

Sestante

RIVISTA SCIENTIFICA DI VALUTAZIONE NELLA SALUTE MENTALE,
DIPENDENZE PATOLOGICHE E SALUTE NELLE CARCERI

Direttore responsabile

Paolo Ugolini
Osservatorio Epidemiologico SerDP Cesena
e C.U.R.A./AUSL della Romagna

Comitato esecutivo

Michele Sanza
Servizio Dipendenze Patologiche, AUSL della Romagna, Cesena

Alessio Saponaro
Regione Emilia-Romagna, Servizio Assistenza territoriale
Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri

Paolo Ugolini
Osservatorio Epidemiologico SerDP Cesena
e C.U.R.A./AUSL della Romagna

Comitato scientifico e di redazione

Licia Bruno, NPIA, AUSL Bologna
Stefano Costa, NPIA, AUSL Bologna
Dorella Costi, Direzione Sanitaria, AUSL Reggio Emilia
Simona Guerzoni, Azienda ospedaliero-universitaria di Modena
Fausto Mazzi, SPDC, AUSL Modena
Marco Menchetti, Università degli Studi di Bologna
Luana Oddi, SerDP, AUSL Reggio Emilia
Monica Pacetti, CSM Forlì, AUSL della Romagna
Antonella Piazza, DSM-DP, AUSL Bologna
Teo Vignoli, SerDP Lugo, AUSL della Romagna

Comitato consultivo

Domenico Berardi, Università degli Studi di Bologna
Paola Carozza, DSM-DP, AUSL Ferrara
Anna Cilento, Salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna
Mila Ferri, Regione Emilia-Romagna, Salute mentale e
Dipendenze patologiche
Angelo Fioritti, DSM-DP, AUSL Bologna
Cristina Fontana, Salute nelle carceri, AUSL Piacenza
Gaddomaria Grassi, DSM-DP, AUSL Reggio Emilia
Giuliano Limonta, DSM-DP, AUSL Piacenza
Alba Natali, DSM-DP, AUSL Imola
Pietro Pellegrini, DSM-DP, AUSL Parma
Claudio Ravani, DSM-DP, AUSL della Romagna
Fabrizio Starace, DSM-DP, AUSL Modena

Comunicazioni

Paolo Ugolini, tel. 0547 352163 | cell. 334 6205675
paolo.ugolini@auslromagna.it

Sede

Via Brunelli, 540 - 47521 Cesena

Segreteria organizzativa

Alessandro Mariani D'Altri, tel. 0547 354372
Claudia Nerozzi, tel. 051 5277072

Sito web SESTANTE

[http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/servizi/
formazione-e-documentazione/la-rivista-sestante](http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/servizi/formazione-e-documentazione/la-rivista-sestante)

Progetto grafico:

Paolo Campana, Tipografia Valgimigli Faenza, tel. 0546 662211

Stampa:

Centro stampa AUSL della Romagna - Cesena

SESTANTE 05 è stato curato da:

**Dorella Costi (AUSL RE), Paolo Ugolini (AUSL della Romagna),
Teo Vignoli (AUSL della Romagna)**

ANNO III

APRILE - NUMERO 5

Autorizzazione del Tribunale di Forlì
n. 5 del 23 febbraio 2015

05

S O M M A R I O

1

EDITORIALE

Dorella Costi, Paolo Ugolini, Teo Vignoli

3

LETTURA MAGISTRALE

Chi non innova perde il proprio passato.

I quaranta anni della Legge 180 in Italia ed in Emilia Romagna

Angelo Fioritti

9

LETTURA MAGISTRALE

Quaranta anni di comunità nella salute mentale

Mila Ferri

13

PAGINA APERTA

**Dipendenze e salute mentale. La doppia diagnosi: dai protocolli
all'integrazione funzionale del DSM DP**

Pietro Pellegrini, Michele Sanza

18

VALUTAZIONE

**Una analisi valutativa in salute mentale: risultati raggiunti e da
raggiungere**

Alessio Saponaro, Paola Carozza, Alba Natali, Claudia Nerozzi,
Claudio Ravani, Enrico Semrov, Fabrizio Starace

24

INTERVISTA

**A quaranta anni dalla Legge 180. Quali strategie e percorsi
innovativi per i servizi e le professioni?**

Dorella Costi, Paolo Ugolini, Teo Vignoli

28

VALUTAZIONE

**L'impiego dei farmaci antipsicotici nei Centri di Salute Mentale
Una valutazione condivisa tra professionisti, utenti e familiari.**

Antonella Piazza, Giuseppe Tibaldi, Ariola Koci, Alessio Saponaro,
Gruppo lavoro "Audit Farmaci Antipsicotici"

32

VALUTAZIONE

**Evoluzione ed empowerment del ruolo dell'infermiere e delle
figure socio-educative**

Cleta Sacchetti, Luca Ballanti

37

VALUTAZIONE

**Valutazione notti sicure. Prossimità e prevenzione abuso alcol e
sostanze psicoattive a Cesena**

Paolo Ugolini, Emanuele Ortino, Laura Perri, Fabiola Tinessa,
Valeria Trasforini

42

VALUTAZIONE

Dal sapere al potere, l'esperienza della scelta.

La metodologia housing first nell'esperienza ravennate

Dora Casalino, Daniela Gatta

48

VALUTAZIONE

**Percorsi di cura di utenti alcolisti in un ambulatorio a bassa
soglia d'accesso**

Angela Zannini, Luana Oddi

54

RICERCA VALUTATIVA

**Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e
scuola**

Licia Bruno, Carlotta Gentili

58

LINEE DI INDIRIZZO REGIONE EMILIA ROMAGNA

Percorsi di cura per gli adolescenti ed i giovani adulti.

È questa la nuova riforma della salute mentale?

Michele Sanza, Giuliano Limonta

62

RICERCA VALUTATIVA

Conoscenze scientifiche e sviluppo dei servizi di salute mentale

Domenico Berardi, Marco Menchetti

65

STORIOGRAFIA

Due secoli di follia. Il Museo di Storia della Psichiatria di Reggio E.

Gaddomaria Grassi, Chiara Bombardieri

Dorella Costi, Paolo Ugolini, Teo Vignoli

“... Per fare salute, dunque, occorre oggi dedicarsi di più a “pensare la salute” dei cittadini. E’ il cuore di un welfare di iniziativa, che non si limita ad aspettare le persone dentro agli ambulatori. Ma che sa accogliere i cambiamenti in atto nell’epidemiologia della popolazione. Che impara sempre più ad ascoltare i cittadini senza trattarli solo da pazienti. E che si rende permeabile alle loro richieste, fino a co-evolvere con le loro domande”

(Carmalinghi, d’Angella, 2017).

Il 40esimo anniversario della legge 180 non vogliamo che sia di mera commemorazione, ma piuttosto, in linea con lo spirito rivoluzionario di quel periodo, vorremmo fosse un momento di riflessione critica e costruttiva sullo stato dell’arte dei servizi e dei percorsi, innovativi e possibili, nella salute mentale e nelle dipendenze patologiche. Gli anni ’70 furono un periodo storico di riforme, tra cui la famosa legge Basaglia (la legge anticipa di pochi mesi e viene a far parte poi della legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale): leggi di grandi cambiamenti che hanno portato ad un sistema di welfare pubblico e universalistico di cui ancora oggi beneficiamo e sul quale si impone una riflessione a 360 gradi alla luce della complessa situazione socio-culturale e socio economica di questo secondo decennio del duemila (vi rimandiamo alle interessanti e stimolanti letture magistrali di Fioritti e Ferri per i riferimenti normativi e per il passaggio da “ieri” ad “oggi”).

Questo SESTANTE cerca di porre attenzione al sistema di *welfare mix*, un sistema a rete che va da servizi altamente specialistici, a servizi socio-assistenziali, a servizi di prossimità, alle multiformi relazioni di comunità.

Il rapporto tra aziende, distretti e dipartimenti è reso sempre più complesso dalla necessità di trasversalità e continuità dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e dal bisogno di creare connessioni tra sanitario e sociale, tra istituzionale e comunitario, tra professionisti, associazioni di auto-mutuo aiuto e i cosiddetti servizi di prossimità. Que-

Rif.
Paolo Ugolini
Direttore Sestante
cell.: 334 6205675
paolo.ugolini@auslromagna.it

sto SESTANTE ha cercato di interrogarsi sulla scommessa di coniugare l'integrazione tra i diversi livelli di intervento e la necessità di salvaguardare cardini culturali e pratiche di salute che dagli anni '70 ad oggi hanno progressivamente validato la propria efficacia nell'ambito della Salute Mentale Adulti, delle Dipendenze patologiche e della NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

In tutti i saggi di SESTANTE viene richiamata la frase magica "integrazione tra sociale e sanitario" ma da tutti ne viene segnalata la difficoltà di una traduzione operativa: gli stessi Piani per la salute e il benessere distrettuale e le stesse case per la Salute a livello locale faticano sia per appropriatezza che per risultati. Se, come ci dicono nel loro saggio Pellegrini e Sanza, "il 75% dei disturbi mentali inizia prima dei 24 anni", non dobbiamo perdere il tema della promozione della salute nell'infanzia, nell'adolescenza e nell'età giovanile, ma dobbiamo anche saper coinvolgere la comunità locale, nel contesto della *stepped care*, e pensare un Dipartimento con servizi strutturalmente integrati, non solo tra CSM, SerD, NPIA, SPDC, ma con l'intero sistema di welfare.

Il riferimento al modello olistico della salute e ai suoi determinanti è essenziale, ed a questo non può mancare, oltre alla centralità della persona e della sua rete socio-affettiva e cognitiva, la centralità del Medico di Medicina Generale e delle Case per la Salute e in parallelo, nel mutato sistema sociale, il rinnovarsi delle professioni in generale e in particolare di quelle psichiatriche (nella difficoltà della "liquidità" sociale, vi è il rischio che i medici psichiatri oscillino verso il modello bio-medico, sulla psico-farmacologia) oltre che dell'infermiere e delle figure psicologiche e socio-educative pensate come cardini dei percorsi PDTA e ponte di sostegno dei *caregiver* nella comunità locale (Sacchetti e Ballanti).

Questo SESTANTE, oltre ad una lettura socio epidemiologica del dato della Regione Emilia-Romagna (Saponaro et altri) riflette sulle possibilità di integrazione, culturale prima ancora che organizzativa, tra dipendenze patologiche e salute mentale (Pellegrini, Sanza), e sullo scenario dei prossimi anni delle fasce adolescenti e giovani (Limonta, Sanza). Seppur ridotto nella sua esposizione va segnalato l'interessante contributo sul rapporto tra conoscenze scientifiche ed esperienza clinica nel progresso dei servizi di salute mentale territoriali con lo scopo di integrare tecniche e modelli di cura *evidence-based* (Berardi, Menchetti).

Gli articoli valutativi che abbiamo scelto per questo numero sono esperienze che cercano di suggerire patie socio-sanitarie e approcci alla salute mentale e alle dipendenze patologiche nelle quali è attuale lo spirito della legge 180, dove riconosciamo l'importanza di riattualizzare quello che è stato conquistato allora, nella consapevolezza che l'integrazione della follia nella società è un compito arduo che

necessita manutenzione costante.

In questo solco troviamo una serie di esperienze che mirano a invertire la logica dell'istituzionalizzazione della medicalizzazione e dello stigma:

- lo studio di valutazione del trattamento antipsicotico, che ribadisce l'importanza di monitorare e razionalizzare quei trattamenti psichiatrici, la cui finestra terapeutica si affaccia da un lato sulla possibilità di controllo sintomatologico funzionale all'integrazione e dall'altro verso la cronicizzazione e il controllo sociale (Piazza, et al.);
- l'attività di prevenzione dell'uso problematico di alcol e droghe nei luoghi della notte, nella quale sono gli operatori a incontrare possibili pazienti in luoghi non connotati invertendo così un paradigma (Ugolini, et al.);
- l'esperienza dell'*housing first* dove il diritto alla casa, come diritto di cittadinanza, viene offerto come percorso di salute e non come premio in caso di guarigione dalla malattia, anche in questo caso invertendo la logica del premio/punizione (Casalino, Gatta);
- l'ambulatorio a bassa soglia per alcolisti, che fornisce interventi di salute a pazienti che non sono in grado di accedere ad un intervento strutturato, favorendo così accesso alle cure e ai servizi che portano ad un maggior livello di integrazione con la società (Zannini, Oddi);
- l'indagine epidemiologica sulla certificazione scolastica, fronte di accesso alle cure e all'integrazione che in questi anni ha visto crescere la sua importanza e rilevanza in termini qualitativi e quantitativi nei servizi di NPA (Bruno, Gentili).

Infine un parabola che ci fa rivivere il percorso di questi 40 anni partendo dall'intervista a Franco Corleone, già parlamentare e già sottosegretario alla giustizia sul tema di attualità: "Quali strategie e percorsi innovativi per i servizi e le professioni?" e, andando a ritroso, con un excursus storico offerto dal Museo della storia della psichiatria di Reggio Emilia (Gaddomaria Grassi, Bombardieri).

Ci auguriamo che la lettura di questo SESTANTE sia piacevole e stimoli suggestioni mentali e costruttive perturbazioni operative.

Buona lettura.

Bibliografia

Carmalinghi R., D'Angella F., (2017) *La costruzione sociale della salute. Per un welfare dei servizi capace di integrare sociale e sanitario*, in SESTANTE n. 3.

Bauman Z.,(2013), *Communitas. Uguali e diversi nella società liquida*, Aliberti Editore, Roma

Chi non innova perde il proprio passato

I quarant'anni della legge 180 in Italia ed in Emilia-Romagna

Angelo Fioritti

ABSTRACT

Il quarantennale della riforma psichiatrica italiana offre l'occasione per ripercorrere il cammino svolto e per comprendere quali sfide attendano oggi il complesso sistema di salute mentale del nostro Paese. In questo articolo vengono analizzate le fasi in cui si è declinata la riforma (deistituzionalizzazione dall'Ospedale Psichiatrico, sviluppo dei servizi territoriali, l'emergere di nuovi bisogni), le forme organizzative e gli strumenti culturali che i servizi hanno assunto in varie regioni italiane con riferimento particolare alla Emilia-Romagna. Vengono infine esaminate le sfide più importanti che il mutamento degli scenari socio-demografici, economici e istituzionali pongono per l'immediato futuro.

3

Introduzione

Se è vero che la psichiatria è una istituzione perennemente e necessariamente in crisi (Binswanger, 1992; Burns, 2013), la rivoluzione avvenuta nella psichiatria italiana tra il 1962 ed il 1978 è senza ombra di dubbio una delle crisi che ha portato al cambiamento più radicale avvenuto nella storia dell'intera disciplina. La legge 180 del 1978 segnò qualcosa di mai verificatosi prima e probabilmente irripetibile. Gli studi storici di questi ultimi anni (Foot, 2014; Babini, 2014) stanno richiamando l'attenzione sulla unicità nella storia della medicina del movimento antistituzionale italiano, che pur nella sua complessità e varietà di posizioni portò ad un rigetto totale dei luoghi, dei metodi e delle concezioni che si erano consolidate in due secoli di attività e che costituivano i pilastri della pratica manicomiale. Fu una rivolta etica che trovò una pubblica opinione attenta e preparata, leader politici coraggiosi e illuminati ed un corpo professionale volto in massima parte al cambiamento, pur con accenti e sfumature diverse. A quarant'anni da quella stagione si offre oggi una opportunità di riflessione su cosa realmente accadde nel 1978, sulla strada che la psichiatria italiana ha compiuto in questo periodo e sulle sfide che la attendono.

1. Gli anni della riforma

Molti studiosi concordano sul fatto che la riforma psichia-

Rif.
Angelo Fioritti, psichiatra
direttore DSM-DP, AUSL Bologna,
Tel. 051 6584164
a.fioritti@ausl.bologna.it

trica italiana sia l'esempio di deistituzionalizzazione più radicale e completa del mondo occidentale, tra i tanti che si avviarono negli anni '60 e '70. Di fatto l'Italia è l'unico paese al mondo completamente privo di ospedali psichiatrici e che ha adottato un modello territoriale radicale, per quanto con realizzazioni diverse da regione a regione.

E molti riconducono tale maggiore radicalità alla situazione degradata degli ospedali psichiatrici italiani del dopoguerra, profondamente segnati dal ventennio fascista che aveva comportato una sorta di autarchia professionale con rottura dei rapporti scientifici con gli altri paesi europei, un orientamento repressivo non scevro dell'uso politico dell'internamento e dell'attecchire di concezioni pseudoscientifiche di tipo razzista (soprattutto nelle istituzioni psichiatriche coloniali).

Nel clima di conquistata libertà del dopoguerra e nella graduale presa di coscienza degli orrori appena trascorsi, la critica antistituzionale attraversò vasti settori della società italiana, mettendo in discussione famiglia, Chiesa, scuole, istituti per minori e manicomi. Ma sicuramente questi ultimi incarnarono il paradigma di repressione e disumanizzazione da combattere con maggiore veemenza. La lotta ai manicomi divenne l'obiettivo di una intera generazione, quella del 1968, per la quale "L'istituzione negata" (Basaglia, 1968) divenne il libro di culto, un punto di riferimento imprescindibile. In realtà l'esperienza di Gorizia fu l'aspetto più eclatante di un movimento policentrico che ebbe in altre esperienze italiane variazioni altrettanto interessanti: Perugia, Arezzo, furono centri in cui la riforma si sviluppò in moto sostanzialmente autoctono. Parma e Reggio Emilia gemmarono da innesti della esperienza goriziana e la declinazione che la riforma prese in queste due città segnò una differenza rispetto alla forma più strettamente basagliana che si realizzò a Trieste. Questa differenza ha poi attraversato gran parte dello sviluppo che si è avuto nei successivi quarant'anni.

Il movimento antistituzionale non è stato un fenomeno solo italiano ed i suoi collegamenti con le esperienze europee ed americane erano ben evidenti. Gli psichiatri dell'epoca si scambiavano visite e intellettuali di prima grandezza come J. P. Sartre e M. Foucault venivano spesso in Italia a sostenere la grande innovazione. Ma in Italia esso si collegò alle battaglie per i diritti civili, per il divorzio, per l'aborto, per la costruzione del Servizio Sanitario Nazionale. E soprattutto in Italia il corpo professionale degli psichiatri non ebbe un atteggiamento di contrasto e resistenza, anzi partecipò o promosse il cambiamento, cosa che all'estero non è quasi mai avvenuta.

Sono queste probabilmente le componenti che confluirono nella approvazione della legge 180, il 13 maggio 1978, in pieno rapimento Moro e con sette mesi di anticipo sul varo della legge N. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale

che la recepì agli articoli 33, 34 e 35. Il 31 Dicembre 1978 chiudeva definitivamente l'Ospedale Psichiatrico di Trieste, il primo al mondo a completare tale impresa e si apriva una fase completamente nuova per l'Italia e per la psichiatria.

Sarebbe per altro un errore focalizzarsi solo sulla legge 180 e sulle sue implicazioni per la società italiana. La seconda metà degli anni '70 portò radicali cambiamenti in moltissimi settori della società civile italiana, alcuni dei quali interessano ancora oggi l'attività dei DSM-DP. La relazione della "Commissione Falcucci" (1975) per integrazione scolastica degli alunni disabili fu altrettanto se non più rivoluzionaria della 180. Essa portò al DPR 970 del 1975 che comportò la chiusura di tutti gli istituti speciali socio-psico-pedagogici, di fatto manicomi per minori ed all'inserimento di centinaia di migliaia di bambini nelle scuole ordinarie, riportando in capo alla istituzione scolastica il compito di approntare programmi specifici per gli alunni disabili, in un contesto di accoglienza e solidarietà da parte di tutti gli alunni ed i professionisti della scuola. Tale riforma, così come quella psichiatrica, resta tutt'oggi la visione su cui poggia il sistema scolastico italiano ed è ancora di particolare rilievo nel panorama europeo contemporaneo.

E così anche la legge 658/1975 "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", pur vietando la detenzione di stupefacenti, prevedeva la non punibilità se la sostanza era destinata all'uso personale, introducendo quindi la distinzione tra consumatore e spacciatore. Ciò avviò la storia dei servizi clinici e riabilitativi per le tossicodipendenze, preso atto del totale fallimento dei precedenti tentativi di affrontare l'epidemia dilagante di eroinodipendenza con ricoveri obbligatori presso i manicomi. La storia ultra quarantennale dei servizi per le dipendenze in Italia presenta caratteristiche di assoluto rilievo internazionale: il sistema capillare dei SerT integrati nel Servizio Sanitario Nazionale è una rarità in Europa, il sistema delle Comunità terapeutiche degli Enti Ausiliari è il più diffuso ed esteso del mondo, l'integrazione tra approcci medico-sociali del servizio pubblico e psicologico educativo del privato è un miraggio nella maggior parte dei paesi sviluppati. A ciò va aggiunto in particolare nella Regione Emilia-Romagna una particolare vivacità culturale, con progettazioni di significato sociale, imprenditoriale, culturale ed artistico che hanno arricchito l'intero ambito sanitario ed ispirato analoghe impostazioni in altri settori. La vita dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Emilia-Romagna si è dipanata dal 1978 ad oggi a partire da tali rivoluzioni e, per quanto importanti trasformazioni siano avvenute nel tempo, le pratiche in corso molto ancora devono a queste impostazioni all'epoca rivoluzionarie e, potremmo dire, di grande valore strategico oggi.

2. La deistituzionalizzazione e la realizzazione dei servizi di salute mentale in Italia ed in Emilia-Romagna.

Il sistema dei servizi di salute mentale italiano ha caratteristiche di assoluta particolarità nel panorama internazionale. È l'unico senza ospedali psichiatrici, è tra i pochi completamente finanziato con la tassazione generale all'interno di un Sistema Sanitario Nazionale, ha la legislazione più liberale in termini di limitazione della libertà individuale tramite ASO e TSO, ha tassi di posti letto ospedalieri tra i più bassi d'Europa. Recentemente ha anche chiuso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari riportando la cura e l'assistenza del malato di mente reo all'interno delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale. Contrariamente a molti altri aspetti della vita politica italiana, l'orientamento strettamente comunitario dei servizi di salute mentale non è mai stato smentito in quarant'anni, nonostante i numerosi cambi di governo e di orientamento politico.

Il sistema ha avuto una grande variabilità regionale sin dall'inizio del suo sviluppo, ma molto di più a partire dal 2000 quando con la riforma del Titolo V della Costituzione, l'organizzazione sanitaria è divenuta pertinenza prevalentemente regionale. Un altro aspetto della unicità del sistema italiano è quindi la variabilità delle realizzazioni da regione a regione che in un altro lavoro (Fioritti & Amaddeo, 2014) ho cercato di ricondurre a tre assi principali: 1) disponibilità di risorse (una variazione fondamentale nord-sud), 2) sistemi radicalmente territoriali vs. sistemi bilanciati con dotazioni ospedaliere presso gli ospedali generali (con Friuli Venezia Giulia e Lombardia ai due lati dello spettro) e 3) sistemi generalisti vs. sistemi che prevedono forme di specializzazione al proprio interno (con Campania ed Emilia-Romagna ai due lati dello spettro).

Il recente rapporto nazionale sui servizi di salute mentale del Ministero della Salute ha riscontrato che solo due regioni (PA Bolzano ed Emilia-Romagna) rispettano l'impegno di spendere per i servizi di salute mentale almeno il 5% del budget regionale, mentre alcune regioni investono in questo settore meno del 3%, quota che rende difficile mantenere in esercizio anche minimo set di servizi necessari: centri di salute mentale, centri diurni, SPDC e strutture residenziali (Lora et al., 2014).

La dotazione di strutture ospedaliere pubbliche e private presso ospedali generali e case di cura accreditate riflette scelte politiche regionali e sviluppi storici. In Lombardia sino a poco tempo fa i Dipartimenti di Salute Mentale erano incardinati presso le Aziende Ospedaliere (di fatto le uniche aziende di produzione) e gli SPDC erano più o meno concepiti come il centro dell'attività, in analogia con le teorizzazioni della psichiatria di settore di francese memoria. Anche in Emilia-Romagna il numero dei posti letto ospedalieri è sta-

to relativamente elevato per molti anni, ma per una ragione differente. Al momento della riforma esistevano in regione otto Case di cura private con oltre 700 posti letto, in massima parte nate negli anni '20 come alternativa ai manicomi e fondamentalmente riconosciute dalla popolazione come riferimenti accettabili. La scelta politica fatta nell'immediato dopo-riforma fu quella di integrarle progressivamente nella assistenza dei servizi pubblici. Tale integrazione è stata raggiunta completamente solo con un accordo siglato nel 2009. Dei 700 letti ospedalieri originari oggi restano circa 70 letti integrati nel circuito della emergenza-urgenza a coordinamento pubblico e circa 290 sono divenuti letti residenziali, in buona parte utilizzati per soddisfare esigenze di specializzazione del sistema (doppia diagnosi, alcoldipendenza, DCA, psicogeriatrica, gravi disturbi di personalità etc...).

Proprio rispetto alla specializzazione vi è tuttora un forte dibattito tra chi difende l'originaria impostazione comunitaria generalista dei servizi di salute mentale e chi cerca di differenziare le risposte sulla base di bisogni scaturenti da dinamiche sociali ed economiche assai mutevoli. L'idea del Servizio "forte" alla triestina sottende una valorizzazione della presa incarico della persona come tale, indipendentemente dalla sua diagnosi o dalla costellazione di problemi che può presentare e conferma la prevalenza dell'elemento etico su quello tecnico. In Emilia-Romagna l'elemento tecnico ha avuto un peso in tutti i quarant'anni del dopo riforma, anche a partire dalla influenza di Giovanni Jervis, che lasciò Gorizia per trasferirsi a Reggio Emilia in dissonanza con Basaglia proprio su due aspetti fondamentali: la necessità di costruire servizi territoriali e non solo di abbattere il manicomio e la necessità di recuperare un ragionamento intorno agli aspetti tecnico-scientifici della professione. In Emilia-Romagna la specializzazione è stata promossa soprattutto in termini di programmi e percorsi. Non si è ricercata la creazione di centri autosufficienti per diagnosi e presa in carico, ma si è investito in formazione professionale creando dei focus di competenza, utilizzabili da tutti gli snodi della rete dei servizi. Per questo oggi in Emilia-Romagna abbiamo il Programma Regionale Integrato Autismo, il Programma Regionale DCA, il Programma Regionale Esordi, e nelle Aziende abbiamo Percorsi Diagnostico-Terapeutici sul Gioco d'azzardo patologico e Programmi per la integrazione degli interventi sulle disabilità intellettive e neuromotorie, solo per fare alcuni esempi.

In Emilia-Romagna lo sviluppo del sistema di salute mentale ha fondamentalmente attraversato due fasi che per comodità potremmo chiamare di deistituzionalizzazione e di creazione dei servizi di psichiatria di comunità.

3. Deistituzionalizzazione e sviluppo dei servizi comunitari in Emilia-Romagna

Il processo di chiusura dei manicomi in Emilia-Romagna è stato graduale e accompagnato da un contestuale trasferimento delle risorse ai servizi territoriali (Fioritti & Lo Russo, 1995).

Nel 1978 in Emilia-Romagna erano attivi 10 manicomi che ospitavano 5.200 pazienti. Grazie alle sperimentazioni pre-riforma erano attivi 42 centri di igiene mentale che però potevano contare su solo 400 operatori e che operavano di fatto come dispensari. Già nel 1981 i pazienti in manicomio erano circa 2.500 e gli operatori sul territorio 800. Nel 1994, alle soglie del completamento della chiusura dei manicomi questi ospitavano ancora 599 persone e 3.000 professionisti lavoravano all'esterno (Fioritti et al., 1997). Quando l'ultimo paziente lasciò nel 1997 l'Ospedale Psichiatrico 4.000 professionisti del servizio pubblico lavoravano nei servizi di salute mentale della Regione Emilia-Romagna. Il processo di superamento dei manicomi in Emilia-Romagna è stato meno attivo che in altre regioni e si è realizzato dal 1990 in poi soprattutto per graduale esaurimento della popolazione residuale. Ciò per altro ha consentito di costruire gradualmente e progressivamente i servizi esterni senza dispersione di risorse.

L'aver preservato le risorse umane e finanziarie allocate al manicomio ed averle trasferite alla assistenza territoriale è un grande risultato, tutt'altro che scontato. Molte regioni hanno assegnato ai servizi territoriali risorse di gran lunga inferiori e la maggior parte dei programmi di deistituzionalizzazione all'estero si sono fermati alla sola fase di riduzione delle dimensioni dei manicomi senza avviare assistenze significative sul territorio.

Questo è senz'altro riferibile alla attenzione che le comunità dell'Emilia-Romagna hanno riservato al tema, alla sensibilità dei vari assessori che si sono succeduti ed anche al forte coordinamento regionale sulle attività di salute mentale, che si è concretizzato sin dalle origini nella creazione di un apposito ufficio, poi servizio, nel quale si sono avvicendati professionisti prestatati dalla assistenza: Aldrigo Grassi, Giovanni De Plato, Giovanni Neri e l'autore di questo articolo, che ha passato nel 2010 il testimone a Mila Ferri. Questo forte coordinamento regionale è sicuramente uno degli elementi che ha consentito al sistema di produrre una relativa omogeneità al suo interno, di rappresentarsi come una comunità professionale unitaria e di raggiungere risultati di programmazione importanti. Probabilmente anche per questo la Commissione Europea considera la regione Emilia-Romagna come un esempio virtuoso di programmazione e realizzazione di una politica di salute mentale comunitaria (Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2015).

La seconda fase di costruzione dei servizi di salute mentale

dal 1997 ad oggi si caratterizza per alcuni elementi di originalità nel contesto nazionale ed internazionale.

Tra questi vanno sicuramente sottolineati la creazione di dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche, comprensivi della disciplina della neuropsichiatria infantile; l'integrazione della università nei dipartimenti territoriali; il ruolo progressivamente crescente della partecipazione delle associazioni di utenti e familiari alle scelte ed alle realizzazioni sul campo; la ricerca di forme sempre migliori di integrazione con i servizi sociali e socio-sanitari; il sostegno alla ricerca ed alla innovazione nei servizi.

Il punto di sintesi di questa seconda fase dello sviluppo dei servizi di salute mentale in Emilia-Romagna può essere considerato il Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011 (DGR 313/2009) concepito come documento di policy e pianificazione integrato nel 1° Piano Sociale e Sanitario 2008-2010. Il piano Attuativo giunse al termine di oltre due anni di intense consultazioni e momenti assembleari che chiamarono a raccolta tutte le componenti del mondo professionale, del mondo associativo, del mondo politico locale e regionale, dei sindacati e del terzo settore.

Il Piano Attuativo introduceva importanti novità nelle politiche di salute mentale in Emilia-Romagna:

1. Inseriva il sistema della cura in salute mentale all'interno del sistema di comunità, chiamando a responsabilizzare tutte le componenti sociali e politiche alla realizzazione della tutela della salute mentale, anche in ambiti come la scuola, i luoghi di lavoro, i servizi sociali ed educativi; un approccio che oggi si direbbe di "mental health in all policies", fortemente raccomandato a livello di Unione Europea (<http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/mental-health-in-all-policies>).
2. Chiamava a collaborare tutti gli attori portatori di interessi e opportunità ai processi di generazione della salute mentale: amministrazioni regionali e locali, aziende sanitarie, scuole, autorità giudiziaria, utenti e familiari in forma singola o associata, terzo settore, Università, società scientifiche, organizzazioni sindacali, esplicitando ruoli ed attese per ciascuna di queste componenti. Venivano creati contesti consultivi e partecipativi regionali (Consulta regionale per la salute mentale) e locali (Comitati Utenti Familiari ed Operatori) con il contributo di ciascuna componente.
3. Per il sistema di Comunità veniva definito il ruolo di coordinamento dell'Ente Locale, ma venivano indicate linee di indirizzo che avrebbero sviluppato la parte socio-sanitaria del sistema di cura e garantito condizioni di parità di accesso alle opportunità sociali da parte delle persone in cura.
4. Per il sistema di cura veniva sancita la scelta di avere i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

come perno del sistema, con le sue componenti di Psichiatria Adulti, Neuropsichiatria Infantile e SerT.

5. Il sistema di cura vedeva finalmente la piena integrazione pubblico-privato sia con l'accordo con le Case di Cura Private, che mantenevano solo una piccola porzione dei propri letti con codifica ospedaliera (pienamente integrati nel circuito della urgenza-emergenza) e riconvertivano la maggior parte dei letti in strutture residenziali per scopi specialistici (DGR 1564/07). Un altro aspetto di questa integrazione furono gli accordi siglati nello stesso periodo con gli Enti Ausiliari delle Dipendenze Patologiche (DGR 1005/07 e DGR 246/10) che segnarono la fine di oltre un ventennio di conflitti sul campo tra l'approccio biomedico e sociale dei SerT e l'approccio pedagogico-educativo delle comunità, portando alla costruzione di un sistema unitario in grado di affrontare le problematiche del cittadino tossicodipendente sotto tutti i profili.
6. Venivano riviste le funzioni e le attribuzioni dei centri di salute mentale, del sistema della emergenza urgenza, del settore residenziale, avviando in ciascuno di questi settori iniziative ed attività che avrebbero perseguito una ulteriore deistituzionalizzazione ed un radicamento sul territorio e nella prossimità dell'intervento e della cura (ad esempio: la metodologia del budget di salute, l'abitare supportato, *L'Individual Placement and Support*).
7. Veniva rilanciata la rete dei servizi di Neuropsichiatria Infantile, definita come "la rete delle reti", in virtù della vasta gamma di condizioni di cui si occupa (disabilità intellettiva e neuromotoria, disturbi dell'apprendimento, psicopatologia della infanzia e dell'adolescenza, malattie neurologiche etc...) ognuna delle quali richiede una rete a sé, con dimensioni locali, aziendali e regionali. Grazie al Piano Attuativo sono stati potenziati o creati ex novo punti di riferimento di II e III livello, come il Centro Regionale per i Disturbi Linguistici e Cognitivi di Bologna, il reparto di Psichiatria dell'adolescenza di Rimini, gli hub del Programma Regionale Integrato Autismo di Reggio Emilia, Bologna e Rimini, e molte altre esperienze ancora.
8. Veniva riconosciuto il ruolo fondamentale delle Università nella formazione e nella ricerca, nella produzione di evidenze a partire dai servizi del mondo reale.
9. Veniva ribadito e sostenuto l'impegno dei DSM-DP a farsi carico della cura e della riabilitazione dei pazienti autori di reato, cosa che avrebbe portato alla riduzione degli internati negli OPG e, una volta mutato l'assetto legislativo, ad aprire le prime REMS in Italia nel 2015. Questo impegno è stato interpretato con grande responsabilità sia nell'approntamento delle soluzioni logistico-organizzative, sia nella formazione di tutto il personale dei DSM-DP, favorendo una conoscenza capillare dei rapporti tra servizi e giustizia a tutti i livelli: SerT, NPIA, Psichiatria

adulti. È importante anche ricordare il grande investimento formativo fatto su tutto il personale medico e delle professioni assistenziali operante presso strutture penitenziarie o presso le REMS, attraverso il Master biennale di psichiatria penitenziaria, che ha di fatto creato una comunità professionale di un centinaio di operatori che sono in grado di affrontare, dialogando con le istituzioni preposte, le situazioni più complesse di intreccio tra problemi di salute e di sicurezza sociale.

10. Veniva aperta la strada alla specializzazione per programmi e percorsi, per un numero limitato e ragionato di problematiche specifiche, cosa che avrebbe portato ai Programmi Regionali sull'Autismo ed i DCA, ed ai vari percorsi e programmi a livello aziendale.
11. Venivano infine assegnati obiettivi specifici a tutti gli attori del piano con scadenze e verifiche, cosa che risultava una assoluta novità rispetto ad ogni altra programmazione precedente.

Il Piano attuativo ha costituito un punto di riferimento stabile e costante nella vita delle istituzioni emiliano-romagnole degli anni successivi (Fioritti, 2009/a) e può dirsi per la maggior parte realizzato. Ciò è vero sicuramente per la parte tecnico-professionale in termini di innovazione, formazione, specializzazione, ma anche in termini di partecipazione e crescita del movimento associativo e del volontariato. La riforma degli OPG è stata portata a termine in modo esaustivo prima che nel resto d'Italia, ed i percorsi tra pubblico e privato hanno avuto livelli di integrazione molto buoni.

Il Piano si è però declinato in un decennio di trasformazioni sociali ed economiche talmente veloci e radicali da sollecitare tutte le istituzioni pubbliche a cercare nuove soluzioni, non sempre facili. Dal 2008 ad oggi abbiamo assistito alla più grave crisi economica dal dopoguerra, a fenomeni migratori di portata epocale, a modificazioni della struttura socio-demografica che hanno comportato un aumento dei fattori di rischio per diverse popolazioni, soprattutto i giovani (Fioritti 2008; Fioritti 2009/b). Alcune parti del Piano Attuativo, segnatamente quelle che riguardavano il sistema di comunità e l'integrazione socio-sanitaria, hanno incontrato serie difficoltà nella loro realizzazione. Più in generale l'espansione dei bisogni di salute mentale a fronte della riduzione delle risorse ha messo e sta mettendo a dura prova la tenuta dei servizi (Starace, 2016).

Per questo motivo l'Amministrazione Regionale ha inteso ripensare radicalmente la propria pianificazione sociale e sanitaria, avviando i lavori per il Piano Sociale e Sanitario giunto alla sua approvazione nel luglio 2017 (DGR 1423/17). Esso verrà descritto in dettaglio in altro lavoro di questo numero della rivista (Ferri, 2018). Il PSSR non prevede una sezione specifica sulla salute mentale o le dipendenze patologiche, ma recepisce alcune innovazioni provenienti dal

campo (come il Budget di Salute) per una loro estensione all'insieme dei servizi sociali e sanitari regionali.

Conclusioni

Quarant'anni fa in Italia si realizzò una riforma di portata storica per la psichiatria italiana, ma con forte impatto su tutta la disciplina a livello internazionale. Lo sviluppo successivo dei servizi di salute mentale italiani ha seguito filoni comuni e strade diverse tra le varie realtà regionali finendo con il creare sistemi di salute mentale di comunità molto diversi tra loro. L'Emilia-Romagna ha avuto un ruolo nelle sperimentazioni pre-riforma, soprattutto con le esperienze di Parma e Reggio Emilia, e per tutto il quarantennio successivo si è distinta per l'attenzione alla programmazione, la valorizzazione delle risorse umane e finanziarie, lo sforzo di integrazione tra pubblico e privato, lo sviluppo di meccanismi partecipativi innovativi, l'orientamento a livelli di specializzazione sostenibili, l'investimento in formazione, ricerca sui servizi e inclusione di pratiche basate sulle evidenze. La società attuale è profondamente diversa da quella del 1978 e soprattutto gli ultimi dieci anni hanno visto cambiamenti sociali ed economici di tale portata da mettere in crisi più di un sistema. Altri cambiamenti sono alle viste e richiederanno molta capacità di adattamento e di innovazione per allineare il sistema sui bisogni reali. Solo chi non innova rischia di perdere il proprio passato, e per la considerazione che abbiamo per il nostro passato, non possiamo permettere che ciò accada.

Bibliografia

- Babini V.P. (2014) *Looking Back: Italian Psychiatry from Its Origins to Law 180 of 1978*. Journal of Nervous & Mental Disease. 202, 428-431.
- Basaglia F. (a cura di) (1968), *L'istituzione negata*. Einaudi, Torino.
- Binswanger L. (1992), *La psichiatria come scienza dell'uomo*, Ponte alle Grazie, Firenze 1992
- Burns T. (2013), *Our Necessary Shadow*. Allen Lane, London.
- Ferri M. (2018), *Quaranta anni di comunità nella salute mentale*, Sestante n.5/aprile.
- Fioritti A., Lo Russo L. (1995), *Il Dire e il Fare. Governo Regionale ed Evoluzione dei Servizi psichiatrici in Emilia-Romagna*. Bologna: Regione Emilia-Romagna.
- Fioritti A., Lo Russo L., Melega V. (1997), *The Reform, Said or Done? The Case of Emilia-Romagna within the Italian Psychiatric Context*. The American Journal of Psychiatry, 154:1, 94-98
- Fioritti A. (2008), *Trent'anni di 180. Le politiche di salute mentale tra passato e futuro*. Autonomie locali e servizio sociale, 3, 417-428.
- Fioritti A. (2009/a) *Development of Community mental Health Services, the Case of Emilia-Romagna*, Psylogos, 6/7, 67-76.
- Fioritti A. (2009/b), *Riportare i servizi di salute mentale a contatto con le sfide dell'oggi*, Animazione sociale, 12, 50-55
- Fioritti A., Amaddeo F. (2014), *Community Mental Health in Italy Today*. Journal of Nervous & Mental Disease. 202, 425-427.
- Fioritti A. (2018) *Is Freedom (still) Therapy? The fortieth Anniversary of the Italian Mental Health Care Reform. Epidemiology and the Psychiatric Sciences*, <https://doi.org/10.1017/S2045796017000671>
- Foot J. (2014), *The Man Who Closed the Asylums*. Verso Books, London.
- Joint Action on Mental Health and Wellbeing (2015), *Towards Community based and socially inclusive mental health care. Situation analysis and recommendation for action*.
- Lora A., Starace F., Di Munzio W., Fioritti A. (2014), *Italian Community Psychiatry in Practice: Description and Comparison of Three Regional Systems*. Journal of Nervous & Mental Disease. 202, 446-450.
- Starace F. (2016), *The Mental Health paradox, between increased demand and cutback of resources*. Journal of Psychopathology. 22, 219-220.

Quarant'anni di comunità nella salute mentale

Mila Ferri

ABSTRACT

A quarant'anni dall'emanazione, i principi alla base della legge 180 restano validi. Il presente articolo identifica quelle che possono essere considerate sfide ancora aperte, mettendo al centro dell'attenzione l'approccio comunitario, la costruzione del consenso e la autoaffermazione della persona, come declinati nel Piano sociale e sanitario recentemente approvato dalla Regione Emilia-Romagna. Vengono inoltre delineate alcune piste per una rinnovata organizzazione dei servizi di salute mentale.

9

1. La legge 180 ha quarant'anni!

Ricordare questo anniversario significa ritornare con la memoria ad un momento storico particolarmente fecondo: nel 1978 infatti, oltre alla 180, fu emanata la legge 833 che istituendo il Servizio sanitario nazionale, sancisce l'universalità del diritto ad accedere alle cure, in un sistema solidaristico alimentato dalla fiscalità generale.

Nello stesso anno fu approvata la legge 194 sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza. Appena un anno prima la legge 517 del 1977 promuoveva l'inclusione scolastica degli alunni disabili, abolendo le classi differenziali e proponendo un modello inclusivo assolutamente originale. Nel 1975 la legge 685 sulla tossicodipendenza introdusse una importante distinzione tra spacciatore e consumatore, impostando il sistema di trattamento sociosanitario delle dipendenze; questa impostazione è fondamentalmente sopravvissuta a diversi successivi interventi normativi più repressivi.

Una straordinaria stagione riformatrice, quindi, avvenuta nel periodo teoricamente meno favorevole: si era nel pieno degli anni di piombo, culminati, nel maggio 1978, nel rapimento e nell'assassinio di Aldo Moro. In una fase storica di estrema difficoltà delle istituzioni, furono emanate norme profondamente innovative, che, rendendo esigibili i diritti, hanno grandemente influenzato la cultura del Paese nella direzione dell'inclusione sociale.

Rif.
Mila Ferri, Medico, dirigente Area Salute mentale e dipendenze patologiche, Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna
Tel. 051 5277320
mila.ferri@regione.emilia-romagna.it

Quest'anno si celebrano anche i 70 anni della Costituzione italiana, che in un breve articolo, il 32, introduce i principi che poi verranno attuati attraverso la legge 833 e la 180. La salute, in quanto indispensabile presupposto per il godimento di tutti gli altri diritti costituzionali, costituisce un diritto fondamentale: tutti hanno diritto ad essere curati. Viene escluso qualsiasi obbligo a curarsi, se non nei casi previsti dalla legge, e in ogni caso senza violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

2. Le sfide ancora aperte

I manicomi non esistono più (e dal 2015 non esistono più nemmeno gli Ospedali psichiatrici giudiziari). Come per tutte le patologie, gli interventi sanitari per alle persone con disturbi mentali, anche nel caso abbiano commesso reati, vengono garantiti dal servizio sanitario nazionale nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'assetto organizzativo oggi previsto in Italia, quindi, è sulla carta il più idoneo a garantire il *diritto alla cura* delle persone con patologie psichiatriche.

A mio parere, tuttavia, molto si può ancora fare per garantire il *diritto alla salute*. Dobbiamo interrogarci sull'efficacia di un sistema ancora largamente basato sull'erogazione di prestazioni sanitarie. I determinanti di salute, e anche di salute mentale sono correlati ai servizi sanitari per una quota minoritaria, e un buon esito di trattamento dei disturbi mentali è attribuibile solo in parte ad un efficace trattamento sanitario, pure indispensabile.

Per rendere esigibile il diritto di una persona con disturbi mentali ad una vita dignitosa, la migliore tecnica riabilitativa da sola non basta.

Credo dobbiamo lavorare ancora molto per dare attuazione a quello che il Piano attuativo salute mentale della nostra Regione definisce il "sistema di comunità". La presenza di servizi sanitari efficaci e competenti, se non coniugata alla chiara declinazione dei diritti di cittadinanza, rischia paradossalmente di ricreare deleghe e barriere. La salute mentale non è (solo) un affare dei servizi psichiatrici.

Da un lato, quindi, il tema della promozione della salute mentale e dei diritti delle persone con disturbi mentali va riportata con forza all'interno dell'agenda delle politiche sociali e di comunità; dall'altro, i servizi di salute mentale devono rinunciare a sentirsi gli esclusivi titolari e portatori di competenze.

Un altro tema sfidante è quello del consenso ai trattamenti. In sanità stiamo assistendo ad un cambiamento di paradigma; il modello paternalistico, dove il medico è detentore delle informazioni e decide in autonomia, confrontandosi tutt'al più con i familiari, quanto e quando condividere con il paziente, è messo in crisi da una giusta richiesta di prota-

gonismo della persona nel proprio percorso di cura.

Questo cambiamento di paradigma riguarda anche i servizi di salute mentale. Qui a mio parere assistiamo ad un paradosso. Da un lato la condivisione, la coprogettazione di un percorso di cura, la ricerca attiva del consenso dovrebbero essere facilitate rispetto ad altri settori della sanità: in fondo, uno degli strumenti principali del trattamento psichiatrico è la relazione terapeutica. Dall'altro lato, i servizi psichiatrici sono gli unici per i quali è esplicitamente previsto il trattamento senza consenso.

È indispensabile dedicare pensiero, tempo e risorse alla costruzione di percorsi di ascolto veri, senza preconcetti, che tengano conto delle vocazioni e dei desideri delle persone assistite, senza tuttavia lasciare nessuno solo davanti alle scelte relative al trattamento.

L'ultima riflessione che pongo è di tipo organizzativo. I Dipartimenti di salute mentale, come previsti dal Progetto obiettivo salute mentale nazionale del 1999, hanno visto nella nostra Regione modificazioni importanti negli anni, avvenute tuttavia principalmente attraverso l'affiliazione di unità operative affini (Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Dipendenze patologiche, Psicologia clinica). Oggi le competenze specialistiche delle diverse UO sono sempre più spesso chiamate a concorrere per percorsi comuni. Il consumo di sostanze concorre largamente alla definizione del profilo psicopatologico di adolescenti ed adulti, e le UO di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza intercettano problematiche di disagio e di disturbi del comportamento sempre meno attribuibili all'area della disabilità. Forse è giunto il momento di ripensare il modello a canne d'organo e di ragionare su assetti organizzativi nuovi.

3. Gli strumenti: il nuovo Piano sociale e sanitario

Il Piano sociale e sanitario 2017 – 2019 sancisce alcuni principi. Per dare risposte efficienti ai nuovi fenomeni sociali e, di conseguenza, ai mutati bisogni sociali e sanitari, il sistema di welfare regionale deve rendersi ancora più dinamico, orientandosi verso percorsi assistenziali e reti cliniche e sociosanitarie - piuttosto che modelli organizzativi - semplificando procedure amministrative e avvalendosi delle risorse disponibili, tra cui le nuove tecnologie. Un welfare comunitario, dunque, dinamico e delle responsabilità, che presuppone un cambiamento di visione sia da parte dei cittadini sia da parte di chi programma, gestisce e opera nei servizi. Questo principio viene declinato attraverso tre obiettivi strategici.

1. Lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà. Da raggiungere e realizzare attraverso tre strumenti: la legge regionale sull'inclusione socio-lavorativa (14/2015), la legge regionale sul Res, il Reddito di solidarietà

(24/2016) e l'attuazione del Sostegno per l'inclusione attiva (Sia) introdotto dal governo. Saranno questi i tre "pilastri" di un nuovo modo di concepire i servizi, far operare il personale e costruire relazioni con gli utenti.

2. Distretto quale snodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria.
3. Far nascere e sviluppare strumenti nuovi di prossimità e di integrazione dei servizi sanitari e sociali. Un esempio concreto, già presente sul territorio, sono le Case della Salute, modello fondamentale dell'integrazione sociale e sanitaria.

Il Piano individua inoltre cinque aree di intervento trasversali alle politiche regionali: politiche per la prossimità e la domiciliarità, per la riduzione delle disuguaglianze e la promozione della salute, per promuovere l'autonomia delle persone, per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini, per la qualificazione e l'efficientamento dei servizi. Mi pare che a partire da queste direttrici, con le quali peraltro sono coerenti le linee di programmazione regionali degli ultimi anni, si possa riflettere su possibili risposte alle nuove sfide.

4. Il sistema di comunità e la prossimità

Le norme regionali sulla lotta all'esclusione sociale sono progettate esplicitamente per facilitare l'accesso alle misure anche alle persone con disturbi mentali. La legge 14/2015 sull'avvicinamento al lavoro delle persone fragili e vulnerabili vede il pieno coinvolgimento dei servizi di salute mentale. Interessante è la logica pattizia con la quale vengono definiti i programmi: non si tratta di un progetto sulla persona, ma costruito con la persona. Pur con tutti i limiti che derivano da una normativa complessa e in alcuni aspetti complicata, credo che la faticosa strada della condivisione tra i diversi mondi (lavoro, sociale e sanità) sia l'unica che possa garantire una reale inclusione sociale per le persone che assistiamo.

In diversi punti del Piano sociale e sanitario è richiamato il valore del programma personalizzato, che viene costruito con la piena partecipazione della persona e della famiglia. Il concetto di personalizzazione non deve essere visto come antitetico alle pratiche basate sulle evidenze e alla valutazione di esito; le migliori pratiche disponibili sulla base della letteratura scientifica possono e devono essere attuate con attenzione alla personalizzazione.

Altro punto costantemente richiamato nel Piano è il supporto alla domiciliarità e agli interventi di prossimità. Nel caso della salute mentale, questo obiettivo mi pare particolarmente sfidante e richiede da parte nostra una importante revisione delle pratiche. In sostanza, l'obiettivo che ci diamo, anche per i casi più complessi, è quello di valutare

sempre come prima opzione la permanenza della persona nel proprio contesto di vita, riservando gli interventi residenziali a casi selezionati. La misura più importante in questa direzione è rappresentata dalla metodologia del budget di salute, composto da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità, mediante l'attivazione di percorsi evolutivi.

Caratteristica peculiare del Budget di salute è la progettualità condivisa tra servizi sanitari e sociali, il terzo settore, le associazioni, la persona beneficiaria dell'intervento, la sua famiglia e la rete informale sul territorio. Si intende restituire alla persona fragile un potere contrattuale per renderla partecipe della produzione dei servizi di cui ha bisogno.

Altri strumenti che si stanno consolidando in questa logica sono i percorsi di supporto all'impiego IPS (Individual Placement Support) e la metodologia dell'*Open dialogue*.

Il Piano sociale e sanitario cita le Case della salute come modello di prossimità e di integrazione sociale e sanitaria. Le Case della salute sono per tutti, anche per i nostri pazienti! All'interno di questo contenitore, che sta assumendo crescente importanza nei nostri territori, possono – e devono – essere previste attività di prevenzione ed empowerment, di educazione sanitaria, trattamenti gruppalì, automutuoaiuto, accoglienza, counselling, consulenza al MMG con il consolidamento del Programma Leggeri, interventi di rete gestione infermieristica proattiva del paziente multiproblematico e portatore di patologie internistiche.

5. Il consenso e la valorizzazione delle competenze della persona

La voce delle persone assistite deve essere ascoltata. Quando incontriamo una persona con disturbo mentale dobbiamo vedere prima di tutto le risorse di cui è portatore. Negli ultimi anni questa sensibilità sta crescendo: le esperienze dei gruppi di automutuoaiuto e dei facilitatori sociali stanno crescendo dovunque. Promuovere e supportare l'attività dei gruppi di automutuoaiuto significa mettere a disposizione dei cittadini uno strumento potente di autoaffermazione, di lotta allo stigma e all'isolamento, di *empowerment* di comunità.

In Regione sono presenti numerose esperienze di valorizzazione del sapere esperienziale del quale le persone con disturbo mentale sono portatrici. Il riconoscimento di questo sapere modifica la percezione sociale della malattia mentale e riduce lo stigma, ma introduce anche elementi innovativi nei servizi di cura, favorendo il passaggio da un modello di approccio paternalistico a una vera condivisione del percorso di cura.

Questo mutamento di paradigma è presupposto per azioni che riducano il ricorso a trattamenti coercitivi: nella nostra Regione il tema delle contenzioni meccaniche negli SPDC è stato affrontato energicamente, con una importante riduzione degli episodi. Ora è realistico darci l'obiettivo "contenzioni zero". Anche il ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori è stato affrontato partendo dalla loro effettuazione in sicurezza, per poi affrontare il nocciolo ormai ineludibile di una riduzione.

Più semplicemente e nella quotidianità del lavoro, l'ascolto vero e non affettato deve informare ogni atto dei professionisti. Le Associazioni di utenti ci chiedono con molta chiarezza di poter incontrare professionisti disponibili ad ascoltare, motivare, supportare.

6. E l'organizzazione dei servizi?

Negli anni recenti abbiamo lavorato molto sulla definizione di programmi e percorsi di cura, definendo raccomandazioni regionali su diversi target:

- esordi psicotici;
- gravi disturbi della personalità;
- disturbi del comportamento alimentare;
- psicopatologia dell'adolescenza;
- promozione della salute e sani stili di vita;
- empowerment e automutuoaiuto;
- inclusione sociale e budget di salute;
- appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci;
- pazienti autori di reato;
- gestione del rischio;
- trattamenti senza consenso;
- autismo e disabilità intellettive;
- programma dipendenze patologiche;
- programma gioco d'azzardo.

Questi programmi hanno grandemente influenzato l'approccio dei servizi di salute mentale, e non solo. La pratica di questi percorsi ci dimostra come l'organizzazione per Unità organizzative dipartimentali classiche (Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, psichiatria adulti, dipendenze patologiche) abbia sempre meno senso, senza con questo sminuire la necessità di competenze specifiche per diversi settori. Credo che nei prossimi anni sarà necessario ripensare questa organizzazione per renderla più adeguata ai bisogni assistenziali. La progettazione regionale della futura cartella clinica territoriale unitaria per il Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche rappresenta una importante occasione di riflessione in questa direzione.

7. Per concludere

La legge 180 ha quarant'anni...ma li porta bene! Questa norma, letta assieme alla legge 517/77 sull'integrazione scola-

stica delle persone disabili e alla più recente legge 81/2014 che chiude gli Ospedali psichiatrici giudiziari, costituisce un unicum a livello mondiale, e si basa su principi a mio parere ancora attuali, la cui declinazione in diritti esigibili può e deve trovare ulteriore implementazione.

Dipendenze e salute mentale

La doppia diagnosi: dai protocolli all'integrazione funzionale del DSM-DP

Pietro Pellegrini, Michele Sanza

ABSTRACT

La 180 del 1978 fa parte di un insieme di leggi che hanno portato ad un welfare pubblico e universalistico e al contempo alla emancipazione, all'affermazione dei diritti individuali e sociali. I cambiamenti dei contesti sociali e del sistema di cura richiedono un'innovazione degli approcci anche per quanto attiene le persone con uso o dipendenza da sostanze. I percorsi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) devono vedere al centro la persona nella comunità sociale e vanno articolati nelle Case della Salute, secondo l'approccio della Stepped care. Un nuovo processo riformatore del DSM-DP è necessario, a partire dalla creazione di legami funzionali tra le attuali Unità Operative, il superamento della logica dei protocolli di interazione, la creazione di équipe funzionali strutturate miste per gli adolescenti e i giovani, lo sviluppo del sistema di prossimità e del budget di salute. L'innovazione organizzativa può portare a nuove UO Salute mentale dipendenze patologiche e vedere le comunità terapeutiche come risorse del territorio in grado di offrire risposte flessibili anche attraverso l'utilizzo del budget di salute. Va dato spazio al protagonismo e alla partecipazione degli utenti interattivi. Il processo conoscitivo, di formazione del personale e di ricerca sui processi e sugli esiti risulta essenziale.

13

Rif.
Pietro Pellegrini
Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale
Dipendenze Patologiche Ausl di Parma
pellegrini@ausl.pr.it
Tel. 0521 396624
Cell. 335 6958847

Introduzione

La legge 180, emblematica di un periodo di grandi riforme, si fonda su una politica di promozione dei diritti che ha portato ad un sistema di welfare pubblico universalistico (la legge anticipa di pochi mesi e viene a far parte poi della legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale) e all'approvazione dello statuto dei lavoratori (1970), delle leggi sul divorzio, sulla tutela della gravidanza e dell'aborto (194/78), per l'abolizione delle scuole speciali e classi differenziali (517/1977), sull'ordinamento penitenziario (legge 354/1975) e sugli stati di tossicodipendenza (685/1975).

Un insieme di norme dove i diritti della persona e i diritti sociali sono coesenziali e si realizzano nella partecipazio-

ne e nelle forme previste dalla Costituzione. Tutto questo ha portato all'emancipazione femminile e a risposte più appropriate non solo per i malati psichici ma anche per bambini, disabili, pazienti con epilessia e demenze, e i soggetti con dipendenze da alcool e/o sostanze che prima finivano in manicomio favorendo così il suo superamento.

Infatti, ancor prima della 180, la legge 685/1975 prevedeva che la cura e la riabilitazione dei soggetti utilizzatori di sostanze, in primis l'eroina, venissero effettuate nei normali presidi sanitari con esclusione degli ospedali psichiatrici (art. 90) e venissero istituiti (art. 92) i Centri Medici e di Assistenza Sociale (CMAS) composti da medici, psicologi, assistenti sociali ed educatori. La cura è volontaria e per favorirla viene prevista la pronta accoglienza, la tutela dell'anonimato e la non punibilità per la detenzione di modiche quantità per uso personale (art.80).

14

1. I contesti

Dagli anni 60-70 ad oggi il contesto sociale è profondamente mutato ed è cambiato il patto sociale. Il passaggio da cittadini a consumatori e la crescente disponibilità di merci e sostanze legali, illegali, di nuova sintesi e commercializzazione non ha più finalità protestarie bensì adattative, ricreative o performanti fino a forme di autoterapia. E' in atto una rivoluzione digitale che ha reso meno netta la distinzione tra lavoro e tempo libero/riposo, privato e pubblico. Il virtuale è reale, l'essere è apparire, identità è (solo) corpo o mente/ideologia/identità dematerializzate. Lo stesso funzionamento mentale viene ad essere modificato insieme ai rapporti con il mondo. Quindi sostanze e nuove tecnologie stanno agendo su tutti noi ad una velocità molto elevata, con impatti diversi a seconda delle età e una transizione a volte inapparente fra normalità-opportunità e utilizzi patologici e/o devianti (si pensi ad internet). Sono cambiate le famiglie, la composizione sociale, le modalità di comunicazione e di lavoro in un processo di privatizzazione delle sofferenze, perdita di futuro, di abbandono delle diversità e di negazione della mortalità. Una cultura per l'inclusione sociale si confronta con marcate spinte volte all'esclusione.

2. Il sistema di welfare

Vi sono timori sulla sostenibilità futura del sistema di welfare pubblico che ha avuto un ruolo fondamentale per lo sviluppo culturale, economico e la perequazione sociale. La definizione di ambiti territoriali (distretto, aziende, aree vaste, regione) ottimali in sanità non può essere risolto una volta per tutte in quanto si va da interventi di prossimità a percorsi altamente specialistici dove anche la dimensione regionale può risultare insufficiente. Il rapporto tra sociale e sanitario deve andare oltre l'integrazione professionale (le UVM ecc.) va favorita quella di tipo istituzionale in grado

di dare unitarietà, riferimenti sicuri e fiducia ai cittadini. I modelli organizzativi dei DSM-DP per aree disciplinari sono sempre più messi in tensione dalla necessità di trasversalità e continuità dei Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) che spesso sono interdipartimentali e interaziendali. Un processo che indica la necessità di andare oltre l'ambito dell'unità operativa dove si esauriscono tutte le attività e le responsabilità, per creare connessioni e dove la massima espressione della competenza specialistica sta nella cooperazione con altri, professionisti e non.

La mission del DSM-DP si configura nella promozione, cura della salute mentale nell'intero arco di vita mediante una visione evolutiva della persona (il 75% dei disturbi mentali inizia prima dei 24 anni) sempre inclusa nella comunità. Il riferimento al modello biopsicosociale è essenziale anche in relazione ai determinanti sociali della salute. Dalle interazioni tra le aree disciplinari interne al DSM-DP fondate su trasversalità e confini permeabili si deve tendere a visioni unitarie e le alte competenze maturate nei diversi ambiti vanno viste come risorse slegate dalle singole sedi operative. Un processo che può portare ad un'innovazione dei servizi della salute mentale e dipendenze non più pensati "a parte" ma strutturalmente integrati nell'intero sistema di welfare. Il lavoro nella complessità e nelle contraddizioni vede il mandato di cura basato su consenso, motivazione, relazioni paritarie e responsabilizzanti confrontarsi con richieste di tipo coercitivo o di supporto al controllo sociale.

3. Stepped care

La stepped care è lo strumento per la gestione dei percorsi che si basa sulla centralità del paziente e livelli d'intensità di cura. La sua adozione nel DSM-DP significa vedere i percorsi sempre articolati ed in continuità, a partire dalla persona valorizzandone il punto di vista e le risorse per passare via via a livelli di maggiore intensità e complessità dove sempre sono coinvolti tutti gli operatori. Non più centri a parte che cercano di agganciare le cure primarie o i servizi ospedalieri e residenziali dall'esterno definendo interfacce e protocolli (spesso assai poco funzionanti). La costruzione di percorsi per le dipendenze nelle Case della Salute secondo la stepped care richiede un lavoro congiunto con i Dipartimenti cure primarie.

Le linee d'intervento per intensità di cura vedono sempre protagonista la persona nella comunità e vanno dal contesto di vita sino ai livelli specialistici più elevati. Si possono differenziare in relazione alla tipologia di problema/bisogno e devono essere organizzate all'interno della stepped care.

4. Centralità della persona

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) è

della persona: si cura e ci si prende cura della persona e non astrattamente del disturbo. La centralità della persona implica l'integrazione professionale, la condivisione delle risorse e l'individuazione di un Case manager. Il paziente viene responsabilizzato nell'ambito di un'alleanza contrattuale. Nella definizione dell'intensità di cura occorre considerare "Cure" (cura sanitaria) e "Care" (assistenza). La determinazione del livello di intensità di cure appropriato è in funzione della gravità, del livello di funzionamento e del contesto. La bassa intensità assistenziale può riguardare pazienti complessi stabilizzati ma che richiedono un aiuto, ad esempio per l'abitare. L'Alta intensità di cura è da prevedere anche nel territorio, per soggetti all'esordio o caratterizzati da elevata instabilità clinica che necessitano risposte polivalenti. Il processo per la determinazione del setting appropriato deve vedere al centro la persona e non la struttura.

5. Innovare la rete dei servizi

Le dipendenze, come altre malattie a forte impatto sociale, possono vedere un rilevante e strutturato contributo da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) e di tutto il personale delle Cure Primarie nelle Case della Salute. Questi hanno una profonda conoscenza dei contesti familiari e sociali dei propri assistiti e quindi possono svolgere un ruolo significativo nella prevenzione, diagnosi precoce e anche nel trattamento a lungo termine finanche a prendere in carico i pazienti ben stabilizzati (anche distribuendo i sostituti) di comune accordo con il SerD, superando la logica del servizio "esclusivo" per determinati trattamenti. Nelle Case della Salute è strategico definire i percorsi secondo la stepped care per le persone con tabagismo, disturbi alcool correlati, dipendenze comportamentali.

In questo processo quale ruolo possono giocare gli interventi a domicilio, l'apporto degli utenti esperti, delle associazioni nel motivare alla cura, nel mantenere le abilità e le relazioni, nell'accompagnare e includere fin da subito le cure primarie? Sono possibili sperimentazioni che prevedano presenze di medici dei SerD nelle cure primarie o di MMG nei SerD?

Il collegamento con le cure primarie e i servizi sociali permette di affrontare povertà e disabilità nelle attività quotidiane e sociali magari utilizzando Budget di salute e cohousing. Occorre spostare l'attenzione verso l'infanzia e l'adolescenza e vedere i percorsi di cura in senso evolutivo. L'azione preventiva include interventi precoci e la cura delle condizioni (disturbi della condotta ed altre) che spesso portano all'antisocialità, all'uso di sostanze e talora commettere reati con conseguenti provvedimenti giudiziari. La creazione di un punto unico di accesso come si è delineato per l'adolescenza (circolare regionale n. 1/2017) permette di

effettuare valutazioni multi professionali e multimodali e di adottare la soluzione appropriata ai bisogni del paziente. L'orientamento alla recovery può essere comune alle diverse aree, dipendenze e salute mentale, considerando anche che la linea rispetto al paziente con disturbi mentali (anche psicotici) e dipendenza si è modificata negli anni, passando dall'idea di stabilire una primarietà, ad un'impostazione che vede la necessità di trattare al meglio e contemporaneamente, in un unico setting, con una sola presa in cura tutte le condizioni patologiche esistenti. Secondo le linee guida del NICE¹ sono gli interventi con i migliori esiti.

In psichiatria una certa "rassegnazione" rispetto a condotte quali il tabagismo, l'uso di alcool ma anche agli stili di vita dei pazienti gravi, alla luce anche dei dati epidemiologici circa morbilità e mortalità, è stato sostituito da un approccio proattivo, motivazionale, riuscendo così ad ottenere risultati positivi e insperati.

6. "Doppia diagnosi": dai protocolli all'integrazione

L'epidemiologia dei disturbi mentali evidenzia una crescente rilevanza delle doppie/multiple diagnosi. I disturbi psicotici, quelli dello spettro bipolare e i disturbi di personalità gravi si accompagnano sempre di più, soprattutto nei soggetti giovani, a fenomeni di abuso e/o dipendenza da sostanze (legali e/o illegali) o a dipendenze comportamentali (Gioco d'Azzardo Patologico).

A fronte di questo vi è la necessità di dare letture di tipo unitario sia in relazione al singolo utente sia come servizi. Per superare la frammentazione numerose regioni italiane hanno promosso, sebbene con modalità diverse, processi di integrazione tra i servizi di salute mentale e le dipendenze patologiche. Questa tendenza risponde all'esigenza di facilitare le sinergie operative tra i due ambiti disciplinari, ma al tempo stesso pone nuovi problemi organizzativi. Infatti, i servizi di salute mentale e quelli delle dipendenze patologiche, per quanto presentino caratteristiche comuni nell'operatività della presa in carico, mostrano altrettante differenze su fattori cruciali, come esempio sui trattamenti senza consenso. Il processo di integrazione dei servizi per le dipendenze nei dipartimenti di salute mentale costituisce, pertanto un passaggio storico nell'evoluzione dei servizi che rappresenta al tempo stesso *una necessità*, in ordine ai bisogni complessi degli utenti, *una opportunità* in quanto i

Note

1. "Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care service". NICE guideline 30 November 2016. [Nice.org.uk/guidance/ng58](https://www.nice.org.uk/guidance/ng58)

paradigmi di riferimento dei due ambiti possono arricchirsi reciprocamente, ma anche *un rischio* se dovessero prevalere mere finalità di accorpamento o se uno dei due ambiti, con la rispettiva disciplina di riferimento, si proponesse come egemone nei confronti dell'altro.

7. Le ragioni di un nuovo processo riformatore

L'Emilia-Romagna è stata la prima ad interpretare questa esigenza attraverso una modifica strutturale, ed omogenea per tutto l'ambito regionale, dell'assetto dipartimentale. L'istituzione del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze Patologiche, comprendente le Unità Operative dei Servizi di Salute Mentale e delle Dipendenze per adulti e la Neuropsichiatria infantile ha aperto una strada del tutto nuova alle prospettive di integrazione, favorendo un dialogo non sempre semplice né scontato tra i diversi servizi e consentendo la possibilità di condividere risorse e piattaforme comuni. A parte specifici esempi, che restano casi isolati di sperimentazione di una integrazione operativa, le UU.OO. costitutive del DSM DP hanno però conservato molta parte della rigidità originaria nella definizione dei percorsi di cura reali dei pazienti. Le soluzioni trovate alla necessità di integrarsi sulle "Doppie Diagnosi" sono state affidate, di regola, a protocolli interni con il rischio di burocratizzare le modalità della presa in carico e non risolvere i potenziali conflitti sull'uso delle risorse intensive (ospedalizzazione e programmi riabilitativi residenziali), per via delle responsabilità di budget assegnate dicotomicamente.

Le motivazioni per le quali oggi è auspicabile e necessaria una riforma più radicale dell'organizzazione dipartimentale sono epidemiologiche e cliniche. Oltre il già citato incremento delle doppie diagnosi nella popolazione con disturbi mentali e disturbi da abuso di sostanze primari, si osserva il dato di pazienti per i quali non è possibile stabilire i confini o la prevalenza dell'una o dell'altra condizione. Sono quadri psicopatologici nuovi, spesso di importanza pari a quella delle psicosi schizofreniche, ma con caratteristiche completamente diverse sul piano *fenomenologico* (prevalenza dei disturbi della coscienza, dispercezioni complesse come pseudoallucinazioni visive, depersonalizzazioni - de-realizzazioni) *del comportamento nel setting clinico* (minore adesione ai percorsi "preconfezionati"), *della posizione sociale* (minore sensazione di isolamento ed esclusione). Sono psicosi che spesso si presentano attraverso acuzie che hanno accesso in SPDC attraverso i canali dell'emergenza - urgenza. Questi pazienti, molto gravi, nelle dimensioni psicopatologiche e comportamentali, rischiano di essere orfani e di non trovare negli approcci separati delle dipendenze o della salute mentale adulti il giusto equilibrio tra proposta di cura, impegno sulla motivazione e protezione dalle gravi conseguenze acute o di prognosi a lungo termine nella di-

sabilità cognitiva.

Anche da questo rilievo, scaturiscono le motivazioni culturali per le quali un'integrazione più forte è necessaria. I Ser.T, oggi servizi per le dipendenze patologiche (Ser.D.), sono nati in modo del tutto affrancato dall'ottica dell'obbligatorietà delle cure, proponendo un modello di offerta di cura legato all'autonomia e alla responsabilità personale, ma comunque sviluppata attraverso programmi assertivi, per la capacità di diffusione nel territorio (Unità di strada) di contatto con la società civile (presenza nelle scuole e nei contesti di vita attraverso gli interventi di prevenzione). L'impostazione, a impronta fortemente negoziale nel rapporto con l'utente, rischia di essere debole e improduttiva nell'approccio agli stati psicopatologici descritti. Il modello della salute mentale adulti, arricchito in anni recenti dal paradigma della responsabilità dell'utente e del riconoscimento della sua capacità di negoziazione (il Budget di salute ne è la principale esemplificazione) conserva negli strumenti e nelle metodologie di intervento una maggiore capacità di affrontare e gestire gli stati di grave alterazione mentale che escludono, anche solo temporaneamente, le capacità di critica e di organizzazione del comportamento. I due paradigmi originari, basato sull'autonomia quello dei Ser.T e della protezione tutorialistica dei CSM, non devono essere visti come alternativi o incompatibili, ma piuttosto come modalità di rapporto da adattare alle diverse fasi delle manifestazioni cliniche del paziente. La loro integrazione per fasi in una unica visione progettuale della strutturazione del progetto terapeutico riabilitativo può essere una grande ricchezza ed è certamente la sintesi che occorre per le psicosi da esogeni e le psicosi contaminanti e aggravate dall'uso di sostanze. La loro fusione può portare alla creazione di un nuovo modello pattizio, articolato e complesso dove trovano spazio consenso, disposizioni anticipate, rischi/benefici, obiettivi e responsabilità.

Non di meno conto devono essere considerate le forme di integrazione sull'utilizzo delle risorse, che possono favorire i processi di razionalizzazione, oggi sempre più necessari, ma anche facilitare la crescita del livello di collaborazione interne. Ad esempio alcune funzioni ambulatoriali (prelievi ematici, gestione dei farmaci ancora ad erogazione diretta, terapie long acting) o funzioni complesse come le visite domiciliari, potrebbero essere integrate, anche grazie alle competenze gestionali ed organizzative acquisite negli ultimi anni dalle direzioni infermieristiche. Stessa cosa è possibile ipotizzare per funzioni di psicodiagnostica specialistiche e interventi psicoeducativi e/o terapeutici di gruppo che potrebbero essere erogati dagli psicoterapeuti del DSM DP in funzione di più percorsi terapeutici trasversali alle Unità Operative.

8. I cambiamenti possibili nel prossimo futuro

Le ragioni sopracitate spingono verso una riforma, progressiva e graduale, dell'organizzazione dipartimentale. In questo processo, assumono particolare rilievo gli strumenti che possono essere attivati per primi. In coerenza con le politiche regionali di Salute Mentale e in particolare con le linee di indirizzo formulate negli ultimi anni, gli snodi strategici sono:

- l'attivazione delle equipe funzionali per gli adolescenti e i giovani;
- la gestione integrata dei casi complessi;
- I percorsi dell'urgenza;
- la continuità assistenziale sulle 12 ore;
- la gestione dei budget per la residenzialità.

Le unità funzionali per la fascia 14 - 25 sono orientate a offrire interventi tempestivi, perché più facilmente accessibili e meno stigmatizzanti dei servizi per adulti, in grado di intercettare i "veri" esordi della patologie maggiori, se non addirittura le loro manifestazioni prodromiche. La gestione integrata dei casi complessi, doppie diagnosi con componenti sociali, famiglie multiproblematiche, attraverso modelli operativi che riproducono l'unità di valutazione multidimensionale (UVM) in forma più agile e sistematica sono già oggetto di prassi in alcune realtà. Vi sono esperienze già attive in cui, in ambito distrettuale, è stata prevista una riunione periodica tra le unità operative del Dipartimento di salute mentale e i servizi sociali degli enti locali. Una UVM stabile, finisce per essere qualcosa di più e di diverso da una UVM occasionale, perché favorisce un'idea di appartenenza al Dipartimento più che all'Unità Operativa. Strumento prioritario nelle mani di questo "gruppo di lavoro" è il Budget di salute, e le risorse a disposizione devono essere distribuite per l'attivazione dei progetti in base alle necessità socio-sanitarie individuate senza differenziazioni per diagnosi primarie. Questo approccio potrebbe essere favorito da forme di integrazione istituzionale tra servizi sanitari e sociali. Sulla residenzialità si possono attivare, progressivamente, dinamiche budgetarie miste, per cui una parte delle risorse sia destinata all'utilizzo per pazienti doppia diagnosi; soluzione quest'ultima non definitiva finché la *clausola* della diagnosi primaria costituisca motivo di conflitto sulla competenza dell'una o dell'altra equipe; più coraggiose, e finalmente dirimenti, possono essere soluzioni organizzative che unifichino la responsabilità sulle risorse in un unico punto di vertice. Le sperimentazioni di unità operative complesse territoriali Salute Mentale-Dipendenze Patologiche costituiscono, evidentemente, una soluzione già matura per questo problema.

Infine l'integrazione delle risorse sulla gestione delle emergenze urgenze e la creazione di punti territoriali accessibili sulle 12 ore nelle Case della Salute è possibile integrando

risorse CSM con risorse Ser.D. così ampliando la recettività e la capillarità del sistema di cura. Con un lavoro congiunto le linee di intervento possono trovare coerenza dal punto di vista organizzativo e procedurale attraverso un'articolazione dei PDTA secondo una logica di continuità.

Conclusioni

Per quanto parlare di una nuova riforma possa sembrare eccessivo, i cambiamenti che stiamo vivendo nel tessuto sociale, che fanno da sfondo all'epidemiologia e alla clinica dei disturbi mentali, e l'innovazione organizzativa che è necessaria per affrontarli costituiscono un passaggio molto importante, destinato a modificare nel profondo l'organizzazione dei Servizi. Gli elementi che già vediamo "in filigrana" possono essere così sintetizzati:

- attenzione all'età evolutiva e approccio unitario in adolescenza;
- superamento del concetto di doppia diagnosi in favore di PDTA della persona;
- percorsi nelle case della salute ed estensione degli interventi di prossimità (medicina di iniziativa e non di attesa);
- residenze e comunità non per target ma per bisogni e Bilancio di Salute;
- diffusione di competenze sulle sostanze a tutti gli operatori;
- costituzione di UOC salute mentale dipendenze e sviluppo di una lettura psicopatologica unitaria per livelli di funzionamento e bisogni/risorse.

Governare questo processo, e non essersene determinati, è fondamentale per rinnovare il patrimonio dello spirito della riforma che oggi compie 40 anni.

Bibliografia

Begarani M., Codeluppi S., Miglioli M., *Sperimentazione organizzativa nei processi di integrazione tra Ser.T, Psichiatria Adulti e comunità Terapeutica. Una esperienza innovativa nel Dipartimento di Salute Mentale di Parma*, in Rivista Sperimentale di Freniatria, 2017, 1, 127-147.

Gaino A. (2017), *Il manicomio dei bambini. Storie di istituzionalizzazione*, Ed. Gruppo Abele, Torino

Messer T., Lammers G., Müller-Siecheneder F., Schmidt R.F., Latifi S., Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2017 Jul;253:338-350.

Regione Emilia Romagna "Linee di Indirizzo per file:///Users/sanza/Downloads/Circolare%201-2017%20Allegato%20Adolescenza%20(1).pdf

Una analisi valutativa in salute mentale: risultati raggiunti e da raggiungere

Alessio Saponaro, Paola Carozza, Alba Natali, Claudia Nerozzi,
Claudio Ravani, Enrico Semrov, Fabrizio Starace

ABSTRACT

I progetti regionali di miglioramento, la partecipazione a programmi nazionali, la collaborazione con istituzioni specializzate nella valutazione in sanità, hanno permesso alla Regione Emilia-Romagna di disporre di un ampio ventaglio di indicatori di performance dei Servizi di Salute mentale e Dipendenze patologiche, utili alla programmazione regionale e locale.

L'articolo espone sinteticamente alcuni risultati raggiunti e alcuni ancora da presidiare. Tra le diverse informazioni disponibili è riportato un quadro sintetico sul livello di accesso ai servizi e la prevalenza, il modificarsi delle caratteristiche socio-anagrafiche degli assistiti, l'utilizzo delle strutture residenziali e ospedaliere, con conseguente valutazione dei risultati ottenuti nei TSO, contenzioni fisiche e giornate di inserimento in residenza o ricovero.

18

Introduzione

Nel corso degli ultimi anni l'accresciuta disponibilità di informazioni epidemiologiche sugli assistiti dei Servizi di Salute mentale, e sui trattamenti ad essi erogati, che ha raggiunto senza ombra di dubbio dei buoni livelli di qualità, ha consentito un approccio orientato al *benchmarking*, all'*accountability*, alla valutazione dei risultati tra Servizi, AUSL e Regioni. La logica valutativa fa emergere con chiarezza i risultati raggiunti e quelli che ancora sono da presidiare.

La programmazione della Regione Emilia-Romagna ha preso il via partendo dalle indicazioni e i principi forniti dal "Piano d'azione sulla salute mentale per l'Europa" (Helsinki, 2005): la pianificazione, le strategie e le azioni per la Salute mentale e la domanda di assistenza devono basarsi sulla disponibilità di informazioni valide, attendibili, standardizzate e di qualità. Nel "Piano attuativo Salute mentale 2009-2011" della Regione Emilia-Romagna, la *verificabilità* è stata assunta come «valore fondante in quanto riconosce ad ogni soggetto il diritto a controllare che i fatti corrispondano agli impegni dichiarati ed, al contempo, a poter documentare e vedere valorizzato quanto il singolo o la struttura hanno responsabilmente operato, [...] che sostanzialmente

Rif.
Alessio Saponaro, sociologo sanitario, Sistema informativo e performance, Area Salute mentale e dipendenze patologiche, Regione Emilia-Romagna
Tel. 051 527 7478
alessio.saponaro@regione.emilia-romagna.it

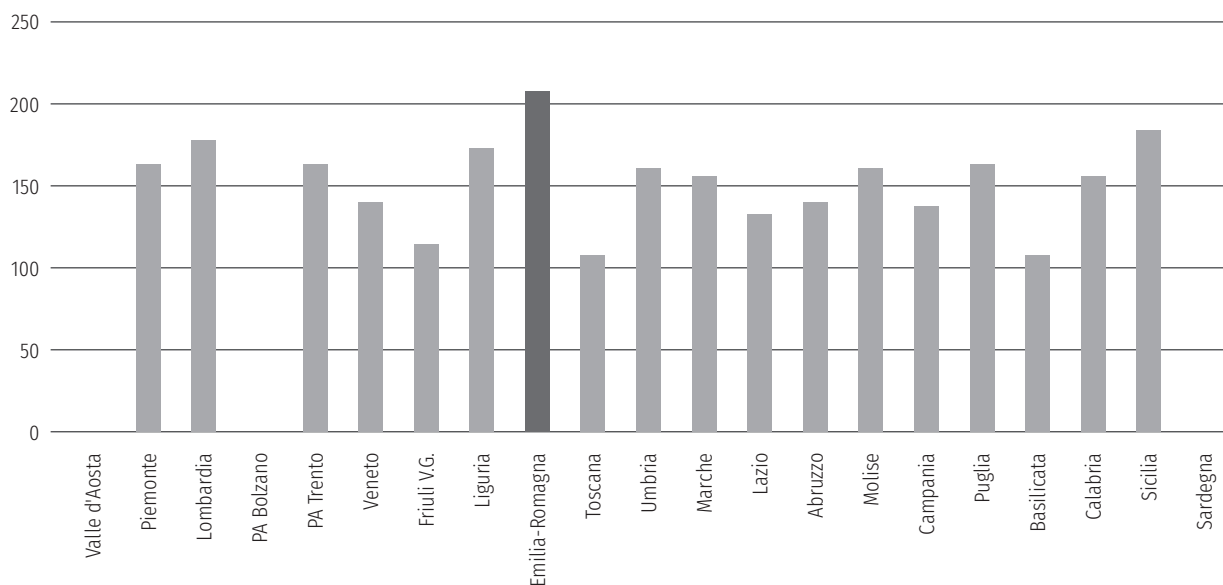


Fig. 1 - Prevalenza assistiti Servizi di Salute mentale (2015, tasso standardizzato per 10.000 residenti).
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute - NSIS.

il sistema di garanzie al cittadino ed alla popolazione, arrivando anche a monitorare gli indicatori di efficacia e di esito»¹.

In tal senso oggi vi è un'ampia disponibilità di dati e report valutativi sulla Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, alcuni consultabili in rete in una logica di open data. La Regione Emilia-Romagna ha realizzato o ha aderito a numerosi progetti di valutazione, proponendo e/o condividendo l'uso di indicatori di struttura, processo ed esito. Solo per citarne alcuni, il "Core set di indicatori per la valutazione delle Politiche per la salute nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Emilia-Romagna" o il Progetto ALIVE sulla valutazione nei DSM-DP², gli indicatori di performance del MES Scuola Universitaria Superiore di Pisa³, gli indicatori del Ministero della Salute sulla Salute mentale e, non da ultimo, gli indicatori InSiDER di performance della sanità in Emilia-Romagna⁴.

1. Uno sguardo nazionale

Il Ministero della Salute redige annualmente un Rapporto sulla Salute Mentale fondato sui dati ricavati dal SISM⁵ e da altri flussi informativi sanitari, mostrando le caratteristiche dell'utenza dei Servizi di Salute mentale, attività erogate e le risorse strutturali e di personale. Il Rapporto sui dati 2015 - ad oggi l'ultimo disponibile - mostra come vi siano molte differenze tra le regioni in termini di disponibilità, organizzazione e accesso degli assistiti ai servizi disponibili. 777.035 assistiti sono ricorsi ai Servizi di salute mentale a cui sono stati erogati più di 10 milioni di prestazioni (ogni assistito

riceve mediamente 13,5 prestazioni all'anno).

Le caratteristiche generali degli assistiti in Italia non differiscono di molto tra le regioni. Poco più della metà sono di sesso femminile - inversamente a quanto accade per i servizi per le dipendenze patologiche, con una forte tendenza verso l'invecchiamento della popolazione (66,1% ha più di 45 anni).

La Regione Emilia-Romagna ha il tasso di prevalenza (Fig. 1) più alto in Italia (2,1 assistiti *100 residenti), seguita da Liguria, Sicilia, Molise e Veneto. Le possibili interpretazioni sono molte, tra le quali una migliore accessibilità ai servizi ed una maggiore visibilità/distribuzione sul territorio degli stessi; non di meno un miglior livello di qualità delle informazioni cliniche registrate dai professionisti può aver contribuito a questo risultato.

Note

1. Delibera Giunta Regione Emilia-Romagna n. 313/2009 "Piano attuativo Salute mentale 2009-2011".
2. <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/corsi-di-formazione/corso-201cvalutazione-di-outcome-nei-dipartimenti-di-salute-mentale-e-dipendenze-patologiche-della-regione-emilia-romagna201d-bologna-27-gennaio-2015-12-febbraio-2015-12-marzo-2015>
3. <http://www.santannapisa.it/it/istituto/management/mes-management-e-sanita>
4. <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps>
5. Ministero della Salute, "Rapporto sulla salute mentale", Roma, 2016.

2. Impatto del numero di assistiti sui Servizi

I nuovi bisogni sanitari e la rimodulazione dell'offerta in Emilia-Romagna hanno avuto un forte impatto sui Servizi, attraverso un consistente aumento dell'utenza. Nel corso del 2016 oltre 163.962 cittadini sono stati in trattamento (almeno una prestazione ricevuta nel corso dell'anno) presso un servizio del DSM-DP; in particolare (Tab. 1): 79.390 assistiti per i Servizi di Salute mentale adulti, 54.007 per i Servizi di NPIA e 30.565 per i Servizi per le dipendenze patologiche. L'aumento degli assistiti in trattamento negli ultimi dieci anni (2006 - 2016) è stato consistente in tutti i settori del DSM-DP. I SerDP hanno incrementato la propria utenza del 15,2%, principalmente per l'aumentato accesso ai servizi di persone con problematiche connesse al gioco d'azzardo patologico o al tabagismo, la Salute mentale adulti aumenta del 32,2%; la NPIA con il 37,6% è il settore dove si registra il maggior incremento di utenza del Dipartimento. I fattori che hanno inciso nella maggior ricorso ai servizi sono diversi e non facilmente riassumibili in questo contesto.

Di conseguenza sono aumentati anche i tassi di prevalenza (Fig. 2) nei tre servizi: 19,7‰ per la salute mentale adulti, 8,78‰ per i SerDP e 73,03‰ per la NPIA.

Indicatori	NPIA	SMA	SerDP
Assistiti nel 2016	54.007	79.390	30.565
Variazione % assistiti 2006-2016	37,6%	32,2%	15,2%
% non italiani 2016	17,6%	8,0%	14,1%
% assistiti maschi	63,2%	43,2%	79,6%
Età media	8,8	51,4	41,5

Tab. 1. Alcuni indicatori sugli assistiti del DSM-DP nel 2016
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute - NSIS.

Come si rileva nel grafico successivo, il maggior incremento del tasso di utenti trattati nei Servizi del DSM-DP si rileva nella NPIA, a fronte di una sostanziale stabilità nei settori SMA e DP.

3. La residenzialità in Salute mentale

Le strutture residenziali sono classificate in tre diverse tipologie, secondo il livello di intensità assistenziale, gli obiettivi terapeutici e riabilitativi e il tipo di assistenza fornito. In particolare: le RTI (residenze a trattamento intensivo) per le situazioni di emergenze cliniche o comunque di post acuzie non gestibili sul territorio, le RTR (residenza a trattamento riabilitativo) destinate a pazienti con disfunzionalità moderata o grave per i trattamenti

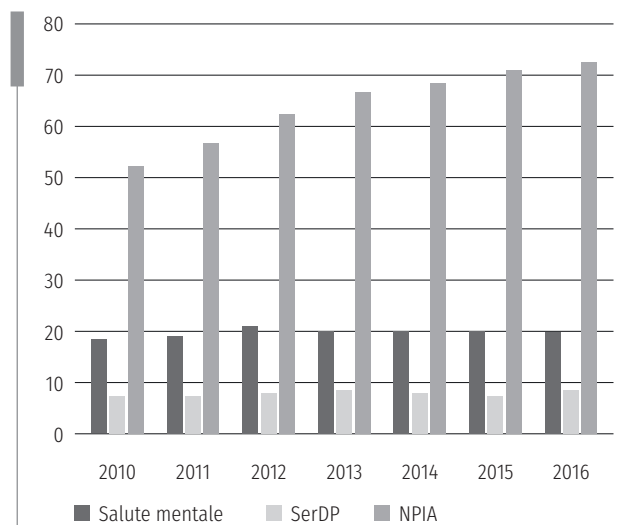


Fig. 2. Tasso di prevalenza standardizzato nei servizi del DSM-DP (*1.000 residenti)

psicosociali orientati alla riacquisizione dei ruoli sociali e le residenze *Socio-sanitarie* per i trattamenti a lungo termine in cui vengono effettuati programmi assistenziali e socio-assistenziali.

L'Emilia-Romagna ha un'offerta di posti in Residenze psichiatriche pubbliche o private (5,8/100.000 residenti) lievemente al di sopra della media nazionale (5,2). In generale i dati mostrano un lieve aumento degli inserimenti in struttura, effetto più legato all'aumentata qualità delle informazioni rilevate dai DSM-DP che a un effettivo aumento degli inserimenti.

Nel corso del 2016 (Tab. 2) vi sono state 5.022 persone che sono state inserite in una o più strutture residenziali: il 58,1% nelle RTI, il 14,1% nelle RTR e il 35,8% nelle strutture socio-sanitarie. Sono numeri rilevanti dovuti anche alla numerosità delle persone che accedono ai Servizi di salute mentale adulti. Nel 2016, 79.390 assistiti sono stati curati dai CSM della regione Emilia-Romagna; di questi il 6,3% è stato inserito in una RTI, 3,7% in RTR e il 0,9% in strutture Socio-sanitarie.

Nei requisiti di accreditamento delle strutture residenziali sono definiti anche degli standard di qualità, per assicurare un trattamento appropriato agli assistiti inseriti in residenza. Oltre alla presenza di personale con competenze specifiche, il numero di posti letto o le modalità di accesso, anche la durata dell'inserimento è assunto come standard di riferimento. Le RTI con giornate di degenza superiori allo standard sono l'11,9%, fortemente ridimensionate rispetto ai valori degli anni passati, seppur ancora permane una sostanziale differenza tra AUSL (range dal 4,4% al 21,2%). Più consistenti gli inserimenti con giornate oltre lo standard

Indicatori	RTI	RTR	Socio-san
Numero assistiti inseriti in struttura	2.919	707	1.796
Distribuzione % degli inserimenti*	58,1%	14,1%	35,8%
Assistiti inseriti sul totale degli assistiti Salute mentale (%)	6,3%	3,7%	0,9%
Giornate di degenza nell'anno per 100 residenti	3,8	4,3	15,8
<i>Valore minimo per AUSL</i>	1,9	2,7	6,9
<i>Valore massimo per AUSL</i>	6,5	11	24,7
T Trattamenti con durata oltre soglia massima (%)**	11,9%	43,9%	71,1%
<i>Valore minimo per AUSL</i>	4,4%	10,5%	60,5%
<i>Valore massimo per AUSL</i>	21,2%	82,5%	85,0%
Durata media in giorni degli inserimenti	58,6	835,4	1928,7
Durata mediana in giorni degli inserimenti	22	259	1460
Assistiti con diagnosi di Schizofrenia e altre Psicosi funzionali (%)	32,5%	59,9%	59,4%
Assistiti con disturbi della personalità e comportamento (%)	19,0%	13,9%	11,0%

* Il totale non si somma, in quanto alcuni assistiti hanno avuto diversi tipi di trattamenti nel corso dell'anno

** RTI 60 giorni, RTR 1 anno, Socio-sanitario 2 anni.

Tab. 2. Alcuni indicatori sugli inserimenti in strutture residenziali nel 2016

delle RTR: 43,9% a livello regionale, con una variazione rilevante tra le AUSL (range dal 10,5% al 82,5%) che mostra come vi siano ancora margini di miglioramento.

Le differenze sono dovute anche alla variabilità della durata degli inserimenti, che se da un lato mostrano una mediana coerente con la durata degli inserimenti previste per la specifica tipologia di struttura (RTI 22 giorni, 259 RTR), di fatto nei valori medi presentano ancora ampi differenze tra i diversi inserimenti tra le singole AUSL.

4. Ricoveri e TSO

L'appropriatezza e l'efficacia dei ricoveri ospedalieri in reparti di psichiatria pubblici o privati (SPDC - Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, SPOI - Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo) è uno dei temi di discussione nell'organizzazione dei Servizi di Salute mentale delle attività con il territorio e le residenze. Gli indicatori definiti a livello nazionale sono limitati ad alcuni aspetti di processo (giornate, appropriatezza diagnosi), ma in molti casi mancano di elementi rilevanti per la valutazione di qualità del trattamento quali le contenzioni fisiche avvenute durante il ricovero.

Nel 2016 in Emilia-Romagna vi sono stati 10.207 ricoveri per patologie psichiatriche (Tab. 3) in fase acuta presso gli SPDC o SPOI. Il numero di ricoveri effettuati in regione è sostanzialmente stabile negli ultimi anni; vi è stato un forte ridimensionamento rispetto ai dieci anni precedenti (-25,1%), accompagnato anche da una consistente e continua riduzione della durata media della degenza, che passa da 20,44 giorni nel 2006 a 10,93 nel 2016, al di sotto della media nazionale (12,7 giorni).

Numero ricoveri in reparti di psichiatria	10.207
Variazione % ricoveri 2006-2016	-25,1
Ricoveri per minori di 18 anni (%)	1,5
Re-ricoveri entro 7 giorni in psichiatria (%)	5,85
Re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (%)	7,08
Tasso std di ospedalizzazione in psichiatria x 100.000 residenti maggiorenni	259,33
<i>Valore minimo per AUSL</i>	204,67
<i>Valore massimo per AUSL</i>	308,38
Tasso std di TSO in psichiatria x 100.000 residenti maggiorenni	26,23
<i>Valore minimo per AUSL</i>	20,82
<i>Valore massimo per AUSL</i>	37,93

Tab. 3. Alcuni indicatori sui ricoveri in reparti di psichiatria nel 2016

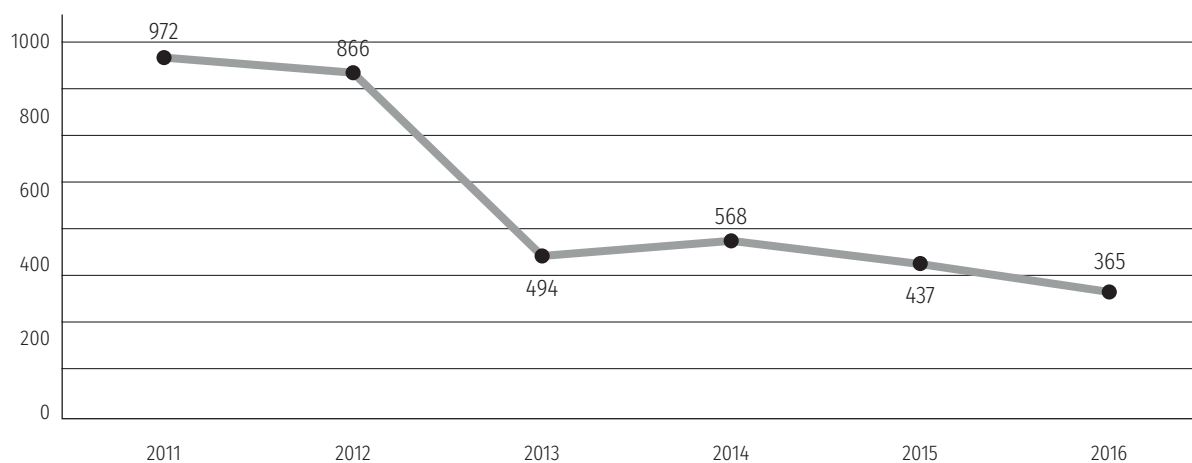


Fig. 3. Contenzioni fisiche negli SPDC della regione Emilia-Romagna dal 2011 al 2016 (Valori assoluti).

Di conseguenza è calato anche il tasso di ospedalizzazione, che si assesta a 259,33 ricoveri per 100.000 residenti, con una evidente e rilevante differenza tra AUSL (range da 204,67 a 308,38).

I Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) per la loro importanza meritano una trattazione particolare. L'analisi dei tassi di ricovero per TSO è, come indica il Ministero della Salute, un indicatore indiretto dell'efficacia terapeutica delle strutture territoriali dedicate ai pazienti con disturbi psichici e quindi una misura di valutazione dei programmi riabilitativi messi a punto dai Servizi di Salute mentale. La variabilità nazionale tra le diverse regioni è elevatissima: si va dal 2,2 *100.000 residenti a 30,8. La Regione Emilia-Romagna si è sempre collocata su valori alti, frutto dell'effettivo numero di TSO effettuati e della qualità più elevata dei dati rispetto ad altre regioni. Nel 2016 sono stati effettuati 26,23 TSO ogni 100.000 residenti, con un range tra le diverse AUSL che va da un minimo di 20,82 a un massimo di 37,93.

5. Contenzioni fisiche in SPDC

Uno dei settori dove si riscontrano i risultati più positivi in Regione Emilia-Romagna è rappresentato dalle contenzioni fisiche in SPDC. La contenzione è considerata una pratica "non medica", con un alto rischio clinico, da esercitarsi in casi di eccezionale necessità nell'esclusivo interesse del paziente. La Direzione generale Sanità e politiche sociali ha emanato due circolari¹, disponendo che ogni SPDC tenga un registro per raccogliere i dati sulla contenzione, prevedendo la convocazione di un audit clinico e organizzativo nei casi di contenzioni ripetute o prolungate e richiedendo una relazione annuale sulle azioni intraprese per migliorare i fattori organizzativi che possono prevenire il ricorso alla conten-

zione fisica (formazione, gestione staff, personale infermieristico attivabile al bisogno, monitoraggio).

I risultati sono stati positivi: dal 2011 al 2016 le contenzioni sono calate del 62,4%, passando da 972 contenzioni a 365 (Fig. 3). La differenza è più evidente in alcune AUSL: Modena passa da 453 contenzioni a solo 3 nel 2016, Parma riduce da 137 a 20, la Romagna da 207 a 81. Mentre vi sono degli SPDC che possono definirsi già "no restraint": San Giovanni in Persiceto, con una lunga tradizione di *contenzioni zero* e Carpi.

L'obiettivo per i prossimi anni non è più rappresentato quindi dalla riduzione delle contenzioni, ma dalle "contenzioni zero" come elemento qualificante l'attività clinica.

Le contenzioni sono state valutate anche in rapporto all'attività dei servizi, al fine di ottenere indicatori confrontabili tra di loro. Ad esempio, sempre nel 2016 vi erano 1,6 contenzioni per ogni posto letto, con una variabilità regionale tra SPDC che va da 0 a 7,4; il rapporto numero di contenzioni per numero di dimissioni a livello regionale è di 5,6%, con una variabilità che va da 0% a 19,9%.

Conclusioni

Dall'analisi dell'andamento dei fenomeni nei Servizi di Salute mentale e dipendenze patologiche, emergono alcune direttrici fondamentali che impatteranno sui servizi nei prossimi anni.

In primo luogo la crescita degli assistiti. Crisi economica,

Note

1. Circolare 16/2009 e Circolare 1/2015.

modifiche del mercato, aumento della capacità dei servizi di prendersi cura, nuovi LEA, differenziazione delle risposte hanno di fatto sostanzialmente modificato il profilo degli assistiti che accedono ai Servizi. I tassi di prevalenza aumentano considerevolmente per tutti i Servizi del DSM-DP, in particolare per la NPIA che ha livelli di crescita ben al di sopra di quanto fossero le previsioni.

Il progressivo invecchiamento della popolazione dei SerDP e della Salute mentale adulti rappresenta un importante fattore che associa malattie legate alle dipendenze e alla salute mentale, a patologie organiche tipiche dell'età senile, anche in assistiti non necessariamente anziani. L'invecchiamento si associa inoltre a un aumento dei disturbi dell'umore e depressione causata dalla perdita di un ruolo sociale.

La quota di persone con età sempre più elevata, con cittadinanza straniera interessa, e interesserà sempre più i Servizi, con conseguente necessità di rivedere le modalità di accoglienza e le proposte di cura.

Spesso non considerati, ma altrettanto influenzanti risultano e risulteranno gli indicatori economici o di status socio-economico. In più parti si è dimostrato come vi sia una relazione tra equidistribuzione del reddito e problematiche sociali, tra cui la malattia mentale, la violenza, l'obesità o l'abuso di droghe. La posizione nella struttura sociale influisce nel determinare la probabilità di incorrere in problematiche connesse con la malattia mentale.

I sistemi di monitoraggio strutturato in questi anni in Emilia-Romagna hanno consentito di individuare degli elementi su cui porre particolarmente attenzione e per supportare la programmazione regionale o locale, orientata ad un unico obiettivo fondamentale: la cura e la piena inclusione nella comunità delle persone che si rivolgono ai Servizi del DSM-DP.

Bibliografia

Mistero della Salute, "Rapporto sulla salute mentale", Roma, 2016.

Murphy E., "Community Care For People With Mental Illness" in *After Asylum* - Faber & Faber limited - London Boston 1991

Organizzazione Mondiale della Sanità, "Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa. Affrontare le sfide, creare le soluzioni", *Conferenza ministeriale europea sulla Salute mentale*, Helsinki (Finlandia), 12-15 gennaio 2005.

Palmer D., Ward K., "Lost: listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London". *Med Confl Surviv.* 2007 Jul-Sep;23(3):198-212.

Starace F., Baccari F., Mungari F., "La Salute mentale in Italia. Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute mentale", *Quaderni di Epidemiologia psichiatrica*, n. 1/2017.

Teachman B.A., Wilson J.G., Komarovskaya I., "Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples". *Journal of Social and Clinical Psychology.* New York: Jan 2006. Vol. 25, Iss. 1; pg. 75, 21 pgs.

Wilkinson R.G., Pickett K.E., "Income Inequality and Social Dysfunction". *Annual Review of Sociology.* Palo Alto: 2009. Vol. 35 pg. 493.

A quaranta anni dalla Legge 180

*Quali strategie e percorsi innovativi per i servizi e le professioni?
Intervista a Franco Corleone*

a cura di Dorella Costi, Paolo Ugolini, Teo Vignoli

24

D.1 A quarant'anni di distanza sembra essersi completato il percorso avviato con la legge 180 e si è giunti, con le leggi 9/12 e 81/14, al superamento degli OPG. Qual è complessivamente il suo giudizio?

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) è stato l'istituzione totale per eccellenza: manicomio e carcere insieme. La malattia richiedeva la cura obbligatoria e la pena poteva essere infinita. La negazione della responsabilità precipitava il folle all'inferno. Il malato era considerato pericoloso a sé e agli altri e quindi veniva separato dalla società in strutture apposite e sepolto sotto un doppio stigma.

La chiusura del manicomio criminale rappresenta davvero la conclusione di un lungo percorso di liberazione che si è identificato con il nome di Basaglia ma che in realtà ha coinvolto tante persone, operatori e pazienti. Un movimento che ha distrutto muri e luoghi comuni e che ha imposto una cultura fondata sui diritti.

Adesso le Strutture Residenziali per Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), istituite come soluzione ultima e residuale, devono evitare il rischio di diventare nuovi, pur se piccoli, OPG, e per questo motivo devono rappresentare un modello basato su alcuni pilastri irrinunciabili come la territorialità e il numero chiuso, il rifiuto della coercizione, in particolare la contenzione, e la consapevolezza che la permanenza nella struttura deve avere un tempo definito.

La chiusura del manicomio criminale rappresenta davvero una rivoluzione culturale e sociale.

Ogni riforma - "strutturale" si sarebbe detto una volta - è fatta di orizzonti e di tappe di avvicinamento. Anche in questo caso l'orizzonte deve essere ben chiaro e ribadito: è quello del superamento definitivo di ogni logica e di ogni struttura che rimandi al manicomio, ovvero all'espulsione, al nascondimento, alla coazione e all'internamento del malato e della malattia. Ciò che non si può e non si deve fare è di tornare indietro: perché quello che abbiamo alle spalle lo conosciamo bene e lo abbiamo visto per decenni all'opera. Questo vale per il manicomio civile e vale per l'OPG.

Personalmente ho l'orgoglio di aver partecipato alla realizzazione di un obiettivo che rende l'Italia un modello unico in Europa e nel mondo. Sono ben consapevole

Già deputato e senatore, sottosegretario alla Giustizia dal 1996 al 2001. Si è occupato a lungo delle questioni della psichiatria denunciando le condizioni disumane dei manicomi. Commissario unico nominato dal Governo per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Attualmente è garante dei diritti dei detenuti della Regione Toscana. corleone@francocorleone.it

che questo passaggio si svolge su un terreno ricco di contraddizioni, ma non bisogna avere paura di vivere le contraddizioni, quando sono felici, perché attraverso di esse si produce il cambiamento.

Sono convinto che la chiusura degli OPG ci offra una leva per affrontare questioni irrisolte come quella di un nuovo Codice Penale, della riforma del carcere e del senso della pena. L'abolizione del manicomio criminale ci rende più forti per aumentare le libertà e i diritti. Rende plausibile un'alternativa alla prigione per i minori, per le donne, per i poveri. Sono stati chiusi gli OPG di Napoli Secondigliano, Aversa, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Barcellona Pozzo di Gotto e una pagina dell'orrore è stata cancellata.

La legge 81/2014 ha dimostrato di essere non solo un momento di civiltà, ma anche di essere una esperienza capace di rispondere alle esigenze di salute dei pazienti.

Un bilancio certamente positivo, con la consapevolezza che ora, senza la zavorra degli OPG aperti e con la esperienza delle REMS, dovrà proseguire un lavoro intenso per consolidare e sviluppare la riforma.

Un elemento decisivo è rappresentato dall'entusiasmo e dall'impegno che viene manifestato dal personale, psichiatri, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione, durante un lavoro quotidiano rischioso, nella consapevolezza di partecipare a una impresa di grande civiltà e di profonda umanità.

La legge 81 ha anche affermato che la misura di sicurezza non può avere una durata superiore al massimo della pena edittale prevista per il delitto commesso; è una norma di grande valore perché obbliga a realizzare programmi personali finalizzati al reinserimento sociale. Una dimostrazione della efficacia di questa disposizione è confermata dalle oltre cinquecento dimissioni avvenute nel periodo del mio commissariamento.

Oggi nelle trenta REMS presenti in tutte le regioni, sono ospitati 604 soggetti che per le condizioni di rispetto della dignità non possono più essere definiti "internati". Il confronto con il numero delle persone reclusi nei sei OPG nel 2011, oltre 1.400, dà la misura del cambiamento epocale. Tutto bene dunque? Sarebbe superficiale e sciocco affermarlo. Una rivoluzione non è un pranzo di gala e quindi sono tante le questioni aperte nelle REMS: dalle dimensioni, che vanno dalle due unità delle strutture del Friuli-Venezia Giulia ai 120 ospiti di Castiglione delle Stiviere; dalle problematiche dei 50 soggetti senza fissa dimora, italiani e stranieri; dalle condizioni di vita delle 56 donne non sempre rispettose delle esigenze di genere; alle liste d'attesa a macchia di leopardo tra le diverse regioni; infine all'architettura delle strutture provvisorie e soprattutto di quelle definitive che dovrebbe rispettare il carattere specifico di una struttura né di reclusione né ospedaliera.

D.2 La funzione delle REMS si sta definendo prioritariamente, se non esclusivamente, nella cura e riabilitazione delle persone prosciolte con sentenza definitiva. In questo modo si eviterà di snaturare la funzione delle REMS e si risolverà al contempo il problema delle liste d'attesa. I Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, a suo avviso, sono in grado di fornire risposte adeguate, in particolare alle persone con misure di sicurezza provvisorie, senza a loro volta snaturare il loro mandato?

Occorre definire la natura delle REMS che, a mio parere, dovrebbero essere luoghi solo per prosciolti con misura di sicurezza definitiva. Invece le REMS devono ancora fare i conti con le richieste di misure di sicurezza provvisorie disposte in gran parte dalla Magistratura di cognizione.

La lista d'attesa per l'ingresso nelle REMS soprattutto per misure di sicurezza provvisorie disposte dai GIP rimane un problema assai delicato; in molte Regioni non c'è più lista d'attesa mentre in alcune del Sud e in particolare in Sicilia esistono numeri imponenti. Come si spiegano queste differenze? Sarebbe indispensabile un'analisi sulle decisioni della Magistratura e sulle perizie che definiscono l'incapacità di intendere e volere.

Il passaggio al Servizio Sanitario della competenza delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive mantiene dei profili di delicatezza per il sommarsi delle esigenze della cura e del controllo. La nascita delle REMS aveva suscitato preoccupazioni per il rischio del risorgere di luoghi di istituzionalizzazione, nella esperienza invece si è verificata una ricaduta positiva sui servizi psichiatrici del territorio. Questa collaborazione è essenziale per l'individuazione dei luoghi di vita per le persone che devono uscire dalle REMS o dal carcere.

D.3 I nuovi provvedimenti legislativi sembrano fare grande affidamento anche ai servizi di Salute mentale in carcere. Oggi però la realtà delle carceri è, come è noto, molto critica (ad es. le articolazioni per la salute mentale non sono distribuite omogeneamente nel territorio nazionale ed esistono ancora forti concentrazioni di detenuti con disturbi psichici provenienti da altre Regioni a Barcellona Pozzo di Gotto e a Reggio Emilia). Quali prospettive vede nel prossimo futuro?

I dati sulle articolazioni per la tutela della salute mentale, forniti dal DAP, risultano parziali e in molti casi sono ricchi di incongruenze. Molte delle cosiddette articolazioni psichiatriche esistono solo sulla carta. Il coacervo di categorie presenti, minorati psichici, detenuti in osservazione psichiatrica, persone con disturbi mentali rilevati durante la detenzione fanno emergere il rischio di una neo manicomializzazione. La riconversione realizzata a Reggio Emilia e a Barcellona Pozzo di Gotto deve destare

un serio allarme. Infatti non viene rispettato il criterio della territorialità, impedendo una presa in carico da parte dei servizi e rendendo praticamente impossibile un reinserimento sociale e/o familiare.

La riforma dell'Ordinamento penitenziario in dirittura d'arrivo dedica alcuni articoli alla salute in carcere e in particolare alla cura della salute mentale. È prevista l'istituzione di sezioni speciali con una gestione esclusivamente sanitaria, da affidare al personale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, analogamente a quanto avviene nelle REMS. Se questa scelta decisa dal governo sarà trasformata in legge, sarà indispensabile un approfondimento teorico sul significato del ruolo del servizio sanitario in carcere. Sarà anche ineludibile un chiarimento di responsabilità con la magistratura di sorveglianza per rispondere alla possibilità di concedere finalmente misure alternative alla detenzione anche ai portatori di patologie psichiche.

D.4 È ipotizzabile che l'attenzione al superamento degli OPG, che indubbiamente si è riscontrata negli anni passati, e che è stata testimoniata anche dal ruolo che lei ha svolto, possa essere garantita anche per i processi di cambiamento negli istituti di pena ?

Non va trascurato il fatto che la chiusura dei manicomi giudiziari obbliga a una maggiore cura della salute mentale nelle carceri. Le condizioni di vita nelle nostre prigioni enfatizzano le caratteristiche proprie della marginalità sociale di molti detenuti, poveri, stranieri, tossicodipendenti e aggravano la convivenza in un luogo senza senso e privo di prospettive. Il sovraffollamento ha provocato la condanna dell'Italia da parte della CEDU e dovrebbe far scegliere finalmente una strada diversa dall'utilizzo del carcere come discarica sociale. Le cosiddette articolazioni psichiatriche rischiano di rivelarsi come piccoli o grandi manicomi, puri contenitori della follia, di tutti i disagi, da quelli minori a quelli gravi. Chi ha una grave patologia non deve restare in carcere, che sia malato di cancro, di AIDS o con una forma di schizofrenia e affinché questo sia possibile occorrono modifiche chiare per consentire tutta la gamma di misure alternative, come l'affidamento in prova al servizio sociale, come accade per i tossicodipendenti, e anche l'incompatibilità con la detenzione. Sarà compito dei giudici di sorveglianza valutare e decidere con equità.

Bisognerebbe anche prevedere una diversa organizzazione dei servizi psichiatrici in carcere, che non può essere limitata alle articolazioni psichiatriche penitenziarie, destinate alle acuzie, alle osservazioni e alla cura dei soggetti con perizia di patologia psichiatrica, ma deve prevedere la presa in carico socio-sanitaria della generalità dei detenuti con problemi di disagio mentale.

D.5 I decreti legislativi relativi all'assistenza sanitaria in ambito penitenziario di prossima emanazione contempleranno con ogni probabilità la soppressione dell'art. 148 del codice penale e l'estensione alle persone con infermità psichica dell'art. 147. Quale prevede sarà complessivamente l'impatto dei prossimi decreti legislativi ?

Lasciando sullo sfondo, come orizzonte da non dimenticare, la riforma radicale del nefasto doppio binario del Codice Rocco, è comunque indispensabile che il Parlamento sciogla positivamente il dilemma sulla natura delle REMS e sulle misure di sicurezza.

La legge delega sul processo penale e sull'ordinamento penitenziario, approvata in via definitiva da Camera e Senato, conteneva un punto preciso sulle misure di sicurezza ripreso dalla elaborazione della Commissione ministeriale presieduta dal professor Marco Pelissero. Purtroppo vi è stata poca discussione pubblica sul merito e comunque vi è molta incertezza sulla approvazione definitiva dopo lo scioglimento del Parlamento.

Il 22 dicembre il Consiglio dei Ministri ha approvato lo schema legislativo sulla "Riforma dell'Ordinamento penitenziario" che contiene disposizioni sull'assistenza sanitaria in carcere. Vengono modificati gli articoli 147 e 148 del Codice penale in tema di infermità psichica dei condannati. Tale proposta è finalizzata a razionalizzare la disciplina dei casi di infermità psichica sopravvenuta attraverso l'abrogazione della disciplina dell'articolo 148 c.p., che era specificatamente ad essa dedicata, e la corrispondente estensione del rinvio facoltativo della pena anche nei confronti di chi si trova in condizioni di grave infermità psichica, attraverso la nuova formulazione dell'articolo 147.

In tal modo, attraverso l'equiparazione tra grave infermità fisica e psichica, si determina l'effetto positivo di garantire alle persone condannate con infermità psichica sopravvenuta l'accesso alle misure alternative previste dall'ordinamento penitenziario, con soluzioni flessibili che permettono di adeguare le modalità di esecuzione della pena alle esigenze di cura della persona.

Il testo contiene anche disposizioni per l'assistenza sanitaria in carcere per garantire con maggiore efficacia il diritto alla salute. In particolare è da segnalare positivamente la istituzione di "sezioni per detenuti con infermità" destinate ai condannati per i quali sia stata riconosciuta la capacità diminuita ai sensi degli articoli 89 e 95 c.p., nonché ai soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche; tali sezioni dovranno essere strutturate in modo da favorire il trattamento terapeutico.

D.6 Secondo lei è ipotizzabile e auspicabile una revisione più profonda del Codice Penale?

Di fronte ai rischi e alla sopravvivenza, magari sottotraccia,

della logica di istituzione totale e totalizzante, e stante l'attuale fortuna delle neuroscienze, a mia parere la via maestra, sulla quale insisto, è quella di riformare il Codice Penale.

Una strada centrale, certo assai difficile: la prima riforma della Repubblica sarebbe dovuta essere la cancellazione di quel Codice Rocco in vigore da quasi novant'anni (!), che è stato il fondamento dello Stato totalitario fascista. Nel corso dei decenni i vari progetti di riforma del Codice Penale succedutisi (Pagliaro, Grosso, Nordio, Pisapia), si sono sempre arenati per resistenze o per insipienze politiche. Eppure, sempre da quella porta stretta bisognerà, prima o poi, passare. Innanzitutto ricostruendo una cultura garantista nella società e, di conseguenza, anche nel Parlamento.

Da questo punto di vista la chiusura degli OPG potrebbe, deve, essere un punto di partenza e di svolta, un inizio e un indizio di controtendenza.

D.7 Vi è qualcosa che vuole aggiungere per i lettori di SESTANTE?

Non sono tempi facili per i diritti del diverso, dobbiamo attrezzarci per vivere nel gorgo, in una situazione di grande confusione sotto il cielo. Trasformare la convivenza in convivialità è davvero un sogno da pazzi, eppure è possibile che la primavera del 2018 sia contrassegnata da un quadro di norme aderenti ai principi della Costituzione. Bisognerà dunque essere all'altezza di una nuova sfida di giustizia e umanità.

L'impiego dei farmaci antipsicotici nei Centri di Salute Mentale

Una valutazione condivisa tra professionisti, utenti e familiari

Antonella Piazza, Giuseppe Tibaldi, Ariola Koci, Alessio Saponaro e Gruppo di lavoro Regione Emilia-Romagna*

ABSTRACT

Sono presentati i primi risultati di un'indagine sull'utilizzo dei farmaci antipsicotici in un campione di utenti con disturbi schizofrenici dei Centri di Salute Mentale dell'Emilia-Romagna. L'indagine è stata svolta nell'ambito di un audit regionale a cui partecipano professionisti e rappresentanti di utenti e familiari.

28

Introduzione

In Emilia-Romagna la Consulta Salute Mentale dedica da tempo grande attenzione ai trattamenti farmacologici nei percorsi di cura dei Centri Salute Mentale (CSM) e nel 2016 ha promosso un progetto di audit sull'impiego di antipsicotici (AP) per i pazienti con disturbi schizofrenici. Il progetto è coordinato dal Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) di Bologna con la collaborazione degli esperti della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP), del responsabile regionale del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) e la partecipazione, non solo di professionisti, ma soprattutto di rappresentanti di utenti e familiari: proprio questa compartecipazione costituisce l'aspetto più innovativo del progetto, consentendo di condividere obiettivi, metodologia, analisi dei dati e valutazione dei trattamenti tra tutte le figure coinvolte nel processo di cura.

1. Metodologia

In fase preliminare sono stati organizzati nel Dicembre 2016 due Focus Groups regionali, che hanno messo a confronto i punti di vista dei professionisti dei DSM-DP con le esigenze espresse dai rappresentanti delle associazioni e degli utenti/familiari, divulgando e condividendo informazioni e raccomandazioni sull'utilizzo dei farmaci AP tratte dalla letteratura scientifica (Mussettola et al, 2010; Tyrer, 2012; Harrow et al, 2012; Wunderink et al, 2013; Conferenza Unificata Stato-Regioni, 2014), da documenti dei Dipartimenti di salute mentale (Santoro, 2007) e dall'esperienza di organizzazioni no profit, associazioni e utenti esperti (Icarus Project, 2012; Tibaldi, 2016). I principali contenuti dei Focus Groups sono stati raccolti in un rapporto (Gruppo di lavoro Consulta

Rif.

Antonella Piazza, psichiatra, Azienda USL Bologna
a.piazza@ausl.bo.it
Cell. 349 5783488

* Clotilde Arcaleni, Nevio Chiarini, Massimo Costa, Maria Geltrude D'Aloya, Beppe Donna, Walter Galavotti, Alessandra Gualandi, Marco Menchetti, Franco Morbidelli, Enzo Morgagni, Pietro Pellegrini, Giovanni Romagnani, Emanuela Rossi, Matteo Serroni, Pietro Spada, Silverio Sturaro, Bruna Tenenti, Grazia Tondelli.

DSM	Richiesti	Pervenuti	Differenza	% compilazione
Piacenza	73	71	2	97,3
Parma	74	72	2	97,3
Reggio Emilia	75	65	10	86,7
Modena	77	75	2	97,4
Bologna	78	76	2	97,4
Imola	66	66	0	100,0
Ferrara	75	52	23	69,3
Forlì	19	18	1	94,7
Cesena	20	19	1	95,0
Ravenna	20	20	0	100,0
Rimini	20	20	0	100,0
TOTALE	597	554	43	92,8

Tab. 1 – Numero di questionari richiesti e compilati per ogni DSM-DP della Regione Emilia-Romagna.

Salute Mentale Regione Emilia-Romagna, 2017) e hanno consentito di definire criteri, indicatori e standard per la fase operativa dell'audit, che ha preso il via nel giugno 2017 con la progettazione di una rilevazione finalizzata a fotografare punti di forza e di debolezza dei trattamenti offerti agli utenti con disturbi schizofrenici. Sulla base delle criticità poste in luce da questa indagine si intendono attuare azioni di miglioramento e misurarne l'impatto con una successiva rilevazione post-audit.

Dal SISM regionale del 2016 sono stati selezionati i codici identificativi dei casi seguiti dai CSM con questi requisiti: età superiore o uguale a 18 anni, cartella aperta al 31.12.2016 e diagnosi principale di disturbo schizofrenico. Da questa coorte (n=10.402), con il metodo di campionamento casuale semplice senza ripetizione, sono stati estratti 597 codici (6,3%), per i quali è stata richiesta ai CSM la compilazione di un questionario predisposto dal gruppo di lavoro (tasso di risposta stimato del 90%, margine di errore del 10% con intervallo di confidenza al 95%).

L'indagine ha combinato per ogni soggetto due tipi di informazione: i dati sociodemografici-clinici e di trattamento non farmacologico, forniti dai flussi informativi regionali 2016, e i dati sull'impiego dei farmaci, ottenuti tramite i questionari anonimizzati. Nei CSM i referenti clinici hanno individuato i nominativi corrispondenti ai codici identificativi campionati e, dopo aver informato gli utenti e acquisito il consenso allo studio, hanno raccolto in completo anonimato le informazioni sulle prescrizioni di AP e altri psicofarmaci alla data di compilazione.

Per gli utenti che hanno rifiutato il consenso all'indagine, compatibilmente con il termine della rilevazione (Nov. 2017) si sono individuati con lo stesso metodo altri codici sostitutivi. Il protocollo e la documentazione completa dello

studio sono stati sottoposti con esito positivo al parere dei Comitati Etici della Regione.

2. Risultati

La Tab.1 riporta per ogni DSM-DP i casi campionati e il numero di questionari effettivamente compilati. La popolazione finale dello studio è costituita dai 554 utenti con disturbi schizofrenici, per cui sono pervenuti oltre ai dati SISM anche i questionari con i dati sull'impiego degli AP.

Nel campione prevalgono i maschi (54%), le persone di età matura (il 31% ha tra 18 e 44 anni, il 51% è nella fascia 45-64 anni, il 18% è più anziano), e coloro che non si sono mai sposati (63%), mentre chi vive con la famiglia d'origine rappresenta il 39% (il 24% sta con la famiglia acquisita, il 12% vive solo e il 25% ha altri tipi di convivenza, in autonomia o in strutture residenziali). Il 60% ha una scolarità non superiore alla scuola dell'obbligo e il 34% è occupato al lavoro. Confrontando queste percentuali con quelle della popolazione complessiva dei CSM¹, si osserva una più alta proporzione di uomini, di persone di età matura ma non anziana e di casi mai coniugati. La grande maggioranza (81%) ha una lunga storia psichiatrica, essendo in contatto continuativo con il CSM da più di 10 anni.

Nel 2016 questi 554 utenti hanno ricevuto 46.055 prestazioni, con una mediana di 27 prestazioni pro capite. L'83% dei casi ha ricevuto più di 10 prestazioni nel corso dell'anno. Tra le prestazioni più frequenti vi sono i colloqui individuali (17,3%), le erogazioni o somministrazioni farmaci (36,6%) e le prestazioni di tipo socio-riabilitativo (28,9%). Il 22% delle prestazioni è stato svolto a domicilio o in ambiente esterno, il 72% invece in strutture territoriali (CSM, Centri diurni). Il totale annuale dei prodotti di trattamento² ammonta a 1028, con una mediana di 1,5 trattamenti per paziente e una maggior presenza di trattamenti clinico-psichiatrici (541) e socio-riabilitativi (167). Le persone con trattamenti residenziali non intensivi (quasi tutti per l'intero 2016) sono 66. I ricoverati sono 58, di cui 15 con TSO.

Questi dati prestazionali delineano complessivamente una consistente presa in cura territoriale, in grado di contenere il ricorso ai ricoveri ospedalieri e ancor più ai trattamenti sanitari obbligatori. Certamente rimangono da documentare molti aspetti più dettagliati e qualitativi del lavoro dei CSM,

Note

1. Per i confronto dei dati demografici, si veda la reportistica predefinita SISM: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps/sanita/salute-mentale-e-dipendenze-patologiche/sism/analisi-statistica>
2. Per la definizione dei prodotti di trattamento si veda il Rapporto SISM 2008: http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps/sanita/salute-mentale-e-dipendenze-patologiche/sism/files/rapporto_sism_2008.pdf

INDICATORI	STANDARD PREVISTI	VALORI OSSERVATI	Fonte dati
1. Presenza di schema di monitoraggio degli effetti collaterali da AP	PRESENZA SCHEMA	NON RILEVATI SCHEMI SPECIFICI PER AP	Rilevazione campionaria tramite questionari
2. % utenti con disturbi schizofrenici senza interventi rivolti alla famiglia nel periodo	< 30%	48%	SISM
3. % utenti con disturbi schizofrenici e ≥ 1 AP alla data indice	OSSERVATIVO	96%	Rilevazione campionaria tramite questionari
4. % utenti con disturbi schizofrenici e > 1 AP alla data indice	<20%	29%	Come sopra
5. % utenti con disturbi schizofrenici e AP di prima e seconda generazione associati alla data indice	<15%	17%	Come sopra
6. % utenti con disturbi schizofrenici e AP depot alla data indice	<30%	33%	Come sopra
7. % utenti con disturbi schizofrenici in cura da almeno tre anni e terapia AP di durata continuativa superiore a tre anni	OSSERVATIVO	35%	Come sopra
8. % utenti con disturbi schizofrenici e schema di monitoraggio degli effetti collaterali da AP attivo alla data indice	OSSERVATIVO	N.R.	Come sopra
9. % utenti con disturbi schizofrenici e registrazione di valori peso o circonferenza addome monitorati alla data indice	OSSERVATIVO	N.R.	Come sopra
10. % utenti con disturbi schizofrenici senza nessuno dei seguenti trattamenti/programmi nel periodo: psicoterapia, CD, FTL, TSR, BdS, IPS, residenze RTR-E e socio-assistenziali	<50%	56%	SISM

Tab. 2 – Indicatori di qualità.

30

ma non si può sottovalutare questa evidenza, tanto più significativa in quanto riferita a una popolazione di utenti lungo-assistiti e con marcata gravità diagnostica.

La Tab.2 presenta gli standard di qualità rilevati per i dieci indicatori prescelti.

Come si evince dalla tabella, le principali criticità riguardano:

- Indicatori 1, 8, 9: questi indicatori sono relativi alla presenza e alle caratteristiche di un sistematico monitoraggio attivo degli effetti collaterali da AP. Benché sia emerso che tutti i servizi pongono grande attenzione alle reazioni avverse che possono comportare gravi conseguenze in acuto (sono stati trasmessi ad esempio numerosi schemi con i controlli seriali dei valori di globuli bianchi in caso di terapie con clozapina, o di ECG in caso di terapie con aloperidolo), la diffusione di modelli di monitoraggio di effetti collaterali neurologici e soprattutto metabolico-endocrini (quali ad esempio l'aumento di peso, l'incremento di glicemia, colesterolo o prolattina), non appare sufficientemente consolidata.
- Indicatori 2 e 10, relativi alle caratteristiche delle prestazioni e dei trattamenti non farmacologici. In questo ambito sembra soprattutto carente il coinvolgimento dei familiari (il 48% di casi non ha interventi rivolti alle famiglie nel corso di un intero anno, a fronte di

valori attesi inferiori al 30%). Azioni migliorative sono assolutamente necessarie, anche considerando che circa il 74% del campione convive con qualche parente. La quota di utenti che nel corso dell'anno 2016 non ha partecipato a interventi strutturati di tipo riabilitativo è anch'essa da incrementare, sebbene più vicina al target previsto (56% vs. <50%).

- Indicatori 3-7, riguardanti le caratteristiche dei trattamenti psicofarmacologici. Oltre alle troppo frequenti associazioni di AP (29% di casi, a fronte di un obiettivo inferiore al 20%, con un 17% di casi che associano AP di prima e seconda generazione), l'aspetto più critico è costituito dalla durata della terapia con AP. Nel 35% dei casi l'attuale prescrizione di AP risulta infatti essere rimasta invariata da più di 3 anni, senza alcuna modifica dei principi attivi e dei dosaggi (Fig1). Anche se ciò può trovare una parziale spiegazione nella spiccata gravità di alcuni quadri clinici, percentuali così alte fanno ipotizzare che gli psichiatri siano ancora troppo orientati a prescrizioni farmacologiche di lungo termine, con scarsa propensione verso la costruzione di strategie di riduzione o sospensione degli AP, come sembra anche trasparire dalle previsioni dei clinici per l'anno successivo (Fig.2).

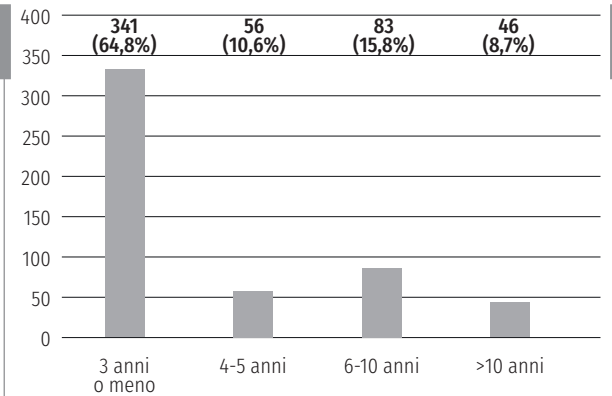


Fig. 1 – Durata dell’attuale prescrizione di antipsicotici con posologia invariata.

Conclusioni

Lo sviluppo del processo di condivisione tra professionisti, familiari e utenti ha tenuto conto dell’ormai ampia letteratura scientifica a favore di un riesame del rapporto tra benefici e rischi degli antipsicotici, soprattutto in caso di trattamenti a tempo indeterminato, che sembrano ridurre le probabilità di pieno recupero del funzionamento sociale (Tibaldi e Piazza, 2017). Le indicazioni principali fanno riferimento al principio del “*Less is more*”, dove “*less*” significa dosi basse e durata limitata, “*more*” allude ai vantaggi a lungo termine, sia sul piano clinico che su quello della *recovery*.

Il lavoro di audit è ancora in pieno svolgimento e l’analisi dei dati dovrà essere approfondita e ulteriormente discussa, ma già da queste prime evidenze si profila una buona parte di risposte alle domande iniziali. Le criticità emerse dall’indagine (associazioni tra antipsicotici troppo frequenti, eccessiva durata delle prescrizioni immodificate, assenza di uno schema condiviso e consolidato per il monitoraggio delle reazioni avverse, interventi rivolti alle famiglie e trattamenti psico-sociali non sufficientemente

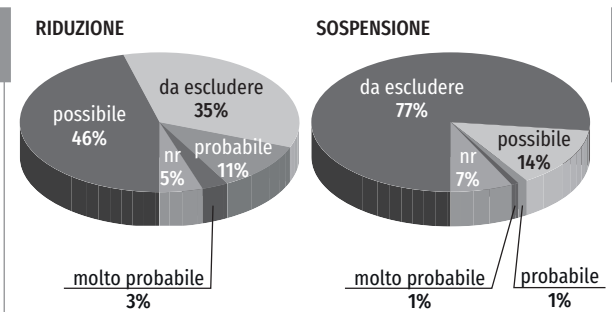


Fig. 2 – Previsione degli psichiatri sulla riduzione o sospensione dei farmaci antipsicotici nei 12 mesi successivi alla rilevazione.

diffusi) fanno intravedere un ampio materiale di lavoro per la prossima fase dell’audit, cruciale sul piano operativo in quanto dedicata a individuare e introdurre azioni di miglioramento. Sarà infine l’ultima fase del ciclo di audit a misurare l’impatto delle azioni svolte, e a verificare quanto percorso è stato compiuto verso quegli standard qualitativi elaborati in base alla condivisione di esperienze soggettive ed evidenze scientifiche.

Ringraziamenti

Mila Ferri e Ilaria De Santis, Servizio Assistenza Territoriale - Area Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Regione Emilia-Romagna
I Direttori dei DSM-DP della Regione Emilia-Romagna
I referenti dei DSM-DP: Gabriella Aramini (Piacenza), Stefano Giovanelli (Parma), Luca Pingani (Reggio Emilia), Rodolfo Rossi (Modena), Gerald Weber (Imola), Lorenzo Benini (Ferrara), Eleonora Monti (Forlì), Alessandro Mariani D’Altri (Cesena), Matteo Gori (Rimini), Cristina Bellosi (Ravenna).

Bibliografia

- Conferenza Unificata Stato-Regioni. *Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e i disturbi di personalità*. 14/11/2014 http://statorregioni.it/Documenti/DOC_045559_137%20CU%20PUNTO%206%20ODG.pdf
- Gruppo di lavoro Consulta Salute Mentale Regione Emilia-Romagna. *Report Progetto Regionale Appropriately dei trattamenti con farmaci antipsicotici. Analisi dei contenuti emersi nei focus groups 2016*. http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/salute-mentale/copy_of_documentazione
- Harrow M., Jobe T.H., Faull R.N., *Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study*. *Psychological Medicine* 2012, 42: 2145-2155. DOI:10.1017/S0033291712000220
- Icarus Project. *Guida alla riduzione degli psicofarmaci (versione italiana)* 2012. <http://www.willhall.net/files/ComingOffPsychDrugsHarmReductGuide-Italian.pdf>
- Muscettola G., Rossi A., Scarone S., *Una valutazione ragionata delle principali linee guida internazionali sulla farmacoterapia della schizofrenia*. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2010, 16:196-224 <http://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/07/10Muscettola1.pdf>
- Santoro F (a cura di) *Quando gli psicofarmaci bisogna proprio prenderli (?) Manuale per fornire informazioni utili alle persone che vivono l’esperienza del disturbo mentale e ai loro familiari*. Trieste, 2007 <http://www.triestesalutementale.it/segnalazioni/libri/doc/psicofarmaci.pdf>
- Tibaldi G., *Il gioco vale la candela? Riconsiderare l’uso degli antipsicotici alla luce delle evidenze sugli esiti derivanti dal loro utilizzo a lungo termine*. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2016, 115: 43-63
- Tibaldi G., Piazza A., *Uso appropriato degli psicofarmaci, appropriatezza dei trattamenti con farmaci antipsicotici: less is more?* *Nuova Rassegna Studi Psichiatri* 2017, Vol XV <http://www.nuovarassegnastudipsichiatri.it/attachments/vol-15/NRSP-Vol15-Uso-appropriato-degli-psicofarmaci.pdf>
- Tyrer P., *The end of the psychopharmacological revolution*. *British Journal of Psychiatry* 2012, 201:168. DOI: 10.1192/bjp.2012.168
- Wunderink L., Roeline M., Wiersma D., Sytma S., Nienhuis F.J., *Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/ discontinuation or maintenance treatment strategy long-term follow-up of a 2-years randomized clinical trial*. *JAMA Psychiatry* 2013, doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.19

Evoluzione ed empowerment del ruolo dell'infermiere e delle figure socio-educative

Cleta Sacchetti, Luca Ballanti

ABSTRACT

Prospettiva evolutiva dell'infermiere e delle figure socio-sanitarie in sanità. Lo sviluppo del modello del Case Manager e la sua naturale collocazione nelle Case della Salute. Nuovi bisogni emergenti e risposte innovative: Servizi di Prossimità, Budget di Salute, coordinamento e valorizzazione dei caregiver nella comunità locale.

32

1. L'evoluzione del professionista sanitario

Contare quarant'anni dalla introduzione della Legge Basaglia significa fare i conti col fatto che la memoria di questo avvenimento e della rivoluzione che ne fu causa ed effetto assieme non è più un dato esperienziale di chi lavora in sanità, ma deve essere recuperata e difesa.

La trasformazione di tutto il sistema di presa in carico e cura, relativo alle problematiche di tipo psichiatrico che seguì alla legge, è di estremo interesse ma esula dal nostro intento: vorremmo invece seguire l'evolversi delle prospettive delle professioni sanitarie che è avvenuto a partire da questo stesso terreno culturale. Non a caso è di pochi anni dopo (1984) il Decreto Degan¹ che per la prima volta cercava di definire normativamente l'educatore come figura professionale che potesse operare con metodo strutturato per "il recupero ed il reinserimento di soggetti portatori di menomazioni psicofisiche". La progressiva affermazione del malato come soggetto portatore di diritti civili inalienabili, ha messo in luce infatti la necessità di introdurre competenze educative e riabilitative nell'universo delle professioni sanitarie. Cambia il paradigma su come si percepisce il malato che diventa persona portatrice di un bisogno o di una serie di bisogni, accompagnandola ad essere protagonista del proprio percorso di cura. La famiglia, nelle sue varie evoluzioni sociali, è portatrice di interesse emotivo verso il proprio familiare, ma anche di un prendersi cura "educato" (pensiamo qui al tema dei *caregiver*). Questo lavoro di cura ha assunto sempre più, rispetto al passato, un carattere intergenerazionale ed evidenzia un crescente impegno rivolto

Rif.
Cleta Sacchetti, educatrice, Responsabile attività didattiche professionalizzanti, Scuola di Medicina e Chirurgia, Alma Mater Studiorum-Università di Bologna. Coordinatore Unico UOC Dipendenze Patologiche AUSL Imola
Tel. 0542 604237
cell. 3405516942
cleta.sacchetti2@unibo.it

anche ai giovani adolescenti verso i quali è necessario attivare attività di prevenzione, informazione e sostegno.

L'assistenza ad un figlio disabile dura tutta la vita e anche l'assistenza a coniugi o genitori impatta pesantemente sulla vita: l'Emilia-Romagna si è infatti dotata di una propria legge regionale (*Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare*) per sostenere psicologicamente ed economicamente queste persone.

Se pensiamo alla figura primigenia in questo campo "l'infermiere", lo vediamo passare, in questi ultimi anni, da un ruolo caratterizzato dalla esecuzione passiva e da un forte mandato di "custodia" nei confronti del paziente, ad una figura propositiva che interviene nella realizzazione del progetto personalizzato dell'utente. Questo insieme di competenze che in parte, a seconda del profilo, condivide con altre professioni sanitarie, il più delle volte viene veicolata attraverso il ruolo del *Case Manager* che unisce punti fondanti dell'agire e del pensare professionale. E' un metodo di gestione integrato per il quale viene assegnata una "precisa" responsabilità ad un determinato operatore per far sì che il percorso assistenziale personalizzato sia il più fluido possibile. Nel mondo della psichiatria lo possiamo connotare come un modello per facilitare l'integrazione territoriale tra servizi psichiatrici ed ospedalieri.

Una *Mission* specifica del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche è la presa in carico del paziente affetto da disturbi psichici gravi e portatore di bisogni complessi identificati attraverso una valutazione multidimensionale che considera le diverse aree che concorrono a definire il "profilo di salute".

La metodologia clinica della rilevazione dei bisogni specifici, dell'offerta di interventi differenziati e integrati e della garanzia della continuità terapeutica rappresenta il modello di lavoro appropriato per la psichiatria di comunità.

In questa cornice il *case manager* è l'operatore in grado di coordinare i vari interventi tra la rete dei servizi e il destinatario, tra le diverse istituzioni e gli operatori, di accompagnare il paziente nel suo percorso di cura e di monitorarne il progetto.

La competenza professionale dell'infermiere, dell'educatore e di tutte le figure socio-sanitarie è formata dalla combinazione di conoscenze, di capacità e abilità professionali e di orientamenti idonei ad individuare i bisogni dando ad essi una risposta adeguata.

Le decisioni e le conseguenti azioni poste in essere dai professionisti consistono nell'adattare le conoscenze e i principi generali e specifici, acquisiti durante il proprio percorso formativo, ad elementi sociali continuamente in evoluzione mantenendo sempre attiva una "line" di pensiero e di adattabilità che possiamo chiamare "elasticità di pensiero".

Possiamo sintetizzare il percorso e il lavoro di cura in questi

tre punti;

1. processo di erogazione e di prestazioni sanitarie incentrato sull'utente;
2. cura dell'integrazione socio-sanitaria e della progettualità di tutti gli interventi;
3. centralità al lavoro di équipe multiprofessionale.

Questo approccio olistico richiede al professionista competenze articolate di valutazione dei bisogni, delle risorse, dello stato della rete sociale e del ruolo dei *caregiver* che afferiscono all'utente coniugate con capacità gestionali (comprehensive di monitoraggio e valutazione).

Per cercare di disegnare a tutto tondo la complessità del ruolo del *case manager* si possono identificare alcune macro aree² di competenze che indicano anche possibili linee di sviluppo della professione.

- La dimensione formativa, che raggruppa tutto quanto ha a che fare con la formazione come dimensione trasversale di tutta la vita professionale.
- La dimensione legislativa, che comprende anche l'*advocacy*, intesa come supporto attivo e propositivo alle scelte consapevoli del paziente ed all'esercizio dei suoi diritti.
- La dimensione relazionale, che attraversa tutte le altre e ne costituisce il necessario veicolo.
- La dimensione manageriale, esplicita nel coordinamento delle attività a favore del paziente.
- La dimensione assistenziale e riabilitativa, che presidia la qualità del servizio offerto.

In alcuni ambiti, come il lavoro in ambito psichiatrico o con la disabilità, il professionista socio-sanitario deve anche avere una forte vocazione al lavoro con la comunità territoriale che deve essere coinvolta nel percorso riabilitativo:³ diventa, in questo modo, colui che garantisce "l'accompagnamento" del paziente lungo l'intero percorso socio-assistenziale, punto di riferimento essenziale per l'utente, per i professionisti che erogano trattamenti sullo stesso e per le reti relazionali e la comunità di appartenenza della persona. Pensiamo, ad esempio, cosa può significare reinserire nel suo ambiente originario una persona con problemi di carat-

Note

1. Decreto Ministeriale del 10 febbraio 1984 (Decreto Degan)
2. L.Berti, *La prassi del case management infermieristico in Emilia-Romagna: l'identikit professionale del case manager infermieristico*, Rivista L'Infermiere N°2 - 2013
3. Rimandiamo per una migliore trattazione al numero di Sestante 04 dicembre 2017 *La galassia della riabilitazione Innovare e allearsi con la comunità*, oltre che alla copiosa letteratura.

tere psichiatrico dopo ripetuti ricoveri (immagine di sé, stigma, educazione sanitaria, etc.). La dimensione dell'*advocacy* non può mai disgiungersi da grandi capacità relazionali e ferreo realismo nell'interesse del paziente, che deve essere accompagnato lungo percorsi possibili e non idealistici.

2. Le sfide poste dai nuovi bisogni

La società contemporanea appare oggi piuttosto diversa da quella su cui presero avvio le riforme legate a Basaglia. Eppure dal punto di vista professionale, la linea evolutiva, volta a garantire al paziente la massima personalizzazione della presa in carico e la minima istituzionalizzazione possibile, sembra continuare a garantire interessanti linee di sviluppo coerenti con le nuove e vecchie sfide che i servizi sanitari hanno ora d'innanzi.

Ne elenchiamo alcune fra quelle che ci sembrano più evidenti:

1. l'invecchiamento della popolazione pone oggettivamente problematiche non indifferenti per il Sistema Sanitario, compresa quella del mantenimento delle persone attive dentro la rete sociale e del sostegno delle reti familiari.
2. Nel campo delle dipendenze patologiche le NSP (Nuove Sostanze Psicoattive) rappresentano un fenomeno nuovo, sommerso, complesso da monitorare e da fare emergere (le compravendite avvengono spesso sul web), ma che sembra conquistare importanti fette nel mercato del consumo, così come la crescente diffusione della Cannabis (circa 90mila studenti riferiscono un uso pressoché quotidiano della sostanza e quasi 150 mila studenti sembrerebbero farne un uso problematico)⁴. I risvolti patologici del Gioco pongono nuovi temi per la diffusione del fenomeno (il fatturato del Gioco legale nel 2016 in Italia è stato di 96 miliardi di euro!) e la capillarità dell'offerta.
3. Le problematiche legate alla salute mentale sono più che mai vive e lanciano nuove sfide come ad esempio i Disturbi del Comportamento Alimentare.
4. Il tema della disabilità psicofisica rimane uno degli assi portanti della professione.

In ambiti più propriamente sociali non si può non citare tutta la tematica legata alla immigrazione ed alla condizione giovanile (basterebbe il tasso di disoccupazione giovanile per motivare questa preoccupazione).

Sembra del tutto evidente che non si può ragionare su temi così ampi con un'ottica rigida che vede ad ogni bisogno corrispondere una offerta riparatoria di servizio ad hoc, per non dire di "struttura". Rimanendo ferma la necessità di una quota di servizi "pesanti" come può essere la comunità per il tossicodipendente o il minore maltrattato, il futuro evolutivo delle professioni sembra legato alla loro capacità di fare

prevenzione e di fornire punti di riferimento sul territorio. Le Case della Salute costituiscono, dal punto di vista istituzionale, uno dei vertici attorno a cui si aggrega il tentativo di passare da una offerta sanitaria "per servizi", in cui il lavoro di sintesi doveva essere in buona parte fatto dal paziente muovendosi sul territorio, ad una offerta di percorsi integrati per aree, erogati in punti unici il più possibile prossimi ai centri vitali delle comunità locali⁵. E' evidente che il personale infermieristico e socio-educativo sarà in prima linea proprio sugli aspetti di coordinamento delle risorse e di accompagnamento del paziente, sia all'interno del percorso nelle Case della Salute sia per tutto ciò che avverrà sul territorio e con il territorio: le Case della Salute si candidano infatti ad essere potenziali agenti di sviluppo di comunità: "Le Case della Salute sono un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, e al tempo stesso sono parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. Infatti, attraverso i concetti di "casa" e di "salute", di cui l'assistenza sanitaria rappresenta solo uno dei determinanti (e non tra i più importanti), si intende porre al centro la comunità, nelle sue varie forme: pazienti, caregiver, associazioni di pazienti e cittadini. Le Case della Salute possono diventare parte integrante dell'identità della comunità, un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse della comunità, in cui si possa sviluppare empowerment".⁶ L'obiettivo è tanto rispondente ai bisogni sociosanitari quanto ambizioso e richiede un rinnovo di mentalità non solo nella dirigenza del sistema sanitario ma anche di tutti gli operatori.

Le Case della salute offriranno anche la funzione di *assistenza per problemi di salute mentale e dipendenze patologiche*⁷, con eventuali strutture semiresidenziali o residenziali dedicate e, fra le aree integrate di intervento, l'accoglienza alla popolazione con bisogni occasionali ed episodici con una attenzione alla valutazione ed al *counselling*.⁸ Il modello del DSM di Trieste nato dalla rivoluzione Basagliana

Note

4. Cfr. *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2017*, Sintesi introduttiva, pp VII-IX.
5. Cfr. *Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa* (Dgr. 2128-2016).
6. *Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa* (Dgr. 2128-2016), pag. 9
7. *Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa* (Dgr. 2128-2016), pag. 7
8. Cfr. *Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa* (Dgr. 2128-2016), pag. 21

non può non essere un punto di riferimento per il tentativo sempre rinnovato di rendere il confine fra società civile e servizi sempre più indistinto e permeabile.

È interessante notare che nessuno dei due target proposti alle Case della Salute può essere raggiunto senza una totale integrazione socio-sanitaria. L'accoglienza di un problema di natura psicosociale non può essere effettuata infatti lasciando al cittadino il compito di fare sintesi fra Servizi Sociali e Sanità anzi dobbiamo aggiungere che, nell'interesse delle persone, occorre includere in questa integrazione anche le organizzazioni espressione del volontariato o del privato sociale. Anche il percorso di riabilitazione conseguente ad un problema di natura psichiatrica od a una dipendenza, non può prescindere dall'accompagnamento alla risoluzione dei problemi di tipo sociale (casa, lavoro, reti sociali).

Questo scenario evolutivo di integrazione sociosanitaria non può più essere rimandato. Lo strumento Budget di Salute non può che essere potenziato in questo contesto, in quanto non si può sottomettere il desiderato processo centrato sull'utente a logiche amministrative o gestionali (le risorse economiche devono poter sostenere il bisogno dell'utente, non le strutture che erogano i servizi). Non ci si può nascondere il fatto che anche le figure professionali non potranno rimanere estranee a questa flessibilità, basti pensare agli orari di apertura dei servizi o alla necessità per l'operatore di rispondere a più di un committente.

Una punta avanzata di permeabilità tra quanto avviene nella comunità locale o, più propriamente ai suoi margini, sono gli interventi svolti dagli educatori col metodo della prossimità nel campo delle Dipendenze Patologiche⁹, che consentono di intercettare precocemente situazioni di rilevante rischio o di patologia, in quanto eliminano il problema dello stigma legato alla dimensione ambulatoriale del Ser.T. e del dichiararsi "dipendenti". Intercettare precocemente significa ridurre i danni della persona, ma anche i costi della presa in carico, significa introdurre elementi di info-educazione nei gruppi giovanili informali, che sarebbero altrimenti spesso lasciati soli di fronte ai fenomeni sopra citati. Sempre in prossimità potrebbe essere in futuro l'intervento dell'educatore nei quartieri con forte presenza di popolazione anziana, là dove ci sarà bisogno di una presenza territoriale anche delle altre professioni.

Naturalmente occorre una grande preparazione ed una indiscussa maturità per potersi muovere sul territorio senza la protezione di un setting formale, ma riportando tutte le azioni all'equipe di riferimento per non cadere in pericolosi personalismi.

3. Formazione e della ricerca

La nascita tutto sommato recente dei corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie¹⁰ e la cultura delle evidenze scientifiche ha rinnovato ai professionisti sanitari la sfida della ricerca in merito alle pratiche della propria professione, per garantire innovazione e valutazione. Gli accordi fra le AUSL e le Università, che garantiscono la presenza di insegnamenti tenuti da professionisti coinvolti sul campo e la forte rilevanza formativa (33% dei Cfu) data al tirocinio, permettono agli studenti un reale collegamento con i problemi sanitari emergenti nella popolazione e con le metodologie che vengono applicate sul campo. Questo apporto dei professionisti delle AUSL e dei percorsi di tirocinio, che tanto incide sui percorsi di formazione dovrà però, per il futuro, trovare una maggiore valorizzazione da parte della componente accademica per promuovere una maggiore circolazione di esperienze e di competenze (pensiamo ad esempio che la ricerca si possa sviluppare solo in sinergia totale fra componenti sanitarie ed accademiche dei Corsi di Laurea).

4. Chi è professionista sanitario?

Fatte salve le differenze specifiche, oggi il professionista sanitario, deve avere alcune caratteristiche comuni.

Dal punto di vista dell'organizzazione:

1. un forte orientamento al cliente;
2. una assoluta disposizione al lavoro di équipe;
3. capacità di lavorare per progetti (compreso anche monitoraggio e controllo);

Dal punto di vista delle conoscenze:

1. la conoscenza in partenza delle tecniche base della professione ed un progressivo sviluppo nel corso della carriera di tecniche più specialistiche;
2. la tensione alla formazione continua, vissuta nella prospettiva del Lifelong e lifewide learning;
3. l'orientamento verso le evidenze scientifiche e la relativa ricerca (come fruitore e come produttore).

Dal punto di vista della comunicazione:

1. forte capacità a fare da ponte fra i diversi interlocutori (paziente, famiglia, reti sociali, ospedale, medici, comunità locale);
2. un orientamento alla info-educazione (anche nell'ambito della prevenzione);

Note

9. Sacchetti, Martinelli, Bassani, Atti, Pascarella, Gardenghi, *The Evaluation of Proximity Interventions: A Pilot Study*, SN Online: 2151-4771 - ISSN Print: 2151-4755

10. È datato 2 aprile 2001 il Decreto Interministeriale Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie.

3. la capacità di gestire gli obiettivi, i confini ed i limiti professionali anche nell'ambito di setting destrutturati (dalla visita domiciliare al territorio).

Abbiamo quindi a che fare con figure professionali che mantenendo anche i ruoli più tradizionali e affiancandone nuovi, devono gestirli nel contesto contemporaneo, facendo da collante e tessuto connettivo nella complessità dell'universo di attori del sistema socio-sanitario.

5. Il profilo professionale: verso la maturità

Il percorso ultra centenario delle professioni sanitarie, con la genesi dei Corsi di Laurea e il recentissimo DDL Lorenzin che mette ordine nella relativa disciplina degli Ordini, entra in una fase matura: questo non significa che siamo giunti ad un punto fermo dell'evoluzione ma piuttosto che esistono le condizioni per le professioni per poter dispiegare al massimo il loro potenziale a favore del bene comune.

Bibliografia

Crescentini A., De Felice F., Tonzar C., *L'educatore e la riabilitazione psichiatrica. L'integrazione professionale nelle comunità terapeutiche*, Carocci 2004

Spencer L.M., Spencer S.M., *Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore*, Franco Angeli 2017

Martin A., Santonastaso P., *Educazione professionale in medicina e psichiatria* Piccin-Nuova Libreria, Anno edizione: 2008

Tramma S., *L'Educatore imperfetto, senso e complessità del lavoro educativo*, Carocci Faber, 2003

Di Stanislao F., Sacchetti C., *Corsi di studio universitari*, in *E.P. Educatore Professionale* Maggioli Editore, 2016

Valutazione Notti Sicure

Prossimità e prevenzione abuso alcol e sostanze psicoattive a Cesena

Paolo Ugolini, Emanuele Ortino, Laura Perri, Fabiola Tinessa,
Valeria Trasforini

ABSTRACT

Obiettivi della cultura della consapevolezza e dell'autoregolazione e azioni e strategie tese a contrastare i rischi connessi a un consumo problematico di alcol e droghe, direttamente nei luoghi del loisir giovanile; la valutazione di risultato sulle azioni attuate e la valutazione di impatto sul problema (prassi di governance ibrida dei vari soggetti coinvolti: imprenditori e operatori della notte, servizi sanitari e sociali, associazioni di categoria). Notti Sicure tende anche ad integrare i concetti di disease (oggetto della classificazione nosografica), illness (percezione della persona) e sickness (percezione e presa in carico da parte dell'ambiente sociale della persona).

37

Introduzione

La *web society* sta rapidamente cambiando il mondo di adolescenti e giovani nel segno di un'ostentata incomunicabilità (Ugolini e Calderone, 2014) con il mondo degli adulti. Ciò che separa ed allontana i due mondi è la diversa costruzione sociale del rischio (Beck, 1986; Bauman, 2013) come dato esistenziale; il rischio preoccupa gli adulti ma attrae le multiformi identità dei giovani, contagiandone le scelte nei percorsi di crescita, orientandoli verso territori non circoscritti, alla ricerca di nuovi compiti. Si può sostenere che esiste una dimensione positiva del rischio, rischi fisici e socio-psicologici come mezzi per raggiungere scopi evolutivi, allo stesso tempo il rischio come aspetto della cultura della nostra società, come sopravvalutazione dell'esperienza concreta e come indebolimento della percezione del futuro. Sul tema dipendenze patologiche, le condotte a rischio più frequenti, specie per impatto individuale e sociale, sono quelle legate al consumo di sostanze stupefacenti (Pavarin, 2012, 2014). La definizione di "droga" nel mondo giovanile (ma non solo) sembra dipendere soprattutto da variabili culturali e di desiderabilità sociale piuttosto che dalle conoscenze relative agli effetti sulla salute (da sole o più spesso nella poli-assunzione); allo stesso tempo, un mercato che utilizza principalmente *internet* per la pubblicizzazione delle molteplici offerte di nuove sostanze psicoattive, per la

Rif.
Paolo Ugolini,
sociologo della salute, Osservatorio Dipendenze Patologiche del SerD di
Cesena / AUSL della Romagna
Cell 334 6205675
paolo.ugolini@auslromagna.it

raccolta di ordinativi, per il pagamento il credito elettronico e infine i normali corrieri postali per il loro invio.

1. Notti Sicure nel circondario cesenate

Notti Sicure nasce venti anni fa da parte del Ser.T./Centro di ascolto e consulenza nuove droghe; la sua filosofia è improntata sulla relazione con i protagonisti, siano essi gli organizzatori o i frequentatori del contesto del *loisir* giovanile, ed ha l'obiettivo prioritario di promuovere una cultura del divertimento e del piacere consapevole e di prevenire comportamenti a rischio legati all'uso/abuso di droghe. Oggi il mercato del divertimento notturno rispetto a quello degli anni '90 si è molto modificato, la scomparsa di gran parte dei locali di "tendenza", l'affermarsi di serate/nottate in contesti auto organizzati ha indotto il meticcio, delle sonorità e dei luoghi. Questa nuova realtà rispetto ai consumi di sostanze stupefacenti rende utile e auspicata la presenza di Unità di Strada (UdS) come Notti Sicure sia come presenza durante lo svolgimento degli eventi che per il lavoro di back office.

Notti Sicure agisce evitando semplici azioni informative sulle sostanze psicoattive e messaggi di tipo allarmistico e proibitivo; in particolare rinforzando i fattori protettivi contestuali ed individuali e differenziando messaggi in relazione al target e al contesto. Essere presenti come UdS Notti Sicure nei luoghi del *loisir* notturno significa entrare in territori di confine ove spazi, tempi e modi del vivere sociale assumono connotazioni diverse; esserci significa essere dentro i fenomeni, osservarli e, in un qualche modo, accettare di farne parte con il ruolo di UdS; significa accettare di entrare in contatto e convivere con ambiguità e contraddizioni profonde, significa, soprattutto, "essere là dove le cose accadono" ed intervenire su fenomeni giovanili nel momento stesso in cui questi si esplicano.

Nel 2016 sono state fatte 25 uscite utilizzando il furgone e metodi e strumenti particolari della UdS all'interno di una convenzione con l'Azienda per i Servizi alla Persona (ASP) di Cesena. (Tab. 1)

Notti Sicure per svolgere i suoi interventi entra in contatto anche con i gestori e chi lavora nel locale (baristi in primis, ma anche operatori della sicurezza) con i quali concordano obiettivi e aspetti organizzativi nella gestione del progetto e della tutela della salute dentro al "*loisir*".

Nel Distretto Rubicone-Mare del cesenate è stato siglato un cosiddetto "Decalogo e reti di responsabilità 2017-'19" condiviso tra Associazioni di categoria e singoli gestori, Ser.T., Enti locali e sono stati organizzati percorsi formativi.

La premessa è: gli obiettivi imprenditoriali e commerciali dei gestori possono integrarsi con gli obiettivi di salute dei professionisti della Sanità e degli Enti locali; l'obiettivo comune, nella differenza dei ruoli, è di difendere il divertimento, parte integrante della vita sociale, culturale ed economica della Comunità, come interesse generale; tale interesse, promosso attraverso azioni e scelte concrete da parte di tutti, è finalizzato a favorire il benessere dei cittadini e a promuovere sicurezza.

1.1 Notti Sicure tra prevenzione, gestione e recupero

Nel corso di questi vent'anni, il modello di intervento di Notti Sicure si è perfezionato ed evoluto. La sua lettura ha permesso di passare da "buone prassi" ad una lettura teorica induttiva che in gran parte ritroviamo nel modello proposto da Cipolla-Lombi (2011a, 2011b). Nel 1994 l'*Institute of Medicine* - organizzazione americana no-profit e non governativa - introdusse la nota distinzione tra prevenzione universale, selettiva ed indicata che, com'è noto, si fonda sulla realizzazione di interventi rivolti a target specifici di soggetti sulla base del rischio soggettivo di sviluppare una condotta tossicomana; Cipolla-Lombi hanno rielaborato la loro proposta suddividendo l'intervento in tre fasi: prevenzione generale, segmentata, mirata (logica anticipatoria rispetto all'uso), gestione (contenere conseguenze uso/abuso e sensibiliz-

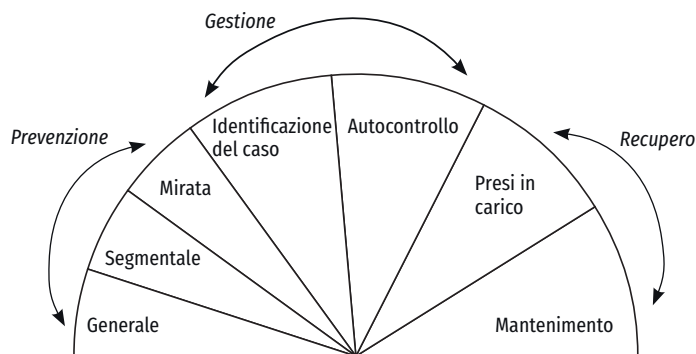


Fig. 1 - Il continuum del modello di intervento
Fonte: Cipolla e Lombi [2011], adattamento da Mrazek e Haggerty [1994].

Territorio	Operatori	di cui Volontari	Uscite	Ore	Contatti Tot.	Contatti con Etilometro
Cesena	11	8	14	289	1793	589
Romagna	85	41	218	3653	14111	7098

Tab.1. Dati di attività NOTTI SICURE/UdS Cesena e progetti AUSL Romagna. Anno 2016 (v.a.)

zazione ad un uso “responsabile”) ed eventuale recupero (“prenderlo in carico” ed inviarlo ad andare, se necessario, se possibile ai servizi socio-sanitari) (cfr. Fig. 1).

Ciascuna di queste fasi trova nei contesti del divertimento notturno dei setting privilegiati di attuazione che in parte richiedono un intervento diretto sul soggetto (es. adozione di uno stile di vita sano, controllo dei rischi connessi all'uso, ...), ma dall'altro impongono degli interventi sugli ambienti, *in primis*, nel rapporto con i gestori dei locali (rimozione di zone pericolose, possibilità per i frequentatori di sottoporsi volontariamente ad etilometro, creazione di “chill out”, ...).

Notti Sicure, inoltre tende a:

- favorire i rapporti tra amministratori locali, servizi socio-sanitari, forze dell'ordine, proprietari e gestori di discoteche o eventi notturni;
- realizzare materiale informativo adeguato (“Percorsi salute e spazi giovani nel cesenate”);
- predisporre Rapporti annuali sul dato quali-quantitativo degli interventi realizzati dal Ser.T. di Cesena, Ravenna, Forlì, Rimini.

Gli operatori della UdS partecipano a cadenza alle èquipe cliniche del SerT allo scopo di rendere possibili eventuali invii di soggetti per consulenze o prese in carico o per informare sulla vita di “strada” dello stesso. Resta chiaro che l'obiettivo prioritario è essere presenti in modo adeguato ad un contesto che è prima di tutto un luogo di piacere; ogni contesto presenta peculiarità specifiche rispetto alle quali l'UdS Notti Sicure scandirà la propria metodologia e le proprie pratiche.

La trasmissione di informazioni si traduce operativamente nella distribuzione di materiale contenente informazioni (es. cards, locandine, flyers, gadgets, etc.) in un linguaggio tarato sul target. È importante che il messaggio trasmesso sia chiaro, semplice, di immediata comprensione, ma al contempo in grado di attirare l'attenzione dei destinatari. In tal senso, poiché le sostanze psicoattive hanno, per i loro

effetti, un potere seduttivo la comunicazione deve essere altrettanto seduttiva.

Invitare i soggetti a sottoporsi volontariamente al test etilometrico è una strategia tesa ad esercitare una funzione di aggancio di particolare attrattività specie se si è superata la soglia consentita dalla legge; in parallelo l'uso dell'etilometro include suggerimenti volti a scoraggiare la poliasunzione o a promuovere comportamenti che invitano alla moderazione, alla prudenza, all'autocontrollo (bere sovente acqua naturale evitando di associare alcol e droghe, dedicare tempo al relax, fare una sosta, conoscere i rischi connessi all'assunzione, segnalare i primi sintomi di malessere, non frequentare un locale da solo).

Quando gli operatori della UdS incontrano soggetti che presentano caratteristiche di consumatore problematico, lo invitano ad intraprendere un percorso terapeutico stimolando la domanda di aiuto, supportando la motivazione e attivano “accompagnamenti” ai Servizi del territorio, inclusi quelli specialistici (Ser.T., Centri di ascolto e consulenza nuove droghe, Consulitori giovani).

2. Valutazione Notti Sicure 2016

Il Rapporto annuale Dipendenze patologiche dei quattro Osservatori epidemiologici dipendenze patologiche della Romagna descrive diverse aree tematiche tra cui “Valutazione di efficacia interventi di “prossimità” delle UdS/Ser.T. della AUSL della Romagna”. Dall'analisi del dato emerge che gli interventi nel mondo della notte hanno una diminuzione del numero di contatti svolti con l'etilometro (n.7098), mentre si conferma la fiducia che gli operatori riescono ad instaurare con i giovani ed il contributo fornito ad una maggiore consapevolezza sia rispetto alla sicurezza stradale che al consumo di alcolici e/o droghe illecite. (Fig.2)

Rispetto all'alcol emerge che un soggetto su due ha un valore alcolemico sopra il limite di legge (>0,50) (n. 3882), uno su quattro fra 0,81-1,50 come nel biennio precedente. Ana-

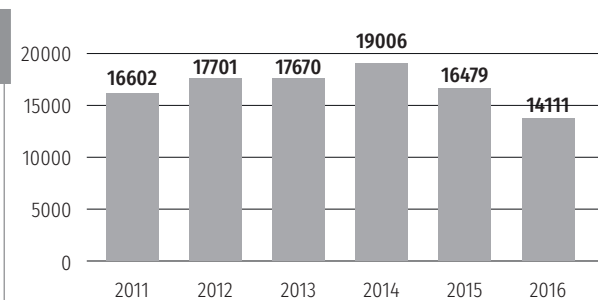


Fig.2 – Numero di contatti complessivi delle UdS AUSL Romagna dal 2011 al 2016 (v.a.)

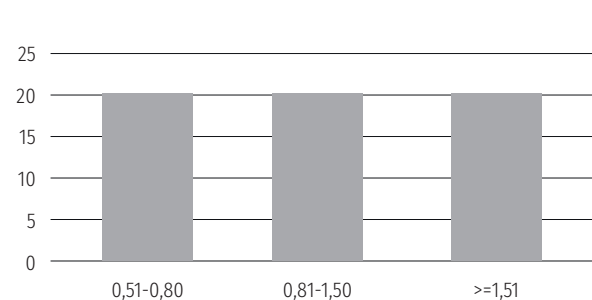


Fig. 3 - Livelli alcolici sopra il limite di legge AUSL della Romagna, anno 2016 (valori %)

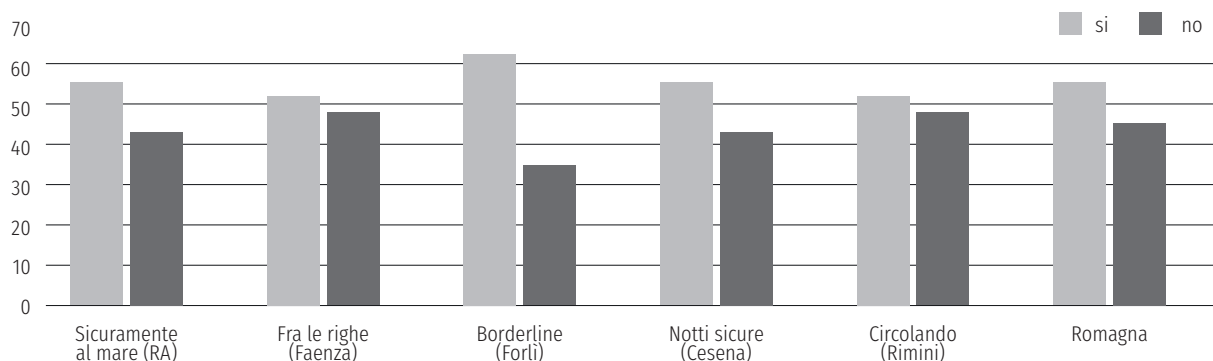


Fig. 4 - Livelli alcolici in rapporto al limite di legge per singoli progetti, anno 2016 (valori %)

40

lizzando i valori sopra lo 0,50 vediamo come la percentuale maggiore è di coloro che hanno un valore alcolemico 0,81-1,50, seguiti da quelli con 0,51-0,80 e pochissimi quelli con un valore $\geq 1,51$. (Figg. 3 e 4)

I valori percentuali sono simili a quelli del biennio 2014-15, non ci sono differenze significative fra i singoli progetti.

I soggetti che sono risultati a rischio, ovvero con l'intenzione certa di guidare e il livello alcolico sopra il limite di legge, sono stati 1509 (38,9% compresi i neo patentati che devono avere alcolemi uguale a 0).

Di questi 1509 soggetti (81,2% pari a 1225 soggetti) sono stati sensibilizzati.

Va però segnalato che il 38,9% dei sensibilizzati dichiara di avere intenzione di mettersi alla guida.

La conferma della gravità di questo dato rischia di far accettare come "normalità" un comportamento che gli esperti dell'Osservatorio nazionale "Giovani ed alcol" comunicano come molto grave, non solo nella fascia adolescenziale (entro i 18 anni) ma anche fino a 25 anni. Il documento elaborato dai membri del loro laboratorio scientifico infatti affronta tre temi:

1. la proposta di un eventuale innalzamento dell'età minima legale per l'acquisto e il consumo di bevande alcoliche dai 18 ai 25 anni; i giovani cominciano a bere precocemente, sotto i 18 anni (in media, secondo i dati ESPAD 2015 relativi a 26 Paesi, il 47% a 13 anni ha già consumato un drink);
2. la dose soglia compatibile con un consumo non a rischio o a rischio molto basso;
3. la grandezza accettabile del rischio del bere rispetto ad altri rischi.

2.1 Profilo di rischio

Si è cercato di individuare un profilo dei soggetti con maggior rischio di avere un valore alcolemico sopra il limite di

legge (regressione logistica inserendo nel modello le variabili sesso, età, residenza, contesto e intenzione di guida); analizzando tutti i contatti dei cinque progetti dell'ausl della Romagna, emerge che la probabilità di superare il limite alcolemico definito dalla legge ($>0,50$), in modo statisticamente significativo:

- è più basso per le femmine;
- è maggiore nelle fasce 18-19 anni e 20-24 anni;
- diminuisce all'aumentare dell'età;
- è maggiore per chi non ha intenzione di guidare;
- è maggiore per chi proviene dal territorio della Romagna;
- è più basso in contesti "feste di paese o della birra", maggiore in quelli legati alla spiaggia.

Osservazioni conclusive

Resta assodato che la prevenzione e la riduzione dei rischi non possono essere specifici sulle sostanze, che la prevenzione è un processo continuo immediatamente legato alla riduzione dei rischi, che la prevenzione ha la funzione di supportare i dispositivi di protezione individuali e collettivi, che la prevenzione deve influenzare le azioni di *empowerment* comunitario ed istituzionale promuovendo le *life skills* per sviluppare comportamenti positivi ed efficaci rispetto alle domande e alle sfide della vita quotidiana anche rispetto al consumo di sostanze stupefacenti.

Rispetto alle tre dimensioni del concetto di malattia: *disease* (come oggetto della classificazione nosografica), *illness* (come percezione della persona) e *sickness* (come percezione e presa in carico da parte della comunità e dall'ambiente sociale del malato) (Twaddle A. 1993) possiamo dire che Notti Sicure fa proprio l'approccio sociologico relazionale ove tutte e tre le dimensioni sono parte integrante dell'intervento. Dal "to cure" al "to care" ove l'*illness* e il *sickness* hanno la stessa importanza e dignità del *disease*. Inoltre Notti Sicure ha un approccio *bottom up*, i suoi punti di par-

tenza sono la cultura, i bisogni, le scelte degli adolescenti, dei giovani contattati, come degli stessi gestori e operatori dei luoghi del divertimento, pertanto, essere presenti nei luoghi di vita e del divertimento del mondo adolescenziale e giovanile è imprescindibile per Notti Sicure.

Il modello e la metodologia presentata suggerisce la possibilità di realizzare interventi volti al controllo della domanda di alcol e droghe attraverso passaggi ben precisi e strutturati secondo una logica di anticipazione (*prevenzione*), auto ed etero controllo (*gestione*), inserimento in percorsi clinici più definiti (*recupero*) in stretto contatto con i servizi specialistici di secondo livello quali Ser.T. e Consultorio Giovani. Ciascuna di queste fasi trova nei locali del *loisir* notturno dei *setting* privilegiati di attuazione che in parte richiedono un intervento diretto sul soggetto e/o sul gruppo di amici ma dall'altro impongono degli interventi su ambienti e operatori che vi lavorano.

Per concludere, *prevenzione, gestione e recupero* dentro alla rete dei rapporti tra servizi sanitari (ausl), sociali (Enti Locali e associazionismo), mondo privato (imprenditori della notte) e del no-profit in una qualità di *governance* che deve trovare espressione ed identità in quel contesto socio-culturale ed istituzionale dove essa si realizza ("*governance ibrida*").

Bibliografia

- Bauman Z. (2013), *Communitas. Uguali e diversi nella società liquida*, Roma, Alberti Editore.
- Beccaria F. (2013), *Alcol e giovani. Riflettere prima dell'uso*, Firenze, Giunti.
- Beck U. (1986), *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne.*, Frankfurt a.M: Suhrkamp; trad. it. *La società del rischio*. Roma, Carocci, 2001.
- Cipolla C., Lombi L. (2011a), Dalle prevenzioni "aggettivate" ad interventi coordinati e sequenziali nel ciclo delle droghe, *Salute e Società*, a. X, 1: 181-195 DOI: 10.3280/SES2011-001014 IT.
- Cipolla C., Lombi L. (2011b), Gli interventi nei contesti del divertimento notturno: verso una logica d'integrazione tra prevenzione, gestione, recupero, *Sestante*, n.34, settembre:15-20; testo disponibile al sito: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/notizie/2011/sestante34.pdf>
- Cippitelli C. (2013), Il lavoro notturno nei contesti del loisir: favorire la consapevolezza, lavorare per la limitazione del rischio, in Ugolini P., (a cura di), (2013). *Alcol e buone prassi sociologiche. Ricerca, osservatori, piani di zona, clinica, prevenzione*, Milano, F.Angeli.
- Lombi L. (2009), Scena dance e consumo di sostanze psicoattive: la prevenzione e la riduzione del danno come strategia di contrasto alla disabilità. In: Cipolla C. e Mori L., a cura di, *Le culture e i luoghi delle droghe*. Milano, F.Angeli.
- Mrazek, P.J., Haggerty R.J. (1994), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*, Washington, DC: National Academy Press.
- Pavarin R. (2014), *Il consumo socialmente integrato di sostanze illegali. Danni, precauzioni, regole e mercato*, Milano, F.Angeli.
- Pavarin R. (2012), *Minori e sostanze psicoattive. Teoria, ricerca e modelli d'intervento*, Bologna, CLUEB.
- Twaddle A. (1993). *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concept in the Theory of Health*. In A.Twaddle and L. Nordenfelt (eds.). *Illness and Sickness: Three concepts in the theory of Health Studies in Health and Society*, 18, Linköping University., pp.1-18.
- Ugolini P., Calderone B. (2014), *Il lavoro e la progettazione di "adulti educatori" tra web e identità adolescenziali*, in Cipolla C., *La progettazione sociale nella web society*, Milano, F. Angeli.
- Ugolini P., a cura di (2013). *Alcol e buone prassi sociologiche. Ricerca, osservatori, piani di zona, clinica, prevenzione*, Milano, F.Angeli.

Dal sapere al potere, l'esperienza della scelta

La metodologia Housing First nell'esperienza ravennate

Dora Casalino, Daniela Gatta

ABSTRACT

Quali strategie occorre promuovere per contrastare la grave marginalità? In che modo la legge Basaglia continua ad impattare le politiche e la cultura legate all'inclusione dei cittadini in situazione di svantaggio? L'articolo cerca una risposta a queste domande, offrendo un approfondimento sul metodo Housing First ed un'analisi dell'esperienza realizzata nel territorio di Ravenna, un esempio di sinergie e innovazione sociale.

42

Introduzione

“L’*Housing First* (HF) è un modello di intervento nell’ambito delle politiche per il contrasto alla grave marginalità, basato sull’inserimento diretto, in appartamenti indipendenti, di persone senza dimora con problemi di salute mentale o in situazione di disagio socio-abitativo cronico allo scopo di favorirne percorsi di benessere e integrazione sociale.

L’approccio HF affonda le sue radici negli Stati Uniti quando Sam Tsemberis, considerato il suo fondatore, avvia nel 1992 a New York il programma *Pathways to Housing* basato sul riconoscimento della dimora come diritto umano di base (Tsembreis 2010).

A questa premessa fanno da completamento due presupposti ontologici dell’approccio HF che afferiscono alla dimensione individuale e ambientale. Rispetto a quella individuale, viene riconosciuta la capacità intrinseca dell’individuo di riacquisire uno stato di benessere psico-fisico, pur in presenza di gravi condizioni di vulnerabilità sociale o problemi di salute mentale. A livello ambientale, la disponibilità di una casa, il supporto dell’equipe per ridefinire il proprio ruolo sociale, l’integrazione sociale e il ritorno progressivo alla vita di comunità, rappresentano la struttura relazionale e comunitaria imprescindibile che l’approccio HF vuole ripristinare attorno alla persona per dare efficacia alla stabilità abitativa.

Gli “ingredienti” essenziali (Stefancic et al. 2013) che distinguono l’HF da altri approcci sono: 1. *housing choice* (la persona è invitata a scegliere dove abitare), *housing avai-*

Rif.
Dora Casalino, Referente metodologico Progetti innovativi di Abitare Sociale - Consorzio Sol.Co Ravenna
progettohf@solcoravenna.it
Cell.337 157 9239

lability (programmi di accesso alla casa con o senza sussidi all'affitto, disponibilità della casa senza limiti di tempo o vincoli al raggiungimento di obiettivi), *affordable housing* (le persone compartecipano all'affitto con il 30% del proprio reddito); 2. separazione tra *housing* (inteso come diritto alla casa) e trattamento terapeutico; 3. libertà di scelta e auto-determinazione della persona; 4. supporto intensivo dello staff/equipe nei confronti della persona (visite frequenti, accompagnamento presso i servizi sociali, sanitari, di collocamento lavorativo, educativi, ricreativi sulla base di due principali metodologie di intervento (*Assertive Community Treatment* e *Intensive Community Treatment*)); 5. attenzione privilegiata alle persone senza dimora croniche con problemi di salute mentale o dipendenza da droga e/o alcol; 6. approccio di riduzione del danno.

Il modello HF introduce certamente dei cambiamenti, o quanto meno delle evoluzioni, rispetto ai modelli di intervento preesistenti per il contrasto all'*homelessness* basati sul principio *treatment first* (tra cui lo *staircase model* o modello a scalini diffuso anche in Italia). L'approccio clinico, istituzionale (sia da una prospettiva sanitaria, che da una assistenziale) viene ribaltato cosicché l'elemento dirimente è il passaggio diretto dalla strada alla casa. La persona e la sua libertà di scelta sono al centro della strategia. La stabilità abitativa è il fine ultimo. Il supporto dell'équipe socio-sanitaria (laddove prevista in maniera integrata), è strategica e funzionale al recupero della autonomia della persona e, soprattutto, del suo rientro in comunità.

Tra i principali risultati ottenuti da progetti HF ispirati al modello *Pathways to Housing* (Pleace 2012, 2013) vi sono l'*housing stability* (l'80% delle persone inserite nel programma HF mantiene l'appartamento a distanza di due anni); cambiamenti nell'uso di droghe e alcol (l'uso di sostanze si stabilizza o diminuisce considerevolmente); cambiamenti

nella salute mentale ("il possesso" di una dimora ha effetti benefici sul benessere psico-fisico della persona); efficienza dei costi (riduzione nell'uso di dormitori, riduzione nell'uso di servizi di pronto soccorso e servizi psichiatrici (dai 4 agli 8 mila dollari risparmiati), riduzioni di arresti per crimini compiuti da persone senza dimora, riduzione dei costi di assistenza laddove i soggetti ritrovano un impiego retribuito. A questi risultati se ne aggiunge uno significativo (Padgett 2007), ovvero l'*ontological security*: le persone inserite nei programmi HF godono di un senso di sicurezza, controllo e felicità dato dall'abitare (inteso appunto come benessere ontologico).

Il modello HF pone certamente delle sfide interessanti nel contesto italiano dove sembra ancora mancare una strategia unitaria di contrasto all'*homelessness*. Sarà una sfida per il partenariato pubblico-privato e del privato sociale impegnato sui propri territori in azioni di contenimento e/o risolutive alla grave marginalità.

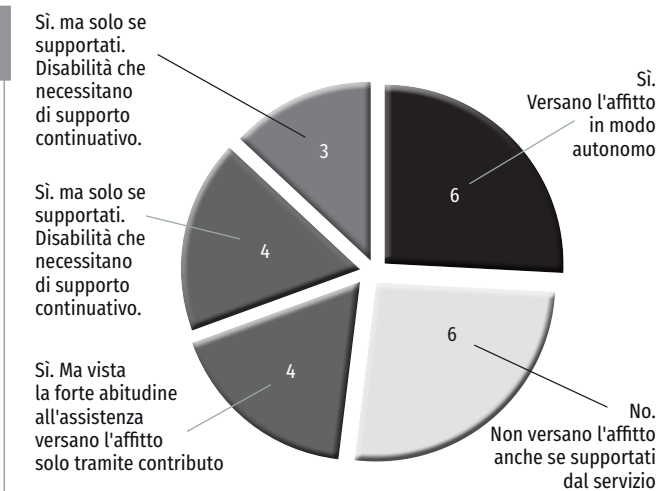


Fig. 1 - Regolare contribuzione all'affitto

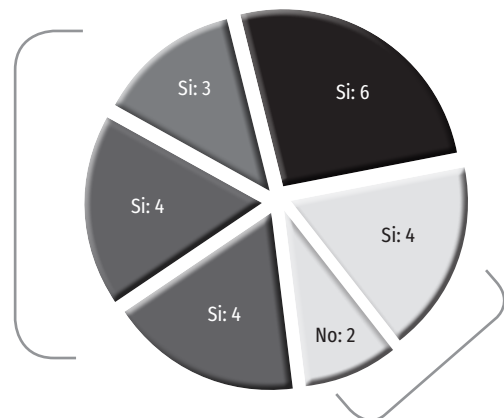


Fig. 2 - Regolare partecipazione a visite a domicilio

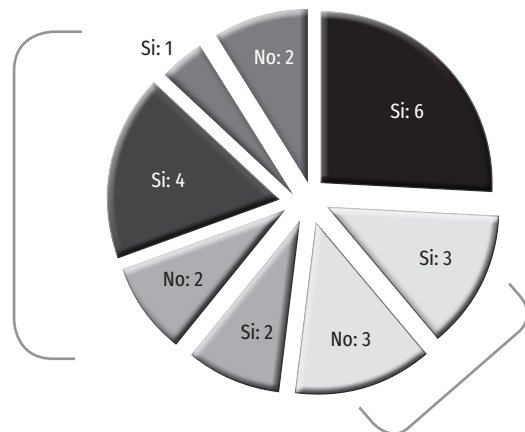


Fig. 3 - Buone relazioni nella convivenza

1. L'esperienza di Ravenna

La partecipazione alla sperimentazione della Fio.PSD, (Federazione Italiana Organismi Persone Senza Dimora) insieme ad altri 53 Enti sperimentatori del modello Housing First a livello nazionale, ha dato alla Città di Ravenna l'opportunità di essere parte di un percorso innovativo che si sta sviluppando in molte regioni d'Italia, con approcci diversificati a seconda dei bisogni del territorio in cui attecchisce; un modello elastico e allo stesso tempo forte di assunti cardine, che sperimenta per prove ed errori, grazie al supporto e al confronto tra le realtà partner regionali e nazionali, con il sostegno del Comitato scientifico (Network Organismi Persone senza Dimora), con l'obiettivo comune di poter affermare che la casa può essere un diritto fondamentale, il cui riconoscimento per chi versa in stato di grave marginalità sociale rappresenta una piena opportunità di autodeterminazione. Essere tra gli Enti definiti "coraggiosi" dalla Federazione nazionale, per aver accettato la sfida, ci ha reso fieri e ci ha motivato, forti di poter portare la ricchezza di un modello che necessita di aggiustamenti, correzioni e maggiore chiarezza nella definizione delle responsabilità condivise con la rete locale, ma che ha posto, a nostro avviso, le basi per un percorso di radicale cambiamento nell'approccio al contrasto alla grave marginalità adulta.

Dal mese di ottobre 2015, periodo di avvio della sperimentazione HF, 45 persone con percorsi di vita segnati dall'aver sperimentato la perdita di un'abitazione in cui riconoscere un luogo di vita sicuro, con disagio abitativo cronico o di tipo temporaneo, sono venute a conoscenza del Progetto Housing First. Ad oggi, gennaio 2018, sono stati attivati 8 appartamenti a Ravenna, 2 a Faenza, 1 nell'Unione dei Comuni della Bassa Romagna. A Ravenna, sono attualmente in progetto 25 adulti, 7 minori e un neo maggiorenne inserito nel suo nucleo familiare d'origine.

L'analisi proposta verte sulla descrizione di alcuni risultati emersi dall'analisi dei dati del progetto Housing First, nei primi 18 mesi di attivazione.

Come progetto sperimentale di abitare sociale, Housing First viene realizzato a Ravenna dal consorzio di cooperative sociali Sol.Co in collaborazione con partner istituzionali (Comuni, Servizi Sociali Associati, AUSL Romagna) e una rete di soggetti legati al mondo del privato sociale (Coop. La Casa, Ricercazione, il Consorzio Fare Comunità, etc).

Al momento dell'analisi (maggio 2017) erano inseriti in progetto 23 adulti, 7 minori, e 1 neomaggiorenne inserito nel suo nucleo familiare d'origine.

Obiettivo della disamina è evidenziare la percezione dei partecipanti relativamente al miglioramento della qualità della vita, a seguito della scelta di partecipare alla sperimentazione del progetto HF - Prima la casa. Come strumenti

di analisi, sono stati utilizzati i colloqui individuali di monitoraggio, le visite settimanali in appartamento con il gruppo dei conviventi, effettuate dall'équipe di operatori HF, e la somministrazione dell'Onda del Cambiamento - strumento elaborato dal Network HF Italia per misurare l'autovalutazione dei processi di resilienza, empowerment e di ricostruzione di un ruolo sociale, attivati dai partecipanti, attraverso la scelta di avere una casa nel progetto HF.

Di tale strumento, sono stati esaminati solo alcuni dei domini di valutazione (Salute, Cura di sé, Cura della casa, Dipendenze, Relazioni, Gestione del Denaro) e sono stati confrontati i valori di posizionamento del singolo con quelli rilevati dagli operatori HF, nel tentativo di definire per quante persone HF ha realmente rappresentato un miglioramento della qualità della vita.

In seguito, l'analisi cerca di evidenziare il numero di persone per cui è ipotizzabile una concreta stabilità abitativa in Housing First, aggregando l'aderenza dei singoli alle regole fondamentali del modello, ovvero la contribuzione all'affitto/utenze, (in quota parte) (Fig. 1), la partecipazione regolare alle visite settimanali effettuate dall'équipe di operatori (Fig. 2) e la capacità di mantenere buone relazioni nella convivenza (Fig. 3), tutti fattori sui quali i singoli sono chiamati a partecipare attivamente.

I risultati dimostrano come, sul totale degli attuali partecipanti inseriti, per 10 persone sia ipotizzabile la stabilità abitativa in HF e si tratta di coloro che rispondono contemporaneamente e positivamente ai quesiti di cui sopra, per 7 esiste il rischio di un fallimento del progetto, per 6 è certa una prossima fuoriuscita dal progetto in assenza di cambiamenti significativi (Fig. 4).

Si evidenzia inoltre come l'attivazione di interventi di rete, che includono soggetti che nel corso dei mesi si sono occupati di orientamento al lavoro, laboratori di empowerment e promozione delle competenze personali e di senso di ap-

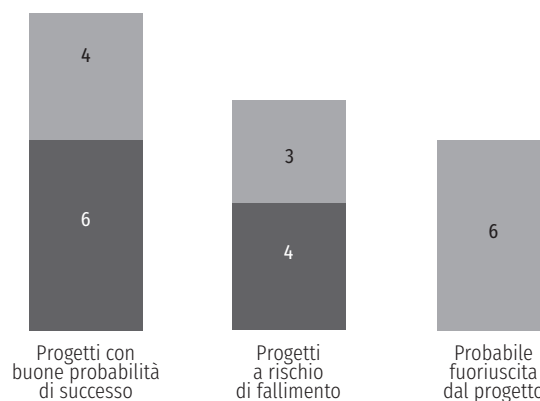


Fig. 4 - Stabilità abitativa

partecipazione, comprensione del progetto e percezione dei partecipanti come parte di un gruppo più ampio, che condivide bisogni simili e che può essere in grado di operare al fine dell'ottenimento di un risultato comune.

Le 305 visite realizzate nel 2017 hanno visto una diversa intensità di presenza degli operatori. Si è sperimentata una presenza a scalare. Tra le donne si riscontrano i maggiori successi in termini di recovery. Nel corso del 2017 sono 3 su 4 le donne che hanno migliorato la propria condizione dal momento di ingresso in progetto. Una tra queste, entrata in progetto nel 2016, proveniente dalla riabilitazione psichiatrica, ha gestito con ottimi risultati la vita in autonomia all'interno di un bilocale in cui vive da sola e per cui contribuisce in maniera autonoma. Nel corso del 2017 ha scelto un ricovero psichiatrico volontario a seguito di una crisi personale relativa alla relazione con la famiglia d'origine. La dimensione relazionale è stata di successo, la casa è diventata luogo di accoglienza per la sua comunità religiosa e per la sua rete amicale personale. Si ipotizza un riscatto dell'affitto, obiettivo ultimo del progetto, nel corso del 2018, appena la condizione lavorativa ora mediamente stabile, diventerà definitiva.

Le visite organizzate negli appartamenti in cui coabitano uomini tra i 20 e i 60 anni, hanno messo in evidenza le criticità e i punti di forza della coabitazione, su cui l'équipe ha speso energie nell'individuazione di strategie adeguate alla risoluzione delle conflittualità sorte tra i coinquilini. Queste strategie sono state condivise attraverso il tema della libera adesione al progetto, del metodo e delle responsabilità, insieme a tutto il gruppo presente in ogni appartamento, con l'obiettivo di coinvolgere i partecipanti nella costruzione del benessere nella coabitazione, al fine di promuovere la stabilità abitativa. Durante le visite, attraverso la gestione degli aspetti pratici e quotidiani, di gestione organizzativa della convivenza, è stato possibile lavorare sulle relazioni, sulla gestione del denaro, sull'opportunità di un'alimentazione adeguata grazie all'utilizzo di una cucina, che da tempo non

gli era concesso di usare, sul rispetto degli spazi comuni e privati, sulle relazioni con i proprietari degli immobili ed il vicinato, sulle capacità di mediazione dei conflitti.

2. La Rete Interna

Il progetto Housing First, nella sua declinazione sul territorio di Ravenna, viene implementato con la peculiare sinergia di vari soggetti afferenti al sistema Sol.Co, ente realizzatore dell'intervento. "Prima la casa", infatti, implica una rete di soggetti legati al mondo del privato sociale che, a seconda delle necessità ed esigenze espresse dal singolo partecipante, ne favoriscono l'inserimento sociale attraverso azioni progettuali mirate, che vanno oltre al lavoro specifico svolto dall'équipe nell'ambito dell'abitare sociale. In particolare, la cooperativa RicercAzione ha realizzato laboratori di empowerment, finalizzati all'emersione dei *desiderata*, al supporto nella definizione di un progetto personale consapevole e ragionato e alla proposta di contatti con il territorio che ne facilitino la realizzazione. Il Consorzio Fare Comunità si è occupato, mettendo a disposizione un referente per le Politiche del Lavoro, del supporto nell'orientamento e inserimento lavorativo dei partecipanti, al fine di rispondere alla necessità primaria, espressa da molti di loro, di trovare una propria collocazione nel mondo del lavoro (Fig. 6). Il lavoro dell'operatore si è dunque concentrato in colloqui conoscitivi dei partecipanti, ma anche nel confronto e strutturazione di progetti personali, congiuntamente all'équipe di progetto e ai servizi inviati (Servizi Sociali Associati, SerT e DSM), portando in molti casi all'attivazione di tirocini e opportunità formative, facendo anche leva sulla presenza, all'interno del Consorzio Sol.Co, di cooperative sociali disponibili ad accogliere le persone (La Pieve, Asscor, Progetto Crescita). Lo sviluppo di tale azione ha portato alla definizione di un'importante politica da parte del Sol.Co, che oggi richiede alle proprie cooperative e ai fornitori, di prevedere un contingente di tirocini per persone in situazione di disagio, imprescindibile per l'adesione al Consorzio e alla prosecuzione di contratti di fornitura. In conclusione, una rete

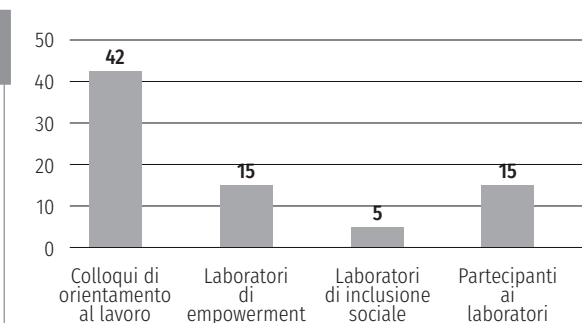


Fig. 5

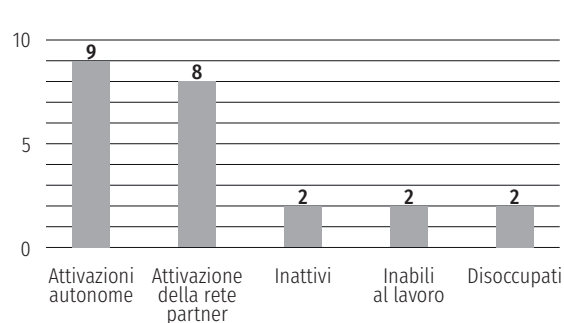


Fig. 6

ampia di soggetti ha avuto l'opportunità di conoscere il progetto, approfondirne i principi e riflettere sul cambiamento che esso propone – cambiamento in primo luogo culturale.

3. Gli Strumenti di Valutazione

LA PIATTAFORMA OSVALDO

OsValdo, dall'antico sassone Hos-Wald che significa "difensore della casa", è il nome dello strumento informatico realizzato dalla Fio.PSD nell'ambito della sperimentazione Housing First Italia, per la rilevazione e analisi dei costi complessivi attraverso la quantificazione puntuale delle risorse e dei costi per singolo soggetto destinatario, in un definito arco temporale. Uno degli obiettivi principali del sistema è legato all'utilizzo di una piattaforma comune in grado di armonizzare la procedura di caricamento dei costi di gestione, suddividendo tale operazione nelle seguenti macrovoci di spesa: Personale e Risorse, Servizi Necessari, Servizi Eventuali. Al momento non sono stati conteggiati i cosiddetti costi esterni, ovvero tutti quei beni e servizi erogati attraverso i Servizi di riferimento, in particolare in termini di risorse umane e misure di sostegno al reddito, fatta eccezione per i costi relativi ad eventuali ricoveri ospedalieri.

Alla prima sperimentazione della piattaforma, Ravenna ha partecipato insieme ad altri territori dislocati in Italia (Caltanissetta, Cesena, Milano, Rimini e Siracusa). Al termine di questa fase, l'Università di Catania ha riscontrato che nell'esperienza ravennate di Housing First, in cui risultavano presenti 16 partecipanti, dopo 11 mesi di progetto, il costo medio mensile per ciascun soggetto era di circa 440 €, a cui occorre sommare una ulteriore cifra di 192 €, per un totale di circa 630 €. Tale specifica è necessaria alla luce della particolare organizzazione che Sol.Co si è data e al livello di dettaglio che intendevamo fornire all'analisi economica. Infatti, rispetto al computo dei costi economici della équipe di progetto (composta da un Coordinatore di équipe, un educatore e un operatore sociale con anche funzione di referente per la comunicazione sociale), che ricade nel calcolo iniziale, abbiamo provveduto anche a stimare il costo medio delle altre figure professionali che Sol.Co dedica alla gestione dei singoli progetti, che vedono impegnati, naturalmente per quota parte a seconda del numero di partecipanti, un referente metodologico, un amministrativo contabile, un referente per le politiche del lavoro, un operatore per i laboratori di empowerment e uno psicoterapeuta per la supervisione di équipe.

Comparate con le altre realtà osservate, il territorio di Ravenna si attesta circa a metà rispetto alle altre città, che registrano costi mensili medi per soggetto da 56,19 € (Siracusa) a 1.479,35 €. Con riferimento alle tre macrovoci di spesa, il costo medio, a Ravenna, ricade per circa il 45% su

Risorse e personale, per circa il 25% sui Servizi necessari ed il 35% sui Servizi eventuali, in carico all'Ente pubblico: è stato il caso di una lunga degenza ospedaliera ad aver in tal modo accresciuto questa voce, al netto della quale il costo medio per partecipante a Ravenna passerebbe da 630 € a 420 € circa.

L'ONDA DEL CAMBIAMENTO

Nell'ambito della valutazione dei percorsi individuali, l'équipe *Housing First* utilizza uno strumento elaborato in seno alla Fio.PSD, denominato *The Italian Homelessness Outcome System - L'Onda del Cambiamento*. Lo strumento ha l'obiettivo di valutare i processi attivati e i risultati raggiunti, al fine di poter sostenere con evidenze scientifiche l'efficacia del modello Housing First. Il cambiamento viene valutato nei dieci ambiti nei quali esso si manifesta: Cura di sé, Cura della Casa, Gestione del quotidiano e Uso del tempo, Salute, Dipendenze, Relazioni, Gestione dei conflitti e Legalità, Gestione del denaro, Lavoro e Istruzione. La prima somministrazione è infatti utile a mettere a fuoco le aspirazioni/obiettivi della persona e quali sono i domini rilevanti utili a sostenerne il raggiungimento, mentre una seconda viene effettuata quando si verifica un cambiamento negli obiettivi o nella condizione della persona. Inoltre, viene valutata anche la condizione di benessere e autostima con un secondo questionario (Resilienza psicologica, Windle, Markland e Woods, 2008).

I domini vengono valutati in base agli stadi del cambiamento di precontemplazione, contemplazione, determinazione o preparazione, azione, mantenimento (Prochaska e Di Clemente, 1982). La costruzione dell'*Onda* ha visto la partecipazione di Peter Cockerseller (University of Surrey), di aderenti del Network *Housing First* Italia e di alcuni partecipanti al progetto HF chiamate a sperimentare e proporre modifiche ad un primo modello sperimentale. Una volta messo a punto lo strumento, in totale 18 partecipanti hanno effettuato la somministrazione. Purtroppo non è stato possibile realizzarla con tutti i partecipanti, ma in generale, tutti coloro che hanno risposto al questionario, si sono posti in un atteggiamento positivo, interessato e disponibile a discutere: nella maggior parte dei casi, i punteggi sono stati frutto di una condivisione tra operatore e partecipante, che non ha creato problemi o contrasti, ma talvolta chiarimenti e riconsiderazioni da parte della persona.

Complessivamente è possibile sostenere che, per circa il 60% dei soggetti coinvolti si registra un miglioramento delle condizioni di vita, rispetto alla situazione precedente, mentre per il 25% è indispensabile il verificarsi di altre condizioni (es. l'accesso a un lavoro stabile) per poter parlare di un miglioramento del proprio benessere. Per i restanti, il cambiamento delle condizioni di vita non ha significato

necessariamente un miglioramento: l'assunzione di nuove responsabilità, la necessità di gestire molti elementi che in precedenza erano delegati a qualcun altro (gestione del denaro, delle relazioni nella convivenza, della casa, ecc), la consapevolezza che la casa costituisca "un punto di partenza" genera disorientamento.

Non sempre è facile evidenziare, fin dalla prima somministrazione, gli obiettivi/aspirazioni della persona, in quanto in moltissimi casi lo strumento favorisce una prima assunzione di consapevolezza delle proprie criticità, per cui spesso tale riflessione evolve nel corso delle visite o in altri momenti di confronto. Inoltre, se molti partecipanti sono in grado di comprenderlo ed assumerne l'utilità, per altri risulta difficile intenderlo come uno strumento di analisi: molto dipende dagli strumenti cognitivi e relazionali del singolo, ma anche dalla capacità dell'operatore di sostenere una relazione scevra di giudizio, autentica e alimentata da una sincera curiosità ed interesse verso il partecipante, oltre che di rispetto nei confronti dei limiti posti dall'altro. In altri casi l'*Onda*, somministrata a breve distanza dall'ingresso, ha permesso agli operatori di conoscere fin da subito punti di forza, capacità e competenze personali del singolo e di riflettere in modo positivo e partecipato sul piano educativo, gettando le basi di una relazione d'aiuto mirata alla recovery.

Conclusioni

Quello che Basaglia ci ha lasciato in eredità è una legge guida che merita senz'altro ancora oggi opportunità di miglioramento nel sistema dei servizi connessi alla chiusura dei manicomi. Una legge necessaria, che ha aperto la strada all'opportunità di riconsiderare i pazienti/utenti come persone portatrici di competenze, oltre che di bisogni. A partire da questo, ci siamo chiesti quando i pazienti/utenti iniziano ad essere considerati cittadini. E se essere cittadini vuol dire contribuire al proprio benessere in relazione al benessere della comunità di cui si è parte, ci siamo detti che i partecipanti al progetto Housing First avrebbero dovuto essere messi nelle condizioni di poter esercitare il diritto alla casa - se per diritto alla casa si intende tutto quello che è connesso all'abitare, come luogo sociale da cui ripartire nell'esperienza relazionale, scevra da vincoli e da connotazioni imposte dalla malattia, dalla dipendenza o solo dalla povertà crescente, con la responsabilità che ne consegue. Ed è qui che abbiamo visto le prime criticità. Lo scetticismo dei partecipanti abituati ad essere assistiti, che hanno sperimentato la fatica del dover esercitare l'autonomia nelle scelte, prima fra tutte la necessità di dover contribuire ai costi di realizzazione del progetto. Così abbiamo lavorato sul tema dei diritti e doveri dell'essere cittadini responsabili

della propria vita nella Comunità. Versare una quota di contributo per i servizi abitativi quindi, oltre a dare possibilità al progetto stesso di essere realizzato, restituisce ai partecipanti l'opportunità di poter gestire una fetta di potere nella relazione con i Servizi. Chi sperimenta l'HF può essere parte attiva in quel progetto di vita proposto dai Servizi e che lui stesso potrà scegliere di esercitare. Quello che abbiamo potuto osservare in questi primi anni di sperimentazione dell'HF a Ravenna è che, a maggiore cronicità di assistenza, in mancanza di progetti di vita definiti da parte dei Servizi, sta la minore disponibilità ad immaginarsi di nuovo capaci di sperimentare autonomia da parte delle persone. Quello che sentiamo necessario è che l'approccio integrato tra sociale e sanitario possa essere parte integrante del percorso Housing First Ravenna, mettendo insieme i saperi tra Servizi Pubblici e Terzo Settore, al fine di rispondere ai bisogni che i pazienti portano con sé. Come diceva Basaglia, "Solo esercitando il sapere come potere e non viceversa, saremo in grado di supportare le persone in un vero percorso di guarigione".

Bibliografia

Cortese C., Iazzolino M., *Innovare per includere: le sfide dell'Housing First*, Paper sottoscritto alla Settima Conferenza ESPANET "Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni", Torino 18-20 settembre 2014"

Percorso formativo "*Conoscere ed avviare soluzioni abitative innovative e percorsi di autonomia*

per le persone in condizione di grave marginalità", approvato dalla Regione Emilia-Romagna con DGR 1375/2014, che conferisce incarico alla fio.PSD di svolgere omonimo programma di formazione destinato a dirigenti e operatori si staff di organizzazioni pubbliche e del terzo settore attive sul territorio emiliano romagnolo. Pleace, N., e Bretherton, J. (2013) *The Case for Housing First in the European Union: A Critical Evaluation of Concerns about Effectiveness*, European Journal of Homelessness, Vol. 7, No. 2, pp. 21-41

Pleace N. (2012), *Housing First DIHAL*. Disponibile su www.feantsa.org/files/freshstart/Policy%20documents/2012_04_27_FINAL_EN.pdf

Pleace N. (2011), *The Ambiguities, Limits and Risks of Housing First from a European Perspective*, European Journal of Homelessness vol. 5, No.2, pp.113-127.

Stefancic A., Tsemberis, S., Messeri, P. Drake, r., Goering, P., (2013) *The Pathways Housing First Fidelity Scale for Individuals With Psychiatric Disabilities*, American Journals of Psychiatric Rehabilitation, N. 16, pp. 240-261.

Tsemberis S. (2010), *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction* Hazelden: Minnesota.

Windle G., Markland D.A., Woods R.T., *Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age*, Aging and Mental Health, Volume 12, 2008, pp. 285-292.

Prochaska J.O., DiClemente C.C., *Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change*, Psychotherapy Theory Research & Practice, Volume 19(3), 1982, pp. 276-288.

Percorsi di cura di utenti alcolisti in un ambulatorio a bassa soglia di accesso

Angela Zannini, Luana Oddi, Manca Jelena

ABSTRACT

In questo articolo viene descritta la presa in carico e la cura di utenti alcolisti attivi afferenti alla struttura a bassa soglia d'accesso del SerDP di Reggio Emilia; l'accoglienza e la presa in carico hanno favorito il contenimento dell'uso di alcool, i rischi e danni per la salute e contribuito ad un miglioramento della qualità di vita.

48

Introduzione

La riduzione del danno (RdD) in materia di droghe, è una strategia di intervento non subordinata alla cessazione del comportamento di consumo ma finalizzata a contenere od a evitare conseguenze derivanti dall'utilizzo di sostanze psicoattive. Inoltre favorisce un precoce contatto con i servizi e di conseguenza un maggior monitoraggio clinico del paziente con una riduzione dell'impatto sanitario, dei costi sociali e dei costi legali (Wilson et altri, 2015).

Il target peculiare è il cosiddetto "sommerso": le fasce più emarginate e problematiche che avrebbero necessità di cure, ma che non hanno fatto accesso ai servizi sanitari. Partendo da un dato reale, quale la presenza di un largo consumo e l'impossibilità di debellarlo completamente, le strategie della RdD si pongono l'obiettivo di arrivare a tale fascia di persone, mettendole al centro del percorso di cura, offrendo loro la risposta più idonea all'attuale fase tossicomane e motivazionale (stato pre-contemplativo o contemplativo) vissuta.

Nel DPR n. 309 del 1990, al titolo X, nella Legge 162/1990, sull'istituzione dei Servizi per le Tossicodipendenze, nelle Linee Guida del Ministero della Salute sulla Riduzione del Danno (2000), il concetto di RdD viene sollecitato con finanziamenti di progetti specifici, con riferimento anche a strategie di RdD, applicate prevalentemente in consumatori per via endovenosa di sostanze stupefacenti, quali modelli necessari anche all'assistenza e alla cura dei consumatori di alcol (Casswell, Thamarangsi, 2009).

All'interno di questo contesto legislativo, che ha visto un ulteriore consolidamento all'interno dei nuovi LEA per le

Rif.
Angela Zannini, medico, Responsabile SOS Ambulatorio Bassa Soglia di Reggio Emilia
Tel. 0522 335555
angela.zannini@ausl.re.it

prestazioni di “riduzione del danno” (Gazzetta Ufficiale n. 65, 2017⁴), nel 2011 è stata aperta nell’ambito del SerDP di Reggio Emilia una struttura a bassa soglia d’accesso diurna formata da: un Drop-In o Servizio Educativo Integrato (SEI) affiancato da un Ambulatorio a bassa soglia d’accesso che vede la presenza di un medico, un infermiere ed un mediatore culturale (Zannini e Oddi, 2010). Tale ambulatorio si pone come servizio integrato e complementare al Centro Alcolologico del SerDP di Reggio Emilia relativamente alla presa in cura di etilisti attivi, rivolgendosi, nello specifico, a quella frangia di consumatori non ancora in grado di attuare un cambiamento rispetto le condotte d’abuso dell’alcol.

Sempre nell’ottica di un approccio integrato con la rete dei servizi socio-sanitari, sono stati avviati, inoltre, in collaborazione con gli Enti privati accreditati e con il Servizio alla persona del Comune di Reggio Emilia, progetti basati su un lavoro di *outreach* (cioè svolto al di fuori dei servizi con la finalità di andare incontro alle persone abusatrici di alcol, nei loro luoghi di aggregazione come la stazione o i parchi; soggetti, non ancora in grado di formulare un richiesta di aiuto, ma spesso con il maggior grado di marginalità, in quanto senza dimora od immigrate; pertanto, attendere un’eventuale richiesta di cura facilitando il contatto con la rete dei servizi.

1. Materiali e metodi

Ad oggi è in corso uno studio descrittivo, che presenta l’offerta di cura dell’Ambulatorio a bassa soglia di accesso a utenti con disturbo da uso da alcol, attraverso l’analisi dei dati relativi al periodo 2012 al 2017. In questo elaborato vengono analizzati e descritti dati raccolti nel 2016:

- obiettivo primario: sottolineare l’attività generale della struttura (Drop-In/SEI ed Ambulatorio);
- obiettivo secondario: analizzare l’utenza con disturbo da uso di alcol come diagnosi prevalente, con gli esiti degli interventi effettuati in Ambulatorio.

I criteri d’esclusione riguardano i pazienti già seguiti dal centro alcolologico SerDP; pazienti in cui l’alcol non è la sostanza primaria di consumo; soggetti con età inferiore a 18 anni.

I criteri di inclusione riguardano gli utenti maggiorenni che si sono rivolti all’ambulatorio a bassa soglia di accesso per un disturbo d’uso da alcol.

L’accesso all’Ambulatorio è diretto, anonimo, non condizionato a requisiti burocratici ed anagrafici, se non quello di essere maggiorenne e consumatrice di sostanze psicotrope, mentre non è richiesta la detossificazione come elemento prioritario di un percorso.

La presa in carico del paziente prevede le seguenti prestazioni:

- la raccolta dei dati anamnestici clinici ed etnografici;
- la somministrazione del questionario CAGE;
- l’invio alla Saub/Ausl per il rilascio della tessera sanitaria (o STP nel caso di pazienti stranieri non regolari);
- la visita tossicologica; in questa fase, particolare attenzione e valore è posto allo screening tossicologico (Neumann e Spies, 2003) effettuato con l’ausilio di test ematici specifici (CDT), urinari (ETG) o talvolta “rapidi” (tamponi salivari);
- il trattamento farmacologico dell’astinenza o dell’intossicazione, con dispensazione dei farmaci e controllo medico-infermieristico quotidiano. Di preferenza, in linea con i dati di letteratura, privilegiando l’aspetto della safety in considerazione della tipologia di intervento (Antonelli et al, 2018), sono erogati farmaci tipo naltrexone e baclofene, riducendo il più possibile la prescrizione (se non in caso di quadri di astinenza) di benzodiazepine, anche in relazione al già diffuso abuso e misuse di psicofarmaci (Collins et al, 2014);
- i test di screening delle patologie correlate (epatiti, hiv, sifilide, tubercolosi) prescritti ed eseguiti in Ambulatorio, con invio a servizi di II livello per esami diagnostici o con visite mediche specialistiche, se l’utente si rende disponibile.

Per le persone afferenti all’Ambulatorio è prevista la possibilità di continuazione del trattamento ambulatoriale e/o il trattamento residenziale, che nella maggior parte dei casi riveste le caratteristiche della “pronta accoglienza”: un percorso temporaneo e di breve durata, volto alla salvaguardia della salute fisica (a volte garantendo un luogo protetto per la convalescenza da patologie correlate) e in grado di dare un sollievo dalla vita di strada degli utenti (Oddi, 2014).

L’Ambulatorio offre anche attività di *counselling*, orientamento e accompagnamento alle reti locali di intervento, erogazione di presidi di prevenzione, materiale informativo tradotto in lingue diverse, sostegno e mediazione dei conflitti (anche su un livello transculturale).

L’attività clinica si svolge in modo integrato con:

- il Drop-in che dispone di servizi per la soddisfazione dei bisogni primari delle persone (doccia, lavanderia, mensa, stanze dove riposare) ed offerta di presidi sanitari (erogazione di materiali sterili se c’è un uso di sostanze per

Note

4. LEA Livelli Essenziali di Assistenza Socio-sanitaria, Art. 21 a 35” (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - DPCM del 12 gennaio 2017).

N. Utenti	M/F	Nuovi utenti	Presenze anno	Migranti	SD (Senza Dimora)	Irregolari
372	359 M e 13 F	137	13.910	223	107	94
%	96,5% di M e 3,4% F	36,8		59,9	28,7	25,2

Tab. 1 - Utenti complessivi afferenti al Drop-in /SEI -Struttura. Anno 2016

via iniettiva o sniffing)

- con l'attività del SEI che interviene con *counselling* motivazionale, accompagnamento, supporto info-educativo.

Un'altra area disciplinare, divenuta ormai parte integrante della nostra attività, è la Mediazione Linguistico Culturale (principalmente magrebina e russa) che ci permette di dare una lettura culturale alle condotte di abuso.

2. Risultati

Nel 2016 le nuove presenze al Drop-In/SEI (Tab.1) sono in linea con gli anni precedenti. Valutiamo che questo sia un indicatore significativo del turn-over degli utenti nella struttura. Negli ultimi 3 anni, il numero annuale complessivo è rimasto costante, la presenza di utenti nuovi ci indica, quindi, che altrettanti utenti sono inviati dalla struttura ad altri servizi o hanno intrapreso altri percorsi, anche autonomamente (Tab.4).

Da segnalare:

- 92 utenti (24%) si sono dichiarati estranei ai servizi di cura (per lo più all'interno dei nuovi utenti).
- 38 utenti afferenti non sono stati conteggiati in quanto non consumatori di sostanze stupefacenti ed indirizzati ad altri servizi più specificamente dedicati alla marginalità.

Età	18-30	31-40	41-50	>50	n.r.
%	26,6	34,9	20,7	7,5	10,2

Tab. 2 Fasce di età (v.a. 372 utenti). Valori %

Alcol	Eroina	Cocaina/crack	Poliassuntori	Metadone iniettato	Cannabis	Psicofarmaci Non prescritti
28,2	46	15,3	5,4	1,6	0,8	2,7

Tab.3 Area problematica (v.a.372 utenti). Valori %

Il genere prevalente è maschile (96,5%). Le donne che hanno utilizzato la struttura sono state 13, di cui 11 Italiane e 2 Slave.

Gli stranieri sono in prevalenza provenienti dal Marocco, dalla Tunisia, dai paesi dell'Est-Europa (Georgia e Ucraina soprattutto) e indiani (provenienti dal Punjab).

Gli utenti irregolari sono il 42% dell'utenza straniera. Il dato sui Senza Dimora (SD) non contempla le persone temporaneamente ospiti di amici o conoscenti (Tab.1). La maggior parte dei pazienti vive in una condizione di irregolarità (perdita del permesso di soggiorno) e senza dimora (utenza per lo più magrebina, seguita da quella russa o est - europea, poi da quella indiana ed, infine, italiana).

Da segnalare:

- una maggior quota di utenza giovane: il 3% possiede tra i 18 -21 anni.
- 10,2% utenti non riferiscono la data di nascita.

Il binge o abbuffata è una pratica molto comune tra questi utenti. Si tratta di un'assunzione di alcol, smisurata e continua per breve tempo (per un adulto maschio corrisponde al consumo in un'unica occasione ed in un breve arco temporale, circa 2 ore, di 5 o più bevande o per una donna di 4 o più bevande), con spesso conseguenti stati soporiferi/comatosi fino al risveglio in piena fase di astinenza e, a volte, presso l'Unità Operativa di Emergenza Urgenza, quando compagni o passanti attivano il 118.

Dal 2012-2017, il numero di utenti afferenti all'Ambulatorio hanno avuto un andamento oscillante. A differenza, gli utenti afferenti al SEI /Drop-in della stessa Struttura hanno subito un calo costante fino al 2014, con stabilizzazione dal 2015 (Tab.4). Gli utenti con presenza di sostanza primaria

Anno	2012	2013	2014	2015	2016	2017
N°Utenti Ambulatorio	250	188	234	200	185	201
% Utenti Ambulatorio sostanza primaria Alcol	19,6	26	31,6	30,5	28,1 (52 utenti)	27,4
N° Utenti Drop-in /SEI	489	494	415	379	372	328

Tab.4 Utenti con accesso Ambulatorio/Drop-in /SEI. V.A. e valore %. Arco temporale 2012-2017

alcol sono aumentati negli anni, con picco massimo nel 2014 (31,6%). La maggior parte sono di nazionalità magrebina, irregolari o divenuti tali con l'accentuarsi della crisi economica, ed anche italiani.

Confrontando i dati dell'Ambulatorio con quelli relativi all'utenza afferente solo al Drop-in/SEI, emerge una forbice meno ampia tra i consumatori di alcol e i consumatori di altre sostanze. Questo dato è interpretabile alla luce della minor consapevolezza della problematicità sanitaria da parte degli abusatori di alcol. Nell'anno 2016, tra gli utenti che hanno fatto un accesso presso l'Ambulatorio al 31/12/2016 il 7,6% ha avuto un drop-out, l'11,5% è stato inviato presso il Centro Alcologico, dopo un periodo di valutazione e sostegno alla motivazione, l'11,5% è stato inviato, per un breve periodo (1-3 mesi al massimo), presso una comunità a bassa soglia d'accesso. Un dato ancora più interessante è che il 57% dell'utenza rimane in carico, alternando fasi di riduzione del consumo e di autoregolazione, a periodi di maggior uso (Tab.5). Nonostante l'oscillazione della loro motivazione fra fase pre-contemplativa e contemplativa, questa utenza rimane in contatto, in modo abbastanza costante, con il Drop-In /SEI. Si tratta di un importante risultato ai fini della maggior tutela della loro salute fisica e psichica. La presa in cura è esitata anche nella consapevolezza di poter dare un significato diverso al viaggio migratorio, attraverso ad esempio la decisione di attuare un rientro volontario nel proprio paese di origine.

3. Discussione

Un primo dato rilevato dall'utenza con disturbo da uso di

alcol è una minore capacità di "sostenere" un setting clinico strutturato quale l'intervista anamnestica, anche in conseguenza dell'azione dell'alcol sulle capacità cognitive degli utenti, in particolare nel caso di abuso contemporaneo di benzodiazepine e di comorbidità psichiatrica. Inoltre, si riscontra una minore capacità di riconoscimento dell'abuso da parte del questionario CAGE, poco idoneo ad identificare modalità binge del bere alcol (Williams, 2014). Allo stesso tempo è importante precisare che molti dei marcatori di abuso etilico, se utili in soggetti adulti/anziani, possono spesso risultare nella norma quando monitorati in soggetti giovani, perché subiscono meno i danni organici da alcol, specie se la storia di abuso etilico è relativamente recente, con rapida normalizzazione dei markers alterati. Il rischio di casi di "falsa negatività" dei quadri ematochimici può essere ridotto misurando anche il CDT e l'ETG, che fanno parte della nostra routine. L'importanza della valutazione tossicologica con test urinari ed ematici dà la possibilità di favorire la consapevolezza dell'utente rispetto al suo problema. Spesso, infatti, l'utente sottostima l'entità dell'abuso etilico e/o di altre sostanze di abuso, per scarsa consapevolezza, per poca motivazione al cambiamento o per paura di essere giudicati. Gli operatori professionali del SEI diventano, spesso, un riferimento significativo e di sostegno al percorso di contenimento o autoregolazione del *potus*. Essi diventano, inoltre, interlocutori importanti per il miglioramento della qualità di vita degli utenti, sostenendo anche i loro diritti individuali ed universali.

Nel 2016 nell'utenza totale acceduta per problemi correlati ad un disturbo da uso di alcol, il 19,38% non presentava

Tot. N° utenti	In cura	Drop-out	Invio Centro alcologico	Carcere	Comunità breve	Centro Famiglia straniera	Rimpatrio
52 (v.a)	30 (57,6%)	4 (7,6%)	6 (11,5%)	2 (3,8%)	6 (11,5%)	3 (5,7%)	1 (1,9%)

Tab.5 Presa in cura Ambulatorio (dal 01gen. al 31dic.2016). Esiti al 31/12/2016

altre tipologie di consumo; negli altri casi (80,62%) si è riscontrato un poliabuso di benzodiazepine (per lo più Clonazepam non prescritto), cannabis, cocaina ed in una minore percentuale di casi si è posta diagnosi di gioco d'azzardo patologico. L'utilizzo di cannabis è un dato sottostimato, in quanto la maggior parte degli utenti di origine magrebina consuma THC, ma è da loro difficilmente dichiarato perché non considerato, per ragioni culturali, problematico.

La dipendenza da alcol si sviluppa solitamente dopo parecchi anni di abuso e il processo di consapevolezza che porta a problematizzare tale disturbo, è lento, in parte anche per la diffusa disponibilità delle bevande alcoliche e la facilità di accesso ad esse (larga accettazione sociale, legalità delle bevande alcoliche, con loro minore stigmatizzazione). Ne risulta che la richiesta di un aiuto farmacologico e sanitario (ambulatorio) arrivi più tardi della più precoce/prevalente richiesta di soddisfazione di bisogni primari (Drop-In/SEI). L'adesione ai principi di RdD anche nella gestione dell'abuso d'alcol, la sempre più alta diffusione del consumo dannoso di alcol, sia a scopo voluttuario, sia a scopo auto-terapeutico (assunzione reattiva a malessere psicologico, ma anche a condizioni di forte stress emotivo o derivante da disagio sociale), sono i dati più evidenti che, oltre la letteratura, anche la Struttura a bassa soglia sembra riscontrare. La stretta interrelazione tra condizioni sociali di grave precarietà e psicopatologia è risultata sempre più evidente dall'inizio della crisi economica dal 2009 ad oggi; in particolare nelle persone provenienti dal Marocco, per le quali l'abuso etilico si caratterizza come esito di un processo di "deriva sociale" dovuto alla perdita del lavoro, della casa, della possibilità di inviare soldi nel loro paese; la crisi identitaria e personale, conseguente, facilita il rifugio nell'alcol, vissuto come unica panacea al freddo, alla sofferenza fisica e psicologica e al fallimento di un progetto migratorio.

La nostra esperienza suggerisce che un percorso terapeutico è meno efficace se il supporto sanitario non si associa a un percorso di risoluzione del fallimento sociale. La precocità di contatto e la tempestività di interventi di sostegno offerti dalla Struttura a bassa soglia nella fase di passaggio dalla perdita di lavoro alla fase di "irregolarità", si è dimostrata in molti casi efficace non solo nella prevenzione dei danni sanitari, ma anche della perdita dei requisiti di regolarità amministrativa (permesso di soggiorno, residenza anagrafica), ad oggi vincolanti l'accesso a trattamenti integrati socio-sanitari (interventi assistenziali; percorsi riabilitativi o di reinserimento socio-lavorativo). Ciò significa che l'opportunità di offrire una dimora, un centro di accoglienza notturno, dei brevi percorsi residenziali a bassa soglia d'accesso, un'accoglienza invernale per coloro che hanno perso casa, può facilitare o rafforzare il percorso trattamentale e favorire l'affrancamento dalle sostanze.

Un altro punto significativo è l'aumento dell'uso dell'alcol come "droga da strada" tra fasce emarginate e/o tra persone non in grado (per il quadro motivazionale o socio-sanitario) di formulare richieste di percorsi strutturati e volti all'astensione. In tali casi, una modalità di relazione ispirata ai principi del colloquio motivazionale², approccio dimostratosi tra i più efficaci nel favorire il superamento dell'ambivalenza e la realizzazione di cambiamenti dello stato decisionale e del comportamento, assieme alle strategie di RdD, risultano le uniche "azioni" possibili per il contenimento delle conseguenze negative dell'abuso etilico (Casswell e Thamarangsi, 2009) (Zannini e Oddi, 2010) e l'avvio di un percorso terapeutico.

Le strategie di RdD di autotutela comprendono strategie di "protezione" che si possono affiancare ad altre più generali che agiscono sull'"ambiente" (accesso limitato, norme) e che tendono ad analizzare i comportamenti individuali di abuso, per mutarli con altri meno dannosi (Midford, et altri, 2014). Tali strategie seppur efficaci (Logan e Marlatt, 2010), sono però limitatamente adottate non solo fra i migranti ma anche tra gli utenti autoctoni per la non conoscenza da parte di molti di loro cosa significhi alcol, le conseguenze dannose ad esso correlate e dell'esistenza di strategie di RdD. La difficoltà di applicare tali strategie nel loro abituale contesto, in quanto non considerate socialmente accettabili o attuabili quando si beve con gli altri. Prezioso diventa pertanto con tale tipologia di utenza un lavoro di educazione/informazione attuato nella Struttura a bassa soglia dagli operatori del Drop-In/SEI ed il mediatore culturale basato su un approccio non giudicante: se l'utente non è in grado di ridurre la quantità di alcol, può però riflettere sulla possibilità di bere la stessa quantità più lentamente o comunque con una modalità associata a un minor numero di conseguenze sociali, psicologiche e sanitarie. Per ogni stadio si può individuare una strategia psicoterapeutica diversa, che sarà, ad esempio, di tipo cognitivo comportamentale per la persona pronta ad agire per mutare i suoi comportamenti di abuso, mentre sarà motivazionale per la persona in stato contemplativo.

Note

2. Miller WR & Rollnick: Il colloquio motivazionale. Edz. Erickson, 2014, III edizione.

Conclusioni

L'offerta di accoglienza, presso l'Ambulatorio a bassa soglia integrato al Drop-In/SEI, anche dell'utenza con disturbo da uso di alcol ha favorito:

- il contenimento dell'uso di alcool e quindi contenimento dei rischi e danni per la salute ed una miglior qualità di vita per molte persone;
- il raggiungimento dell'astensione da parte di utenti, che partiti da un approccio di RdD e trattamento dell'astinenza, hanno mantenuto l'astensione dall'alcol con passaggio verso fasi trattamentali più strutturate presso il Centro Alcolologico del SerDP, presso comunità a bassa soglia d'accesso per brevi periodi, o presso centri più specifici per la popolazione straniera.

Un limite evidenziato dai dati è sicuramente quello di non essere riusciti ad intercettare le donne etiliste migranti, in posizione di irregolarità o meno, che abbiano sviluppato un disturbo d'uso da alcol per una patologia di base di tipo psichiatrico (per lo più depressione). Questo elemento meriterebbe una maggiore riflessione e rimane un obiettivo, sia per il mandato di attenzione alla medicina di genere, sia perché tale target è fortemente associato alla nostra attualità socio-politica.

Altro obiettivo rimane l'integrazione dell'attività dell'ambulatorio a bassa soglia di accesso al PDTA del centro alcolologico (Oddi e Zannini, 2016), in quanto favorirebbe una maggiore continuità dei percorsi di assistenza e una più alta ritenzione in trattamento, con ripercussioni positive sulla qualità di vita del singolo e della comunità, rispondendo in maniera più specifica a quadri clinici e stili di consumo alcol diversi.

Lo studio è tuttora in corso rispetto all'analisi ed elaborazione dei dati raccolti in termini di follow-up ed esiti del trattamento.

Bibliografia

- Antonelli M., Addolorato G., et al Alcohol addiction - the safety of available approved treatment options. *Expert Opin Drug Saf*, 2018 Feb;17(2):169-177.
- Casswell S., Thamarangsi T., Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet*, 2009;373(9682):2247-57.
- Collins S.E., Reis R.K., et al., Harm reduction with pharmacotherapy for homeless people with alcohol dependence: Protocol for a randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials*, 2014;38(2):221-234.
- ISS. Manuale di interventi per la riduzione del danno alcol-correlato, 2017.
- Logan D.E., Marlatt G.A., Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol*. 2010;66(2):201-14.
- Midford R., Pose M., et al, Preventing alcohol harm: Early results from a cluster randomised, controlled trial in Victoria, Australia of comprehensive harm minimisation school drug education. *Intern J Drug Policy*, 2014;25(1):142-150.
- Neumann T., Spies C., Use of biomarkers for alcohol use disorders in clinical practice. *Addiction*, 2003; 98(2):81-91. Traduzione italiana di Handbook for action to reduce alcohol-related harm, 2009. Edt WHO Regional Office for Europe.
- Oddi L., Zannini A., Presa in cura di pazienti alcolisti in un ambulatorio a bassa soglia d'accesso. Presentazione FederSerD Congresso Nazionale 2014.
- Wilson D.P., Fraser-Hurt N., et al., The cost-effectiveness of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 2015;26(1):S5-S11.
- Williams, The CaGe questionnaire. *Occupational Medicine* 2014;64:473-474;
- Zannini A., Oddi L., La tutela della salute e riduzione del danno nelle persone che assumono stupefacenti. Esperienza decennale della struttura a bassa soglia d'accesso villetta Svizzera; *Personalità e Dipendenza Vol 16 fascicolo 3 dicembre 2010.*

Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e scuola

Bruno Licia, Gentili Carlotta

ABSTRACT

Si riporta un'analisi descrittiva dell'utenza con certificazione scolastica legge 104/92 seguita dal servizio NPIA Ausl di Bologna nell'anno 2016 e il trend degli ultimi 7 anni. Analisi di questo tipo possono essere utili per la programmazione e la pianificazione degli interventi nei servizi territoriali di NPIA e anche per altri servizi sanitari, sociali, per la scuola, Enti e Associazioni di familiari che si occupano di disabilità in età evolutiva.

54

Introduzione

I servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) hanno tra i propri impegni istituzionali la presa in carico dei bambini, alunni e studenti con disabilità frequentanti le scuole di ogni ordine e grado.

A distanza di 40 anni dalla legge 577/1977 per l'integrazione scolastica e il superamento delle classi differenziali e speciali per disabili, durante i quali vi sono stati aggiornamenti di tipo normativo (con il coinvolgimento delle Commissioni Medico Legali nel percorso di certificazione, e di tipo organizzativo dei servizi NPIA, dell'Istituzione Scolastica ed Enti Locali, coinvolti in questo processo, nonché cambiamenti socioculturali ed economici) può essere utile un'analisi sintetica della situazione attuale, così come risulta dai dati che emergono a livello dei servizi NPIA.

In questi anni si sono potuti registrare effetti positivi determinati dall'inclusione dei minori con disabilità nella Scuola, quali ad esempio il superamento dei più comuni pregiudizi, il miglioramento della qualità di vita dei bambini con disabilità e delle loro famiglie, il potenziamento delle abilità residue grazie a progetti integrati, i progressi della Pedagogia Speciale. Il percorso per l'inclusione è stato realizzato attraverso Accordi di Programma fra tutte le Istituzioni coinvolte siglati e rinnovati periodicamente in ogni ambito territoriale; la loro predisposizione interroga tutti gli attori nel compito di individuare e affrontare criticità, delineando

Rif.
Licia Bruno
Neuropsichiatra Infantile, UOC NPIA Att. Terr. DSM-DP AUSL Bologna
Tel. 0516584391
l.bruno@ausl.bo.it

strategie di miglioramento.

Tra i fenomeni emergenti vi è il rilievo di un progressivo aumento degli alunni certificati ai sensi della Legge 104/92 nel territorio nazionale, che si registra anche in Emilia-Romagna (dati MIUR e Flusso regionale sistema informativo dei servizi NPIA, SINPIARER).

Tale fenomeno è oggetto di attenzione per ragioni di allocazione delle risorse e per la preoccupazione legata all'aumento delle diagnosi certificate (Levi G. et al. 2013).

Dalla revisione della letteratura risulta una prima comunicazione in ambito regionale delle caratteristiche delle disabilità infantili certificate a partire dai dati predisposti dall'Ufficio Scolastico Regionale (Lanzarini E., Parmeggiani A. 2015).

Si riporta in questo lavoro un'analisi descrittiva dell'utenza con certificazione scolastica seguita dal servizio NPIA Ausl di Bologna nel 2016 e il trend degli ultimi 7 anni, con attenzione a questo fenomeno emergente e alle ricadute organizzative.

1. Materiali e metodi

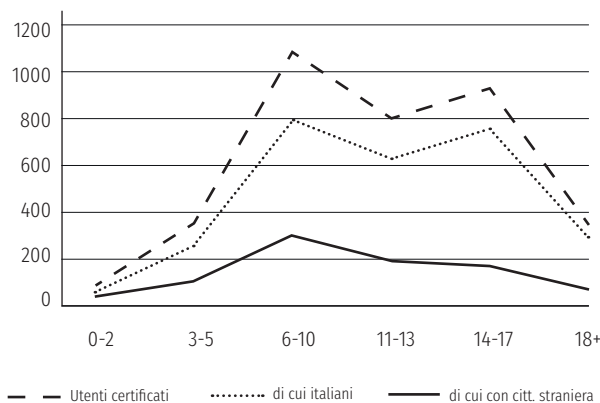
Il servizio territoriale NPIA AUSL di Bologna utilizza per la registrazione dei dati di attività il sistema informatico (SI) ELEA versione 1.5 dal 2008. Il SI online, collegato con l'anagrafe assistiti aziendale, permette di seguire il percorso dell'utente dalla fase di accoglienza/valutazione/ diagnosi alla presa in carico attraverso prodotti/trattamenti specifici. Le diagnosi sono registrate nel SI con riferimento alla classificazione multiassiale ICD-10.

L'analisi descrittiva si basa sui dati demografici e clinici degli utenti, seguiti nel 2016, con prodotto/trattamento relativo alla Legge 104/92 per l'integrazione scolastica. Viene rilevato il trend annuale degli utenti con certificazione scolastica dal 2010 al 2016. Nell'analisi si è fatto riferimento ad indicatori di processo proposti per la valutazione dei servizi territoriali di NPIA (Camuffo M. et al. 2002 e 2010).

2. Risultati

Nel 2016 risultano 3711 utenti con certificazione scolastica in carico al servizio NPIA territoriale. Gli utenti certificati frequentano le scuole statali di ogni ordine e grado, i servizi educativi 0-3 anni, le scuole d'infanzia non statali 3-6 anni, le scuole primarie e secondarie di I e II grado paritarie, la Formazione Professionale. Si riportano i dati demografici relativamente alla distribuzione per fasce di età (74% 6-16 anni), per genere (68% M) per cittadinanza (23% straniera) (Graf. n.1).

La distribuzione per fascia di età degli utenti con cittadinanza straniera risulta sovrapponibile a quella degli utenti italiani. Rispetto alla prevalenza del numero dei certificati



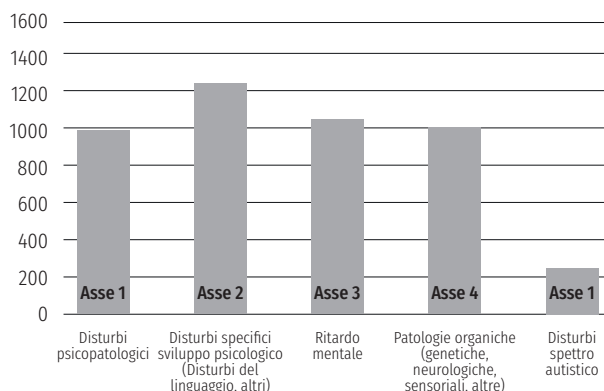
Graf. 1

sulla popolazione target 0-17 per distretto territoriale di residenza si evidenzia un range negli anni 2014-2015 compreso tra 0,5 e 1,1%.

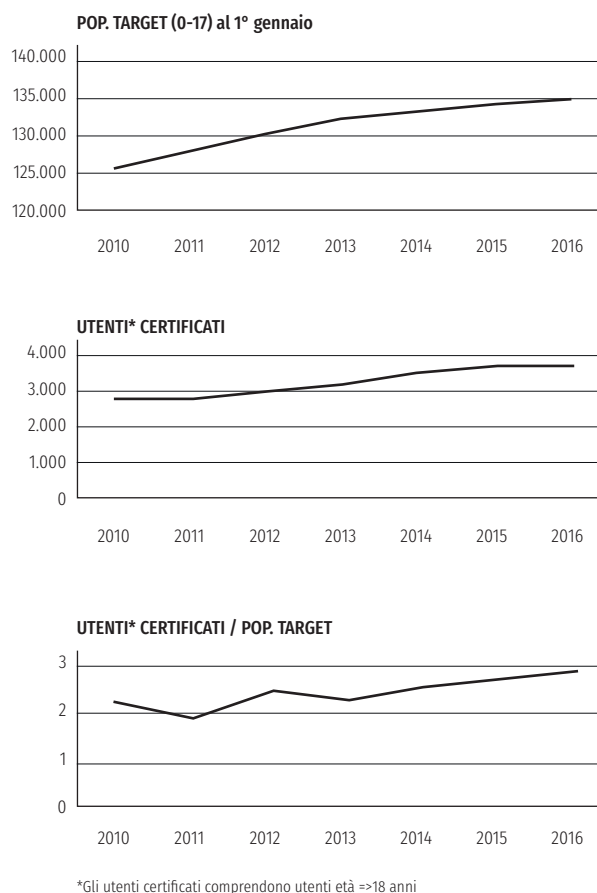
Rispetto ai dati clinici, tenuto conto della rilevanza e complessità della comorbidità in età evolutiva e dei limiti di una classificazione di tipo nosografico categoriale e multiassiale, si è cercato di condurre una prima analisi su macroaggregati diagnostici (39% disturbi neuropsicologici, 35% disturbi psicopatologici, 34% disabilità intellettiva, 31% patologie organiche, 12% autismo). Si riporta il numero degli utenti certificati con diagnosi raggruppate per assi secondo la classificazione multiassiale ICD-10 (Grafico n.2).

Dallo studio risulta un trend in progressivo aumento dell'utenza certificata dal 2010 al 2016, anche come dato di prevalenza sulla popolazione target 0-17, in linea con la tendenza nazionale e regionale (Grafico n.3).

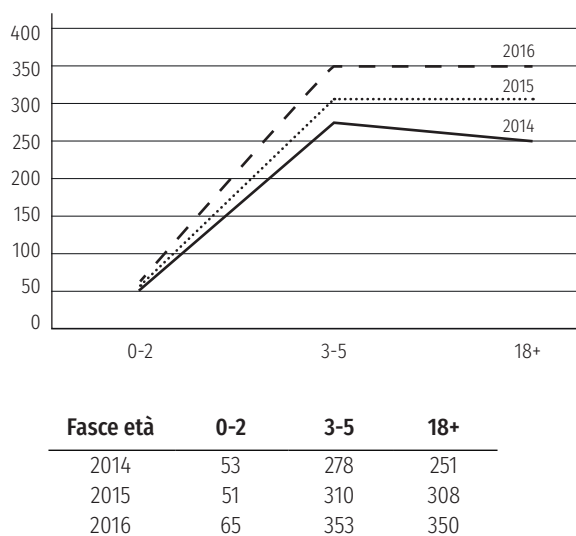
Negli anni 2014-2016 si rileva un aumento degli utenti nelle fasce di età 0-5 anni e 18+anni, (Grafico n.4), facendo ritenere che l'incremento annuale degli utenti certificati può



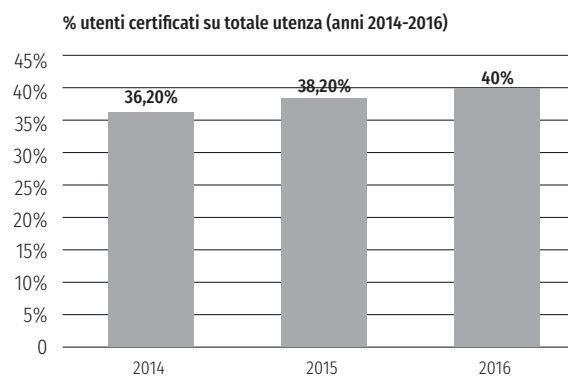
Graf. 2



Graf. 3 - NPIA AUSL Bologna



Graf. 4 - Utenti certificati (Legge 104/92) per fasce d'età 0-5 e 18+ e per anno 2014-2016. NPIA AUSL Bologna



Graf 5 - Proporzione utenti certificati (legge 104/92) su utenti in carico nell'anno (indicatore di peso assistenziale).

tra le varie cause essere dovuto anche al riconoscimento in età più precoci di diagnosi che comportano disabilità e ad una maggiore permanenza a scuola, fino al completamento del percorso scolastico di utenti sopra i 16 anni. Negli stessi anni 2014-2016 si rileva anche una crescita progressiva della "proporzione degli utenti in carico con disabilità sul totale dell'utenza in carico nell'anno" indicatore che segnala un aumento del peso assistenziale per il servizio NPIA (Grafico n.5).

Conclusioni

Negli ultimi anni nel servizio NPIA Ausl di Bologna nell'ambito di un aumento della popolazione target (0-17 anni) e dell'utenza totale annuale seguita, si registra un aumento annuale degli utenti con certificazione scolastica. La presa in carico dei bambini e adolescenti con disabilità che frequentano la scuola costituisce da sempre una parte importante delle attività erogate dai servizi NPIA. Gli interventi per questa tipologia di utenza comprendono infatti gli adempimenti previsti dalla normativa vigente e dagli Accordi di Programma, tra cui la Certificazione Scolastica, la stesura della Diagnosi Funzionale, la partecipazione ai gruppi operativi per tutte le scuole di ogni ordine e grado, la partecipazione alle Commissioni Medico Legali per l'accertamento della disabilità, le attività cliniche di valutazione e approfondimento diagnostico, i trattamenti terapeutici e riabilitativi dalle prime età della vita ai 18 anni e oltre fino al completamento del percorso scolastico. La presa in carico è spesso multiprofessionale e multidisciplinare, e richiede pertanto un lavoro di equipe tra professionisti sia nella fase di valutazione clinica che per impostare, realizzare, verificare e aggiornare i progetti terapeutici e riabilitativi.

Il lavoro di rete e collaborazione con altri professionisti/ servizi sanitari e sociali, con la Scuola, gli Enti Locali, le Associazioni di Familiari, il Terzo Settore costituisce anch'essa

una parte importante e strategica delle attività dei professionisti dei servizi NPIA. In conclusione il presente lavoro costituisce uno studio preliminare e in corso di approfondimento su una tipologia di utenza in aumento, che può presentare bisogni complessi, avere un alto peso assistenziale ed essere a lungo assistita. Analisi di questo tipo sono utili per la programmazione e la pianificazione degli interventi nei servizi territoriali NPIA. Ad esempio l'indicatore che segnala un aumento del peso assistenziale degli utenti con certificazione scolastica rispetto all'utenza totale seguita, deve essere considerato nelle scelte organizzative e decisionali al fine di poter continuare a garantire gli interventi senza "sacrificare" le altre attività prestate a tutti gli altri assistiti, tenuto conto delle risorse disponibili.

Inoltre questi dati epidemiologici di servizio possono essere utili anche ad altri servizi sanitari, sociali alle Istituzioni Scolastiche e ad altri Enti che si occupano di disabilità e con i quali i servizi NPIA si interfacciano e con cui collaborano.

Bibliografia

ALUNNI CERTIFICATI LEGGE 104/92 ART.3 NELLE SCUOLE DELL'Emilia-Romagna. QUINDICI ANNI DI DATI. Ufficio scolastico regionale Emilia-Romagna, 08/02/2017 <http://istruzioneer.it/2017/02/10/alunni-certificati-legge-10492-art-3-nelle-scuole-dellemilia-romagna-quindici-anni-di-dati/>

Camuffo M., et al., "Sistema di indicatori e attività di un Servizio di Salute Mentale dell'età evolutiva. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza". 2010;77:653-62.

Lanzarini E., Parmeggiani A., "Disabilità ed integrazione scolastica in Emilia-Romagna: Analisi dei dati relativi all'anno scolastico 2012-2013". Gior. Neuropsich. Età Evolutiva 2015;35:77-86.

Levi G., Meledandri G., Penge R., "La salute Mentale in Età Evolutiva: cosa possono dirci le certificazioni scolastiche?" Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2013 vol. 80:243-261.

Percorsi di cura per gli adolescenti ed i giovani adulti

È questa la nuova riforma della salute mentale?

Michele Sanza, Giuliano Limonta

ABSTRACT

Le Linee di indirizzo "Percorsi di Cura di Salute Mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" della Regione Emilia-Romagna propongono un modello di organizzazione dei servizi di salute mentale per la fascia 14 – 25 anni caratterizzato dal potenziamento dell'accessibilità e dalla creazione di equipe formate dagli operatori dei servizi per adulti (CSM e Ser.T) e della Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Tale assetto corrisponde al progressivo superamento della logica dualistica tra psicopatologia dell'età evolutiva e psicopatologia dell'adulto; è coerente con la nozione che i disturbi mentali gravi sono rappresentati da traiettorie le cui radici anticipano di anni le manifestazioni conclamate; propone di avvicinare la prevenzione della disabilità alla cura intercettando i fattori di rischio noti, e potenziando le funzioni di consulenza psicologica ai giovani e alle famiglie. L'innovazione che propongono le Linee di Indirizzo costituisce una vera e propria riforma dell'assetto organizzativo attuale, connotato dalla separazione organizzativa tra i vari ambiti della salute mentale. Ma al tempo stesso non si tratta di una proiezione avveniristica, in quanto già vi sono in Regione Emilia-Romagna concrete esperienze di servizi di salute mentale orientati ad accogliere la prima domanda di cura degli adolescenti e dei giovani. In questo articolo vengono valutate alcune di queste esperienze su tre assi prioritari: (1) la connessione con il progetto adolescenza della RER (rapporti con gli EE LL, Distretti, Associazionismo, Scuole); (2) Le strutture e il loro funzionamento: figure professionali impegnate, ore dedicate al progetto, U.O. di appartenenza e luogo di accesso; (3) la Stepped care ascendente (verso i servizi specialistici) e la stepped care discendente (verso la rete e la comunità).

Introduzione

Nel 2017 sono state pubblicate le Linee di Indirizzo "Percorsi di Cura di Salute Mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" della Regione Emilia-Romagna. Le indicazioni contenute nel documento danno un chiaro orientamento alla differenziazione dell'offerta di cura per la fascia 14 – 25 anni con bisogni di salute mentale. Benché si tratti di una classe ampia, e tutt'altro che omogenea, l'area 14 – 25 raggruppa le epoche di vita in cui di disturbi mentali (gravi) tendono a svilupparsi e a strutturarsi in una forma definitiva. La scelta

di superare il 18° anno come linea di demarcazione dell'età evolutiva, è coerente con le conoscenze scientifiche acquisite in tema di decorso dei disturbi mentali. La visione dualistica che contrappone disturbi evolutivi e disturbi dell'età adulta è stata superata e la nosografia fotografica, delle *istantanee* dei quadri clinici, è stata sostituita, concettualmente, con la nosografia delle *traiettorie*. L'attraversamento delle età anagrafiche, insieme con l'esposizione ai fattori maturativi interni (biologici e psicologici) e ai fattori ambientali esterni, costituisce il binario intorno al quale si addensano e si organizzano i fattori di rischio, gli endofenotipi biologici, le contingenze aversative e i fattori di protezione, determinando il successivo destino dei disturbi mentali. Gli studi sull'origine dei disturbi mentali hanno chiarito, al di là di ogni dubbio, che le manifestazioni psicopatologiche dell'età adulta hanno radici profonde, e in particolare che le psicosi non sono quei fulmini a ciel sereno delle descrizioni classiche, ma sono precedute da importanti fenomeni predittivi sia di natura psichica che comportamentale. Del resto da tempo è acquisito che i disturbi della condotta si ritrovano frequentemente come dati anamnestici dei Disturbi di Personalità Gravi o delle Dipendenze Patologiche; che le famiglie multiproblematiche hanno concentrazioni di psicopatologia più elevate rispetto alla popolazione generale; che l'abbandono scolastico sia un antecedente frequente di disturbi mentali gravi.

La scelta della fascia 14 – 25, popolazione di riferimento per il documento della Regione Emilia-Romagna, non è stata fatta per omogeneità delle classi generazionali comprese, decisamente diverse tra loro. È stata fatta perché i servizi di Salute Mentale e delle Dipendenze possano avvicinare la prevenzione alla cura, concentrandosi lungo il continuum della traccia evolutiva dei disturbi, con l'obiettivo della riduzione della disabilità psichica. Lo stesso termine "esordio", che evoca una frattura esistenziale improvvisa, ma corrisponde più spesso al momento della prima visita psichiatrica, distante di anni dai fenomeni premorbosi, è messo in discussione da una clinica orientata ai fattori di rischio e alle primissime manifestazioni psicopatologiche.

Il documento è organizzato in Raccomandazioni trasversali, che definiscono le modalità di carattere generale con le quali devono essere istruiti gli interventi clinici (prevenzione inclusa), individuando "un insieme di standard operativi che hanno carattere non specifico rispetto alle diverse aree nosografiche individuate". Si tratta di fatto delle caratteristiche di qualità che i percorsi e i setting per gli adolescenti e i giovani devono rispettare in termini logistici (ambienti di accoglienza e cura, in termini di approccio generale (atteggiamento non giudicante ispirato all'empowerment) e in termini di "dotazioni tecniche" (formati psicoeducazionali, capacità di coinvolgimento attivo delle famiglie, interventi

di prossimità, interventi di carattere psico - sociale ed educativo). Le Raccomandazioni specifiche, forniscono indicazioni sui trattamenti per target di patologie, riassumendo, nella maggior parte dei casi, precedenti elaborazioni regionali di Linee Guida e Linee di Indirizzo. Infine nella parte dedicata alla Configurazione dei servizi sono state individuate le caratteristiche organizzative che devono sostenere l'adeguamento dell'offerta di cura alle raccomandazioni trasversali e specifiche.

Quest'ultima è probabilmente la parte più importante del documento, che delinea gli assetti organizzativi necessari per garantire quel livello di qualità delle prestazioni specificati nelle due sezioni precedenti (raccomandazioni trasversali e specifiche). Ma è anche la parte più riformatrice, perché mirata a ridefinire gli equilibri tra le UU.OO. del DSM DP, premiando l'*integrazione funzionale* e il lavoro di *equipe ad assetto variabile* delle specializzazioni, individuati come elementi necessari per istruire i percorsi di cura. Non sono stati identificati nuovi servizi, che avrebbero moltiplicato le "canne d'organo", ma modalità di funzionamento, destinate ad incidere sui meccanismi operativi e sui meccanismi di coordinamento interni ed esterni delle UU.OO. del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. È chiaro l'intento riformatore a fronte dell'esigenza di cucire la cerniera solo anagrafica del 18° anno di vita e di superare le logiche dei protocolli, rivelatasi inefficace nel garantire le esigenze di coordinamento sui casi complessi.

Come ogni *riforma* anche questa necessita dell'individuazione dei passaggi intermedi, delle sperimentazioni sul campo su aspetti specifici o nucleari dell'intero assetto, e soprattutto della valutazione delle esperienze che più si avvicinano alla "forma ideale" che si intende realizzare. A questo scopo, nell'ambito delle attività del programma 14 – 25, si è svolto a Bologna un seminario cui hanno partecipato professionisti coinvolti, con gli obiettivi di:

1. Presentare alcune realtà regionali che hanno realizzato progetti di integrazione inter-servizi nella realizzazione dei percorsi di prevenzione e cura di salute Mentale per gli adolescenti e i giovani adulti;
2. Metterle a confronto con il modello clinico e organizzativo delle Linee di Indirizzo regionali «Percorsi di Cura per gli adolescenti e i giovani adulti della fascia 14 – 25»;
3. Evidenziare le distanze che sussistono rispetto ad una piena applicazione del modello e i passaggi necessari.

Per il raggiungimento dell'obiettivo del seminario sono state individuate alcune esperienze aziendali (Programma Adolescenza di Parma, Centro Adolescenza di Modena, Progetto Esordi di Ferrara, Ricerche e Servizi per l'Adolescenza R.I.S.E.A. di Ravenna, Acchiappasogni di Forlì) e sono state messe a fuoco alcune aree dei relativi progetti. Di seguito si

riassumono i contenuti principali del servizio, comparando le diverse esperienze che hanno partecipato e contribuito.

1. La connessione con il progetto adolescenza della RER (rapporti con gli EE LL, Distretti, Associazionismo, Scuole).

Parma: sono state individuate le equipe distrettuali, che hanno partecipato alla formazione regionale di area vasta del 2014-15. Sono stati rilevati e monitorati i progetti sul campo in collaborazione con l'Università di Bologna.

Modena: in rete con i Distretti /Ente Locale attraverso i Tavoli Adolescenza, le scuole in modo diretto e indiretto, Web.

Ferrara: È stato individuato un programma integrato adolescenza che raccoglie gli EE LL con ASP Minori e Famiglie, le Cure Primarie (spazio giovani), la Psicologia Clinica e la Scuola con il progetto Promeco.

Ravenna: raccoglie l'eredità del progetto RiSeA che attraverso la formazione ha coinvolto gli operatori di tutti i servizi coinvolti (NPI, DP, CSM) compresi i Consulenti, i Servizi Sociali e le Scuole, attraverso programmi di Formazione (Seminari e supervisioni).

Forlì: l'Acchiappasogni fa parte della Rete Adolescenza, un tavolo tecnico che riunisce diversi professionisti del pubblico e del privato che, a vario titolo (educativo, formativo, aggregativo, sociale, sanitario), si occupano degli adolescenti del territorio. La Rete Adolescenza è stata formalizzata con protocollo del Comune di Forlì nel 2006.

2. Le strutture e il loro funzionamento: figure professionali impegnate, ore dedicate al progetto, U.O. di appartenenza e luogo di accesso.

Parma: si accede alla visita psicologica per prenotazione telefonica o CUP. L'attesa è di circa 20gg-1 mese, ma in caso di urgenza la visita viene offerta in settimana. Seguono canali dedicati gli invii da Pronto Soccorso, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) Servizio Psichiatrico Ospedaliero (SPOI), o richieste specifiche e motivate di Medici di Medicina generale, Pediatri di Libera Scelta, Centro di Salute Mentale e Neuropsichiatria Infantile. Per l'accesso dei minori è richiesto il consenso di almeno un genitore o entrambi in casi dubbi, ma non necessariamente al primo accesso. Il responsabile del primo contatto di norma gestisce la consultazione ed è, in seguito, il referente del caso. Al primo accesso vengono offerte le prestazioni di consultazione psicologica o visita psichiatrica.

Modena: è presente un punto di accesso dedicato a gestione dello psicologo in tutti i 7 distretti dell'azienda: punto unico di accettazione. Per l'accesso l'utente si presenta nelle sedi operative oppure telefona per appuntamento. Al primo contatto viene offerto un colloquio accoglienza sup-

portato dalla compilazione di una scheda. Questa fase, generalmente, è gestita da tirocinanti/specializzandi formati questo compito. Uno psicologo di ruolo è disponibile in caso di necessità. Il caso viene assegnato ad uno psicologo che stabilisce il primo appuntamento con attesa media di 3 o 4 settimane. Si garantisce la consulenza a Minori anche senza il consenso dei genitori.

Ferrara: l'equipe è costituita da operatori provenienti dalle diverse Unità Operative che si incontrano sistematicamente (Centro di Salute Mentale -Team esordi, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Programma Disturbi del Comportamento Alimentare, Servizio Dipendenze Patologiche, e Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza; si compone di 25 operatori e ha carattere di multidisciplinarietà (psichiatri, tossicologi, psicologi, assistenti sociali, educatori). Il calendario degli incontri mensili è programmato semestralmente con definizione di un ordine del giorno. A scalare si costituiscono le micro-equipe che lavorano sul caso in modo integrato. La presa in carico del paziente è sul progetto di cura per realizzare il quale vengono coinvolte le competenze necessarie a prescindere dal servizio di appartenenza e in base alle necessità. In questo modo viene superata la presa in carico da parte delle singole unità operative. La co - progettazione si sostituisce ai comuni meccanismi di coordinamento come invio e/o consulenza. Ogni operatore del programma informa/aggiorna la propria unità operativa e risponde al Direttore del servizio a cui appartiene; si confronta e chiede supporto al Servizio di appartenenza rispetto alle modalità attuative di un progetto, si fa carico di attivare altre ed eventuali risorse all'interno del proprio servizio.

Ravenna: il Programma Esordi, che opera nell'ambito del Centro di Salute Mentale, comprende anche i Disturbi psicopatologici dell'Adolescenza ed è rivolto a ragazzi di età 14-24 anni, definiti "casi complessi". Il «Programma» rappresenta un insieme di interventi di II° livello. Restano sedi di intervento di I° livello consulenziale lo stesso il RiSeA all'interno del CSM, il Consultorio e le restanti U.O. (D.P.; NPI) La sede di coordinamento del programma e di erogazione dei trattamenti è esterna all'area del C.S.M., il Ri.Se.A. I servizi aziendali delle diverse U.O. sono aree di erogazione di prestazioni specifiche e limitate nel tempo per le emergenze/urgenze e per tutti i bisogni connessi all'abuso/misuso/dipendenza da sostanze illegali. L'accesso avviene direttamente al RiSeA tramite contatto telefonico o su invio dei servizi (CSM-DP-NPI per i minori-Servizi Sociali-Consultori-MMG o PDL). Ogni invio viene discusso in equipe ove si tiene una lista di attesa. Le figure professionali responsabili del primo contatto variano a seconda del servizio di accesso. Gli operatori del primo accesso portano il caso alla discussione dell'equipe del «Programma», possono fare un passaggio del caso

all'equipe del «Programma» o rimanere parte integrante dell'equipe. Dopo l'accoglienza viene predisposto un primo assessment il cui esito verrà discusso in equipe per la definizione del piano di trattamento individuale da presentare al ragazzo e alla sua famiglia in caso di minori.

Forlì: sede dedicata, in centro città, attigua al Consultorio Giovani. Il front office è gestito da una psicologa borsista, sia il contatto telefonico che quello di persona è un momento fondamentale di tutto il percorso di aiuto: riconosce le situazioni urgenti, indirizza la domanda e se è il caso attiva tempestivamente un operatore dell'Acchiappasogni. Il percorso di ascolto, successivo al primo contatto, si attiva entro 10 giorni, con uno o più colloqui orientati alla definizione del problema e a una raccolta dati (educatore, assistente sanitaria e 2 infermieri). Il caso discusso nell'equipe psicodiagnostica, viene successivamente preso in carico dall'equipe (3 psicologi per metà orario; 2 psichiatri tot. 12 ore; 1 NPI tot. 10 ore; 1 pediatra tot. 6 ore; 1 medico nutrizionista tot. 8 ore). I professionisti dell'equipe psicodiagnostica sono "prestati" dagli altri servizi".

3. Stepped care ascendente (verso i servizi specialistici) e stepped care discendente (verso la rete e la comunità).

Parma: il passaggio ai servizi specialistici per i casi complessi segue le linee guida regionali sulle singole specifiche popolazione cliniche omogenee (Disturbi del Comportamento Alimentare, Esordi Psicotici, Disturbi Gravi di Personalità). La continuità con l'equipe del primo accesso è garantita dall'attivazione dell'equipe interna, attraverso lo psicologo o il medico che ha gestito la consultazione e che fa da referente per il prosieguo del percorso. Il passaggio ai servizi e alle funzioni di minore intensità avviene in direzione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di Libera Scelta, delle Assistenti Sanitarie per l'area ostetrico-ginecologica, dei servizi ospedalieri per le patologie organiche, dei Serv. Soc e del Centro per le Famiglie per le problematiche sociali.

Modena: sono state concordate prassi di contatto con gli altri servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche basate su documenti di interfaccia. Il Progetto adolescenza si rapporta con gli Enti Locali tramite i Piani di Zona per il benessere sociale, con la scuola tramite gli psicologi degli sportelli scolastici e progetti di prevenzione basati sulla peer education. Altre afferenze importanti sono costituite dai centri di aggregazione comunali e i progetti di educativa di strada.

Ravenna: se dopo consultazione l'equipe ritiene che il caso paziente non abbia le caratteristiche di complessità richieste dal Programma viene rinviato ai Servizi di minor intensità di cura e/o di appartenenza. La durata del Programma è di massimo 3 anni.

Ferrara: il Programma Integrato Adolescenza, intrattiene rapporti di collaborazione con gli Enti Locali (servizio Tutela Minori, Centro epr le Famiglie), il Dipartimento di Cure Primarie (in particolare con lo spazio giovani e con i medici di medicina generale e i Pediatri di Libera Scelta), la Psicologia Clinica e la Scuola (progetto Promeo). A tutti questi soggetti istituzionali è stato presentato il progetto.

Forlì: gli adolescenti che necessitano possono essere accompagnati nei servizi specialistici dai colleghi operativi nell'Acchiappasogni che offrono continuità alla presa in carico (CSM, NPIA, SERT). Gli operatori dell'Acchiappasogni - appartenendo alla Rete Adolescenza - attivano i colleghi della Rete che possono offrire opportunità di aiuto sul territorio.

Conclusioni

Le esperienze di percorsi di salute mentale dedicati agli adolescenti e ai giovani adulti realizzate nella regione Emilia-Romagna, pur nella loro diversità costituiscono esempi concreti a partire dai quali è possibile dare concretezza all'implementazione delle Linee di Indirizzo licenziate nel 2017. In particolare le differenze più sostanziali riguardano l'approccio alla stepped care ascendente, ovvero il riferimento a servizi specialistici di II livello. I 4 modelli presentati si dispongono lungo un continuum che vede ai due poli estremi da una parte la completa autosufficienza dell'equipe interdisciplinare / interservizi nella gestione dei casi complessi e dall'altra la maggiore facilità del passaggio ai servizi specialistici nei casi di conclamata psicopatologia o presenza di situazioni problematiche. Quasi in modo inverso si dispone l'altra variabile esaminata: l'accessibilità. Servizi meno vocati alla gestione della complessità clinica offrono maggiori opportunità di accesso in termini di tempestività e capillarità rispetto a quelli attrezzati sul trattamento dei casi complessi. L'implementazione delle linee guida è una occasione per trovare il punto di equilibrio tra le due dimensioni, nella ricerca di un modello che soddisfi le esigenze di prossimità con quelle della continuità di cura.

Bibliografia

Regione Emilia-Romagna, Direzione generale Cura della Persona, salute e welfare Servizio Assistenza Territoriale Area Salute Mentale e Dipendenze Patologiche: *Percorsi di Cura di Salute Mentale per gli adolescenti e i giovani adulti. Raccomandazioni regionali*. Bologna, 2017.

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/salute-mentale/percorsi-di-cura/Circolare12017AllegatoAdolescenza.pdf>

Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. *Schizophr Bull.* 2009 Jan;35(1):5-8.

David Goldberg, Ian Goodyer, *Origine e sviluppo dei disturbi mentali*, Milano 2009.

Conoscenze scientifiche e sviluppo dei servizi di salute mentale

Domenico Berardi, Marco Menchetti

ABSTRACT

I servizi di salute mentale italiani si sono sviluppati dopo una forte discontinuità con l'istituzione manicomiale, determinata da orientamenti socioculturali e non da evidenze ricavate con metodo scientifico. La sfida che si pone oggi è di integrare tecniche e modelli di cura evidence-based ma provenienti da altri paesi con l'esperienza fatta sul territorio negli ultimi 40 anni.

1. Introduzione

Il tema che ci è stato affidato può essere interpretato come riflessione sul rapporto tra conoscenze scientifiche ed esperienza clinica nel progresso dei servizi di salute mentale territoriali; rapporto che rimanda anche alla dialettica tra procedimento scientifico e orientamenti culturali di contesto.

I servizi di salute mentale italiani nascono da un ampio movimento di opinione che rifiutò culturalmente l'istituzione manicomiale. La decisione di superare il manicomio derivava principalmente da nuove concezioni umane e sociali e non da osservazioni e verifiche con metodo scientifico della inefficacia dei metodi di cura per la malattia mentale. La deistituzionalizzazione in psichiatria è stata pertanto un atto di discontinuità rispetto al precedente sistema di cura giudicato inaccettabile. I professionisti della salute mentale si divisero a quell'epoca su posizioni che nessuna rigorosa ricerca avrebbe potuto mai conciliare.

Nati quindi sul presupposto dell'integrazione sociale, i servizi di salute mentale hanno avuto come obiettivo principale la gestione dei disturbi mentali gravi e persistenti precedentemente reclusi negli ospedali psichiatrici. In questo campo, nel corso di 40 anni, i servizi hanno progressivamente acquisito le competenze necessarie per erogare cure di elevata qualità nel contesto di comunità. I servizi hanno pertanto sviluppato il loro mandato raggiungendo un contenimento delle istituzionalizzazioni, dei ricoveri ospedalieri e dei trattamenti sanitari obbligatori che solo pochi altri sistemi sanitari possono eguagliare.

Rif.

Domenico Berardi, Professore Ordinario di Psichiatria Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna
Tel. 051-521552
domenico.berardi@unibo.it

Il metodo scientifico è intervenuto in questo percorso a complemento di scelte organizzative e strategiche di tipo culturale e sociale prima che professionale. La ricerca sugli esiti della efficacia dei nostri servizi di salute mentale ha certamente contribuito alla loro positiva evoluzione ma la sua implementazione sul territorio nazionale non è stata omogenea, con alcuni centri più attivi nel contesto della ricerca internazionale e altri più orientati, invece, al metodo della discussione interna e della crescita per esperienza (Tansella & Thornicroft, 2009). Parimenti, la collaborazione con l'Università, è stata brillante in alcune sedi ma decisamente carente in molte altre. Le evidenze scientifiche prodotte dal modello italiano sono dunque limitate e certamente inferiori al potenziale culturale ed innovativo dello stesso. Una descrizione esaustiva ed aggiornata del sistema italiano della salute mentale è stata affidata recentemente ad un numero monografico del *Journal of Nervous and Mental Disease* (Volume 202, n. 6, giugno 2014).

Negli ultimi 20 anni i nostri servizi hanno invece gradualmente conosciuto ed utilizzato tecniche e modelli di cura nati in altri paesi e resi universali dal metodo scientifico, ossia dalla verifica sperimentale di efficacia e dalla diffusione sulla rete scientifica internazionale che intanto, resa estremamente accessibile da internet, era divenuta un punto di riferimento trasversale rispetto alle realtà locali. In questo modo è stato possibile iniziare a integrare pratiche derivate da scelte culturali di fondo e dall'esperienza con le linee guida e le raccomandazioni che sono oggi a disposizione degli operatori. Per citare alcune risorse facilmente fruibili, la *Cochrane Library* include oggi oltre 500 revisioni sistematiche su tematiche inerenti la "Mental Health" mentre il *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) inglese mette a disposizione dei professionisti decine di linee guida sui principali disturbi psichiatrici.

Questo ampliamento dei riferimenti culturali nella impostazione della operatività si è reso evidente nella cura dei disturbi psicotici per i quali i nostri servizi avevano sviluppato modelli originali ma ancor più nella cura di altre patologie che sono emerse come forti istanze epidemiologiche. Infatti, la presenza capillare sul territorio, l'elevata accessibilità, la progressiva collaborazione con le reti sanitarie e sociali hanno consentito di "convogliare verso il settore pubblico una domanda di intervento che prima restava inespressa e veniva vissuta negativamente nella sfera privata e riservata dei singoli e delle famiglie." Come osservato fin dall'inizio degli anni '90 nel Progetto obiettivo "Tutela della Salute Mentale" 1994-1996. Di seguito alcuni esempi che riteniamo significativi.

2. Schizofrenia e disturbi psicotici

Il modello italiano di trattamento di comunità dei disturbi psicotici si è così arricchito di metodologie di cura scientificamente fondate fra cui il costruito dell'*expressed emotion* (Leff, 1994), l'*early intervention* per l'esordio psicotico (McGorry et al, 2008) e l'*Individual Placement and Support* (Bond et al., 2012), per citare alcune fra quelle che hanno avuto maggiore impatto sul sistema.

3. Disturbo Borderline di Personalità

L'entrata del Disturbo Borderline di Personalità (DBP) nei sistemi nosografici psichiatrici, vicina temporalmente proprio alla riforma dell'assistenza psichiatrica nel nostro paese, fu accompagnata da indicazioni prognostiche poco favorevoli e incertezza sugli interventi terapeutici da adottare. Negli ultimi 20 anni si è assistito ad una completa inversione di tendenza con progressiva sistematizzazione teorica di modelli specifici di intervento psicoterapico e oggi sono disponibili numerosi trattamenti manualizzati di ispirazione psicodinamica o cognitivo-comportamentale che hanno dimostrato di essere efficaci in trial controllati e randomizzati (Cristea et al., 2017). Le linee guida NICE sul DBP (2009) hanno enfatizzato la preminenza di tali interventi psicoterapeutici su quelli farmacologici e pertanto ai servizi di salute mentale si pone la sfida e la necessità di dotarsi di professionisti con una specifica formazione sulle psicoterapie evidence-based e di costituire gruppi di lavoro dedicati che forniscano supporto e supervisione a tutti gli operatori.

La maggiore integrazione tra le diverse unità operative del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche promossa nella Regione Emilia-Romagna con il Piano Attuativo Salute Mentale 2009 - 2011 e l'adattamento delle linee guida NICE con produzione nel 2011 di specifiche Linee di Indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità rappresentano un originale tentativo di coniugare evidenze scientifiche ed esperienze locali nell'ottica di migliorare esiti e qualità di vita dei pazienti.

4. Common Mental Disorders

Questo termine inglese si riferisce ai disturbi depressivi e ai disturbi d'ansia, patologie che al tempo della costituzione dei centri di salute mentale risultavano secondarie rispetto alle psicosi mentre hanno acquisito al giorno d'oggi una grande rilevanza per via di una inattesa crescita epidemiologica. La depressione è infatti la patologia che da un maggiore contributo alla disabilità globale mentre i disturbi d'ansia si collocano al sesto posto (WHO, 2017). I servizi di salute mentale territoriali sono chiamati quindi a intervenire sul piano della prevenzione e della cura su queste patologie. La ricerca scientifica ha mostrato come

modelli strutturati di integrazione fra cure primarie e salute mentale, definiti “Collaborative Care”, siano estremamente efficaci ed efficienti (Coventry et al., 2014) ovvero permettano di gestire adeguatamente una grande mole di casi con risorse ragionevoli. L'altro elemento cruciale è la disponibilità di un ampio spettro di trattamenti per i disturbi ansioso-depressivi che includano, oltre all'opzione farmacologica, interventi psicologici brevi e strutturati (counselling, attivazione comportamentale, psicoterapia di supporto) e/o psicoterapie manualizzate evidence-based a lungo termine (psicoterapia cognitivo-comportamentale e psicoterapia interpersonale) con un'intensità crescente a seconda delle necessità. Questo approccio “a gradini” (in inglese “Stepped Care”) è stato enfatizzato nelle Linee Guida NICE per i common mental disorders (NICE, 2011) la sua importanza viene confermata dai recentissimi risultati che provengono dal programma “Improving Access to Psychological Therapies” (IAPT) che si svolge nel Regno Unito (Clark, 2018).

64

5. Osservazioni conclusive

In conclusione, gli esordi psicotici, i disturbi di personalità e i common mental disorders sono condizioni che rappresentano la parte preponderante dell'attività clinica. Il loro trattamento non può essere solo basato su interventi che tengono conto in minima parte delle specificità diagnostiche, né si possono semplicemente applicare protocolli di cura sperimentati altrove per estensione e in maniera acritica, tradendo in questo modo un patrimonio identitario e culturale. La sfida che i nostri servizi stanno affrontando è proprio quella di integrare la preziosa esperienza accumulata nei 40 anni di vita dopo la riforma di Basaglia con le rotte tracciate dalla ricerca scientifica, portando a una spinta evolutiva di tutte le professionalità in campo (medici, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali). Questo percorso non è sicuramente agevole e sta avvenendo in un momento storico di crisi economica con risorse ridotte. Tuttavia si stanno già accumulando esperienze che hanno raccolto questa sfida e, coniugando pratica clinica e metodo scientifico, hanno erogato cure di elevata qualità e raggiunto esiti più favorevoli.

Bibliografia

- Bond G.R., Drake R.E., Becker D.R., *Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US*. World Psychiatry 2012; 11: 32-9.
- Clark D.M., *Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2018. 14:91-9.25.
- Coventry P.A., Hudson J.L., Kontopantelis E., Archer J., Richards D.A., Gilbody S., Lovell K., Dickens C., Gask L., Waheed W., Bower P., *Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials*. PLoS One. 2014; 9(9): e108114.
- Cristea I.A., Gentili C., Cotet C.D., Palomba D., Barbui C., Cuijpers P., *Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA Psychiatry. 2017 Apr 1;74(4):319-328.
- Leff J. *Working with the families of schizophrenic patients*. Br J Psychiatry 1994; 23:71-6.
- McGorry P.D., Killackey E., Yung A., *Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions*. World Psychiatry 2008; 7: 148-156.
- National Institute for Health and Care Excellence. *Borderline personality disorder: recognition and management*. Clin. Guidel. 78, Natl. Inst. Clin. Excell., London: NICE; 2009.
- National Institute for Health and Care Excellence. *Common mental health disorders: identification and pathways to care*. Clin. Guidel. 123, Natl. Inst. Clin. Excell., London: NICE; 2011.
- Tansella M. & Thornicroft G., *Per una migliore assistenza psichiatrica*. CIC Edizioni Internazionali, Roma 2009.
- World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO; 2017. Licence: CC BY-NC-SA3.0 IGO

Due secoli di follia

Il Museo di Storia della Psichiatria di Reggio Emilia

Gaddomaria Grassi, Chiara Bombardieri

ABSTRACT

Il saggio ha lo scopo di presentare in forma attiva lo straordinario patrimonio di materiali storici della psichiatria italiana esposti nel Padiglione Lombroso di Reggio Emilia. Il museo nasce con lo scopo di tutelare e valorizzare queste testimonianze così preziose e favorire lo studio e la ricerca sulla storia della psichiatria e le sue trasformazioni, unitamente alla corposa documentazione presente nella vicina Biblioteca scientifica intitolata a Carlo Livi. Non è possibile parlare della Legge 180 senza conoscere ciò che l'ha preceduta e che ha permesso all'Italia di fare un passo così innovativo da essere ancora, a distanza di 40 anni, un faro nella realtà europea.

65

Introduzione

Come sostiene Guarnieri gli psichiatri si sono interessati alla storia della loro disciplina soprattutto per marcare la differenza con chi li aveva preceduti (Guarnieri, 1991). Ne sono una conferma le parole di Carlo Livi che nel 1875 inaugurando il Museo delle Anticaglie presso il Frenocomio di Reggio Emilia, primo nucleo dell'odierno Museo, scrisse: *"Ebbene, oggi tutti cotesti vecchi arnesi, usati quando la forza stava in luogo della ragione, sono stati tratti fuori di nuovo, non per martoriare la umanità, ma per venir a far testimonianza, che i tempi presenti sono non solamente più savi degli antichi, ma anche più buoni, più umani e caritatevoli"* (Livi, 1875).

A conferma di questa tesi anche il fatto che proprio nel marzo del 1978, in un momento di epocale trasformazione che vedeva in Italia il superamento della psichiatria asilare, a Reggio Emilia venne bandito un "Concorso pubblico di idee per l'attivazione di un museo storiografico della psichiatria", con l'intento di riorganizzare l'ingente patrimonio dell'Ospedale Psichiatrico San Lazzaro e di fissare la memoria di un'istituzione vecchia di un secolo e mezzo.

Il progetto restò inattuato e solo nel 2012, sulla base di una diversa progettazione e dopo il restauro di un padiglione del vecchio Ospedale Psichiatrico con finanziamenti del Mi-

Rif.
Gaddomaria Grassi
Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche/AUSL
di Reggio Emilia
Tel. 0522.335255
gaddomaria.grassi@ausl.re.it

nistero per i Beni e le Attività Culturali e del Comune di Reggio Emilia, si è potuto inaugurare il nuovo Museo di Storia della Psichiatria. A tal fine l'Azienda USL cedette l'edificio e i manufatti in comodato gratuito ai Musei Civici del Comune di Reggio Emilia (di cui il Museo oggi fa parte).

La lungimiranza del Livi e la nascita già a fine '800 di un museo di storia della psichiatria spiegano perché oggi sia conservato a Reggio Emilia un patrimonio storico così ricco da avere pochi confronti a livello europeo. Questo patrimonio, in realtà, oltre che dal Museo è costituito anche da un ricchissimo archivio, da una biblioteca storica e corrente e dalla più antica rivista scientifica italiana (in stampa ininterrottamente dal 1875 quando sempre Carlo Livi la fondò), la Rivista Sperimentale di Freniatria, che ha ospitato articoli dei più importanti studiosi delle diverse epoche, da Golgi a Krafft-Ebing, da Lombroso a Tamburini, da Weiss a Levi-Bianchini, da Basaglia a Borgna.

Il Centro di Storia della Psichiatria, fondato nei primi anni '90, ha il compito di valorizzare complessivamente questo patrimonio e di coordinare le diverse iniziative con il fine di rappresentare un punto di riferimento per gli studiosi e anche di sensibilizzare i cittadini su questi temi proprio a partire dalla rilettura storica degli eventi che hanno caratterizzato la psichiatria italiana nei suoi due secoli di vita (il San Lazzaro venne fondato nel 1821 e risale poco prima, al 1793, l'atto liberatorio di Pinel ritenuto il momento fondante la psichiatria moderna).

Il Museo dunque non vuole solo essere sede di esposizione di manufatti, ma anche e soprattutto luogo di riferimento culturale. Infatti, il Museo e la biblioteca "Carlo Livi" sono divenuti sedi di numerosi eventi: convegni, dibattiti, mostre di pittura e fotografiche, rappresentazioni teatrali e riprese cinematografiche (per le quali il Museo è stato utilizzato come set).

1. Perché parlare oggi di storia della psichiatria

Come abbiamo già avuto modo di osservare (Grassi, Bombardieri e Farioli, 2013), ci sono diversi motivi per cui è importante, ai giorni nostri, mantenere viva la memoria del passato asilare.

In primo luogo è a nostro avviso utile per non abbassare la guardia sugli aspetti etici della disciplina: periodicamente la psichiatria è stata chiamata a rispondere del modo in cui ha assistito le persone che le erano state affidate. Per accorgersi poi, tutti insieme, ogni volta, che erano venuti meno non solo elementari presupposti professionali ma anche il rispetto stesso della dignità umana (a partire dai primi del '900 con l'inchiesta sull'Ospedale San Servolo di Venezia, ai movimenti di opinione e ai *reportages* sui manicomi degli anni '60, agli scandali negli OPG degli anni '70, alla Commissione Marino di pochi anni fa solo per citare alcuni momen-

ti). Ogni esposizione di strumenti di cura e di contenzione disvela immediatamente, attraverso la loro forza evocativa, la natura oggettivante e repressiva del manicomio e mette in guardia dai rischi insiti in ogni istituzione psichiatrica. La rievocazione delle pratiche manicomiali, pur storicizzate, ci deve servire per ricordare l'invulnerabilità del rispetto della dignità umana prima di ogni altra considerazione di merito. In secondo luogo, solo in apparente contraddizione con il primo punto, è utile parlarne per rispettare complessità, limiti e contraddizioni del lavoro psichiatrico: le difficoltà intrinseche alla materia e l'aspettativa sociale di soluzioni semplici e risolutive hanno rappresentato e rappresentano una spinta verso letture semplificate dei fenomeni psichiatrici. Ne conseguono una tendenza al riduzionismo interpretativo (*in primis* biologico) come pure il rifugio in specialismi e tecnicismi. E ancora, posizioni fideistiche e dogmatismi di ogni genere, anche sorretti dai migliori intenti, i cui costrutti trovano come unica forma di adeguamento alla realtà la negazione di parte di essa. Rispettare la complessità del discorso sulla salute e sulla malattia mentale (e sul lavoro psichiatrico) significa anche e soprattutto riconoscere le contraddizioni della disciplina e il loro evolversi nel corso del tempo. Se queste contraddizioni caratterizzano il lavoro psichiatrico "anziché guardare la storia della psichiatria con l'ottica del giusto e dello sbagliato" conviene "interrogarla dal punto di vista dei bisogni, quelli a cui ha risposto, quelli che avrebbe voluto soddisfare, e delle richieste che le sono state rivolte, "giuste o sbagliate" che fossero"³ (Guarnieri, 1997).

Infine, ripercorrere la storia della psichiatria è un modo riportare alla luce biografie e percorsi individuali e per ridare voce, attraverso le loro storie, a persone che hanno subito per secoli (anche da molto prima della nascita del manicomio) l'esperienza dell'esclusione. E' anche l'occasione per dar voce a chi è oggi il primo portatore di interesse, la persona che ha fatto diretta esperienza di disagio psichico, a cui è giusto chiedere testimonianza attiva. Anche l'attività di un Museo, a fianco di altre iniziative (basti pensare allo sviluppo dell'associazionismo; a Le parole ritrovate, alle Settimane della Salute Mentale o ad altre iniziative che in questi anni si sono moltiplicate nel territorio nazionale) può rappresentare, come spiegheremo in seguito, un'opportunità.

2. Il Museo, il manicomio e la Legge 180

La sede, il Padiglione Lombroso, aiuta essa stessa a ripercorrere la storia della psichiatria italiana: l'edificio che ospita il Museo fu luogo di ricovero, fino all'approvazione della legge Giolitti nel 1904, per pazienti tranquille con il nome di Casino Galloni. Venne ribattezzato in onore del padre dell'antropologia criminale italiana quando gli autori di reato prosciolti, i cosiddetti "folli rei", furono fatti uscire

dai Manicomi Criminali e ospitati, fino al 1930, nei Manicomi Civili. Nel circuito penitenziario restarono solo i “rei folli”, quelli che oggi chiameremmo detenuti con sopraggiunta infermità psichica (i richiami all’attualità sono stringenti).

Caratteristica principale del patrimonio è il forte legame con l’istituzione che lo ha prodotto: non possiamo parlare quindi di una collezione creata in base a precise scelte dei curatori, ma piuttosto di naturale sedimentazione di materiali (oggetti, documenti, opere dei ricoverati) prodotti dall’Ospedale nel corso della sua quotidianità. Il nucleo da subito individuato come “museo” comprendeva, all’epoca del Livi, soprattutto oggetti di contenimento non più in uso; nel corso degli anni si sono andati ad aggiungere strumenti di cura e dei laboratori scientifici, testimonianze della vita quotidiana e prodotti delle officine in cui erano impiegati i pazienti. Questi oggetti e manufatti hanno largo spazio anche nell’attuale allestimento museale, che ripercorre la storia dell’Ospedale San Lazzaro e, attraverso questa, la storia della psichiatria italiana fino al 1978.

La biblioteca scientifica - intitolata dagli anni ‘80 del ‘90 proprio a Carlo Livi - è nata negli ultimi decenni dell’800 dai lasciti dei direttori dell’Istituto psichiatrico San Lazzaro ed è stata la biblioteca dell’ospedale fino alla sua chiusura; il patrimonio odierno, periodicamente aggiornato con nuovi acquisti di testi, riviste e DVD, conta oltre 18.000 volumi.

L’archivio storico contiene sia la documentazione amministrativa che quella sanitaria, in particolare quasi 100.000 cartelle cliniche; dal 2016 è inserito nel progetto Carte da leggere, con cui sono state finora schedate circa 20000 cartelle cliniche. E’ presente anche un ricco fondo fotografico (la fotografia psichiatrica venne introdotta dal direttore Augusto Tamburini a fine ‘800), costituito da oltre 1.500 fotografie, organizzate in album tematici. I nuclei principali riguardano i ritratti dei pazienti, le immagini degli edifici del San Lazzaro, le scene della vita comune e le attività lavorative.

Inoltre sono conservate circa 15.000 opere (disegni, tele e terrecotte) prodotte dai ricoverati negli atelier di pittura, allestiti già dal 1875 e attivi fino alla chiusura. La sezione più antica comprende soprattutto disegni, mentre la produzione di opere si intensifica negli anni ‘70 del ‘900, con i moderni atelier in cui venivano prodotte anche tele e terrecotte; vasta è anche la produzione dei bambini ricoverati nella colonia-scuola Marro, in cui il disegno era una delle materie di studio.

Il Museo è aperto il sabato pomeriggio per la cittadinanza e diverse mattine alla settimana per le scuole, superiori e medie, e per i corsi di laurea universitari.

Fin qui l’esposizione di manufatti e del patrimonio documentale che, proprio in virtù dell’intuizione del Livi e della lungimiranza dei suoi successori, ha pochi eguali in Europa.

Restava tuttavia, e resta, l’impegno a far sì che non si trattasse semplicemente di un Museo del Manicomio, di un racconto di psichiatria asilare dei secoli passati, seppur allestito guardando alle principali esperienze italiane e straniere su questi temi (Coleborne e McKinnon, 2011).

Per questo motivo per l’utenza adulta, oltre all’offerta standard della visita guidata, sono stati organizzati nel corso degli anni cineforum, conferenze e visite con focus su specifici argomenti (come quella sull’internamento di persone LGBT, in occasione del Transgender Day of Remembrance 2017), con l’intento di fare del museo un motore attivo nel panorama culturale della città e con lo scopo di promuovere una cittadinanza attiva e attenta a questi temi.

Dall’ottobre 2017 sono stati anche attivati dei laboratori per le scuole elementari, grazie al contributo di FCR - Reggio Emilia città senza barriere, per affrontare la sfida di comunicare anche ai bambini più piccoli concetti come l’uguaglianza e l’integrazione.

Era poi necessario parlare, oltre che del manicomio, di come si è arrivati al suo superamento e soprattutto raccontare la storia degli ultimi 40 anni di psichiatria, di ciò che caratterizza il modello italiano, dei bisogni attuali, dei successi e delle contraddizioni. Ed allora, accanto a qualche strumento più tradizionale (pannelli, didascalie ed immagini descrittive degli anni del grande cambiamento) il modo più efficace ci sembrava quello di dare la parola direttamente a chi è testimone di un’esperienza personale (Sandell, 2007). A persone che oggi possono giudicare lo stato delle istituzioni deputate alla cura e all’assistenza, il loro sviluppo dopo quarant’anni, l’evoluzione (o l’involuzione) delle idee che hanno portato alla legge di riforma, lo stato della sua applicazione, le contraddizioni a volte stridenti di oggi o appena di ieri.

Il riferimento è al contrasto fra una legislazione avanzata come la 180 e la situazione, fino al 2015, degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Per far risaltare questa contraddizione, in attesa che quarant’anni dopo i manicomi civili anche gli OPG venissero chiusi, dal 2012 al 2015 le visite al Museo erano effettuate insieme agli attori della Compagnia Teatrale dell’OPG. Questi, al termine della visita si presentavano e denunciavano le condizioni di arretratezza degli OPG italiani attualizzando in modo straordinariamente efficace il discorso sulla psichiatria e le sue contraddizioni.

Superati, senza rimpianti, gli OPG e terminata l’esperienza della compagnia teatrale è stato, ed è tuttora, il turno dei facilitatori sociali. Persone che hanno fatto esperienza di disagio psichico che mettono a disposizione la loro esperienza e la loro competenza, acquisita anche tramite un percorso formativo, per aiutare chi si trova in difficoltà e per sensibilizzare l’opinione pubblica sui pregiudizi e sullo stigma che caratterizzano ancora oggi la psichiatria. A loro

tocca un compito importante nelle visite guidate al Museo, sia quelle rivolte alle scuole (più di 80 nell'anno scolastico 2016-17) che alla cittadinanza: quello di raccontare cosa significano, per chi ne ha avuto esperienza diretta, il disagio e la malattia psichica, cosa ci si aspetta dai servizi e dalla comunità, la differenza fra un trattamento asilare e uno orientato alla recovery e all'empowerment. Soprattutto tocca a loro aiutare a comprendere che i confini che separano le diverse condizioni umane non sono così netti come si potrebbe pensare. Separazione e rassicurante distanza che l'esposizione di queste tematiche in un contenitore museale potrebbe involontariamente contribuire ad alimentare. La partecipazione ieri delle persone ricoverate in OPG e oggi dei facilitatori sociali permette, a quarant'anni dalla legge 180, di attualizzare le contraddizioni della psichiatria e a dare significato a parole quali custodia, stigma, esclusione, dignità, autonomia.

Bibliografia

- Guarnieri P., *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Leo S. Olschki Editore, Firenze, 1991.
- Livi C., *La biblioteca, il gabinetto patologico e il museo d'anticaglie*, Gazzetta del Frenocomio di Reggio, anno I, n. 5-6, 1875, pp. 37-40.
- Grassi G., Bombardieri C., Farioli E., *Perché parlare oggi di psichiatria e della sua storia. Verso il Museo di storia della psichiatria di Reggio Emilia*, Rivista Sperimentale di Freniatria, anno CXXXVII, n. 2, 2013, pp. 75-94.
- Guarnieri P., *Bisogno di cambiamento e bisogno di storia.*, Rivista Sperimentale di Freniatria, anno CXXI, n. 3, 1997, pp. 355-372.
- Sandell R., *Museums, Prejudice and the Reframing of Difference*, Routledge, London, New York, 2007
- Coleborne C. and MacKinnon D. (a cura di), *Exhibiting madness in museums: remembering psychiatry through collections and display*, Routledge, New York, London, 2011

Sestante

| P U B B L I C A Z I O N I |



LIBRI

ALBERTO GAINO
IL MANICOMIO DEI BAMBINI. STORIE DI
ISTITUZIONALIZZAZIONE
Torino, 2017, Gruppo Abele ed., 222 pagine

JOHN FOOT
LA "REPUBBLICA DEI MATTI". FRANCO
BASAGLIA E LA PSICHIATRIA RADICALE IN
ITALIA, 1961-1978
Milano, 2016, Feltrinelli ed., 375 pagine

FIORENTINO TROJANO
LA RIFORMA PSICHIATRICA NELLA TERRA DEL
GATTOPARDO. LA LEGGE 180 IN SICILIA 1978-
2014
Acireale, 2015, Bonanno ed., 160 pagine

FRANCO ROTELLI
L'ISTITUZIONE INVENTATA. ALMANACCO
TRIESTE 1971-2010
Merano, 2015, Alpha & Beta ed., 323 pagine

DANIELE PICCIONE
IL PENSIERO LUNGO. FRANCO BASAGLIA E LA
COSTITUZIONE
Merano, 2013, AB Alphabet ed., 170 pagine

GIUSEPPE A. MICHELI
IL VENTO IN FACCIA. STORIE PASSATE E
SFIDE PRESENTI DI UNA PSICHIATRIA SENZA
MANICOMIO
Milano, 2013, Franco Angeli ed., 112 pagine

RUGGERO D'ALESSANDRO
LO SPECCHIO RIMOSSO. INDIVIDUO, SOCIETÀ,
FOLLIA DA GOFFMAN A BASAGLIA
Milano, 2008, Franco Angeli ed., 288 pagine

ARTICOLI

DANIELA TEAGNO
LA RETE DEI SERVIZI RESIDENZIALI PSICHIATRICI: MODELLI E CULTURE A CONFRONTO
in Prospettive Sociali e Sanitarie, A. 47, n. 4 (2017)

EUGENIO BORGNA, ANDREA MATERZANINI,
CONSORZIO CASCINA Clarabella (a cura di)
FARE SALUTE MENTALE OGGI. IDEE E PRATICHE
DAI TERRITORI DELLA CURA
in Animazione Sociale, A. 46, n. 303 (set.-ott. 2016)

ANNA POMA (a cura di)
I LUOGHI BUONI DELLA CURA. COME MANDARE
AVANTI LA RIVOLUZIONE CULTURALE AVVIATA
DA BASAGLIA
in Animazione Sociale, A. 46, n. 303 (set.-ott. 2016)

ROBERTO CAMARLINGHI (a cura di)
IL SOGNO DELLA CITTÀ CHE CURA. L'ATTUALITÀ
DELLA LEZIONE BASAGLIANA
in Animazione Sociale, A. 46, n. 299 (mar. 2016)

METELLO CORULLI
APPUNTI SUL MOVIMENTO DELLE COMUNITÀ
IN ITALIA. NASCITA, SVILUPPI, ENFATIZZAZIONI
E RIDIMENSIONAMENTI, MALEFICI E MALE-
SORTI...
in Terapia di Comunità, A.16, n. 62 (feb. 2016)

TINDARO BELLINVA
COMUNITÀ TERAPEUTICHE O PICCOLE ISTITU-
ZIONI TOTALI? LA RIABILITAZIONE PSICHIATRI-
CA E LE SUE CONTRADDIZIONI
in Studi sulla questione criminale : nuova serie di
Dei delitti e delle pene, A. 9, n. 3 (2014)

PIERO CIPRIANO
PORTARE A TERMINE LA RIVOLUZIONE DI
FRANCO BASAGLIA
in Animazione Sociale, A. 44, n. 287 (dic. 2014)

DOCUMENTI ON LINE

RITA VIOLA
PAZIENTI PSICHIATRICI, UN DISEGNO DI LEGGE
PER RILANCIARE BASAGLIA
Repubblica, 19 settembre 2017
http://www.repubblica.it/salute/2017/09/19/news/come_migliorare_la_vita_dei_pazienti_psichiatrici_un_disegno_di_legge_per_rilanciare_basaglia-175934975/

VANESSA ROGHI
LA PIU' IMPORTANTE RIVOLUZIONE ITALIANA
Internazionale, 28 febbraio 2015
<https://www.internazionale.it/weekend/2015/02/28/franco-basaglia-la-piu-importante-rivoluzione-italiana>

ALESSANDRA SOLARINO
CONVERSAZIONE CON FRANCO ROTELLI
. DALL'ISTITUZIONE NEGATA A QUELLA
INVENTATA
Rainews, 10 ottobre 2015
<http://www.rainews.it/dl/rainews/articoli/Dall-istituzione-negata-a-quella-inventata-gli-anni-dopo-la-legge-180-a-Trieste-f4c87fe4-2a78-4bd0-904d-6286f81e48b9.html>

POL.IT - PSYCHIATRY ON LINE ITALIA
VENT'ANNI DI 180
<http://www.psychiatryonline.it/legge-180/ventanni-di-180>

PRIMO PELLEGRINI
Educatore Professionale, U.O. Dipendenze
Patologiche - Centro Studi e Documentazione di
Rimini / Ausl della Romagna

primo.pellegrini@auslromagna.it

I E V E N T I

Bologna, 17 aprile 2018

BINGE DRINKING: VALUTARE LA PREVENZIONE
Promuovere l'uso responsabile dell'alcol e approcci di riduzione del danno. I risultati del progetto europeo Alcohol
www.ausl.bologna.it/oem

Bologna, 20 aprile 2018

GLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO PER INTOSSICAZIONI
ALCOLICHE ACUTE
www.ausl.bologna.it/oem

DALLE CARTE ALLA CURA.

ARCHIVI PSICHIATRICI IN EMILIA ROMAGNA

Reggio Emilia, 9 maggio

180/78: dal manicomio alla psichiatria di comunità
biblioteca@ausl.re.it

Imola, 10 maggio 2018

LA CITTÀ DEI MATTI: GLI ARCHIVI DEI MANICOMI IMOLESI
www.facebook.com/oltrelasiepe.imola

Bologna, seconda settimana di maggio:

STORIE DI RICOVERATI AL MANICOMIO PROVINCIALE F.
RONCATI DURANTE LA I GUERRA MONDIALE.
Tel. 051 223891 - 239590

Iseo (BS), 10-13 maggio 2018

"L'IMPOSSIBILE PUÒ DIVENTARE POSSIBILE".
TERRITORI ANCORA CAPACI DI INCLUSIONE SOCIALE.
40 ANNI DOPO LA LEGGE 180
www.animazionesociale.it/limpossibile-puo-diventare-possibile/

Madrid, 15 - 16 maggio 2018

IMPROVING OUTCOMES IN THE TREATMENT OF OPIOID
DEPENDENCE 2018 (IOTOD 2018)
[https://www.medical.theconferencewebsite.com/
conference-info/improving-outcomes-in-the-treatment-of-
opioid-dependence-2018](https://www.medical.theconferencewebsite.com/conference-info/improving-outcomes-in-the-treatment-of-opioid-dependence-2018)

LA LIBERTÀ È (ANCORA) TERAPEUTICA?

Bologna, 23 maggio 2018

DOPO LA CHIUSURA DEGLI OPG: I PERCORSI DI CURA E DI
RECUPERO DELLE PERSONE CON DISTURBI MENTALI AUTORI
DI REATO
direzione.dsmdp@ausl.bologna.it

Modena, 30 maggio 2018

QUARANT'ANNI DI 180 TRA LIBERTÀ E COERCIZIONE:
ASO, TSO, DIRETTIVE ANTICIPATE, NO RESTRAINT E NUOVI
STRUMENTI PER LIMITARE LA PRIVAZIONE DELLA LIBERTÀ
dasm@ausl.mo.it

Imola, 6 giugno 2018

UN ALTRO DIRITTO PER IL MALATO DI MENTE: ATTUALITÀ
E PROSPETTIVE IN MATERIA DI AMMINISTRAZIONE DI
SOSTEGNO
segreteria.dsm@ausl.imola.bo.it

Ferrara, 15 giugno 2018

I TRATTAMENTI PSICOSOCIALI BASATI SULL'EVIDENZA E
ORIENTATI AL RECOVERY NELLA PSICHIATRIA DI COMUNITÀ
www.ospfe.it/per-la-formazione/edicola-formazione

Roma, 12 ottobre 2018

FeDerSerD - Convegno Nazionale
IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OUTCOME NELLA CLINICA DELLE
DIPENDENZE: METODI E STRATEGIE PER L'ORGANIZZAZIONE
DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE
www.federserd.it

Sestante