Descrizione dettagliata degli elementi innovativi
Indicatori	Descrizione degli indicatori qualitativi e quantitativi
Rete di progetto ed istituzionale	Descrizione della rete di progetto distinta da quella istituzionale che appoggia il progetto, con eventuali documenti relativi (protocolli, accordi, precedenti attività svolte…)

DESCRIZIONE

I progetti pervenuti e ammessi sono nel complesso nove e si distribuiscono con buona omogeneità sull'intero territorio di ATS MILANO.

Come è possibile osservare nell'*Allegato 1*, quattro progetti insistono sul territorio del Comune di Milano, tre sull'Area Est (ASST Lodi e Melegnano Martesana) e due sull'Area Ovest (ASST Ovest Milanese, Rhodense e Nord Milano). Cinque progetti hanno come ente capofila una Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST), mentre quattro progetti hanno come capofila un Ente Gestore accreditato per la Salute Mentale privato.

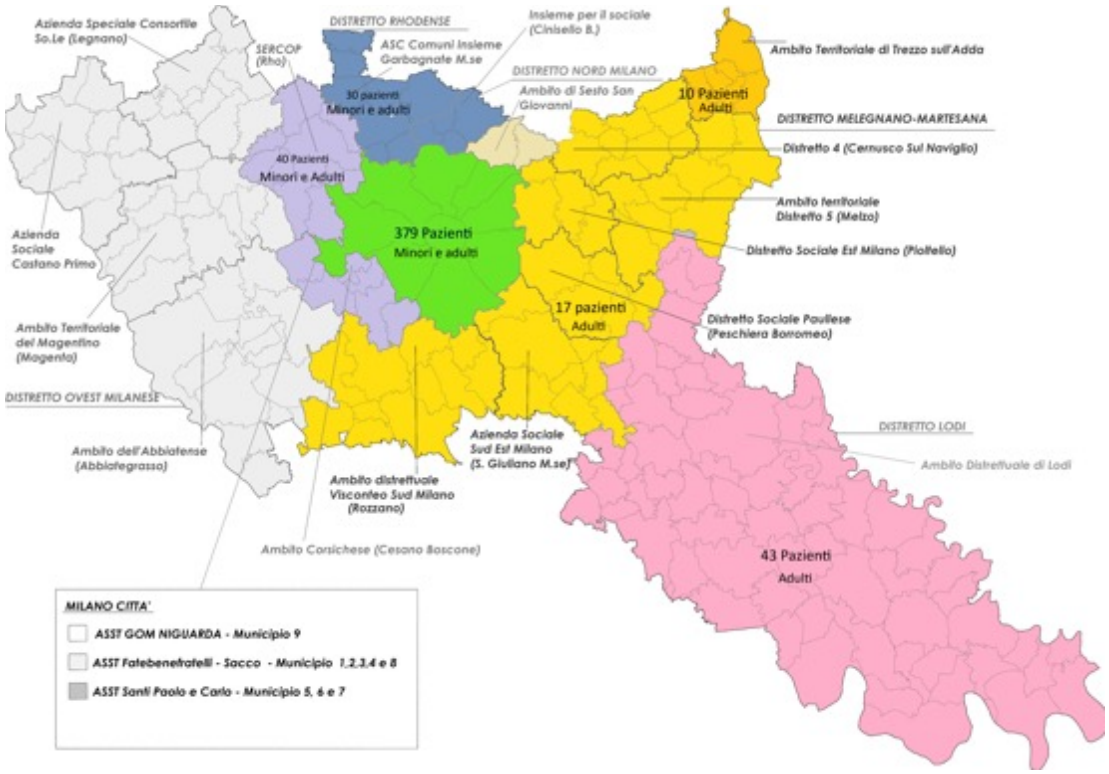
Il partenariato formale, composto da Enti Gestori pubblici e privati accreditati per la Salute Mentale, è stato presentato da cinque progetti, mentre tre progetti hanno presentato una rete composta dal solo partenariato informale (che coincide con la rete territoriale), formato da ETS e da Enti istituzionali sanitari e locali. Gli Enti Istituzionali coinvolti nel partenariato sono complessivamente 7, mentre gli Enti del Terzo Settore risultano 16. Nell'*Immagine 1* si può osservare la copertura territoriale delle azioni progettuali sull'area di ATS Milano. Come si può osservare risulta oggetto delle attività tutta l'area, ad eccezione dell'Ambito Ovest Milanese.

Utenza ed interventi

Per quanto riguarda la scelta dei pazienti a cui indirizzare le attività cliniche e educative, due Enti si sono focalizzati esclusivamente sull'età evolutiva, individuando la fascia tra i 14 e i 25 anni. I due progetti hanno identificato aree di intervento parzialmente differenti, laddove oltre ai giovani con quadro psicopatologico, sono stati compresi 1) in un caso minori stranieri non accompagnati, i giovani con misure penali e disturbi del neurosviluppo e 2) nell'altro caso giovani con grave psicopatologia e in comorbilità una dipendenza patologica.

Quattro progetti hanno strutturato i propri interventi in modo che fossero rivolti sia agli adulti sia ai minori, dando quindi particolare attenzione alla fase di transizione tra i servizi, e tre si sono indirizzati esclusivamente agli adulti. Per quanto riguarda il numero di pazienti previsti per l'accesso a questi percorsi di domiciliarità, è possibile vedere sia in *Tabella 3* sia in *Figura 2* la distribuzione nei progetti e nel territorio: sull'Area di Milano, i 4 progetti presenti hanno previsto un totale di 239 prese in carico, nell'Area Ovest i 2 progetti hanno previsto 70 prese in carico, lo stesso numero è stato previsto per l'Area Est, per un totale complessivo di 379 pazienti previsti. Ogni progetto ha scelto in modo completamente indi-

Figura 2: rappresentazione grafica della distribuzione territoriale e del numero previsto di pazienti per area. L'area di Milano contempla la somma di 4 progetti, che per necessità grafica non è stato possibile distinguere.



viduale il numero di prese in carico possibili, sulla base del budget richiesto e di valutazioni interne; non era presente un vincolo da parte del bando di ATS Milano.

Tutti hanno evidenziato il criterio comune della presenza di psicopatologia grave o a rischio ingravescenza, è però possibile apprezzare una eterogeneità di aspetti clinici su cui ogni singolo progetto ha scelto di focalizzarsi. In particolare, sono stati identificati i giovani a rischio di isolamento sociale e i NEET, i casi in cui sono presenti gesti autolesivi e i pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Un progetto in particolare ha scelto di dare specifica attenzione anche a donne con psicopatologia psichiatrica e una concomitante condizione di fragilità sociale ed economica.

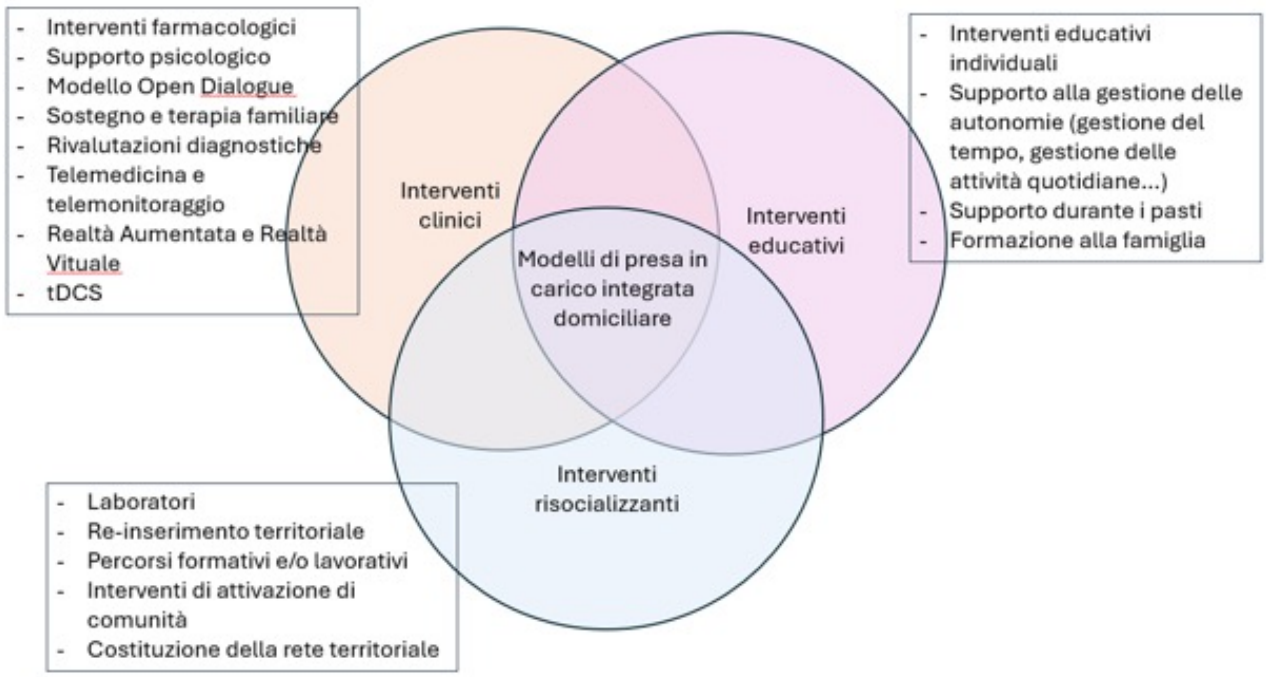
Per quanto riguarda gli interventi proposti, come è possibile osservare nella Tabella in *Allegato 1*, tutti i progetti prevedono interventi di tipo sanitario (clinico-riabilitativi), di tipo educativo e di tipo risocializzante (*Figura 3*).

Tra gli interventi sanitari, oltre al monitoraggio farmacologico, i colloqui psicologici e i colloqui per le rivalutazioni, sono previsti anche specifici interventi (sulla base dell'utenza per ogni progetto) volti, ad esempio, al monitoraggio infermieristico e all'assistenza nella richiesta di esami ematici. All'interno di tre progetti è presente l'utilizzo di strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, che permettono all'Ente pubblico inviante (Centro Psicosociale o Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) un'ottimizzazione dei processi di supervisione clinica.

Entrando maggiormente nel dettaglio, quasi tutti i progetti (otto su nove) hanno previsto interventi di supporto rivolti alla famiglia o ai caregiver. Oltre a generici interventi di sostegno, poniamo l'attenzione su tre progettazioni peculiari:

- un progetto ha introdotto la figura del Family Coach con relative attività psicoeducative mirate alle famiglie e ai caregiver;
- un progetto ha descritto la presenza della famiglia come elemento centrale all'interno del modello di trattamento Open Dialogue;

Figura 3: rappresentazione grafica della tipologia di interventi presenti complessivamente nei progetti.



– un progetto ha previsto la possibilità di formare le famiglie di pazienti con storia psichiatrica, in modo che possano esse stesse diventare parte di futuri processi di cura, assumendo il ruolo di famiglie Esperte in Supporto tra Pari (ESP).

Il tema dell'attivazione di comunità è stato esplicitamente inserito in tre progetti, che hanno anche identificato questo elemento come innovativo. Viene descritto con maggiore accuratezza nel paragrafo successivo.

Inoltre, un progetto ha previsto un'azione volta a garantire una stabilità abitativa, tramite l'attivazione di co-housing, per uno specifico target di utenti donne che presentano una condizione di particolare fragilità psichica, sociale ed economica.

Infine, in un caso sono stati approntati una serie di interventi diversificati specificamente rivolti al trattamento delle dipendenze patologiche. Questi ultimi risultano anche essere degli elementi di innovatività, e vengono dettagliatamente descritti nel prossimo paragrafo.

Innovatività

Per quanto riguarda gli elementi di innovatività, abbiamo raggruppato le proposte in tre categorie: 1) innovazioni tecnologiche applicate alla clinica, 2) innovazioni nell'utilizzo di strumenti clinici non applicati in precedenza nei servizi pubblici, 3) innovazione nel modello organizzativo e operativo proposto.

Rispetto alle innovazioni tecnologiche, tre progetti hanno individuato degli strumenti da applicare alla clinica in casistiche definite, secondo le recenti rilevazioni di letteratura.

L'utilizzo della Realtà Virtuale e delle Realtà Virtuale Aumentata a scopo clinico è stato proposto da due progetti per il trattamento rispettivamente delle fobie e del craving da sostanze (Hone-Blanchet et al., 2014; Yeh et al., 2018; Albakri et al., 2022). Un terzo progetto, che si rivolge a giovani con psicopatologia e contemporanea dipendenza da sostanze, prevede una proposta che sviluppa gli elementi di innovatività su più direttrici. Innanzitutto, è presente l'utilizzo di strumenti tecnologici applicati alla pratica clinica, quali la transcranial

Direct Current Stimulation (tDCS) e il gaming tramite la Realtà Virtuale Aumentata (AR) che permettono di ridurre il craving sia nei disturbi da uso di sostanze che nelle dipendenze comportamentali e nel controllo dell'impulsività (Lupi et a., 2017; Lapenta et al., 2018). Queste tecniche vengono applicate all'interno del modello di trattamento Open Dialogue (Seikkula et al., 2001), un approccio individualizzato e adattato al bisogno, che contempla un diretto coinvolgimento attivo delle famiglie con operatori specificamente formati, e l'attivazione di equipe multidisciplinari che in questi progetti vedono anche la partecipazione di figure professionali quali l'antropologo e il criminologo. Il modello descritto in letteratura è strutturato, si compone di diverse fasi di trattamento che si sviluppano nel corso di 12 mesi.

Come "modello" organizzativo e operativo innovativo, cinque progetti hanno indicato la costituzione della rete territoriale e di attivazione di comunità o la costituzione di un differente assetto organizzativo interno in relazione alla gestione dei pazienti.

Entrando nel dettaglio, tre progetti hanno descritto la costituzione di modelli di rete multilivello con stretta collaborazione tra le attività dell'Ente ospedaliero inviante, dei servizi ASST territoriali e gli ETS locali (collaborazione che si basa anche su pregressa esperienza consolidata), prevedendo il coinvolgimento ad esempio della scuola e del servizio sociale territoriale, tramite un sistema di governance stratificato in cui tavoli di coordinamento mensili e bimestrali- Cabine di Regia- che integrano al loro interno anche i partner di progetto, definiscono le priorità di presa in carico e l'organizzazione generale. Tali priorità vengono poi calate nelle attività strettamente operative, che vengono governate attraverso apposite equipe. Un progetto ha previsto anche una reperibilità telefonica con i pazienti continua h24.

Infine, due progetti con capofila ASST pubblico hanno individuato come elemento di innovatività il metodo stesso di lavoro che intendono di adottare in queste esperienze progettuali, il quale si discosta in modo importante dalla metodologia che gli Enti pubblici sono in grado di erogare durante l'attività ordinaria. Il concetto di "modello di lavoro innovativo" non si sovrappone al "modello di costituzione della rete territoriale" che è stato sopra descritto, poiché in questo caso il focus riguarda la presa in carico del paziente secondo una direttrice di forte coordinamento tra diversi servizi della stessa ASST, affinché sia garantita 1) la continuità di cura nelle fasi di transizione dai servizi di salute mentale per minori ai servizi per adulti, e 2) il rientro alla propria abitazione in seguito alle dimissioni da una struttura residenziale. Lo sforzo, in questi casi, riguarda il mantenimento costante e coerente della presenza dell'operatore clinico ed educativo, evitando che si creino momenti di "vuoto" nel passaggio da un servizio ad un altro.

Indicatori di valutazione

Per quanto riguarda la valutazione, ogni progetto ha identificato una serie di indicatori quantitativi e qualitativi, che si dividono in Indicatori di Processo, Indicatori di esito clinico e Indicatori di esito Sociale.

Nella *tabella 2* vengono sintetizzati complessivamente gli indicatori che concettualmente risultano comuni a tutti i progetti. Gli strumenti individuati dai progettisti per rilevare gli indicatori fanno riferimento sia ai registri interni di monitoraggio dei pazienti e le cartelle cliniche, sia a strumenti testistici. Questi ultimi hanno l'obiettivo di valutare 1) il quadro psicopatologico del paziente interessato e il suo stato clinico, 2) lo stato di benessere personale del paziente relativamente alla sfera sociale e 3) lo stato di benessere della famiglia.

La *tabella 2* non fornisce una rappresentazione esaustiva di tutti gli elementi che si intendono valutare, poiché ogni singolo progetto ha declinato specifici aspetti caratterizzanti, quali (a titolo esemplificativo) il grado di autonomia raggiunta nella gestione del tempo e della casa, il numero di recidive penali ed il numero di eventi di detenzione e uso di sostanze (per quei progetti che contemplano pazienti con questa caratteristica), il

Tabella 2

Tipo di indicatore	Indicatore	Strumento di rilevazione
Indicatore di processo	Numero totale di pazienti presi in carico	Registro interno, Cartella clinica
	Numero di famiglie coinvolte	Registro interno, Cartella clinica
	Giornate di ricovero nel periodo relativo al progetto	Registro interno, Cartella clinica
	Giornate di ricovero nell'anno precedente	Registro interno, Cartella clinica
	Numero complessivo di accessi domiciliari	Registro interno, Cartella clinica
	Numero di Drop Out	Registro interno, Cartella clinica
	Elaborazione di protocollo con la rete territoriale	Registro interno, Cartella clinica
	Elaborazione finale di un modello di gestione e trattamento	Documento presentato dal capofila
	Attività di rete	Documento presentato dal capofila
Indicatore di esito clinico/ riabilitativo	Misurazione della condizione clinica del paziente	Scale BPRS, HONOS, GAF, CGI-I
	Valutazione della compliance	ND
	Misurazione della qualità di vita percepita	WHOQOL O KIDSCREEN
Indicatore di esito sociale	Numero complessivo di attività laboratoriali e risocializzanti attivate	Registro interno, Cartella clinica
	Numero di percorsi di formazioni e/o lavorativo awiati	Registro interno, Cartella clinica
	Grado di soddisfazione del percorso del paziente	Questionario di soddisfazione
	Misurazione del funzionamento personale e sociale	Scala FPS VADO, Interviste individuali, Mappa di Todd
	Livello di Inclusione Sociale percepito (PoS)	Scala Personal Outcome Scale (Pos)

numero di agiti etero o auto-aggressivi o il numero di eventi di formazione effettuati.

Le informazioni provenienti dai progetti e gli indicatori sopra elencati sono stati utilizzati per elaborare un flusso informativo informatizzato atto a permettere una rendicontazione tecnica, oltreché economica, omogenea per tutti i progetti, ed utile ad una futura conclusiva valutazione di questa prima sperimentazione.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Discussione

I progetti e le loro attività descritte in questo articolo, come già anticipato in Introduzione, sono l'esito di un percorso di co-programmazione (Ferrari et al., 2025) che si è svolto tra aprile e giugno 2025 e che ha coinvolto per intero la componente pubblica sanitaria e istituzionale che è attiva nell'area della Salute Mentale e Dipendenze dell'ATS di Milano, oltre agli Enti del Terzo Settore.

Le tematiche sintetiche emerse in co-programmazione e poi successivamente richiamate nell'applicazione della DGR 4481/2025 avevano decisamente evidenziato la necessità di coprire una carenza di servizio legata alla continuità delle cure nelle fasi di transizione (sia d'età sia da un servizio all'altro) e di conseguenza di sperimentate modelli di coordinamento multilivello tra i servizi pubblici e quelli offerti dalla rete del Terzo Settore, di modo che la mancanza di una rete naturale possa essere sopperita da una rete curante territoriale.

Nei progetti descritti possiamo quindi ritrovare questi stessi obiettivi, declinati con le peculiarità specifiche che ogni Capofila ha individuato.

La realizzazione di progetti di domiciliarità volti alla recovery dei pazienti ed effettuati in sinergia con il mondo del Terzo Settore locale, richiedono necessariamente la messa in campo di competenze di organizzazione e management che è possibile effettivamente ritrovare all'interno di tutti i progetti. Si sottolinea però, come in particolare tre di essi abbiano dedicato una specifica attenzione a questa area, sviluppandola come un elemento di innovazione progettuale e dando valore al lavoro di costituzione della rete.

La presenza di Utenti Esperti (ESP), la presenza strutturale di figure di Case Management e Project Management, la sistematica integrazione dell'intero nucleo familiare all'interno del processo di cura sono esempi di questo iter intrapreso.

È interessante inoltre dare risalto agli elementi di innovatività presentati, che danno una visione del cambiamento in atto nei modi e negli strumenti della cura.

Molti progetti hanno inserito la telemedicina, utile sia per visite mediche e psicologiche da remoto, sia per incontri di monitoraggio. Questo dispositivo, oltre all'indubbia utilità legata alla logistica delle visite a domicilio, trova anche una specifica applicazione clinica in quei casi di forte isolamento sociale (ad esempio hikikomori) con la funzione di "strumento di avvicinamento" maggiormente accettato rispetto alla presenza fisica, in una fase iniziale.

Nell'ambito dell'utilizzo delle nuove tecnologie, si osservano con interesse sia 1) l'applicazione degli strumenti di Realtà Virtuale e di Realtà Virtuale Aumentata per i casi di Fobia o di Ansia Sociale, sia 2) l'applicazione della tDCS per la riduzione del craving nei casi di dipendenza da sostanze o digitale.

Tutti gli obiettivi sopra descritti sono inoltre coerenti con le indicazioni presenti nel Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025- 2030 (PANSM 2025-2030) che identifica un capitolo intero all'importanza della transizione tra servizi per l'età evolutiva e servizi per l'età adulta, con particolare attenzione al tema della recovery per la popolazione giovanile con problemi di uso di sostanze e all'empowerment, oltre che alla continuità delle cure.

Anche la figura del Case Manager viene individuata come elemento prioritario, la cui implementazione all'interno delle equipe cliniche è prevista entro 3 anni.

Infine, si sottolinea anche la coerenza delle azioni progettuali che prevedono l'utilizzo della telemedicina con l'obiettivo PANSM di implementazione strutturale di questo strumento, anche tramite una futura piattaforma nazionale.

Conclusioni

Considerando il percorso avviato già con la co-programmazione, e questo primo esito progettuale, possiamo affermare che si è osservata una collaborazione fattiva e l'emersione di una nuova consapevolezza negli operatori sanitari circa la necessità dell'integrazione della rete, un tempo esistente come rete naturale nei piccoli centri, ma non più presente nelle grandi città.

Negli anni è stato osservato un progressivo cambiamento dell'assetto organizzativo lavorativo dei CPS, progressivamente sempre più integrati tra loro con l'ospedale e con altri Enti nella cura del singolo utente, attraverso l'applicazione dei progetti di vita, e nella cura dell'ambiente relazionale comunitario.

Ad oggi, grazie anche all'applicazione della normativa

relativa all'Integrazione Sociosanitaria (Legge 328/2000, Legge Regione Lombardia 23/2015, DGR n. XI/4885 del 2021), si può osservare una tensione atta alla ricostituzione di un coordinamento di rete tra servizi sanitari e territorio.

I prossimi passi da intraprendere saranno volti a costituire un metodo di valutazione dell'andamento di queste sperimentazioni, che permetta di comprendere quali elementi progettuali risultano essere maggiormente efficaci e quali invece di più complessa realizzazione, anche effettuando delle considerazioni relative alle diverse metodologie utilizzate.

La valutazione del miglioramento del paziente necessita sicuramente di analisi quantitative legate agli strumenti testistici standard, ma deve anche considerare gli aspetti relativi ai possibili traguardi esistenziali del paziente rispetto alla sua storia di malattia: per i minori la ripresa e la conclusione di un percorso scolastico o la realizzazione di forme di socializzazione, per gli adulti la ripresa di obiettivi individuali, anche lavorativi, e un minor ricorso alla residenzialità nel futuro.

Afferenza degli autori

* *ATS Città Metropolitana di Milano*

Bibliografia

1. Albakri, G., Bouaziz, R., Alharthi, W., Kammoun, S., Al-Sarem, M., Saeed, F., & Hadwan, M. (2022). *Phobia exposure therapy using virtual and augmented reality: a systematic review*. Applied Sciences, 12(3), 1672.
2. Anthony, W. A. (1993). *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. Psychosocial rehabilitation journal, 16(4), 11.
3. Barone, R., Bruschetta, S., & Frasca, A. (2014). *Gruppo analisi e sostegno all'Abitare. Domiciliarità e residenzialità nella cura comunitaria della grave patologia mentale*. FrancoAngeli.
4. Bruschetta, S., Frasca, A., & Barone, R. (2016). *Verso servizi comunitari di salute mentale recovery-oriented*. Nuova Rassegna Studi Psichiatrici, 13(1).
5. Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M. J., & Lawless, M. S. (2008). *A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care* (Vol. 1, pp. 1-269). New York: Oxford University Press.
6. De Girolamo, G., Picardi, A., Micciolo, R., Falloon, I., Fioritti, A., & Morosini, P. (2002). *Residential care in Italy: National survey of non-hospital facilities*. The British Journal of Psychiatry, 181(3), 220-225.
7. DGR XI/ 4885 del 14/06/2021. U*lteriori determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell'assetto del sistema socio-sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23*. Regione Lombardia
8. DGR n° XII/ 4481 del 03/06/2025. *Approvazione indicazioni operative per la definizione dei modelli innovativi previsti ai sensi del piano sociosanitario integrato lombardo 2024/2028 e della dgr 3720/2024*. Regione Lombardia.
9. Ferrari R., Arcidiacono E., Cauli G., Fornoni C., Mancin R., Salari B., Tosoni F., Rolli F. (2025). *La*

prima esperienza di co-programmazione dei servizi di Salute Mentale in ATS Città Metropolitana di Milano. Psichiatria Oggi 2(21).

10. Hone-Blanchet, A., Wensing, T., & Fecteau, S. (2014). *The use of virtual reality in craving assessment and cue-exposure therapy in substance use disorders*. Frontiers in human neuroscience, 8, 844.
11. *Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey*. Geneva, World Health Organization (2014).
12. Lapenta, O. M., Marques, L. M., Rego, G. G., Comfort, W. E., & Boggio, P. S. (2018). *tDCS in addiction and impulse control disorders*. The journal of ECT, 34(3), 182-192.
13. Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). *What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance*. Psychiatric services, 62(12), 1470-1476.
14. Legge 8 novembre 2000, n. 328. *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.
15. Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23. E*voluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33* (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità). Regione Lombardia
16. Lupi, M., Martinotti, G., Santacroce, R., Cinosi, E., Carlucci, M., Marini, S., ... & di Giannantonio, M. (2017). T*ranscranial direct current stimulation in substance use disorders: a systematic review of scientific literature*. The Journal of ECT, 33(3), 203-209.
17. Medeiros H, McDaid D, Knapp M, the MHEEN Group. *Shifting care from hospital to the com¬munity in Europe: economic challenges and opportunities*. London, MHEEN II Policy Briefing 4, Personal Social Services Research Unit, 2008.
18. *Mental health action plan, 2013–2020*. Geneva, World Health Organization, 2013
19. Seikkula, Birgitta Alakare, Jukka Aaltonen, J. (2001). *Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration*. Journal of Constructivist Psychology, 14(4), 247-265.
20. Tavolo Tecnico per la Salute Mentale (2025). *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Men tale, PANSM 2025-2030*. Roma: Ministero della Salute.
21. Yeh, S. C., Li, Y. Y., Zhou, C., Chiu, P. H., & Chen, J. W. (2018). *Effects of virtual reality and augmented reality on induced anxiety*. IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering, 26(7), 1345-1352.

ALLEGATO 1

Tabella 3

Area progetto	Ente Capofila	Partenariato (N° Enti)	Partenariato (Enti Gestori)	Rete territoriale anche informale e ETS	Utenza	Utenza dettaglio	N° previsto di pz in carico
Milano	Pubblico	2	1 ASST 1 ETS	3 ETS	Adulti e minori	1. problematiche salute mentale e elevata marginalità socio-eco 2. disturbi comportament, DNA, ritiro sociale, quadri clinici sub acuti	140
Milano	Pubblico	2	2 ETS	12 Enti pubblici, istituzionali ed ETS	Minori	14-18 anni, condizione di passaggio tra servizi o livelli di intensità, necessità tempestiva di risocializzazione, inclusi tutti i disturbi del neurosviluppo, MSNA, minori migranti, penale minorile	19
Milano	Privato	1	1 ETS	1 ETS	Minori	14- 18 anni con grave psicopatologia e dipendenza patologica. Esclusione ritardo mentale medio-grave	10
Milano	Pubblico	1	1 ETS	1 ETS	Adulti e minori	1. Giovani quadri psicopatologici complessi 2. Adulti che richiedono interventi domiciliari	70
Est	Pubblico	0	No	1 Ente Istituzionale	Adulti	1. giovani adulti psichiatr grave 2. adulti psichiatr grave in prova autonomia abitativa 3. donne adulte fragili senza figli 18-60 anni	43
Est	Privato	0	No	2 ETS e 1 Ente Istituzionale	Adulti	Giovani adulti 18- 25 anni con generali problematiche di salute mentale	17
Est	Privato	0	No	No	Adulti	• Disturbi mentali gravi con autonomi funzionali deficitarie • Supporto attivo alle autonomie domestiche e inclusione sociale • Dimissioni protette post interventi riabilitative	10
Ovest	Pubblico	0	No	2 Enti istituzionali	Adulti e minori	14-25 anni A rischio o con Psicopatologia conclamata Ritiro sociale Gesti autolesivi NEET	40
Ovest	Privato	1	1 ASST	2 Enti istituzionali	Adulti e minori	1. adulti e minori_ 14-25 anni con quadro di disturbo di personalità in via di strutturazione, Ritiro Sociale Discontrollo Autolesività	30

Tabella 4

Area progetto	Denominazione Progetto	Ente capofila	Utenza	Interventi	Elementi di innovatività
Milano	Progetto 1	ASST	Adulti e minori	1. Domiciliari clinico-riabilitativi 2. Domiciliari socio-riabilitativi 3. Inclusione e socializzazione 4. Supporto diretto alle famiglie	1. Coordinamento con ETS e tessuto territoriale 2. Utilizzo clinico della Virtual Reality 3. Reperibilità telefonica continua
Milano	Progetto 2	ASST	Minori	1. Interventi educativi 2. Interventi terapeutici 3. Tutoraggio individuale per i minori 4. Supporto genitoriale 5. Individuazione di famiglie ESP 6. Inclusione e risocializzazione 7. Interventi formativi e informativi	1. Modello di presa in carico che prevede continuità delle cure 2. Costituzione di una rete territoriale con ETS
Milano	Progetto 3	ASST	Minori	1. Interventi clinici 2. Interventi clinici e formativi rivolti alle famiglie 3. Interventi riabilitativi	1. Interventi specialistici rivolti a minori in doppia diagnosi con presenza di figure professionali specificamente formate (antropologo e criminologo) 2. Utilizzo clinico della tDCS e Augmented Reality 3. Cartella clinica elettonica
Milano	Progetto 4	ASST	Adulti e minori	1. Visite domiciliari cliniche 2. Interventi educativi 3. Prevenzione della riacutizzazione 4. Inclusione e risocializzazione 5. Sostegno ai caregiver	1. Family Coach 2. Coinvolgimento attivo degli ESP
Est	Progetto 5	ASST	Adulti	1. Interventi educativi 2. Interventi socializzanti 3. Supporto ai familiari 4. Supporto collocazione abitativa	ND
Est	Progetto 6	Privato	Adulti	1. Interventi educativi 2. Intervnti socio-sanitari 3. Telemedicina 4. Telemonitoraggio 5. Formazione	1. Colloqui in telemedicina 2. Telemonitoraggio infermieristico e supporto nella richiesta di esami ematici
Est	Progetto7	ASST	Adulti	1. Interventi clinici 2. Interventi educativi 3. Interventi risocializzanti 4. Supporto genitoriale 5. Interventi per creazione di rete territoriale	ND
Ovest	Progetto 8	ASST	Adulti e minori	1. Interventi clinico riabilitativi 2. Interventi educativi 3. Attivo coinvolgimento famiglie 4. Interventi socializzanti 5. Sviluppo di comunità	1. Modello di presa in carico con continuità delle cure 2. Costituzione di una rete territoriale con ETS
Ovest	Progetto 9	Privato	Adulti e minori	1. Interventi clinici 2. Interventi educativi 3. Interventi risocializzanti 4. Supporto genitoriale 5. Interventi su rete sociale e di quartiere	ND

Comportamenti autolesivi nei giovani con background migratorio di seconda generazione: fattori relazionali e tratti maladattivi di personalità in un campione clinico

Pierotti A.P.°, Atria F.*°, Malvini L.*, Meliante M.*, Percudani M.**

INTRODUZIONE

In Italia, al 1° gennaio 2026, il numero di residenti di cittadinanza straniera era pari a 5 milioni e 560mila, una cifra che dimostra un aumento di 188mila individui (+3,5%) rispetto all'anno precedente, e che corrisponde ad un'incidenza sulla popolazione totale pari al 9,4% (Istituto Nazionale di Statistica, 2026).

I fenomeni migratori internazionali costituiscono una forza profondamente trasformativa, in grado di esercitare un'influenza non soltanto sulle società interessate, ma anche sulle storie di vita degli individui e dei loro discendenti. In tempi recenti, lo studio delle conseguenze a lungo termine dei fenomeni migratori si è concentrato in modo particolare proprio sui processi di adattamento delle generazioni che discendono da quella che emigra dal paese di origine (Rumbaut, 2004). Nel contesto italiano le cosiddette «seconde generazioni» sono diventate oggetto di studio delle scienze sociali solo negli ultimi decenni (Caneva & Ambrosini, 2009).

Le seconde generazioni sono in rapida crescita e presentano una composizione sempre più eterogenea, per effetto della prosecuzione dei flussi migratori, dell'incremento naturale della popolazione e dei processi di matrimonio misto. Tale dinamica rende necessario chiarire i criteri utilizzati per definire questa categoria. Seguendo la classificazione proposta da Rumbaut (1997), possono essere considerati migranti di seconda generazione i soggetti nati nel paese ospitante da almeno un genitore immigrato. Accanto a questa definizione, la letteratura distingue anche alcune generazioni intermedie, riferite a soggetti nati all'estero ma arrivati nel paese di destinazione durante l'infanzia o l'adolescenza, la cui esperienza migratoria si colloca in una posizione intermedia tra la prima e la seconda generazione.

Occorre notare come la definizione di "migrante di seconda generazione" contenga in sé un paradosso. Lo status di migrante viene infatti attribuito (dall'esterno) a persone che nella maggior parte dei casi non si sono mai spostate dal paese in cui sono nate. Il loro essere considerati "migranti" è infatti un'eredità dei loro genitori, che passerebbe anche a generazioni successive.

Così come i migranti di prima generazione, anche i giovani di seconda generazione si trovano a dover bilanciare il patrimonio culturale familiare con i valori e le norme della cultura dominante. Tale processo di adattamento, definito in letteratura con il termine "acculturazione", riveste un ruolo centrale nel determinare il benessere psicologico e sociale degli individui con background migratorio. L'acculturazione è stata concettualizzata come un processo complesso che, in presenza di difficoltà di adattamento, può associarsi a psicopatologia, comportamenti a rischio e conflitti intrafamiliari (Schwartz et al., 2013).

Le seconde generazioni possono risentire in modo particolare della divergenza nei ritmi e nei gradi di adattamento culturale tra genitori e figli (acculturazione dissonante), che può compromettere i legami familiari, determinare una perdita di autorità genitoriale e acuire i conflitti intergenerazionali (Harris & Chen, 2023).

Le ricerche mostrano che a causa di svantaggi strutturali, stress da acculturazione e conflitti intergenerazionali di natura culturale, le famiglie con background migratorio possono essere esposte a livelli più elevati di stress e a un ridotto funzionamento familiare, che si costituiscono come fattori di vulnerabilità rilevanti nei modelli di vulnerabilità alla psicopatologia (Klein et al., 2020).

I fattori implicati sono molteplici e si inseriscono in un quadro complesso e sfaccettato.

Alcuni studi (Sørensen et al., 2024) mettono ad esempio in evidenza l'impatto dello stile parentale. In specifici contesti culturali, inclusi alcuni paesi dell'America Latina, dell'Africa e del Medio Oriente, viene rilevata una maggiore diffusione di stili educativi autoritari. Tali stili, caratterizzati dall'enfasi sull'obbedienza, sono stati associati ad outcome scolastici significativamente inferiori rispetto ad altri.

Altre ricerche hanno invece sostenuto il ruolo delle disuguaglianze socioeconomiche, della segregazione scolastica e delle opportunità educative nel contribuire ai divari osservati tra gruppi migratori e popolazione nativa. Le differenze osservate nei percorsi di sviluppo dei giovani con background migratorio non possono dunque essere ricondotte esclusivamente a variabili culturali o familiari (Di Bartolomeo, 2011).

Dagli studi epidemiologici emergono ampie evidenze di un aumento nei tassi dei disturbi mentali nei soggetti di seconda generazione, verosimilmente esito di un'interazione complessa tra più fattori. Un'ampia letteratura clinica ha altresì evidenziato che tra questa categoria risultano molto più frequenti i comportamenti autolesivi (*self-harm*) e i tentativi di suicidio. Tuttavia, rimane limitata la comprensione di quali fattori psicologici e relazionali più prossimali possano contribuire all'associazione tra background migratorio e comportamenti autolesivi. Sebbene siano stati proposti diversi meccanismi esplicativi, tra cui stress migratorio, discriminazione, difficoltà di integrazione e vulnerabilità psicosociali, i risultati disponibili appaiono eterogenei e non mostrano un pieno accordo sui processi coinvolti (Abubakar et al., 2018; Plener et al., 2015).

Inoltre, la letteratura sui tratti maladattivi di personalità nei migranti di seconda generazione appare ancora limitata, in particolare rispetto alle possibili relazioni con il comportamento autolesivo. Il presente studio si propone di esplorare, all'interno della popolazione clinica afferente ad un servizio specialistico per giovani, il possibile contributo di differenti fattori psicologici e relazionali nell'associazione tra background migratorio di seconda generazione e comportamenti autolesivi.

METODI

Per gli scopi del presente studio sono state considerate variabili relative ai comportamenti di self-harm, allo stile genitoriale percepito, alla difficoltà di rendimento scolastico e a specifiche dimensioni di personalità.

La ricerca si è svolta presso il Centro Psico Sociale (C.P.S.) Giovani di via Livigno a Milano, che si occupa dell'identificazione precoce, del trattamento e della presa in carico dei disturbi psichici in età giovanile. Gli utenti del servizio sono giovani adulti (dai 18 ai 24 anni) del territorio di competenza del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Il campione di studio è stato ottenuto integrando due dataset relativi ai soggetti che hanno effettuato un primo accesso al C.P.S. Giovani. Il primo dataset comprende gli accessi avvenuti negli anni 2019, 2020 e 2021 ed è stato utilizzato in un precedente studio per validare la raccolta dati ed esplorare le relazioni tra self-harm e tratti maladattivi di personalità (De Salve et al., 2023). Il secondo dataset, riferito all'anno 2024 e contenente le medesime variabili, ha permesso di ampliare il campione disponibile. Sul dataset complessivo così ottenuto è stata inoltre introdotta una nuova dimensione di analisi, volta a indagare il ruolo del background migratorio nelle variabili considerate. Il campione finale è costituito da 405 partecipanti. Il dataset complessivo è tuttora in costante ampliamento e verrà utilizzato per proseguire le analisi descritte nel presente lavoro, nonché per integrare eventuali nuove analisi.

I dati sono stati ottenuti a partire dalle cartelle cliniche di tutti i soggetti, e in particolare dai questionari anamnestici compilati dagli psichiatri e dai risultati dei test psicodiagnostici somministrati dagli psicologi.

Sono stati classificati come migranti di seconda generazione i soggetti nati in Italia da genitori immigrati, o

da una coppia mista formata da un genitore immigrato e da un genitore non immigrato.

I comportamenti autolesivi vengono definiti sulla base di comportamenti quali cutting, morsi, graffi, pizzicotti, ma anche l'assunzione incongrua di farmaci o sostanze e i tentativi di suicidio. Lo stile genitoriale viene rilevato a partire da un giudizio clinico dello psichiatra, effettuato durante la raccolta anamnestica sulla base del riferito del paziente. Viene selezionata, tra quattro possibili opzioni (autoritario, autorevole, permissivo e trascurante), quella che appare maggiormente rappresentativa dell'esperienza del soggetto. Le difficoltà di rendimento scolastico sono registrate differenziando il rendimento in quanto tale dalle difficoltà di relazione con compagni e insegnanti. I tratti della personalità, infine, sono stati valutati secondo il modello del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione (DSM-5), mediante somministrazione del Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; Krueger et al., 2012), questionario self-report per la valutazione dimensionale della personalità.

RISULTATI

Il campione è composto da 405 soggetti, tra cui 69 soggetti appartenenti al gruppo dei migranti di seconda generazione e 336 appartenenti al gruppo dei non migranti.

Le analisi svolte sul campione mostrano che lo status di migrante di seconda generazione è significativamente associato a una maggiore frequenza di difficoltà nel rendimento scolastico ($\chi^2 = 5.178$, $p = .023$) e a una maggiore presenza di uno stile genitoriale autoritario ($\chi^2 = 17.98$, $p < .001$).

L'associazione diretta tra status migratorio e comportamento autolesivo non ha raggiunto la significatività statistica ($\chi^2 = 1.804$, $p = .179$). Tuttavia, i dati descrittivi hanno evidenziato una tendenza verso una maggiore frequenza di comportamenti autolesivi nel gruppo di seconda generazione, sebbene tale pattern non trovi conferma nelle analisi inferenziali.

Per quanto riguarda i tratti di personalità, lo status migratorio ha mostrato un'associazione prossima alla significatività con il dominio della Disinibizione ($F = 3.313$, $p = .070$), con valori medi più elevati nel gruppo di seconda generazione rispetto ai non immigrati. A livello delle facet, sono emerse differenze significative per Impulsività ($F = 4.515$, $p = .034$) e Irresponsabilità ($F = 3.866$, $p = .050$), entrambe maggiori nei soggetti di seconda generazione.

Per la facet Irresponsabilità, il test di Levene è risultato significativo ($F = 4.020$, $p = .046$), indicando una violazione dell'assunzione di omogeneità delle varianze. In particolare, il gruppo di seconda generazione ha mostrato una maggiore dispersione dei punteggi, suggerendo una possibile maggiore eterogeneità interna.

Esplorando l'associazione tra stile genitoriale autoritario e disinibizione, l'analisi non ha evidenziato differenze significative tra i gruppi ($F = 1.330$, $p = .250$).

È inoltre emersa un'associazione significativa tra stile genitoriale autoritario e comportamento autolesivo ($\chi^2 = 4.407$, $p = .036$). Questo risultato appare compatibile con l'ipotesi che la relazione tra status migratorio e self-harm possa essere influenzata da variabili intermedie, sebbene tale modello non sia stato direttamente testato nel presente studio.

Per approfondire il peso relativo delle variabili considerate, è stata eseguita una regressione logistica includendo status migratorio, disinibizione e stile genitoriale autoritario come predittori del self-harm. Il modello complessivo è risultato significativo ($\Delta\chi^2 = 18.806$, $p < .001$). La Disinibizione è risultata il predittore più robusto del self-harm (odds ratio [OR] = 2.943, $p < .001$), mentre lo stile genitoriale autoritario ha mostrato un'associazione prossima alla significatività (OR = 1.672, $p = .073$). Lo status migratorio non è risultato significativo nel modello multivariato (OR = 1.211, $p = .591$).

Nel complesso, i risultati appaiono coerenti con un modello in cui lo status di migrante di seconda generazione non mostra un effetto diretto sul self-harm, ma potrebbe associarsi a variabili familiari e disposizionali che mostrano una relazione più prossima con l'outcome.

DISCUSSIONE

I presenti risultati, illustrati nella *Figura 1*, suggeriscono che fattori relazionali e caratteristiche individuali possano contribuire al rischio di comportamenti autolesivi attraverso meccanismi differenti, piuttosto che rappresentare elementi di un'unica sequenza causale. In particolare, i dati sembrano suggerire due possibili aree di vulnerabilità: una maggiormente associata a fattori relazionali, rappresentati dallo stile genitoriale percepito, e una legata a caratteristiche disposizionali, che si riflettono in particolare nel dominio della Disinibizione del PID-5.

I migranti di seconda generazione hanno riportato con maggiore frequenza uno stile genitoriale autoritario, risultato che appare coerente con la letteratura che attesta la presenza di differenze nei modelli educativi sulla base della provenienza geografica e culturale. Tale variabile è risultata associata ai comportamenti di self-harm nelle analisi bivariate e ha mantenuto una tendenza alla significatività nel modello multivariato.

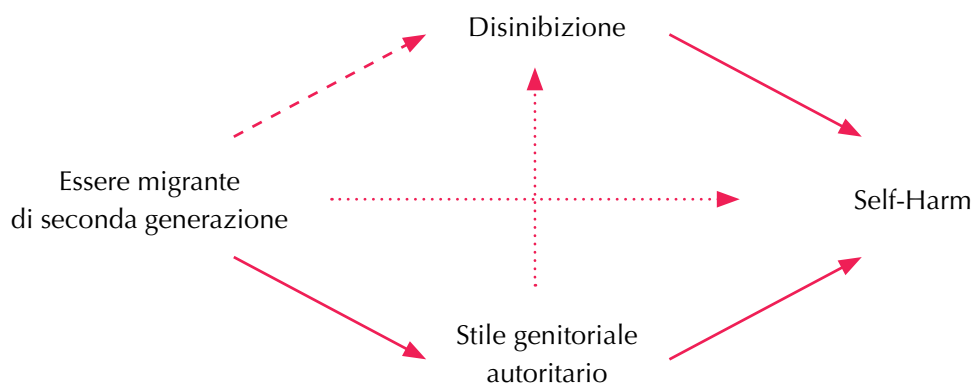
I risultati in merito al possibile impatto delle variabili familiari risultano coerenti con studi precedenti, che hanno messo in evidenza il rilevante ruolo, nei giovani con background migratorio, di fattori contestuali e familiari, inclusi stress acculturativo, qualità del supporto genitoriale e discrepanze nei processi di integrazione tra adolescenti e famiglia (Donath et al., 2019).

Le differenze disposizionali osservate potrebbero invece riflettere processi psicologici e contestuali non direttamente associati alle variabili relazionali esplorate nel presente lavoro. Infatti, l'analisi non ha confermato un'associazione statisticamente significativa tra stile genitoriale autoritario e tratti di personalità.

L'associazione tra esperienza migratoria e tratti maladattivi di personalità, inclusa la disinibizione, è stata evidenziata da alcuni studi (Zettl et al., 2022), seppur non incentrati nello specifico sui migranti di seconda generazione. I risultati relativi alla disinibizione e alle relative facet risultano di particolare interesse proprio alla luce della limitata letteratura disponibile sui tratti maladattivi di personalità nei migranti di seconda generazione. In questo senso, i presenti dati potrebbero contribuire a esplorare un ambito ancora scarsamente indagato.

Occorre tenere presente che i tratti di personalità rilevati attraverso questionari self-report, e dipendenti pertanto dal giudizio che il paziente ha di sé, potrebbero riflettere distorsioni riconducibili ad un'alterata percezione dei propri comportamenti. In questo senso, chi è cresciuto con genitori con uno stile educativo autoritario potrebbe essere portato a percepirsi come maggiormente disinibito e impulsivo proprio in virtù dello scostamento dalle aspettative genitoriali. In futuro, potrebbe dunque

Figura 1: sintesi dei risultati principali: lo status di migrante di seconda generazione non mostra un'associazione diretta significativa con i comportamenti autolesivi, ma sembra collegarsi a variabili relazionali e disposizionali, in particolare stile genitoriale autoritario e disinibizione, che risultano più direttamente associate al self-harm.



essere utile esplorare l'utilizzo di misure alternative degli stessi costrutti, meno dipendenti dall'auto-valutazione del soggetto.

CONCLUSIONI

Nel complesso, i risultati del presente studio suggeriscono che nelle seconde generazioni i comportamenti autolesivi possano essere associati a una complessa interazione tra variabili relazionali e caratteristiche individuali. In particolare, mentre lo stile genitoriale autoritario è risultato più frequente nei soggetti di seconda generazione e associato ai comportamenti autolesivi, la disinibizione è emersa come il predittore più robusto del self-harm. Tali risultati evidenziano l'importanza di considerare congiuntamente variabili familiari e dimensioni di personalità nella comprensione dei comportamenti autolesivi nei giovani con background migratorio. Alla luce della limitata letteratura disponibile sui tratti maladattivi di personalità nei giovani di seconda generazione, ulteriori studi saranno necessari per chiarire i processi psicologici e contestuali coinvolti e identificare possibili fattori di rischio prossimali.

Il complesso intreccio tra i diversi fattori di vulnerabilità implicati nel disagio delle seconde generazioni, nonché le discriminazioni e le difficoltà ad accedere ai servizi sanitari e sociali, rendono evidente la necessità di fornire risposte strutturali e politiche (Abubakar et al., 2018). Il costo del non essere inclusivi in materia di salute potrebbe essere più elevato per le economie nazionali, la sicurezza sanitaria e la salute globale rispetto ai modesti investimenti richiesti.

Afferenza degli autori

* *Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano*

° *Università degli Studi di Milano-Bicocca*

Corrispondenza

lara.malvini@ospedaleniguarda.it

Bibliografia

1. Istituto Nazionale di Statistica. (2026). *Indicatori demografici | Anno 2025*. www.istat.it/wp-content/uploads/2026/03/Report_Indicatori-demografici_Anno-2025.pdf
2. Rumbaut, R. G. (2004). *Ages, life stages, and generational cohorts: Decomposing the immigrant first and second generations in the United States*. International Migration Review, 38(3), 1160–1205.
3. Caneva, E., & Ambrosini, M. (2009). *Le seconde generazioni: nodi critici e nuove forme di integrazione*. Sociologia e Politiche Sociali, 12(1), 25–46.
4. Rumbaut, R. G. (1997). *Assimilation and its discontents: Between rhetoric and reality*. International Migration Review, 31(4), 923–960.
5. Schwartz, S. J., Waterman, A. S., Umaña-Taylor, A. J., Lee, R. M., Kim, S. Y., Vazsonyi, A. T., Huynh, Q.-L., Whitbourne, S. K., Park, I. J. K., Hudson, M., Zamboanga, B. L., Bersamin, M. M., & Williams, M. K. (2013). *Acculturation and well-being among college students from immigrant families*. Journal of Clinical Psychology, 69(4), 298–318.
6. Harris, K. M., & Chen, P. (2023). T*he acculturation gap of parent–child relationships in immigrant families: A national study*. Family Relations, 72(4), 1748–1772.
7. Klein, E. M., Brähler, E., Petrowski, K., Tibubos, A. N., Ernst, M., Wiltink, J., Michal, M., Wild, P. S., Schulz, A., Münzel, T., König, J., Lackner, K., Pfeiffer, N., & Beutel, M. E. (2020). T*he association between recalled parental rearing behavior and depressiveness: A comparison between 1st immigrants and non-immigrants in the population-based Gutenberg Health Study*. BMC Psychiatry, 20, Article 367.
8. Sørensen, R. J., Iversen, J. M., From, J., & Bonesrønning, H. (2024). *Parenting styles and school performance: Evidence from second-generation immigrants in Norway*. Scandinavian Journal of Educational Research, 68(2), 289–305.
9. Di Bartolomeo, A. (2011). *Explaining the gap in educational achievement between second-generation immigrants and natives: The Italian case*. Journal of Modern Italian Studies, 16(4), 437–449.
10. Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., Dhavan, P., Fouad, F. M., Groce, N., Guo, Y., Hargreaves, S., Knipper, M., Miranda, J. J., Madise, N., Kumar, B., Mosca, D., McGovern, T., Rubenstein, L., Sammonds, P., ... Zhou, S. (2018). *The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the move*. The Lancet, 392(10164), 2606–2654.
11. Plener, P. L., Munz, L. M., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Fegert, J. M., & Groschwitz, R. C. (2015). I*mmigration as risk factor for non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents in Germany*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9, Article 34.
12. De Salve, F., Placenti, C., Tagliabue, S., Rossi, C., Malvini, L., Percudani, M., & Oasi, O. (2023). *Are PID-5 personality traits and self-harm attitudes related? A study on a young adult sample pre-post COVID-19 pandemic*. Journal of Affective Disorders Reports, 11, 100475.
13. Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). *Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5*. Psychological Medicine, 42(9), 1879–1890.
14. Donath, C., Bergmann, M. C., Kliem, S., Hillemacher, T., & Baier, D. (2019). *Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: A representative study*. BMC Pediatrics, 19, Article 45.

15. Zettl, M., Akin, Z., Back, S., Taubner, S., Goth, K., Zehetmair, C., Nikendei, C., & Bertsch, K. (2022). *Identity development and maladaptive personality traits in young refugees and first- and second-generation migrants*. Frontiers in Psychiatry, 12, Article 798152

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

*Vincenti A.**

ABSTRACT

L'articolo esamina le politiche sanitarie e gli interventi per la dipendenza da Internet nei giovani, con focus sul contesto italiano. Vengono analizzati i programmi di prevenzione scolastica (es. PROTECT), l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e le opzioni farmacologiche per le comorbidità (ADHD, depressione). L'analisi include le differenze di genere e l'impatto dei fattori di rischio familiari e sociali. L'evidenza suggerisce la necessità di un approccio multidisciplinare integrato nei Servizi per le Dipendenze (SerD), combinando interventi psicoeducativi e clinici per potenziare l'autoregolazione degli adolescenti.

INTRODUZIONE

La dipendenza da Internet nei giovani può essere definita come un pattern di uso eccessivo e compulsivo di Internet che porta a una compromissione significativa del funzionamento quotidiano. Tale condizione è caratterizzata da una perdita di controllo persistente, preoccupazione costante per le attività online e prosecuzione dell'uso nonostante l'insorgenza di gravi conseguenze negative nella sfera sociale, accademica o familiare (Lopez-Fernandez, 2020). Il Gaming Disorder (Disturbo da Gioco), riconosciuto formalmente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ICD-11 (2018), rappresenta la manifestazione più studiata di questo spettro. I criteri diagnostici includono la compromissione del controllo sul gioco (frequenza, intensità, durata), la priorità crescente data al gioco rispetto agli interessi vitali e l'escalation del comportamento nonostante l'evidenza di danni (Munzer, 2026). Anche il DSM-5, nel 2013, ha incluso l'Internet Gaming Disorder come condizione meritevole di ulteriori studi, identificando sintomi quali tolleranza, astinenza e l'uso della rete come fuga da stati d'animo negativi (Lopez-Fernandez, 2020).

DIFFERENZE DI GENERE

La letteratura scientifica evidenzia marcate differenze di genere sia nella prevalenza che nelle modalità di utilizzo problematico. I maschi presentano una propensione significativamente maggiore verso il Gaming Disorder e il gioco d'azzardo online (Lopez-Fernandez, 2020). Per i soggetti di sesso maschile, la rete funge spesso da piattaforma per l'espressione di competitività e per il raggiungimento di uno status sociale virtuale, fattori che possono alimentare circuiti di ricompensa dopaminergica simili a quelli delle dipendenze da sostanze. Al contrario, le femmine tendono a manifestare un uso problematico maggiormente legato ai social network e alle applicazioni di messaggistica istantanea (Favini, 2024). In questo caso, la dipendenza è spesso mediata dal bisogno di approvazione sociale, dal confronto interpersonale e dalla gestione dell'ansia sociale. Le adolescenti presentano un rischio maggiore di sviluppare sintomi depressivi e disturbi dell'immagine corporea correlati all'uso intensivo di piattaforme visuali (Diotaiuti, 2022). Tali differenze fenotipiche suggeriscono la necessità di interventi preventivi e clinici genere-specifici: i maschi beneficiano maggiormente di moduli sulla gestione dell'aggressività e del tempo di gioco, mentre per le femmine risultano prioritari gli interventi sull'autostima e sulla critica dei modelli estetici digitali.

FATTORI DI RISCHIO FAMILIARI E AMBIENTALI

Il contesto familiare gioca un ruolo determinante nello sviluppo e nel mantenimento della dipendenza da Internet. La letteratura identifica nella bassa coesione familiare

e nell'elevata conflittualità tra genitori e figli i principali predittori di uso patologico (Lopez-Fernandez, 2020). Gli stili di attaccamento insicuro, in particolare l'attaccamento ansioso-ambivalente o evitante, spingono i giovani a cercare nella realtà virtuale quel senso di sicurezza e appartenenza che percepiscono come carente nel mondo fisico. Un fattore di rischio critico è rappresentato dalla scarsa supervisione genitoriale o, paradossalmente, da un controllo eccessivamente rigido che non permette lo sviluppo di capacità auto-regolatorie autonome (Favini, 2024). Il fenomeno del "phubbing" genitoriale (l'atto di ignorare i figli per consultare lo smartphone) agisce come modello comportamentale negativo, normalizzando l'uso pervasivo dei dispositivi digitali. Interventi che coinvolgono il nucleo familiare, come la terapia sistemica, sono essenziali per modificare le dinamiche comunicative e stabilire "family media plans" condivisi (Shi, 2025).

DIMENSIONI SOCIALI E VULNERABILITÀ INTERPERSONALE

A livello sociale, l'isolamento e la difficoltà nel mantenere relazioni "vis-à-vis" agiscono sia come causa che come conseguenza della dipendenza. Il cyberbullismo e la "Fear of Missing Out" (FoMO) sono driver psicologici potenti che mantengono i giovani costantemente connessi (Arana-Rodríguez, 2025). Per molti adolescenti con tratti di timidezza estrema o fobia sociale, Internet rappresenta un rifugio sicuro (safe haven) dove l'interazione mediata dallo schermo riduce il rischio percepito di giudizio o rifiuto. Tuttavia, questo evitamento esperienziale impedisce l'acquisizione delle competenze sociali necessarie per l'età adulta. Studi condotti durante e dopo il lockdown per COVID-19 hanno evidenziato come la perdita dei contesti di aggregazione fisica abbia accelerato la transizione verso usi compulsivi, rendendo i giovani più vulnerabili alla ruminazione depressiva e all'impulsività (Diotaiuti, 2022).

MODELLI PREVENTIVI E PROGRAMMI SCOLASTICI

La prevenzione scolastica rimane il cardine dell'intervento primario. Lo studio realizzato a Roma su 462 adolescenti ha confermato che la promozione dell'autoefficacia autoregolatoria (SRSE) è in grado di ridurre significativamente la dipendenza da smartphone, agendo come fattore protettivo trasversale (Favini, 2024). A livello internazionale, il programma PROTECT (Professional Use of Technical Media) è considerato il gold standard. Basato sulla CBT e rivolto ad adolescenti a rischio, ha mostrato una riduzione dei sintomi del 39,8% (Lindenberg, 2022). Le revisioni sistematiche suggeriscono che i programmi più efficaci sono quelli che integrano contenuti sulla promozione della salute globale, includendo la gestione dello stress e la regolazione emotiva (Throuvala, 2019). L'educazione sanitaria partecipativa, che coinvolge attivamente i pari (peer education), si è dimostrata superiore alle lezioni frontali nel modificare le attitudini verso l'uso della tecnologia (Arana-Rodríguez, 2025).

APPROCCI CLINICI E FARMACOLOGICI

Il modello di assistenza integrata (stepped-care) permette di gestire l'eterogeneità dei pazienti, ottimizzando le risorse tra interventi di bassa intensità e psicoterapie strutturate (Lindenberg, 2017). Il protocollo STICA, Short-Term Treatment for Internet and Computer Game Addiction, ha raggiunto tassi di remissione del 69,4% attraverso sessioni focalizzate sulla correzione delle distorsioni cognitive (Wölfling, 2019). Per i pazienti con barriere geografiche o forte isolamento sociale, la telemedicina via webcam (studio OMPRIS, Prevenzione e intervento motivazionale online per la dipendenza da computer-giochi e da Internet) rappresenta una soluzione evidence-based efficace (Dieris-Hirche, 2023).

L'intervento farmacologico è riservato ai casi con comorbidità psichiatriche significative (Sharma, 2024). Il bupropione è il farmaco di elezione per il Gaming Disorder associato a depressione, grazie alla sua capa-

cità di modulare il sistema di ricompensa (Han, 2012). Nei pazienti con ADHD, il trattamento con metilfenidato o atomoxetina riduce i sintomi di dipendenza migliorando l'attenzione e il controllo degli impulsi (Han, 2009; Park, 2016). Per forme specifiche come la dipendenza da pornografia online, sono stati documentati benefici derivanti dall'uso del naltrexone, volto a ridurre la salienza delle ricompense additive (Bostwick, 2008). La scelta farmacologica deve essere sempre inserita in un piano terapeutico multidisciplinare, monitorando attentamente gli effetti collaterali e la risposta clinica nel tempo (Shi, 2025; Chang, 2022).

In Italia, i SerD sono chiamati a diventare centri di eccellenza per le dipendenze anche comportamentali, sviluppando reti di collaborazione con le scuole e i servizi di psichiatria e neuropsichiatria infantile e adolescenza. La standardizzazione degli strumenti di screening (IAT, Internet Addiction Test e PRIUSS, Problematic Recreational Interpersonal Use of Smartphone Scale) e la formazione continua degli operatori sono passaggi ineludibili per garantire risposte uniformi sul territorio nazionale (Lopez-Fernandez, 2020; Sharma, 2024).

La presente ricerca non ha ricevuto finanziamenti specifici da agenzie di settore pubblico, commerciale o no-profit.

Afferenza dell'autore

* *Dirigente Medico Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze - ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano.*

Corrispondenza

alessio.vincenti@asst-fbf-sacco.it

Bibliografia

1. Lopez-Fernandez O., Kuss D.J., *Preventing Harmful Internet Use-Related Addiction Problems in Europe: A Literature Review and Policy Options*. Int J Environ Res Public Health., 2020; 17(11): E3797.
2. Favini A., Culcasi F., et al., *Smartphone and Social Network Addiction in Early Adolescents: The Role of Self-Regulatory Self-Efficacy in a Pilot School-Based Intervention*. J Adolesc., 2024; 96(3): 551-565.
3. Lindenberg K., Kindt S., Szász-Janocha C., *Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy–Based Intervention in Preventing Gaming Disorder and Unspecified Internet Use Disorder in Adolescents*. JAMA Netw Open., 2022; 5(2): e2148995.
4. Throuvala M.A., Griffiths M.D., Rennoldson M., Kuss D.J., *School-Based Prevention for Adolescent Internet Addiction: Prevention Is the Key. A Systematic Literature Review*. Curr Neuropharmacol., 2019; 17(6): 507-525.
5. Arana-Rodríguez A., Garrido-Fernández A., et al., I*mpact of Health Education on Internet Addiction, Internet Use Time, and Social Media Addiction in Adolescents.* BMC Public Health., 2025; 10.1186/s12889-025-25793-4.
6. Lindenberg K., Szász-Janocha C., Schoenmaekers S., et al., *An Analysis of Integrated Health Care for Internet Use Disorders in Adolescents and Adults*. J Behav Addict., 2017; 6(4): 579-592.
7. Wölfling K., Müller K.W., Dreier M., et al., *Efficacy of Short-term Treatment of Internet and Computer Game Addiction: A Randomized Clinical Trial*. JAMA Psychiatry., 2019; 76(10): 1018-1025.
8. Dieris-Hirche J., Bottel L., Basten J., et al., *Efficacy of a Short-Term Webcam-Based Telemedicine Treatment of Internet Use Disorders (OMPRIS)*. EClinicalMedicine., 2023; 64: 102216.
9. Pape M., Geisler B.L., Cornelsen L., et al., A Short-*Term Manual for Webcam-Based Telemedicine Treatment of Internet Use Disorders.* Front Psychiatry., 2023; 14: 1053930.
10. Diotaiuti P., Girelli L., Mancone S., et al., *Impulsivity and Depressive Brooding in Internet Addiction: A Study With a Sample of Italian Adolescents During COVID-19 Lockdown*. Front Psychiatry., 2022; 13: 941313.
11. Aguilar-Yamuza B., Trenados Y., Herruzo C., et al., *A Systematic Review of Treatment for Impulsivity and Compulsivity. Front Psychiatry*., 2024; 15: 1430409.
12. Ayub S., Jain L., Parnia S., et al., *Treatment Modalities for Internet Addiction in Children and Adolescents: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials (RCTs).* J Clin Med., 2023; 12(9): 3345.
13. Xu L.X., Wu L.L., Geng X.M., et al., *A Review of Psychological Interventions for Internet Addiction*. Psychiatry Res., 2021; 302: 114016.
14. Pérez-Wiesner M., Bühler K.M., López-Moreno J.A., et al., *Effectiveness of Psychological Treatments for Problematic Use of Internet, Video Games, Social Media and Instant Messaging.* Int J Environ Res Public Health., 2025; 22(10): 1598.
15. Jiang Y.S., Liu T.H., Qin D., et al., *Effects of Non-Pharmacological Interventions on Youth With Internet Addiction: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Front Psychiatry., 2023; 14: 1327200.
16. Sharma R., Weinstein A.M., *Recent Treatment and Novel Imaging Studies Evaluating Treatment of Internet Gaming Disorder: A Narrative Review.* Front Psychiatry., 2024; 15: 1408560.
17. Han D.H., Renshaw P.F., *Bupropion in the Treatment of Problematic Online Game Play in Patients With Major Depressive Disorder.* J Psychopharmacol., 2012; 26(5): 689-96.
18. Han D.H., Lee Y.S., Na C., et al., *The Effect of Methylphenidate on Internet Video Game Play in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity*

Disorder. Compr Psychiatry., 2009; 50(3): 251-6.
19. Grassi G., Moradei C., Cecchelli C., *Long-Term Changes on Behavioral Addictions Symptoms Among Adults With ADHD Treated With Methylphenidate*. J Behav Addict., 2024; 13(4): 904-912.
20. Park J.H., Lee Y.S., Sohn J.H., Han D.H., *Effectiveness of Atomoxetine and Methylphenidate for Problematic Online Gaming in Adolescents With ADHD*. Hum Psychopharmacol., 2016; 31(6): 427-432.
21. Bostwick J.M., Bucci J.A., *Internet Sex Addiction Treated With Naltrexone*. Mayo Clin Proc., 2008; 83(2): 226-30.
22. Chang C.H., Chang Y.C., Yang L., Tzang R.F., *The Comparative Efficacy of Treatments for Children and Young Adults With Internet Addiction/ Internet Gaming Disorder*. Int J Environ Res Public Health., 2022; 19(5): 2612.
23. Shi E., *Digital Dependency: Tips for Diagnosis, Screening, and Management of Gaming Disorders*. Am Fam Physician., 2025; 112(5): 554-557.
24. Munzer T., Milkovich L.M., Madigan S., et al., *Digital Ecosystems, Children, and Adolescents: Technical Report*. Pediatrics., 2026; 157(2): e2025075321.
25. Yen J.Y., Király O., Griffiths M.D., et al., *A Case-Control Study for Psychiatric Comorbidity and Associative Factors of Gaming Disorder Based on ICD-11 Criteria*. J Behav Addict., 2024; 13(4): 1014-1027.

Assistenza medica al morire nelle patologie psichiatriche: autonomia, capacità decisionale e vulnerabilità

*Fraticelli C.**

Parole chiave: Assistenza medica al morire; disturbi psichiatrici; capacità decisionale; autodeterminazione; vulnerabilità; etica psichiatrica; sofferenza psichica

ABSTRACT

Il dibattito sull'assistenza medica al morire nelle persone con disturbi mentali rappresenta una delle questioni più controverse della bioetica e della psichiatria contemporanee. Negli ultimi anni, l'eventuale estensione ai casi in cui un disturbo mentale costituisca l'unica condizione medica sottostante ha suscitato un crescente interesse sul piano clinico, etico e normativo, alimentato dall'evoluzione legislativa e giurisprudenziale di diversi ordinamenti. Il presente contributo propone una riflessione critica sullo stato attuale della discussione, esaminando i principali argomenti favorevoli e contrari emersi nella letteratura scientifica. Vengono analizzati il rapporto tra autonomia e vulnerabilità, il tema della capacità decisionale nelle persone con disturbo mentale grave, il problema dell'incertezza prognostica in psichiatria e il ruolo dei determinanti sociali nelle richieste di assistenza al morire. Particolare attenzione è dedicata ai modelli normativi sviluppati in alcuni Paesi europei e al caso canadese, caratterizzato da una progressiva estensione della *Medical Assistance in Dying* (MAID) e da un acceso confronto sull'inclusione delle condizioni psichiatriche. Il lavoro evidenzia come il tema non appaia riconducibile a soluzioni univoche, né a una lettura esclusivamente clinica o giuridica, richiedendo invece un approccio multidimensionale capace di integrare considerazioni psicopatologiche, etiche, relazionali e sociali. Si propone che autonomia e vulnerabilità non debbano essere considerate criteri alternativi, bensì dimensioni da integrare nella valutazione dei singoli casi. Ne emerge la necessità di mantenere aperto il confronto scientifico e culturale, evitando sia automatismi tra diagnosi e incapacità decisionale sia generalizzazioni normative, in un ambito che coinvolge questioni fondamentali relative all'autonomia, alla sofferenza e al significato del vivere e del morire.

IL DIBATTITO CONTEMPORANEO TRA BIOETICA, CLINICA E ISTITUZIONI

È da tempo in corso, sia a livello internazionale sia nazionale, un intenso confronto etico, giuridico e sociale all'interno della comunità medico-scientifica sul tema dell'assistenza medica al morire. Negli ultimi anni la discussione si è ulteriormente ampliata, includendo in modo sempre più esplicito le persone affette da sofferenza psichiatrica, attraverso prese di posizione culturali, decisioni giurisprudenziali e interventi legislativi che hanno aperto scenari nuovi e controversi.

Si tratta di una questione che interroga profondamente gli operatori sanitari chiamati, a vario titolo, a confrontarsi con tali istanze, ponendoli di fronte a un potenziale conflitto rispetto ai fini tradizionali della professione medica. La medicina è tradizionalmente orientata alla cura, all'accompagnamento e al sollievo della sofferenza, piuttosto che all'intervento volto a porre fine alla vita. I professionisti sanitari si trovano così ad affrontare situazioni di elevata complessità clinica, etico-deontologica e medico-legale. Il presente lavoro intende esaminare criticamente se tale complessità possa essere affrontata mediante criteri normativi generali oppure richieda valutazioni individualizzate capaci di integrare autonomia, capacità decisionale e vulnerabilità all'interno di una prospettiva multidimensionale.

In diversi contesti culturali e giuridici si osservano differenze significative: da un lato sistemi che valorizzano

fortemente l'autonomia individuale come espressione della dignità personale, dall'altro sistemi maggiormente orientati alla protezione della vulnerabilità e alla prudenza nell'estensione del principio di autodeterminazione. Tali divergenze contribuiscono a modellare in modo significativo il rapporto tra paziente, medico e istituzioni nel fine vita.

Il tema della MAID-MD (*Medical Assistance in Dying – Mental Disorder*), intesa come l'eventuale estensione dell'assistenza medica al morire ai casi in cui un disturbo mentale rappresenti l'unica condizione medica sottostante, è oggetto di un acceso e articolato dibattito internazionale. Tale discussione ha favorito lo sviluppo di una letteratura ampia e interdisciplinare, che integra contributi provenienti sia da Paesi in cui tale pratica è consentita sia da ordinamenti in cui essa non è ammessa.

In questo ambito, diversi autori hanno proposto revisioni della letteratura relative ai principali argomenti favorevoli e contrari all'estensione dell'assistenza medica al morire ai disturbi psichiatrici, tra cui Nicolini et al. (2020) e Grassi et al. (2022), nonché lavori più recenti che hanno ulteriormente aggiornato il quadro complessivo del dibattito alla luce delle evoluzioni normative e cliniche in diversi contesti europei (Van Os, 2026; Dell'Osso, 2026).

Nel loro insieme, tali contributi non convergono verso una sintesi univoca, ma restituiscono piuttosto un panorama interpretativo articolato, in cui le differenti argomentazioni riflettono presupposti etici e antropologici non pienamente sovrapponibili. L'accettabilità etica di tali pratiche rimane altamente polarizzante e può talvolta limitare l'analisi delle sfumature intermedie, ostacolando il dialogo tra posizioni teoriche differenti.

Le associazioni professionali degli psichiatri non hanno raggiunto un consenso a livello internazionale; la letteratura documenta infatti orientamenti anche profondamente divergenti tra i diversi organismi nazionali e professionali in materia di suicidio assistito ed eutanasia (Grassi, 2022), a conferma della natura ancora aperta del dibattito e della necessità di un confronto scientifico continuativo.

PLURALISMO ETICO E MODELLI DECISIONALI NEL FINE VITA

Nel contesto italiano, posizioni particolarmente prudenti rispetto all'estensione dell'assistenza medica al morire alle patologie psichiatriche sono state recentemente espresse anche in ambito psichiatrico-clinico, soprattutto con riferimento ai rischi di compromissione della capacità decisionale e alla potenziale reversibilità della sofferenza depressiva (De Girolamo, 2025).

È stato osservato come il rischio di polarizzazione del confronto possa favorire la trasformazione di specifiche posizioni morali in criteri apparentemente neutri o scientificamente necessari. In tale quadro si inserisce la riflessione di Amatulli (2025), che sulle pagine di questa Rivista ha evidenziato come il dibattito bioetico e clinico contemporaneo possa essere esposto a tale rischio, con la possibile trasformazione di evidenze o considerazioni cliniche in criteri implicitamente normativi.

In particolare, è stata richiamata la possibilità di una sovrapposizione tra giudizio clinico e giudizio morale, con conseguente slittamento dal piano descrittivo a quello prescrittivo, soprattutto quando l'incertezza prognostica viene utilizzata come base per generalizzazioni o esclusioni aprioristiche. Ne deriva la necessità di mantenere una chiara distinzione tra analisi clinica della patologia e valutazione etico-normativa delle decisioni di fine vita, valorizzando la variabilità dei singoli casi e la complessità delle situazioni cliniche.

Come osservato da Engelhardt (1996) e, in ambito nazionale, da Semplici (2022), il dissenso morale rappresenta una caratteristica strutturale della riflessione bioetica contemporanea. In tale prospettiva, il dibattito sul fine vita può essere interpretato come una manifestazione, particolarmente significativa, del pluralismo etico che caratterizza le società odierne. Le diverse posizioni non derivano esclusivamente da differenti valutazioni cliniche o giuridiche, ma riflettono spesso concezioni antropologiche e filosofiche differenti riguardo al significato della persona, della sofferenza, della dignità e dell'autonomia.

In questo senso, il dissenso non rappresenta necessariamente un limite del confronto pubblico, bensì una conseguenza della coesistenza di sistemi di valori non completamente sovrapponibili.

Le questioni di fine vita mettono infatti in relazione principi etici che, pur ampiamente condivisi nella tradizione bioetica, possono entrare in tensione tra loro nei casi concreti. Il rispetto dell'autonomia individuale, la beneficenza, la non maleficenza, la giustizia e la tutela della vulnerabilità possono condurre a conclusioni differenti a seconda del peso attribuito a ciascun valore e delle premesse antropologiche adottate (Beauchamp, 2019). Ne consegue che il processo decisionale non può essere ridotto alla semplice applicazione di regole astratte, ma richiede inevitabilmente un'attività di bilanciamento e interpretazione.

Da questa prospettiva emerge anche l'importanza delle procedure deliberative, cuore della riflessione etica condivisa, che orientano le decisioni finali. In contesti caratterizzati da un persistente pluralismo etico, la legittimità delle decisioni tende infatti a dipendere non soltanto dal contenuto delle scelte, ma anche dalla trasparenza dei criteri utilizzati, dalla qualità del processo valutativo e dalla possibilità di sottoporre le decisioni a verifica e discussione critica. L'attenzione si sposta così dalla ricerca di un consenso sostanziale difficilmente raggiungibile alla costruzione di procedure condivise in grado di garantire equità, proporzionalità e rispetto delle differenti sensibilità morali.

Tali modalità di bilanciamento dei principi e di organizzazione dei processi decisionali trovano espressione concreta nei vari assetti normativi che emergono dal confronto tra ordinamenti. Sul piano internazionale, si osserva la presenza di modelli normativi eterogenei in materia di fine vita, caratterizzati da un progressivo riconoscimento del ruolo dell'autonomia individuale, pur con rilevanti differenze sul piano regolatorio e giurisprudenziale, in contesti che variano notevolmente per estensione, garanzie e presupposti di accesso (Emanuel, 2016; Favron-Godbout, 2023; Bastidas-Bilbao, 2024).

TRA ESTENSIONE NORMATIVA E CRITICITÀ CLINICHE: OLANDA E CANADA A CONFRONTO

In tale discussione si inserisce la recente riflessione critica sul modello olandese, considerato un *outlier* nel panorama internazionale per l'ampiezza e la concreta operatività del sistema, in cui non è prevista una distinzione giuridica rigida ed esplicita tra sofferenza somatica e sofferenza psichica ai fini dell'accesso alla *Medical Assistance in Dying* (MAID).

In questo contesto, Van Os e Denys (2026) hanno richiamato l'attenzione sulle possibili criticità dell'estensione di tale modello all'ambito della sofferenza mentale, sottolineando come, sul piano fenomenologico e clinico, le due condizioni presentino caratteristiche differenti. Essi osservano che, mentre le malattie fisiche seguono spesso traiettorie prevedibili e misurabili, la sofferenza mentale è intrinsecamente dinamica e dipendente dal contesto, rendendo il criterio di persistenza della sofferenza epistemologicamente instabile e privo di accuratezza prognostica. Gli autori richiamano inoltre l'importanza di garantire il diritto a un accesso appropriato e tempestivo alle cure e ai servizi di salute mentale, evidenziando la necessità di distinguere tra una sofferenza persistente nonostante adeguate opportunità terapeutiche e una sofferenza riconducibile a forme di *structural neglect*, derivanti da carenze assistenziali o da difficoltà ad accedere ai trattamenti disponibili.

Sul piano clinico, le evidenze empiriche disponibili, provenienti in particolare da studi condotti nei Paesi Bassi e in Belgio, mostrano che i pazienti che richiedono o ottengono l'assistenza medica al morire per sofferenza psichica presentano frequentemente quadri caratterizzati da lunga durata della malattia, elevata cronicità e multipli tentativi terapeutici pregressi. Sono inoltre descritte comorbilità psichiatriche complesse, in particolare disturbi depressivi e disturbi di personalità, spesso associati a disturbi d'ansia, PTSD e altre condizioni. In diversi studi è riportata anche una storia di tentativi di suicidio, così

come una possibile prevalenza femminile, sebbene questi elementi non siano uniformemente presenti in tutte le casistiche. Sul piano socio-demografico emerge infine una significativa eterogeneità per età e funzionamento globale, contribuendo nel complesso a delineare un quadro clinico complesso e variabile (Thienpont, 2015; Kim, 2016; Kammeraat, 2023).

Particolarmente rilevante è il caso canadese della MAID, avviato con la sentenza *Carter v. Canada* del 2015, che ha dichiarato incostituzionale il divieto assoluto di assistenza al suicidio. Le successive riforme legislative, Bill C-14 (Parliament of Canada, 2016) e Bill C-7 (Parliament of Canada, 2021), hanno ampliato l'accesso alla MAID, eliminando il requisito della morte "ragionevolmente prevedibile" e includendo anche condizioni gravi non terminali, definendo criteri e procedure più dettagliate per la valutazione dei pazienti.

Il quadro normativo canadese prevede tuttavia che la sola presenza di una malattia mentale, in assenza di altre condizioni mediche sottostanti, non consenta attualmente l'accesso alla MAID, mentre la coesistenza di disturbi psichiatrici con altre condizioni cliniche può essere comunque oggetto di valutazione individuale secondo i requisiti normativi vigenti (Government of Canada, 2025; Health Canada, 2025). In tale contesto, sul piano epidemiologico, le statistiche ufficiali del MAID indicano una netta prevalenza di condizioni somatiche croniche e irreversibili, con progressivo declino funzionale e un'età mediana relativamente avanzata dei pazienti coinvolti (Health Canada, 2025).

Sotto il profilo istituzionale, l'esperienza canadese ha inoltre evidenziato la crescente centralità delle procedure di supervisione e revisione indipendente. L'ampliamento dei criteri di accesso alla MAID ha infatti richiesto la costruzione di meccanismi di monitoraggio sempre più articolati, finalizzati non soltanto alla verifica della conformità giuridica delle procedure, ma anche alla raccolta sistematica di dati utili per orientare le future decisioni di policy. Il dibattito non riguarda esclusivamente l'ammissibilità della pratica, ma anche la capacità delle istituzioni di garantirne una governance trasparente e verificabile, nonché di produrre evidenze empiriche utili alla valutazione dei suoi effetti nel tempo.

Tali aspetti sono stati ulteriormente analizzati anche in una recente sintesi della letteratura che descrive le criticità etiche e di policy connesse all'eventuale estensione della MAID ai disturbi mentali come unica condizione medica sottostante (Pawluk, 2025). In particolare, l'autore evidenzia la necessità di adottare un approccio prudente e rigorosamente strutturato nell'eventuale implementazione di questa apertura normativa, sottolineando l'importanza di affinare i criteri per la valutazione dell'irreversibilità della condizione clinica, standardizzare le procedure di accertamento della capacità decisionale e affrontare le complessità specifiche dei diversi disturbi psichiatrici. Lo studio richiama inoltre la necessità di rafforzare le infrastrutture dei servizi di salute mentale e di promuovere ulteriori attività di ricerca, consultazione e confronto pubblico, al fine di garantire che eventuali sviluppi normativi siano compatibili con i principi etici di tutela delle persone vulnerabili e con il mantenimento della fiducia della collettività nel sistema sanitario.

In linea con tali preoccupazioni, l'estensione della MAID alle patologie psichiatriche come unica condizione medica sottostante, pur essendo stata approvata sul piano legislativo, è stata rinviata fino al marzo 2027 per consentire un ulteriore rafforzamento delle garanzie cliniche, procedurali ed etiche. Il dibattito canadese è stato particolarmente acceso: da un lato vi sono coloro che ritengono la normativa ancora eccessivamente restrittiva rispetto al principio di autodeterminazione, dall'altro quanti temono che tale ampliamento possa contribuire a una svalutazione della vita delle persone con disabilità o con sofferenza psichica. Analoghe preoccupazioni sono state espresse anche da organismi delle Nazioni Unite, che hanno richiamato il rischio di possibili effetti discriminatori nei confronti di tali soggetti (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2019).

Nel loro insieme, le evidenze raccolte mettono in luce una marcata eterogeneità tra i sistemi normativi analizzati, nei quali differenti criteri di eleggibilità alla MAID, diverse concettualizzazioni della sofferenza e distinti assetti di valutazione clinica producono esiti epidemiologici e pratiche assistenziali profondamente non sovrapponibili.

AUTONOMIA, VULNERABILITÀ E CAPACITÀ DECISIONALE NEI DISTURBI PSICHIATRICI

Nel campo dei disturbi psichiatrici, il tema della libertà di scelta rappresenta oggi una delle aree più controverse. Da un lato emerge il principio dell'autodeterminazione; dall'altro, la necessità di proteggere soggetti vulnerabili, nei quali la richiesta di morte potrebbe riflettere la sofferenza patologica piuttosto che derivare da una decisione pienamente libera e consapevole.

In tale contesto, la riflessione teorica ha evidenziato come l'autonomia non possa essere interpretata esclusivamente in termini individualistici, ma debba essere considerata anche nella sua dimensione relazionale. Le decisioni vengono infatti elaborate all'interno di reti di relazioni, aspettative e condizioni sociali che possono sostenere oppure limitare la capacità della persona di formulare e mantenere progetti di vita significativi. In questa prospettiva, la valutazione dell'autonomia non riguarda soltanto le capacità cognitive del soggetto, ma anche il contesto concreto entro cui la scelta prende forma e viene espressa. Tale impostazione implica che la valutazione della capacità decisionale non possa essere ridotta a un criterio statico, ma debba essere interpretata come un processo dinamico, sensibile alle variazioni cliniche, cognitive ed emotive del soggetto nel tempo.

La posizione critica sottolinea il rischio di una possibile discontinuità tra autonomia formale e capacità decisionale sostanziale, ad esempio nei quadri depressivi gravi, nei quali il giudizio di realtà può risultare significativamente compromesso e orientato verso una visione pessimistica e irrimediabilmente negativa della propria condizione.

In tale prospettiva, parte della letteratura psicodinamica, secondo una specifica lettura interpretativa, ha ipotizzato che alcune richieste di morte possano essere espressione di dinamiche autodistruttive inconsce piuttosto che esito di un processo deliberativo pienamente stabile e consapevole, rendendo così necessario un approfondimento sistematico della dimensione motivazionale sottostante la domanda di assistenza al morire (Najjarkakhaki, 2025).

Un ulteriore elemento di complessità riguarda la distinzione tra il desiderio di porre fine alla propria vita e una preferenza stabile, persistente e riflessivamente consolidata per la morte medicalmente assistita. Nei disturbi psichiatrici tali dimensioni non sempre coincidono: l'intensità della sofferenza può generare oscillazioni significative nel tempo, rendendo necessario distinguere tra manifestazioni transitorie legate alla fase clinica e orientamenti decisionali che mantengono continuità e coerenza nonostante l'evoluzione della condizione psicopatologica.

Parallelamente, è stato osservato come il rischio di una possibile compromissione della capacità decisionale non debba automaticamente tradursi nell'esclusione della soggettività del paziente dal processo valutativo. Un ulteriore elemento problematico riguarda l'evoluzione clinica dei disturbi mentali, che può includere miglioramenti anche significativi grazie a interventi farmacologici, psicoterapeutici e di supporto sociale, rendendo particolarmente complessa la valutazione dell'irreversibilità della sofferenza e della prognosi individuale.

In questo ambito, Van Os (2026) richiama l'attenzione sulle difficoltà di 'futurizzazione' nei giovani adulti. La mancanza di una prospettiva esperienziale può impedire loro di immaginare scenari di guarigione o futuri alternativi. Tale capacità risulta spesso clinicamente condizionata da stati di depressione persistente, minando l'equilibrio riflessivo necessario per garantire un'autonomia decisionale autentica e un consenso informato pienamente valido e stabile nel tempo. Ne deriva che, in questo ambito, la capacità decisionale non può essere intesa come

un attributo binario (presente/assente), ma come una configurazione graduale e potenzialmente fluttuante, che richiede valutazioni ripetute e contestualizzate.

DETERMINANTI SOCIO-ECONOMICHE E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLA DECISIONE DI FINE VITA

Accanto alle dimensioni cliniche ed etiche si colloca la questione socio-economica: condizioni di vulnerabilità quali povertà, isolamento sociale, insufficienza dei servizi di supporto o pressioni familiari e relazionali possono influenzare significativamente la richiesta di morte medicalmente assistita. In tale scenario, si pone il rischio teorico che il "diritto di morire" possa, in specifiche condizioni di vulnerabilità, trasformarsi in modo implicito in una percezione sociale di "dovere di morire", laddove la scelta individuale risulti condizionata da fragilità strutturali più che da una piena libertà decisionale.

Il fatto che pressioni sociali, aspettative collettive e condizioni materiali possano orientare profondamente le condotte umane è ampiamente documentato in ambito antropologico e psico-sociale. Ciò può riguardare anche le decisioni relative al vivere o al morire. In alcune comunità artiche tradizionali, segnate da condizioni ambientali estreme e scarsità di risorse, sono state descritte pratiche di allontanamento volontario degli anziani gravemente malati o non più autosufficienti dal gruppo di appartenenza, in contesti nei quali il confine tra autodeterminazione e condizionamento sociale implicito può risultare difficile da definire (Tester, 2004).

Una diversa prospettiva interpretativa sottolinea tuttavia il rischio che il dibattito contemporaneo assuma talvolta una configurazione eccessivamente unilaterale, con posizioni critiche che possono tradursi in esclusioni generalizzate dall'accesso al suicidio assistito per persone con disturbo mentale grave. Tale impostazione può risultare riduttiva della complessità del dissenso morale, trasformando un giudizio clinico-probabilistico in una posizione normativa generale.

In tale ottica appare necessario distinguere il piano etico, relativo al rapporto tra autonomia e vulnerabilità, da quello giuridico-normativo, concernente le condizioni di applicabilità delle norme. La sovrapposizione dei livelli può determinare uno slittamento concettuale, in cui conclusioni normative vengono indebitamente dedotte da evidenze cliniche.

L'incertezza prognostica, pur rappresentando un limite epistemico della psichiatria, non dovrebbe tradursi automaticamente in valutazioni restrittive, poiché la variabilità degli esiti clinici e la possibile stabilità decisionale di alcuni soggetti impongono cautela. In caso contrario, vi è il rischio di ridurre la persona alla sola diagnosi, trascurando la dimensione soggettiva della sofferenza. Il nodo centrale non riguarda dunque la definizione clinica della patologia, ma la capacità di mantenere una valutazione contestuale della competenza decisionale, evitando automatismi tra diagnosi e incapacità.

In questo senso, la sofferenza soggettiva rappresenta un elemento clinico-fenomenologico centrale, che non coincide necessariamente né con la gravità nosografica né con gli indicatori standardizzati di esito, e che richiede una valutazione del vissuto individuale nella sua specificità esistenziale. Tale dimensione assume particolare rilevanza nel dibattito sull'eventuale "irremediabilità" delle condizioni psichiatriche, intesa come la possibilità di considerare tali disturbi come non più suscettibili di un miglioramento clinicamente significativo.

Questa impostazione è stata recentemente criticata da Komrad e Ferrier (2026), i quali sottolineano l'assenza di una solida base empirica per sostenere in modo generale concetti come la *futility* clinica (futilità terapeutica) o l'irremediabilità nei disturbi psichiatrici, evidenziando la marcata variabilità degli esiti e la possibilità di cambiamento anche in quadri severi. Ne deriva la necessità di mantenere un elevato grado di cautela nell'utilizzo di tali categorie prognostiche, soprattutto quando esse vengono impiegate per inferire in modo definitivo la non modificabilità della condizione clinica.

Il tema della capacità decisionale nelle persone con disturbo mentale grave assume un rilievo centrale. La letteratura evidenzia l'assenza di una corrispondenza automatica tra diagnosi e incapacità decisionale, richiedendo valutazioni individualizzate e dinamiche basate su comprensione, apprezzamento, ragionamento e coerenza della scelta nel tempo (Appelbaum, 1988; Grisso, 1998). Secondo questa impostazione, il riconoscimento della possibile presenza di margini di autonomia decisionale anche in alcune condizioni psicopatologiche severe non implicherebbe una rinuncia alla tutela della persona vulnerabile né un abbandono terapeutico, ma richiederebbe piuttosto procedure valutative rigorose, multidisciplinari e formalmente garantite, orientate a evitare sia automatismi paternalistici sia esclusioni aprioristiche.

Nel complesso, il tema dell'assistenza medica al morire nelle persone con disturbi psichiatrici non può essere ricondotto né a una soluzione univoca né a una lettura esclusivamente clinica o etico-giuridica. Ne consegue la necessità di un bilanciamento strutturato tra autonomia e protezione della vulnerabilità, nessuno dei quali appare riducibile o assolutizzabile in termini generali.

In tale prospettiva, risulta essenziale evitare sia automatismi diagnostici sia generalizzazioni normative. La valutazione deve essere condotta caso per caso, in modo contestuale e multidimensionale, integrando elementi clinici, prognostici e relazionali. Ne deriva la necessità di un approccio regolato ma flessibile, che coniughi rigore clinico e riconoscimento della soggettività del paziente, evitando derive paternalistiche e automatismi decisionali e richiedendo criteri valutativi espliciti e adeguati alla variabilità dei singoli casi (Fonseca, 2024).

L'approccio valutativo dovrebbe pertanto mantenere carattere multidimensionale, integrando fattori clinici, esistenziali, relazionali e sociali. Il disturbo mentale non verrebbe così considerato un marchio automatico di incapacità, ma una condizione che richiede maggiore profondità analitica e prudenza metodologica. In questo senso, è utile distinguere tra sofferenza psichica potenzialmente trattabile e condizioni cliniche percepite come persistentemente refrattarie, nonostante interventi terapeutici appropriati.

In questo quadro interpretativo, la natura non conclusiva del dibattito richiede un continuo approfondimento degli aspetti clinici, etici, giuridici e sociali coinvolti, mantenendo aperto il confronto tra posizioni etiche non riducibili a sintesi univoche. Emblematico, in tal senso, è il caso del Canada, dove l'estensione della MAID alle condizioni psichiatriche, pur prevista sul piano legislativo, è stata più volte rinviata al fine di consentire ulteriori approfondimenti etico-clinici e l'elaborazione di standard valutativi più robusti.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

In sintesi, il dibattito sull'assistenza medica al morire nelle persone con disturbi psichiatrici conferma la persistenza di un quadro complesso e non conclusivo, caratterizzato da posizioni etiche e normative non pienamente sovrapponibili. Le diverse prospettive evidenziano la difficoltà di definire criteri condivisi che consentano una chiara integrazione tra dimensione clinica, etica e giuridica, anche alla luce dell'eterogeneità dei contesti culturali e normativi. Ne deriva la necessità di mantenere aperto il confronto scientifico e interdisciplinare, evitando semplificazioni interpretative, generalizzazioni e polarizzazioni eccessive, e riconoscendo la variabilità delle situazioni cliniche e decisionali coinvolte. In tale prospettiva, il dibattito appare destinato a rimanere intrinsecamente plurale, senza soluzioni univoche condivise nel breve periodo. In questo quadro, il confronto tra modelli normativi, riflessione teorica e contesti applicativi contribuisce a mettere in luce le tensioni del dibattito, che emergono con particolare evidenza proprio nella loro interazione. Rimane infine centrale, sul piano antropologico ed etico, la considerazione del vivere e del morire come dimensioni fondamentali dell'esperienza umana, che interrogano in modo costante la medicina, la società e le istituzioni.

Bibliografia

1. Nicolini M.E., Kim S.Y.H., Churchill M.E., Gastmans C., *Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons*. Psychol Med., 2020; 50(8): 1241-1256.
2. Grassi L., Folesani F., Marella M., Tiberto E., Riba M.B., Bortolotti L., et al., *Debating euthanasia and physician-assisted death in people with psychiatric disorders*. Curr Psychiatry Rep., 2022; 24(6): 325-333.
3. Van Os J., Denys D., *Euthanasia for mental suffering in young people: a critical global perspective*. World Psychiatry., 2026; 25(1): 143-144.
4. Dell'Osso L., Nardi B., Pronesti C., Giovannoni F., Cremone I.M., Bonelli C., et al. *Assisted Suicide for Mental Disorders: A Critical Review of the State-of-the-Art in Europe and Experts' Opinions*. Int J Soc Psychiatry. 2026.
5. De Girolamo G., Angelozzi A., Atti A.R., Barbui C., Bellani M., Bersani G., et al., *Il suicidio assistito per pazienti con depressione grave. Un'opzione inaccettabile che gli psichiatri devono combattere fermamente*. Riv Psichiatr., 2025; 60: 88-91.
6. Amatulli A., *La fine della vita e le persone con disturbo mentale: si può togliere la parola? Un racconto, tanti pensieri, poche certezze*. Psichiatria Oggi., 2025; 38(2): 115–123.
7. Engelhardt H.T. Jr., *The Foundations of Bioethics*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
8. Semplici S., Bioetica. Le domande, i conflitti, le leggi. Brescia: Morcelliana; 2022.
9. Beauchamp T.L., Childress J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
10. Emanuel E.J., Onwuteaka-Philipsen B.D., Urwin J.W., Cohen J., *Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe*. JAMA., 2016; 316(1): 79-90.

Afferenza dell'autore

* *Membro della Commissione Etica della Società Italiana di Psichiatria.*

Corrispondenza

carlofratic@gmail.com

11. Favron-Godbout C., Racine E., *Medical assistance in dying for people living with mental disorders: a qualitative thematic review*. BMC Med Ethics., 2023; 24: 86.
12. Bastidas-Bilbao H., Castle D., Gupta M., Stergiopoulos V., Hawke L.D., *Medical assistance in dying for mental illness: a complex intervention requiring a correspondingly complex evaluation approach*. Br J Psychiatry., 2024; 225(1): 264-267.
13. Thienpont L., Verhofstadt M., Van Loon T., Distelmans W., Audenaert K., *Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study*. BMJ Open., 2015; 5(7): e007454. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007454.
14. Kim S.Y.H., De Vries R.G., Peteet J.R., *Euthanasia and assisted suicide of Patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014*. JAMA Psychiatry., 2016; 73(4): 362–368.
15. Kammeraat M., van Rooijen G., Kuijper L., Kiverstein J.D., Denys D.A.J.P., *Patients requesting and receiving euthanasia for psychiatric disorders in the Netherlands*. BMJ Ment Health., 2023; 26(1): e300729.
16. Carter v Canada (Attorney General), 2015 SCC 5, [2015] 1 S.C.R. 331. Supreme Court of Canada. Disponibile da: https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do [consultato il 30 maggio 2026].
17. Parliament of Canada, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying), Bill C-14. Ottawa: Government of Canada; 2016. Disponibile da: www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-14/royal-assent [consultato il 30 maggio 2026].
18. Parliament of Canada, An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying), Bill C-7. Ottawa: Government of Canada; 2021. Disponibile da: www.parl.ca/DocumentViewer/en/43-2/bill/C-7/royal-assent [consultato il 30 maggio 2026].
19. Government of Canada, Medical Assistance in Dying (MAID). Health Canada; 2025. Disponibile da: www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying.html [consultato il 30 maggio 2026].
20. Health Canada, Sixth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada: 2024. Ottawa: Government of Canada; 2025. Disponibile da: www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2024.html [consultato il 30 maggio 2026].
21. Pawluk A., Arksey E., Jansens H., Qiao S., McFarlane L., *Medical Assistance in Dying for the Sole Underlying Condition of Mental Disorder (MAID MD-SUMC): ethical and policy synthesis*. BMJ Open, 2025; 16: e105129.
22. United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Concluding observations on the initial report of the Kingdom of the Netherlands. Disponibile da: https://undocs.org/en/CRPD/C/NLD/CO/1 [consultato il 30 maggio 2026].
23. Najjarkakhaki A., Frederickson J., Bloothoofd G., *Who's afraid of murderous rage? When euthanasia colludes with self-destructiveness*. Psychodyn Psychiatry., 2025; 53(1): 45-60.
24. Tester F.J., McNicoll P., *Isumagijaksaq: mindful of the state: social constructions of Inuit suicide*. Soc Sci Med., 2004; 58(12): 2625-2636.
25. Komrad M.S., Ferrier S., *MAID: No evidence base for futility and irremediability in psychiatric disorders*. Psychiatr Times, 2026. Disponibile da: www.psychiatrictimes.com/view/maid-no-evidence-base-for-futility-and-irremediability-in-psychiatric-disorders [consultato il 30 maggio 2026].
26. Appelbaum P.S., Grisso T., *Assessing patients' capacities to consent to treatment*. N Engl J Med., 1988; 319: 1635-1638.

27. Grisso T., Appelbaum P.S., Hill-Fotouhi C., *The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions*. Psychiatr Serv., 1997; 48: 1415-1419.
28. Fonseca L.O., Nunes R., *Physician-Assisted Death: Challenges in Mental Illness*. Preprints.org, 2024. Disponibile da: www.preprints.org/frontend/manuscript/79adc12db150812f3b342958cae76a62/download_pub [consultato il 30 maggio 2026].

Un caso di cronaca nera

*Grasso F.**

Nello scorso numero di Psichiatria Oggi si era portato all'attenzione un caso di cronaca nera. Si trattava di un episodio di omicidio e tentato suicidio perpetrato da un signore anziano nei confronti della moglie disabile e affetta da demenza senile. L'uomo, a motivazione del gesto, aveva portato sia la propria incapacità di badare alla moglie malata, sia alla presunta volontà della donna di '*farla finita*', di '*non essere un peso*'. Il caso aveva sollevato nell'opinione pubblica il tema del fine-vita e dell'eutanasia, dell'autodeterminazione, della solitudine e della perdita di autonomia nell'anziano.

Nel gennaio 2026 giungeva la perizia del signor X, che all'esame peritale veniva così descritto:

«...i nessi associativi apparivano conservati, la percezione apparentemente libera da errore, ma con esame di realtà solo apparentemente integro, di fatto inquinato da componenti svalutative: il soggetto riferisce ogni avvenimento con estrema precisione, con capacità di rievocazione mnemonica conservata, tuttavia dichiarandosi compromesso cognitivamente e nella memoria su base dereistica.»

In seguito, nella descrizione dell'episodio delittuoso, il perito riporta le parole del paziente:

«*In quei giorni ero perfettamente lucido, ero cosciente, non ero depresso. [...] mia moglie aveva una protesi al ginocchio [...] di notte ha cominciato a ragionare in modo diverso dal solito, continuava ad agitarsi, era disorientata. [...] di giorno andava meglio ma di notte era confusa. [...] è caduta e si è lussata la spalla, non poteva più camminare [...] si sporcava di notte, si strappava il pannolone. [...] Ho pensato: per mia moglie non c'è soluzione, devo fare qualcosa per non arrivare come sua mamma [affetta da Alzheimer], ho 83 anni, facciamo questo viaggio insieme.*»

Approfondendo il legame della moglie con la madre, il signor X spiega:

« *Siccome mia moglie l'ha accudita, non voleva fare quella fine lì, oltre che essere non dignitosa. Quando se ne parlava, anni fa, lei diceva che non voleva fare questa fine qui, io le dicevo 'non preoccuparti che quando è il momento andiamo in Svizzera', e lei non era preoccupata, nel senso che preferiva l'eutanasia che fare la fine di sua mamma, non se la sentiva proprio, era un grosso problema per lei.*»

Approfondendo gli aspetti depressivi col paziente, emergono affermazioni ambigue:

« *Ma nei giorni precedenti i fatti, lei come stava? "A me sembrava di stare bene. depresso ragionavo su questo fatto, di compiere questo atto, cercavo di capire se ero depresso o no, perché non volevo farlo come depressione, e in quel momento secondo momento me stavo bene". Quindi è stata una scelta consapevole, lucida? "Consapevole in quel momento che uscivo dalla depressione. Penso di sì, a meno che qualcuno metta in discussione se ero uscito o no dalla depressione, però mi sentivo che ero uscito dalla depressione".*»

Nonostante quest'ultimo stralcio e sulla scorta di una sorta di diario che il paziente teneva da diversi anni e in cui riportava pensieri e riflessioni personali, alcune di stampo marcatamente svalutante e catastrofico, la valutazione conclusiva del perito depone per un'incapacità totale di mente del paziente, descrivendo il gesto compiuto come atto estremo di una patologia depressiva che il signor X avrebbe covato per anni, senza mai rivolgersi ad alcun curante nei modi e tempi corretti. Per la precisione si specifica:

«*Il signor [...] al momento dei fatti si trovava in una condizione di scompenso della patologia psichiatrica da cui è affetto da tempo, vale a dire un "Disturbo depressivo Maggiore", patologia mentale che [...] condizionava una* ***abolizione totale della capacità di intendere e volere.***»

E, poco oltre:

«*[...] non si può ritenere che al momento attuale siano venuti meno i presupposti di una* ***pericolosità sociale*** *rile-*

vante ai fini forensi, ed esiste dunque la probabilità (più che una mera possibilità) del ripetersi dei reati, anche in modo preterintenzionale. [...] ***misura di sicurezza*** *idonea può essere individuata nella* ***presa in carico*** *da parte del CPS competente territorialmente, anche mediante la* ***libertà vigilata*** *e l'****obbligo di presentarsi*** *ai servizi.»*

Il caso, le parole del signor X nel descrivere il proprio 'patto' di suicidio allargato con la moglie e la valutazione del perito mettono in risalto il tema tanto discusso e divisivo del fine-vita. Il signor X, pur essendo stato descritto ed essendosi descritto lui stesso come *lucido, presente, consapevole*, è stato ritenuto incapace di intendere e volere al momento dell'atto. L'omicidio e il tentato suicidio, dunque, non sarebbero stati frutto di valutazione e decisione condivisa con la moglie di fine-vita, ma esito infausto di un pensiero deliroide in un quadro depressivo grave. Comunque la si voglia guardare, però, l'intera vicenda solleva ancora una volta le perplessità legate al tema del fine-vita. La moglie del signor X era anziana, disabile, affetta da demenza e in un quadro clinico ritenuto irrecuperabile. Tale condizione, in un altro stato e contesto, avrebbe avuto il permesso di accedere a pratiche di suicidio assistito?

Il tema del suicidio assistito e in generale quello delle pratiche del fine-vita rappresenta certo uno dei nodi etici e clinici più complessi della medicina contemporanea, anche e soprattutto per il grande peso morale che sottende. In Europa il quadro normativo è estremamente eterogeneo: convivono modelli permissivi, sistemi stringenti, e contesti in cui la pratica è altamente vietata. In questo scenario, la valutazione psichiatrica assume un ruolo cruciale, spesso sottovalutato nel dibattito politico e pubblico.

In alcuni paesi, come il Belgio, i Paesi Bassi e, seppur con una casistica limitata, il Lussemburgo, l'eutanasia (somministrazione diretta del farmaco dal medico) e il suicidio assistito sono legali. Affinché tali pratiche vengano portate a termine, sono necessari alcuni requisiti: si deve attestare nel paziente una sofferenza *insopportabile* e senza prospettive di miglioramento, nonché una richiesta di morte volontaria e reiterata. Un consulto pluridisciplinare di medici valuterà il caso e l'effettiva congruità della richiesta.

Tale situazione, a ben vedere, corrispondeva apparentemente alla condizione in un primo momento descritta dal signor X: egli temeva, correttamente, il progressivo indebolirsi fisico e mentale del proprio corpo, oltre che di quello della moglie, e in maniera reiterata ha meditato sul gesto che poi, di fatto, ha compiuto.

Come detto, tale fissità del pensiero e angoscia anticipatoria sulla perdita dell'autonomia, sono state ritenute un sintomo d'intensità delirante di un quadro depressivo grave e prolungato. Al contempo, però, viene da domandarsi come il caso della moglie del signor X sarebbe stato giudicato (a torto o a ragione) dalla commissione multidisciplinare per il suicidio assistito nei Paesi Bassi, per esempio. La sua condizione di disabilità e demenza e la richiesta (apparente) che avrebbe concordato anzitempo col marito di porre fine alla propria vita in caso di peggioramento, sarebbe stata ritenuta meritevole di accedere alle pratiche del fine-vita? Detto in altri termini: la tragedia del signor X, legata alla sua scelta di agire personalmente nel togliere la vita alla moglie e poi a se stesso, si sarebbe potuta evitare?

Sotto il profilo della patologia psichiatrica, è presente sia in Belgio che nei Paesi Bassi una regolamentazione a parte, per cui i criteri di accesso alle pratiche sono molto più rigorosi (de Hert, 2022).

In generale, i requisiti sono i medesimi già descritti:

- Richiesta volontaria, libera e ripetuta
- Paziente capace di intendere e volere
- Sofferenza costante e insopportabile
- Condizione senza prospettive di miglioramento
- Assenza di alternative terapeutiche ragionevoli
- Consulto di medici indipendenti

La differenza tra patologia psichiatrica e fisica non sta dunque nei criteri, ma nella modalità di verifica, molto più severa in caso di patologia psichiatrica. Nella malattia mentale, infatti, il nodo centrale è dimostrare che la sofferenza sia *senza prospettive di miglioramento e senza*

alternative terapeutiche ragionevoli (Nicolini, 2022). Ciò implica aver tentato tutti i trattamenti disponibili (farmacologici, terapeutici, riabilitativi) e aver escluso qualunque possibilità di miglioramento. Il problema è già evidente: a differenza delle malattie terminali, la prognosi psichiatrica non è sempre certa e definitiva e spesso anzi il disturbo si modifica nel tempo. In Belgio, per esempio, è ritenuta obbligatoria la consulenza di almeno uno psichiatria nel concilio dei medici, a maggior ragione se la richiesta proviene da un paziente non terminale. Lo psichiatra, in tal senso, fornisce un giudizio sulla capacità d'intendere e volere del soggetto (Verhofstadt, 2020).

In Italia, come si saprà, non esiste una legge organica per le tematiche del fine-vita, ma la Corte costituzionale ha mostrato una qualche apertura (sentenza Cappato - DJ Fabo 242/2019): non punibilità in condizioni molto specifiche, cioè per paziente tenuto in vita da trattamenti, afflitto da sofferenza intollerabile e con mantenimento di piena capacità decisionale previa verifica del Servizio Sanitario.

Si nota subito come, al di là delle differenze normative tra paese e paese, emerge un punto comune: la necessità di accertare che la richiesta di morte sia autonoma, stabile, convalidata e consona alla patologia e non espressione di una condizione psichica trattabile. Lo psichiatra è chiamato ad accertare la competenza decisionale del paziente: la comprensione delle informazioni rilevanti, la capacità di prevedere conseguenze, il ragionamento coerente e l'espressione di una scelta valida e stabile. Questa valutazione, come ha dimostrato indirettamente il caso del signor X, è particolarmente delicata in paziente con diagnosi di Depressione Maggiore, dove il desiderio di morte si fa sintomo, e non scelta autonoma e autentica. A maggior ragione se in questo caso la depressione è alla base di un omicidio e non di una richiesta di morte per sé.

L'Europa offre un laboratorio normativo unico sul fine-vita, ma nessun modello è definitivo. Se le leggi definiscono i confini della pratica, è la valutazione clinica – e soprattutto psichiatrica – a determinare la qualità etica. La questione non è solo se permettere il suicidio assistito, ma *come* distinguere una scelta libera da una richiesta d'aiuto non ancora riconosciuta come tale. È in questa zona grigia che entra la psichiatria, assumendo un ruolo sì insostituibile, ma necessariamente controverso.

Afferenza dell'autore

* *Psichiatra DSMD ASST Lodi*

Corrispondenza

federico.grasso@asst-lodi.it

Bibliografia

1. M. de Hert (nov. 2022). *Euthanasia of a person with a psychiatric disorder does not violate the European convention on human rights* (Mortier v. Belgium no. 78017/17); Cambridge university press & assessment
2. Marie E. Nicolini et al (oct. 2022). *Irremediability in psychiatric euthanasia: examining the objective standard*. Cambridge university press
3. Verhofstadt M. et al. (aug. 2020). *The engagement of psychiatrists in the assessment of euthanasia requests from psychiatric patients in Belgium: a survey study*. BMC Psychiatry

Mental room: valutazione preliminare del loro utilizzo nella prevenzione del ricorso alla contenzione meccanica mei reparti di psichiatria e neuropsichiatria infantile

*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.#*

INTRODUZIONE

L'evoluzione delle pratiche assistenziali in psichiatria ha progressivamente riconosciuto il ruolo centrale che l'ambiente fisico riveste nel processo terapeutico. Lo spazio architettonico e l'ambiente sensoriale infatti esercitano un'influenza diretta e misurabile sul benessere psicofisico dei pazienti, sulla qualità delle relazioni terapeutiche, e sugli esiti clinici dei ricoveri. Secondo la teoria di Ulrich, psicologo ambientale e ricercatore presso il Center for Health Systems and Design della Texas A&M University l'ambiente ospedaliero tradizionale costituisce esso stesso una fonte significativa di stress per i pazienti.

Dal 7 aprile 2023 l'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano ha dato avvio a un'iniziativa all'avanguardia nel panorama nazionale, realizzando spazi terapeutici specificamente pensati per implementare percorsi per il superamento della contenzione meccanica nei reparti di psichiatria e neuropsichiatria infantile e formando del personale per l'acquisizione e lo sviluppo di tecniche di de-escalation e gestione della crisi. Questo programma si inserisce nel più ampio piano regionale della Lombardia per il rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, in attuazione delle linee di indirizzo definite con l'Intesa Stato-Regioni del 28 aprile 2022 e deliberate dalla Giunta Regionale attraverso la DGR n. 7661 del 28 dicembre 2022.

Dello stanziamento di 515 386 euro per la nostra ASST circa 193 725 euro sono stati destinati alla realizzazione di ambienti innovativi all'interno dei tre SPDC e del reparto di NPI.

All'interno del DSMD dell'ASST Santi Paolo e Carlo sono presenti due Strutture Complesse di Psichiatria, con 3 SPDC, e una di Neuropsichiatria Infantile con un reparto di degenza.

L'intervento progettuale è stato curato dallo studio Total Tool dell'architetto del Politecnico di Milano Giulio Ceppi in stretta collaborazione con le équipe dei reparti coinvolti, con l'obiettivo dichiarato di trasformare ambienti tradizionalmente percepiti come freddi e istituzionali o inutilizzati in luoghi capaci di accogliere, rassicurare e sostenere il benessere psicologico attraverso il design (ASST Santi Paolo e Carlo, 2024).

L'approccio metodologico combina ricerca progettuale, co-design con il personale clinico, osservazione diretta e sperimentazione sul campo. Un team interdisciplinare ha realizzato un'analisi sistematica dei bisogni per comprendere i fattori scatenanti, le pratiche di gestione della crisi e i vincoli presenti nella cura psichiatrica acuta. Sulla base di tali evidenze, il concept spaziale è stato sviluppato attorno all'uso di stimoli sensoriali controllati, inclusi luce, colore, suono e feedback tattili, con l'obiettivo di favorire il rilassamento, la coordinazione visuo-motoria e l'autoregolazione emotiva.

Nell'ambito della progettazione si è lavorato sulla possibilità che la contenzione meccanica possa essere ridotta attraverso un ambiente avvolgente e calmo che sviluppi un senso di immersione, l'assorbimento acustico e la riflessione della luce utilizzando materiali imbottiti, sia sui muri con materiale fonoassorbente che sui pavimenti grazie a materiali gommati e soffici, forme curve e luce diffusa. Lievemente diverso il pensiero sulla stanza di neuropsichiatria infantile dove si è deciso di utilizzare un approccio di tipo Snoezelen con l'inserimento di luci, colori, effetti dinamici e suoni nell'ambiente favorendo

la sinestesia e multisensorialità (questa stanza è stata inaugurata nell'autunno 2025).

Il termine "Mental Room" designa uno spazio fisico appositamente progettato e attrezzato all'interno di strutture per la salute mentale, finalizzato a offrire ai pazienti opportunità di modulazione sensoriale controllata per favorire la regolazione emotiva, ridurre l'agitazione e l'ansia, prevenire le crisi comportamentali, e promuovere il benessere psicofisico generale. Le scelte architettoniche sono state guidate da un principio chiaro e coerente: minimizzare gli elementi potenzialmente ansiogeni presenti negli ambienti ospedalieri tradizionali e favorire invece esperienze percettive capaci di indurre calma, sicurezza e concentrazione (Ulrich, 1991). La forma degli arredi è stata studiata in profondità, privilegiando superfici morbide, linee curve e continuità formale che richiamano un senso di protezione e accoglienza, evitando spigoli vivi o discontinuità che potrebbero generare disagio o rappresentare pericoli. La luce costituisce un elemento fondamentale del progetto: è stata studiata per generare atmosfere accoglienti, distanti dalla freddezza tipica degli ambienti ospedalieri illuminati da lampade fluorescenti o LED con temperature cromatiche elevate (Ulrich et al., 2018).

Riportano inoltre la centralità della stimolazione sensoriale come strumento terapeutico, la personalizzazione degli input sensoriali in base alle esigenze e preferenze individuali, la creazione di un ambiente sicuro e accogliente che comunichi cura e rispetto, e l'integrazione dell'intervento ambientale in una strategia complessiva di gestione umanizzata delle crisi psichiatriche (OT Innovations, 2017).

Le Mental Room offrono ai pazienti strumenti proattivi per gestire stati crescenti di tensione, ansia o disagio prima che questi evolvano verso l'agitazione conclamata o la crisi comportamentale. Sul piano della gestione della crisi, le Mental Room rappresentano un'alternativa concreta e validata alla contenzione farmacologica, mentre sul piano del supporto alla recovery, le Mental Room offrono opportunità di apprendimento esperienziale che possono avere ripercussioni positive anche oltre il contesto del ricovero acuto, stimolando una dimensione educativa e di empowerment coerente con il recovery model nella salute mentale (Anthony, 1993).

OBIETTIVI DELLA RICERCA

L'analisi effettuata riguarda il reparto SPDC del presidio ospedaliero San Paolo di Milano, dove nell'autunno 2024 sono state realizzate due Mental Room. Si tratta di uno studio osservazionale prospettico con disegno pre-post su singolo gruppo, condotto tra gennaio 2024 e fine giugno 2025 (da gennaio a ottobre 2024 per il pre e da novembre 2024 a giugno 2025 per il post).

Obiettivo primario: valutare l'impatto delle Mental Room sulla riduzione dell'uso di farmaci sedativi al bisogno nei pazienti ricoverati.

Obiettivi secondari:

- Valutare le variazioni di indicatori clinici (ideazione suicidaria, uso della contenzione meccanica)
- Analizzare l'impatto della durata del ricovero
- Esplorare gli effetti sui parametri comportamentali e fisiologici

Materiali e metodi

L'approccio alla progettazione è stato pensato nell'ottica di una diversificazione degli ambienti nei diversi presidi di cura con l'ambiziosa idea di poterlo successivamente replicare, in altri contesti, in seguito ad una osservazione sul loro funzionamento.

Non potendo, come vincolo, lavorare su opere murarie ci si è concentrati sulla progettazione di ambienti arredati nell'ottica di una visione che considerasse come criteri di sicurezza, inclusione, personalizzazione e regolazione sensoriale potessero permettere a personale dedicato di lavorare sulla prevenzione, la crisi e il suo superamento.

È sulla dimensionalità degli interventi di prevenzione, crisi e suo superamento che le stanze trovano significative differenze.

Per il reparto di Neuropsichiatria Infantile, situato nel presidio ospedaliero San Paolo e dotato di 8 posti letto,

lo spazio è stato progettato per creare un'atmosfera di calma e inclusività attraverso stimoli visivi, acustici e tattili. La stanza, denominata PEACE ROOM, è stata progettata con un approccio Snoezelen creando un ambiente multisensoriale attraverso l'utilizzo di materiali piacevoli al tatto, al contrasto tra luci e ombra e l'utilizzo di suoni al fine di creare uno spazio di tranquillità e riflessione che possa essere utilizzato sia nella fase di escalation ma soprattutto nelle fasi successive all'acme della crisi.

Presso il SPDC Est del presidio ospedaliero San Paolo, dotato di 15 posti letto, è stata allestita una stanza denominata DYNAMIC ROOM, caratterizzata da uno spazio interattivo che favorisce movimenti attivi e dinamici attraverso l'utilizzo di macchinari per il fitness facilmente utilizzabile da personale formato. L'obiettivo è di creare uno spazio volto alla prevenzione e al superamento delle crisi in un ambiente sicuro e non restrittivo.

Presso il SPDC Ovest del presidio ospedaliero San Paolo, dotato di 12 posti letto, e il SPDC del presidio ospedaliero San Carlo, dotato di 20 posti letto, sono stati allestiti ambienti denominati MULTIPURPOSE ROOM caratterizzati dall'interazione tra elementi multimediali e arredi dedicati in modo da garantire spazi di comfort per attività individuali e di gruppo per ridurre le crisi e gestire la loro evoluzione (*figura 1*).

Popolazione dello studio: n=34 pazienti consecutivi ricoverati presso il SPDC (campione pre-post).

Il profilo degli utenti analizzati è così riassumibile:

- Genere: 65% donne (22 pazienti) e 35% uomini (12 pazienti).
- Diagnosi principali: il 44% presenta disturbi di personalità, il 29% disturbi dello spettro schizofrenico/psicotico, il 24% disturbi dell'umore e il 3% demenza.
- Doppia diagnosi: il 15% del campione manifesta in modo concomitante un disturbo psichiatrico e un disturbo da uso di sostanze.

I criteri di inclusione nello studio erano i seguenti:

- presenza di almeno un ricovero (dall'ingresso alla dimissione) documentato nel periodo PRE;
- presenza di almeno un ricovero (dall'ingresso alla dimissione) documentato nel periodo POST;
- disponibilità di documentazione clinica completa per entrambi i ricoveri, includente dati anamnestici, diagnosi, terapie somministrate, eventi clinici significativi, e parametri vitali all'ingresso e alla dimissione

I criteri di esclusione invece includevano:

- documentazione clinica incompleta
- ricoveri inferiori ai 5 giorni in quanto non utili ai fini di registrazione dei dati clinici

Le analisi descrittive sono state effettuate mostrando le frequenze (percentuali) per le variabili qualitative e le mediane con l'intervallo interquartile (IQR) per le variabili quantitative. Poiché i dati includevano variabili di tipo continuo, dicotomico e ordinale, e considerando che le misurazioni erano ripetute sugli stessi soggetti, sono stati utilizzati test statistici adeguati per confrontare i periodi PRE e POST.

Per le variabili dicotomiche, come la terapia al bisogno, la contenzione, gli episodi aggressivi o autolesivi e i pensieri di morte, è stato impiegato il test di McNemar, un metodo non parametrico.

Per le variabili continue, quali la durata del ricovero, il numero medio di somministrazioni giornaliere e i parametri vitali, si è applicato il test non parametrico dei ranghi con segno.

Il livello di significatività statistica è stato stabilito a 0,05 a due code. Tutte le analisi sono state eseguite utilizzando il software IBM SPSS Statistics, versione 29.0.2.

RISULTATI

- Riduzione sedazione farmacologica: riduzione statisticamente significativa dell'uso intensivo di farmaci al bisogno (riduzione del 20% circa, p=0.035). L'ambiente sensoriale modulato riduce l'arousal permettendo al paziente di autoregolarsi.
- Ideazione suicidaria: riduzione dei pensieri di morte dal 23.5% (8/34 pazienti) all'11.8% (4/34 pazienti) (riduzione assoluta: 11.7%; p=0,157.

Figura 1

Fotografie a cura di Matteo Cirenei

– Contenzione meccanica: incremento del 9% rispetto al periodo pre-intervento (da 26,5% a 35%; p=0,467; n eventi=9/34 vs 12/34).
– Durata del ricovero: riduzione della mediana di degenza di 2 giorni (da 19,5 giorni [IQR: 11/31] a 17,5 giorni [IQR: 10/49]; p=0,564).

DISCUSSIONE

L'analisi statistica dei dati raccolti presso l'ASST Santi Paolo e Carlo ha identificato un risultato statisticamente significativo: la riduzione nella proporzione di pazienti che ricevono somministrazioni intensive di farmaci sedativi al bisogno (p=0.035). I risultati ottenuti suggeriscono che l'ambiente sensoriale modulato offerto dalle Mental Room possa favorire una riduzione dell'arousal, permettendo al paziente di attivare meccanismi di autoregolazione emotiva.

Se si amplia lo sguardo per considerare i risultati positivi ottenuti – non statisticamente significativi in modo singolo, ma coerenti nella direzione – emerge un quadro di tendenze positive che suggerisce un effetto terapeutico reale, limitato principalmente dalla piccola dimensione campionaria che riduce la potenza statistica (Leon et al., 2011). Per quanto riguarda l'ideazione suicidaria, sebbene la riduzione osservata non raggiunga la significatività statistica – verosimilmente a causa della sottopotenza del campione – la riduzione del 50% dei pensieri di morte appare comunque clinicamente rilevante. Questo cambiamento potrebbe riflettere un miglioramento del senso di auto-efficacia e della motivazione vitale nei pazienti esposti all'intervento, aspetti centrali nel processo di recupero psichiatrico.

Un dato che richiede particolare attenzione è l'aumento inatteso della contenzione meccanica. È importante riconoscere che un fenomeno complesso come l'aumento delle contenzioni meccaniche non può essere ricondotto univocamente all'introduzione delle Mental Room, né tantomeno attribuito a un loro effetto iatrogeno. La contenzione rappresenta infatti un esito multifattoriale, influenzato da numerose variabili cliniche, organizzative e contestuali che trascendono l'ambiente fisico. Tale incremento potrebbe riflettere, ad esempio, una differente casistica nel periodo di osservazione, con maggiore presenza di pazienti con quadri neurologici acuti, sindromi da astinenza da sostanze, o quadri di agitazione psicomotoria severa non responsivi agli interventi ambientali. Inoltre, fattori organizzativi quali turnover del personale, cambiamenti nelle procedure operative o pressioni sui posti letto potrebbero aver contribuito a modificare le soglie decisionali per il ricorso alla contenzione. Questo risultato sottolinea la necessità di condurre analisi stratificate per diagnosi principale, tipologia di ricovero (volontario/obbligatorio), comorbidità e altre variabili confondenti, rappresentando al contempo un limite metodologico significativo dello studio attuale, che non ha previsto un controllo sistematico di tali fattori.

Sul piano organizzativo, la riduzione della durata mediana del ricovero suggerisce che le Mental Room possano contribuire a una stabilizzazione più rapida dei pazienti, con benefici diretti sulla gestione dei posti letto e potenziali implicazioni economiche positive per il servizio.

Tuttavia, è necessario interpretare questi risultati preliminari con cautela, considerando i limiti metodologici dello studio. L'assenza di un gruppo di controllo, caratteristica del disegno pre-post monocentrico adottato, impedisce di escludere con certezza effetti confondenti o regressione verso la media. La dimensione campionaria limitata (n=34) determina una possibile sottopotenza per alcuni outcome, come evidenziato dalla mancata significatività statistica di risultati comunque clinicamente rilevanti. Inoltre, il breve periodo di follow-up non consente di valutare la sostenibilità degli effetti nel medio-lungo termine. L'assenza di randomizzazione espone lo studio a potenziali bias di selezione, mentre la mancanza di aggiustamento per variabili confondenti – quali diagnosi principale, severità clinica e comorbidità – limita la possibilità di stabilire nessi causali robusti tra l'intervento e gli outcome osservati.

Nonostante questi limiti, quel che questo studio suggerisce concretamente, con solidità metodologica limitata ma con discreta rilevanza clinica, è che una psichiatria meno coercitiva è possibile anche nei contesti di massima acuzie.

Questo progetto dimostra come le strategie di design inclusivo possano supportare la gestione delle crisi e la de-escalation in contesti psichiatrici attraverso lo sviluppo di ambienti terapeutici multisensoriali. Le implicazioni di questo lavoro vanno oltre il caso specifico, offrendo un modello replicabile per ambienti sanitari che mirano a ridurre le contenzioni fisiche e ad adottare nuove strategie di gestione della crisi.

Il progetto dimostra inoltre il valore della collaborazione interdisciplinare tra design e pratica clinica, evidenziando come l'innovazione spaziale possa rispondere a bisogni complessi legati alla salute mentale. I risultati supportano lo sviluppo di future linee guida per spazi terapeutici inclusivi e multisensoriali e contribuiscono a un paradigma emergente che pone al centro prevenzione, sicurezza, dignità e benessere emotivo delle persone in cura.

Un ringraziamento alla dott.ssa Agata Mannino senza il cui prezioso con-tributo non si sarebbe potuto realizzare quanto descritto

Afferenza degli autori

° *Terp-Università degli Studi di Milano*

^ *Responsabile Scientifico Progetti di Rafforzamento del DSMD ASST Santi Paolo e Carlo*

* *Dipartimento di salute Mentale e delle Dipendenze-ASST Santi Paolo e Carlo*

***Direttrice DSMD ASST Santi Paolo e Carlo*

Direttore SC Psichiatria ASST Santi Paolo e Carlo

*° *Direttore NPIA ASST Santi Paolo e Carlo*

°° *Scuola di Specializzazione in Psichiatria-Università degli Studi di Milano-Polo Ospedaliero San Paolo*

§ *Total Tool srl-Politecnico di Milano*

Corrispondenza

federico.grasso@asst-lodi.it

Bibliografia

1. ASST Santi Paolo e Carlo. (2024). *Dipartimento di Salute Men-tale e Dipendenze: Relazione annuale 2024*. ASST Santi Pao-lo e Carlo.
2. ASST Santi Paolo e Carlo. (2024). *Mental Room: Spazi di De-Escalation e Rilassamento Sensoriale* [Comunicato stampa]. www.asst-santipaolocarlo.it/news/mental-room-spazi-de-escalation-e-rilassamento-sensoriale
3. Ulrich, R. S., Bogren, L., Gardiner, S. K., & Lundin, S. (2018). *Psychiatric ward design can reduce aggressive behavio*r. Journal of Environmental Psychology, 57, 53–66. https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2018.05.002
4. OT Innovations. (2017). *Sensory rooms in mental health*. www.ot-innovations.com/clinical-practice/sensory-modul ation/sensory-rooms-in-mental-health-3/
5. Leon, A. C., Davis, L. L., & Kraemer, H. C. (2011). *The role and interpretation of pilot studies in clinical research*. Journal of psychiatric research, 45(5), 626–629. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.008
6. Anthony, W. A. (1993). *Recovery from mental illness: The guid-ing vision of the mental health service system in the 1990s*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11–23. https://doi.org/10.1037/h0095655
7. Ulrich R. S. (1991). *Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. Journal of health care interior design: proceedings from the ...* Symposium on Health Care In-terior Design. Symposium on Health Care Interior Design, 3, 97–109.

Il suicidio assistito del paziente psichiatrico: molte domande, poche certezze

Toscano M. *

Un recente articolo comparso sulla Rivista di Psichiatria (De Girolamo, 2025), relativo al suicidio assistito di pazienti affetti da depressione grave, non lascia adito a dubbi riguardo le conclusioni raggiunte. Per i firmatari, la scelta del suicidio è "un'opzione inaccettabile" da "combattere fermamente". Nel testo si chiede agli psichiatri di assumere una "chiara presa di posizione", richiamo che, ad un orecchio non del tutto ingenuo, suona come presa di posizione "ideologica". L'appello alla fermezza non riposa tanto sull'inconfutabilità delle prove addotte – che peraltro stentano- quanto sulla scelta etica di fondo. In ambito etico nulla è "chiaro". Come scrive Magni, nell'ultima edizione del suo volumetto dedicato alla Bioetica (Magni, 2026), "il disaccordo morale appare come la caratteristica più evidente nella rassegna delle varie proposte bioetiche" e prosegue ribadendo che "La pretesa di difendere la morale *tout court* si rivela quasi sempre la difesa di un particolare punto di vista morale". Nessuna contestazione quindi al fatto che una certa posizione morale venga espressa "chiaramente" e aggreghi consenso ma la perentorietà dell'asserto e l'estensione di questo a criterio etico per l'intera categoria degli psichiatri mal si addicono ad una materia tanto delicata. Scopo del presente contributo è procedere con un riesame delle argomentazioni proposte dall'articolo, alla ricerca di punti di vista alternativi.

METODO E CONFRONTO

Pertinenti sono arrivate le considerazioni di chi, armato di meno certezze, si è chiesto se si possa "togliere la parola" ai pazienti (Amatulli, 2025). L'Autore affronta alcuni nodi giudiziari e normativi del problema offrendo una lettura alternativa argomentata: "Il disturbo mentale non deve essere considerato un marchio di incapacità, ma una ragione di maggiore prudenza e profondità di analisi". Come dire che non possiamo più esimerci dall'affrontare in modo frontale il vero nodo della questione: "[...] 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 un momento dato" perché, prosegue, "Non vi è, e su questo c'è sicuro accordo, una corrispondenza automatica tra malattia mentale e incapacità". Questa non corrispondenza ha portato, in maniera altrettanto ideologica, il parlamento svedese ad eliminare dal Codice Penale la non imputabilità del paziente psichiatrico e lo ha fatto seguendo la suggestione di uno psichiatra locale. Cito questo esempio, nervo scoperto della nostra disciplina, solo e unicamente per mostrare come un approccio ideologico - assenza di capacità vs. piena capacità, svincolate dal caso specifico - possa essere piegato a proprio piacimento e condurre a scenari diametralmente opposti, con esiti rilevanti sulla vita reale della persona. Stesse premesse, esiti diversi. È quanto emerge dal contributo di Van Os e Denys (Van Os, 2026) che, nel criticare l'approccio Olandese considerato eccessivamente libertario in materia di MAID (Medical assistance in dying), ripropone tutte le perplessità che hanno caratterizzato il lavoro italiano, giungendo però a conclusioni del tutto diverse: non si nega tout court la possibilità di scelta del paziente bensì vengono invocati "international scrutiny, robust ethical debate, and cross-disciplinary regulation". La visione è di ampio respiro perché la "vita" ha molti stakeholders, ciascuno con diritto di opinione: "The Dutch model of psychiatric euthanasia exposes a painful tension at the heart of medicine: on what grounds is medical expertise solely responsible for existential mental suffering?".

LA SOGGETTIVITÀ

Nel testo dell'articolo comparso sulla Rivista di Psichiatri si richiama la sentenza 207/2018 della Corte Costituzionale, ripresa poi dal Comitato Nazionale di

Bioetica, secondo la quale, per giustificare un'assistenza di terzi al suicidio assistito, la malattia deve essere "fonte di sofferenze psicologiche giudicate intollerabili". Ed è su questa affermazione che si nota un singolare slittamento di prospettiva. Il testo dell'articolo prosegue ricordando che "la depressione[...] può non essere una condizione patologica irreversibile". Appare evidente che dal piano soggettivo dell'intollerabilità della condizione si è scivolati al piano oggettivo della sua curabilità. Secondo questa logica il paziente viene esautorato della capacità di giudizio circa la tollerabilità o meno del sintomo. Si trascura quindi il fatto che Il paziente che chiede di porre fine alla propria esistenza non lo fa perché erroneamente portato a percepirsi come incurabile ma perché non si sente più in grado di sopportare le conseguenze della condizione stessa. La dimensione soggettiva, non meramente utilitaristica, era ben presente in pensatori del passato. Seneca, nella lettera a Lucilio, scrive: "[...] quando saprò di dover soffrire condannato ad un dolore senza fine, allora uscirò dalla vita non per fuggire il dolore, ma perché esso sarà di impedimento a tutte quelle cose che costituiscono la ragione di vivere". Questo passo sembra descrive alla perfezione la condizione di alcuni dei nostri pazienti gravemente depressi il cui orizzonte temporale si chiude e nulla ha più significato.

Un maestro del pensiero psichiatrico, Viktor Frankl, ha dedicato pagine memorabili alla "volontà di significato" propria dell'essere umano (Frankl, 2020) sostenendo che, anche nelle situazioni più avverse e di sofferenza, la vita conserva un senso e che la "tragica triade dell'esistenza umana, formata da sofferenza, dalla colpa e dalla morte" può "essere sempre trasformata in conquista". Sebbene il messaggio di speranza implicito in queste parole meriti la massima considerazione non è un caso, forse, che il grande psichiatra e psicoterapeuta citi espressamente solo la sofferenza connessa alla condizione di terminalità organica. Nello scritto in questione non vi è alcun richiamo alla patologia psichiatrica. Lo stesso Frankl ricorda che "Nessuno psichiatra, nessuno psicoterapeuta [...] può dire a un paziente quale sia il senso della sua vita". Ritengo sia emblematico che affidi la soluzione alle parole di un altro sopravvissuto ai campi di concentramento, Yeuda Bacon, di cui ricorda la frase: "Solo più tardi capii il vero significato della sofferenza: essa può avere un significato se cambia in meglio *te stesso*". Tuttavia poiché la sensibilità del paziente non coincide con quella del curante quest'ultimo si pensa legittimato a chiedere la sopportazione della sofferenza, confidando in una promessa di guarigione che potrà esserci come no.

LA CAPACITÀ

L'articolo di "Rivista" prosegue quindi invitando lo psichiatra, giustamente, a trasmettere speranza per poi puntare dritto alla tesi centrale ovvero che "una grave sofferenza psichica è spesso accompagnata da una compromessa capacità di giudizio e di autonomia decisionale". La valutazione della capacità mentale è per certo un elemento centrale ai fini della valutazione del carattere autonomo ed informato della decisione del paziente. L'assessment di tale capacità, come ricorda Ramon-Pozòn (Ramos-Pozón, 2025) richiede spiccata empatia e capacità di trascendere il solo giudizio clinico, favorendo la comprensione delle ragioni del paziente come essere umano. L'Autore prosegue invitando a non ridurre il tema della capacità alla sola dimensione cognitiva: "Not all people with mental health problems are vulnerable in the same way or to the same extent; therefore each request for euthanasia must be evaluated individually to understand it throughly. In accordo con questa visione Rina Tzinman (Tzinman, 2025) indagando, secondo una prospettiva logico-filosofica, il ruolo della depressione nel limitare la capacità decisionale del paziente si sente di concludere: "I demonstrate that even when depression is a factor in the patient's decision, it does not automatically undermine autonomy".

Credo che il tema della capacità non possa procedere disgiunto da quello precedente della soggettività ovvero della percezione della sofferenza dal punto di vista del paziente. Quale capacità di giudizio e di decisione ci vuole

perché la persona qualifichi come intollerabile la propria sofferenza? La sofferenza che la persona sente nel corpo vivo quale ulteriore interpretazione necessita? È possibile che la sofferenza venga temperata dalla speranza, ma chi può sapere, caso per caso, quando la speranza sconfina nell'illusione? Tutte le argomentazioni ruotano attorno alla "depressione", nessuna al "depresso". Quella centralità del paziente sempre più invocata e che dovrebbe sostituirsi alla centralità della malattia nei rapporti tra il curante ed il suo assistito ha vita corta. L'idea che la persona debba essere accolta nella sua pluralità di bisogni evitando di ridurla a semplice oggetto della prestazione sanitaria suona come un vuoto proclama. Se si espropria la persona della facoltà di dire "basta" si espunge la vita dal dominio della disponibilità. Questa è una precisa scelta etica di tipo normativo che si cerca di spacciare per evidenza scientifica. Colpisce il fatto che una posizione tanto perentoria non sia sostenuta da altrettanto numerose quanto solide evidenze di letteratura. L'oggettiva carenza di dati basta a garantire un giudizio granitico, almeno questo è quanto balza all'occhio per il paragrafo *motivi clinici*. Per quello successivo – *motivi scientifi*ci – va persino peggio: nessun riferimento bibliografico e/o richiamo ad un possibile contradditorio. In più il paradosso che scaturisce dal fatto che gli estensori dell'articolo sottolineano come qualsiasi prognosi non possa dirsi "assoluta", che si è esposti a "errori diagnostici" e "giudizi fallaci" ma tutto ciò sembra valere solo e unicamente a senso unico, nella direzione del divieto. Come non pensare che dietro al paravento della "scientificità" non vi sia altro che una presa di posizione ideologica che, seppur legittima, deve essere proposta per quello che è? Da ultimo il paragrafo si conclude ricordando che esistono "remissioni tardive... anche dopo anni o decenni di depressione resistente". Mi chiedo che cosa resti di una vita vissuta in fondo al pozzo della depressione se non lo sgomento di fronte a un mucchio di cenere e la rabbia spaesata nei confronti di chi ci ha tenuti legati a una siffatta esistenza.

GLI SVILUPPI

Proseguendo nella lettura dei paragrafi successivi, rispettivamente *motivi etici* e *motivi medico-legali*, lo spirito di sintesi appare davvero eccessivo nonostante vengano messi in campo due elementi di rilievo. Il primo è quello relativo a "scivolamenti" normativi per altri disturbi mentali, altrettanto gravi". Il pensiero corre, io credo, soprattutto ai gravi disturbi di personalità per i quali tuttavia non sono così sicuro che valgano le considerazioni *cliniche* e *scientifiche* addotte per la depressione grave. Il divieto si estende pertanto anche a queste condizioni, inopportunamente accomunate alla depressione, per le quali è meglio mettere da subito le mani avanti e dire "no"! Ogni psichiatra sa quanto ostico sia il disturbo di personalità soprattutto per quanto riguarda la possibilità di esercitare un valido trattamento. Ogni curante ha toccato con mano il grado di sofferenza soggettiva che questi disturbi infliggono a chi ne soffre (e a chi entra in contatto con loro) nonchè l'elevato tasso di agiti anticonservativi che molto spesso rappresentano l'atto finale di quelle esistenze. Lentamente si afferma un principio, ed ecco il secondo elemento, secondo il quale molti pazienti psichiatrici, qualunque sia la natura del loro disturbo non sono capaci di autodeterminazione. Gli autori giustamente sottolineano quanto sia difficile valutare questo aspetto ma la difficoltà non solo non stimola la discussione e la ricerca ma nemmeno favorisce l'*epochè*. Non resta che vietare.

L'articolo si conclude con una vera e propria "mozione degli affetti". Si ricordano gli "orrori e l'uso politico" della medicina e della psichiatria che non devono avallare "scelte di morte" bensì "mostrarsi alleate della vita". Ancora una volta il primato è degli enti astratti (la depressione, la vita) e non degli individui in carne ed ossa. Questi tuttavia non devono essere "abbandonati". Giusto, non a caso il suicidio viene detto "assistito". L'abbandono si ha quando la persona, disperata e senza una soluzione valida per lei (non per altri), ricorre a darsi la morte in modo solitario e, il più delle volte, indecente.

Questa logica non è per nulla sconosciuta alla medicina che, su questa base, ha preferito legalizzare l'aborto piuttosto che acconsentire al vero orrore di soluzioni alternative estemporanee.

Giunti sin qui, l'intera riflessione può essere riformulata forse in questi termini: è concepibile in psichiatria la nozione di "terminalità"? La risposta più in uso è no: le patologie psichiatriche non sono intrinsecamente mortali. Al massimo può porsi il problema di come assistere un paziente terminale affetto da comorbidità psichiatrica. Proviamo però a porre il quesito come: è possibile immaginare una condizione psicopatologica dalla quale non c'è ritorno e nulla si può più fare per alleviare le sofferenze del paziente? Di anoressia si può ancora morire. Una risposta a questa domanda, che non si uniformi unicamente al pensiero *mainstream*, ad oggi non c'è ed è un altro esempio di come noi si debba orientare la ricerca a sostegno di decisioni beneficiali per il singolo individuo.

Concludo queste mie poche riflessioni ricordando un filone di ricerca assi promettente, quello delle terapie assistite con psichedelici (Schenberg, 2018; Langlitz,2024; Noah, 2025). Nonostante le limitazioni imposte alla ricerca dalla condizione giuridica di queste sostanze, le esperienze e la letteratura accumulate offrono ragioni di speranza. L'impiego di psichedelici nella cura sia della depressione difficile da trattare che del distress psicologico ed esistenziale delle cosiddette *life-threatening conditions* si rivolge tanto alla condizione patologica di fondo (depressione) quanto al vissuto soggettivo della persona prossima all' *end-of-life*. Specie in quest'ultimo caso il trattamento non sortisce alcun effetto terapeutico sulla patologia organica (neoplasie, patologie degenerative o esiti invalidanti) ma, talvolta, permette alla persona una rilettura del senso della sua sofferenza e del valore da attribuire comunque alla vita. La persona non sfugge al destino ma ne attende il compiersi avendo trovato ragioni per non chiedere a terzi di aiutarli nella dipartita.

Penso pertanto che ciò per cui gli psichiatri devono combattere sia la comprensione sempre più fine delle possibilità che l'uomo ha, sano o malato, di esprimere una valida capacità all'autodeterminazione delle scelte evitando di comprimere le libertà in nome di un'ideologia anodina. Sarà un percorso di conoscenza lungo e tortuoso ma arrendersi alle difficoltà, questo no, non è da noi.

Afferenza dell'autore

* *Direttore SC Psichiatra*
ASST Rhodense

Corrispondenza

MToscano@asst-rhodense.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. (2025). *Il suicidio assistito per pazienti con depressione grave. Un'opzione inaccettabile che gli psichiatri devono combattere fermamente*. Rivista di psichiatria; 60: 88-91
2. Magni S. (2026). *Bioetica*. Nuova edizione. Carocci editore.
3. Amatulli A. (2025) *La fine della vita e le persone con disturbo mentale: si può togliere la parola? Un racconto, tanti pensieri, poche certezze*. Psichiatria Oggi XXXVIII, 2
4. J. Van Os, D. Denys (2026). *Euthanasia for mental suffering in young people: a critical global perspective.* World Psychiatry; 25,1
5. Frankl V. (2020). *La sofferenza di una vita senza senso. Psicoterapia per l'uomo d'oggi.* Mursia. Prima edizione elettronica.
6. Ramos-Pozón S. (2025). *The role of the ethics expert in Spanish legislation on euthanasia and mental health.* Monash Bioethics Review; 43:82–96
7. Tzinman R. (2025). *Depression and Autonomy in Physician-Assisted Suicide*. The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine; 50, 285–294
8. Ekman Schenberg E. (2018). *Psychedelic-Assisted Psychotherapy: A Pradigm Shift in Psychiatric Research and Development*. Frontiers in Pharmacology; 9:733
9. Langlitz N.,K. Gearin A. (2024). *Psychedelic Therapy as Form of Life*. Neuroethics; 17:14
10. Noah N. T. Barr, Kayla J. Giese, Sam G. Moreton (2025). *A scoping review of the effects of serotonergic psychedelics on attitudes towards death.* Psychopharmacology; 242:1955–1976

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ

CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

Il paziente psichiatrico autore di reato

Una survey multicentrica

Antini G.I., Simonetti M.L.°, Mielli L.°, Pace G.°, Marcelli S.*, Gatti C.^, Caucci S.°, D'Angelo G.**

ABSTRACT

Introduzione: La gestione del paziente psichiatrico autore di reato rappresenta una sfida complessa per i servizi di salute mentale, poiché implica la necessità di bilanciare cura, sicurezza e aspetti etico-legali.

Obiettivi: Lo studio mira a esplorare la percezione degli infermieri degli SPDC riguardo alla gestione di tali pazienti, con particolare attenzione alle criticità operative, al livello di competenza percepita e ai bisogni formativi.

Materiali e Metodi: È stata condotta un'indagine osservazionale trasversale multicentrica (maggio–settembre 2025) su un campione di 37 infermieri operanti nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Marche. I dati, raccolti tramite questionario online basato sulla scala CENA Survey, sono stati analizzati con statistiche descrittive e test inferenziali (t-test e Chi-quadro).

Risultati e Conclusioni: Il 54% degli infermieri riferisce di saper adottare strategie di coping e il 46% di gestire lo stress, ma il 27% mostra vulnerabilità emotiva. Solo il 32% si sente preparato nella valutazione psichiatrica, mentre il 76% non utilizza strumenti standardizzati. L'84% non ha mai ricevuto formazione specifica e l'89% non ha partecipato a corsi dedicati, pur riconoscendone l'importanza (94%). La percezione di sicurezza risulta correlata in modo significativo al livello di formazione e alla competenza percepita. Lo studio evidenzia carenze formative e organizzative che incidono sulla sicurezza e sul benessere degli infermieri. È necessario sviluppare

protocolli condivisi, linee guida operative e percorsi formativi strutturati per migliorare la gestione clinica ed etica del paziente psichiatrico autore di reato, favorendo la qualità assistenziale e la tutela del professionista.

Keyword: Forensic nursing; Nurse; Offender patient; Ethics; Mental health; Therapeutic approach.

INTRODUZIONE

Dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), i pazienti psichiatrici autori di reato, costituiscono una categoria più ampia di persone prosciolte per vizio di mente o in attesa di giudizio. Ad oggi, le misure di sicurezza, provvisorie o definitive, possono essere applicate non solo in strutture dedicate come le REMS, ma anche al domicilio o in strutture residenziali dei servizi di salute mentale (Fossa, 2012). Nel sistema penale italiano, la responsabilità di una persona che commette un reato dipende dalla sua capacità di intendere e di volere al momento del fatto. Infatti, se tale capacità è esclusa per infermità mentale, l'individuo è non imputabile (art. 88 c.p.) e non può essere punito, ma può essere sottoposto a una misura di sicurezza. Se la capacità è notevolmente ridotta, il soggetto è parzialmente imputabile (art. 89 c.p.) e la pena è diminuita. Invece, se la capacità è integra, il soggetto è imputabile (art. 85 c.p.) e risponde pienamente del reato. Questa distinzione è fondamentale per determinare non solo la pena o la sua esclusione, ma anche il percorso di cura e custodia del paziente psichiatrico autore di reato, che può essere affidato a strutture sanitarie come le REMS, a programmi terapeutici territoriali o, nei casi più gravi, a misure restrittive disposte dal giudice (Art. 85, 88, 89, 147, 203, 1930). L'organizzazione della salute mentale in Italia, regolata dal Servizio Sanitario Nazionale, gestisce i pazienti psichiatrici autori di reato attraverso percorsi di cura influenzati dalla giurisdizione penale. Questi possono essere presi in carico in diversi contesti: Articolazioni di Salute Mentale (ASM) in carcere, REMS, Comunità Terapeutiche (CT) o Programmi Domiciliari di Affidamento in Prova (PDAP). Il percorso può includere fasi di ricovero in SPDC, detenzione, e successivo inserimento in REMS.

Nel sistema penitenziario, i pazienti sono detenuti con diritto all'assistenza sanitaria secondo i LEA; nelle REMS, sono anche considerati socialmente pericolosi ai sensi dell'art. 203 c.p. (Rivellini, 2021). La gestione di tali pazienti richiede un'integrazione tra servizi sanitari, magistratura e servizi sociali, per evitare la reincarcerazione e favorire misure alternative alla detenzione, come previsto dall'art. 47-ter dell'Ordinamento Penitenziario (Gazzetta Ufficiale, 1975). Il ruolo dello psichiatra e dell'infermiere di salute mentale varia a seconda del contesto (ospedale, carcere, REMS, territorio) e della complessità del caso. L'infermiere affronta sfide legate allo stigma e alla dicotomia tra custodia e cura, garantendo un'assistenza centrata sulla persona e rispettosa dei diritti fondamentali (Badon, 2023; Moriconi, 2016). Lavora in équipe multidisciplinare, coinvolgendo familiari e caregiver, e negli SPDC gestisce le crisi e i TSO, assicurando la continuità del percorso di recovery con i servizi territoriali (FNOPI, 2025). L'evoluzione del sistema sanitario ha potenziato l'assistenza territoriale e domiciliare, valorizzando la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC), che promuove self-management, empowerment e aderenza ai Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali, garantendo standard di qualità e continuità assistenziale (Badon, 2023; Galli, 2024).

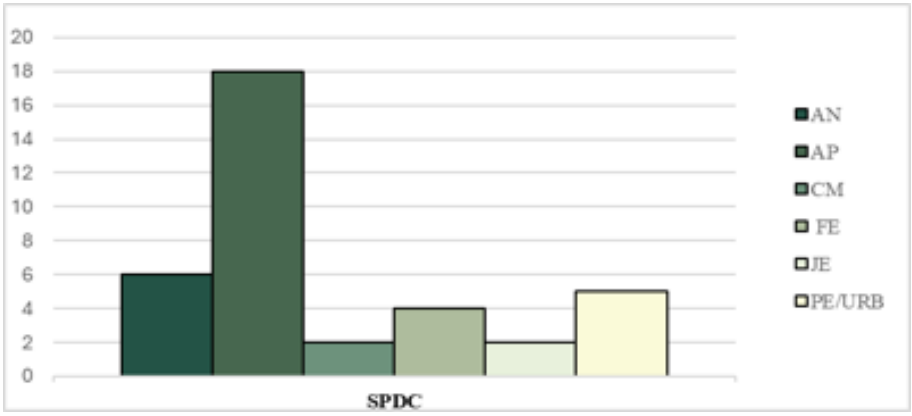
OBIETTIVO

L'obiettivo di questo studio consiste nell'analizzare la percezione degli infermieri riguardo l'assistenza erogata ai pazienti autori di reato. Inoltre, intende mettere in luce eventuali criticità, bisogni formativi, strategie assistenziali adottate, nonché il livello di preparazione percepito dagli infermieri nell'affrontare le situazioni complesse sotto il profilo clinico, relazionale, deontologico ed etico.

MATERIALI E METODI

Lo studio, osservazionale trasversale multicentrico, è stato condotto tra il 1° maggio e il 30 settembre 2025 all'interno

Grafico 1: campione



dell'AST di Ascoli Piceno, coinvolgendo i Dipartimenti di Salute Mentale di varie strutture ospedaliere e penitenziarie delle Marche, tra cui la sezione psichiatrica del Carcere "Marino" e diversi SPDC di San Benedetto del Tronto, Ancona, Fermo, Civitanova Marche, Jesi e Urbino.

Il campione era composto da 37 infermieri, selezionati in base a criteri di inclusione (attività nei servizi SPDC o nel carcere, consenso informato e servizio attivo). Sono stati esclusi operatori non infermieri, non in servizio o con questionari incompleti.

La raccolta dati, autorizzata dall'Azienda, è avvenuta online tramite Microsoft Forms®, con questionario composto da: una sezione socio-anagrafica (9 items) e il CENA Survey (24 items su scala Likert 1–5), che valuta tre dimensioni: Accordo (14 items), Sicurezza (5 items) e Competenza (5 items) (Sivakumar, 2011). È stato adottato un campionamento non probabilistico convenzionale, basato sulla disponibilità dei partecipanti e mantenendo un contatto costante con i coordinatori (n. 25 recall telefonici7e-mail).Lo studio ha rispettato il GDPR e garantito anonimato e partecipazione volontaria. I dati, esportati in Excel® e analizzati con RStudio, sono stati elaborati con statistiche descrittive (frequenze e percentuali). Sono stati applicati: il t-test per campioni indipendenti per confrontare gruppi per età ed esperienza e il test del Chi-Quadro per analizzare la relazione tra sicurezza, competenza e percezione formativa (livello di significatività $p < 0.05$).

RISULTATI

Allo studio hanno partecipato complessivamente n. 37 infermieri, la cui distribuzione per sede di provenienza segue una prevalenza dell'SPDC di Ascoli Piceno (49%), di Ancona (16%), di Pesaro/Urbino (14%), di Fermo (11%), di Civitanova Marche (5%) e di Jesi (5%) (*Grafico n.1*).

L'età media dei partecipanti risulta pari a 47,76 ± 10,23, mentre l'esperienza professionale media è risultata di 10,08 ± 8,15. Il campione ha riferito di non utilizzare scale di valutazione nella gestione del paziente psichiatrico autore di reato (76%) (*Grafico n.2*), di non aver ricevuto formazione specifica (84 %) (*Grafico n.3*) e non aver partecipato ad eventi formativi specifici nella gestione del paziente autore di reato (89%).

Grafico 2: utilizzo delle scale di valutazione

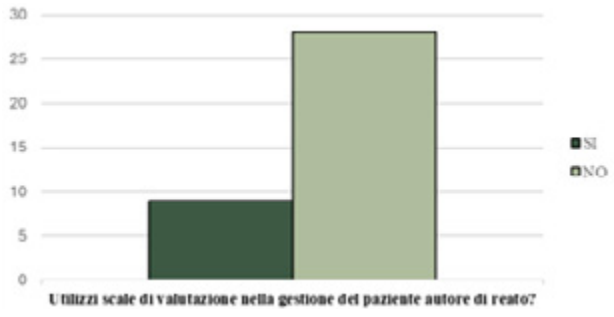


Grafico 3: hai mai ricevuto una formazione specifica della gestione del paziente autore di reato?

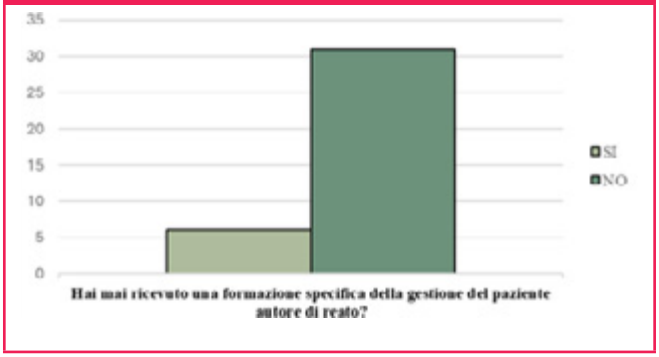
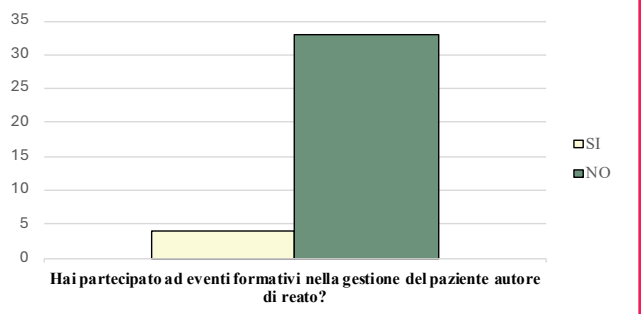


Grafico 4: partecipazione ad eventi formativi mirati



La tabella sottostante mostra la distribuzione delle risposte espresse dai partecipanti, in merito al grado di accordo riguardo la gestione del paziente autore di reato. La maggioranza degli infermieri si sente capace di attuare strategie di coping (62% tra "d'accordo" e "fortemente d'accordo"), con una percentuale di irritabilità bassa (27%), facendo emergere una positiva gestione dello stress (60%). Nella fase acuta e di valutazione del paziente, le risposte mostrano maggiore criticità ed incertezza: 35% disaccordo e 32% neutrale, segnalando senso di preparazione limitato. Tali risposte assumono un carattere ottimale nella fase stazionaria del paziente (57% tra "d'accordo" e "fortemente d'accordo"). La sensazione di sicurezza nel contesto lavorativo è frammentata (24% d'accordo, 27% neutrale), mentre

Tabella 1: grado di accordo

Variabili	Risposte	Frequenza Assoluta n.	Frequenza Percentuale %
1. Riesco ad attuare strategie di coping efficaci durante la gestione del paziente autore di reato?	Fortemente in disaccordo	0	0%
	In disaccordo	5	14%
	Né in accordo, né in disaccordo	9	24%
	In accordo	20	54%
	Fortemente in accordo	3	8%
2. Sento di essere facilmente irritabile e nervoso durante la gestione del paziente autore di reato?	Fortemente in disaccordo	5	14%
	In disaccordo	14	38%
	Né in accordo, né in disaccordo	8	22%
	In accordo	10	27%
	Fortemente in accordo	0	0%
3. Riesco a gestire lo stress durante la gestione del paziente autore di reato?	Fortemente in disaccordo	0	0%
	In disaccordo	4	11%
	Né in accordo, né in disaccordo	11	30%
	In accordo	17	46%
	Fortemente in accordo	5	14%

Tabella 1: grado di accordo			
4. Mi sento preparato/a nella gestione del paziente autore di reato in fase acuta/scompensata?	Fortemente in disaccordo	1	3%
	In disaccordo	13	35%
	Né in accordo, né in disaccordo	12	32%
	In accordo	9	24%
	Fortemente in accordo	2	5%
5. Mi sento preparato/a nella gestione del paziente autore di reato in fase stazionaria/stabile?	Fortemente in disaccordo	1	3%
	In disaccordo	4	11%
	Né in accordo, né in disaccordo	11	30%
	In accordo	18	49%
	Fortemente in accordo	3	8%
6. Mi sento preparato/a durante la valutazione del paziente autore di reato?	Fortemente in disaccordo	1	3%
	In disaccordo	8	22%
	Né in accordo, né in disaccordo	14	38%
	In accordo	12	32%
	Fortemente in accordo	2	5%
7. Nel mio contesto lavorativo mi sento sicuro/a durante la gestione del paziente autore di reato?	Fortemente in disaccordo	7	19%
	In disaccordo	9	24%
	Né in accordo, né in disaccordo	10	27%
	In accordo	9	24%
	Fortemente in accordo	2	5%
8. Nel mio contesto lavorativo oscuro il mio cartellino identificativo	Fortemente in disaccordo	7	19%
	In disaccordo	14	38%
	Né in accordo, né in disaccordo	4	11%
	In accordo	6	16%

l'attività di oscurare il cartellino identificativo è poco comune. L'importanza delle competenze è ampiamente riconosciuta (94%) ma scarso supporto percepito dalle risorse del contesto lavorativo. La sicurezza percepita e l'adeguatezza delle misure operative (es. cartellini, stanze videosorvegliate) mostrano forti discrepanze tra i partecipanti, eccezione per il collocamento in stanza singola ove vi è una buona concordanza (68%). Oltretutto, la percezione di essere tutelati dalla polizia penitenziaria è variabile: il 44% in disaccordo o fortemente in disaccordo, 27% in accordo (*Tabella n.1*).

Di seguito, i dati relativi alla percezione del grado di sicurezza da parte dei partecipanti. La percezione di sicurezza degli infermieri è prevalentemente moderata, collocandosi su "a volte sicuro" nel 54%. La presenza della polizia penitenziaria e la capacità di usare strumenti di

Tabella 2: grado di sicurezza

Variabili	Risposte	Frequenza Assoluta n.	Frequenza Percentuale %
1. Valutare il rischio, nei miei confronti o di altri, correlato a comportamenti dei pazienti	Sempre sicuro	2	5%
	Solitamente sicuro	7	19%
	A volte sicuro	20	54%
	Raramente sicuro	7	19%
	Mai sicuro	1	3%
2. La presenza dell'intera polizia penitenziaria durante la degenza del paziente autore di reato	Sempre sicuro	4	11%
	Solitamente sicuro	14	38%
	A volte sicuro	15	41%
	Raramente sicuro	3	8%
	Mai sicuro	1	3%
3. La presenza dell'intera polizia penitenziaria durante le attività assistenziali al paziente autore di reato	Sempre sicuro	4	11%
	Solitamente sicuro	10	27%
	A volte sicuro	17	46%
	Raramente sicuro	5	14%
	Mai sicuro	1	3%
4. Effettuare la valutazione dello stato mentale, utilizzando strumenti specifici e scale di valutazione	Sempre sicuro	2	5%
	Solitamente sicuro	15	41%
	A volte sicuro	13	35%
	Raramente sicuro	6	16%
	Mai sicuro	1	3%
5. Gestire il paziente autore di reato	Sempre sicuro	2	5%
	Solitamente sicuro	8	22%
	A volte sicuro	16	43%
	Raramente sicuro	10	27%
	Mai sicuro	1	3%

valutazione aumentano leggermente il senso di sicurezza, ma rimane prevalente un livello di sicurezza intermittente o parziale (*Tabella n.2*).

Per quanto concerne il grado di competenza percepita dai partecipanti, la competenza è prevalentemente moderata o buona, con poche situazioni di eccellenza o inadeguatezza percepita. In particolare, gli infermieri si sentono più competenti nella gestione diretta e nelle attività assistenziali rispetto alla valutazione del rischio o all'uso di strumenti/scale (38% circa). Complessivamente, emerge una distribuzione equilibrata tra sicurezza media e buona competenza, con aree marginali di percezione di insufficienza (*Tabella n.3*).

Infine, la maggioranza dei partecipanti (54%) indica maggiore formazione del personale sanitario come principale area di miglioramento, includendo: maggiori disponibilità di risorse per il trattamento psichiatrico, approccio individualizzato in base al tipo di reato

Tabella 3: grado di competenza

Variabili	Risposte	Frequenza Assoluta n.	Frequenza Percentuale %
1. Valutare il rischio, nei miei confronti o di altri, correlato a comportamenti dei pazienti	Eccellente	4	11%
	Buono	11	30%
	Medio	14	38%
	Sufficiente	6	16%
	Scarso	2	5%
2. La presenza dell'intera polizia penitenziaria durante la degenza del paziente autore di reato	Eccellente	3	8%
	Buono	13	35%
	Medio	10	27%
	Sufficiente	9	24%
	Scarso	2	5%
3. La presenza dell'intera polizia penitenziaria durante le attività assistenziali al paziente autore di reato	Eccellente	2	5%
	Buono	15	41%
	Medio	9	24%
	Sufficiente	9	24%
	Scarso	2	5%
4. Effettuare la valutazione dello stato mentale, utilizzando strumenti specifici e scale di valutazione	Eccellente	1	3%
	Buono	13	35%
	Medio	14	38%
	Sufficiente	7	19%
	Scarso	2	5%
5. Gestire il paziente autore di reato	Eccellente	3	8%
	Buono	13	35%
	Medio	13	35%
	Sufficiente	7	19%

commesso e collaborazione con psichiatri e professionisti legali (*Grafico n.5*). Il test del Chi-quadro mostra una relazione statisticamente significativa (p-value = 0.001734) tra la percezione di sicurezza nella gestione del paziente autore di reato e la competenza percepita nella valutazione dello stato mentale con strumenti/scali standardizzati. La percezione di sicurezza nel gestire il paziente autore di reato è fortemente associata alla percezione di competenza nella gestione del paziente stesso (p-value = 4.678e-11). Il p-value pari a 0.00143 ($p<0.05$) conferma un'ulteriore associazione significativa tra la percezione di sicurezza nella gestione del paziente autore di reato e la competenza nel valutare il rischio correlato ai comportamenti dei pazienti. Esiste un'associazione estremamente significativa (p-value = 6.597e-05) tra la percezione di sicurezza nella gestione del paziente autore di reato e il riconoscimento dell'importanza di avere competenze specifiche in valutazione, trattamento e gestione. Il p-value pari a 0.01619, indica che la percezione di sicurezza nella gestione del paziente è legata in modo

Grafico 5: Proposte di gestione assistenziale nei confronti del paziente autore di reato

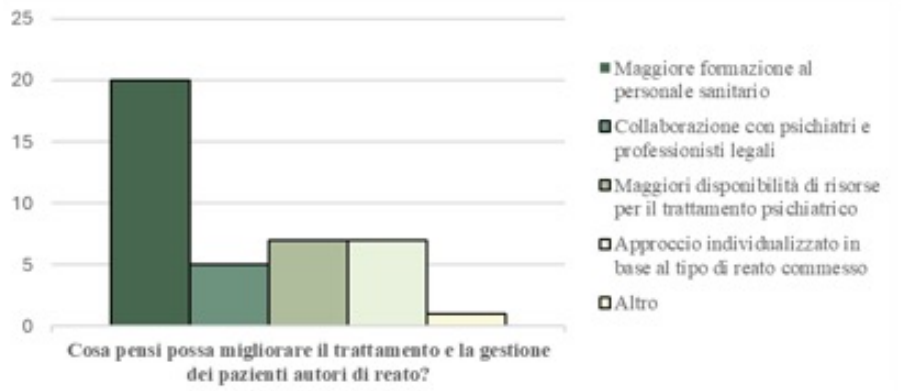


Tabella 4: statistica inferenziale

Variabile indipendente	Variabile dipendente	Test	p-value
Anni di esperienza	Utilizzi scale di valutazione nella gestione del paziente autore di reato?	t-test campioni indipendenti	0.6083
Anni di esperienza	Hai mai ricevuto una formazione specifica della gestione del paziente autore di reato?	t-test campioni indipendenti	0.3664
Anni di esperienza	Hai partecipato ad eventi formativi nella gestione del paziente autore di reato?	t-test campioni indipendenti	0.2341
Età	Utilizzi scale di valutazione nella gestione del paziente autore di reato?	t-test campioni indipendenti	0.6545
Età	Hai mai ricevuto una formazione specifica della gestione del paziente autore di reato?	t-test campioni indipendenti	0.4039
Età	Hai partecipato ad eventi formativi nella gestione del paziente autore	t-test campioni indipendenti	0.4462
SICUREZZA 5. Gestire il paziente autore di reato	COMPETENZA 4. Effettuare la valutazione dello stato mentale, utilizzando strumenti specifici e scale di valutazione	Chi-quadro (X^2)	0.001734
SICUREZZA 5. Gestire il paziente autore di reato	COMPETENZA 4. Effettuare la valutazione dello stato mentale, utilizzando strumenti specifici e scale di valutazione	Chi-quadro (X^2)	4.678e-11
SICUREZZA 5. Gestire il paziente autore di reato	COMPETENZA 1. Valutare il rischio, nei miei confronti o di altri, correlato a comportamenti dei pazienti	Chi-quadro (X^2)	0.00143
SICUREZZA 5. Gestire il paziente autore di reato	ACCORDO 9. È importante avere competenze nella valutazione	Chi-quadro (X^2)	6.597e-05

significativo alla percezione di un contesto lavorativo efficiente nella gestione dell'assistito. Un'associazione significativa (p-value = 0.0001684) è data dalle due variabili di sicurezza che suggeriscono come la gestione del paziente autore di reato sia connessa alla valutazione del rischio, a sé stessi o ad altri, correlato ai comportamenti del paziente.

La correlazione tra le due variabili che definiscono la percezione di sicurezza dei professionisti nel gestire il paziente autore di reato e nell'effettuare attività assistenziali in presenza della polizia penitenziaria risulta statisticamente significativa (p-value = 0.01691) In sintesi, una maggiore competenza percepita e un contesto lavorativo adeguato sono strettamente legati a una maggiore percezione di sicurezza nella gestione dei pazienti autori di reato (*Tabella 4*).

DISCUSSIONI

Lo studio cross-sectional ha analizzato la percezione degli infermieri riguardo la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato, indagando gli aspetti clinici, interpersonali, professionali ed etici, con confronto alla letteratura internazionale6. Dai risultati emerge una forte influenza della preparazione emotiva e professionale sulla capacità di coping e gestione dello stress. Circa la metà del campione riferisce di riuscire a gestire lo stress (46%) e a mettere in atto strategie di coping (54%), ma una parte significativa mostra segni di tensione emotiva e vulnerabilità. Sul piano tecnico, solo un terzo degli infermieri si sente preparato nella valutazione del paziente, mentre il 35% non si sente competente nella gestione delle fasi acute. Particolarmente critica è la scarsa applicazione delle scale di valutazione dello stato mentale (non utilizzate dal 76% del campione), elemento che riduce la percezione di sicurezza e l'efficacia clinica. La formazione emerge come tema centrale: sebbene oltre il 90% riconosca l'importanza di possedere competenze specifiche, l'84% non ha mai ricevuto una formazione dedicata. Tale divario tra consapevolezza e pratica influisce negativamente sulla sicurezza percepita, evidenziando una correlazione significativa tra livello di formazione e senso di sicurezza professionale. La supervisione clinica, come mostrato in studi internazionali, potrebbe rappresentare una risposta efficace per supportare gli infermieri nel gestire le difficoltà emotive e migliorare le competenze10. La sicurezza sul luogo di lavoro è un altro nodo critico: solo il 24% si dichiara sicuro, mentre il 41% giudica insufficienti le risorse disponibili. La presenza della polizia è percepita come rassicurante ma non sufficiente. La percezione di sicurezza risulta fortemente connessa alla formazione, alla capacità di valutazione del rischio e alla qualità dell'organizzazione. Tali risultati sono in linea con la letteratura internazionale, che sottolinea come l'esposizione a eventi traumatici e contesti insicuri comprometta il benessere psicologico e la qualità assistenziale11. Anche l'esperienza svizzera evidenzia l'importanza di linee guida etiche per ridurre il conflitto di doppia lealtà, una necessità condivisa dal contesto italiano, dove l'assenza di protocolli aumenta il carico decisionale e la responsabilità individuale dell'infermiere12. Infine, lo studio presenta alcuni limiti: il campione ristretto e l'uso di questionari auto-compilati online, che potrebbero aver influenzato le risposte basate su percezioni soggettive più che su dati oggettivi.

CONCLUSIONI

Questa indagine ha permesso di delineare un quadro generale sulla percezione degli infermieri nella gestione dei pazienti forensi che rappresenta una sfida complessa in quanto si trovano a dover interagire con il sistema giudiziario e quello della salute mentale. I risultati, in linea con le evidenze internazionali, evidenziano come gli infermieri vivano in un contesto operativo segnato da un elevato carico emotivo, difficoltà nella gestione clinica e criticità di natura organizzativa. Tutto ciò contribuisce a generare un senso di insicurezza da parte dei professionisti che aumenta anche a causa alla carenza di formazione specifica, data dallo scarso utilizzo di stru-

menti standardizzati, dalla difficoltà nella gestione del paziente in fase acuta e dall'incertezza nella rilevazione del rischio, ciò evidenzia una chiara correlazione tra il livello di preparazione percepito e il senso di sicurezza. Inoltre, la mancanza di un supporto organizzativo espone gli infermieri a stress elevati, conflitti etici e rischi lavorativi, influenzando negativamente sia il benessere professionale sia la prestazione assistenziale.

In conclusione, questi dati suggeriscono di sviluppare ed adottare strumenti standardizzati e protocolli condivisi al fine di migliorare la qualità e la sicurezza del percorso terapeutico-assistenziale, ridurre il rischio clinico percepito dai professionisti e di investire nella formazione di competenze specifiche nella etereogenicità dei setting assistenziali per pazienti psichiatrici autori di reato.

Afferenza degli autori

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

° *Azienda Sanitaria Territoriale AST di Ascoli Piceno*

^ *Azienda Ospedali Riuniti Ancona, Italia*

Corrispondenza

g.dangelo@staff.univpm.it

Bibliografia

1. Fossa G., Zanelli E., Verde A. *Il malato di mente autore di reato nelle strutture residenziali: una ricerca in una comunità terapeutica*. Rassegna Italiana di Criminologia. 2012. Available from: https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/ric/article/view/524/507
2. Codice Penale. Art. 85, 88, 89, 147, 203. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 1930.
3. Rivellini G., Pessina R., Pagano A.M., Giordano S., Santoriello C., Rossetto I., et al. *Il sistema nella realtà italiana REMS: autori di reato, disturbi mentali e PDTA*. Rivista di Psichiatria. 2021;56(4):189–198. doi:10.1708/3591.35740
4. *Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà n. 354*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 1975 Jul 26.
5. Badon P., Palumbo C., Saluzzi S. Assistenza infermieristica in salute mentale. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2023.
6. Moriconi I., Marra F., Turci C. *Il ruolo degli infermieri nel trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato*. Infermieri Oggi. 2016. Available from: https://opi.roma.it/archivio_news/pagine/178/INFERMIERI%20x%20web%20n-2-2016.pdf
7. Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI). *Codice deontologico delle professioni infermieristiche*. Roma: FNOPI; 2025. Available from: www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_web.pdf
8. Galli M., Marcelli S., Gatti C., Traini T., D'Angelo G. *Tecniche di de-escalation nella prevenzione delle acuzie eteroaggressive: uno studio cross-sectional*. Psichiatria Oggi. 2024.
9. Sivakumar S., Weiland T.J., Gerdtz M.F., Knott J., Jelinek G.A. *Mental health-related learning needs of clinicians working in Australian emergency departments: a national survey of self-reported confidence and knowledge*. Emerg Med Australas. 2011;23(6):697–711.
10. Berry S., Robertson N. *Burnout within forensic psychiatric nursing: its relationship with ward environment and effective clinical supervision*. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2019;26(7–8):212–222.
11. Newman C., Roche M., Elliott D. *Exposure to workplace trauma for forensic mental health nurses: a scoping review*. Int J Nurs Stud. 2021;117:103897.
12. Merkt H., Haesen S., Eytan A., Habermeyer E., Aebi M.F., Elger B., et al. *Forensic mental health professionals' perceptions of their dual loyalty conflict: findings from a qualitative study*. BMC Med Ethics. 2021;22(1):1–10.

CONTRIBUTO AITeRP
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Transizioni, prossimità, evidenze: il Congresso Nazionale AITeRP 2026 e le sfide aperte della riabilitazione psichiatrica italiana

Carletto M.G., Casella N.°, Fossati E.^, Perillo A.#, Racioppi L§.*

Il 5 e 6 giugno 2026, presso l'Auditorium della Città Metropolitana di Torino, si è svolto il Congresso Nazionale dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) dal titolo "Transizioni e innovazioni in salute mentale: continuità ed inclusione in riabilitazione psichiatrica". L'evento, promosso congiuntamente dall'Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica (AITeRP) e dalla Commissione di Albo Nazionale dei TeRP, ha riunito tecnici della riabilitazione psichiatrica, psichiatri e psicologi in un confronto interdisciplinare articolato in sei sessioni tematiche e due tavole rotonde, con il patrocinio di AIDIPSaM, SIEP, OMCeO Torino e SIPS.

Il congresso si è collocato in un momento particolarmente rilevante per le politiche di salute mentale, sia sul piano nazionale che internazionale. Nel giugno 2023, il Consiglio dell'Unione Europea ha adottato per la prima volta Conclusioni specifiche in materia di salute mentale, riconoscendola come priorità trasversale e sollecitando il rafforzamento dei servizi comunitari e degli interventi precoci. Il WHO Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030, aggiornato nel 2021, continua a rappresentare il framework di riferimento globale, con i suoi obiettivi strategici di governance, integrazione dei servizi, promozione e prevenzione, ricerca e sistemi informativi (WHO, 2014). In Italia, il Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale — oggetto della relazione di Giuseppe Nicolò nella II Sessione del congresso — si inserisce in questa cornice, che ha reso il confronto torinese un'occasione di posizionamento della professione nel contesto delle politiche sanitarie europee

VENTICINQUE ANNI DI PROFILO PROFESSIONALE: DAL RECUPERO FUNZIONALE ALLA RECOVERY

L'edizione 2026 ha assunto un significato particolare: ricorre infatti quest'anno il venticinquesimo anniversario dell'istituzione del profilo professionale del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, sancita dal Decreto Ministeriale 182 del 29 marzo 2001. Sebbene la storia del TeRP abbia origini più lontane – era la fine degli anni '80 quando furono istituite le Scuole Dirette a Fini Speciali per Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale – è con il 2001 che la figura professionale ottiene il suo definitivo riconoscimento normativo. Un quarto di secolo dal riconoscimento formale che il congresso ha contribuito a rileggere criticamente, come occasione per misurare il percorso compiuto, valorizzare l'evoluzione della professione e delinearne le traiettorie future.

Attraverso un collegamento da remoto è intervenuto il Prof. Alberto Siracusano, Presidente del Consiglio Superiore di Sanità e Ordinario di Psichiatria, che nei suoi saluti ha evidenziato come la riabilitazione psichiatrica rappresenti uno degli aspetti centrali degli interventi in salute mentale, poiché consente continuità di cura e presa

in carico nei diversi contesti di vita. Ha inoltre sottolineato come tale evoluzione si rifletta direttamente anche nel ruolo professionale dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, divenuti nel tempo una figura sempre più centrale e di riferimento.

In questo arco temporale la riabilitazione psichiatrica italiana ha attraversato un profondo cambiamento di paradigma. Il TeRP è passato dall'essere un esecutore di programmi riabilitativi predefiniti a un professionista che facilita processi di recovery, secondo una definizione ormai consolidata nella letteratura internazionale (Anthony, 1993; Slade, 2009). «Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, in una proiezione evolutiva, sarà chiamato a coordinare quelle famose transizioni critiche, non solo a erogare interventi», ha ricordato il Presidente AITeRP Luca Rossi salutando i partecipanti all'apertura dei lavori.

Non si tratta di un semplice aggiornamento terminologico, ma di una transizione epistemologica che ridefinisce la relazione tra professionista e persona, spostando il baricentro dall'expertise clinica alla co-costruzione del progetto di vita. Il congresso di Torino ha offerto numerose evidenze di questa evoluzione: dalla "riabilitazione di precisione" discussa da Rita Roncone, alle "nuove frontiere" emotive esplorate da Franco Veltro, fino all'integrazione tra Medicina Generale e Dipartimenti di Salute Mentale proposta da Aldo Mozzone. Si tratta di traiettorie che confermano come la riabilitazione psichiatrica italiana stia producendo un sapere disciplinare autonomo, non più ancillare alla clinica psichiatrica, ma capace di dialogare con essa su un piano di pari dignità scientifica.

ARCHITETTURA TEMATICA DEL CONGRESSO

I lavori si sono articolati attorno a quattro aree tematiche principali, incorniciate da due tavole rotonde che ne hanno definito il perimetro istituzionale e culturale.

Formazione e sviluppo professionale. La I Sessione ha posto al centro la necessità di aggiornare i percorsi formativi del TeRP, con attenzione alla personalizzazione della riabilitazione e alla sostenibilità dei modelli. L'intervento di Vincenza Piraino ha delineato le prospettive di attualizzazione dei percorsi formativi, mentre Luca Pingani ha posto una questione politicamente impegnativa sulla governance della formazione professionale. La tavola rotonda di apertura sul riordino delle professioni sanitarie e l'attualizzazione delle competenze , moderata da Massimo Oltolina e Chiara Laura Riccardo, ha offerto il quadro istituzionale entro cui leggere queste riflessioni, con la partecipazione di Diego Catania (Presidente FNO TSRM PSTRP), Roberta Famulari (presidente della commissione di albo nazionale dei tecnici della riabilitazione psichiatrica e past president AITeRP) e altri rappresentanti istituzionali.

Qualità, etica e governance. La II Sessione ha affrontato, con la relazione di Nicolò, le ricadute clinico-riabilitative del Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale, il Codice Deontologico del TeRP nel dialogo interprofessionale, invece, in quella di Rodriguez e le Raccomandazioni di Buone Pratiche in Riabilitazione Psicosociale nei Disturbi Mentali Gravi elaborate dalla Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale, presentate da Barlati. Sul versante dell'innovazione organizzativa la presentazione della collega Simona Mazza di "Synapse" — il nuovo Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato digitalizzato del DSM della ASL di Lecce — ha mostrato un esempio concreto di come la documentazione clinica possa diventare strumento di governo dei processi riabilitativi.

Continuità assistenziale e integrazione. Le sessioni III e IV hanno affrontato la frammentazione dei percorsi di cura nei momenti di transizione. Giuseppe Maina ha esplorato la riabilitazione nel contesto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Annapaola Mazza ha presentato l'applicazione del modello Maudsley nei percorsi di cura dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, e

Annunziata Roncone ha aperto una riflessione sulla salute mentale in carcere. Nella IV Sessione, Fabrizio Starace ha proposto prospettive per un'assistenza integrata e personale, Aldo Mozzone ha illustrato l'integrazione tra Medicina Generale e Dipartimenti di Salute Mentale, e Jessica Zambotti ha presentato modelli per la continuità terapeutica nella transizione dall'età evolutiva all'età adulta. Il contributo di Flavina Cucinotta e Angela Scafidi sul Centro Territoriale di Psicogeriatria di Messina ha allargato lo sguardo alla dimensione delle demenze nel contesto del DSM.

Identità, diritti e innovazione. La V Sessione ha allargato il campo verso temi che la riabilitazione psichiatrica italiana ha finora trattato in modo marginale. Umberto Albert ha presentato il modello youth mental health per gli esordi psicotici, Manlio Converti ha affrontato l'accoglienza delle persone LGBTQIA nei servizi di salute mentale, e Mara Malesardi ha illustrato i risultati di una ricerca qualitativa multicentrica sui modelli organizzativi per l'affermazione di genere. La VI Sessione ha esplorato le nuove frontiere della riabilitazione: dalla riabilitazione digitale di Volpe, alla riabilitazione aumentata attraverso l'innovazione tecnologica con Cesaretti, fino al lavoro nella pratica riabilitativa sulle emozioni prospettato da Veltro. La tavola rotonda conclusiva: "Parole che curano, parole che feriscono", moderata da Valentina Di Ludovico e Piera Morosi, ha posto la questione del potere del linguaggio nella pratica clinica e nella comunicazione pubblica sul disagio psichico.

TRE SNODI SCIENTIFICI EMERGENTI

Al di là della ricchezza complessiva dei contributi, tre temi hanno assunto una rilevanza particolare per la loro portata innovativa e per le domande che aprono alla ricerca futura.

La riabilitazione psichiatrica "aumentata" e il digitale critico. Gli interventi di Volpe e Cesaretti non si sono limitati a presentare strumenti tecnologici, ma hanno posto una questione epistemologica: il digitale in riabilitazione non è una protesi della relazione terapeutica, ma un amplificatore che richiede una competenza specifica nell'integrazione tra mediazione tecnologica e alleanza terapeutica. La teleriabilitazione, la realtà virtuale e gli strumenti digitali di monitoraggio aprono un campo di ricerca ancora largamente inesplorato nel contesto italiano, che potrebbe diventare un'area distintiva per la professione del TeRP. La sfida, come hanno evidenziato i relatori, non è tecnologica, ma metodologica: definire quando, come e per chi l'innovazione digitale produce un valore aggiunto rispetto all'intervento tradizionale.

La continuità assistenziale come problema strutturale. Le sessioni III e IV hanno messo in luce come la frammentazione dei percorsi di cura non sia riducibile a una questione di raccordo organizzativo tra servizi. Essa riflette una criticità più profonda: l'assenza di modelli condivisi di outcome measurement nella riabilitazione psichiatrica. Senza indicatori di esito standardizzati e validati, la continuità assistenziale resta un principio dichiarato ma difficilmente misurabile. In Italia, a differenza di altri contesti europei — il Regno Unito ha integrato strumenti come il DIALOG+ (Priebe, 2015) e il ReQoL (Keetharuth, 2018) nel sistema dei servizi, i Paesi Bassi hanno adottato il MATE come strumento standardizzato — manca ancora un consenso nazionale su quali outcome measures adottare nella pratica riabilitativa psichiatrica. L'esperienza del PTRP digitalizzato Synapse presentata da Mazza rappresenta un passo significativo, ma resta un'iniziativa locale. La professione avrebbe bisogno di una riflessione collettiva su cosa misurare, come misurarlo e, soprattutto, chi partecipa alla definizione degli indicatori.

L'inclusione come indicatore di maturità professionale. Il fatto che un congresso nazionale di riabilitazione psichiatrica dedichi una sessione specifica a identità, diritti

e affermazione di genere rappresenta un segnale di evoluzione culturale della professione. I contributi di Converti e Malesardi hanno introdotto un tema coerente con le indicazioni dell'OMS sull'inclusione delle minoranze nei servizi di salute mentale (WHO, 2021) e con le più recenti evidenze sui determinanti sociali del disagio psichico nelle popolazioni LGBTQIA (Plöderl, 2015). L'accoglienza non è un atto di benevolenza, ma una competenza professionale che incide sulla qualità dell'alleanza terapeutica e sull'efficacia degli interventi riabilitativi.

IL TERP COME PROFESSIONISTA DI PROSSIMITÀ E AGENTE DI CO-PRODUZIONE

Attraverso la pluralità dei contributi, il congresso ha contribuito a precisare un'immagine del TeRP che va oltre la sola competenza tecnica. L'espressione "professionista di prossimità", ricordata all'apertura dei lavori da Rossi, si è rivelata una categoria produttiva: capace di descrivere un operatore che non si limita a intervenire all'interno dei servizi, ma costruisce connessioni tra istituzioni, tra professionisti, tra persone e contesti di vita. Infatti, come espresso da Famulari "*Il TeRP con la sua specificità, svolge il suo ruolo strategico proprio in questo spazio: promuove interventi precoci basati sulle evidenze scientifiche che tengono conto della complessità bio-psico-sociale, offrendo alla persona assistita un orizzonte di recovery, di speranza e di reale miglioramento della qualità della vita*". Questa visione si allinea alle evidenze della ricerca internazionale sui determinanti sociali della salute mentale (WHO, 2014) e alle indicazioni degli organismi internazionali che sottolineano l'importanza di interventi comunitari integrati, orientati all'autonomia e all'inclusione sociale.

Sul piano scientifico, il concetto di prossimità può essere ulteriormente precisato attraverso il paradigma della co-produzione (co-production) della salute mentale (Realpe, 2012; Slay, 2013). La co-produzione non è semplicemente "lavorare con" la persona: è riconoscere che la persona è co-autrice del proprio percorso riabilitativo e, potenzialmente, co-ricercatrice nei processi di valutazione dei servizi. Questo approccio è coerente con il modello del Codice Deontologico del TeRP — presentato al congresso da Rodriguez — e con le Raccomandazioni di Buone Pratiche della SIRP illustrate da Barlati. Il passaggio dalla prossimità alla co-produzione rappresenta un salto concettuale che la professione è chiamata a compiere: non solo essere vicini, ma costruire insieme.

L'ESPERIENZA VISSUTA COME FONTE DI CONOSCENZA

Il momento conclusivo del congresso ha rappresentato una scelta metodologica e culturale significativa. L'evento avrebbe dovuto chiudersi con un'intervista ad Alcide Pierantozzi, autore del romanzo-testimonianza *Lo Sbilico* (Einaudi, 2025) e persona con esperienza diretta di sofferenza psichica, che tuttavia non ha potuto essere presente in quanto impegnato nei percorsi del Premio Strega e del Premio Campiello, nei quali figura tra i finalisti.

Valentina Di Ludovico e Pietro Massaro hanno quindi concluso magistralmente l'evento attraverso la presentazione di una videointervista all'autore e la lettura di alcuni brani del libro, che narra in prima persona il vissuto di un giovane alle prese con interrogativi profondi sulla propria sofferenza mentale.

Pierantozzi non rappresenta soltanto una voce portatrice di esperienza diretta, ma anche una figura significativa del panorama letterario contemporaneo italiano: ha pubblicato opere con importanti case editrici come Laterza, Bompiani ed Einaudi, contribuendo attraverso la scrittura ad aprire uno spazio culturale e narrativo sul tema della salute mentale.

Collocare questa testimonianza a chiusura dei lavori ha segnalato una scelta precisa: riconoscere il coinvolgimento delle persone con esperienza diretta come componente strutturale — e non supplementare — dei processi di cura e di costruzione della conoscenza in salute mentale. Questa scelta si inscrive in una tradizione ormai consolidata nella ricerca internazionale. Come hanno

teorizzato Rose e colleghi nel framework del survivor research (Rose, 2018), e come sostiene il movimento degli Esperti per Esperienza promosso in diversi paesi europei, la narrazione in prima persona non è un complemento "umanizzante" della scienza, ma una forma di sapere che interroga criticamente le categorie diagnostiche e i modelli di intervento. La riabilitazione psichiatrica italiana appare pronta per un passo ulteriore: il coinvolgimento strutturale delle persone con esperienza vissuta nei comitati scientifici dei prossimi congressi, non solo come testimoni, ma come relatori alla pari.

SFIDE APERTE E AGENDA FUTURA

Il congresso si è chiuso con un panorama di sfide aperte che delineano l'agenda della riabilitazione psichiatrica per i prossimi anni. I lavori hanno evidenziato la necessità di rafforzare i modelli di integrazione tra professionisti e tra servizi, di sviluppare approcci sempre più personalizzati e orientati alla comunità, e di consolidare il ruolo della formazione continua come leva per l'evoluzione delle pratiche.

Sul piano istituzionale, il processo di riordino delle professioni sanitarie rappresenta un'opportunità — ma anche una responsabilità — per definire con maggiore precisione il perimetro di competenza del TeRP e la sua collocazione all'interno dei sistemi di salute mentale. Il congresso ha dimostrato che questa definizione non può essere affidata solo alla norma: richiede un lavoro continuo di elaborazione scientifica, confronto interdisciplinare e rappresentanza attiva della professione.

La riabilitazione psichiatrica italiana si trova, a venticinque anni dal DM 182/2001, di fronte a due sfide: da un lato, il consolidamento di un'identità professionale che ha costruito un proprio corpus di pratiche e saperi; dall'altro, la sfida di tradurre questa identità in indicatori misurabili, protocolli condivisi e una ricerca capace di dialogare con la comunità scientifica internazionale senza perdere la specificità del modello italiano.

In questo scenario, il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica si conferma una figura capace di coniugare competenze tecniche, relazionali e progettuali, portando nei contesti in cui opera una visione integrata della persona e del suo percorso di cura.

Se il DM 182/2001 ha sancito il riconoscimento giuridico del TeRP, il compito dei prossimi anni sarà quello di consolidarne l'evidenza scientifica.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

** Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, SC NPIA ASST Lodi.*

° Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Responsabile di Servizio CD Papillon Coop. Fraternità Giovani

^ Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, libero professionista "Lo Spazio"

 # Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Specialista Area Inclusione Coop. Sociale Proges

§ Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, SC NPIA ASST Melegnano-Martesana

CORRISPONDENZA

aiterp.lombardia@gmail.com

Bibliografia

1. World Health Organization. *Social Determinants of Mental Health*. Geneva: WHO; 2014.
2. Anthony W.A. *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993;16(4):11–23.
3. Slade M. *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
4. Priebe S., Kelley L., Omer S., et al. *The Effectiveness of a Patient-Centred Assessment with a Solution-Focused Approach (DIALOG+) for Patients with Psychosis.* Psychotherapy and Psychosomatics. 2015;84(5):304–311.
5. Keetharuth A.D., Brazier J., Connell J., et al. *Recovering Quality of Life (ReQoL): a new generic self-reported outcome measure for use with people experiencing mental health difficulties. British Journal of Psychiatry.* 2018;212(1):42–49.
6. World Health Organization. *Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: WHO; 2021 (updated edition).*
7. Plöderl M., Tremblay P. *Mental health of sexual minorities: a systematic review.* International Review of Psychiatry. 2015;27(5):367–385.
8. Realpe A., Wallace L.M. *What is co-production?* London: The Health Foundation; 2010.
9. Slay J., Stephens L. *Co-production in Mental Health: A Literature Review*. London: New Economics Foundation; 2013.
10. Rose D., Carr S., Beresford P. *Widening cross-disciplinary research for mental health: what is missing from the Research Councils' mental health agenda?* Disability & Society. 2018;33(3):476–481.

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

Gorlani M., Basilici F.*, Pretto M.*, Imperatore R.*, Gori C.**

ABSTRACT

Il Pronto Soccorso rappresenta spesso il primo punto di contatto tra la persona in crisi psichica e il sistema sanitario. La qualità dell'accoglienza in questa fase può influenzare in modo determinante il successivo percorso di cura, la fiducia nei servizi e l'adesione ai trattamenti.

Attraverso contributi di esperti del settore e testimonianze dirette di utenti e familiari, il presente lavoro analizza criticità e potenzialità dell'intervento psichiatrico in emergenza, con particolare attenzione al ruolo degli Esperti in Supporto tra Pari (ESP) come risorsa relazionale e preventiva.

INTRODUZIONE

Nel 2023, in Italia, si sono registrati mediamente 1.570 accessi giornalieri ai Pronto Soccorso per motivi esclusivamente psichiatrici, per un totale annuo superiore a 570.000 accessi. Rispetto al 2022 si osserva un incremento di circa 26.000 accessi. Nello stesso periodo, i ricoveri ospedalieri in ambito psichiatrico sono aumentati di circa 7.000 unità.

Nel corso del 2023, oltre 273.000 pazienti hanno avuto il primo contatto con i servizi di salute mentale attraverso il Pronto Soccorso. Nel 2022, il numero complessivo di utenti presi in carico dai servizi di salute mentale è cresciuto del 9%, passando da 776.829 a oltre 850.000 assistiti.

Il primo accesso ai servizi di salute mentale avviene quindi frequentemente attraverso il Pronto Soccorso, soprattutto in situazioni di crisi acuta. In questo contesto si intrecciano urgenza clinica, fragilità emotiva, tensione familiare e complessità organizzativa.

Il Pronto Soccorso non è solo un luogo tecnico di valutazione, ma uno spazio altamente simbolico: è il momento in cui una persona chiede aiuto, spesso nel punto più vulnerabile della propria vita. L'esperienza vissuta in questa fase può determinare fiducia oppure frattura nel rapporto con i servizi.

L'articolo parte da alcune testimonianze dirette di utenti dei e familiari, in alcuni casi davvero drammatiche, per poi provare ad esporre strategie concrete di miglioramento, pensate unendo i punti di vista di utenti (Associazione AIP ESP), familiari (Associazione Famiglie in Rete) e operatori (Psichiatria e Medicina d'Urgenza dell'AULSS Scaligera).

IL PRONTO SOCCORSO CHE INCONTRIAMO: ESPERIENZE E TESTIMONIANZE

Abbiamo selezionato alcune testimonianze tra le tante che la nostra associazione ha raccolto.

Iolanda, familiare

"Sono madre di Giulio, un ragazzo a cui è stato diagnosticato un disturbo bipolare ed era spesso soggetto a crisi di ansia e attacchi di panico, che a volte si trasformavano in notti insonni, in cui parlava ininterrottamente in modo negativo, smetteva di mangiare, scappava di casa, diventava minaccioso verso sé stesso e verso gli altri.

Durante il nostro primo accesso al Pronto Soccorso, fu chiamato uno psichiatra che si rivelò estremamente empatico e perspicace. Trovò il modo giusto per entrare in relazione con Giulio. Gli si avvicinò sorridendo e gli disse con ironia: «Sei tu quello che parla ai cavalli?».

A quella frase Giulio cambiò espressione, si incuriosì. Il medico iniziò a parlargli di Gaber e di poesia, fino a convincerlo ad accettare l'idea di assumere, all'occorrenza, qualche Tavor orosolubile, come compromesso tra la sofferenza che stava vivendo e il suo rifiuto degli psicofarmaci. Per qualche giorno la situazione migliorò. Tuttavia, al di là della buona volontà di quel giovane medico, il Pronto Soccorso non offriva altro supporto. Se fosse esistita una sezione dedicata alla psichiatria o una possibilità di continuità nei giorni successivi, probabilmente non si sarebbe arrivati al TSO. Se ci fosse stata un'interfaccia con i servizi territoriali, si sarebbe potuto proseguire quel fragile aggancio.

Invece, al secondo accesso fummo indirizzati verso un altro ospedale per un ricovero in TSO. Giulio ricevette delle cure, ma non adeguate: dosi elevate di antidepressivi scatenarono crisi maniacali ancora più gravi.

Negli anni successivi abbiamo intrapreso molti percorsi. La patologia ha avuto un'evoluzione tra le più favorevoli possibili. Mio figlio ha conseguito la laurea specialistica e oggi lavora nella pubblica amministrazione. Tuttavia, torno spesso con il pensiero a quel momento in cui arrivammo al Pronto Soccorso disperati, senza sapere più cosa fare, e trovammo un medico capace di accoglierci e tentare ogni strada possibile.

Se oltre a lui ci fosse stato altro personale formato ed empatico, un'organizzazione adeguata a situazioni che purtroppo non sono rare, mio figlio avrebbe potuto evitare due TSO? E noi avremmo potuto risparmiarci tanta sofferenza aggiuntiva a quella già legata alla malattia?"

Donatella, familiare

"La mia esperienza riguarda numerosi accessi in Pronto Soccorso, in diverse regioni d'Italia, nell'arco di dieci anni.

Fortunatamente non abbiamo mai subito contenzioni fisiche, ma in un ospedale piemontese abbiamo sperimentato una pesante contenzione farmacologica, con sedazione endovenosa e successivo abbandono in corridoio.

Il passaggio dal Pronto Soccorso allo SPDC è apparso spesso inutile e talvolta dannoso. Comporta una perdita di tempo significativa e l'incontro con personale non sempre formato per i casi complessi.

È capitato che il caregiver venisse allontanato e la persona lasciata sola in attesa, con informazioni incomplete trasmesse al medico. L'ambiente caotico e la pressione sugli operatori rendono tutto più difficile. In crisi acuta, la persona fatica a sostenere attese e spostamenti, con il rischio di rifiuto delle cure o di TSO.

Ritengo fondamentale la prevenzione attraverso servizi territoriali adeguati. In questo senso, la figura dell'ESP rappresenta una risorsa importante. L'accoglienza è ancora più decisiva nei primi accessi. Un esordio psicotico vissuto in modo traumatico lascia segni profondi."

Sandra, tecnica della riabilitazione psichiatrica e familiare

"Nel 2022 ho vissuto il ricovero del mio compagno, in scompenso psicotico. Il problema principale è stata l'attesa, che ha amplificato paure e desiderio di fuga.

Un altro aspetto rilevante è la mancanza di tempo per la comunicazione. Spesso non c'è spazio per spiegare, rassicurare, ascoltare. Questa mancanza viene percepita come superficialità. Alcuni utenti si sentono non creduti nel loro dolore. Molti mi hanno detto che, se avessero avuto qualcuno accanto, sarebbero arrivati in reparto meno agitati. Per questo ritengo fondamentale la presenza di figure dedicate all'accoglienza."

Luca, utente

"La mia esperienza risale al 2007, dopo una serata di abuso di alcol e cocaina.

Mia madre mi portò in ospedale. In Pronto Soccorso ci fu molta attesa. Quando entrai dallo psichiatra non

mi sentii compreso. Mi furono somministrate benzodiazepine, ma vissi quella visita come una richiesta d'aiuto rimasta senza risposta.

Preso dalla rabbia, lanciai un estintore contro il muro. Poco dopo mi ritrovai su una barella, ammanettato mani e piedi. Mi svegliai dopo tre giorni. Da lì si è innescato tutto: CPS, percorsi psichiatrici, invalidità. Prima avevo una vita normale. Dopo il TSO tutto si è aggravato. Per me ha amplificato problemi che prima erano contenuti. Ho visto molte persone non riprendersi dopo un TSO. Questo fa pensare che qualcosa non funzioni."

Enrico, familiare

"Sono il nonno di Federico, che aveva un disturbo borderline di personalità a basso funzionamento.

Nei momenti di grave sofferenza, dal Centro di Salute Mentale veniva indicato di recarsi al Pronto Soccorso, soprattutto nelle ore serali, notturne e nei giorni festivi, quando i servizi territoriali sono chiusi. Proprio in questi momenti, per chi soffre di disturbo borderline, le crisi sono più frequenti. Per questo motivo, gli accessi al Pronto Soccorso sono stati numerosi.

Secondo le linee di indirizzo per il triage della Regione Piemonte, le priorità di accesso si basano prevalentemente sulla compromissione dei parametri vitali biologici. La sofferenza psichica viene considerata in modo marginale, senza criteri chiari per valutare l'urgenza.

Rapportarsi con persone con gravi disturbi di personalità richiede competenze specifiche. Quando manca una preparazione adeguata, si rischia di cercare solo di "liberarsi" del disagio che queste persone esprimono. Federico percepiva spesso sospetto e fastidio: si sentiva un corpo estraneo.

Come molte persone con questo disturbo, Federico faceva uso di alcol come forma di autocura. In Pronto Soccorso veniva considerato soprattutto come un paziente con abuso di sostanze, senza che venisse riconosciuta la sofferenza che lo portava lì.

In più occasioni i carabinieri hanno saputo recuperare situazioni critiche attraverso tecniche di de-escalation. In assenza di un progetto organico di cura, i Pronto Soccorso diventano luoghi di passaggio e rimbalzo.

L'ultima volta chiese un ricovero urgente, ma la richiesta fu ritenuta inutile. Scrisse: "Io vado lì per essere aiutato e mi ritrovo in manette. Basterebbe un po' di umanità invece dell'ego." Pochi giorni dopo, Federico ha scelto di lasciarci, a 27 anni.

ANALISI DELLE CRITICITÀ

Le testimonianze raccolte evidenziano una serie di criticità strutturali e organizzative nella gestione dell'emergenza psichiatrica in Pronto Soccorso, che incidono significativamente sulla qualità dell'assistenza e sugli esiti dei percorsi di cura. Le riepiloghiamo di seguito.

Frammentazione dei servizi e discontinuità assistenziale

Una prima criticità rilevante riguarda la separazione tra Pronto Soccorso, servizi territoriali e reparti di degenza. In numerosi casi, il Pronto Soccorso rappresenta l'unico punto di accesso nelle fasce orarie in cui i Centri di Salute Mentale sono chiusi, determinando un sovraccarico del sistema e una gestione emergenziale di situazioni che richiederebbero interventi precoci e continuativi.

La mancanza di un'integrazione strutturata tra i diversi livelli di cura favorisce percorsi discontinui, caratterizzati da ripetuti accessi, ricoveri non programmati e frequenti interruzioni della presa in carico alimentando inoltre una deresponsabilizzazione reciproca fra CSM ed SPDC (tesi Ciccarelli, 2025) . Tale dinamica contribuisce al fenomeno della cosiddetta "porta girevole", con ricadute negative sulla stabilità clinica e sulla fiducia nei servizi.

Centralità dell'attesa e gestione inadeguata dei tempi

Le testimonianze convergono nell'indicare l'attesa come uno dei principali fattori di sofferenza e di peggioramento clinico. I tempi prolungati prima della valutazione specialistica, spesso inevitabili per carenza di personale, espongono la persona in crisi a un aumento dell'angoscia, della disorganizzazione e del rischio di comportamenti impulsivi.

L'assenza di figure dedicate all'accompagnamento durante l'attesa rende tale fase particolarmente critica, trasformandola in un momento di isolamento emotivo e di perdita di contenimento, con possibili ripercussioni sull'esito del ricovero.

Approccio prevalentemente biomedico e ridotta attenzione alla dimensione relazionale

Un'ulteriore criticità riguarda la prevalenza di un approccio centrato sui parametri biologici e sulla gestione farmacologica dell'urgenza, a scapito della dimensione relazionale e comunicativa. I criteri di triage e le procedure operative tendono a privilegiare la stabilizzazione fisica, mentre la valutazione della sofferenza psichica risulta spesso secondaria e poco strutturata. Ciò può portare a interventi standardizzati e poco personalizzati.

La qualità della relazione, elemento centrale per la percezione di cura, risulta frequentemente compromessa dalla pressione organizzativa e dalla mancanza di tempo, generando nei pazienti sensazioni di incomprensione, svalutazione e stigmatizzazione.

Ricorso alla contenzione e gestione dei comportamenti critici

Le testimonianze evidenziano come, in situazioni di elevata tensione, il sistema ricorra talvolta a forme di contenzione fisica o farmacologica, vissute come traumatiche e invalidanti. L'uso della coercizione, se non inserito in un contesto di reale necessità clinica e accompagnato da un'adeguata comunicazione, può compromettere il rapporto terapeutico, alimentare la sfiducia e favorire esiti negativi a lungo termine.

La carenza di competenze specifiche nella gestione dei disturbi complessi e delle doppie diagnosi aumenta il rischio di risposte difensive e di medicalizzazione eccessiva del disagio.

Carenze formative e sovraccarico degli operatori

Gli operatori del Pronto Soccorso operano in condizioni di forte pressione, con carichi di lavoro elevati e risorse limitate. In tale contesto, la formazione specifica sull'emergenza psichiatrica risulta spesso insufficiente o non sistematica. La mancanza di percorsi formativi continuativi e di spazi di supervisione contribuisce al rischio di burnout, riducendo la capacità di mantenere un approccio empatico e riflessivo nei confronti delle situazioni più complesse.

Impatto sull'esperienza soggettiva e sugli esiti a lungo termine

Le criticità evidenziate hanno un impatto diretto sull'esperienza vissuta dalla persona e dai familiari. Un'accoglienza percepita come fredda, caotica o stigmatizzante può trasformare il primo accesso in un evento traumatico, influenzando negativamente l'adesione ai trattamenti futuri. Esperienze negative in Pronto Soccorso possono consolidare sentimenti di sfiducia, vergogna e ritiro dai servizi, aumentando il rischio di cronicizzazione e di ricorso tardivo alle cure.

IL PRONTO SOCCORSO CHE VORREMMO: IPOTESI PER STRATEGIE DI MIGLIORAMENTO EFFICACI

Linee guida per l'accoglienza in Pronto Soccorso

Le linee guida nazionali vigenti risalgono all'accordo stato regioni siglato il 1° agosto 2019, che ha recepito e integrato i documenti (Conferenza Stato Regioni, Repertorio 146,2019):

- "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero"
- "Linee di indirizzo nazionali sulla Osservazione Breve Intensiva - OBI"
- "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo di un piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso"

Da allora, le singole regioni stanno gradualmente recependo le linee guida, in pochi casi introducendo elementi di novità, o entrando maggiormente nel merito.

Abbiamo provato a verificare come sono state recepite e se, visto che ormai sono già passati sei anni, sono state integrate con qualcosa in più: nel mezzo c'è stato il Covid, c'è stato l'incremento dei disturbi di personalità, per esempio. In effetti, qualcosa di nuovo è arrivato, ma non tantissimo.

Partiamo dal triage.

Le precedenti linee guida erano di 20 anni prima, e scopo principale di questa riscrittura era spingere verso l'umanizzazione delle cure. Si parla ad esempio di un'attesa attiva in Pronto Soccorso, di formazione alla gestione del conflitto con i pazienti ed i familiari; nelle strutture più complesse si è pensato addirittura ad una figura di psicologo a supporto degli utenti, dei familiari e degli operatori. Si voleva porre un'attenzione particolare ai portatori di "fragilità psicosociale", ai quali si vuole offrire un corretto approccio valutativo ed un rapido avvio alle cure più opportune.

Fra i portatori di fragilità psicosociale, rientrano i pazienti vittime di abuso, per i quali le linee guida dispongono un percorso specifico, con un rapido approccio interdisciplinare, un protocollo per coinvolgere tutti i soggetti necessari, avere giustamente tutte le cautele del caso, ed attivare tutti i servizi. Si parla poi molto più genericamente di disturbi della sfera psichica e quando li si va infine a dettagliare meglio, parlando del disturbo acuto del comportamento dell'adulto, l'approccio sembra più securitario che assistenziale: "è necessario effettuare una sorveglianza attenta del paziente garantendo la sicurezza degli operatori e del paziente stesso". Sicurezza ed accoglienza non sono sinonimi, a nostro parere.

Le linee guida regionali non portano grandissimi elementi di novità.

La Regione Lazio esemplifica un po' il concetto di sicurezza, parlando di un luogo sicuro, dove magari gli arredi sono ancorati al terreno, per limitare i danni che può procurare a sé stesso ed agli altri un paziente agitato. Quindi è impossibile prendere una sedia, magari è impossibile anche prendere l'estintore e lanciarlo contro il cartongesso; senz'altro utile, ma sarebbe meglio non farla venire proprio questa voglia di lanciare l'estintore o, se il paziente arriva che già ce l'ha, fargliela passare.

Lombardia, Friuli, e altre regioni riconoscono che nel caso del paziente psichiatrico bisogna stare un po' più accorti nell'assegnazione dei colori, nel triage: meglio non dare la priorità più bassa, perché non si sa mai quello che può succedere.

Nel luglio 2025 arriva la Regione Abruzzo, con le linee guida che ci sono piaciute di più (Regione Abruzzo, DGR 493,2025). Innanzitutto, si sancisce il fatto che gestire un paziente che ha un'alterazione del comportamento è "un intervento sanitario complesso che richiede competenze specifiche che non devono essere in alcun modo di esclusiva pertinenza dello specialista psichiatra". Qui è la prima volta che cominciamo a leggere di un modello bio-psico-sociale, in cui servono anche altre competenze, oltre a quelle mediche, e quindi bisogna pensare alla sicurezza, ma anche alla tranquillità del paziente; dalla concezione del luogo sicuro passiamo a quella di luogo tranquillo, evitando la vicinanza con gli altri pazienti che hanno altri tipi di problemi e potrebbero creare situazioni destabilizzanti. Si parla poi di "precoce presa in carico", di necessaria presenza del personale di vigilanza, per separare la cura dal controllo, ed infine di formazione al personale medico, ma anche infermieristico e non solo, per riconoscere i segnali che preludono all'escalation. Infine, si parla di precoce presa in carico ed avvio di uno "specifico percorso". Anche qui però non troviamo la declinazione di questo specifico percorso.

Siamo quindi andati a vedere le linee guida all'Osservazione Breve Intensiva, perché la stessa definizione di OBI ci sembrava molto calzante all'esperienza del paziente agitato che arriva in Pronto Soccorso: non è talmente urgente da portare subito in sala operatoria, però è una situazione da tenere sotto controllo; quindi, sicuramente non deve essere lasciato in attesa, bensì monitorato. Richiede un'osservazione clinica a breve termine, il tempo giusto per fare una diagnosi differenziale (imma-

giniamoci uno che si avvicina per la prima volta ai servizi psichiatrici, per cui magari non c'è neanche un'anamnesi remota), ricorrere se necessario ad un approfondimento diagnostico, ed impostare una terapia.

Tuttavia, andando poi a vedere i criteri di non ammissione in osservazione breve intensiva per gli adulti, scopriamo che non sono ammessi i pazienti che "manifestano comportamenti autolesivi accompagnati dalle azioni suicidare o in agitazione psicomotoria con comportamenti eterolesivi". Probabilmente risulterebbe quantomeno inopportuno mettere questo tipo di paziente con quegli altri che, stando in osservazione breve intensiva, hanno già le loro fragilità.

Concludendo l'analisi di queste linee guida, possiamo dire che l'accordo stato regioni sancisce dei principi guida anche per i pazienti psichiatrici, ma non individua dei percorsi specifici.

È chiaro quale *non* sia il percorso (non Fast Track, not See and Treat, non OBI); vige quindi il meccanismo della consulenza, con tempi non sempre prevedibili, che generano le lunghe attese di cui abbiamo letto nei racconti di utenti e familiari.

In qualche linea guida regionale si fa cenno a percorsi specifici, che non sono però ivi dettagliati.

Esiste in rete qualche documento tecnico più specifico sulla gestione del paziente in agitazione psicomotoria (APM).

Nel 2016 è stato pubblicato il "Documento di consenso: modello di gestione integrata del paziente con agitazione psicomotoria", riportante le indicazioni condivise dal team di specialisti multidisciplinari del Gruppo AIR (Riv Psichiat,r 2016).

Fra le tante accortezze suggerite nel documento, segnaliamo l'attenzione al livello di sedazione del paziente: se il paziente è sedato al punto di non essere più recettivo, non può partecipare alla definizione della cura; quindi è opportuno calmarlo, ma garantendo che possa essere ancora un soggetto attivo e partecipante, finché è possibile.

Si parla poi di un percorso che deve essere integrato fra le varie specializzazioni, appunto, per fare una diagnosi differenziale; della necessità di un case manager che tiri le fila e monitori la definizione di una terapia individualizzata sul paziente e di una formazione a tutto lo staff medico-infermieristico sulle tecniche di de-escalation.

Nel 2024 il Comitato Tecnico Scientifico della Regione Toscana ha emesso le "Linee di indirizzo regionali per la creazione di team multidisciplinari (TIRMA) per la gestione in DEA (Pronto Soccorso) del paziente con agitazione psicomotoria acuta grave".

Sono delle linee guida molto medicalizzate, a differenza di quella dell'Abruzzo, interessanti a nostro parere nella misura in cui pongono molto l'accento sul fatto che siamo di fronte ad una patologia tempo dipendente e sulla necessità di avere degli ambienti dedicati in cui poter fare in tranquillità il monitoraggio necessario ad individuare il percorso personalizzato più adatto. Ci sembra insomma che si definisca una situazione di Osservazione Breve Intensiva dedicata alla psichiatria.

Se dovessimo contribuire, come associazioni di familiari e utenti per la Salute Mentale, a migliorare le linee guida esistenti, come vorremmo, quindi, che fosse l'accoglienza in Pronto Soccorso?

Questi sono per noi gli elementi più importanti:

- una gestione tempo-dipendente, con rapida presa in carico del paziente e degli accompagnatori ed individuazione di spazi di tranquillità, idonei all'applicazione di pratiche di de-escalation ed al monitoraggio del paziente;
- una figura, non medica, da affiancare al paziente per il tempo di permanenza in Pronto Soccorso e deputata al mantenimento di una situazione, quanto più possibile, di azione terapeutica (paziente tranquillo, ma non troppo sedato). Ideale sarebbe che questa figura potesse dare continuità all'assistenza al paziente accompagnandolo in uscita dal Pronto Soccorso, che sia verso i servizi territoriali o verso un ricovero in SPDC. Chiediamo di valutare la fattibilità di inserimento degli ESP per questo ruolo;
- un team di professionisti medici, per il tempo necessario a fare la diagnosi differenziale;

– un case manager, responsabile della continuità terapeutica all'interno del percorso di cura personalizzato;
– formazione a tutto il personale, sanitario e non, presente in Pronto Soccorso, sulle tecniche di de-escalation;
– protocolli flessibili, che consentano di mediare con la capacità di adesione del paziente.
– In sintesi, vogliamo un Pronto Soccorso in cui si amplificano i tempi del consenso e si riducono i tempi dell'abbandono.

Questo concetto risuona anche nella normativa italiana dove, nella legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", si dice (Art. 1, co 7 e 8): "Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentono di recepirla"; e ancora: "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura".

Gli ESP in Pronto Soccorso

– Vogliamo approfondire in particolare una delle possibili strategie di miglioramento citate nel paragrafo precedente: la presenza in Pronto Soccorso di una figura, non medica, da affiancare al paziente e deputata al mantenimento di una situazione consona all'azione terapeutica.

Il 6 giugno 2025 il Ministero preposto ha inserito l'AIPESP (Associazione Italiana Persone Esperte in Supporto tra Pari) nell'elenco delle associazioni professionali autorizzate a rilasciare l'attestato di qualità ai sensi della l. 4/2013. Sebbene questo rappresenti un passo storico per la legittimazione della figura dell'ESP in Italia, non equivale ancora all'istituzione di un profilo professionale strutturato e riconoscibile. Ad oggi, infatti, l'integrazione stabile nei Pronto Soccorso, ed in generale nei servizi di salute mentale, resta difficile a causa della mancanza di un inquadramento contrattuale specifico, di protocolli operativi uniformi e dell'inclusione della figura nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Un'indagine condotta da Rossella Monti e Federica Mangione di AIPESP ha evidenziato come, a livello internazionale, l'integrazione degli ESP nei servizi di emergenza sia già realtà consolidata.

Negli Stati Uniti, i *Peer Support Specialists* sono riconosciuti a livello statale con standard formativi certificati (National-Practice-Guidelines-for-Peer-Specialists, 2019) e operano negli Emergency Departments, nelle Crisis Stabilization Units e nelle Crisis Receiving Facilities, aperte 24 ore su 24, con accesso diretto da parte di ambulanze, polizia e familiari. È interessante notare che questo modello è applicato in un sistema sanitario particolarmente attento agli aspetti di efficienza economica, a testimonianza della sostenibilità anche economica di questo tipo di figura professionale.

In Canada, i *Peer Navigators* operano già nella fase di accoglienza, talvolta prima del triage, con una formazione di base annuale seguita da percorsi specifici per l'emergenza, supervisione strutturata e coinvolgimento nella coprogettazione dei servizi. I dati riportano una riduzione degli accessi ripetuti in Pronto Soccorso, una diminuzione della coercizione e un miglioramento della continuità post-crisi (Toronto Today Staff, Dec 28, 2024).

In Australia e Nuova Zelanda, la *Lived Experience Workforce* è parte integrante dei servizi di salute mentale, con un ruolo attivo anche nei servizi di emergenza e urgenza, inclusi i servizi mobili di crisi e nelle ambulanze (New Zealand Government, 2024). Particolarmente interessante è la ricerca "*I have not come here because I have nothing better to do*" condotta da MIND Australia e University of South Australia (*McIntyre*, 2023), che ha analizzato le esperienze di persone con disabilità psicosociale nei Pronto Soccorso, sottolineando l'importanza di un approccio centrato sulla persona e del coinvolgimento dei Lived Experience Workers.

L'esperienza di paesi come Stati Uniti, Canada, Australia e Nuova Zelanda dimostra che l'integrazione degli Esperti in Supporto tra Pari nei servizi di emergenza e salute mentale è non solo possibile, ma efficace.

Se adeguatamente formati e supervisionati, gli ESP possono facilitare il dialogo tra persone, familiari e operatori, aiutare nella prevenzione di escalation emotive e contenzione, rafforzare una cultura della sicurezza basata sulla relazione, offrire una lettura esperienziale delle situazioni critiche, supportare gli operatori nella gestione emotiva dell'urgenza.

La loro presenza può contribuire a creare un clima di fiducia, riducendo la percezione di minaccia e favorendo una gestione più collaborativa e rispettosa, con benefici tangibili per tutte le persone coinvolte.

Tuttavia, per rendere questi modelli replicabili nel contesto italiano, è necessario predisporre alcune condizioni strutturali, organizzative e normative:

- formazione specifica, su servizi sanitari e normative (Legge 24/2017, CRPD etc), strategie di de-escalation e comunicazione empatica, sicurezza e gestione del rischio clinico, lettura del contesto e supporto relazionale;
- supervisione clinica continua, con affidamento a un referente DSM;
- protocollo operativo, che definisca ruoli, orari, spazi;
- riconoscimento istituzionale, con inserimento nei LEA, CCNL, retribuzione.

L'inserimento degli Esperti in Supporto tra Pari nei contesti di emergenza può assumere forme diverse, a seconda dell'organizzazione dei servizi, delle risorse disponibili e della cultura professionale locale. Ad esempio, in un modello integrato (SPDC, CSM e PS insieme) l'ESP potrebbe essere una presenza stabile e supportare la prevenzione di pratiche coercitive; nel metropolitano tipico delle grandi città come Milano, Roma e Napoli (molti PS e CSM, pochi SPDC), l'ESP potrebbe collaborazione stabilmente in CSM e SPDC ed essere presente a chiamata in PS, fungendo da ponte tra i servizi, oltre a contribuire a ridurre le misure costrittive.

Un esempio di buona prassi: il Pronto Soccorso dell'Ospedale Mater Salutis di Legnago (VR)

Il dott. Stefano Roccato, Direttore UOC Psichiatria 3 AULSS 9 Scaligera e la dott.ssa Sabina Favaro, Dipartimento Emergenza-Urgenza dell'Ospedale Mater Salutis di Legnago, ci hanno riportato un'interessante iniziativa di revisione delle modalità di accoglienza dei pazienti psichici in Pronto Soccorso, scaturito da alcune considerazioni derivate dall'esperienza di collaborazione tra le due unità:

- i Pronto Soccorso sono spesso il primo punto di contatto per pazienti in crisi psichiatrica, soprattutto in assenza di una rete territoriale efficace;
- molti accessi sono considerati "impropri" dal punto di vista clinico, ma riflettono un disagio reale e urgente;
- la gestione di questi pazienti richiede risorse specifiche: personale formato, ambienti protetti, protocolli condivisi.

Le modalità di accoglienza dei pazienti psichici nel Pronto Soccorso di Legnago sono improntate ad alcune linee guida condivise da tutti gli operatori:

1. Approccio relazionale e comunicativo
   - Accoglienza empatica e non giudicante: il primo contatto deve trasmettere rispetto, sicurezza e disponibilità. Il paziente deve sentirsi visto come persona, non come "caso psichiatrico".
   - Comunicazione chiara e rassicurante: usare un linguaggio semplice, evitare tecnicismi, spiegare cosa sta accadendo e cosa accadrà.
   - Gestione della propria postura emotiva: l'operatore deve essere consapevole delle proprie reazioni, mantenendo calma e centratura anche in situazioni di agitazione.
2. Ambiente fisico e organizzativo
   - Spazi dedicati e protetti: è ideale disporre di ambienti separati dal flusso generale, con arredi non pericolosi, luce naturale e isolamento acustico.
   - Sicurezza senza coercizione: le misure di sicurezza devono essere proporzionate e rispettose della dignità del paziente, evitando l'uso eccessivo di contenzione fisica o farmacologica.
   - Procedure chiare e condivise: l'équipe deve avere protocolli per la gestione dell'urgenza psichia-

trica, con ruoli definiti e possibilità di consulto specialistico.

3. Competenze del personale
   - Formazione specifica: tutto il personale dovrebbe ricevere formazione su salute mentale, de-escalation, trauma e comunicazione relazionale.
   - Lavoro d'équipe interdisciplinare: medici, infermieri, psicologi e operatori sociali devono collaborare in modo integrato, valorizzando le competenze reciproche.
   - Capacità di valutazione clinica e rischio: è fondamentale saper distinguere tra disagio psichico, emergenza psichiatrica e rischio suicidario o autolesivo.
4. Centralità del paziente e dei suoi bisogni
   - Valutazione globale: considerare la storia clinica, il contesto sociale, le risorse personali e familiari.
   - Coinvolgimento del paziente: quando possibile, includere il paziente nelle decisioni, rispettando la sua autonomia e favorendo la partecipazione.
   - Orientamento alla continuità di cura: l'accoglienza deve essere il primo passo verso un percorso di cura, non un episodio isolato. È essenziale garantire il collegamento con i servizi territoriali.
5. Dimensione etica e umana
   - Rispetto della dignità: ogni gesto, parola e decisione deve essere guidata dal rispetto della persona, anche nei momenti di crisi.
   - Consapevolezza del trauma: molti pazienti psichiatrici hanno vissuto esperienze traumatiche. L'accoglienza deve evitare di riattivarle, promuovendo un clima di sicurezza.
   - Tutela dei diritti: anche in situazioni di urgenza, il paziente conserva i suoi diritti: alla privacy, all'informazione, al consenso.

Tutti gli operatori del Pronto Soccorso di Legnago hanno ricevuto una formazione aziendale specifica per la gestione dei pazienti in stato di agitazione psicomotoria.

Il personale agisce attivando percorsi di presa in carico tempestiva del paziente: dopo l'esclusione di eventuali cause organiche della sintomatologia (ipoglicemia, lesioni cerebrali, stato febbrile, intossicazioni...), viene richiesta immediatamente la consulenza psichiatrica, indipendentemente dall'assegnazione del codice colore al triage.

Sono state quindi condivise le seguenti condizioni:

– Ambiente fisico:
  - Spazio tranquillo e sicuro, lontano da rumori, luci forti e stimoli eccessivi
  - Uso di una stanza di osservazione protetta
  - Rimozione oggetti potenzialmente pericolosi (cavi, forbici, aghi, ecc)
  - Privacy e riservatezza
– Ambiente relazionale
  - procedure di sicurezza e gestione non violenta della crisi conosciute da tutto il personale (medici, infermieri, OSS e vigilanza)
  - limitazione del numero di operatori: la presenza di troppe persone può aumentare la percezione di minaccia
– Accoglienza del paziente:
  - identificazione e triage
  - accompagnamento in area protetta, con personale formato
  - valutazione del medico di Pronto Soccorso con esclusione di cause organiche (esami ematochimici, elettrocardiogramma a 12 derivazioni, eventuali altri accertamenti radiologici o tossicologici)
  - raccolta informazioni da familiari o forze dell'ordine, se presenti.
– Comunicazione e atteggiamento:
  - Tono calmo, chiaro e rispettoso.
  - Empatia e ascolto attivo: riconoscere le emozioni del paziente («Capisco che ti senti molto agitato in questo momento»)
  - Nessun giudizio o frasi che minimizzano («non è niente», «Calmati»)
  - Distanza di sicurezza, a senza dare l'impressione di paura o ostilità

- Eloquio lento e con parole semplici, mantenendo il contatto fisico (senza fissare)

– Gestione della crisi (de-escalation verbale):
  - Mantenere un tono di voce calmo e rassicurante, evitando di alzare la voce o mostrare impazienza.
  - Non interrompere il paziente, lasciando spazio all'espressione del disagio e dimostrando ascolto attivo.
  - Offrire alternative e scelte, anche minime, per restituire al paziente un senso di controllo.
  - Evitare atteggiamenti provocatori o sfidanti, mantenendo una postura aperta e non minacciosa.
  - Riconoscere e validare le emozioni espresse, senza giudicare o minimizzare.
  - Coinvolgere il paziente nel processo decisionale, quando possibile, per favorire la collaborazione.

L'esperienza di Legnago evidenzia come l'elemento determinante non sia soltanto la competenza clinica, ma la qualità della relazione. L'ascolto attivo, la comunicazione chiara, la gestione non conflittuale della crisi sono strumenti fondamentali per prevenire escalation e contenimenti non necessari.

La gestione del paziente psichiatrico in Pronto Soccorso non può ridursi a una logica esclusivamente contenitiva o farmacologica: la crisi è spesso espressione di una storia personale complessa, che richiede uno sguardo integrato.

L'intervento deve mirare non solo alla sedazione del sintomo, ma alla comprensione del contesto, al coinvolgimento della rete familiare e alla costruzione di una continuità assistenziale reale.

Il rischio peggiore è che l'urgenza organizzativa prevalga sulla dimensione umana.

Proposte di miglioramento

Appare necessario un ripensamento strutturale dell'organizzazione dell'emergenza psichiatrica in Pronto Soccorso, orientato alla continuità assistenziale, alla centralità della persona e alla prevenzione degli esiti traumatici.

Riepilogano quanto discusso nei paragrafi precedenti, le nostre proposte sono:

– Rafforzamento dell'integrazione tra Pronto Soccorso e servizi territoriali
  - Attivazione precoce dei servizi territoriali già in fase di accesso in emergenza.
  - Definizione di percorsi personalizzati per le situazioni ad alta frequenza di accesso.
  - Programmazione di follow-up tempestivi post-dimissione.

– Riduzione dei tempi di attesa e accompagnamento durante la permanenza in Pronto Soccorso
  - Introduzione di operatori formati all'accoglienza psichiatrica.
  - Coinvolgimento strutturato degli ESP nelle fasi iniziali.
  - Creazione di spazi dedicati e protetti per l'attesa.

– Valorizzazione dell'approccio relazionale e comunicativo
  - Inserimento sistematico di moduli formativi sulla comunicazione clinica.
  - Diffusione di pratiche di ascolto attivo e non giudicante.
  - Promozione di modelli di accoglienza orientati alla dignità della persona.

– Prevenzione della contenzione e sviluppo di pratiche di de-escalation
  - Programmi formativi continuativi.
  - Supervisione clinica nei casi critici.

  Monitoraggio sistematico dell'uso della contenzione.

– Formazione specialistica e tutela del benessere degli operatori
  - Percorsi di formazione continua sull'emergenza psichiatrica.
  - Spazi di riflessione e supervisione.
  - Interventi di prevenzione del burnout.

– Integrazione strutturata degli ESP nei contesti di emergenza
  - Definizione di profili professionali chiari.

- Inserimento degli ESP nei team multidisciplinari.
- Sperimentazione di modelli di accoglienza precoce con ESP, anche prima del triage.

– Monitoraggio degli esiti e valutazione della qualità
  - Raccolta strutturata di indicatori clinici e relazionali.
  - Valutazione dell'esperienza soggettiva degli utenti e dei caregiver
  - Analisi degli accessi ripetuti e degli esiti post-dimissione.

CONCLUSIONI

L'emergenza psichiatrica in Pronto Soccorso rappresenta uno snodo cruciale nel percorso di cura delle persone con sofferenza mentale. I dati epidemiologici, i contributi degli esperti e le testimonianze dirette di utenti e familiari mostrano come questo momento possa assumere un valore determinante, sia in senso terapeutico sia, al contrario, traumatico.

Le esperienze raccolte evidenziano criticità strutturali e organizzative che vanno oltre le singole responsabilità professionali e rimandano a limiti sistemici: frammentazione dei servizi, carenza di risorse, insufficiente integrazione territoriale, ridotta attenzione alla dimensione relazionale e ricorso talvolta inappropriato a pratiche coercitive. Tali elementi incidono profondamente sulla qualità dell'assistenza e sulla fiducia delle persone nei confronti del sistema sanitario.

Allo stesso tempo, emergono con chiarezza le potenzialità di un modello di intervento fondato sull'accoglienza, sulla continuità assistenziale e sulla valorizzazione delle competenze relazionali. Le esperienze positive riportate dimostrano come anche singoli professionisti, quando sostenuti da adeguate condizioni organizzative, possano incidere in modo significativo sul decorso clinico e sul vissuto della persona.

In questo quadro, il ruolo degli Esperti in Supporto tra Pari rappresenta una risorsa strategica per l'innovazione dei servizi di emergenza. L'integrazione strutturata degli ESP nei contesti di Pronto Soccorso può favorire la mediazione relazionale, la prevenzione dell'escalation, il rafforzamento dell'alleanza terapeutica e l'orientamento alla recovery, in linea con le evidenze internazionali.

Il miglioramento dell'accoglienza in emergenza psichiatrica non può essere affidato esclusivamente alla buona volontà dei singoli operatori, ma richiede investimenti strutturali, formazione continua, coordinamento tra servizi e un reale coinvolgimento di utenti e familiari nei processi decisionali.

Ripensare il Pronto Soccorso come luogo non solo di contenimento dell'urgenza, ma anche di ascolto, riconoscimento e avvio di percorsi di cura condivisi, significa restituire dignità alla persona nella sua fase di massima vulnerabilità e contribuire alla costruzione di un sistema di salute mentale più equo, efficace e umano.

Afferenza degli autori

* *Famiglie in Rete OdV ETS, Coordinamento nazionale di associazioni di utenti e familiari per la salute mentale*

Corrispondenza

famiglieinrete2021@gmail.com

Bibliografia

1. Tesi Ciccarelli M., Relatore Tarsitani L., *Contenzioni meccaniche in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): Studio di confronto tra diverse categorie diagnostiche*, 2025
2. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano . Repertorio atto n. 143/CSR *Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui documenti "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso".*
3. Regione Abruzzo, *DGR n.493* del 30/07/2025
4. GRUPPO AIR , *Documento di consenso: modello di gestione integrata del paziente con agitazione psicomotoria.* Riv Psichiatr 2016 51(6): 238-250
5. Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 13 del 09/05/2024, *Linee di indirizzo regionali per la creazione di team multidisciplinari (tirma) per la gestione in dea (pronto soccorso) del paziente con agitazione psicomotoria acuta grave*
6. National Practice Guidelines for Peer Specialists and Supervisors
7. Toronto Today Staff "*UHN's peer support program targets repeat ER patients*" Dec 28, 2024 8:30 AM
8. New Zealand Government, "*Mental Health & Addiction Workforce Plan 2024 – 2027*"
9. H. McIntyre, M. Loughhead , L. Hayes , C. Allen, D. Barton-Smith, B. Bickley, L. Vega , J. Smith, U. Wharton, N. Procter, *I have not come here because I have nothing better to do: The lived experience of presenting to the emergency department for people with a psychosocial disability and an NDIS plan-A qualitative study*, Int J Ment Health Nurs 2024 Jun;33(3):624-635.

Psichiatria forense

In materia di TSO: il paziente ha diritto alla difesa ma lo pschiatra non rappresenta l'accusa

di Acciavatti T., Cicolini A.^*

Quelle che seguono sono alcune riflessioni di due clinici sul recente pronunciamento della Corte Costituzionale in materia di TSO, riflessioni che speriamo possano contribuire ad alimentare il dibattito sul tema e a meglio circoscrivere il perimetro all'interno del quale tali tematiche si pongono. La sentenza della Corte Costituzionale numero 76 del maggio 2025 esplicita e rende normative nuove garanzie per la persona sottoposta a TSO ospedaliero, assicurandole in particolare l'audizione con il giudice tutelare e la notifica del provvedimento sindacale e di quello dello stesso giudice tutelare (sentenza Corte Costituzionale n. 76 del 2025). Tali garanzie nell'originaria formulazione dell'articolo 35 della legge 833/1978 non erano negate al paziente ma rimanevano sottaciute e legate alla discrezionalità dei singoli provvedimenti (Legge n. 833, 1978). Il richiamo normativo più forte su cui si radica tale modifica è rappresentato dall'articolo 13 della costituzione, articolo a tutela dell'inviolabilità della libertà personale. A tal proposito ci sembra importante sottolineare che il riferimento primario che avevano i Padri Costituenti nella stesura di tale articolo fosse rappresentato dalle restrizioni della libertà personale che si verificano in ambito penalistico. Ne è una riprova che in esso venga citata espressamente la carcerazione preventiva, disponendo, nel caso di un provvedimento restrittivo della libertà personale, la necessità della convalida da parte dell'autorità giudiziaria entro 48 ore dalla sua emissione, a pena di decadenza dello stesso. La legge Basaglia, ripetendo lo schema dell'art. 13 della Costituzione, nel 1978 richiedeva che la limitazione della libertà personale rappresentata da un TSO ospedaliero fosse convalidata entro lo stesso intervallo temporale da un giudice tutelare, creando un parallelismo manifesto tra la normativa penalistica e quella civilistica, propria del TSO. La sentenza 76/2025 si pone sullo stesso solco, rafforzando ulteriormente le garanzie giurisdizionali, procedurali e processuali, delle persone sottoposte a TSO ospedaliero. A testimonianza di ciò, a più riprese detta sentenza richiama la necessità della difesa e del contraddittorio da parte della persona oggetto del provvedimento. Ora sicuramente vi sono delle affinità tra le misure cautelari e i provvedimenti sanitari obbligatori, andando ad incidere entrambi sull'art. 13 della Costituzione. Nell'impeto dell'adempimento delle novità che la sentenza impone, ciò che rischia di rimanere non adeguatamente illuminato sono però le differenze tra le due tipologie di provvedimento, perdendo la possibilità di un'adeguata visione d'insieme.

Tale parallelismo, misure cautelari/TSO, appare, infatti, agli occhi dei clinici un parallelismo imperfetto e che necessita di importanti distinguo e questo non soltanto perché, come noto, nel TSO l'interesse non è rappresentato dalla tutela della collettività ma dalla salute della persona. Il rischio maggiore è, a nostro avviso, quello che si inneschi una dinamica distorcente, in base alla quale gli estensori del provvedimento di TSO si trovino a ricoprire il ruolo dell'accusa e il giudice tutelare a rappresentare una figura di medietà e terzietà tra le ragioni e gli interessi dell'accusa e quelli della difesa, in particolare in sede di udienza di convalida all'atto della valutazione dello stato psichico. Dinamica questa che effettivamente, in base all'esperienza personale degli autori e a quella riferita da altri colleghi, si è già a volte instaurata, rischiando di esasperare un contrasto tra medico (che accusa) e paziente (che si difende), contrasto che invece che acuirsi dovrebbe, nel corso del ricovero, tendere a smorzarsi e a riconciliarsi.

Ora queste ci sembrano le principali differenze macroscopiche tra il provvedimento di TSO e le misure cautelari di ambito penalistico:

1) L'arresto e la permanenza in carcere sono indubitabilmente condizioni socialmente indesiderate e che vanno a peggiorare la qualità della vita di chi subisce tale provvedimento, risultando una restrizione della libertà in un luogo "penoso" (non fosse altro perché vi si sconta una pena). Il ricovero ospedaliero al contrario non ha questa connotazione sociale negativa, essendo anzi in talune circostanze ricercato attivamente dai cittadini, i quali possono richiederlo in vista degli effetti benefici degli stessi. Evenienze di questo tipo possono avvenire nei più vari contesti ospedalieri e gli SPDC non fanno in questo senso eccezione. Abbastanza frequentemente, infatti, in sede di valutazione in Pronto Soccorso sono i pazienti stessi a chiedere attivamente il ricovero per gli effetti di protezione e sostegno alla persona che questo di per sé può determinare. A ulteriore riprova di ciò vi sono posti di degenza a pagamento, nelle varie strutture del SSN e anche nei reparti psichiatrici, in cui le persone pagano anche centinaia di euro al giorno per la degenza. Crediamo che nessuno si sognerebbe di fare richiesta di essere accolto in carcere e meno che mai di pagare per rimanervi. Se poi è vero che gli SPDC sono in genere spazi chiusi, i livelli di libertà personale al loro interno sono sicuramente diversi da quelli di una cella, in SPDC infatti si possono avere con sé dispositivi elettronici, si può comunicare con chi si vuole, si possono ricevere visite 2 volte al giorno, in alcuni frangenti è consentita la permanenza e l'assistenza da parte di un famigliare. È esperienza comune, infine, di come molti pazienti ricoverati inizialmente contro la propria volontà in SPDC e marcatamente ostili al ricovero, cambino radicalmente opinione nel corso dello stesso, ringraziando i sanitari per le cure ricevute e i benefici ottenuti, cancellando il conflitto iniziale tra le proprie opinioni e quelle dei sanitari e vivendone semmai uno nuovo di conflitto, quello tra le proprie opinioni vecchie (all'inizio del ricovero) e quelle nuove (al termine dello stesso). In maniera sintetica potremmo quindi concludere che l'SPDC NON È UN CARCERE.

2) In ambito penalistico è il pubblico ministero a sottoporre l'indagato a misure cautelari, svolgendo il ruolo dell'accusa. Egli è irriducibilmente contro l'indagato/imputato e questo in ragione del suo ruolo professionale di tutela delle possibili vittime e della collettività. Se il lavoro dei pubblici ministeri è quello di perseguire i reati, per cui non si danno PM senza arresti e senza misure cautelari, ciò non può certo dirsi per la professione dello psichiatra e tale ruolo dell'accusa si adatta molto male alla sua figura. Egli, infatti, è un medico la cui attività professionale è animata dal promuovere un beneficio alla persona, nella fattispecie nella diagnosi e nella cura delle malattie, e non certo di danneggiarla o perseguirla. Il suo lavoro non è "fare i TSO", senza i quali si troverebbe svuotato del suo compito professionale, anzi egli ha già molto altro da lavorare e sul piano personale farebbe volentieri a meno di trovarsi nelle situazioni, cariche di tensione e sofferenza, in cui i TSO si attivano. Se occasionalmente, suo malgrado, si trova costretto ad

attivare provvedimenti obbligatori/coattivi nei confronti dell'assistito che ha di fronte, questi provvedimenti non si discostano dall'indirizzo generale della sua attività che rimane lo stesso anche in tale frangente, cioè agire "a beneficio della persona" e non "contro la persona, a beneficio della collettività". Sintetizzando brutalmente dunque LO PSICHIATRA NON CI GUADAGNA NIENTE A FARE UN TSO.

3) Altro aspetto rilevante oltre al luogo (carcere vs ospedale) e alla finalità (cura e benessere vs interruzione di fatti criminosi) è il movente che ispira i due tipi di provvedimenti (quello di TSO e quello penalistico). Se in ambiente penalistico le misure cautelari sono poste in essere per ipotesi di reato tutte da dimostrare, cioè per presunti reati commessi dall'indagato, innescando in genere lunghi procedimenti nel corso dei quali sarà compito dell'accusa dimostrare la veridicità dei fatti contestati, risultando l'imputato innocente fino a quando e solo se non verrà dimostrato il contrario "al di là di ogni ragionevole dubbio", le cose stanno in maniera ben diversa in caso di un TSO. In tal caso, infatti, nei confronti della persona non viene ipotizzata la commissione di un crimine, ipotesi che dovrà trovare conferma futura in un più lungo e articolato processo, ma viene accertata, nell'attualità del momento, una condizione di scompenso psicopatologico acuto che richiede urgenti interventi terapeutici. Tale accertamento di malattia mentale in fase di scompenso non è poi compiuto da professionisti improvvisati e prestati alla causa, rischiando errori diagnostici grossolani su cui il giudice debba vigilare. Infatti, tra i medici che attivano il TSO, benchè non previsto dalla normativa, solitamente troviamo almeno uno psichiatra, cioè un rappresentante di quella categoria professionale in grado di esprimersi con il miglior grado di accuratezza riguardo le stesse malattie mentali. La nostra società attribuisce, infatti, agli psichiatri il ruolo di maggiori esperti delle malattie mentali, essendosi essi sottoposti ad una formazione universitaria complessiva non inferiore ai 10 anni e occupandosi quotidianamente di tali problematiche per mandato professionale. Ribadiamo quindi: da un lato ipotesi di reato, dall'altro certezza di malattia (nei limiti a cui a noi esseri umani sono concesse conoscenze certe). Se il ruolo di garanzia del giudice è evidente nelle misure cautelari, provvedimenti in cui si hanno limitazioni della libertà personale di individui, nonostante questi non abbiano subito alcuna condanna, tale ruolo di garanzia, quantomeno sul versante diagnostico-terapeutico, non appare così limpido nel caso dei TSO, provvedimenti nei quali ciò che doveva essere accertato è già stato accertato da chi era adeguatamente titolato per farlo. Sintetizzando IL PAZIENTE NON È UN IMPUTATO.

4) Collegata con il terzo punto vi è infine la questione della durata del TSO. Esso non solo viene attuato in un luogo che le persone non rifuggono, non solo è pensato a beneficio della persona, non solo è volto a trattare una malattia accertata per far star meglio la persona che ne è affetta, ma è anche un provvedimento molto breve. Sempre confrontando i TSO alle misure cautelari, infatti, i primi hanno una durata di una settimana e vengono rinnovati, quando necessario, di settimana in settimana, per archi temporali comunque che, nella pratica, non arrivano solitamente mai oltre le 3-4 settimane. Le misure cautelari, al contrario, si estendono spesso per periodi anche molto più lunghi (la durata massima in base all'art 303 del codice di procedura penale oscilla, a seconda dei casi, dai 3 mesi fino ai 6 anni). Il provvedimento del TSO, poi, della durata di 7 giorni, per rendersi pienamente operativo può richiederne fino a 4 di giorni. Dal momento o della proposta e convalida medica, il sindaco ha 48 ore per emanare l'ordinanza sindacale (primi 2 giorni) e vi sono poi altre 48 ore per far arrivare l'ordinanza al giudice tutelare, per adempiere all'udienza e per convalidare o non convalidare il provvedimento (ulteriori 2 giorni). Se consideriamo poi che la conferenza Stato-Regioni nel 2009 consigliava di avanzare eventuali proroghe non meno di 48 ore prima della scadenza (Conferenza Stato-Regioni, 2009), qualcosa con i numeri non torna (il giudice si deve

pronunziare sulla legittimità di un provvedimento, su cui lo psichiatra sta già valutando la proroga o la cessazione) e la montagna burocratica rischia di partorire il proverbiale topolino. Accennavamo che tale punto è collegato con il terzo e questo perché trattandosi di malattie in fase di acuzie, spesso bastano pochi giorni di trattamento per avere miglioramenti significativi del quadro clinico. Lo stesso giudice tutelare, dopo 4 giorni di permanenza in ospedale del paziente, può trovarsi innanzi una situazione già diversa da quella valutata inizialmente dai clinici. Sintetizzando LE TERAPIE SONO SPESSO RAPIDAMENTE EFFICACI.

Abbiamo in questo contributo provato a riassumere quelle che ci sembrano le specificità del TSO rispetto alle misure cautelari. Lo abbiamo fatto con un linguaggio clinico, sottolineando le peculiarità riguardo al luogo dove si attua, a chi sia il beneficiario del provvedimento, alla robustezza delle ragioni che lo sostengono e alla sua limitata durata. Riflettere su tali punti, di per sé quasi ovvi, permette di ricollocare il TSO nella cornice di atto medico a beneficio del paziente. Il TSO rappresenta infatti sul piano normativo un unicum, essendo l'unica forma di limitazione della libertà di una persona pensata a beneficio della stessa persona [1]. L'articolo 13 della Costituzione così recita: "La libertà personale è inviolabile". Bene, noi psichiatri sappiamo quanto spesso le malattie mentali violino la libertà delle persone, rendendole prigioniere del proprio disturbo. Come affermava Henry Ey la psicosi è "una patologia della libertà" (Ey, 1965). Quando noi attiviamo un TSO correttamente lo facciamo intervenendo su persone che hanno già subito una sottrazione fondamentale della propria libertà e della propria capacità di autodeterminazione. L'obiettivo che ci poniamo in fondo è proprio quello di aiutarle a riacquisire, anche attraverso le terapie assunte, sempre maggiori spazi di autentica libertà personale, liberando la soggettività della persona dai lacci della malattia. Il TSO, dunque, quando messo in atto da professionisti consci del proprio operato e consapevoli del tragico scacco che la malattia mentale rappresenta, può e dev'essere visto come un intervento teso in definitiva ad ampliare la libertà della persona e non a comprimerla. In questa prospettiva può trovare conciliazione quella divaricazione incolmabile tra gli articoli della Costituzione 13 (diritto alla libertà) e 32 (diritto alla salute) che il TSO in apparenza apre. Il TSO può essere infatti visto come un provvedimento mirato al recupero del diritto alla libertà della soggettività della persona, tramite l'esercizio del suo diritto alla salute. Senza questi punti fermi e senza una solida cultura psicopatologica, non può che determinarsi uno svilimento della nostra disciplina, facendo scivolare il nostro operato verso quello di occasionali "carcerieri". Ribadire con forza tutto ciò permette a noi psichiatri di riappropriarci del nostro ruolo terapeutico e di spostarci dal banco dell'accusa (che rischia facilmente di passare a quello dell'accusato) alla posizione del curante, anche laddove questa si faccia scomoda e si verifichi il (temporaneo) rifiuto delle cure da parte dei nostri pazienti.

Afferenza degli autori

* *Dirigente medico UOC Psichiatria, ASL Pescara*

° *Direttore Struttura Complessa Psichiatria Giudiziaria – REMS Castiglione delle Stiviere, ASST Mantova*

corrispondenza

tiziano.acciavatti@asl.pe.it

1. La sentenza 76/2025 richiama altri provvedimenti posti in essere contro la volontà della persona che ricadono al di fuori dell'ambito penalistico, in particolare l'accompagnamento alla frontiera o il trattenimento in centri d'accoglienza degli immigrati irregolari, ricordando come anche in tali casi sia prevista l'udienza con il giudice tutelare. La differenza con tali provvedimenti è che in caso di TSO non vi è stata alcuna norma ad essere violata e il fine non è quello di far rispettare il diritto vigente e le regole dello Stato.

BIBLIOGRAFIA

1. Corte Costituzionale, *Sent. 76/2025 illegittimità costituzionale parziale conseg. ex art. 27 legge n. 87/1953* (www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/76)
2. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "*Istituzione del servizio sanitario nazionale*" art. 35 (https://presidenza.governo.it/USRI/ufficio_studi/normativa/Legge%2023%20dicembre%201978,%20n.%20833.pdf)
3. Conferenza delle regioni e delle province autonome, *atto n. 09/038/CR/C7* (www.regioni.it/conferenze/2008/05/04/doc-approvato-salute-mentale-raccomandazioni-su-trattamenti-sanitari-obbligatori-104224/)
4. Ey, H.: *La structure des maladies mentales et la délimitation du champ de la psychiatrie*. Acta Psychiatrica Scandinavica (1965); 41: 472-477.

La salute mentale e i diritti della persona come variabile indipendente: prime considerazioni

di Amatulli A. *

RIASSUNTO

L'ambito della salute mentale comprende, in grandi faglie trasversali, diversi campi "umanistici", o meglio, dell'umano, che riguardano la vita e la salute mentale, i luoghi della cura e dell'assistenza, la psicopatologia e le sue ricadute nei comportamenti e nella considerazione sociale, bisogni di cura e istanze di controllo sociale, commissioni di reati (forse) legati con complessi collegamenti eziologici alla patologia mentale, aree del pregiudizio, dello stigma e del rifiuto, ansie e disperazioni personali. In tutto questo, la dimensione dei diritti individuali, quanto questi siano rispettati, quanto erosi, quanto non riconosciuti, quanto deliberatamente contrastati, può fungere da "detector" della condizione, ruolo e proiezione sociale delle persone con disturbo mentale; e spesso le possibili valutazioni restituiscono un orizzonte di diritti fondamentali indeboliti e pregiudizialmente considerati in modo non sufficiente. Nel momento in cui, però, si definisse una "regola d'ingaggio" comune, basata sulla considerazione dei diritti individuali come (unica) variabile indipendente, la dimensione individuale, la dignità delle persone, il rispetto, si affronterebbero automaticamente alla diminuzione di potere della istituzione, dello Stato, dei servizi di cura, rimettendo più in equilibrio la linea di partenza e i livelli di empowerment degli individui portatori di importante disagio psichico.

Il problema di fondo relativo ai diritti dell'uomo
è oggi non tanto quello di giustificarli,
quanto quello di proteggerli.
(Norberto Bobbio, *L'età dei diritti*, Einaudi, 2014)

Nel campo della psichiatria contemporanea permane una tensione continua tra cura, controllo e (senso di, richiesta di) sicurezza sociale, in maniera ancora più evidente dopo la chiusura degli OPG e nella gestione dei pazienti autori di reato. Se la cura implica una restituzione di potere alla persona, e il controllo, e soprattutto la custodia, comportano una sottrazione di potere a favore dell'istituzione, il limite invalicabile è rappresentato dal rispetto dei diritti fondamentali dell'individuo: dignità, libertà personale, autodeterminazione e partecipazione alle decisioni.

Già Freud aveva messo in guardia rispetto al rischio insito nella detenzione e nell'esercizio del potere: "*Difficilmente gli uomini non abusano del potere loro concesso*" (Freud, 1937). La relazione tra istituzioni e persone con disturbo mentale resta infatti caratterizzata da una forte asimmetria. Lo stigma stesso costituisce la rappresentazione più evidente della debolezza sociale e giuridica di tali soggetti (oppure viceversa...).

Anche la giurisprudenza recente si muove nella direzione di una maggiore tutela dei diritti delle persone portatrici di disagio psichico: La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 76 del 2025, ha riaffermato l'obbligo fattuale dell'effettività del controllo giurisdizionale nei TSO, mentre, nel medesimo ambito, il Tribunale di Firenze, con ordinanza n. 9 del 2026, ha sollevato dubbi di legittimità costituzionale in relazione alla mancanza di una concreta difesa tecnica del paziente ricoverato contro la sua volontà.

La compressione dei diritti individuali può assumere forme quotidiane e sommerse: accertamenti sanitari ob-

bligatori impropri, trasmissione indebita di informazioni sanitarie ai diversi organi richiedenti, deleghe implicite alla sicurezza sociale, interpretazione troppo estensiva della norma sull'Amministratore di sostengo a discapito del soggetto amministrato e alla sua capacità (possibilità) di agire. Tuttavia, è soprattutto nell'ambito dell'esecuzione penale psichiatrica che la tensione tra cura e custodia diviene più evidente.

La L. 81/2014 ha introdotto il principio dell'uguaglianza tra pazienti autori di reato e non, fondando gli interventi su territorialità, programmi individualizzati e residualità delle misure più limitative della libertà personale. Rimangono tuttavia conflitti rilevanti tra esigenze terapeutiche, sostenibilità organizzativa dei DSM e richieste di sicurezza sociale.

In questo scenario, fatto di tensioni, contraddizioni e aspetti di arbitrarietà, si propone quindi un sistema "etico-giuridico-clinico", una rilettura di processi, strutture, organizzazioni che si fondi su un presupposto radicale: i diritti individuali della persona costituiscono il punto di partenza non negoziabile, la variabile indipendente rispetto alla molteplicità di azioni e interventi nel campo della salute mentale.

I principali riferimenti normativi e convenzionali relativamente alla salvaguardia e al fondamento giuridico dei diritti fondamentali dei pazienti psichiatrici si trovano, con sintesi estrema, ne: gli articoli 2, 3, 13, 27 e 32 della Costituzione, la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e la Legge 219/2017.

Considerare i diritti come variabile indipendente significa sottrarre la salute mentale alla sola logica della gestione del rischio e dell'efficienza organizzativa. La persona non è il terminale del sistema di cure, ma il suo fondamento. Il consenso alle cure rappresenta quindi la ragione giuridica della liceità del trattamento sanitario e insieme il suo limite.

I diritti fondamentali non derivano dalla diagnosi, dalla capacità di agire o dalla pericolosità presunta, ma precedono tali condizioni e ne orientano l'interpretazione. Ne consegue che libertà personale, dignità, autodeterminazione, riservatezza e partecipazione informata devono costituire vincoli strutturali dell'intervento clinico.

Questo approccio implica anche una trasformazione del ruolo dello psichiatra, chiamato non solo a perseguire finalità terapeutiche, ma anche a tutelare attivamente i diritti della persona assistita. Parallelamente, il sistema dei servizi deve essere progettato "a partire dai diritti": spazi, modalità di ricovero, gestione delle crisi, trattamenti farmacologici e contenzioni possono essere giustificati solo se compatibili con un nucleo essenziale di diritti fondamentali.

Quando si affrontano i disturbi mentali gravi, la tensione tra autodeterminazione e tutela diventa inevitabile e pressoché immanente. Tuttavia, assumere i diritti come fondamento del sistema modifica radicalmente la prospettiva: non ci si chiede più "quanto si può comprimere la libertà", ma "quali diritti devono comunque essere garantiti anche nelle situazioni di limitazione". Tre criteri risultano centrali.

Il primo è la distinzione tra incapacità globale e incapacità situazionale. Nei disturbi mentali gravi la compromissione della capacità decisionale è spesso parziale, specifica e temporanea; di conseguenza, la restrizione deve essere calibrata e proporzionata, senza determinare una sospensione complessiva della soggettività giuridica.

Il secondo criterio è quello della proporzionalità. Le esigenze di cura e di risposta alle aspettative sociali devono essere concrete, attuali e affrontate con il mezzo meno restrittivo possibile. Misure coercitive come TSO, contenzione o limitazioni ambientali rappresentano eccezioni che richiedono motivazioni rigorose e verifiche continue.

Il terzo criterio è quello della dignità personale, che non costituisce un diritto residuale, ma una matrice interpretativa dell'intero sistema. Anche quando la libertà è temporaneamente limitata, la persona non può essere ridotta a oggetto di gestione: deve essere informata, coinvolta e riconosciuta nella propria soggettività.

In questo contesto assumono particolare rilievo i cosiddetti "diritti attivi", definiti da Grisso e Appelbaum come *participatory rights* (Grisso, 1995), dove il soggetto è agente e persona morale, che comprende e agisce, portatore di *decision-making capacity*: diritto all'informazione, all'autodeterminazione, alla partecipazione e ai percorsi di cittadinanza. Se i diritti "passivi" proteggono il soggetto da abusi e limitazioni arbitrarie, i diritti "attivi" comportano invece una cessione di potere da parte dell'istituzione.

Il rapporto tra etica, diritto e pluralismo sociale rende inevitabili tensioni e conflitti di valori. Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha ricordato come, nelle società democratiche, diritto ed etica non coincidano sempre e richiedano continui bilanciamenti (CNB, 2019). In termini analoghi, Max Weber parlava del "politeismo dei valori" delle società democratiche contemporanee (dove, talvolta, si devono effettuare delle scelte "tragiche": "*I diversi ordinamenti di valori del mondo si trovano tra loro in una lotta inconciliabile*") (Weber, 1917), ossia della coesistenza conflittuale di differenti sistemi morali.

All'interno di questa complessità, i principi di uguaglianza e giustizia rappresentano l'ossatura del sistema dei diritti. La riflessione di Rawls conserva quindi piena attualità: una società giusta deve costruire istituzioni capaci di tutelare soprattutto i soggetti più vulnerabili (Rawls, 1982).

Anche il tema dell'integrazione sociale richiede cautela critica. Se integrazione significa normalizzazione, la psichiatria rischia di trasformarsi in uno strumento conformativo; se invece significa accesso paritario ai contesti di vita - abitare, lavorare, relazionarsi, al fine vivere; e anche morire aggiungeremmo, in modo dignitoso - allora essa diventa un'estensione della cittadinanza.

N.C. Ware ha definito la cittadinanza delle persone con disturbo mentale come possibilità concreta di connectedness, cioè di relazioni reciproche, riconoscimento sociale e partecipazione democratica (Ware, 2007). Il problema non è dunque rendere "normale" la persona, ma rendere la società capace di includere differenti forme di soggettività.

In questa prospettiva, il concetto di inclusione non può essere limitato all'accesso formale ai servizi o alla semplice assenza di istituzionalizzazione. Una persona può vivere fuori da un'istituzione totale e rimanere tuttavia esclusa dal tessuto sociale, priva di relazioni significative, di riconoscimento pubblico e di reale possibilità di esercitare cittadinanza. La deistituzionalizzazione, da sola, non coincide automaticamente con l'inclusione.

Per questa ragione, i servizi di salute mentale dovrebbero essere valutati non soltanto sulla base degli esiti clinici o della riduzione dei sintomi, ma anche sulla capacità di favorire appartenenza sociale, accesso ai diritti, possibilità di scelta e partecipazione alla vita collettiva. La qualità della cura non si misura esclusivamente nella stabilizzazione psicopatologica, ma anche nella possibilità concreta di ampliare gli spazi di libertà, di relazione e di autodeterminazione della persona.

La questione assume particolare rilevanza nelle moderne forme di stigma. Oggi lo stigma non coincide più soltanto con l'esclusione manicomiale o con l'emarginazione esplicita, ma assume spesso forme più sottili: infantilizzazione, iperprotezione, delegittimazione della capacità decisionale, riduzione dell'identità della persona alla diagnosi, aspettative sociali abbassate. In molti casi il soggetto con disturbo mentale viene percepito come permanentemente fragile, potenzialmente pericoloso o inevitabilmente incapace di autodeterminarsi.

Queste dinamiche rischiano di produrre effetti regressivi anche all'interno dei servizi di cura, alimentando modelli paternalistici nei quali l'istituzione tende a sostituirsi progressivamente alla persona. La tutela si trasforma allora in controllo, la protezione in limitazione, la presa in carico in dipendenza istituzionale.

Assumere i diritti come variabile indipendente consente, quindi, di introdurre un correttivo strutturale a tali derive. Il criterio fondamentale non diventa più la massima riduzione del rischio o la completa conformità comportamentale, ma la ricerca del massimo livello possibile di autonomia compatibile con la condizione

clinica concreta della persona. Anche il rischio, in questa prospettiva, non può essere pensato come eliminabile integralmente, poiché una società democratica tollera inevitabilmente margini di incertezza e di vulnerabilità.

Ciò comporta un cambiamento culturale rilevante anche per gli operatori della salute mentale. La competenza professionale non consiste soltanto nella capacità di diagnosi e trattamento, ma anche nella possibilità di sostenere processi di empowerment, evitando che la relazione terapeutica si trasformi in una relazione di dipendenza o di dominio. Lo psichiatra, l'équipe curante e l'istituzione sono quindi chiamati a esercitare un potere sempre più controllato, motivato e limitato.

In questo quadro, la nozione stessa di sicurezza richiede una ridefinizione. La sicurezza non può essere interpretata esclusivamente come neutralizzazione del comportamento problematico o prevenzione assoluta del rischio, ma deve includere anche la tutela dei diritti, della dignità e della qualità della vita della persona assistita. Una sicurezza ottenuta al prezzo della cancellazione della soggettività rischia infatti di diventare incompatibile con i principi costituzionali che fondano il sistema democratico.

Alla luce di quanto finora detto, particolarmente delicato è il tema del fine vita e dell'aiuto al suicidio nelle persone con grave disturbo mentale. Pur non essendo oggi ammesso nel nostro ordinamento, il dibattito pone interrogativi radicali sul rapporto tra autodeterminazione, sofferenza psichica e limiti dell'intervento psichiatrico. Negare in modo assoluto la possibilità stessa della discussione rischia di collocare la persona in una posizione paradossale: considerata incapace di scegliere per definizione, ma contemporaneamente destinataria di pretese onnipotenti di cura (Amatulli, 2025).

Da tutto ciò deriva una ridefinizione della responsabilità professionale dello psichiatra. Ogni decisione restrittiva deve essere argomentata non solo sul piano clinico, ma anche su quello etico e giuridico. La competenza professionale non coincide più con l'esercizio del potere, bensì con la capacità di proteggere i diritti della persona anche nelle condizioni di maggiore vulnerabilità.

In questa prospettiva, la posizione di garanzia assume un significato più ampio, (anche) di vera garanzia a favore dei beni giuridici e "morali" del paziente, e tra questi ultimi il rispetto della sua autonomia, della sua storia, dei suoi desideri, della sua visione del mondo.

Verso la chiusura di questi brevi cenni, i differenti ambiti tematici sui quali il sistema fino a ora tratteggiato va (dovrebbe andare) alla fine a dispiegarsi, in grande sintesi possono essere individuati in: l'area della autonomia, del consenso e della autodeterminazione (Appelbaum, 2007); l'area penale, nel giudizio e nella esecuzione come nei suoi percorsi e nei suoi luoghi; la diagnosi e le sue reificazioni, fino allo stigma; gli interventi farmacologici; la fragilità e la gestione del potere nelle diverse forme; le modalità di gestione del rischio; l'accesso alle cure; il fine vita.

In conclusione, nell'ambito della salute mentale non si tratta di scegliere tra diritti individuali e ordine sociale, ma di costruire un equilibrio nel quale la convivenza democratica si sviluppi entro i limiti posti dai diritti fondamentali (anche di cura) della persona. È un equilibrio complesso e instabile, che richiede competenza, vigilanza e capacità riflessiva, ma rappresenta l'unico modello compatibile con una salute mentale autenticamente fondata sulla dignità umana.

"*Noi ci siamo decisamente rifiutati di fare del malato che si mette nelle nostre mani in cerca di aiuto una nostra proprietà privata*" (Sigmund Freud, Congresso internazionale di psicoanalisi, Budapest, 1918).

Afferenza degli autori

* *Direttore DSMD ASST Brianza*

corrispondenza

antonio.amatulli@asst-brianza.it

BIBLIOGRAFIA

1. Freud S., (1937), *Analisi terminabile e interminabile*. In Opere, vol. 11, Bollati Boringhieri, Torino, 1979
5. Grisso T., Appelbaum PS., *Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions*. American Journal of Psychiatry 1995;152(7):1033–1037
6. Comitato Nazionale di Bioetica, *Riflessioni bioetiche sul suicidio assistito*. Parere, 2019
7. Weber M., *La scienza come professione*, in: Il lavoro intellettuale come professione, Torino, Einaudi, 1965 (orig. 1917)
8. Rawls J., *Una teoria della giustizia*. Milano, Feltrinelli, 1982
9. Ware NC., Hopper K., Tugenberg T., Dickey B., Fisher D., *Connectedness and citizenship: redefining social integration*. Psychiatric Services, 2007;58(4)
10. Amatulli A., *La fine della vita e le persone con disturbo mentale: si può togliere la parola? Un racconto, tanti pensieri, poche certezze*. Psichiatria Oggi, Vol. 2, 2025
11. Appelbaum P.S., *Assessment of patients' competence to consent to treatment*. New England Journal of Medicine, 2007;357(18)

Madri autrici di figlicidio con disturbo psichiatrico: trattamento psicoterapico in REMS

di Giacco S., Cicolini A.**

ABSTRACT

Il figlicidio materno, per le implicazioni sociali, clinico-psicologiche e forensi che comporta, rappresenta una delle forme più complesse di omicidio intrafamiliare. La comprensione del fenomeno richiede un'analisi integrata di fattori psicopatologici e socio-ambientali. Quando questo reato è associato alla malattia mentale della madre, possono emergere nella storia dell'interessata precedenti esperienze traumatiche e condizioni di isolamento sociale. Dal punto di vista giuridico, l'imputabilità delle madri autrici di figlicidio può risultare esclusa o ridotta ai sensi degli articoli 88 e 89 del Codice Penale, con conseguente applicazione di Misura di Sicurezza in contesti residenziali come le REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza). Le REMS di Castiglione delle Stiviere (MN) possiedono una consolidata esperienza nel trattamento psicoterapico di questa tipologia di pazienti, sviluppata già prima della riforma che ha sancito il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (legge 81/2014), quando la struttura rappresentava l'unica realtà italiana ad accogliere le donne autrici di reato ritenute incapaci di intendere e di volere. Tale esperienza si è ulteriormente rafforzata con l'istituzione delle attuali REMS e con la presenza stabile della figura dello psicoterapeuta all'interno dell'équipe multiprofessionale. Il trattamento prevede diversi passaggi che si integrano tra loro in modo dinamico e riguardano: la costruzione della relazione terapeutica, la valutazione dello stato psichico, la definizione degli obiettivi di cura, l'elaborazione del fatto-reato, il lavoro con la rete esterna e l'accompagnamento alla dimissione. L'esperienza maturata a Castiglione delle Stiviere evidenzia come questo modello favorisca la riduzione della pericolosità sociale, il rafforzamento della consapevolezza di malattia, la progressiva elaborazione del reato e la promozione di percorsi di reinserimento sociale.

INTRODUZIONE

Il figlicidio materno, ossia l'uccisione di un figlio biologico o adottivo da parte della madre, rappresenta dal punto di vista clinico, psicologico e forense una delle forme più complesse di omicidio intrafamiliare. La comprensione di tale fenomeno richiede un'analisi approfondita delle condizioni psichiche, relazionali e sociali che caratterizzano la donna al momento del fatto-reato (Biancofiore & Grattagliano, 2020). La letteratura internazionale sull'argomento evidenzia una percentuale rilevante di madri autrici di figlicidio con condizioni psicopatologiche tali da compromettere la capacità di comprendere e controllare le proprie azioni al momento dell'omicidio (Mastronardi & De Vita, 2012). È importante specificare il come la sola presenza di una patologia mentale non esaurisca la spiegazione del fenomeno, di fatto tali studi restituiscono un'interazione di fattori psicopatologici, relazionali e socio-ambientali e in molti casi descrivono una condizione di fragilità psicologica della madre preesistente e una rete di sostegno familiare e sociale spesso insufficiente o assente. (Friedman SH et al., 2012; Kendall-Tackett, 2023; Giacco et al., 2023). In un nostro precedente studio, condotto su 55 casi di madri figlicide, abbiamo riscontrato la presenza di sintomi psicotici al momento dell'evento, tentativi di suicidio e trattamenti psichiatrici pregressi. Inoltre, una quota significativa di pazienti riportava esperienze di violenza domestica o

abusi subiti in età evolutiva-adolescenziale. In ambito criminologico, i motivi sottesi al figlicidio si articolano lungo un continuum che va dall'agito psicotico a quello reattivo. Le principali tipologie del reato vanno dal figlicidio altruistico, volto a risparmiare al figlio sofferenze reali o immaginarie, al figlicidio per vendetta, connesso a dinamiche di coppia distruttive (Resnick, 1969; Friedman SH et al., 2012; Mastronardi & De Vita, 2012). Nei casi in cui è comprovato che l'azione derivi da un disturbo psichiatrico che abbia compromesso il legame con la realtà esterna, la responsabilità penale della madre è generalmente esclusa. Il trattamento e la gestione forense che ne conseguono si configurano come sfide multiprofessionali. È necessario un approccio integrato, di percorsi psicoterapici, farmacologici e riabilitativi, finalizzato alla riduzione della pericolosità sociale, attraverso la ricostruzione dell'equilibrio psichico, identitario e relazionale della donna (Haapasalo & Petäjä, 2021; Giacco et al., 2023).

Nel presente lavoro esponiamo i principali passaggi del percorso psicoterapico rivolto alle madri autrici di figlicidio, sottoposte a Misura di Sicurezza detentiva in REMS. Il modello a cui facciamo riferimento è quello sviluppato a Castiglione delle Stiviere (MN), struttura che possiede una consolidata esperienza nel trattamento di questa tipologia di pazienti, sviluppata già prima della riforma che ha sancito il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (legge 81/2014), quando rappresentava l'unica realtà italiana ad accogliere le donne autrici di reato ritenute incapaci di intendere e di volere. Tale esperienza nel trattamento si è ulteriormente rafforzata con l'istituzione delle attuali REMS e con la presenza stabile della figura dello psicoterapeuta all'interno dell'équipe multiprofessionale. Il modello di Castiglione può avvalersi di un approccio multidisciplinare e integrato che combina stabilizzazione psichiatrica e psicoterapia con interventi psicoeducativi, assistenziali e sociali. L'attuale struttura accoglie pazienti provenienti dalla Regione Lombardia e, in deroga al principio di territorialità, anche da altre regioni.

INQUADRAMENTO GIURIDICO DELL'IMPUTABILITÀ

Ai sensi dell'Articolo 85 del Codice Penale Italiano, la capacità di intendere e di volere costituisce il presupposto dell'imputabilità penale, della possibilità di rendere un soggetto punibile per un fatto qualificato come reato (Basilio, 2002). L'ordinamento italiano disciplina in modo specifico le ipotesi in cui questa capacità è esclusa o ridotta attraverso gli Articoli 88 e 89 del Codice Penale («vizio totale di mente e vizio parziale di mente»). Secondo l'art. 88 c.p., "non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere". Nel caso dell'art. 89 c.p., la norma prevede che "chi, ... era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita".

Nel dettaglio, l'accertamento peritale disposto dalla Magistratura deve far riferimento al momento del figlicidio, valutando se al tempo dell'evento la madre fosse in uno stato tale da escludere o ridurre significativamente la sua capacità di intendere o volere. La condizione di incapacità non può essere dedotta in astratto dalla sola presenza di una diagnosi psichiatrica, ma deve essere oggetto di una valutazione specifica e contestualizzata al fatto concreto. Se il procedimento esclude l'imputabilità ma rileva una pericolosità sociale, alla madre viene applicata una Misura di Sicurezza. Quando tale condizione giuridica non può essere gestita in contesti di cura non detentivi, si ricorre per extrema ratio al collocamento della madre nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza.

IL TRATTAMENTO PSICOTERAPICO DELLA MADRE AUTRICE DI FIGLICIDIO IN REMS

Sul tema del trattamento psicoterapico della paziente autrice di figlicidio, con incapacità di intendere e di volere al momento del fatto-reato e ritenuta pericolosa socialmente dalla Magistratura competente, nel 2021

abbiamo condotto uno studio qualitativo che ha favorito l'individuazione dei principali passaggi che contraddistinguono il trattamento di questa categoria di pazienti. Nel presente elaborato riprenderemo tali passaggi, che integreremo con ulteriori informazioni ricavate da nostri ulteriori approfondimenti sul tema, incentrati sulle caratteristiche di queste pazienti e agli esiti clinici del loro trattamento in REMS (Giacco et al. 2023; 2025). La base del percorso psicoterapico in REMS è data dalla presa in carico multidisciplinare, orientata non solo alla stabilizzazione clinica, ma anche alla ricostruzione di una soggettività integrata, capace di attribuire senso alla malattia e al reato commesso (Spadaro, 2018). Il nostro trattamento integrato si fonda su un modello bio-psico-sociale, in cui gli interventi psicoterapici, farmacologici, riabilitativi e psicoeducativi concorrono alla ricostruzione del Sé e alla riduzione della pericolosità sociale (Boaron et al., 2019; Mandarelli et al., 2019; Giacco et al., 2025).

All'interno di tale cornice, l'offerta psicoterapica si distingue per un setting strutturato su incontri settimanali, con possibilità di colloqui aggiuntivi nei momenti di maggiore vulnerabilità per la paziente, dove lo stesso psicologo può assumere l'iniziativa di contattare l'interessata. Tra le circostanze che richiedono tali adattamenti rientrano le ricorrenze legate agli omicidi e ai compleanni dei figli, le difficoltà di inserimento nella struttura, eventi emotivamente rilevanti come incontri con i familiari, visite al cimitero, prospettive di dimissione, e l'emergere di ideazione suicidaria.

Il contesto residenziale forense rappresenta un ambiente complesso in cui coesistono fattori che possono sia favorire che ostacolare il percorso terapeutico. Il tempo, in particolare, assume una duplice valenza: da un lato consente lo sviluppo di un percorso di cura continuativo e profondo; dall'altro, la prolungata separazione dal mondo esterno limita le occasioni di confronto con altri contesti relazionali, riducendo le possibilità per la paziente di poter sperimentare le acquisizioni raggiunte nei colloqui. Le attività riabilitative e i permessi di uscita svolgono una funzione compensativa, offrendo alla paziente la possibilità di sperimentare gradualmente situazioni relazionali esterne.

Durante la degenza spesso tale tipologia di pazienti beneficia dell'incontro e della condivisione della permanenza in struttura con altre madri autrici del medesimo reato, in cui poter trovare supporto e possibilità di condivisione. La cornice del trattamento in REMS garantisce alla paziente una condizione di sicurezza e contenimento, tale da prevenire la possibile messa in atto di condotte autolesive, attraverso una costante vigilanza e la presenza di supporto. Inoltre la struttura fornisce una cornice regolativa che filtra i contatti con l'esterno, consentendo alla paziente di sentirsi tutelata finché non è pronta ad affrontare tale realtà. Questa condizione di tutela permette allo psicologo di condurre un lavoro terapeutico continuativo e strutturato, che in un contesto libero potrebbe interrompersi a causa di crisi o comportamenti autolesivi dell'interessata.

Come anticipato l'esperienza maturata, con tale tipologia di pazienti, nelle strutture psichiatrico forensi che si sono succedute a Castiglione delle Stiviere (ex OPG, REMS), ha permesso di delineare un modello psicoterapico di trattamento, centrato sulla persona e attento alla specificità del reato commesso. La complessità del caso comporta la necessità di affrontare simultaneamente il trauma del gesto, la rielaborazione della colpa e del reato, la presenza di gravi psicopatologie e la ridefinizione identitaria dell'interessata. Il percorso si muove lungo un continuum supportivo-espressivo (Gabbard, 2015), adattandosi alle fasi di consapevolezza della paziente. Inizialmente prevalgono interventi supportivi, successivamente, l'intervento si apre alla rielaborazione del fatto-reato. I passaggi del trattamento non seguono un ordine cronologico e/o gerarchico, ma a livello sistemico avanzano e si intrecciano all'interno del percorso della paziente.

I passaggi fondamentali comprendono:

- la costruzione della relazione terapeutica;
- la valutazione dello stato psichico;
- la condivisione degli obiettivi di trattamento;
- l'elaborazione del fatto-reato;

– il lavoro con la rete esterna;
– l'accompagnamento alla dimissione.

La *costruzione della relazione terapeutica* si basa su una co-costruzione continua con la paziente, che può protrarsi per l'intero svolgimento della terapia. È importante far percepire alla figlicida un cambiamento rispetto agli incontri avuti con altri professionisti prima dell'ingresso in struttura (forze dell'ordine, periti, giudice), il cui lavoro è orientato al raggiungimento di obiettivi differenti rispetto a quelli dell'équipe della REMS. Il lavoro iniziale è finalizzato al far comprendere tale cambiamento relazionale alla madre, portandola alla percezione di un rapporto con il professionista orientato all'aiuto. L'inizio del lavoro si concentra in maniera prevalente su colloqui di sostegno.

La fase dedicata alla *valutazione dello stato psichico*, si sofferma sull'analisi dell'organizzazione di personalità della paziente, sui meccanismi di difesa prevalenti, la capacità di mentalizzazione e il livello di consapevolezza della malattia mentale. I colloqui vertono sulla storia personale, sulle relazioni significative e sui vissuti ad esse connessi. Particolare attenzione viene riservata ai pensieri distaccati dalla realtà, correlati all'esecuzione del reato. Lo psicoterapeuta inserisce delicatamente scenari alternativi rispetto a quelli riportati dalla figlicida, con l'obiettivo di stimolare una visione differente degli eventi. Se necessario vengono forniti feedback alla paziente sui progressi in termini di consapevolezza sia rispetto alla condizione psicopatologica, sia sul come questa si colleghi al reato commesso. Tale condizione si pone come base per il proseguo di un lavoro terapeutico più strutturato e riflessivo. In questa fase un punto di forza del contesto forense è rappresentato dall'integrazione tra il lavoro psicoterapeutico e quello delle altre figure professionali dell'équipe, che consente di raccogliere informazioni cliniche e comportamentali di grande rilievo, spesso non facilmente accessibili in un setting ambulatoriale tradizionale.

L'esperienza clinica ci porta a dover riscontrare una minoranza di madri in cui i contenuti distaccati del pensiero legati al reato rimangono rigidamente consolidati. Lo studio osservazionale-retrospettivo che abbiamo condotto nel 2023 ha rilevato un 4% di figlicide che non riescono all'interno del trattamento ad integrare punti di vista alternativi ai propri rimanendo ancorate ad una ideazione legata al reato non aderente al piano di realtà. In queste situazioni si privilegia la prosecuzione di un percorso ad orientamento supportivo, che esula dalla rielaborazione del fatto reato, indirizzato a favorire l'accettazione della Misura di Sicurezza e la comprensione del proprio funzionamento al fine di favorire l'adesione al trattamento integrato.

Il trattamento prevede anche la *condivisione di obiettivi*, passaggio fondamentale per promuovere la responsabilizzazione della paziente. Gli obiettivi dipendono dall'evoluzione del percorso terapeutico e dalle caratteristiche personologiche della paziente; possono dunque variare da caso a caso. Solitamente vertono sulla strutturazione di colloqui psicoterapici congiunti con i familiari al fine di poter affrontare una tematica particolare (es. descrivere i pensieri alla base del reato commesso), oppure possono riguardare un approfondimento sui traumi della persona o la preparazione della madre alla visita al cimitero dove è sepolto il figlio. L'articolazione degli obiettivi favorisce un senso di progressione e motivazione interna, riducendo la percezione di passività o coercizione tipica dei contesti forensi. La preparazione, il monitoraggio e la verifica degli obiettivi diventa parte integrante del processo terapeutico e può integrarsi con il lavoro delle altre figure professionali.

Un ruolo centrale nel trattamento della figlicida è assunto dall'*elaborazione del fatto-reato*. Il percorso psicoterapico si concentra sulla creazione di collegamenti tra la storia di vita della paziente, comprese perdite, traumi e relazioni significative, e la manifestazione psicopatologica. Si analizza come la condizione clinica sia collegata all'omicidio, esplorando pensieri e emozioni precedenti e successivi all'evento. I temi principali del percorso mirano a rileggere i vissuti della paziente da punti di vista alternativi, aumentando le capacità di mentalizzazione e

favorendo l'integrazione di quegli aspetti della personalità e della percezione della realtà che tendono a essere scissi. Particolare attenzione è rivolta al rapporto della figlicida con i propri genitori, alla relazione di coppia e al significato attribuito alla maternità. Si indagano, ad esempio, il desiderio di maternità, i pensieri e i sentimenti esperiti durante la gravidanza e dopo il parto (figlio immaginato, figlio reale) e il ruolo assunto dal partner nella crescita del figlio. In questa fase può avvenire l'accompagnamento della paziente presso il luogo di sepoltura della vittima o altri siti significativi, passo che favorisce il contatto diretto con la realtà. Questa esperienza non viene mai imposta, ma attuata solo su richiesta della paziente, sempre in condizioni di protezione e con la presenza dello psicologo, figura con la quale sono stati costruiti i presupposti per affrontare un momento così delicato. Questo tipo di esperienza diventa materiale su cui lavorare nel prosieguo del trattamento, e spesso le madri la percepiscono come un passaggio necessario. Ulteriori strumenti che possono essere utilizzati al fine della rielaborazione del fatto possono essere gli articoli di giornale riguardanti il reato commesso dalla paziente. Per sostenere la paziente nell'accettazione del dolore possono essere utilizzate anche fotografie del figlio, che diventano oggetto e argomento di colloquio. Questi passaggi, come sottolineano Barbieri & Luzzago (2010), permettono di collocare la sofferenza nel contesto della propria storia, organizzando gli eventi in un ordine temporale significativo, integrandoli nella propria identità.

Il *lavoro con la rete esterna* rappresenta un elemento fondamentale nel percorso di elaborazione della paziente. Nello studio che abbiamo condotto nel 2023 abbiamo di fatto riscontrato una condizione di isolamento relazionale della madre, precedente al reato, nel 50% dei casi esaminati e nel 65% la presenza di separazione/divorzio dal partner. La persona viene preparata e accompagnata nel confrontarsi con una realtà profondamente mutata. Il terapeuta partecipa ai colloqui con familiari o altre persone significative, sostenendo la paziente nella comunicazione e aiutandola a esprimere in modo comprensibile i pensieri e le emozioni che l'hanno condotta al reato. Parallelamente, si accompagna la rete esterna nella comprensione della malattia e del nesso tra questa e il comportamento omicida della persona cara. Questo processo può favorire un riavvicinamento relazionale; quando ciò non avviene, contribuisce comunque a offrire una lettura più autentica dei fatti da parte dei familiari, che spesso giungono agli incontri con percezioni e opinioni inesatte o parziali. L'obiettivo è quello di preparare la rete esterna a sostenere la paziente, attraverso la circolazione delle informazioni acquisite nei colloqui, facilitando la sua integrazione e il supporto sociale.

La fase conclusiva del percorso terapeutico, *accompagnamento alla dimissione*, prevede un sostegno mirato al passaggio verso contesti meno protetti. La paziente viene guidata nell'acquisizione di autonomia, gestione delle emozioni e capacità relazionali, consolidando le competenze acquisite durante la degenza. Si condividono i vissuti delle licenze e dei periodi di prova, effettuate durante il percorso in REMS, tra cui quelle nella comunità dove la paziente proseguirà il trattamento. In questa fase l'obiettivo prevalente è quello di incrementare nella paziente la consapevolezza della necessità di proseguire il percorso di cura e di collaborare con i servizi territoriali di riferimento. Nei colloqui si riflette sul ruolo del trattamento integrato nel prevenire dissociazioni del pensiero o ricadute emotive, coinvolgendo anche persone significative e fidate, eventualmente collegate alla rete territoriale di riferimento. A livello sistemico, la collaborazione con i servizi territoriali di salute mentale e con le reti sociali risulta fondamentale per garantire la continuità terapeutica e favorire un reinserimento graduale nella comunità.

Su questo punto, possiamo evidenziare gli esiti di trattamento emersi dallo studio da noi condotto nel 2023: nell'82% dei casi di figlicidio si è osservata la revoca della misura di sicurezza detentiva, con contestuale trasformazione in libertà vigilata presso comunità terapeutiche.

La durata media del trattamento per questa tipologia di pazienti nelle REMS di Castiglione si attesta intorno ai cinque anni di misura di sicurezza, a fronte di un'assegnazione da parte della magistratura competente che, di norma, prevede una durata di dieci anni. Un nostro recente case report del 2025, relativo a una paziente figlicida trattata in REMS, ha evidenziato, al termine del percorso, significativi miglioramenti nella consapevolezza di malattia, nella gestione del senso di colpa e nella capacità di mentalizzazione, con una conseguente riduzione della pericolosità sociale. Sul piano clinico, le valutazioni psicodiagnostiche effettuate in modo longitudinale durante il trattamento hanno rilevato progressi nella gestione dell'impulsività, nella regolazione dell'umore e nei contenuti ideativi.

Il punto di vista della paziente risulta coerente con le misurazioni effettuate dagli specialisti: la stessa ha infatti riferito una diminuzione dei conflitti percepiti sia in ambito familiare sia nei contesti sociali, nonché una minore tendenza all'esternalizzazione delle responsabilità relative ai propri comportamenti. Riconosce la presenza di vissuti di tristezza, considerati come una reazione comprensibile alla perdita dei figli, e si dichiara consapevole di aver commesso il reato sotto la spinta di ideazione delirante e in relazione alle proprie vulnerabilità personologiche. La paziente è inoltre giunta a identificare i principali fattori di protezione per il proprio benessere psichico: il mantenimento del rapporto con la madre, la costruzione di una rete relazionale esterna, una comunicazione più chiara e autentica dei propri vissuti e pensieri, nonché la prosecuzione del percorso terapeutico.

CONCLUSIONI

Il modello di trattamento descritto evidenzia come un approccio integrato multidisciplinare, fondato sull'alleanza terapeutica e su un continuum supportivo-espressivo, rappresenti un elemento imprescindibile per la presa in carico delle pazienti autrici di figlicidio, incapaci di intendere e di volere al momento del fatto-reato. In particolare, il lavoro psicoterapico orientato alla ricostruzione del Sé, all'incremento delle capacità di mentalizzazione e alla progressiva integrazione del fatto-reato nella storia personale, appare centrale nel favorire un'evoluzione clinica significativa e una riduzione della pericolosità sociale. L'articolazione del percorso terapeutico in fasi flessibili e interconnesse, consente di adattare l'intervento alle caratteristiche e ai tempi della singola paziente. Il contesto strutturato della REMS si configura come ambiente facilitante per un lavoro psicoterapico continuativo, difficilmente realizzabile in contesti meno protetti.

Gli esiti clinici da noi osservati, sia a livello di studi osservazionali sia di case report, evidenziano come la maggior parte delle figlicide possa raggiungere miglioramenti significativi in termini di consapevolezza di malattia, regolazione emotiva, gestione del senso di colpa e capacità relazionali. Tali progressi si associano a una concreta riduzione della pericolosità sociale, come dimostrato dall'elevata percentuale di revoche delle Misure di Sicurezza detentive e dal passaggio a contesti di cura meno restrittivi.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Sistema polimodulare REMS Castiglione delle Stiviere, ASST Mantova*

CORRISPONDENZA

simone.giacco@asst-mantova.it

alessia.cicolini@asst-mantova.it

BIBLIOGRAFIA

1. Barbieri, C., & Luzzago, A. (2010). *Restrizione della libertà ed espiazione della colpa: La riabilitazione anche come presa in carico del reato*. Rassegna Italiana di Criminologia, 2, 311-325.
2. Biancofiore, M., & Grattagliano, I. (2020). *Il figlicidio: aspetti criminologico-clinici e psichiatrico-forensi*. Rivista di Scienze Forensi, 144(1), 44–54.
3. Boaron, F., et al. (2019). *Dal trauma al reato*. Rassegna Italiana di Criminologia, 85-92.
4. Bourget, D., & Gagné, P. (2002). *Maternal filicide in Québec*. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 30(3), 345–351.
5. Catanesi, R., et al. (2019). *Indagine sulle REMS italiane*. Rassegna Italiana di Criminologia, 7-23.
6. Codice Penale Italiano. (1930). *Codice penale, aggiornato a novembre 2025*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. www.normattiva.it
7. Contini, M., & Vianello, R. (2018). *Risk factors for maternal filicide: Socioeconomic and psychosocial dimensions*. Social Sciences, 7(9), 168. https://doi.org/10.3390/socsci7090168
8. Flynn SM, Shaw JJ, Abel KM (2013) *Filicide: mental illness in those who kill their children*. PLoS One 8(4):e58981. https://doi.org/10. 1371/journal.pone.0058981
9. Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ (2005a) *Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda*. Am J Psychiatry 162(9):1578–1587. https:// doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1578
10. Friedman SH, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ (2005b) *Child murder committed by severely mentally III mothers: an examination of mothers found not guilty by reason of insanity*. 2005 *Honorable Mention/ Richard Rosner Award for the best paper by a fellow in forensic psychiatry or forensic psychology*. J Forensic Sci 50(6):1466–1471
11. Friedman SH, Cavney J, Resnick PJ (2012) *Child murder by parents and evolutionary psychology*. Psychiatr Clin N Am 35(4):781– 795. https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.08.002
12. Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamic*a (5ª ed.). Milano: Raffaello Cortina.
13. Giacco, S., Racchelli, M., Nocini, F., et al. (2021). *Il percorso psicoterapico della madre figlicida in ambito forense*. Rassegna Italiana di Criminologia, XV (2), 103-111.
14. Giacco, S., Tarter, I., Lucchini, G., & Cicolini, A. (2023). *Filicide by mentally ill maternal perpetrators: a longitudinal, retrospective study over 30 years in a single Northern Italy psychiatric-forensic facility*. Archives of women's mental health, 26(2), 153–165. https://doi.org/10.1007/s00737-023-01303-6
15. Giacco, S., Cristofaletti, E., Lucchini, G., & Cicolini, A. (2025). *Psychotherapeutic treatment outcome of a female filicide patient*. Journal of forensic sciences, 10.1111/1556-4029.70125. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/1556-4029.70125
16. Giordano, F., Barlati, S., & Clerici, M. (2023). *Mental health services and prevention of maternal filicide: Evidence from forensic settings*. Frontiers in Psychiatry, 14, 1123. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.01123
17. Haapasalo, J., & Petäjä, S. (2021). *Treatment and rehabilitation of filicidal mothers: A forensic-psychiatric perspective*. International Journal of Law and Psychiatry, 77, 101717. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101717
18. Mandarelli, G., et al. (2019). *Questioni attuali e prospettive del trattamento penitenziario dopo la legge 81/2014*. Rassegna Italiana di Criminologia, 4, 316-326.
19. Mastronardi, V., & De Vita, L. (2012). *Alcune ricerche italiane sul fenomeno del figlicidio*. Supplemento alla Rivista di Psichiatria, 47(4), 11–14.
20. Mukamana, J., Habarugira, J., & Uwizeye, G. (2022). *Understanding the lived experiences of mothers who committed filicide in Rwanda*. BMC Psychiatry, 22(1), 588. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04081-0
21. Resnick, P. J. (1969). *Child murder by parents: A psychiatric review of filicide*. American Journal of Psychiatry, 126(3), 325–334.
22. Resnick PJ (1970) *Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide*. Am J Psychiatr 126(10):1414–1420. https://doi.org/ 10.1176/ajp.126.10.1414
23. Resnick PJ (2016) *Filicide in the United States*. Indian J Psychiatry 58(Suppl 2):S203–S209

24. Spadaro, F. (2018). *La psicoterapia forense: una nuova disciplina nella tradizione psicoterapica italiana*. Rassegna Italiana di Criminologia, 3, 190-195.
25. Straticò, E., Forconi, S., Vernizzi, E., Benazzi, C., & Nocini, F. (2012). *Il trattamento delle madri infanticide in OPG*. Rivista Sperimentale di Freniatria, 3, 125-134.

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