

novembre 2018

06

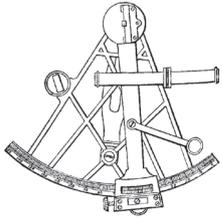
Sestante

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



Verso coercizione zero Dai trattamenti obbligatori ai percorsi di cura

I nuovi diritti di cittadinanza | Relazioni obbligate e relazioni di cura | TSO e pratiche "No Restraint" | No restraint: psichiatri inter sacrum saxumque | Esito dei corsi info-educativi alcol e guida della Regione Emilia-Romagna | Valutazione percorsi di cura nella REMS di Casale di Mezzani (Parma) negli anni 2016-2017 | Valutazione REMS "Casa degli Svizzeri" di Bologna: sperienze, evoluzione, criticità nel biennio 2016-2017 | Autodeterminazione tra tutela minori e dipendenze patologiche | Pratiche "no restraint" per i pazienti autori di reato | Cannabis: corso info-educativo sui rischi per la salute ed aspetti legali | Budget di Salute e co-progettazione in Romagna | Dialogo aperto come strumento per ridurre le pratiche coercitive in salute mentale e dipendenze | L'approccio dialogico come strumento per l'integrazione interistituzionale e interprofessionale



Sestante

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

Direttore responsabile

Paolo Ugolini
URP/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
URP/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

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 06 è stato curato da:

Fausto Mazzi (AUSL MO), Monica Pacetti (AUSL della Romagna),
Paolo Ugolini (Direttore Sestante)

ANNO III

NOVEMBRE - NUMERO 6

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

06

| S O M M A R I O |

- 1 EDITORIALE
Fausto Mazzi, Monica Pacetti, Paolo Ugolini
- 3 LETTURA MAGISTRALE
I nuovi diritti di cittadinanza
Giuseppe Tibaldi
- 10 LETTURA MAGISTRALE
Relazioni obbligate e relazioni di cura
Claudio Ravani
- 16 INTERVISTA
TSO e pratiche "No Restraint"
- 19 FORUM
No restraint: psichiatri inter sacrum saxumque
Monica Pacetti, Paolo Ugolini
- 25 VALUTAZIONE
Esito dei corsi info-educativi alcol e guida della Regione Emilia-Romagna
Claudio Annovi, Sara Querci, Giovanni Greco, Marilena Durante
- 30 VALUTAZIONE
Valutazione percorsi di cura nella REMS di Casale di Mezzani (Parma) negli anni 2016-2017
Giuseppina Paulillo, Gianfranco Frivoli, Pietro Domiano, Ilaria Diottavio, Mirella Sabatino, Jessica Dall'Acqua, Pietro Pellegrini
- 34 VALUTAZIONE
Valutazione REMS "Casa degli Svizzeri" di Bologna: esperienze, evoluzione, criticità nel biennio 2016-2017
Federico Boaron, Mariagrazia Fontanesi, Benvenuti Chiari, Velia Zulli, Claudio Bartoletti, Angelo Fioritti
- 40 VALUTAZIONE
Autodeterminazione tra tutela minori e dipendenze patologiche
Miriam Savarese, Teo Vignoli
- 45 VALUTAZIONE
Pratiche "no restraint" per i pazienti autori di reato
Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Valerio Giannattasio, Mauro Mozzani
- 50 VALUTAZIONE
Cannabis: corso info-educativo sui rischi per la salute ed aspetti legali
Claudio Ferretti, Gianni Morandi
- 53 VALUTAZIONE
Budget di Salute e co-progettazione in Romagna
Claudio Ravani
- 58 RICERCA VALUTATIVA
Dialogo aperto come strumento per ridurre le pratiche coercitive in salute mentale e dipendenze patologiche
Fausto Mazzi, Giuseppa Caloro, Roberta Montecchi, Verena di Marco
- 63 RICERCA-FORMAZIONE
L'approccio dialogico come strumento per l'integrazione interistituzionale e interprofessionale
Maria Augusta Nicoli, Brigida Lilia Marta, Vanessa Vivoli

Verso coercizione zero

Come trasformare i trattamenti obbligatori in percorsi di cura più consapevoli e democratici

Fausto Mazzi, Monica Pacetti, Paolo Ugolini

“La sofferenza psichica è compromissione e anzi perdita della comunicazione e la cura non è se non la ricerca di parole, di gesti, di testimonianze umane che consentano alla comunicazione di rinascere dalle braci nelle quali agonizzava nelle ore di malattia”

(E. Borgna, 2017)

1

Vi è un paradosso in psichiatria, nonostante una scarsa evidenza empirica sull'efficacia di molte pratiche coercitive basate sulla limitazione della libertà della persona, molti interventi, come la contenzione meccanica, il TSO, il ricovero e il trattamento farmacologico sine die, sono tuttora prassi abituale dei nostri servizi.

La sofferenza psichica viene ancora troppo spesso intesa come espressione di una “mente malata” una mente biologicamente malata e come tale incapace di assumersi responsabilità o di esprimere il proprio punto di vista nel definire il programma di cure. Una mente sofferente che chiede aiuto non può che accettare le cure proposte dai professionisti della salute mentale anche se queste cure limitano la libertà di espressione, di comunicazione, di inclusione sociale della persona. In realtà questa modalità di cura perde di vista che la sofferenza psichica è sempre il prodotto di una difficoltà di comunicazione della persona all'interno del proprio sistema di relazioni.

Questi approcci che potremmo definire tra il paternalistico e l'autoritario dimenticano che tutte le persone nascono, crescono e realizzano un loro progetto di vita in relazione, in comunicazione con gli altri e sono le modalità di queste relazioni, comunicazioni che influiscono sul loro stato psichico, sul loro benessere o malessere psichico.

Se la sofferenza psichica è espressione della difficoltà a comunicare, a dialogare, allora la terapia non può essere una ulteriore limitazione della comunicazione, del dialogo, come abitualmente tendono a fare le pratiche coercitive. Le pratiche coercitive dimenticano che quando come esseri umani,

Rif.

Fausto Mazzi, psichiatra, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Modena
Cell: 3311913553
fa.mazzi@ausl.mo.it

ci prendiamo cura di una persona che soffre, in realtà anche se non ne siamo consapevoli, ci prendiamo cura di relazioni, di modalità comunicative che soffrono e se trascuriamo l'aspetto relazionale della sofferenza psichica, il nostro intervento di aiuto rischia di essere parziale o peggio ancora dannoso.

Se la sofferenza psichica è espressione di difficoltà di comunicazione, di dialogo ed essendo ognuno di noi parte in causa nei processi comunicativi, allora dobbiamo tutti insieme assumerci la responsabilità di migliorare la conoscenza del processo comunicativo e diventare consapevoli che il dialogo è alla base del benessere psicologico personale di tutti gli esseri umani e quindi anche della società in cui viviamo. Questo numero di SESTANTE, raccoglie nelle due letture magistrali, nel FORUM, nell'intervista alla Consulta Regionale Salute Mentale le riflessioni e i suggerimenti per l'applicazione di modelli di cura che invitano al dialogo democratico con tutti gli attori coinvolti nei percorsi di cura.

2

A seguire la valutazione di diversi servizi o interventi di buone pratiche sul tema "Verso coercizione zero", sia nel campo della salute mentale che delle dipendenze patologiche. Lo scopo principale di questi approcci terapeutici è quello di favorire la ripresa, "la rinascita" della comunicazione con le persone che soffrono, attraverso interventi che invitano le persone a riprendere il dialogo interrotto o difficile, all'interno del loro sistema relazionale di riferimento, la famiglia, gli amici, la rete sociale e, non ultimi, con i loro terapeuti.

Il dialogo come strumento di cura non solo per chi soffre di una malattia psichica ma per tutti coloro che desiderano una società aperta, trasparente, inclusiva, solidale e appunto più consapevole e democratica.

Buona lettura.

Bibliografia

Borgna E., (2017), *Le parole che ci salvano*, G.Einaudi Editore.

I nuovi diritti di cittadinanza

La legge sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento e le sue possibili applicazioni condivise, in salute mentale

Giuseppe Tibaldi

"Nothing about us without us"

ABSTRACT

Le Disposizioni Anticipate di Trattamento rendono concretamente esigibile il diritto del soggetto a vedere rispettate le proprie preferenze, in future situazioni critiche. Questo strumento è già utilizzato, in altri Paesi, nel campo della salute mentale (disturbi bipolari e riduzione delle scelte coercitive) ed il suo utilizzo è fortemente sostenuto dalle Associazioni degli utenti e dei familiari. Vengono presentati e discussi i principali ambiti applicativi, in Italia, alla luce della Legge 219/2017

3

Premesse

La Legge 219 del 22.12.17 (Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento), entrata in vigore il 31.01.18, rappresenta un significativo passo in avanti sul piano dei diritti civili in Italia, in quanto garantisce una esplicita tutela delle decisioni personali riguardanti i trattamenti sanitari, presenti e futuri, cui accettare o rifiutare di sottoporsi (dopo aver ricevuto tutte le informazioni necessarie per assumere tali decisioni).

Anche se il dibattito che ha preceduto ed accompagnato l'iter di approvazione della legge si è concentrato quasi esclusivamente sul "fine vita", le norme appena approvate hanno ambiti di applicazione molto più ampi, in quanto riguardano tutte le situazioni in cui è prevedibile "un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi" e la conseguente nomina di un "fiduciario, che ne faccia le veci" in quei frangenti¹. Uno degli ambiti di applicazione della nuova Legge è sicuramente quello della salute mentale.

Il diritto ad un valido consenso informato e ad un rispetto sostanziale delle preferenze e delle decisioni – presenti e future – dei pazienti è lungi dall'essere rispettato, in campo medico. Nella letteratura medica, uno spazio molto rilevan-

Rif.
Giuseppe Tibaldi,
psichiatra, direttore – Salute Mentale Area Nord - DSM-DP AUSL Modena
Tel. 059659486
g.tibaldi@ausl.mo.it

te è stato dedicato, negli ultimi 30 anni, al problema della mancata adesione dei pazienti alle indicazioni dei sanitari (ed alle strategie per migliorarla). Il termine di riferimento è stato, fino a pochissimi anni fa, quello di “*compliance*”, il cui perno concettuale era la passività del paziente, che era tenuto ad accettare, senza obiezioni, le indicazioni dei professionisti sanitari. La mancanza di “*compliance*” è stata a lungo ritenuta qualcosa di “incomprensibile”, di “patologico”, anziché una dimostrazione dell’autonomia decisionale del paziente rispetto a proposte di trattamento formulate in tono autoritario e senza le informazioni necessarie per condividerle. Nel corso degli ultimi 20 anni, il termine “*compliance*” è stato abbandonato, nei Paesi anglosassoni, per lasciare spazio prima all’adesione (“*adherence*”) e, più recentemente, alla condivisione delle scelte terapeutiche (“*shared decision making*” o “*concordance*”). (Tibaldi & Salvador, 2011).

Nel campo specifico della salute mentale, la dimensione della passività decisionale del paziente ha raggiunto livelli inimmaginabili, se confrontata con gli altri campi della medicina; essa ha avuto – senza dubbio – la sua massima espressione nella vita manicomiale. Questa poesia di Alda Merini (1984) è molto più efficace di qualsiasi altro documento:

*Viene il mattino azzurro,
nel nostro padiglione:
sulle panche di sole
e di crudissimo legno
siedono gli ammalati,
non hanno nulla da dire,
odorano anch’essi di legno,
non hanno ossa né vita,
stan lì con le mani
inchiodate nel grembo
a guardare fissi la terra*

La chiusura degli Ospedali Psichiatrici, tuttavia, non è stata accompagnata, nelle fasi successive, da una critica radicale del principio di subalternità decisionale dei pazienti (rispetto alle proposte dei professionisti della salute mentale). Nella pratica quotidiana dei Servizi nati con la Riforma, la maggioranza dei professionisti è sicura di “prendere le decisioni giuste”, a tutela degli interessi dei propri pazienti. Ciò si traduce, ad esempio, nel fatto che le proposte vengano discusse e messe a punto in riunioni a cui partecipano solo i professionisti sanitari e sociali, in assenza di paziente e familiari?

Se tali proposte, o decisioni, non vengono poi accettate o condivise, non è raro che questa opposizione venga considerata qualcosa di incomprensibile (in linea con quanto

detto in precedenza, parlando della *compliance*), oppure venga trasformata in una ulteriore manifestazione della patologia o della “mancata coscienza di malattia” del paziente, o della mancanza di “collaborazione” dei familiari.

Queste forme di sostanziale esclusione dei diretti interessati dai percorsi decisionali che li riguardano rientrano, a mio avviso, in uno schema relazionale che definirei “*paternalismo democratico*”: i professionisti che lavorano nei Servizi territoriali nati dopo la chiusura dei manicomi si considerano ottimi rappresentanti (o tutori) dei diritti e degli interessi dei propri utenti. Sulla base di questa tradizione, e di questo profilo di tutela “democratica”, le loro proposte “per il bene del paziente” hanno un valore aggiunto, che rende meno facilmente accettabile una loro contestazione, od un rifiuto (Rogers & Centifanti, 1991).

Non posso fare a meno di citare il resoconto recente di una familiare (che lavora, tra l’altro, in ambito sanitario), che mi ha riferito che, quando ha segnalato ad un collega le resistenze del marito a sottoporsi a terapie regolari (dopo un precedente TSO, in cui era stato sottoposto a contenzione meccanica), si è vista rispondere che non c’erano alternative a “*piegarlo a forza di TSO*”.

Sul piano internazionale, le Disposizioni (o Direttive) Anticipate di Trattamento sono già state approvate ed utilizzate in molti Paesi e sono già state adottate in salute mentale, a partire dall’inizio degli anni 90 (Appelbaum, 1991; Zelle, 2015; Swanson, 2016). Come vedremo approfonditamente più avanti, le principali finalità di applicazione sono state rappresentate, finora, dalla prevenzione delle ricadute e dalla riduzione degli interventi coercitivi (come i TSO). En-

Note

- 1 Articolo 4, comma 1: “Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un’eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie”.
- 2 Faccio riferimento, nello specifico, alle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), che hanno la finalità di mettere a confronto tutti i professionisti (sanitari, assistenziali e sociali) coinvolti in una specifica situazione critica. Credo sarebbe necessaria un’indagine per valutare quale sia la percentuale delle UVM che vedono la partecipazione diretta dell’utente e dei suoi familiari (e che non siano precedute da una UVM aperta solo ai professionisti).

trambe queste finalità sono state fatte proprie dalle principali associazioni di utenti e familiari, che chiedono – anche grazie a questa strategia – di essere considerati partner imprescindibili rispetto alle decisioni che li riguardano, soprattutto in situazioni critiche. Il “*nothing about us without us*” con cui ho aperto questo mio contributo è la sintesi di questa loro presa di posizione.

Anche se esistono ricerche che le hanno considerate alla stregua di un intervento terapeutico, od assistenziale, e ne hanno valutato l’impatto in termini di esiti (Cochrane Review, 2009), il loro valore va molto al di là della loro efficacia. Analogamente a quanto accaduto negli altri campi della medicina, il rispetto delle preferenze e delle priorità dei pazienti è diventato un imperativo etico, per gli operatori sanitari (Drake & Deegan, 2009).

Anche se il passato ed il presente della psichiatria sono segnati dalla persistenza delle scelte coercitive, questo vincolo etico non è meno cogente per chi lavora nei Servizi Psichiatrici Italiani. L’entrata in vigore della Legge 219 lo renderà presto percepibile, nella nostra pratica quotidiana, nel momento in cui i nostri pazienti inizieranno a depositare le loro Disposizioni Anticipate di Trattamento (escludendo, ad esempio, alcuni degli interventi, farmacologici e non farmacologici, che abbiamo a disposizione).

È prevedibile, quindi, che le DAT vengano formulate, autonomamente, dai diretti interessati per chiedere il rispetto delle loro preferenze nelle situazioni critiche. Il titolo stesso di questo contributo punta in una diversa direzione: le DAT possono rappresentare un’occasione preziosissima per i professionisti della salute mentale, per costruire percorsi terapeutici pienamente condivisi, che includano tutti i dettagli relativi alla gestione concordata delle situazioni critiche (come le recidive o le fasi di “rottura” degli accordi) e che vedano la piena partecipazione delle persone significative della rete sociale dell’interessato (in particolare, del suo “fiduciario”).

Qualcosa di simile è già presente, nelle pratiche dei Dipartimenti di Salute Mentale: i contratti di cura sono già entrati a far parte, in alcune Regioni Italiane (come l’Emilia Romagna), delle procedure cliniche “*evidence-based*” da garantire in modo costante all’interno di uno specifico percorso di cura (Circolare 7 RER, 2013). Nel caso dell’Emilia Romagna, ciò avviene per tutti i pazienti con un Disturbo Borderline di Personalità, siano essi seguiti ambulatorialmente, siano essi collocati in strutture terapeutiche o riabilitative. All’interno di questo contratto, si definiscono sia le scelte a breve termine che le scelte anticipabili (ad es. come gestire il discontrollo degli impulsi – il cosiddetto *joint crisis planning*). Le DAT, per molti aspetti, rappresentano una delle forme che potrà assumere, nel prossimo futuro, un contratto di cura, per tutte le situazioni a rischio di crisi future in cui è ne-

cessario un negoziato trasparente (che coniughi le proposte terapeutiche e le esplicite preferenze dei diretti interessati: utente, familiari ed altri significativi)

1. I possibili ambiti di applicazione

Uno degli elementi essenziali, sia nel caso in cui le Disposizioni Anticipate siano redatte autonomamente dai diretti interessati, sia nel caso in cui siano il frutto di un processo condiviso con i professionisti, è rappresentato dalla scelta del soggetto di assumere un atteggiamento attivo e consapevole rispetto al proprio percorso terapeutico, uscendo dalla posizione di passività nei confronti del disturbo e delle scelte dei professionisti. Entrambe le forme di passività (quella fondata sull’inevitabilità biologica del decorso e delle recidive, come pure quella che delega al professionista tutte le decisioni, comprese quelle coercitive) sono il principale ostacolo alla decisione che precede la stesura di una DAT.

Il nodo della passività, come già ricordato, è un nodo cruciale nella pratica quotidiana dei Servizi di Salute Mentale, anche Italiani: gli utenti che mettono in discussione le nostre proposte di trattamento e ci chiedono di diventare co-autori del proprio percorso sono benvenuti nella nostra attuale organizzazione?

I tre principali ambiti di applicazione delle DAT hanno molti elementi di contiguità, sul piano “clinico”: il principale è sicuramente rappresentato dalla prevenzione e dalla gestione preordinata e condivisa delle crisi che possono verificarsi dopo la stesura dell’accordo. Alcuni dei termini utilizzati per descrivere questi accordi, fanno, infatti, un riferimento specifico alle crisi future (*joint crisis planning*). Quali sono, dunque, questi tre gruppi di persone?

1. i soggetti che soffrono di Disturbi Bipolari, che sono caratterizzati da episodi euforici che possono avere un impatto distruttivo sul piano delle relazioni familiari, affettive, lavorative ed economiche;
2. i soggetti che sono andati incontro – a prescindere dalla diagnosi specifica – a ricoveri coercitivi, in occasione di episodi critici di varia natura (clinica, comportamentale, relazionale);
3. i soggetti che desiderano intraprendere un percorso di riduzione ed eventuale sospensione dei trattamenti psicofarmacologici e che sono consapevoli che ai possibili vantaggi – sul piano degli esiti a lungo termine – sono associati, nella fase di riduzione/sospensione, anche i rischi di episodi critici.

1. Le persone che soffrono di Disturbi Bipolari sono state le prime a considerare la necessità di uno strumento come

le DAT, che alcuni autori (Gergel & Owen, 2015) definiscono anche come Self Binding Directives (SBD, cioè Direttive di Auto-Obbligo). Le fasi critiche che determinano le conseguenze più destabilizzanti, sul piano interpersonale e sociale, sono certamente quelle euforiche, ma – nelle mie esperienze di contratti terapeutici condivisi – è sembrato necessario includere anche le fasi depressive, che possono generare, oltre alle scelte suicidarie, altre decisioni molto controproducenti (come la rinuncia volontaria al lavoro).

È ovvio che la partecipazione attiva dei familiari e degli amici al percorso di stesura del contratto condiviso rappresenta un elemento essenziale. Le persone con un Disturbo Bipolare sono, in genere, circondate da una rete di persone che considerano il disturbo come un ostacolo ad una relazione degna di valore e meritevole di essere proseguita. Questo aspetto relazionale facilita il loro coinvolgimento, sia sul piano del riconoscimento dei segni più precoci di recidiva, sia sul piano della ricerca degli interventi da adottare in quei frangenti, sia per l'identificazione del "fiduciario" che può intervenire in fase di crisi conclamata, assumendo le veci del diretto interessato.

Nella Tabella 1 sono sintetizzate le tappe di preparazione di una DAT condivisa, in circostanze analoghe a quelle prevedibili in presenza di un Disturbo Bipolare (Khazaal, 2014)

2. Le persone che sono state sottoposte a ricoveri, o altre misure, coercitive sono spesso poco disponibili a proseguire un rapporto di collaborazione terapeutica con i Servizi

e/o con i professionisti che hanno loro imposto forme di trattamento senza consenso. Una scelta coercitiva è una scelta con un prevedibile impatto negativo su tutta la relazione successiva. Non è raro che chi venga sottoposto ad un primo TSO mantenga, quindi, una sostanziale resistenza o diffidenza verso i professionisti e che, quindi, sia esposto ad un rischio molto elevato di vedersi riproposti ulteriori provvedimenti coercitivi (Day, 2005)

In una cornice di questo tipo, una delle possibili vie d'uscita da questa "porta girevole coercitiva" è rappresentata da un accordo trasparente sulle opzioni alternative al ricovero e sulle modalità di gestione delle situazioni critiche che hanno generato i precedenti provvedimenti coercitivi. L'invito contenuto nel testo della legge di riforma è chiaro: *"...Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere"*

Credo che quanto previsto in una DAT e la presenza del "fiduciario" possano offrire una solida base rispetto agli "interventi terapeutici accettati dall'infermo" e possano rientrare tra "le condizioni e le circostanze" evocate dal testo della Legge.

È plausibile che, in situazioni come queste, il percorso di

1. Fornire, od ottenere autonomamente, le informazioni essenziali sulle DAT.
2. Approfondire le esperienze precedenti di gestione delle crisi, con uno sforzo (condiviso da tutti i soggetti coinvolti) volto ad identificare i fattori destabilizzanti ed i primissimi segni di una nuova crisi.
3. Valutare con cura le precedenti esperienze di utilizzo dei farmaci e di ricorso ad altri interventi, per individuare quelli utili e quelli da evitare. Considerare i costi ed i benefici di ciascuna opzione e definire quali siano le circostanze specifiche in cui è accettabile un determinato intervento.
4. Individuare le scelte relazionali o lavorative che possono entrare a far parte delle modalità di fronteggiamento di situazioni specifiche (ad es. consegnare il bancomat e la carta di credito, in fase euforica). Nel caso specifico di una DAT, tra queste scelte rientra la scelta del "fiduciario", a cui affidare la funzione di far rispettare quanto precedentemente concordato.
5. Iniziare la stesura della DAT, attraverso bozze successive, cui possono proporre modifiche tutti i soggetti coinvolti (in particolare, i familiari).
6. In caso di successivi episodi critici, verificare quali siano stati i problemi emersi nel far rispettare le DAT e rivalutare il contenuto iniziale e modificarlo, se necessario.

Tab.1 - Le tappe da prevedere, nella stesura di una DAT condivisa (adattata da Khazaal, 2014)

stesura della DAT possa essere affidato ad un “facilitatore”, che abbia una posizione di terzietà rispetto al Servizio e che possa candidarsi a svolgere, eventualmente, la funzione di “fiduciario”.

3. Le persone che desiderano intraprendere percorsi di riduzione e sospensione dei trattamenti psicofarmacologici si trovano spesso ad affrontare una risposta negativa, o dilatoria, da parte dei professionisti, che esprimono le loro preoccupazioni rispetto al rischio di recidive, con le implicazioni medico-legali derivanti da proposte prescrittive di questo tipo. Alcuni procedimenti penali hanno certamente contribuito ad alimentare queste preoccupazioni. Le resi-

stenze dei professionisti contribuiscono, almeno in parte, a indurre chi vuole ridurre o sospendere gli psicofarmaci a farlo in modo inappropriato (con un’interruzione brusca, o troppo rapida): ciò determina un sensibile aumento delle probabilità di recidiva.

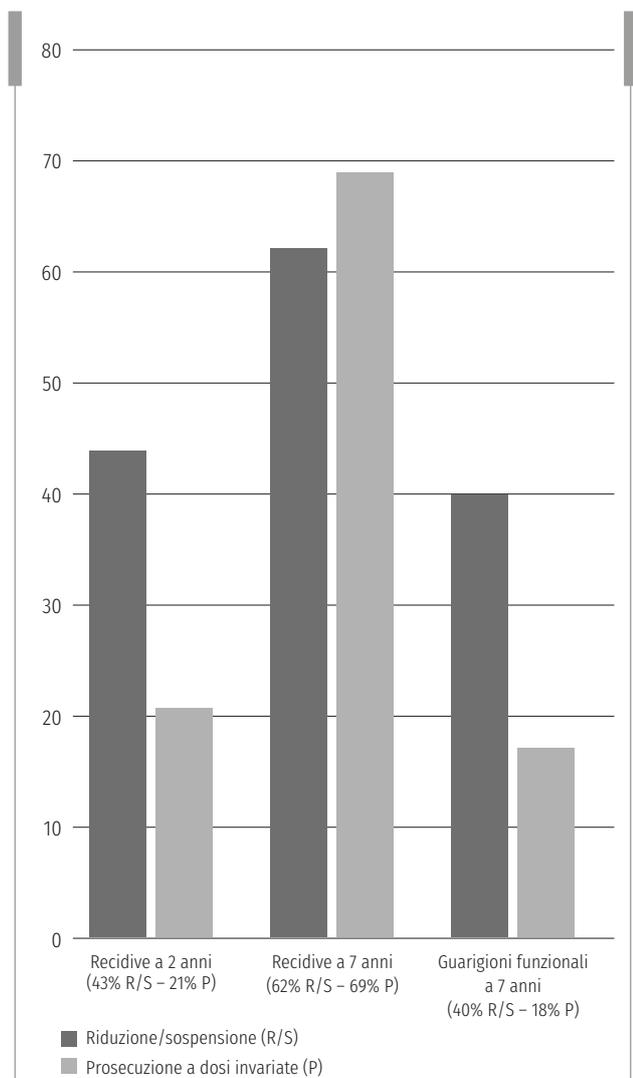
La letteratura scientifica sui vantaggi e sugli svantaggi delle strategie di riduzione o sospensione si è arricchita, negli ultimi anni, grazie ad alcuni studi longitudinali (Harrow & Jobe, 2012) e ad uno studio randomizzato controllato (Wunderink, 2013). Questo secondo studio ha confermato, a 7 anni, i vantaggi prognostici della riduzione/sospensione (con un tasso di guarigione funzionale del 40%, decisamente superiore al 18% riscontrato nel braccio esposto ad una terapia continuativa, senza modifiche posologiche). Va tuttavia segnalato che, a due anni, il gruppo esposto alla riduzione/sospensione ha presentato un tasso di recidive superiore a quello del secondo gruppo. Questa differenza, presente a due anni, è venuta meno negli anni successivi, con un tasso finale di recidive sostanzialmente sovrapponibile nei due gruppi.

Ogni proposta di riduzione o sospensione (Tibaldi, 2016; Marder, 2018) implica, dunque, una chiara consapevolezza sul rischio di recidive ed una, conseguente, necessità di prevederne la presenza e la gestione (soprattutto se si vuole mantenere l’obiettivo iniziale di arrivare ad una dose minima o ad una vera e propria sospensione). Inoltre, va tenuto presente quanto segnalato dalle associazioni di utenti che hanno sintetizzato le loro esperienze e le loro raccomandazioni per chi vuole intraprendere percorsi analoghi (Icarus Project, 2012): i percorsi di riduzione e sospensione devono prevedere una estrema gradualità e devono essere accompagnati dalla definizione di modalità alternative di fronteggiamento delle situazioni di instabilità o di crisi.

Le DAT possono diventare lo strumento per costruire percorsi condivisi di riduzione graduale dei trattamenti farmacologici, in quanto possono offrire – a tutti i soggetti coinvolti – la possibilità di contribuire alla definizione delle tappe, delle modalità di gestione delle eventuali recidive, degli interventi non farmacologici su cui investire, in alternativa al farmaco.

Una recente indagine, condotta in Emilia Romagna, all’interno di un audit sulle modalità prescrittive degli antipsicotici, ha confermato una tendenza a terapie di lunga durata, spesso immutate per molti anni (Piazza, 2018). Tra le iniziative che sono state programmate alla luce dei dati emersi vi è anche la possibile introduzione delle DAT nei percorsi di riduzione delle terapie con antipsicotici.

Uno dei contenuti della Legge 219 che può facilitare un coinvolgimento attivo dei professionisti nella formulazione delle DAT è quello dell’assunzione esplicita di responsabilità da parte del soggetto che le propone e le sottoscrive. Anche se



Graf. 1 – Tassi di recidiva a 2 e 7 anni e tasso di guarigione (funzionale) a 7 anni (adattato da Wunderink, 2013)

sarà necessario attendere le necessarie conferme da parte della magistratura, questo esercizio del diritto a vincolare le possibili scelte terapeutiche alle proprie preferenze può incidere profondamente sul profilo di responsabilità dei sanitari, nel momento in cui si conformino alle indicazioni vincolanti del soggetto malato. In questa prospettiva, le DAT possono contribuire in modo significativo al ridimensionamento di tutte le scelte professionali che rientrano nelle pratiche di “psichiatria difensiva”.

Conclusioni

La psichiatria di comunità italiana ha l'indubbio merito di aver reso concretamente esigibili (nella maggior parte dei Dipartimenti di Salute Mentale) alcuni diritti di cittadinanza che erano platealmente negati nei contesti manicomiali. Mi riferisco, in primo luogo, al diritto ad essere cittadini a pieno titolo, ma anche ai singoli diritti cui gli operatori dei Servizi di Salute Mentale dedicano, tuttora, importanti energie (a vivere in contesti abitativi non segreganti e non stigmatizzanti; ad avere occasioni di lavoro “vero”; ad essere inseriti in una rete sociale degna di questo nome; a non essere sottoposti, in caso di ricovero, a contenzione e trattamenti umilianti).

A 40 anni dalla Riforma del 1978, molte analisi sono concordi nel sottolineare che i DSM Italiani devono affrontare la “sfida” rappresentata dal cambiamento del profilo delle persone che accedono agli attuali Servizi. In molti casi, questa sfida viene circoscritta alle nuove forme di sofferenza che hanno preso il sopravvento tra i “nuovi casi” (disturbi di personalità, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell'umore, ecc.), che richiedono modalità di approccio innovative rispetto a quelle adottate, tradizionalmente, nella relazione con i disturbi psicotici.

La sfida, però, esiste anche ad altri livelli: le persone che iniziano il percorso di trattamento oggi vivono in una società che ha affermato l'esigibilità di alcuni diritti di cittadinanza che, fino a pochi anni fa, sembravano molto lontani dall'essere riconosciuti e tutelati (ad es. i diritti delle coppie omosessuali, i diritti connessi alla legislazione sul “dopo di noi”, ...): il diritto a vedere rispettate le proprie preferenze in ambito sanitario è un diritto che la Legge 219 rende universalistico, cioè potenzialmente esigibile da ciascun cittadino italiano, nelle situazioni specificamente previste dalla legge stessa. Questa Legge riflette un profondo cambiamento del rapporto tra cittadini ed operatori sanitari: come ho ricordato, il passaggio – nel linguaggio dei professionisti sanitari – da concetti come “*compliance*” ed “*adherence*” a concetti come “*concordance*” e “*shared decision-making*” è, almeno in parte, il riflesso di questo stesso cambiamento. Le decisioni che ci riguardano, quando siamo malati, sono decisioni che non siamo più disposti ad accettare supinamente:

vogliamo essere adeguatamente informati sulle possibili opzioni e ricorriamo spesso ad una seconda opinione, se il professionista cui ci siamo rivolti non ci fornisce le informazioni richieste o dà per scontato che non possiamo far altro che adeguarci alla sua proposta.

La concreta esigibilità di questo diritto (alla condivisione effettiva delle decisioni sanitarie, soprattutto in situazioni complesse) non può essere data per scontata, nel campo della salute mentale. La tradizione paternalistica (“*sappiamo noi cosa è giusto per te... fidati!*”), che attribuisce ai professionisti il profilo del buon tutore degli interessi dell'utente, tende – talora – a entrare in una pericolosa sinergia con la tradizione coercitiva (“*se non accetti le nostre proposte, ...*”).

Se condividiamo l'ipotesi che la tradizione coercitiva (che si esprime nella contenzione meccanica, oltre che negli ASO e nei TSO) sia uno dei residui della cultura manicomiale e, come tale, sia una pratica da superare, non possiamo che salutare positivamente l'introduzione di una Legge che ci dà uno strumento per avvicinarci a questo obiettivo.

Possiamo dare per certo, alla luce dei loro documenti, che questo obiettivo, questa sfida, sono fin d'ora pienamente condivisi dalle Associazioni degli Utenti e dei Familiari. Molto spesso, le pratiche coercitive scavano un fossato profondo tra l'utente e il Servizio, e i familiari ne vengono pesantemente condizionati, in quanto vengono posti in una posizione molto difficile. Rischiano di essere accusati, dal diretto interessato, di subalternità alle proposte dei professionisti (se le fanno proprie) o rischiano di essere accusati (dai professionisti) di essere cattivi alleati del paziente che rifiuta di curarsi. La trasparenza del processo che porta alla stesura di un contratto terapeutico condiviso, di una disposizione anticipata di trattamento, consente di superare queste situazioni di fraintendimento e di stallo: l'obiettivo di evitare nuove esperienze coercitive è motivante per tutti coloro che partecipano alla stesura del documento finale e apre le porte ad una nuova fase nei rapporti reciproci.

La legge di riforma del 1978, come tutti sappiamo, è stata il frutto della felice saldatura tra le spinte politiche, culturali e sociali dell'epoca (critica e chiusura delle istituzioni totali, delegittimazione dei saperi che ne consentivano l'esistenza, ecc.) e l'ambito specifico della psichiatria, che – grazie a Basaglia ed al suo piccolo gruppo – ha saputo dar impulso alla legge ed ai cambiamenti radicali che ne derivavano. È certamente vero che “*Nulla due volte accade*” (come dice Wislawa Szymborska, in una sua bellissima poesia, 2009), ma credo che la Legge 219 ed i movimenti che hanno contribuito a promuoverne la stesura e l'approvazione rappresentino una possibile occasione di una nuova saldatura tra l'universo della psichiatria italiana e chi sostiene i nuovi diritti di cittadinanza.

Bibliografia

- Merini A., *La Terra Santa*, Scheiwiller, Milano, 1984.
- Tibaldi G., Salvador-Carulla L. & García-Gutierrez J.C., *From Treatment Adherence to Advanced Shared Decision Making: New Professional Strategies and Attitudes in Mental Health Care*. *Current Clinical Pharmacology*, n. 6, 2011, pp. 91-99.
- Rogers J. & Centifanti J., *Beyond self-paternalism. A response to Rosen and Kaster*. *Schizophrenia Bulletin*, n. 17, 1991, pp. 9-14.
- Appelbaum P., *Advance directives for psychiatric treatment*. *Hospital and Community Psychiatry*, n. 42, 1991, pp. 983-984.
- Zelle H., Kemp K., Bonnie R.J., *Advance directives in mental health care: evidence, challenges and promise*. *World Psychiatry*, n. 14, 2015, pp. 278-280.
- Swanson J.W., Tepper M.C., Backlar P., Schwartz M.S., *Psychiatric Advance Directives: an alternative to Coercive Treatment?* *Psychiatry*, n. 63, 2016, pp. 160-172.
- Campbell L.A., Kisely S.R., *Advance treatment directives for people with severe mental illness*. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009.
- Drake R.E., Deegan P.E., *Shared Decision Making is an Ethical Imperative*. *Psychiatric Services*, n. 60, 2009, pp. 1007.
- Servizio Sanitario - Regione Emilia Romagna Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità 2013 (Circolare n. 7 del 29.5.2013).
- Gergel T. & Owen G.S., *GS Fluctuating capacity and advance decision-making in Bipolar Affective Disorder Self-binding directives and self-termination* *International Journal of Law and Psychiatry*, 2015, doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.04.004.
- Khazaal Y., Manghi R., Delahaye M., Machado A., Penzenstadler L., & Molidynski A., *Psychiatric Advance Directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment* *Frontiers in Public Health*, 2:37. doi: 10.3389/fpubh.2014.00037.
- Day J.C., Bentall R.P., Roberts C., Randall F., Rogers A., Cattell D., Healy D., Rae P., Power C., *Attitudes towards antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals*. *Archives General Psychiatry*, n. 62, 2005, pp. 717-724.
- Harrow M., Jobe T.H., Faull R.N., *Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20year longitudinal study*. *Psychological Medicine*, n. 42, 2012, pp. 2145-2155.
- Wunderink L., Roeline M., Wiersma D., Sytema 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.
- Piazza A., Tibaldi G., Koci A., Saponaro A. & Gruppo lavoro, *"Audit Farmaci Antipsicotici" L'impiego dei farmaci antipsicotici nei Centri di Salute Mentale*. Una valutazione condivisa tra professionisti, utenti e familiari. Anno III, n. 5, 2018, pp. 28-31.
- Icarus Project Guida alla riduzione degli psicofarmaci (versione italiana) 2012. <http://www.willhall.net/files/ComingOffPsychDrugsHarmReductGuide-Italian.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.
- Marder S.R. & Zito M.F., *Will I need to take these medications for the rest of my life?* *World Psychiatry*, n. 17, 2018, pp. 165-166.
- Szymborska W., *La gioia di scrivere. Tutte le poesie (1945-2009)*. Adelphi, Milano, 2009.

Relazioni obbligate e relazioni di cura

Claudio Ravani

10

Anche se gli sarebbe poi stata attribuita la paternità della nuova normativa ... Basaglia era uscito "sconfitto" almeno su due punti qualificanti della riforma: in primo luogo sui trattamenti sanitari obbligatori, cui si era subito energicamente opposto; e in secondo luogo sugli SPDC.¹

Le relazioni psichiatriche volontarie differiscono dagli interventi psichiatrici imposti allo stesso modo in cui le relazioni sessuali tra adulti consenzienti differiscono dalle aggressioni sessuali chiamate "stupri".²

Mi è capitato di recente di avere disposto perizia psichiatrica nei confronti di un imputato che era apparso scompensato; il perito aveva concluso che egli era portatore di grave disturbo di personalità, complicato da abuso di sostanze ed era socialmente pericoloso: "sarebbe ragionevole come alternativa per contenere la sua pericolosità sociale un programma terapeutico affidato ai servizi competenti". Invitai perciò i servizi (SerT e Centro Salute Mentale) a redigere un programma concordato, ma egli in occasione del colloquio con i servizi se ne andò sbattendo la porta, e perciò i servizi mi risposero che non erano in grado di formulare un programma.³

Dopo aver sottoscritto il proprio progetto, Mario, un po' stupito, viene invitato a esprimere un punteggio di soddisfazione: "...decido io il voto?". I componenti del tavolo sorridono, ma attendono in realtà con un po' di trepidazione il giudizio di Mario: "Ringrazio tutti ma metto sei, non bisogna esagerare"⁴

Rif.

Claudio Ravani, psichiatra, direttore DSM-DP/AUSL della Romagna
tel. 0543-731455
claudio.ravani@auslromagna.it

Note

- 1 Davide Lasagno – Oltre l'istituzione- Ledizioni Milano 2012 pagg . 151-152
- 2 Trad. da: introduzione *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry* – Transaction Publishers – New Brunswick (USA) and London (UK) 2007 Thomas Szasz
- 3 Estratto da: "Giornata di studio sulle REMS" Regione Piemonte 16 maggio 2017 – Relazione del Giudice Antonio De Marchi
- 4 Fase conclusiva di un Budget di Salute al Centro di Salute Mentale di Forlì

ABSTRACT

Il collegamento tra obbligo e cura attraversa in vario modo i servizi della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche. In troppe circostanze il setting terapeutico torna ad assumere oggi connotazioni coercitive, sia per il paziente che per gli operatori, senza che questo sia sufficientemente considerato in termini di rischio clinico e appropriatezza professionale. Se l'esperienza manicomiale deve servire, sempre, come un madornale "evento sentinella", la prima e più "banale" azione di miglioramento consiste nel non riprodurre in alcun modo le dimensioni, istituzionali e iatrogene, legate alla coercizione ed alla sistematica spersonalizzazione. Occorre quindi, in particolare oggi, immaginare, inventare forme nuove per i Servizi di Salute Mentale: l'"istituzione inventata" dovrà essere una soluzione di sistema (più soggetti istituzionali che partecipano), in grado di lavorare per singolo progetto e non per standard d'intervento, dovrà essere flessibile, capace di modificare ruoli e prospettive, attivare le risorse del contesto. La sperimentazione del Budget di Salute è una prima proposta metodologica per de-costruire le norme istituzionali centrate su preconcepite categorie di bisogno (definite dalle singole istituzioni), per ricostruire ogni volta una meta-istituzione "di progetto", centrata sulla unicità della persona e sottoscritta da questa. Ogni Budget di Salute richiede una "istituzione inventata".

Premessa

La storia della legge 180 è anche un percorso, sempre da rinnovare, sulla natura delle istituzioni che curano. Il tracciato dei 40 anni di storia "applicativa" della legge delinea un arco istituzionale, culturale e scientifico prossimo a chiudere il cerchio. Siamo ricondotti oggi ad affrontare i temi centrali (spesso legati alla natura istituzionale dei servizi) che erano in discussione negli anni che precedettero l'approvazione della legge stessa, anche se naturalmente da una diversa prospettiva.

Questa necessità di riprendere i "fondamentali" del modello non è solamente legata all'analisi del nostro percorso di riforma psichiatrica, ma costituisce la risultante di una spinta culturale e "di sistema" che ha preso forma, negli anni, in ambito internazionale. Molti di noi, di fronte alle nuove evidenze acquisite, hanno sperimentato una specie di "dèjà vu", una qualche familiarità con quanto si andava dimostrando attraverso studi e ricerche effettuati prevalentemente in altri paesi. Ci troviamo in altre parole oggi a riconsiderare, in forma di evidenze scientifiche, metodologiche o "teorico-tecniche", i medesimi fattori che 40 e più anni fa costituirono i presupposti culturali della 180, radicati nella analisi critica della forma delle istituzioni psichiatriche. Tali presupposti furono in vario modo giudicati, da certa parte del mondo psichiatrico di allora, di matrice

ideologica, scientificamente discutibili e non supportati da un affidabile "know-how" tecnico.

Questa singolare concordanza tra fattori culturali della vecchia legge e nuove evidenze ha probabilmente contribuito a indebolire le iniziative di approvazione di una "legge 181", in quanto la 180 si è sempre dimostrata sostanzialmente in linea con le nuove acquisizioni, anche organizzative, in termini di buone pratiche per la salute mentale. Da 40 anni, almeno sulla carta, siamo istituzionalmente "orientati alla recovery".

Il presente contributo considera un aspetto della legge centrale dal punto di vista "teorico-tecnico", forse il meno approfondito nella letteratura scientifica internazionale: la libera scelta ed adesione ai trattamenti o, al contrario la coesistenza dei percorsi di salute mentale con forme di obbligo istituzionale alla cura. La dimensione volontaria del trattamento costituì il perno della nostra legge di riforma, ed oggi è tornata di estrema importanza, verosimilmente perché costituisce un elemento di possibile crisi radicale del sistema.

Se consenso e obbligo hanno a che fare con le caratteristiche istituzionali conferite socialmente e politicamente ai servizi (non solo a quelli di Salute Mentale), forse occorre inventare nuove e diverse forme istituzionali, nuove "metodologie del consenso", più vicine ai presupposti culturali

della riforma del 1978, ma anche ai principi più attuali della riabilitazione.

1. La base fenomenologica ed il problema istituzionale

Negli anni '60 e '70 prese forma la matrice socio-politica nella quale si svilupparono i fermenti culturali e le sperimentazioni "rivoluzionarie", in termini di libertà individuali e diritti civili, che portarono all'approvazione della legge 180. Solitamente si considera questo periodo come una fase di critica radicale, dal basso, delle istituzioni "totali". In un'altra prospettiva si estesero, di fatto con trent'anni di ritardo, i diritti sanciti dalla Costituzione anche ai pazienti internati negli ospedali psichiatrici, rimasti "extraterritoriali" rispetto all'applicazione dei fondamentali principi costituzionali (D. Piccione 2013)

Raramente però si ricorda che l'esperienza di Franco Basaglia ed il pensiero che sottende la critica radicale alle istituzioni psichiatriche furono sostenuti da uno specifico modello di riferimento che, contrariamente ad una opinione diffusa, implica precise opzioni di metodo: la psichiatria fenomenologica. Questo, nel 1980, diceva Franco Rotelli in memoria di Basaglia: "Stava, in quell'atteggiamento pratico che sospendeva il giudizio e rinviava il valore della cultura e della scienza al "tribunale del mondo della vita", il più caratteristico legato di quella che era l'esperienza filosofica formativa di Basaglia: .. l'adesione al pensiero fenomenologico ... anni dopo scriveva: 'Un'istituzione che intende essere terapeutica deve diventare una comunità ...dove il rapporto non sia il rapporto oggettivante del signore con il servo o di chi dà con chi riceve; dove il malato non sia l'ultimo gradino di una gerarchia fondata su valori stabiliti una volta per tutte dal più forte".

L'approccio fenomenologico cerca di ricondurre la scienza psichiatrica alla cornice epistemologica che più le appartiene. Propone un "riposizionamento" dei modelli conoscitivi della psichiatria, ancorati alla visione scientificamente ingenua della "misurazione oggettiva", dove l'osservatore "esterno" applica teorie o strumenti di misura ad un "oggetto" (che in realtà è un altro soggetto), supponendo di ottenere così una conoscenza affidabile dell'altro, ma in realtà distanziandosene.

L'inaffidabilità delle "misurazioni oggettive" e l'attenzione al ruolo attivo dell'osservatore/interprete sono da molto tempo dimensioni acquisite stabilmente nei paradigmi delle "scienze dure", come la fisica, la chimica, le scienze matematiche. Paradossalmente ciò fatica ad entrare negli statuti epistemologici delle "scienze molli", come la medicina, la biologia e, a maggior ragione, la psichiatria.⁵

In questa accezione, la critica radicale di Basaglia alle istituzioni psichiatriche o agli approcci legati a qualsivoglia

forma di "potere incondizionato" dell'osservatore, al di là di ogni considerazione etico-politica, costituisce fenomenologicamente un riposizionamento tecnico-scientifico: *"Non voglio con questo dire che la malattia non esiste, ma che noi produciamo una sintomatologia - il modo di esprimersi della malattia - a seconda del modo col quale pensiamo di gestirla, perché la malattia si costruisce e si esprime sempre a immagine delle misure che si adottano per affrontarla. ..."* (F. Basaglia 1975)

È una analisi critica che si potrebbe connotare come una grande e sempre innovativa riflessione sul "setting" (assetto) istituzionale: dei servizi e dei contesti in cui si realizza l'incontro interpersonale e qualunque processo di cura. Questa riflessione va continuamente riproposta, in modo particolare nei Servizi di oggi nei quali, preoccupati di migliorare la clinical competence o l'aderenza alle pratiche evidence based, non ci si interroga più circa gli aspetti legati ai limiti ed ai possibili effetti iatrogeni dell'istituzione stessa, come se fossero stati del tutto risolti con il superamento dell'ospedale psichiatrico.

Nella prospettiva fenomenologica si sa che il rapporto con l'Altro nasconde l'insidia di una forzatura, di un ascolto inefficace, condizionato dagli schemi di lettura, dai pregiudizi. Si avverte la complessità ed il limite nella possibilità di "sospendere il giudizio", forse mai del tutto realizzabile, come presupposto all'incontro. Allo stesso modo, a livello di sistema, dovremmo tenere conto delle contraddizioni e dei rischi iatrogeni connessi a qualsiasi istituzione che deve curare, rischi forse mai completamente evitabili. In entrambi i casi occorre da un lato mettere tra parentesi schemi preconetti, dall'altro sviluppare la consapevolezza "dei limiti".

2. Istituzioni che curano, istituzioni che obbligano

Il termine "istituzione" ha una grande varietà di significati, ma nasce carico di buoni propositi; esso viene da istituire, e cioè fondare, dando al contempo un ordine, delle regole. Viviamo nelle istituzioni e grazie alle istituzioni: Famiglia, Scuola, Chiesa, Associazione, Tribunale ecc. Ogni istituzione, leggera o pesante che sia, si pone come sistema condiviso di norme, le quali però diventano in questo modo imposte alla vita sociale delle persone.

Questo potere, questa imposizione, saltavano agli occhi negli Ospedali Psichiatrici, ma si esercitano ugualmente,

Note

5. In realtà le scienze dure sono epistemologicamente scienze semplici, mentre le scienze molli possono essere considerate scienze complesse.

anche se in modo meno esplicito ed in termini variabili nei servizi e nelle istituzioni di oggi, che continuano a porsi come “modello regolatore”, restringendo in diversa misura la libertà di scelta del soggetto. Ciò conferma come sia ancora indispensabile, per chi opera nei servizi di salute mentale, mantenere una riflessione critica sul proprio ambito istituzionale, da un lato nella dimensione consensuale della relazione d’aiuto e cura, dall’altro in quella opposta di obbligo o coercizione.

Considerando la presenza inevitabile di una qualche forma di potere impositivo nell’istituzione, occorre mantenere una attenzione critica alle dinamiche istituzionali sanitarie, come elementi costitutivi del nostro lavoro: se ogni istituzione si occupa anche della violazione, da parte del soggetto, delle norme istituite, anche nei nostri Servizi una violazione genera una qualche forma di reazione istituzionale, ossia una modalità sanzionatoria più o meno esplicita che tende a ricondurre la persona ai comportamenti consoni predefiniti.

Tutti i Servizi che “prendono in carico” producono in modo rilevante questo effetto collaterale: riducono i gradi di libertà delle persone che vi si rivolgono. Questa “sottrazione” riduce l’autonomia individuale e tende a produrre dipendenza dalla istituzione stessa.

Questi aspetti non possono essere considerati in modo pregiudiziale come mera “ideologia socio-politica” o comunque come una realtà sganciata dalla dimensione clinica, ma sono costitutivi del *setting*, del lavoro quotidiano.

3. Istituzione che obbliga, istituzione obbligata

I professionisti della salute mentale partono dalla premessa che consenso, libera adesione ai percorsi di cura, motivazione, non sono condizioni “date”, ma costituiscono (operativamente e metodologicamente) un processo, spesso una faticosa conquista, che richiede tempo. Questo delicato impegno nell’ambito della relazione costituisce probabilmente la parte più specifica (“tecnica”) degli interventi di salute mentale. La costruzione di una autentica alleanza di cura è il presupposto di ogni intervento e non può, costitutivamente, essere imposta o prescritta come obbligo.

L’affermazione di questo principio, se vogliamo banale, è però difficilmente esplicitata. Sembra in atto una generale rinuncia ad affermare il senso del proprio agire nei contesti in cui altre istituzioni forti dispongono d’autorità la effettuazione trattamenti di salute mentale, quasi si fosse abbandonata la scelta di sostenere la propria dimensione e competenza professionale, mentre, al contrario, questo aspetto rappresenta forse per i nostri servizi l’indicatore più affidabile per definire la coerenza della cornice istituzionale con il proprio mandato.

Modificando una definizione di A.M.Ferro, potremmo dire che l’appropriatezza istituzionale dei Servizi di Salute Mentale è legata soprattutto alla capacità di gestire la “clinica del libero rifiuto” (A.M. Ferro 2010), nel processo di avvicinamento reciproco che scandisce il costituirsi della relazione terapeutica. Negoziazione del libero rifiuto da un lato e mandato coercitivo di cura dall’altro (che vale sia per il curante che per chi dovrebbe essere curato), sono in qualche modo agli antipodi, dal punto di vista tecnico. Nel primo caso il rifiuto ha un valore terapeutico, è un elemento al quale viene conferito valore sempre attuale e da esso si può costruire il percorso della relazione; nel secondo, che si appella ancora a norme antecedenti la 180 e non modificate, la presenza eventuale di una sanzione istituzionale per gli attori della relazione costituisce una pesantissima variabile nella possibilità di strutturare un rapporto realmente terapeutico e questo fa la differenza.

Se il processo terapeutico può realizzarsi nel caso del mancato consenso personale ed iniziale alle cure, mediante un percorso di avvicinamento progressivo dove la libertà di scelta si sostituisce all’obbligo, esso non può certamente compiersi quando sia il terapeuta che il paziente sono coerciti da un obbligo terzo (che contraddice radicalmente i principi della 180), un “obbligo di relazione terapeutica”, dove l’avvicinamento reciproco può avvenire solo in modo condizionato, vincolato da qualche forma di sanzione e inadeguato per definizione a consentire un incontro genuinamente terapeutico.

Questo è ciò che accadde quando Basaglia entrò nel manicomio e si rese subito conto che qualunque intervento di cura che poteva realizzare in quel contesto era una pura “distorsione ottica”: l’unica azione terapeutica efficace era eliminare (per sé e per il “paziente”) il manicomio stesso, per consentire relazioni liberamente scelte e quindi terapeutiche.

In altro modo, questa percezione di “inappropriatezza tecnica” si affianca oggi alla consapevolezza diffusa tra gli operatori della salute mentale, *“di uno scarto che sempre più avvertiamo tra un mondo dei servizi, che si vorrebbe ancorato ad una svolta [legge 180] e una società civile che... si è prepotentemente assestata su una polarità di segno opposto (...) quello della domanda di sicurezza che da ogni lato si abbatte ... sui servizi psichiatrici che rappresentano l’avamposto dello stato sociale, visto che la questione della follia è per antonomasia la questione che definisce i livelli di tolleranza in un gruppo”* (L.Ferrannini & P.F.Peloso 2012)

4. Pratiche di coercizione

Oggi possiamo registrare una lunga serie di situazioni nelle quali si vuole o, più propriamente, si dispone, che il set-

ting terapeutico assuma connotazioni coercitive, sia per il paziente che per i terapeuti/Servizi, senza alcuna consapevolezza (o interesse a riguardo) da parte del “committente” circa gli esiti che si determinano.

“Dopo gli anni della riforma, si ripropone con forza l’idea dello psichiatra come tecnico del controllo del comportamento ... la necessità di far sì che le persone, malate o devianti, si adeguino alle norme familiari e sociali mediante l’utilizzo di strumenti clinici (!)... a questo, negli ultimi anni si sono aggiunti gli atteggiamenti rivendicativi dei familiari, le critiche dei mass media e le sentenze di condanna ... aprendo le porte alla deriva della psichiatria “difensiva” ... o della psichiatria “impossibile” (dove le richieste avanzate agli operatori sono opposte e inconciliabili, ad esempio obbligo di cure e libertà...)”.(P. Pellegrini 2009)

Nel lavoro quotidiano questo collegamento, iatrogeno, tra coercizione e cura attraversa in vario modo i servizi della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche.

Ciò accade quando il Magistrato dispone percorsi obbligati di cura per pazienti autori di reato, richiedendo strutture con caratteristiche “contenitive” (paradossalmente vietate da leggi e Costituzione) che avvengono di fatto in Residenze riabilitative, assimilando sorveglianza sanitaria e custodia finalizzata al controllo sociale. Ciò determina un peso sanzionatorio sull’operatore per l’interpretazione, ormai consolidata, dell’art. 40 C.P. (“posizione di garanzia di controllo”) al quale si somma il peso della misura di sicurezza già applicata al paziente, schiacciando e deformando la relazione entro confini ben poco terapeutici; la mission sanitaria (centrata sullo “stare bene”) diventa mission di controllo sociale (centrata sul “fare il bravo”).

Qualcosa di simile accade con le persone tossicodipendenti che, per evitare il carcere, possono “liberamente optare” per programmi alternativi predisposti dal SerT, o similmente vengono inviati, per evitare “guai peggiori”, dalla Prefettura “ex art. 75” sempre ai Servizi per le Dipendenze.

Aspetti di questo tipo irrompono nella relazione terapeutica quando coercizioni istituzionali forse meno evidenti deformano ugualmente la struttura del rapporto terapeutico (attività certificatorie dovute ma non richieste dall’interessato, attivazione di procedure per richiesta di Amministrazione di Sostegno non coerenti con il ruolo terapeutico ecc.). Si pensi anche al sequestro d’autorità della documentazione sanitaria, la quale contiene, oltre ai dati “supersensibili” sulla persona, tutta la fiducia depositata dal paziente nella relazione terapeutica, fiducia corrisposta e “custodita” (in questo caso il termine ci sembra usato appropriatamente), dalla equipe curante e dal Servizio.

Come già anticipato, assistiamo in questo scenario ad un nuovo “evento sentinella” istituzionale: le strutture residenziali riabilitative sono occupate sempre più da pazienti “so-

cialmente pericolosi” con limitazioni della libertà personale, spesso senza condivisione preventiva di alcun progetto e con pochissime possibilità di incidere sulle scelte e sui tempi ritenuti necessari non tanto per la cura, quanto piuttosto per il superamento della “pericolosità”. Questo fenomeno mette sicuramente in forte allarme chi si impegnò per abolire dal vocabolario sanitario la “pericolosità per sé e per gli altri”, con la 180, e spero anche gli operatori più giovani. Le situazioni descritte e molte altre, che chi lavora nei Servizi potrà integrare completando l’elenco, sono accomunate dalla medesima richiesta di un impraticabile incontro terapeutico⁶. Sono situazioni caratterizzate dalla incursione, nella istituzione che cura, di elementi sanzionatori che non le appartengono, riproponendo le dinamiche iatrogene che la “legge Basaglia” si proponeva di eliminare.

5. Salute mentale e dialogo istituzionale:

il Budget di Salute⁷

A fronte di questa evoluzione istituzionale che mostra diversi elementi di preoccupazione per il futuro, occorre pensare a forme di rinnovamento che mantengano la massima coerenza con la legge 180.

Si potrebbe pensare che il cambiamento, a livello istituzionale, che consentirà di aprire spazi terapeutici consista in una efficace ristrutturazione o riforma del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, identificando quest’ultimo come rappresentante istituzionale esclusivo (“erogatore”) della risposta di salute mentale al cittadino.

Chi si occupa da anni di queste dinamiche ritiene che i nuovi Dipartimenti vadano del tutto modificati, reinventati: *“La nuova istituzione che sostituirà l’esistente (in Italia il Dipartimento di Salute Mentale) è definibile come ‘Istituzione inventata’ è un sistema istituzionale di cui non si conoscono ancora architettura e caratteristiche funzionali”.* (R. Piccione 1988)

In realtà questa visione rischia di essere ancora centrata sulla organizzazione del modello erogativo dei servizi e dei professionisti, lasciando invariata la prospettiva descritta e rilanciando la delega impossibile ad una sola istituzione di farsi carico in toto della persona e della sua complessità: così si è fatto con l’Ospedale Psichiatrico ed ancora oggi si tende a replicare con i Servizi di Salute Mentale e per le Dipendenze.

Note

6. L’incontro terapeutico è sempre un percorso dialogico: l’avvicinamento accade **liberamente** nella relazione. Solo questo apre alla disponibilità a offrire se stessi, **senza condizioni**, “come persona dialogante”, consentendo “di risuonare con l’esperienza dell’Altro”. Giovanni Stanghellini – Noi siamo un dialogo – Cortina Milano 2017 pag 14

7. cfr Regione Emilia-Romagna DGR 1554/2015 e scheda 4 DGR 1423/2017

Un'assenza di analisi critica su questi aspetti alimenta l'idea pregiudiziale che le istituzioni debbano continuare a ripetere ciò che hanno sempre fatto: occuparsi ognuna del proprio "ambito di competenza", secondo criteri di inclusione/esclusione, raccordando a monte le "politiche".

Non è prevista una integrazione sul livello della persona, ma solo modalità di collegamento "alte", di tipo amministrativo (accordi di programma, "deleghe", protocolli ecc.), che non possono rispondere in modo adeguato a cittadini con molteplici problemi, proprio perché tecnicamente inadatte a "vedere" in modo intero la persona ed i suoi bisogni sociali, sanitari e personali, traducendoli in progetti individualizzati specifici. Si tratta inoltre di modalità di intervento istituzionale "erogative" che non promuovono le risorse naturali del contesto, della famiglia, della persona ("capacitazione").

Per sviluppare modelli nuovi e coerenti con i presupposti della salute mentale, forse occorre tornare alle radici fenomenologiche della critica alle istituzioni, le quali invece che integrarsi ed integrare finiscono oggi da un lato per "escludere" i casi complessi e dall'altro per condizionare il ruolo terapeutico degli operatori: "...bisogna che noi stessi ... prendiamo coscienza di essere a nostra volta esclusi, nel momento stesso in cui siamo oggettivati nel nostro ruolo di escludenti." (F. Basaglia 1968)

Ed allora "l'istituzione inventata" deve necessariamente essere qualcosa di diverso, una soluzione di sistema in grado di lavorare per progetto e non per standard d'intervento, deve essere flessibile, capace di capovolgere ruoli e prospettive, di consentire le precondizioni della salute mentale, quella dell'utente e, in modo inevitabile, anche quella dei famigliari, del contesto e degli operatori stessi.

La persona, in questo diverso contesto, non può essere né esclusa né inclusa dai criteri istituzionali: deve essere messa in condizione di co-costruire il proprio progetto attraverso il dialogo e la partecipazione delle istituzioni (servizi sanitari, enti locali, famiglia, associazioni, volontariato, privato sociale ecc), che realizzano il proprio obiettivo solo centrando quello della persona.

Il *Budget di Salute* è una proposta metodologica per de-costruire le norme istituzionali centrate sul pre-giudizio delle categorie di bisogno, ricostruendo ogni volta una meta-istituzione "di progetto", centrata sulla unicità della persona. Il Budget di Salute richiede ogni volta una "istituzione inventata".

Se l'esperienza manicomiale ci deve servire, sempre, come un macroscopico, madornale "evento sentinella", la prima e più "banale" azione di miglioramento consiste nel non riprodurre le caratteristiche istituzionali. Dovremmo essere in grado di capire quantomeno la direzione verso cui muoverci: se il manicomio era per il paziente: "un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della

sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione" (F. Basaglia 1965) oggi dovremmo andare, all'opposto, verso progetti individualizzati e distribuiti tra più istituzioni. Dovremmo avere la consapevolezza che nessuno ha risposte esaustive, che abbiamo bisogno di un welfare sostenibile, che la salute (ed in modo particolare la salute mentale) è fatta soprattutto di determinanti sociali e per questo dobbiamo diffidare di ogni artefatto sociale delegatoci da istituzioni "altre". Dovremmo condividere l'idea di una società che valorizza tutte le persone e le capacità che esse posseggono, nella misura in cui le posseggono, consapevoli che questo produce sia salute che sviluppo economico. (A. Sen 1999)

"Dietro il Budget di Salute vi è un pensiero, un'utopia che ci aiuta a superare una visione economicistica di corto respiro in favore di sguardi lunghi, investimenti strategici per ridare passione, slancio alle persone, alle comunità e ai territori e all'ambiente" (P. Pellegrini 2017)

È utopistico allora pensare che la legge 180 sarà "fuori pericolo" e compiutamente realizzata solamente quando, per esempio, anche la Magistratura chiederà collaborazione "spronando" il mondo istituzionale (lei compresa, naturalmente) a realizzare in modo integrato, anche per le persone con misure di sicurezza in atto, un progetto personalizzato realizzato con il *Budget di Salute*?

Bibliografia

- Basaglia F., *La distruzione dell'ospedale psichiatrico*, in «Annali di Neurologia e Psichiatria», LIX, 1965.
- Basaglia F. (1968), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino, p. 117.
- Basaglia F. (1975), *Ideologia e pratica in tema di salute mentale*, Conferenza all'Università di Roma del 28 febbraio 1975, in «Il Pensiero Scientifico», Roma.
- Ferrannini L., Peloso P.F., *I trattamenti senza consenso in psichiatria e in medicina tra norme, culture e pratiche. Appunti per una discussione*. Noos 1:2012, 29-44.
- Ferro A.M., *Le cure senza consenso nei DCA: la "clinica de rifiuto"*. Psichiatri Oggi 2010; 12 5-7.
- Pellegrini P. (2009), *Riflessioni sull'identità degli operatori in psichiatria*, in *Psicoterapia e scienze umane*, Franco Angeli, Vol. XLIII n. 4 pag 554 e pag 548.
- Piccione R., *Il futuro dei servizi italiani per la salute mentale. Verso l'istituzione inventata*. Vol. CXXVIII N. 2/2004 Riv. Sperimentale di Freniatria, pag 125. Sul tema cfr Rotelli, F. (1988). *L'istituzione inventata*. Per la salute mentale/for mental health, Rivista Centro Regionale Studi e Ricerche sulla Salute Mentale.
- Piccione D. (2013), *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*. Alpha Beta.
- Sen Amartya (1999), *Development as freedom*. Oxford University Press.

TSO e pratiche “No Restraint”

Fausto Mazzi, Monica Pacetti, Paolo Ugolini

Intervistati:

Enzo Morgagni
Presidente Consulta Salute Mentale
della Regione Emilia Romagna

Pietro Pellegrini
Vicepresidente

Gertrude D'Aloja
Past President

Silvio Belletti
URASAM E-R, Coordinamento Regionale
Associazioni di Familiari per la Salute Mentale

Rappresentanti Utenti dei Centri di Salute Mentale
della Regione Emilia Romagna

16

Premessa

Dopo il seminario conclusivo del corso sul Trattamento sanitario Obbligatorio (TSO), tenutosi il 14 dicembre 2017, al quale hanno partecipato anche la Presidenza della Consulta Regionale Salute Mentale, un membro di un'associazione e i rappresentanti degli utenti dei Centri di Salute Mentali regionali, i curatori di Sestante hanno posto 10 domande.

D.1 Come giudicate l'iniziativa?

Morgagni: “È stata un'importante occasione di confronto tra tutti i soggetti interessati e tra questi vi è da segnalare la significativa presenza degli utenti. Non avendo preso parte a tutto il corso, (indirizzato ad una definita platea di professionisti: in particolare psichiatri, infermieri e agenti della polizia municipale) e non posso quindi farne una valutazione complessiva ma fare alcune riflessioni come contributo per un più ampio dibattito. Certamente non si possono dimenticare eventi molto critici culminati con la morte del paziente verificatasi nell'effettuazione del TSO o

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

durante il successivo ricovero in SPDC. Ciò ha prodotto nei professionisti, negli utenti e loro familiari e nell'opinione pubblica una notevole preoccupazione e interroga fortemente sul piano tecnico ed etico”

D.2 Cosa avete colto?

D'Aloia: “Nella giornata ci pare di avere colto un disagio degli operatori che sono chiamati a intervenire in un TSO. Ancor più evidenti sono stati i vissuti di chi il TSO lo ha subito e dei familiari che vi hanno assistito. Un disagio che nella sua espressione, è motivo di preoccupazione e insieme di speranza perché seppure indirettamente, a volte senza parole, indica che sui trattamenti obbligatori resta aperta una contraddizione, un tormento che non è esauribile solo nella pur necessaria definizione di procedure sicure e di una chiarezza dei compiti, ma rimanda alla necessità di ripensare complessivamente gli approcci in modo tale che siano sempre più rispettosi delle persone, della loro vita e dignità.”

D.3 Quale è il mandato dei Servizi?

Pellegrini: “Psichiatri e operatori della polizia municipale, nonostante la legge abbia ormai 40 anni di applicazione, ritengono necessaria non solo una maggiore chiarezza relativamente ai compiti, ma pensano sia indispensabile un'azione formativa al fine di trovare modalità utili a dare un contributo positivo alla persona interessata al provvedimento il cui ruolo è sempre più importante. Infatti, nel corso del tempo è cresciuta la sensibilità e l'attenzione sia a seguito di interpretazioni giudiziarie conseguenti a sentenze della magistratura, sia per una crescente richiesta di rispetto dei diritti civili e della libertà, di cui anche come Consulta ci sentiamo portatori. Non persone pericolose a sé e agli altri, irresponsabili da contenere e obbligare, ma persone con pieni diritti e doveri.”

D.4 Qual è il punto di vista degli utenti?

Rappresentante degli utenti: “Occorre precisare che un Trattamento Sanitario non è necessariamente ospedaliero: può essere anche ambulatoriale/territoriale, ma sempre sanitario è. Il rischio del Trattamento Sanitario “non ospedaliero” Obbligatorio: la presa in carico presso un Csm. Giunge voce che le persone in carico a un Csm non siano libere di auto dimettersi. Riferiscono di subire pressioni perché non interrompano i rapporti col Csm, pena avviamento di Aso o Tso. Un clima di minaccia che può danneggiare la fiducia e l'autostima.”

D.5 Si può fare prevenzione?

Rappresentante degli utenti: “Sì, la presa in carico presso un Csm può avvenire di norma, non in seguito ad un Tso, ma su richiesta di un libero cittadino, il quale potrebbe non

essere mai sottoposto ad alcun Aso o Tso. Anche nel caso in cui la presa in carico avvenga in seguito a un Tso, questo termina nel giro di un periodo breve; la presa in carico prosegue, ma la persona riassume lo status di libero cittadino. Pertanto, la persona presa in carico, con o senza Tso iniziale, dovrebbe essere libera di auto dimettersi dal Centro di salute mentale. Tutti i cittadini hanno un Medico di base e sono liberi di andarci o meno.”

D.6 TSO e sistema organizzativo?

Belletti: “A questo proposito ritengo debba essere analizzato il rapporto tra apparato di cura e utenti dei servizi psichiatrici, specie nel gestire i TSO. Circoscrivere l'analisi a come si svolge un singolo TSO per individuare il modo migliore per intervenire è certamente positivo ma è limitativo in quanto, se non si agisce sul sistema organizzativo deputato alla cura della salute mentale, si rischia di vedere solo un aspetto del problema senza cogliere le connessioni con l'insieme. Appare evidente la presenza di richieste ai servizi di tipo custodialistico, coercitivo; mandati custodiali spesso giustificati a “fin di bene”. L'intervento dei professionisti della salute mentale e delle forze dell'ordine in un TSO deve avvenire sempre nell'ambito delle leggi in vigore e deve sviluppare un'azione di cura, rispettosa delle problematiche della persona coinvolta e dei suoi famigliari. Serve cioè pazienza e tempo che a volte manca e questo può azionare comportamenti inadeguati e controproducenti. Bisogna fare ogni sforzo per cercare di agganciare, convincere, avendo costantemente presenti i rischi e i potenziali effetti negativi degli interventi coatti. Infatti, occorre sempre ricordare che un TSO andato a “buon fine” con il ricovero in SPDC, può compromettere il percorso di cura nei tempi successivi.

Pellegrini: “Le persone che hanno subito un TSO talora ritengono di essere stati sottoposti ad un'ingiustizia il che produce verso il sistema di cura una sfiducia e una diffidenza, uno stigma difficile da recuperare; in altri casi, in modo talora del tutto apparentemente, si convincono della giustezza della scelta loro imposta ma poiché sono persone difficili da trattare, la loro adesione è molto superficiale, la motivazione scarsa e quindi anche in questo caso si rischia di comprometterne il percorso di cura. Per questo, evitare un TSO può avere dei costi di personale e di tempi, che poi sono compensati abbondantemente da risparmi futuri nei percorsi successivi.”

D.7 Come ridurre il numero dei TSO?

Belletti: Si possono studiare anche nella nostra regione soluzioni organizzative già sperimentate in altre regioni, come ad esempio avere dei CSM aperti 24 ore su 24 in ogni realtà territoriale importante come la provincia o la città metropolitana, con alcuni posti letto per un'osservazione

temporanea e un gruppo di operatori di pronto intervento, tipo un 118 della salute mentale. Con spirito innovativo si possono iniziare azioni di riconversione degli SPDC inadeguati, trasformandoli in strutture riabilitativa intermedie. Possono essere ripensati gli interventi domiciliari secondo il modello del "Dialogo Aperto", interventi di rete e pratiche fondate sul Budget di Salute.

Il personale che opera in tutte le strutture deve costruire assieme allo psichiatra di riferimento un percorso affinché la persona esca al più presto non solo dalla situazione di coercizione ma anche dai percorsi cronicizzati e privi di evoluzione. A tal fine è indispensabile un coordinamento tra professionisti, coraggio di promuovere cambiamento e contemporaneamente occorre sostenere concretamente le famiglie e rendere sempre più accoglienti le nostre comunità sociali.

18

D.8 La legge sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento (L. 219/2017) può cambiare la situazione?

Morgagni: "La legge si applica a tutta la sanità, compresa la salute mentale. Si può dire che se la legge 180 ha disposto la chiusura dei manicomi affidando la salute mentale alla sanità, la legge 219/17 ha completato il quadro di riferimento giuridico e sancito in via definitiva che la persona con problematiche mentali è un soggetto con pieni diritti, e non più un "oggetto" di cura. Ciò determina la modifica della centralità decisionale in tutti i percorsi di cura, TSO in SPDC compresi. Le stesse strutture organizzative saranno chiamate a svolgere nuovi compiti e ad abbandonare pratiche non più compatibili con l'attuale quadro normativo.

Belletti: "L'applicazione della L.219 dovrà essere oggetto di discussione per il suo sviluppo nella salute mentale tenendo conto dell'accordo Stato-Regioni del 23-1-2013, dei LEA, del nostro Piano Socio Sanitario regionale."

Di rilevante importanza saranno pure le pratiche applicative e la cartella clinica informatizzata che registrerà tutte le azioni sanitarie e sociosanitarie effettuate. Ci si augura che questo strumento possa fungere da fattore acceleratore del cambiamento.

D'Aloja: "La Presidenza della Consulta auspica che le politiche, il "patto sociale" e l'organizzazione della salute mentale lavorino per ridurre in modo significativo i TSO, sviluppando iniziative preventive, per l'adesione alle cure, volte ad un diverso uso dei farmaci potenziando e riqualificando l'offerta di proposte d'intervento psicosociali e riabilitative e al contempo la promozione dei diritti di cittadinanza, al lavoro, alla casa e garanzie di un reddito minimo per vivere nella comunità."

D.9 Cosa pensate delle pratiche no restraint?

Rappresentante utenti: "È importante una riflessione sul diffuso malcontento degli utenti, in merito al TSO e ai reparti chiusi." "Secondo me, è fondamentale tenere conto non solo del profilo clinico, ma anche di quello umano del paziente."

Pellegrini: "La società dell'inclusione si confronta oggi con un patto sociale più fragile e tendenze crescenti all'abbandono e persino alla discriminazione delle diversità. Per questo è necessaria un'azione sulla comunità specie per affrontare situazioni difficili, contraddittorie, rispetto alle quali l'impegno alla prevenzione e all'intervento precoce potrebbero essere molto utili, insieme ad un lavoro con le famiglie, per migliorare l'adesione alle cure e al contempo occorre una migliore comunicazione delle indicazioni, dei limiti e dei rischi degli interventi sanitari e come la loro successo dipenda anche dalla partecipazione della persona malata."

D.10 Quale ruolo può avere la Consulta?

Morgagni: "Come Presidenza della Consulta riteniamo che debbano essere intraprese e fortemente sostenute le pratiche orientate ai principi del "no restraint", ovvero volte ad abolire i mezzi di contenzione, a mantenere le porte del SPDC aperte. Pratiche che siano sempre più basate sul rispetto della libertà e della dignità delle persone, privilegiando gli interventi relazionali e psicosociali, stimolando al massimo la responsabilità dei pazienti nel proprio percorso di cura."

D'Aloja: "Il no restraint si attua attraverso una relazione di qualità basata sull'accoglienza proattiva e l'ascolto che permettano, con il consenso della persona e il sostegno della famiglia, lo sviluppo di pratiche fondate sulla libertà: procedere con le esperienze degli SPDC a porte aperte e senza contenzioni, dare corso agli interventi per la deprescrizione degli psicofarmaci."

Morgagni/Pellegrini: "La Presidenza della Consulta ritiene necessario sostenerle creando insieme modalità di gestione dei rischi/benefici e condizioni di sicurezza: un "sentire e fare assieme" dove l'assunzione condivisa di responsabilità prevenga la solitudine dello psichiatra, il quale nel timore di azioni giudiziarie, può intraprendere pratiche di tipo difensivo. Se al centro è realmente la persona nella comunità, tutto il gruppo di lavoro può procedere nella pianificazione condivisa delle cure. In questo processo possono eventualmente emergere anche differenze di vedute, sia sul programma di cura che nel progetto di vita. Ma anche queste divergenze e la capacità di gestione dei conflitti costituiscono elementi di qualità del progetto non solo clinico ma anche organizzativo e sociale per la salute mentale in una regione, l'Emilia Romagna, "no restraint".

No restraint: psichiatri inter sacrum saxumque

Verso coercizione zero...

Monica Pacetti, Paolo Ugolini

Intervistati:

Stefano Rossi
docente Dipartimento di Giurisprudenza/Università degli Studi
di Bergamo

Alex Cavallucci
Presidente Associazione Utenti "Michelangelo" di Cesena

Fausto Mazzi
psichiatra, Responsabile Unità Operativa Servizio Psichiatrico di
Diagnosi e Cura, Ausl di Modena

19

Premessa

A distanza di 40 anni dalla legge Basaglia e dalla istituzione del Sistema Sanitario Nazionale in quali condizioni lavoriamo oggi? Proviamo a definire la cornice nella quale si iscrivono i trattamenti obbligatori erogati ai nostri pazienti e definiamone i confini tra rischio clinico e responsabilità professionale; proviamo a comprendere come sia possibile facilitare ulteriori trasformazioni volte a promuovere la volontarietà di cura in ambito psichiatrico.

D1. Quali proposte per mantenere gli interventi orientati alla volontarietà, alla emancipazione e alla cura? E quali risorse a supporto di percorsi alternativi all'obbligatorietà come ASO e TSO nella salute mentale?

Rossi: "È bene premettere che il carattere flessibile della normativa in materia rende possibile organizzare un'efficace politica di salute mentale, tale da fornire risposte ai bisogni vecchi e nuovi che il contesto sociale propone e che, prevedibilmente, si proporranno nel prossimo futuro. Ma per fornire una risposta efficace è necessario che le regioni, gli enti locali e le aziende sanitarie – attraverso lo stanziamento di risorse adeguate – siano in grado di pianificare azioni e prassi da esercitare in modo coordinato e coerente facendo interagire il sistema di comunità con il sistema di cura basato sui concetti di personalizzazione ed integrazione. Se le persone sono punti di origine dei fini, diviene inevitabile ricentrare il fulcro dei diritti sull'imple-

Rif.
Monica Pacetti,
psichiatra CSM di Forlì
cell. 347 4103341
monica.pacetti@auslromagna.it

mentazione delle opportunità individuali, il che non significa disconoscere i condizionamenti esterni, ma prospettare un rapporto diretto tra soggetto e diritto rivendicato, quale attributo proprio dell'individuo che può esprimersi in termini di acquisizione di capacità. Dunque per rispondere all'imperativo della costruzione di un "sistema delle opportunità" che limiti le forme di coercizione è indispensabile investire sulle persone, rendendo le politiche di intervento socio-sanitario «fattori di conversione» dei diritti in capacità, della titolarità a benefici sociali in libertà di scelta e di azione effettivamente agite. Tale opzione di valore rappresenta, peraltro, uno dei motivi che impediscono di accettare semplicisticamente il rifiuto al trattamento, facendone conseguire misure coartanti, dovendosi lasciare spazio per quanto possibile alla libertà di scelta: è entro questo paradigma infatti che si delineano i modelli di presa in carico e di prevenzione della cronicizzazione e dei fenomeni di emarginazione, la costruzione della relazione terapeutica, anche quando faticosa e ambivalente, le responsabilità in ordine alla tutela della salute fisica (e non solo mentale) e il lavoro di e per la tutela del paziente e del suo contesto di riferimento."

Cavallucci: "I medici devono essere a conoscenza della legislazione che disciplina i trattamenti in ambito psichiatrico. Prima di tutto i pazienti hanno il diritto di essere informati e coinvolti nell'assistenza sanitaria a loro proposta, tenendo presente che tale consenso, qualora fosse dato volontariamente dal paziente, potrebbe cambiare durante il percorso di cura per fattori esterni ed interni. Il paziente psichiatrico in cura presso i CSM è spesso una persona che soffre anche un disagio sociale, esterno, fattori che influenzano oppure ostacolano, sia la spinta motivazionale che il processo di cura proposto. Un percorso alternativo al TSO deve essere valutato attentamente dal medico psichiatra, tenendo presente che il TSO è un trattamento eseguito in urgenza e tempi-drammaticità degli eventi non permettono una valutazione ponderata. Individuare prima i pazienti che possono percorrere percorsi alternativi ai trattamenti come ASO e TSO e trovare con gli stessi l'empatia che accompagni sia il medico psichiatra, l'operatore e il paziente, in un processo di cura etico e che esalti le potenzialità del paziente. Proporre e inserire i pazienti giovani e adulti in base alle loro preferenze o attitudini, in attività già in essere presso i CSM e l'associazionismo presente sul territorio, non solo per evitare spreco di risorse economiche e umane, risorse che dovrebbero essere disponibili in casi di pazienti che richiedono una attenzione maggiore ai loro bisogni, sia per la psicopatologia sia per le richieste di attività socio-lavorative differenti o inesistenti. Per esempio ci sono percorsi già in essere come le attività sportive, che sappiamo avere

una finalità terapeutico-riabilitativa. Percorsi che sono alternativi dal momento in cui si riesce a dare una continuità "assistenziale" di qualità anche sul campo di gioco, quindi con il coinvolgimento dell'operatore che a sua volta deve essere motivato e preparato per la disciplina sportiva non competitiva che si va a intraprendere."

Mazzi: "Operativamente per tradurre questi principi teorici di democratizzazione delle cure, in pratiche abituali dei servizi occorre investire in strumenti tecnici innovativi, finalizzati a promuovere la collaborazione e partecipazione di tutte le persone coinvolte nel progetto terapeutico. Gli operatori della salute mentale, utenti, familiari, associazione dei familiari, la rete dei servizi e delle agenzie presenti sul territorio, forze dell'ordine, medicina legale, sistema giudiziario, tutti potrebbero e dovrebbero essere coinvolti democraticamente nel percorso di cura e favorire l'adesione volontaria e consapevole della persona malata alle cure, ma occorrono strumenti tecnici che facilitino l'applicazione di questi principi. Tra gli approcci terapeutici innovativi e utili alla implementazione di queste convinzioni, vorrei citare quali strumenti operativi l'approccio Dialogo Aperto (DA) e le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT). Questi strumenti terapeutico-organizzativi hanno la caratteristica di integrarsi tra loro e ampliare in maniera sinergica la loro efficacia nell'accrescere l'empowerment, la volontarietà dell'utente rispetto agli interventi terapeutici. In questo numero di Sestante DA e le DAT sono descritte e vengono riportati dati interessanti sulla loro applicazione pratica nella realtà dei servizi di salute mentale della nostra regione. Entrambi gli strumenti DA e DAT migliorano la comunicazione, la condivisione, la comprensione, la relazione tra utenti psichiatrici e servizi. La sofferenza psichica è sempre il prodotto di un sistema di relazioni in "Crisi"; che si faccia riferimento al modello stress/vulnerabilità, al modello bio-psico-sociale, le relazioni sono fondamentali sia per comprendere la sofferenza, sia per organizzare le cure; dovremmo tutti insieme assumerci la responsabilità di migliorare la conoscenza del processo comunicativo e diventare consapevoli che il dialogo è alla base del benessere psicologico personale e della società in cui viviamo. Se come magistralmente ha scritto il Prof. Borgna: "La sofferenza psichica è compromissione e anzi perdita della comunicazione e la cura non è se non la ricerca di parole, di gesti, di testimonianze umane che consentano alla comunicazione di rinascere dalle braci nelle quali agonizzava nelle ore di malattia" allora l'approccio dialogico rappresenta il modello che traduce operativamente nella realtà dei servizi questo principio teorico e amplia la volontarietà, l'emancipazione e la condivisione democratica della cura dell'utente psichiatrico."

D2. E nelle dipendenze patologiche (es. art.75, Commissione Medico Locale, ...)

Rossi: “Anche nel settore delle dipendenze sarebbe opportuno evitare modalità di intervento, che portino con sé effetti di invalidazione e di oggettivazione delle persone cui vengono sottratte risorse, esperienze, competenze e capacità di *voice* attraverso un processo di de-personalizzazione e di riduzione a “caso”. L’evoluzione della condizione giuridica del tossicodipendente ed, in particolare, delle forme di intervento sanitario nei suoi confronti costituisce l’occasione per domandarsi se l’uso dello strumento coattivo sia ancora necessario. Si deve rammentare che l’ordinamento italiano si è caratterizzato per la tendenziale imposizione obbligatoria di trattamenti sanitari per le tossicodipendenze, con oscillazioni tra il polo della coazione (legge n. 1145 del 1934) e quello del “*nudge*” (Testo unico D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309), laddove da ultimo, pur prevedendo l’alternativa della sottoposizione a trattamento riabilitativo per il detentore di modeste quantità per uso personale non terapeutico, il prevalente meccanismo fondato sull’obbligatorietà si stempera per tramutarsi in una scelta volontaria del soggetto interessato, anche se “incentivata” dalla prospettiva di evitare le sanzioni punitive. Anche in questo settore, per ridurre interventi obbliganti, appare indispensabile il coordinamento tra sociale e sanitario, laddove si curano le persone anzitutto curando i loro contesti di vita, ma a loro volta questi richiedono che si curino, cioè si chiamino in causa e siano investiti da un serio lavoro di trasformazione, gli stessi sistemi di cura.”

Cavallucci: “Vale altrettanto nei pazienti con dipendenze patologiche dove sussiste l’aggravante della dipendenza. Non esiste un percorso veramente alternativo se prima dell’emergenza non sono state messe in atto tutte le soluzioni possibili. A differenza di un paziente cardiologico, che accetta in emergenza qualsiasi trattamento, il paziente affetto da malattia psichiatrica e dipendenza patologica spesso non accetta né il trattamento in emergenza (TSO) né un percorso di cura alternativo prima o dopo il TSO. Vista la complessità della materia e la sofferenza acuta del paziente psichiatrico in emergenza, è utile che il personale che opera all’interno del DSM-DP sia altamente qualificato e preparato per una quantità di variabili possibili non presenti nelle altre branche della medicina ufficiale, o presenti in maniera differente, come il carico di stress emotivo al quale è sottoposto l’operatore psichiatrico”.

Mazzi: “Personalmente sono coinvolto nella cura delle persone tossicodipendenti quando ci si occupa delle “Doppie Diagnosi” o quando siamo chiamati ad intervenire in urgenza per stati d’intossicazione acuta o sintomatologia psichia-

trica correlata all’uso delle sostanze. Penso che in questo campo le aree più importanti da sviluppare con l’utilizzo di strumenti terapeutici orientati alla democratizzazione delle cure siano la prevenzione dei comportamenti e/o situazioni «a rischio», con attenzione specifica ai problemi dell’infanzia e dell’adolescenza come ambito centrale di sofferenza e di induzione di precoci avvicinamenti alle sostanze. Pertanto occorre sviluppare strumenti terapeutici che valorizzino il ruolo sempre più centrale della famiglia come risorsa nella terapia e nella prevenzione a lungo termine; nell’ambito delle terapie familiari l’approccio dialogico ha a nostro avviso un ruolo centrale sia per evitare modalità di intervento repressivi sia per favorire una volontaria e convinta adesione alle cure. Spesso l’uso di sostanze si associa alla messa in atto di reati che inevitabilmente necessitano di interventi giuridici coattivi. Come già descritto dal Prof. Rossi il coordinamento, la collaborazione tra famiglia, la rete dei servizi territoriali sanitari e assistenziali compresi i servizi sociali appare fondamentale per curare non solo l’utente ma i suoi contesti di vita e favorire la volontarietà condivisa delle cure attraverso un approccio dialogico e democratico.”

D3. Con quali strumenti conciliare la necessaria adozione di misure volte a “contenere” la potenziale aggressività del paziente in “crisi” e l’irrinunciabile rispetto dei suoi diritti e della sua dignità coerentemente con quanto previsto dall’art. 32?

Rossi: “Nell’ordinamento italiano mancano norme legislative e regolamentari specificamente dedicate a queste pratiche, con la parziale eccezione dell’ordinamento penitenziario. La disciplina deve essere rinvenuta facendo applicazione sistematica dei principi che, anche a livello costituzionale, delineano le forme del rapporto medico-paziente sulla base della consensualità. Se si parte dal presupposto che il consenso è regola della vita – come ci ricordava Stefano Rodotà – allora va respinto il ragionamento secondo cui il dovere professionale del medico di proteggere il paziente, anche al fine di evitare responsabilità omissive, implicherebbe la potestà del medico stesso di applicare la contenzione, quando essa sia indispensabile per neutralizzare comportamenti aggressivi. Un conto è rinunciare a punire il medico per un intervento eccezionalmente giustificato in situazioni di necessità, un altro sarebbe riconoscergli un dovere o potere di intervenire, con il correlativo dovere del paziente di subire l’intervento, tale da configurarsi come limite alla libertà individuale. Concludendo, con riferimento alla contenzione, considerata la sua incidenza sull’integrità fisica e psichica del paziente, nonché sulla sua libertà personale, valutata inoltre la comprovata possibilità di trattamenti *no restraint* e l’unanime convinzione dell’opportunità di prevenirla e limitarla quanto più possibile, occorrerà adottare nelle

strutture sanitarie protocolli di riferimento che circoscrivano accuratamente il ricorso alla pratica in esame – anche mediante la prevenzione – vigilando in modo tale che, in concreto, i relativi canoni operativi siano scrupolosamente rispettati.”

Cavallucci: “L’articolo 32 della Costituzione italiana è molto chiaro, ma la stessa legge che dovrebbe garantire sia il paziente che la salute pubblica, diventa essa stessa fuori legge quando il paziente subisce conseguenze anche fatali in seguito a un trattamento coercitivo, oppure l’assistenza sanitaria pubblica non è abbastanza veloce nell’individuare un paziente potenzialmente pericoloso per la collettività o per se stesso. Prevenire, incrementando gli operatori sul territorio: medici e infermieri. Può essere utile a individuare più velocemente una persona con un delirio pericoloso per se stesso o la famiglia e misure di contenimento solo se necessarie e per un tempo limitato, aiutando il paziente a comprendere il perché del contenimento non appena lo stato dello stesso lo permette.”

Mazzi: “Gli interventi descritti in questo forum affrontano il problema degli interventi in urgenza ma indicando anche interventi finalizzati alla prevenzione. Per renderli operativi occorre fare un enorme lavoro di formazione coinvolgendo non solo gli operatori sanitari ma anche le forze dell’ordine, la medicina legale, la magistratura, la rete sociale dei servizi, le famiglie, la scuola, tutti gli attori coinvolti nel governo della società. La violenza, l’aggressività è un problema sociale sistemico, tutti ne siamo coinvolti e tutti dovremmo impegnarci a favorire il dialogo e la collaborazione per affrontarla adeguatamente e prevenirla. Detto questo penso che qualora vi sia anche solo il pericolo fondato di agiti violenti, gli unici professionisti che hanno le competenze per affrontarlo tempestivamente con efficacia siano le forze dell’ordine, i professionisti sanitari intervengono per la parte di loro competenza cioè nella individuazione di cause mediche, psicopatologiche, se presenti e nella loro terapia. Quando la violenza e l’aggressività si esprime in agiti, appare evidente che la tempestività con cui le forze dell’ordine o la vigilanza intervengono per evitare aggressioni al personale sanitario è un fattore cruciale per cui si dovrebbero concordare specifiche procedure d’intervento per garantire la presenza della vigilanza e/o delle forze dell’ordine all’interno delle strutture sanitarie. Le strutture sanitarie non sono un territorio nel quale è vietato alle forze dell’ordine intervenire per controllare comportamenti violenti come in qualsiasi altra realtà sociale le forze dell’ordine hanno il dovere d’intervenire tempestivamente qualora ve ne sia la necessità.”

D4. Poiché sempre più frequentemente assistiamo ad aggressioni a personale sanitario, come proteggere i professionisti e gli altri pazienti nelle strutture no restraint per pazienti psichiatrici o in dipendenza patologica?

Rossi: “Rifacendosi alla “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” adottata dal Ministero della Salute nel 2007, appare decisiva in questo ambito la strutturazione dei servizi e la formazione del personale al fine di prevenire e ridurre i danni connessi alla etero aggressività dei pazienti. Naturalmente l’impiego di questionari o strumenti di valutazione predittiva di potenziali comportamenti violenti potrebbe permettere di stimare i fattori facilitanti la messa in atto di condotte aggressive e quindi strutturare interventi più efficaci, anche in assenza di un’anamnesi approfondita. Anche l’applicazione di approcci strutturati sarebbe in grado di migliorare significativamente la capacità degli operatori di gestire le aggressioni, facilitandone il lavoro e contribuendo alla creazione di un ambiente sicuro. Per ridurre l’escalation naturale degli agiti aggressivi appare quindi utile proporre interventi di desensibilizzazione (*de-escalation*) basati sulla comunicazione verbale e non verbale, a cui si devono accompagnare nei luoghi di cura adeguati “sistemi di sicurezza” capaci di contemperare cura e controllo.”

Cavallucci: “La protezione implica la restrizione in prima battuta. La recinzione, la costruzione di barriere, le porte, i muri e via andando con le divisioni. Forse questa soluzione è valida per i reparti ospedalieri che adottano le misure più restrittive consentite dalla legge, ma non credo sia valida per le strutture no restraint così dette. Le aggressioni al personale sanitario sono fatte spesso con armi da taglio in metallo o con oggetti contundenti e se una struttura è no restraint non vedo come proteggere il personale sanitario se non con delle misure non invasive e quasi invisibili come un rivelatore di metalli nelle porte di ingresso delle strutture sanitarie pubbliche, oppure non definire queste strutture no restraint e adottare misure di sicurezza maggiori come una guardia all’ingresso.”

Mazzi: “In generale penso che i servizi sanitari, assistenziali e medico legali siano chiamati a fare maggiore chiarezza sul tema della gestione della aggressività; purtroppo permangono spazi di ambiguità e incertezza correlati anche ai limiti delle conoscenze scientifiche attuali. Spesso non è facile tracciare un confine tra l’aggressività, espressione del libero arbitrio e aggressività, espressione di malattia mentale così come è difficile definire il confine tra la necessità di “contenere” l’aggressività del malato psichiatrico e il rispetto della sua dignità. Una possibile risposta operativa che affronta la gestione dell’aggressività sia in situazioni di

urgenza che nell'ambito della sua prevenzione dovrebbe a mio parere di nuovo avvalersi delle potenzialità espresse dagli strumenti tecnici descritti in precedenza; Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e Dialogo Aperto (DA). Le disposizioni anticipate di trattamento descrivono il processo che porta alla stesura di un contratto terapeutico condiviso che può avere come oggetto anche le disposizioni relative a come l'individuo vorrebbe essere trattato nell'eventualità che la sua malattia mentale lo porti ad essere aggressivo. Le modalità attraverso le quali queste disposizioni vengono scritte e condivise può avvalersi dell'approccio dialogico, diventando così patrimonio di tutti le persone coinvolte nel percorso di gestione dell'aggressività. L'obiettivo finale è non solo di evitare nuove esperienze coercitive e traumatiche ma di motivare e coinvolgere tutte le persone e i servizi coinvolti nella gestione dell'aggressività. La salute mentale, il SERT, i servizi dedicati all'emergenza, le forze dell'ordine, i servizi sociali, tutti questi servizi potrebbero utilizzare come strumento operativo il Dialogo Aperto per la gestione della complessità sistemica della persona che manifesta aggressività auto o eterodiretta. Operativamente questa organizzazione dei servizi può essere ottenuta attraverso la stesura di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali specificatamente dedicati alla gestione dell'aggressività che contemplino l'utilizzo delle DAT e del DA come strumenti terapeutici e organizzativi."

D5. Come agire nella pratica clinica nel tentativo di raggiungere un equilibrio tra abbandono di incapace e posizione di garanzia? Tra violazione della libertà (art. 13 Cost.) e necessità di custodia, tra sequestro di persona (art. 605 c.p.) e reato omissivo improprio?

Rossi: "Nell'esercizio dell'attività diagnostico-terapeutica l'operatore di salute mentale, come qualsiasi esercente professioni sanitarie, è investito di doveri di cura ed è tenuto a non recare pregiudizio alla vita e alla salute psicofisica del paziente. Nell'organizzazione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), come in ogni altra struttura, anche non di tipo sanitario, di qualsiasi dimensione e complessità, si pongono problemi relativi alla tutela di interessi, quali la vita o l'integrità fisica o la salute in genere, di pazienti o del personale sanitario per i pericoli provenienti da cose materiali, persone o da attività che ivi vengono svolte. La gestione di tali problemi viene affrontata attraverso la costruzione di sistemi di sicurezza che riguardano la sicurezza lavorativa, ambientale, sanitaria, farmacologica, nonché la sicurezza collettiva. In un ordinamento ispirato al rispetto dei diritti fondamentali della persona, la legittimità del sistema di controllo non si misura tanto sull'adeguatezza organizzativa valutata in termini di efficacia preventiva e impeditiva delle situazioni di pericolo, quanto piuttosto -

in linea con la copiosa giurisprudenza costituzionale (Corte cost. 324/1998 e 253/2003) - sulla base della capacità di contemperare finalità di cura e controllo, in un equilibrato bilanciamento in cui la condizione di "malato" non venga interamente assorbita dalle esigenze di sicurezza. In questa prospettiva le regole tecniche e organizzative devono divenire strumento per la costruzione di un contesto sociale e professionale capace non solo di comprendere, rispettare e garantire la dignità e i diritti dei pazienti psichiatrici più gravi, ma anche di fare chiarezza sui compiti, sulle responsabilità, sulla funzione di cura dell'operatore nei servizi. Regole quindi che favoriscono l'incontro con l'altro e l'assistenza, contribuendo ad avvicinare la relazione terapeutica ad una "presa in carico" in senso proprio all'interno di contesti di cura sicuri per il malato e funzionali alla realizzazione di una operatività buona ed eticamente orientata."

Cavallucci: "La pratica clinica dovrebbe comunque essere improntata al buon senso ed alla praticità. Quindi senza approcci ideologizzati, ma valutando le reali esigenze del paziente, in rapporto alle necessità di garantire la sicurezza del medesimo, degli operatori e della comunità in cui vive."

Mazzi: "La valutazione clinica con particolare attenzione al contesto sistemico nel quale si è sviluppata la "crisi psichiatrica" sono gli elementi essenziali per comprendere come gli operatori della salute mentale possono agire ed essere di aiuto evitando il più possibile l'utilizzo di strumenti medico-legali coercitivi che forzano l'utente ad aderire a progetti terapeutici non condivisi. Anche in questo ambito, l'approccio dialogico e le disposizioni anticipate di trattamento sono gli strumenti più avanzati per favorire la collaborazione tra la persona in crisi, i servizi di salute mentale e la rete familiare e sociale nel quale l'utente vive e nelle quali si dovrebbe cercare di farlo rimanere. La lettura sistemica della crisi psichiatrica con l'analisi dei suoi punti di forza e vulnerabilità, la partecipazione ampia del sistema di riferimento dell'utente al percorso di cura sono gli elementi che possono aiutare il professionista della salute mentale a raggiungere l'equilibrio tra necessità di cura e libertà personale. Non vi sono regole rigide e automatiche; le diagnosi, le linee guida, i PDTA sono utili strumenti ma che dovranno essere mediati dalla pratica dialogica sistemica che prevede all'interno degli incontri organizzati per affrontare la "crisi psichiatrica", l'ascolto e la coesistenza di più "voci" e punti di vista. Questo scambio collaborativo tra le diverse voci getta le basi per la costruzione di nuovi e più condivisi significati di comprensione reciproca, ai quali ciascun punto di vista espresso durante la riunione, contribuisce in modo importante. L'obiettivo di questa modalità di comunicazione dialogica, è di costruire insieme l'esperienza di una comu-

nità amorevole che affronta il disagio psichico e lo elabora attraverso il dialogo con la partecipazione e il contributo di tutte le persone coinvolte. La ricerca costante, paziente, tenace del dialogo riduce la necessità di ricorrere da parte dei terapeuti a comportamenti coercitivi che dovrebbero essere abbandonati il più rapidamente possibile attraverso la ricerca della comunicazione dialogica condivisa.”

D6. Poiché sotto il profilo normativo non esiste una specifica norma di legge che attribuisca allo psichiatra il potere di contenere fisicamente il paziente, come determinare i confini dell'area di rilevanza penale degli strumenti di contenzione meccanica restrittivi della libertà personale e privi di un'effettiva funzione terapeutica?

Rossi: “Abrogata la disciplina manicomiale della contenzione ad opera della legge n. 180 del 1978, non esiste alcuna legge dello Stato che espressamente autorizzi il personale sanitario a contenere meccanicamente il paziente psichiatrico. L'inclusione nella prassi sanitaria della contenzione (anche, ma non solo) meccanica tra i possibili strumenti di gestione delle emergenze non comporta assegnazione agli operatori psichiatrici di un potere di privazione della libertà del paziente svincolato da limiti. Come emerge dalla recente giurisprudenza relativa ai casi Mastrogiovanni e Casu, si è affermato il principio secondo cui anche in caso di intervento doveroso l'eventuale ricorso alla legatura del paziente al letto sarebbe legittimo unicamente quando strettamente necessario e purché costituisca mezzo di tutela proporzionato all'offesa in concreto minacciata dal paziente. Solo in presenza dei suddetti presupposti il mancato utilizzo della contenzione meccanica potrebbe eventualmente «costituire fonte di responsabilità penale colposa omissiva, ex art. 40 cpv. c.p. L'ambito di applicazione della causa di giustificazione viene circoscritto assumendo come presupposti impliciti i requisiti di necessità e proporzione che definiscono l'operatività delle scriminanti della legittima difesa o dello stato di necessità. Non è quindi legittimo ricorrere alla contenzione meccanica in assenza di un pericolo per la vita o l'incolumità del paziente o di altre persone, ad esempio quando serve solamente ad impedire che il paziente rechi disturbo in reparto o qualora fosse applicata con scopo meramente punitivo.”

Cavallucci: “La normativa e le linee di indirizzo regionale in proposito, sono più che sufficienti ed esaustive. L'obiettivo definito è quello di ridurre il più possibile la contenzione. Ma vi sono casi in cui detto tipo di intervento non può essere evitato, ribadisco, nei casi in cui la fase acuta del disturbo possa manifestarsi con connotazioni di pericolosità sociale. In questi casi va garantita la sicurezza degli operatori e del

contesto familiare o dell'ambito sociale da cui proviene il paziente. Quindi l'utilizzo della contenzione va rimesso comunque alla valutazione dello psichiatra, senza implicazioni di natura penale, altrimenti si configura il classico caso in cui, per timore delle ritorsioni giudiziarie, il medico non può esercitare liberamente le proprie funzioni. (Alla stregua di quanto avviene in ambito ad esempio di altre branche della medicina specialistica, come la chirurgia, o l'ambito ostetrico-ginecologico, o radiologico, in cui i rischi di una ritorsione per via legale, stanno determinando un progressivo abbandono di queste discipline da parte delle nuove generazioni di studenti).”

Mazzi: “Nonostante il vuoto normativo penso che alcuni punti fermi debbano essere espressi con chiarezza: la contenzione meccanica non è uno strumento terapeutico medico per contenere l'aggressività, non esiste nessuna conoscenza scientifica che supporti l'utilizzo della contenzione meccanica come strumento terapeutico per il comportamento aggressivo mentre vi sono nella letteratura scientifica indicazioni specifiche su come trattare l'aggressività sia farmacologicamente che con interventi psicosociali. La risposta operativa alternativa alla contenzione meccanica applicata nel contesto del SPDC di Modena è l'ascolto e il dialogo con gli utenti, i loro familiari, tutti i terapeuti coinvolti nel percorso di cura, la rete sociale dei servizi. L'applicazione dei principi dell'approccio “Dialogo Aperto” ha permesso l'eliminazione della contenzione meccanica, la riduzione delle giornate di trattamento in TSO, la riduzione delle giornate di degenza ottenuta grazie al miglioramento dell'alleanza terapeutica e della collaborazione di tutte le persone coinvolte nel progetto terapeutico. Qualora sia necessaria una contenzione perché il dialogo non ha ottenuto i risultati sperati e ha esaurito le sue potenzialità, la nostra scelta è stata di utilizzare le competenze mediche che prevedono l'uso dei farmaci per la contenzione, fino a raggiungere, se utile una sedazione profonda che necessita anche della collaborazione con i servizi di anestesia o di terapia intensiva. Specifici PDTA dovrebbero essere concordati all'interno dei servizi per procedere alla contenzione farmacologica di utenti aggressivi e violenti come del resto già si procede con utenti intossicati o confusi.”

Esito dei corsi info-educativi alcol e guida della Regione Emilia-Romagna

Claudio Annovi, Sara Querci, Giovanni Greco, Marilena Durante

ABSTRACT

La Regione Emilia Romagna prevede la partecipazione obbligatoria per tutti i soggetti con violazione dell'art.186 a un corso info-educativo, quale parte del percorso di rivalutazione dell'idoneità alla guida svolto dalle Commissioni Mediche Locali. I risultati dello studio, effettuato su un campione significativo e rappresentativo di conducenti, hanno dimostrato che il corso è efficace nell'aumentare le conoscenze sul tema alcol di tale categoria di cittadini. Inoltre la Circolare Regionale n° 10/del 2017 ha previsto a decorrere dal 1 gennaio 2018 l'obbligatorietà di corsi di gruppo con interventi info-educativi, motivazionali, elementi di terapia cognitivo comportamentale e di prevenzione delle ricadute per i cittadini che compiono una recidiva della violazione dell'art 186.

25

Introduzione

Nell'Unione Europea, nel 2014 le vittime di incidenti stradali sono state 25.896 (26.025 nel 2013). Secondo le stime della Commissione europea il 25% di tutti i decessi stradali nell'UE sono alcol-correlati. L'Istituto Superiore di Sanità stima gli incidenti stradali alcol-correlati pari al 30-35% del totale di tutti gli incidenti (Cufrad, 2013). Il consumo di alcol alla guida è una delle tre principali cause di morte (ETSC,2012). L'alterazione psicofisica dovuta all'alcol è un fattore determinante nell'incrementare sia il rischio di incidenti stradali sia la gravità delle lesioni a seguito degli stessi (ETSC,2012). La Comunità Europea ha rinnovato l'obiettivo di dimezzare il numero di vittime della strada nel territorio dell'Unione tra il 2010 e il 2020.

Il "ETSC's Drink Driving Policy Network" si propone di contribuire alla riduzione delle morti e delle lesioni per incidenti stradali alcol-correlati attraverso l'individuazione e la promozione di buone pratiche. Si concentra in particolare sulla raccolta e diffusione delle informazioni rispetto alle attività svolte dagli Stati membri dell'UE per la riduzione delle morti per guida alcol-correlata (ETSC,2012).

Rif.
Dott. Claudio Annovi
Psicologo Direttore Servizio Dipendenze Patologiche Area Sud AUSL di
Modena
tel 0536-863783
c.annovi@ausl.mo.it

1. Progetto

Diversi studi (Elder et al., 2004) hanno evidenziato l'efficacia delle campagne di comunicazione e di informazione finalizzate a ridurre gli episodi di guida in stato di ebbrezza.

La Regione Emilia Romagna prevede dal 2011 la partecipazione obbligatoria per tutti i soggetti con violazione dell'art.186 (guida in stato di ebbrezza) a un corso info-educativo (organizzato dalle Aziende Sanitarie della Regione), quale parte del percorso di rivalutazione dell'idoneità alla guida svolto dalle Commissioni Mediche Locali. Lo scopo di questi corsi è di favorire nella popolazione target l'acquisizione di maggiori conoscenze sui rischi per la salute legati al consumo di alcolici e sull'adozione di stili di vita meno rischiosi per la sicurezza stradale. Ogni singola edizione dei corsi, della durata di 4 ore, è diretta ad un numero massimo di 25 partecipanti e prevede la somministrazione di un test di apprendimento, composto da 7 item a risposta multipla, il cui risultato è registrato nell'attestato di partecipazione rilasciato al corsista.

Lo scopo dello studio è di valutare l'efficacia di tali corsi nell'aumentare le conoscenze e le informazioni sul tema dei rischi del consumo di alcol per la salute e per la guida a fine corso e nel *follow up* (a distanza di 6-36 mesi dalla partecipazione al corso). Il campione è di n° 1051 corsisti, rappresentativi dei 20.855 soggetti partecipanti ai corsi dal 1.1.2011 ad 31.12.2016 (violatori dell'art 186 e 186 bis del Codice Della Strada).

L'ipotesi sperimentale riguarda la presenza di una differenza statisticamente significativa nei punteggi delle medie del pre-test, del post-test e del *follow up*, dimostrando in tal modo un aumento delle conoscenze relative al tema alcol e guida. Il possesso delle conoscenze è ritenuto essere un requisito fondamentale per sviluppare e consolidare un livello di consapevolezza adeguato ad attivare comportamenti atti a prevenire situazioni o condizioni di rischio alla guida. Lo studio si basa sull'idea di fondo che l'acquisizione di conoscenze sia una condizione necessaria per attivare comportamenti sicuri ma che non sia necessariamente sufficiente per il cambiamento di un comportamento ritenuto rischioso o disfunzionale per la guida. Sono stati proposti numerosi modelli teorici sulle credenze della salute (Health Belief Model, anni '70; Teoria della motivazione a proteggersi di Kaplan, Sallins & Patterson, 1994; Teoria dell'Azione Ragionata di Fishbein e di Ajzen, 1975; Teoria del comportamento pianificato, di Madden & Ajzen, 1980; Modello di Prochaska e Di Clemente o Transteorico; Modello PRECEDE/PROCEED di L.W.Green) che riflettono sul processo che porta ad assumere comportamenti di salute sani e a minor rischio.

I materiali sono una scheda informazioni generali, questionario composto da 7 domande a risposta multipla di difficoltà media-alta, relativo a informazioni sull'alcol, sul consumo a rischio e sul tema alcol e guida; la versione pre-test è stata somministrata all'inizio del corso; la versione post-test invece è stata somministrata a seguito degli interventi interattivi e di sensibilizzazione previsti nell'edizione del corso svolta. A conclusione del corso ogni partecipante ha ritirato l'attestato di partecipazione su cui risulta il numero di risposte corrette del post test.

I partecipanti sono stati sottoposti ad un'unica condizione sperimentale, il corso info-educativo, e ad una valutazione a misure ripetute (prima, dopo e nel *follow up*) della condizione sperimentale, del loro livello di conoscenze sul tema alcol e sugli effetti che la sostanza psico-attiva determina sulla performance di guida.

2. Valutazione d'impatto e risultato

È stata effettuata un'analisi delle medie dei punteggi, confrontando i dati ottenuti al pre e al post-test, tramite il Test dei segni per ranghi di Wilcoxon, da cui è emersa una differenza altamente significativa ($p < 0,01$). Il punteggio nel pre test era di 3,03 e nel post test 5,9 dimostrando un incremento delle conoscenze a fine corso (Graf.1 Media pre e post test; Annovi et al, 2018).

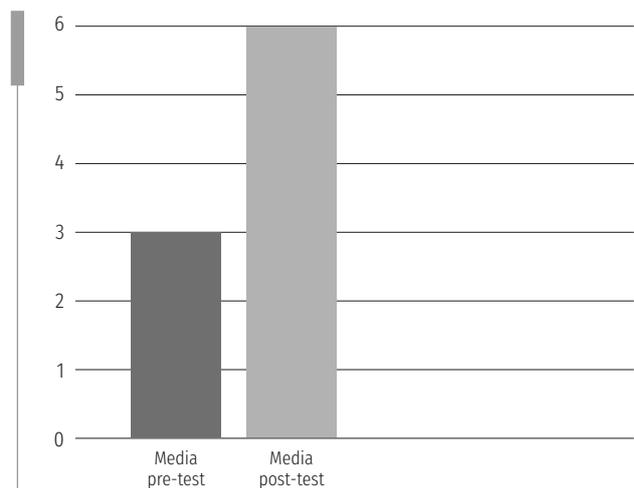


Grafico 1- Media pre test-post test, Annovi et al, 2018

Per valutare la presenza di differenze statisticamente significative sulle medie del pre e post-test ad ognuna delle variabili considerate è stato applicato il Test di Mann-Whitney o il test il Test di Kruskal-Wallis facendo emergere diverse

significatività. Genere: il genere maschile riporta una media di punteggio più bassa (Mean Rank: 515,87) rispetto al genere femminile (Mean Rank: 580,63). Classi di età: Sia nel pre test che nel post test le medie di punteggio decrescono progressivamente all'aumentare dell'età.

Titolo studio: È emersa una differenza statisticamente e altamente significativa sia nel pre test che nel post test ($p < 0,01$): i punteggi gradualmente si incrementano maggiore è il titolo di studio.

Professione: È emersa una differenza statisticamente e altamente significativa sia nel pre test che nel post test ($p < 0,01$). Nel pre test i punteggi maggiori riguardano gli studenti (Mean Rank: 615,84) e gli impiegati (Mean Rank: 600,16) e i punteggi peggiori invece i pensionati (Mean Rank: 321, 52) e casalinghi (Mean Rank: 340,60). Nel post test i punteggi maggiori riguardano gli studenti (Mean Rank: 649,92) e gli impiegati (Mean Rank: 606,31) e i punteggi peggiori invece i pensionati (Mean Rank: 376,98) e casalinghi (Mean Rank: 462,10). Precedenti violazioni art 186: è emersa una differenza statisticamente significativa al post test ($p < 0,05$), dove chi aveva avuto una precedente violazione dell'art 186 e quindi commesso una recidiva aveva un punteggio al post test più basso (Mean Rank: 439,18) rispetto a chi non aveva compiuto una recidiva (Mean Rank: 491,58).

Per quanto riguarda il *follow up*, è stata effettuata l'analisi delle medie dei punteggi dei questionari confrontando i dati ottenuti al pre e al *follow-up test*, tramite il Test di Mann Whitney, da cui è emersa una differenza altamente significativa ($p < 0,001$): le medie del punteggio al pre test (Mean: 3,03- Mean Rank: 669,91) sono inferiori alle medie

del punteggio al follow-up (Mean: 4,20 – Mean Rank: 985,56) (Graf. n. 2 Media pre test e follow up; Annovi et al, 2018). È stata poi effettuata inoltre l'analisi delle medie dei punteggi dei questionari di follow up, confrontando i dati ottenuti al *post test* e al *follow-up test*, tramite il Test di Mann Whitney, da cui è emersa una differenza altamente significativa ($p < 0,001$): le medie del punteggio al *follow up* (Mean: 4,20- Mean Rank: 458,34) sono inferiori alle medie del punteggio al post test (Mean: 5,90 – Mean Rank: 914,71) (Graf. n. 3 Media post test e follow up; Annovi et al, 2018).

3. Conclusioni

I risultati dello studio effettuato su un campione ampio e rappresentativo di conducenti, hanno dimostrato che il corso è efficace nell'aumentare le conoscenze sul tema alcol dei cittadini fermati per guida in stato di ebbrezza secondo l'art 186 c.d.s. rispetto alla condizione di partenza.

I risultati pongono in luce la necessità di calibrare degli interventi mirati e specifici per alcune categorie di guidatori, alcuni dei quali infatti riportano punteggi statisticamente inferiori al pre-test e per alcuni anche al post-test; questa non sufficiente acquisizione di tali conoscenze riguarda alcune categorie maggiormente a rischio di un comportamento di guida in stato di ebbrezza. Diventa pertanto importante progettare interventi maggiormente incisivi sul tema dell'acquisizione di conoscenze e che prevedano una forte attenzione alla valenza motivazionale dei messaggi. L'acquisizione di conoscenze è condizione necessaria per attivare comportamenti sicuri rispetto alla guida, ma non è necessariamente sufficiente per il cambiamento di un comporta-

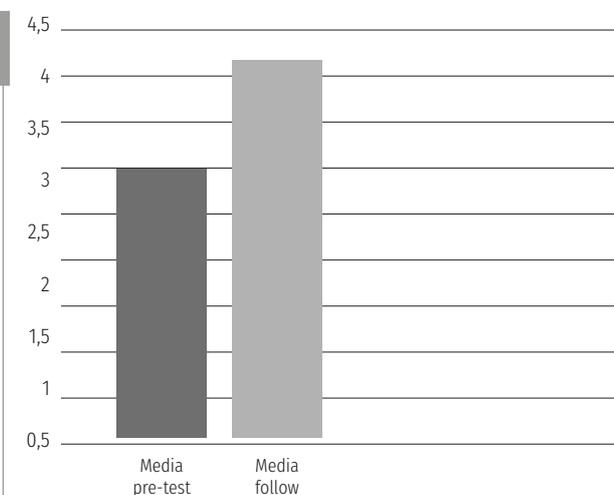


Grafico 2- Media pre test-follow up, Annovi et al, 2018

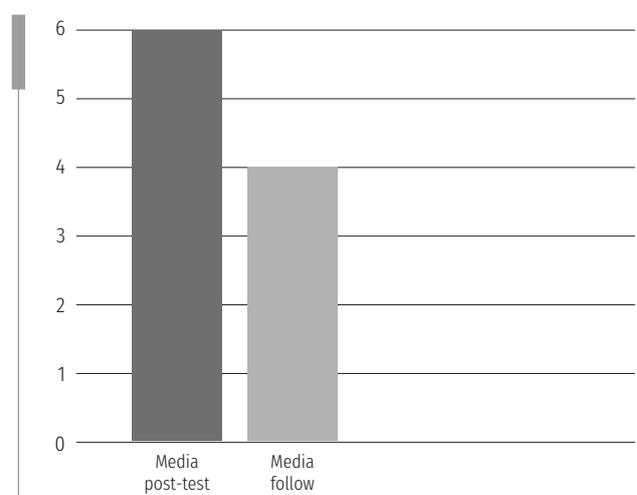


Grafico 3- Media post test-follow up, Annovi et al, 2018

mento ritenuto rischioso o disfunzionale per la guida. Tutto ciò in particolare per alcune categorie di violatori dell'art 186 a rischio di ripetere il reato e per coloro che lo hanno già reiterato.

Un altro punto chiave emerso dalla nostra ricerca riguarda le carenze di conoscenze che sono comparse nella compilazione dei pre-test da parte dei corsisti, rilevando con ciò l'esigenza di riorganizzare i percorsi formativi delle Scuole Guida e della Motorizzazione Civile per l'acquisizione della patente, mettendo in evidenza il rapporto alcol e guida sul piano normativo e dei rischi indotti; intervento questo auspicato per contribuire a un cambiamento culturale maggiormente incisivo per affermare e diffondere comportamenti di guida sicura derivanti dall'astensione o dal consumo controllato di minime quantità alcol nelle fasi che precedono la performance di guida.

Negli anni futuri sarà interessante valutare se si è verificata un'ulteriore riduzione del numero di violazioni dell'art 186 del c.d.s. oltre a una riduzione del numero di recidivi rispetto agli anni precedenti in cui non erano realizzati i corsi info-educativi e se tale dato possa essere effettivamente spiegato dall'obbligatorietà dei corsi info-educativi confrontando tali variabili rispetto ad altre Regioni dove tali corsi non sono effettuati.

Si riconosce infine quale principale limite dello studio, la non valutazione compiuta del livello di consapevolezza acquisito dai conducenti a seguito della partecipazione al corso di sensibilizzazione proposto sui rischi per la guida determinati dal consumo di bevande alcoliche e dei conseguenti possibili cambiamenti effettivi di comportamento da loro adottati, per l'assenza di strumenti specifici capaci di misurare tali dimensioni e atteggiamenti in tempi limitati.

4. Azioni di miglioramento prossime

Prevenire la recidiva nei conducenti con una precedente violazione del codice della strada è un importante obiettivo di salute pubblica. I recidivi sono responsabili di un gran numero di violazioni e qualche studio ha riportato che quasi uno su tre violatori sarà ricondannato (Impinen A. et al, 2009). Sugli interventi per i recidivi non sono emersi dati significativi per quanto riguarda un approccio che sia solo di tipo informativo educativo. A partire dai dati regionali dell'Emilia Romagna che indicano percentuali significative di soggetti che incorrono in più episodi di infrazione accertata di guida in stato di ebbrezza (il 13,2%: 626 sul totale di 4742 conducenti sottoposti a revisione nel 2015), al fine di concorrere a ridurre tale fenomeno, è stata organizzata una sperimentazione di corsi di secondo livello, attuata negli anni 2014-2017 da diverse Aziende Sanitarie della

RER organizzato in più incontri, in gruppo con interventi info-educativi e motivazionali con elementi di terapia cognitivo comportamentale e di prevenzione della recidiva. La sperimentazione dei corsi di secondo livello, attuata negli anni 2014-2016 da diverse Aziende sanitarie (Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Romagna), tramite 48 edizioni che hanno coinvolto 409 partecipanti, ha permesso di evidenziare, sulla base dei risultati positivi ottenuti in termini di efficacia di risultato, la riduzione degli episodi di reiterazione e l'innalzamento del livello di consapevolezza dei fattori di rischio per la guida tra i conducenti partecipanti, permettendo di delineare un modello regionale di percorso info-educativo di secondo livello. La circolare regionale n° 10/del 2017 ha previsto infatti a decorrere dal 1 gennaio 2018 l'obbligatorietà di tali corsi di secondo livello. Tale circolare, sulla base delle esperienze pilota attuate, indica che ogni edizione del corso possiede i seguenti requisiti di offerta e di qualità:

- la partecipazione ad una edizione del corso di secondo livello è richiesta a decorrere dal 1° gennaio 2018 ad ogni conducente con almeno un episodio rilevato di reiterazione seguente la prima violazione accertata inerente all'art. 186 del Codice della strada;
- ogni corso è diretto ad un gruppo composto da un numero non superiore a 12 guidatori;
- i corsi sono condotti da due docenti in possesso di una specifica formazione e abilitazione certificata dall'Azienda sanitaria titolare dell'evento;
- ogni singola edizione dei corsi info-educativi-motivazionali è strutturata in almeno 3 incontri della durata complessiva di 9-12 ore;
- è prevista al termine del corso la somministrazione di un test di apprendimento e di valutazione di consapevolezza e motivazionale il cui risultato è registrato nell'attestato di partecipazione rilasciato al corsista;
- dal 1° gennaio 2018 i costi relativi alla gestione dei corsi sono a carico dei corsisti ai quali spetterà il pagamento anticipato, secondo le modalità organizzative di ogni Azienda sanitaria, di una quota che è stabilita con uno specifico atto dalla Regione;
- ogni Azienda unità sanitaria locale ha cura di organizzare annualmente, nel territorio di riferimento, un numero adeguato di corsi per permettere a tutti i richiedenti di partecipare a una edizione degli stessi prima che abbia luogo la rivalutazione dell'idoneità alla guida a cura della CML;
- in ogni edizione sono affrontati i seguenti temi: le cause principali favorevoli agli incidenti stradali, la propensione al rischio e la gestione dei tratti predisponenti la guida pericolosa, i fattori di rischio per la salute e per la guida legati al consumo di sostanze psicoattive, la

normativa vigente oltre ad aspetti peculiari del rapporto alcol e guida e della prevenzione della reiterazione. La Regione Emilia-Romagna tramite la Circolare regionale n° 10/del 2017, ha quindi delineato un complesso programma di interventi riguardanti le diverse fasi del percorso di rivalutazione dell' idoneità alla guida gestito dalla CML, includente:

- i corsi infoeducativi di primo livello per chi è alla prima violazione;
- un percorso strutturato intermedio con corsi di secondo livello per conducenti con una seconda violazione accertata, organizzato in più incontri, in un piccolo gruppo con interventi infoeducativi e motivazionali;
- in caso di ulteriori violazioni l'obbligo di invio del conducente al Centro alcologico di riferimento territoriale per lo svolgimento di una osservazione approfondita ed un eventuale trattamento.

La Regione Emilia-Romagna tramite il gruppo di progetto alcol e guida, sulla base degli esiti di questo primo studio effettuato ed in considerazione dell'avvio dell'applicazione delle nuove direttive che hanno reso obbligatorio la partecipazione ai corsi di 1 o di 2 livello per i conducenti con violazione dell'art 186 del C.d.S, intende attuare una ricerca longitudinale (coinvolgendo le Commissioni Medico Locali) su un vasto campione dei conducenti coinvolti nei percorsi di idoneità alla guida, al fine di verificare l'effetto positivo dei corsi info-educativi nel ridurre le recidive di infrazione relative allo stesso articolo prima citato.

Bibliografia

Annovi C., Querci S., Greco G., Durante M. (2018), *Studio sulla valutazione di esito dei corsi info-educativi svolti nella Regione Emilia-Romagna per i conducenti con infrazione dell'art 186 e 186 bis del Cds "guida in stato di ebbrezza"*. Mission, 49.

Bogstrand S.T., Gjerde H., Normann P.T., Rossow I., Ekeberg, *Alcohol, psychoactive substances and non-fatal road traffic accidents--a case-control study*. BMC Public Health. Sep 3, 2012;12:734.

Cufrad (dal sito www.alcolnews.it), "Alcol e incidenti stradali: dati ministeriali; 27-02-2013" Tratto da: "Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati".

Eensoo D., Paaver M., Harro J., "Drunk driving among novice drivers, possible prevention with additional psychological module in driving school curriculum" *Ann Adv Automot Med*. 55, 2011; 283-91.

Elder R.W., Shults R.A., Sleet D.A., Nichols J.L., Thompson R.S., Rajab W.; *Task Force on Community Preventive Services "Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review."* *Am J Prev Med*. 27(1), 2004 Jul; 57-65.

ETSC European Transport Safety Council, "Drink Driving: Towards Zero Tolerance", aprile 2012.

ETSC, *European Transport Safety Council "Ranking eu progress on road safety - 9th Road Safety Performance Index Report"*, giugno, 2015.

Freydier C, Berthelon C, Bastien-Toniazzo M, Gineyt G., "Divided attention in young drivers under the influence of alcohol" *J Safety Res.*; 49, 2014 Jun;13-8.

Impinen A., Rahkonen O., Karjalainen K., Lintonen T., Lillsunde P., Ostamo A., *Substance use as a predictor of driving under the influence (DUI) re-arrests. a 15-year retrospective study*. *Traffic Inj Prev.*;10(3), 2009 Jun, 220-6.

Kelly E, Darke S, Ross J., "A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions" *Drug Alcohol Rev.*;23(3), 2004 Sep, 319-44.

Ministero della Salute " Piano Nazionale Alcol e Salute" Roma, 2007.

Regione Emilia Romagna, *Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna per la valutazione dell' idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica DGR 1423/2004*. Circolare integrativa n°1/2010.

Regione Emilia Romagna, *Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna per la valutazione dell' idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica* (Aggiornamenti alla DGR 1423/ 2004 e alla circolare 1/2010). Circolare n°10/2017.

<http://www.cufrad.it/news-alcolgia/alcol-alcolismo/alcol-e-incidenti-stradali-dati-ministeriali/24144>; consultato a maggio 2018.

Valutazione percorsi di cura nella REMS di Casale di Mezzani (Parma) negli anni 2016-2017

Giuseppina Paulillo, Gianfranco Frivoli, Pietro Domiano,
Ilaria Diottavio, Mirella Sabatino, Jessica Dall'Acqua,
Pietro Pellegrini

ABSTRACT

Il presente contributo illustra l'esperienza della REMS (Residenza per le Esecuzioni delle Misure di Sicurezza) di Casale di Mezzani (PR), partendo dalle sue caratteristiche strutturali e funzionali, per arrivare a delineare il ritratto sociale, clinico e giuridico dei 26 ingressi avvenuti dal 27 aprile 2015 al 31 dicembre 2017 ed esaminare il percorso terapeutico e riabilitativo attuato in REMS nel biennio 2016-17.

La REMS di Casale di Mezzani

Aperta nell'aprile 2015, la REMS dispone di 10 posti solo maschili. Il suo ambito di operatività regionale riguarda l'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), comprendente le province di Parma, Piacenza, Modena e Reggio Emilia (Cilento, Costi & Ugolini, 2015). Per la vigilanza, è presente una guardia giurata che monitora il sistema di videosorveglianza sia interno che del perimetro esterno, quest'ultimo circondato da una recinzione, dotata di un dispositivo antiscavalamento e riparata da una siepe che rende il contesto più accogliente per gli ospiti. In caso di situazioni a rischio, è previsto l'intervento immediato dei Carabinieri che vengono attivati tramite un sistema di allarme. La gestione interna è esclusivamente di tipo sanitario e lo staff multi-professionale è composto da una direttrice e da 23 operatori sanitari specificamente formati (Cilento, Costi & Ugolini, 2015). Nella quotidianità gli ospiti non subiscono alcun tipo d'isolamento o di segregazione e, anche con l'ausilio di operatori di cooperative sociali, partecipano a differenti attività, sia dentro che fuori l'edificio, con lo scopo di rendere ciascun soggetto autonomo nella cura di se stesso, in una prospettiva di reinserimento sociale, familiare e lavorativo attraverso la costruzione di percorsi di cura e riabilitazione individualizzati.

Una panoramica sui pazienti della REMS di Casale di Mezzani

Nel periodo gennaio 2016-dicembre 2017 la REMS ha ospitato

Rif.
Giuseppina Paulillo, direttore f.f. UOC Residenze Psichiatriche e
psicopatologia forense, responsabile REMS di Parma,
g.paulillo@ausl.pr.it
cell 3281884466

26 persone, 9 delle quali avevano fatto il loro ingresso nel 2015. Le persone dimesse nel periodo in questione sono 17. Di queste 26 persone, 24 erano già prese in carico dai DSM territoriali mentre 2 non erano note ai servizi.

Il ritratto sociale dei 26 ingressi

Al momento dell'ingresso, l'età media degli ospiti era di 36 anni e 35 al momento del reato. Solo tre ospiti stranieri presenti. Per lo stato civile: 20 celibi, 3 separati o divorziati, 3 coniugati o conviventi; 5 avevano figli. Scolarità: 19 con licenza media inferiore, 3 con licenza elementare, 3 con il diploma, 1 la laurea. Al momento del fermo, solo 6 ospiti avevano un lavoro, 17 solo il supporto familiare e 3 solo quello dei servizi territoriali. Il riconoscimento dell'invalidità civile prima dell'ingresso in REMS era avvenuto per 12 ospiti, 1 aveva presentato domanda durante la permanenza in REMS; 6 ospiti avevano l'amministratore di sostegno o l'interdizione, ed un ricorso era stato presentato durante la permanenza in REMS. Nelle anamnesi di ciascuno, 12 ospiti avevano avuto precedenti carcerazioni, 3 avevano tentato il suicidio prima del reato e 24 su 26 provenivano da famiglie con multiproblematicità, solo 2 ospiti riferivano un ambiente familiare positivo. Dieci ospiti avevano almeno 1 dei genitori con anamnesi positiva per disturbi psichiatrici, 5 avevano genitori separati, 2 avevano un genitore suicida, 5 avevano almeno 1 dei genitori con anamnesi positiva per dipendenza da alcol o da sostanze; infatti, 4 di loro erano stati seguiti dalla NPI e dal Servizio Sociale fin dalla minore età e 6 avevano subito istituzionalizzazioni (strutture per minori o affido extra familiare).

Il ritratto clinico dei 26 ingressi

Nel periodo sopraindicato 6 ospiti provenivano dall'OPG di Reggio Emilia, i restanti 20 dal territorio, dagli istituti di pena, da altra REMS, dal domicilio o dall'SPDC.

Rispetto alla diagnosi clinica: 17 ospiti affetti da un disturbo dello spettro psicotico (schizofrenia, disturbo delirante) in 7 un disturbo di personalità e in 2 un ritardo mentale. Inoltre, dei 26 ospiti, 22 avevano comorbidità con l'uso di sostanze stupefacenti e 14 avevano problemi di disabilità intellettiva, evidenziati attraverso test specifici o anamnesi.

Il ritratto giuridico dei 26 ingressi

Dei 26 ospiti emergeva che 20 di essi avevano compiuto reati contro la persona (minacce, tentato omicidio, omicidio), 4 contro il patrimonio, e 2 stalker. 23 ospiti entravano in REMS come conseguenza del loro reato, 3 per violazione delle prescrizioni. Da gennaio 2016 a dicembre 2017 si è assistito ad una prevalenza di misure di sicurezza provvisorie (11) rispetto a quelle definitive (8) e 19 sono stati gli ospiti dimessi in libertà vigilata e con un PTRI da svolgersi presso altre residenze psichiatriche e 2 hanno

fatto rientro in famiglia. Una persona extraregione invece, è stata trasferita in una struttura di competenza territoriale. È in corso uno studio relativo agli esiti delle dimissioni, i cui risultati preliminari indicano che gran parte degli ospiti ha mantenuto il compenso clinico raggiunto durante il percorso di cura in REMS, con una buona adesione al progetto di cura e alla terapia farmacologica.

Il percorso terapeutico e riabilitativo nella REMS

Per strutturare il percorso di cura vengono valutate le caratteristiche della personalità, della patologia e i bisogni di salute, sociali e relazionali. I provvedimenti terapeutico-riabilitativi vengono attuati in ottica evolutiva per ottenere la guarigione clinica, un miglioramento funzionale e del livello di qualità di vita secondo i principi della recovery, e permettere ai soggetti di superare o attenuare la condizione d'infermità mentale alla quale è stata associata la pericolosità sociale. Per far questo, il reato viene considerato un epifenomeno non solo della condizione di salute mentale ma di un complesso di fattori biopsicosociali interagenti in modo dinamico e pertanto vengono analizzati gli aspetti socio-familiari, relazionali ed evolutivi. Il percorso mira anche alla ricostruzione ed elaborazione dei vissuti che hanno preceduto, accompagnato e seguito il fatto-reato, il quale viene ad essere letto come una parte della storia della persona e non una sua etichetta identificativa, permanente e stigmatizzante. Nella realizzazione del processo di cura, la priorità è creare e mantenere il consenso al fine di migliorare la collaborazione del soggetto, perché se da una parte la misura di sicurezza è imposta, dall'altra in medicina e in psichiatria non può esservi riabilitazione senza consenso e senza un'attiva collaborazione del paziente (Pellegrini, 2018).

Il modello operativo

Prima dell'ingresso in REMS, la persona dovrebbe essere presa in carico dal DSM-DP territorialmente competente e dovrebbero essere valutati i fattori protettivi individuali, ambientali, sociali e familiari, i segnali precoci specifici e aspecifici di rischio di scompenso e garantito il rispetto dei bisogni primari, mediante l'erogazione da parte dei servizi competenti di un contributo mensile idoneo a soddisfare tali necessità, qualora non sussistano redditi personali di autosufficienza. Durante il delicato momento dell'accoglienza l'intera équipe si occupa di ricevere la persona e cerca di guadagnarsi la sua fiducia, al fine d'instaurare un rapporto basato sul dialogo e di conseguenza l'affidamento/condivisione della sua sofferenza, cercando di essere non giudicanti ma, allo stesso tempo, autorevoli, adoperandosi insieme alla persona nel creare le migliori

condizioni relazionali ed ambientali. Successivamente, si procede alla compilazione della cartella clinica e alla firma del consenso informato. Quando non specificatamente controindicato dalla Magistratura, gli operatori insieme allo psichiatra/psicologo accolgono la famiglia e/o le persone significative, valutando e identificando le figure che potrebbero rappresentare ipotetiche risorse da coinvolgere nel processo di cura. Per ogni ospite inserito nella REMS, a cura del CSM di competenza territoriale viene quindi definito il PTRI, coordinato con il Piano Terapeutico e Riabilitativo Residenziale di cui è responsabile la Residenza. Gli interventi proposti sono: colloqui/visite individuali e con i famigliari, approfondimenti e completamenti diagnostici multiprofessionali, valutazioni e trattamenti psichiatrico/psicologico-clinico, trattamenti farmacologici, psico-educativi individuali e gruppal con l'obiettivo di aiutare l'individuo a riacquisire e sviluppare capacità che gli consentano di integrarsi, nel modo migliore possibile, nella vita di comunità. Vista l'elevata prevalenza di deficit cognitivi negli ospiti ricoverati, si stanno attivando degli interventi di riabilitazione cognitiva, volti a sviluppare le funzioni attentive, percettive e cognitive di base.

Il ruolo della Magistratura e quello delle famiglie

Il personale mantiene regolari rapporti con la Magistratura di Cognizione e di Sorveglianza e con l'Autorità Giudiziaria, soprattutto per quanto riguarda le richieste di concessione di permessi e licenze a favore degli ospiti, necessari per realizzare uscite individuali o di gruppo, previste dal programma terapeutico riabilitativo personalizzato. Al fine di operare un valido contrasto all'istituzionalizzazione, si ritiene fondamentale mantenere o ricostruire le relazioni parentali ed amicali, che rappresentano un valore innegabile per gli ospiti. Il supporto personale è infatti un fattore protettivo, come è emerso anche da un nostro recente studio¹ in cui è stato applicato il test HCR-20 ad un gruppo di pazienti autori di reato sottoposti al ricovero in REMS e ad un gruppo di pazienti non autori di reato appaiati per età e diagnosi psichiatrica principale. I pazienti che potevano contare sul supporto personale avevano un minor numero di fattori di rischio di violenza per il futuro ed anche una minore rilevanza nel risk management.

Le criticità emerse

Nel periodo esaminato si sono verificate 2 uscite non autorizzate, una delle quali prontamente risolta, mentre non è stato ancora rintracciato un ospite straniero allontanatosi arbitrariamente due giorni dopo l'ingresso. Non si sono verificati episodi di violenza né fisica né verbale, un solo episodio di autolesionismo (ferite da taglio). Le criticità

emerse dall'apertura della REMS sono diverse:

- a) tempi della giustizia, non sempre coincidenti con quelli della cura-riabilitazione e tali da causare negli ospiti reazioni di rabbia e angoscia, dovute all'attesa, e di regressione in termini di motivazione al cambiamento e di aderenza al progetto stesso;
- b) 'resistenza' di qualche paziente ad accettare e condividere un progetto di cura, conseguenza spesso di una scarsa o assente consapevolezza di malattia, della negazione/omissione del reato o di sentimenti di frustrazione dovuti a un passato carico di fallimenti personali;
- c) rapporti con i DSM in relazione alla formulazione dei progetti di cura già in sede di cognizione, ovvero al momento del reato e all'implementazione dei programmi psicosociali anche mediante l'utilizzo del budget di salute;
- d) mancanza nei pazienti di una motivazione reale alla cura, assenza di una domanda di aiuto, atteggiamento passivo/assistenziale dei pazienti, presenza di sintomi negativi (ritiro, carenza di spinta vitale, etc), mancanza di futuro, scarse abilità di coping, difficoltà ad entrare in relazione con gli altri;
- e) tendenza in alcuni soggetti a non voler partecipare alle attività di gruppo perché il contesto gruppal viene ritenuto un luogo di valutazione/giudizio da parte degli operatori e, quindi, tale da poter influenzare negativamente la propria posizione giudiziaria. Vincolare le uscite dalla struttura ai permessi erogati dalla Magistratura limita le attività esterne e la conseguente adesione a progetti formativi che potrebbero rappresentare opportunità di cambiamento e pertanto, sarebbe auspicabile che le autorità giudiziarie attribuissero una maggiore autonomia alle REMS nella programmazione e organizzazione delle iniziative esterne. Per quanto attiene alla valutazione della pericolosità sociale psichiatrica, nella pratica clinica quello che si può fare è individuare i fattori di rischio e quelli protettivi, riconoscendo nella pericolosità più dimensioni ed elementi di variazione, riduzione o accentuazione, in rapporto ai fattori relazionali e contestuali, alle capacità di adattamento e di coping,

Note

1. Tesi di laurea in Medicina della Dr.ssa Mirella Sabatino: "Il concetto di Pericolosità Sociale ed i suoi risvolti nella Psichiatria Forense: la psicopatologia del folle reo. Relatore Prof. Paolo Ossola AA 2016-17, Università degli Studi di Parma

secondo una visione dinamica, capace di variare non solo per patologia psichica e cura farmacologica, ma per un insieme complesso di elementi economici, relazionali e sociali, sui quali operare. Risulta, pertanto, necessario un metodo che tenga presente i molteplici indici evidenziati e lavori sul soggetto e al contempo sul contesto (c.d. intervento bifocale) (Pellegrini, 2015).

Riflessioni conclusive

Le misure di sicurezza rappresentano una cornice entro cui deve svilupparsi il percorso di cura e, perché questo avvenga, è necessario riconoscere che non è la limitazione della libertà ad aiutare i pazienti, ma l'adesione piena e consapevole al programma terapeutico di comunità nella REMS, che mira appunto alla cura e non alla mera custodia del paziente, con uno sguardo di speranza rivolto al recupero di un'identità personale e sociale.

*Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale-Dipendenze Patologiche Azienda USL di Parma

Bibliografia

- Cilento A., Costi D., Ugolini P. (2015), Intervista ai professionisti delle REMS di Bologna e Parma, in *Sestante*, 1, 17-21.
- Pellegrini P. (2015), *Per una psichiatria senza ospedali psichiatrici giudiziari*, Milano, Franco Angeli.
- Pellegrini P. (2018), *Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Alphabeta Verlag, Merano.

Valutazione REMS “Casa degli Svizzeri” di Bologna: esperienze, evoluzione, criticità nel biennio 2016-2017

Federico Boaron, Mariagrazia Fontanesi, Benvenuti Chiari, Velia Zulli, Claudio Bartoletti, Angelo Fioritti

ABSTRACT

A tre anni dall'apertura della REMS (Residenza per le Esecuzioni delle Misure di Sicurezza) di Bologna possiamo presentare alcuni dati e riflessioni frutto di questa esperienza innovativa. Dal giorno dell'apertura, il 1 aprile 2015, si sono progressivamente aggiunte molteplici attività, interne ed esterne alla struttura; si sono consolidate prassi di lavoro e quelle di comunicazione con la Magistratura, l'Amministrazione Penitenziaria e le altre Istituzioni afferenti alla Giustizia. Tali Prassi si sono infatti rivelate di estrema utilità per poter agevolmente organizzare le diverse attività interne e soprattutto esterne alla REMS, nel pieno rispetto della normativa.

La REMS “Casa degli Svizzeri” di Bologna

Aperta nell'aprile 2015, la REMS dispone di 14 posti letto, di cui 10 riservati ad utenti di sesso maschile, 3 di sesso femminile. Il quattordicesimo posto letto può essere utilizzato per persone di entrambi i sessi ed è attrezzato per poter accogliere pazienti con un certo grado di disabilità motoria. Per competenza territoriale ospita in maniera prioritaria pazienti provenienti dalle AUSL di Bologna, Imola, Ferrara, e Romagna.

Nel biennio in esame il personale era costituito da 13 infermieri turnisti, 7 O.S.S. turnisti, 3 educatori professionali e 1 Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica diurnista, 1 Assistente Sociale 18 h/sett., 1 Amministrativo 20h/sett., 1 Collaboratore Professionale Sanitario Esperto (CPSE) infermiere con funzioni di coordinamento 30h/sett., 1 Psicologo psicoterapeuta 14 h/sett. in comando, 1 Medico psichiatra Full Time e un Medico psichiatra 20h sett., oltre al Direttore della REMS.

Per la vigilanza, è presente una guardia giurata h24 che monitora il sistema di videosorveglianza perimetrale (non c'è videosorveglianza interna). Gli operatori sono dotati di un braccialetto che può attivare un allarme interno per richiedere sollecita assistenza dagli altri operatori. Vi sono inoltre tre pulsanti a parete, uno per piano, che attivano un allarme esterno collegato alla centrale operativa delle

Forze dell'Ordine (il "113"). Non è previsto all'interno della struttura nessun intervento di contenzione fisica, nè di *seclusion* o similare. I pazienti fruiscono di attività terapeutiche, riabilitative e ludico-ricreative all'interno della struttura e la massima parte di loro fruisce di licenze esterne a scopo riabilitativo-risocializzante (ex art. 53 Ord. Pen.) e/o di formazione-lavoro (ex art.21 Ord. Pen.). Le licenze ex art. 53 vengono in genere autorizzate dai magistrati in "pacchetti" di circa 15 giorni ciascuno e fruite con modalità *ad horas*. Nel corso delle licenze si applica la libertà vigilata, le cui prescrizioni variano da paziente a paziente. Per quanto riguarda l'accompagnamento è per lo più affidato agli operatori REMS o a quelli che operano sui progetti personalizzati tramite il Budget di Salute (BdS), ma non mancano pazienti che escono accompagnati da familiari, amici ed in completa autonomia.

Una panoramica sui pazienti della REMS di Bologna

Nel periodo gennaio 2016-dicembre 2017 la REMS ha ospitato 22 persone, 12 delle quali avevano fatto il loro ingresso nel 2015. Tre dei pazienti erano già stati in REMS e dimessi nel 2015: uno si era reso protagonista di un allontanamento, un'altra è rientrata dalla Licenza Finale Esperimento revocata dal Magistrato di Sorveglianza per non adesione alle prescrizioni, un altro per aggravamento della misura di sicurezza nel corso di un percorso riabilitativo in libertà vigilata.

Al momento del loro ingresso in REMS 12 pazienti erano in misura di sicurezza detentiva provvisoria.

Le dimissioni sono state 12, di cui una revoca della misura di sicurezza per il venir meno della pericolosità sociale, un trasferimento ad altra REMS per competenza territoriale, 10 per attenuazione della Misura di Sicurezza con passaggio alla Libertà Vigilata. È inoltre avvenuto un decesso per cause naturali.

I pazienti stranieri sono stati 8, di cui 7 extracomunitari e 6 non in regola con il permesso di soggiorno al momento dell'ingresso in REMS.

In carico ai CSM già quando commisero il reato 8 pazienti, 2 al SerT.

Per quanto riguarda l'orientamento diagnostico il 63% dei pazienti in esame ha come diagnosi prevalente un disturbo psicotico (ivi includendo disturbi dello spettro schizofrenico, disturbi deliranti e bipolari), il 37% un disturbo di personalità; tuttavia circa il 40% dei pazienti con diagnosi principale di disturbo psicotico soddisfa appieno anche i criteri per disturbo di personalità. Inoltre il 15% dei pazienti manifesta tratti psicopatici (rilevati con PCL-r e/o PPI-r).

L'uso di sostanze voluttuarie, compreso l'alcol, è

ampiamente diffuso nella popolazione rappresentata, circa il 55% dei pazienti aveva - al momento dell'ingresso nel circuito psichiatrico-giudiziario - una storia di dipendenza o abuso, con un importante impatto crimonogenetico, tanto che il 36% dei pazienti ha commesso il reato per cui è stata disposta la misura di sicurezza in stato di intossicazione acuta. In alcuni di questi casi il riconoscimento della totale infermità desta a nostro parere alcune perplessità.

Per quanto riguarda la disabilità cognitiva 2 fra i pazienti in esame risultano affetti da ritardo mentale ed ulteriori due aspetti di deterioramento cognitivo lieve verosimilmente alcol-relato. Tuttavia il protocollo neuropsicologico ha evidenziato che la quasi totalità dei pazienti ha *performance* al di sotto della media nei test che valutano le funzioni esecutive.

Un aspetto importante riguarda i disturbi post-traumatici: almeno il 60% dei pazienti ha di certo alle spalle una storia di *neglect*, di abusi fisici o psicologici, subiti per lo più in età precoce. Poiché si è rivelato spesso impossibile raccogliere anamnesi affidabili, soprattutto rispetto agli eventi precoci, è plausibile che la prevalenza di eventi psicotraumatizzanti sia molto superiore. Molti dei quadri che ci troviamo ad affrontare sono compatibili con un disturbo traumatico dello sviluppo; poiché la letteratura scientifica sul rapporto fra trauma e violenza è coerente con queste osservazioni, potrebbero trarsi utili indicazioni riguardo l'approccio psicoterapeutico.

Al di là delle mere statistiche, quello che abbiamo potuto osservare è l'elevata frequenza di quadri di inusuale gravità, caratterizzati dal sovrapporsi di svariate patologie psichiatriche (per rendere l'idea della complessità cui ci riferiamo, uno dei nostri pazienti soddisfa i criteri DSM-IVTR per: schizofrenia, dist. personalità narcisistico e passivo-aggressivo, abuso di sostanze, dist. post-traumatico da stress sottosoglia, ritardo mentale lieve) e da una sintomatologia spiccatamente resistente alle terapie farmacologiche e non. Abbiamo inoltre osservato un certo numero di quadri del tutto atipici, di difficile inquadramento diagnostico e prognostico.

Solo due dei 22 pazienti osservati avevano compiuto reati contro il patrimonio. Fra gli altri pazienti si annoverano 4 omicidi, 2 tentati omicidi, 2 *stalker*. I restanti hanno commesso reati più lievi contro la persona (lesioni, minacce, resistenza a pubblico ufficiale,...), in genere reiterati.

Nel biennio in esame i pazienti provenienti da altre regioni sono stati 3 (2 dalla Toscana, 1 dalla Puglia). Di questi uno è stato trasferito nella REMS di competenza territoriale, uno dimesso in libertà vigilata in una Comunità Terapeutica nella regione di origine, il terzo al 31.12.2017 era ancora ospite della REMS di Bologna.

Il percorso terapeutico e riabilitativo nella REMS

Il percorso inizia con un periodo di osservazione della durata di 30 giorni, durante la quale vengono valutate le condizioni cliniche (fisiche e psicopatologiche), le competenze relazionali e le abilità nelle banali incombenze della vita quotidiana. Viene inoltre effettuato un *assessment* neuropsicologico e presi i primi contatti con il CSM di competenza territoriale per favorire un sollecito incontro in REMS con gli operatori di riferimento. In questo periodo si valutano anche i rapporti coi familiari (purtroppo spesso assenti o non supportivi) ed eventualmente con amici ed altre persone significative. Entro il 30° giorno viene redatto il PTRR; entro il 45° i servizi territoriali di competenza dovrebbero, sentita l'equipe della REMS, aver elaborato e depositato nel sistema SMOP il PTRI, tuttavia ritardi anche significativi sono stati estremamente frequenti.

Il modello operativo

La REMS di Bologna è una struttura riabilitativa, orientata alla *recovery*, che ha fra le sue caratteristiche una elevata intensità relazionale. Questa deriva dal numero di operatori, dalla loro formazione, dallo stile di lavoro in *équipe*, dalla loro motivazione (tutti gli operatori si sono volontariamente resi disponibili a lavorare in tale *setting*, la maggior parte fin da prima dell'apertura, quando la gestione dei pazienti giudiziari al di fuori degli OPG era sostanzialmente terra incognita). Il lavoro dell'equipe è teso ad instaurare una relazione terapeutica col paziente con caratteristiche di validazione, accudimento, soddisfacimento dei bisogni primari insoddisfatti (ristrutturazione dei pattern d'attaccamento), per permettere di modificare l'esperienza emotiva del paziente e dunque il comportamento. Non dimentichiamo che la grandissima maggioranza dei pazienti (forse la totalità) prima che autori di reato sono stati vittime di traumi, *neglect*, abusi fisici e psicologici. Tale modello terapeutico pone le proprie radici teoriche nel concetto di "*limited reparenting*" della Schema Therapy, che viene assunto come modello teorico di base. I principi e i metodi adottati sono stati integrati in ogni fase del trattamento, dall'ingresso del paziente, fino alla sua dimissione, in questo modo i concetti della Schema Therapy sono stati utilizzati come un principio universale, che fornisce una logica coerente per l'impegno negli interventi terapeutici messi in atto nell'intera struttura e può essere perciò condiviso dall'intera équipe multidisciplinare (psichiatri, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori, assistenti sociali ed operatori socio-sanitari). Tutti gli operatori, ciascuno secondo le proprie competenze ed inclinazioni, contribuiscono a tale modello terapeutico-riabilitativo. Anche la terapia farmacologica

è occasione di riabilitazione, poiché viene stimolata l'autosomministrazione con la supervisione dell'infermiere, che interviene solo in caso di difficoltà, stimolando così una progressiva responsabilizzazione del paziente. Il livello di affidabilità ed autonomia nella preparazione e assunzione della terapia viene registrato ad ogni somministrazione.

Alcune attività terapeutiche e riabilitative sono prescritte a tutti i pazienti, altre definite individualmente secondo le specifiche necessità di ciascuno, identificando nelle diverse aree del funzionamento i target specifici per gli interventi terapeutico riabilitativi. Si possono così utilizzare in maniera sinergica differenti approcci all'area problematica. In particolare i pazienti possono fruire delle seguenti attività:

- Supporto psicologico - effettuato dallo psicologo, dagli psichiatri presenti in struttura, secondo la necessità anche estemporanea del paziente;
- Psicoterapia - percorsi psicoterapeutici individuali, effettuati dallo psicologo-psicoterapeuta, vengono intrapresi nei casi in cui tale intervento risulta più indicato (valutazione dello psichiatra e dello psicologo). Il modello di riferimento è cognitivo-comportamentale integrato con la schema therapy e specifici interventi sul trauma.
- Gruppo Parola - per l'espressione dei propri vissuti con la finalità di migliorare la comunicazione dei contenuti emotivi, stimolare empatia e mentalizzazione, contribuire ad affrontare costruttivamente eventuali conflittualità. È sollecitata la partecipazione di tutti i pazienti;
- Gruppo Organizzativo - per discutere le attività e le regole di struttura e prendere decisioni condivise. La finalità è quella di migliorare la comprensione del senso delle regole implicite ed esplicite del vivere insieme, negoziando le attività possibili rimanendo nel rispetto dei diversi gusti, interessi, valori. È sollecitata la partecipazione di tutti i pazienti;
- Social Skills Training - attività di gruppo condotta da Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica con il supporto degli altri membri dell'equipe. È sollecitata la partecipazione di tutti i pazienti;
- Interventi individuali di potenziamento cognitivo (metodo Feuerstein ed altri), condotti da Operatori BdS e Tecnici della riabilitazione psichiatrica con adeguata formazione
- Attività della quotidianità - le normali mansioni della vita quotidiana (tenere in ordine il proprio spazio abitativo, l'igiene della persona e degli indumenti, contribuire alla preparazione della sala da pranzo in occasione dei pasti) vengono sollecitate secondo le capacità individuali, al fine di migliorare sempre più le autonomie. Inoltre i pazienti possono accordarsi fra loro e con gli operatori per cucinare individualmente o in piccoli gruppi;
- Attività di Teatro - aperto a tutti su base strettamente volontaria, oltre all'ovvio fine ricreativo stimola la

comunicazione, il decentramento, il riconoscimento di limiti e potenzialità di ciascuno, il “fare gruppo”;

- Attività di Musica - anch'essa a fine ricreativo, stimola il riconoscimento della musica come modalità espressiva ed il “fare gruppo” per ottenere un risultato comune, che si concretizza nel concerto finale;
- Attività Corpo-Coscienza: individuale o di gruppo, si tratta di un metodo di ginnastica dolce (sviluppato dal fisioterapista francese *Georges Courchineaux*) che agevola il rilassamento e l'introspezione e contribuisce ad attenuare la tensione muscolare, espressione di disturbi psicosomatici, effetti extrapiramidali dei farmaci, ecc... Degli operatori 8 hanno effettuato la formazione per condurre i pazienti in tale attività;
- Ortoterapia - un gruppo di pazienti si occupa di gestire, sotto la supervisione di operatori formati (operatori di cooperative sociali convenzionate), l'orto interno alla REMS, quando la stagione lo permette, a settimane alterne, uscite nei parchi e nei giardini di Bologna per osservare le diverse specie vegetali nei loro ambienti. I ritmi della natura stimolano la capacità di dedizione ed attesa di risultati che non possono essere immediati;
- Ippoterapia - attività equestre esterna, in gruppo di 4 pazienti, presso il maneggio “il Paddock” di Bologna. Finalizzata a migliorare -tramite il rapporto con il cavallo- la comprensione di motivazioni e bisogni altrui; stimola inoltre cenestesi e propriocezione, contribuisce ad equilibrare il senso di autoefficacia e favorisce il decentramento e il “fare gruppo”. Viene prescritta sulla base delle condizioni cliniche e dei bisogni relazionali;
- Pet therapy (TAA) con il cane - sono stati effettuati due percorsi individuali, secondo il modello cognitivo-zoootropologico. Il personale coinvolto è interno alla REMS (con specifica formazione) ed esterno della ASD “C'era una volta il cane” di Bologna. Tre i cani finora coinvolti nell'attività;
- Riflessologia plantare - interventi individuali ad opera di una operatrice REMS e di una volontaria, entrambe con specifica formazione. Gli obiettivi sono individualizzati, ma abbiamo rilevato - come elemento comune - un progressivo miglioramento della fiducia negli operatori anche in pazienti con tratti paranoici o comunque scarsamente coinvolgibili nelle relazioni terapeutiche.

Alle attività fin qui descritte si aggiungono numerosissime uscite ex art. 53 Ord. Pen., individuali o a gruppi di 2 pazienti con o senza l'accompagnamento di un operatore. Le uscite hanno in genere finalità ricreative o risocializzanti, ma sono anche un'occasione per osservare e migliorare le capacità sociali e di programmazione. Per quanto riguarda i pazienti con storia di abuso di sostanze e soprattutto di alcool sono

estremamente utili anche per verificare se l'esposizione agli stimoli esterni possa elicitare craving ed eventuali ricadute. Svartati pazienti fruiscono inoltre, ex art 21 Ord. Pen., di uscite per attività di tirocinio formativo (TiFo), per lo più presso cooperative sociali, ma anche nel normale mercato del lavoro. Nel biennio 2016-2017 ben 5 pazienti hanno fruito di TiFo in ambito restauro mobili, manutenzione del verde, inserimento dati, grande distribuzione, assemblaggio, manutenzione maneggio e accudimento cavalli. Gli interventi in Budget di Salute (BdS) finalizzati alla socialità sono stati 18, oltre a 2 finalizzati al lavoro interno alla REMS (gestione dell'orto).

L'evoluzione clinica viene monitorata ogni 4 mesi con l' “asse K” (Kennedy, 2003), il cui scoring viene effettuato in gruppo multidisciplinare, coordinato dallo psichiatra e/o dallo psicologo.

Rapporti con la Magistratura

Il rapporto con la Magistratura di Sorveglianza è sempre stato positivo, spesso sinergico. La necessità di attività extramurarie è ben compresa dai Magistrati, cosicché è stato possibile, nel rigore che la Legge giustamente richiede, sviluppare protocolli per gestire con flessibilità le uscite. È il caso delle licenze ex art 53 Ord. Pen., autorizzate in pacchetti di 15 giorni, fruito poi dai pazienti con modalità ad horas. Ogni singola uscita è poi comunicata con breve preavviso al Magistrato stesso, all'Ufficio Matricola del carcere di Bologna, all'Autorità di Vigilanza. Questo ci permette di organizzare le attività esterne in modo flessibile ma rigorosamente aderente alla Legge, senza attendere tutte le volte i tempi tecnici per la concessione delle licenze e senza oberare le cancellerie e i Magistrati con uno stillicidio di richieste: si tenga presente che se nell'anno 2016 i pazienti hanno fruito complessivamente di 216 uscite in licenza ad horas, nel 2017 le uscite sono state ben 626! Questo naturalmente senza contare le uscite ex art 11 Ord. Pen. per attività sanitarie, 240 nel biennio e le 330 uscite ex art. 21 Ord.Pen. per tirocinio formativo. Sono oltre 1400 uscite nel biennio, a riprova che la REMS non è certo un luogo di segregazione ed isolamento, ma sia apre - con le cautele e gli strumenti che la Legge consente - a progressivi spazi di socializzazione, formazione e lavoro, per favorire l'integrazione del paziente nel tessuto sociale.

Note

2. Le attività di Ippoterapia e Terapia Assistita dagli Animali con cani sono state effettuate in conformità alle “Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali” del 25.3.2015, recepite dalla Regione Emilia-Romagna con delibera n.679, 8 giugno 2015

Il rapporto con la Magistratura di Cognizione è ovviamente più variabile, data la pluralità degli interlocutori. La nostra esperienza è nel complesso di buona collaborazione, pur dovendo di volta in volta esplicitare ex novo le finalità, le attività, le prassi che sottendono alle nostre richieste.

Le periodiche relazioni di aggiornamento richieste dalla Magistratura, vengono redatte, nella maggior parte dei casi, utilizzando lo strumento di Risk assessment and management HCR-20 v.3, avendo cura di sviluppare in modo descrittivo ogni item. In questo modo i diversi item diventano, di fatto, paragrafi di un ragionamento clinico strutturato e coerente. Ogni altra informazione rilevante, anche se non compresa nella HCR-20, viene comunque rappresentata nella relazione. Si vuole così fornire al Magistrato, in modo strutturato ed evidence-based, le informazioni necessarie per la valutazione non solo della c.d. pericolosità sociale, ma anche per poter verificare la coerenza del progetto terapeutico-riabilitativo proposto.

Il rapporto coi familiari

Per quanto riguarda il ruolo delle famiglie la nostra popolazione di pazienti è spesso priva di relazioni affidabili. Le ragioni sono molteplici: l'elevata percentuale di immigrati, i familiari che hanno interrotto i rapporti con il paziente a causa del reato, ecc... In alcuni casi proprio i parenti più prossimi si sono resi in qualche modo responsabili di abusi o neglect ai danni del paziente, in altri casi un congiunto è stato vittima del reato: in tutti questi casi le dinamiche intrafamiliari risultano particolarmente delicate e cariche di ambivalenze.

Quando possibile vengono effettuati colloqui periodici, anche di tipo psicoeducativo, durante i quali viene affrontato lo stigma derivante dal reato e dalla malattia mentale. Ci si confronta anche, a volte, con meccanismi di diniego, minimizzazione e giustificazione del reato che possono risultare altrettanto antiterapeutici che rabbia, rancore, paura e stigma. Laddove il quadro psicopatologico risulti compatibile e i rapporti familiari sufficientemente equilibrati e supportivi i pazienti possono fruire di licenze al domicilio, talvolta con pernottamento esterno, al fine di consolidare il rapporto con gli altri-significativi e favorire le reti di supporto interpersonale.

Le criticità emerse

È consuetudine assegnare, alla fine di ogni giorno un codice-colore al clima di struttura: il verde indica una clima sereno e disteso, il giallo qualche episodio di tensione, il rosso eventi significativi o una tensione più marcata. Nel biennio in esame il clima è rimasto verde il 65% dei giorni, giallo il 26%, rosso il 9%.

C'è stato un episodio di allontanamento spontaneo subito risolto (la paziente coinvolta si è spontaneamente ripresentata in REMS dopo poche ore), 7 ricoveri in TSO. La maggior parte dei TSO è avvenuta a seguito di alterazioni psicopatologiche acute con elevato rischio di aggressività. I ricoveri in regime di obbligatorietà sono avvenuti in SPDC ed in questi casi il Magistrato di Sorveglianza ha sempre disposto il piantonamento da parte del personale di Polizia Penitenziaria.

Il tema della somministrazione coatta delle terapie all'interno delle REMS, ovvero se la misura di sicurezza detentiva sia in qualche modo equiparabile ad un "TSO giudiziario", è un tema dibattuto sin da prima dell'apertura di queste strutture. Riteniamo che la normativa sui trattamenti obbligatori, immutata dai tempi della Legge 180, si applichi ai pazienti REMS come ad ogni altra persona presente sul territorio nazionale. Vi è comunque la possibilità, laddove siano soddisfatti i criteri di Legge, di somministrare coercitivamente la terapia farmacologica con lo strumento del TSO Extraospedaliero, come abbiamo fatto in un paio di occasioni; tuttavia nella maggior parte dei casi il TSO in regime di ricovero ci è apparso la scelta più opportuna per diverse ragioni: anzitutto le REMS sono strutture residenziali, non ospedaliere, ed il ricovero nel contesto dell'ospedale generale (come previsto dalla Legge 833/78) offre maggiori garanzie sul piano della salute, grazie alla presenza h24 dello psichiatra e di specialisti consulenti - internisti, cardiologi, rianimatori,... - laddove ve ne fosse la necessità; sono inoltre maggiori anche le garanzie per il paziente su un piano giuridico, dato il coinvolgimento del Giudice Tutelare. Sul piano clinico va segnalato che in svariate occasioni le alterazioni psichiche acute che hanno portato al TSO (es.: ideazione persecutoria; disorganizzazione del pensiero con umore misto,...) stavano ingenerando un forte aumento della tensione verso altri pazienti, e in un solo caso verso un operatore, con significativo rischio di agiti aggressivi. In questi casi il ricovero in ambiente diverso dalla REMS ha offerto l'ulteriore vantaggio di allontanare il paziente dalla spina irritativa relazionale per il tempo necessario a ridurre il sintomo e quindi ad elaborare le ragioni -non sempre consapevoli- della conflittualità, permettendo così di diminuire rischio di comportamenti violenti anche dopo il rientro del paziente in struttura. Infine riteniamo che la somministrazione forzata della terapia all'interno di una struttura di cui non si è ospiti volontari, ma si accede per vincolo giudiziario, potrebbe nel tempo ingenerare dinamiche autoreferenziali sempre più simili a quelle dell'istituzione totale, riducendo ulteriormente l'empowerment di soggetti già "deboli" e ad alto rischio di marginalizzazione; scemerebbe così il potenziale riabilitativo e la spinta ad un progressivo reinserimento sociale, col il

rischio di mutare le REMS in piccoli OPG.

Circa gli episodi di aggressività riteniamo utile segnalare che in due diverse occasioni abbiamo assistito ad una preoccupante dinamica in cui un paziente giovane (in entrambi i casi circa ventenne, con tratti borderline, spunti psicotici e vissuti abbandonici) ha agito aggressivamente sotto l'influenza di altro paziente, più maturo e con tratti psicopatici altamente manipolativi e controllanti. Fra l'altro chi ha agito è risultato poi del tutto inconsapevole della manipolazione subita. Il ripetersi di questa dinamica con differenti protagonisti e differenti "vittime" dell'agito aggressivo, suggerisce una possibile criticità nel trattamento di pazienti con tratti psicopatici in un setting in cui sono compresenti persone manipolabili e sensibili al loro "fascino superficiale". Tali dinamiche inconsce mandante/ esecutore, oltre ad aumentare il rischio di episodi violenti, sono risultate antiterapeutiche (esitando in entrambe le occasioni in TSO) ed hanno influenzato negativamente la progettualità. Sono risultate estremamente difficili da elaborare coi pazienti stessi, tanto che si sono risolte del tutto solo separando tali diadi.

Per quanto riguarda le criticità nell'elaborazione dei progetti terapeutico-riabilitativi emerge una tendenza di molti Servizi Territoriali ad una presa in carico più formale che sostanziale: le visite in struttura sono sovente rarefatte, la valutazione dei bisogni e dei progetti delegata agli operatori REMS, i tempi per l'elaborazione del PTRI assai dilatati rispetto alle attese. Inoltre, poiché la maggior parte delle dimissioni dalla nostra REMS avviene con l'inserimento in libertà vigilata del paziente in RTR, alcuni servizi tendono a proporre in modo stereotipato sempre le stesse Comunità, anche a pazienti con differenti bisogni riabilitativi, verosimilmente con l'obiettivo primario di contenere la spesa per le rette. Tali dinamiche così hanno rallentato significativamente la dimissione di alcuni pazienti, con conseguente compromissione della relazione terapeutica proprio coi Servizi che dovranno assisterli nel difficile programma di cura e di reinserimento nella vita sociale.

Per quanto riguarda gli aspetti clinici la consapevolezza di malattia è spesso scarsa o assente, così come la consapevolezza del bisogno di cure. Questo si accompagna spesso a meccanismi di minimizzazione ed esternalizzazione della colpa del reato, che spingono alcuni pazienti a interpretare la permanenza in REMS come prettamente custodialistica ("una gabbia dorata"). Tali pazienti tendono a scotomizzare la propria responsabilità e/o la riprovevolezza sociale del reato, pertanto non riescono a comprendere il punto di vista dei clinici o della Magistratura quando vengono loro negate, ad esempio, le ambite licenze in autonomia, oppure ritengono fazioso e mendace il Perito che attribuisce loro un'elevata pericolosità sociale.

La presenza di pazienti con livelli di funzionamento estremamente eterogenei tende a generare conflitti e riduce la motivazione alle attività di gruppo; tendono invece a formarsi spontaneamente gruppetti di 2-3 persone accomunate ad esempio da qualche interesse (cucinare, film, ...).

Secondo la nostra esperienza, all'interno della REMS il vero punto di forza è costituito dal gruppo di lavoro, che con la sua motivazione, coesione e capacità critica costituisce non solo il principale strumento di riabilitazione e di cura, ma anche elemento di sicurezza, tanto per i pazienti quanto per gli operatori.

L'esperienza intrapresa ha ancora bisogno di essere arricchita di esperienze, tuttavia riteniamo che il modello metodologico-concettuale applicato sia supportato da risultati incoraggianti, come rappresentato dai dati esposti. Si tratta comunque di un'esperienza giovane ed innovativa e solo la valutazione degli esiti a lungo termine potrà confermare queste impressioni iniziali.

Bibliografia

- De Zulueta F. (2009), *Dal dolore alla Violenza, le origini traumatiche dell'aggressività*, Raffaello Cortina.
- Douglas K.S., Hart S.D. et al. (2013), *HCR-20 v.3 Assessing Risk for Violence*, MHLPI.
- Lieberman R.P. (2012), *Il recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Giovanni Fioriti Editore.
- Young J., Klosko J. e AA. VV. (2007), *Schema Therapy. La terapia cognitivo comportamentale integrata per i disturbi di personalità*, Eclipsi.
- Kennedy J.A. (2007), *Il funzionamento del paziente psichiatrico: manuale di valutazione*, Raffaello Cortina Editore.
- Pfäfflin F., Adshear G. (a cura di), (2004), *A Matter of Security The Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy*, Jessica Kingsley Publishers.
- Van Vreeswijk M., Broersen J., Nardort M. (a cura di), (2012), *The Wiley-Blackwell Hand-book of Schema Therapy: Theory, Research and Practice*, John Wiley & Sons, Ltd.

Autodeterminazione tra tutela minori e dipendenze patologiche

Opportunità di cura o controllo sociale?

Miriam Savarese, Teo Vignoli

ABSTRACT

L'invio ai Servizi per il Trattamento delle Dipendenze Patologiche da parte del Servizio Sociale Minori e del Tribunale dei Minorenni, per verificare la presenza di una problematica clinica ed eventualmente per trattarla, costituisce uno stimolo che assume le caratteristiche del vincolo. Questo articolo esplora la possibilità che una collaborazione tra i servizi, rigorosa rispetto alla metodologia ma sufficientemente aperta culturalmente per contenere il mandato del controllo e quello della cura, possa ottenere risultati soddisfacenti sotto il profilo del benessere personale e collettivo.

40

Premessa

Come poter curare chi non chiede aiuto ma viene inviato dal Servizio Sociale Minori (SSM) o dal Tribunale per i Minorenni (TM) alla Unità Operativa Dipendenze Patologiche (UO DP)? La presa in cura nelle UODP nasce solitamente da una richiesta di aiuto dell'utente, che presuppone un certo grado di motivazione al cambiamento, sebbene con gradi variabili di ambivalenza; i vincoli alla cura aprono uno scenario differente e sollevano la questione deontologica sulla possibilità di aiutare chi non ha chiesto aiuto. Questo è particolarmente vero nell'ambito delle dipendenze patologiche, area in cui spesso è sfumato il limite tra la capacità di esercitare una scelta autonoma e la restrizione della volontà determinata proprio dallo sviluppo della dipendenza da sostanze stupefacenti. Inoltre, se da un lato le modificazioni neurobiologiche tipiche dell'uso prolungato di sostanze riducono la capacità di scelta dell'individuo, spesso la difficoltà a chiedere aiuto da parte degli utenti è motivata anche dal timore dello stigma e quindi del giudizio e della disapprovazione.

1. Tutela dei minori

La tutela dei minori è un obiettivo primario e trasversale a tutti i servizi, nonché un interesse costituzionalmente garantito attraverso la protezione socio assistenziale (assicurata dal sistema dei servizi) e la protezione giudiziaria (assicurata dal sistema di giustizia minorile). I due sistemi

Rif.
Miriam Savarese
Assistente Sociale, UO Dipendenze Patologiche Lugo/AUSL della Romagna
miriam.savarese@auslromagna.it
tel: 0545.319055

sono autonomi ma necessari ed interagenti.

Il SSM si rivolge alla magistratura quando rileva la sofferenza del minore, il concreto rischio a cui è esposto, l'incapacità dei genitori di riconoscere i segnali di disagio, nonché il rifiuto a modificare i comportamenti incongrui e di conseguenza l'impossibilità di risolvere la situazione con interventi per e con i genitori. In questi casi, la segnalazione alla Procura prima, ed il decreto poi, risultano essere i soli strumenti efficaci per intervenire su famiglie che altrimenti non chiederebbero aiuto. È la Procura della Repubblica che chiede al TM provvedimenti civili a tutela del minore.

Il TM è un organo collegiale composto da due giudici togati e due giudici onorari, pertanto tutte le decisioni vengono prese in forma collegiale. Ha competenza civile, amministrativa e penale, ed incide sull'esercizio della responsabilità genitoriale secondo una gradualità proporzionale al comportamento del genitore, nonché al danno subito dal minore. Scopo primario del decreto del TM è la sottrazione del minore al rischio ovvero la protezione immediata, ma anche la prescrizione di un percorso diagnostico ed eventualmente terapeutico a favore dei genitori.

Il timore di perdere i figli, il desiderio di riconquistare credibilità sociale e di riacquisire uno spazio esente dal controllo del SSM e del TM, sono potenti spinte al cambiamento. Possono quindi emergere da parte dei genitori motivazione e collaborazione efficaci per mantenere un rapporto con i figli ovvero per riabilitare il proprio ruolo genitoriale.

2. Valutazione dell'abuso/dipendenza e definizione del progetto

La UO DP di Lugo offre un percorso di valutazione alle persone inviate, costituito da una componente di rilevazione oggettiva sull'uso di alcol e sostanze (esecuzione di esami del sangue e controlli urinari) e da una valutazione multidisciplinare attraverso colloqui con medico ed operatore psicosociale.

La prassi prevede che il percorso abbia una durata di 1-3 mesi, all'esito del quale si aprono differenti opportunità:

- certificazione di "assenza di problematiche cliniche di abuso di alcol e sostanze" con conseguente revisione di quanto espresso nella segnalazione e nel decreto;
- certificazione di "diagnosi di dipendenza o abuso di alcol o sostanze" con conseguente opportunità di coinvolgimento della persona in un progetto di cura che abbia il doppio obiettivo di trattare un problema sanitario e favorire il recupero di specifiche funzioni genitoriali. In particolare, in base al mandato del SSM o del TM e agli elementi che fornisce l'utente, la valutazione e l'eventuale progetto verranno definiti in base alla sostanza/comportamento considerato: (alcol, eroina, cocaina, can-

nabinoidi o gioco d'azzardo). La differenza tra sostanze stupefacenti e comportamenti patologici, tra sostanze legali e illegali e le peculiarità di ogni sostanza, rendono opportuni strumenti di valutazione e di cura differenti, la cui disamina esula dallo scopo del presente articolo. La complessità di questo percorso consiste nel processo comunicativo adottato e nella co-gestione tra servizi con mandati e sensibilità differenti:

- se l'esito della valutazione da parte della UO DP è l'assenza di una certificazione di malattia il SSM si può trovare nella condizione di dover revisionare le interpretazioni inizialmente formulate sul malessere rilevato e sulle strategie da adottare per fronteggiarlo;
- la UO DP si può trovare nella condizione di rilevare una dimensione di problematicità correlata all'uso di alcol e sostanze che non presenta le caratteristiche di una vera e propria dipendenza patologica ma che si correla alle conseguenze sociali e famigliari; -in questi casi la UO DP dovrà offrire opportunità di monitoraggio e prevenzione secondaria piuttosto che trattamenti standard.

È quindi necessaria una elevata flessibilità dei professionisti di entrambi i servizi che, pur nei limiti degli strumenti socio-sanitari a disposizione, devono riuscire a far dialogare le differenti *mission* in modo costruttivo e proattivo, ponendo al centro l'interesse della persona e la tutela dei minori appartenenti al suo nucleo famigliare.

3. Compito di aiuto e di controllo.

La relazione che si instaura tra operatore della UO DP e utente è differente a seconda che si tratti di un accesso volontario o di un invio del SSM: in questo secondo caso, gli obiettivi dell'intervento non sono ad esclusivo beneficio dell'utente ma anche a tutela del minore di cui è genitore. Questo può favorire lo sviluppo di ambiguità relazionali che è necessario evitare attraverso alcune azioni metodologiche:

- definire i compiti propri dell'apparato di controllo (di solito SSM) distinguendoli da quelli diagnostico terapeutici (di solito dell'UO DP e del Centro Salute Mentale);
- chiarire che i servizi lavorano in cooperazione e quindi esplicitare che l'operatore delle UO DP comunicherà in forma scritta l'esito del programma al SSM e, d'altro canto, che il mandato istituzionale che legittima l'azione dell'assistente sociale mantiene la finalità intrinseca dell'aiuto;
- spiegare con chiarezza il doppio significato che hanno le azioni che vengono richieste; : ad esempio, l'esecuzione di una urina positiva all'etilglucuronide (che corrisponde ad un consumo di almeno 3 unità alcoliche/die negli ultimi 3 gg) può essere compatibile dal punto di vista della UO DP

con una dimensione di consumo non patologico (controllo dei consumi e responsabilizzazione dei comportamenti) mentre può essere considerato da parte del SSM come un indicatore di problematicità o disfunzionalità (mancata adesione all'impegno di non consumare alcolici in un percorso di valutazione della genitorialità).

La chiarezza delle prescrizioni e dei ruoli pone le basi per rafforzare l'integrazione inter istituzionale a favore del miglioramento del benessere dell'utente e del minore.

4. E se il programma terapeutico non ha esito positivo?

L'autonomia, intesa come la capacità di esprimere scelte e assumerne la responsabilità sperimentandosi negli spazi concordati e previsti dal percorso di accompagnamento e affiancamento, si scontra spesso con le manifestazioni cliniche della dipendenza patologica. L'assistente sociale può trovarsi quindi nella situazione di intervenire per ragioni di protezione del minore, nonostante la volontà contraria dell'adulto, in quanto il SSM tramite il TM esercita l'azione normativa di tutela.

In queste situazioni gli operatori della UO DP, facendo leva sull'alleanza terapeutica creata con l'utente, possono supportarlo ad elaborare la limitazione della libertà come elemento motivazionale rispetto alla cura. In quest'ottica la dipendenza patologica è considerata come malattia che limita la libertà, e può essere fronteggiata con un aumento del livello di investimento sul programma terapeutico, accettando percorsi a maggiore intensità come ricoveri o periodi comunitari. Questo permette di spostare il vissuto dell'utente da una dimensione passivizzante di colpa e vergogna a una dimensione di impegno attivo a contrastare la propria malattia. Anche in un momento delicato come quello del fallimento di una fase progettuale, la compresenza di servizio sanitario e sociale genera la possibilità che un'azione di coercizione possa costituire uno strumento di cura e rappresentare la premessa di un processo di cambiamento.

5. Percorso tossicodipendenti-alcolodipendenti gravide

Nella cornice dell'integrazione tra servizi e dell'intervento precoce, nel territorio di Ravenna (Ravenna-Lugo-Faenza) i Servizi Sanitari (Dipendenze Patologiche, Ginecologia Ospedaliera, Consultori Familiari, Pediatria di base, Ospedaliera e di Comunità, Neuropsichiatria Infantile) ed i Servizi Sociali territoriali, hanno redatto un documento dal titolo "Donne tossicodipendenti e/o alcolodipendenti e figli" a tutela del minore e della maternità.

Il percorso, attivabile da tutti i nodi della rete, garantisce la multidisciplinarietà dell'intervento che mira sia a rendere il genitore consapevole dei bisogni del minore e dei rischi cui lo espone con uno stile di vita caratterizzato dalla dipen-

denza attiva, sia a coinvolgerlo nel progetto consensuale di ridefinizione delle condizioni di crescita del figlio. Il lavoro è quindi duplice: sostenere e sviluppare le capacità genitoriali ma anche osservare le risposte e le reazioni dell'utente alle sollecitazioni proposte per valutare la responsabilità genitoriale. La consensualità viene elusa qualora il minore sia esposto a condizioni pregiudizievoli o di esplicito danno; in tal caso il compito di segnalare la situazione all'Autorità Giudiziaria diventa prioritario e spetta al Servizio Sociale Minori.

Il percorso condiviso è funzionale a garantire l'attivazione precoce della rete dei servizi e la successiva applicazione dell'intervento di rete, che nel tempo si è evoluto da incontri congiunti tra Servizi, alle attuali Unità di Valutazione Multidisciplinare, arricchite negli ultimi anni dalla metodologia del Budget di Salute.

5.1 Valutazione soggetti UO DP di Lugo

Nel periodo compreso dal 01.01.2016 al 31.12.2017, il SSM ha segnalato all'UO DP di Lugo 20 utenti: 19 dal SSM di Lugo e 1 dal SSM di Faenza dei quali 2 erano già in carico alla UO DP e 18 erano nuovi accessi (Fig.1). Seguendo il percorso inverso, nello stesso periodo sono stati segnalati alla UODP dal SSM 2 utenti: il totale è di 22 utenti con nuova cogestione tra 2016 e 2017 (Fig.1).

Dei 20 utenti segnalati dal SSM, 12 sono stati inviati alla UO DP su prescrizione del TM tramite Decreto.

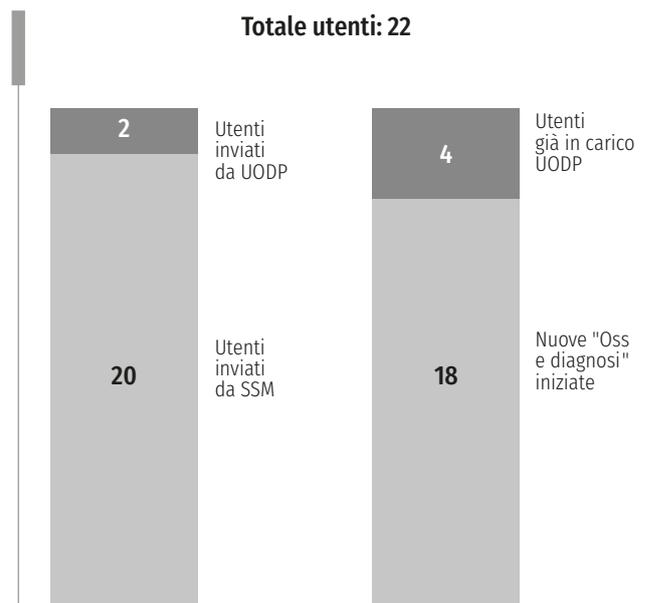


Fig.1. Utenti con intervento congiunto UO DP-SSM nel 2016/2017. Fonte: UO DP Lugo

I 18 utenti non in carico alla UO DP al momento della segnalazione hanno iniziato tutti un percorso di osservazione e diagnosi, che ha avuto i seguenti esiti:

- 3 hanno abbandonato durante la fase di valutazione,
- 4 hanno concluso il percorso di valutazione dimostrando la non sussistenza della condizione di abuso o dipendenza,
- 11 hanno concluso il percorso di valutazione con una diagnosi di abuso o dipendenza da alcol o sostanze stupefacenti (Fig. 2).

Agli 11 utenti che hanno ricevuto una diagnosi è stato proposto un programma terapeutico, mentre ai 4 utenti che già erano in carico presso UO DP (2 segnalati da parte del SSM e 2 segnalati dalla UO DP stessa) è stata proposta una ridefinizione del programma terapeutico e degli obiettivi, proprio alla luce del coinvolgimento del SSM.

Le sostanze d'abuso sono risultate le seguenti: alcol (7), eroina (3), cocaina (2), cannabinoidi (2), poliabuso (1).

Dei 15 utenti totali, è stato valutato l'esito a 3 mesi (Fig. 3):

- 1 utente ha abbandonato il trattamento
- 5 utenti hanno avuto esito negativo (non astensione)
- 9 utenti hanno avuto esito positivo (astensione completa)

Totale nuove osservazioni e diagnosi: 18

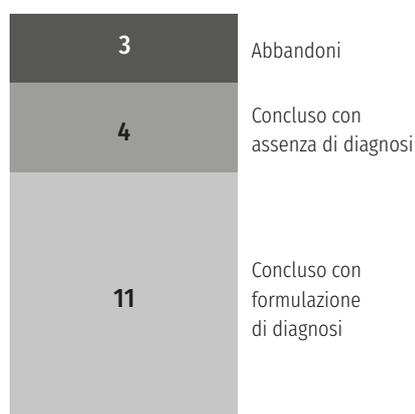


Fig. 2. Esiti delle nuove osservazioni e diagnosi nel 2016/2017. Fonte: UO DP Lugo

Totale utenti trattati: 15



Fig. 3. Esito trattamento a 3 mesi dei 15 utenti trattati nel 2016/2017. Fonte: UO DP Lugo

Utenti in gestione SSM UODP	22
Utenti segnalati dal SSM	20
Utenti segnalati dalla UODP	2
Utenti con decreto T.M.	12
Utenti senza decreto T.M.	8
Utenti già in carico UODP	4
Utenti che hanno iniziato osservazione e diagnosi (OD)	18
Utenti che hanno concluso la OD con formulazione di diagnosi	11
Utenti che hanno concluso la OD con assenza di diagnosi	4
Utenti che hanno abbandonato durante la OD	3
Utenti che eseguono un programma terapeutico	15
Utenti con esito positivo a 3 mesi	9
Utenti con esito negativo a 3 mesi	5
Utenti con abbandono del trattamento nei 3 mesi	1

Tab.1 Dati riassuntivi utenti gestiti da UO DP-SSM nel 2016-2017. Fonte: UO DP Lugo

5.2 Valutazione outcome

Lo studio è stato eseguito su un arco di tempo rilevante (2 anni), seppure nella sola UO DP di Lugo, servizio di medie dimensioni. I limiti dello studio sono quindi la bassa numerosità del campione e l'assenza di UO DP di maggiori dimensioni. Inoltre l'analisi è retrospettiva e gli esiti sono stati valutati solo a breve termine (3 mesi).

Tenendo presente questi limiti è possibile fare una serie di elaborazioni sui dati raccolti:

1. circa il 5% degli utenti che accedono al servizio arrivano su invio del SSM (20/410) che si caratterizza come un canale di invio rilevante anche in termini quantitativi. Tale dato è lievemente superiore rispetto a quello citato dal Report della RER sui servizi Dipendenze Patologiche 2017 (2,9%);
2. la maggioranza degli utenti presenta un vincolo di cura non solo legato all'intervento del SSM ma anche al decreto del TM;
3. l'84% degli utenti inviati dal SSM conclude la fase di osservazione e diagnosi (OD), dato lievemente migliore rispetto a quello generale, rilevato recentemente nella stessa UO DP (75%). Questo dato evidenzia il raggiungimento, nella maggior parte dei casi, del primo obiettivo richiesto dall'invio del SSM: la definizione diagnostica;
4. più del 20% degli utenti inviati dal SSM ha concluso la fase di OD con la certificazione di non sussistenza di diagnosi di abuso o dipendenza da alcol o sostanze, confermando l'importanza di una valutazione specialistica della UO DP per discriminare tra una dimensione patologica legata all'uso di sostanze, da trattare con programma terapeutico afferente alle Dipendenze Patologiche, e una dimensione non patologica o inquadrabile attraverso diagnosi differenti, che va affrontata con percorsi e strumenti diversi;
5. dei 15 utenti che hanno eseguito un programma terapeutico il 60% ha raggiunto e mantenuto la completa astensione da alcol o sostanze a 3 mesi dall'inizio del trattamento. Questo risultato rappresenta un secondo obiettivo rilevante: in una elevata percentuale di casi l'azione di vincolo costituita dall'invio del SSM minori alla UO DP (11) o dalla segnalazione da parte della UO DP al SSM (4) ha esitato in un miglioramento delle condizioni cliniche dell'utente;
6. dei 15 utenti trattati, solo 1 ha abbandonato il programma terapeutico nei primi 3 mesi: l'elevata ritenzione in trattamento, anche in caso di esito negativo, è un altro obiettivo rilevante, perché garantisce la possibilità di rimodulare il progetto, anche non necessariamente legato al vincolo con il SSM, e garantire la cura di utenti che altrimenti non avrebbero avuto accesso ad un programma di cura dell'UO DP.

A fronte dei risultati complessivamente soddisfacenti dell'attività congiunta SSM – UO DP rilevata da questo studio, si ritiene opportuno allargare la valutazione ad altri servizi della Regione Emilia Romagna analizzando anche gli esiti a medio-lungo termine.

Conclusioni

La tipologia di intervento descritto prevede, analogamente a quanto succede negli USA e in altri paesi europei, la collaborazione di tre servizi istituzionali: TM, SSM e UODP. In linea con il mandato di controllo, l'assistente sociale, su prescrizione dell'Autorità giudiziaria, contatta la persona, che può mostrare delle resistenze, considerato che i tempi e gli obiettivi sono imposti dal sistema dei servizi. Nonostante questo, il momento della valutazione eseguita da SSM e UO DP, orientato all'aiuto dell'utente e inserito in una cornice relazionale di cura e supporto, può rappresentare un'efficace occasione per l'avvio del processo di cambiamento.

Mentre il controllo sulle persone comporta inibizione sulle possibilità di decidere, il controllo sul processo e sugli obiettivi consente di lavorare metodologicamente anche attraverso i vincoli e le prescrizioni per aiutare a sviluppare capacità di autonomia, maggiori competenze e senso di responsabilità.

La persona diviene protagonista di tutto il percorso di aiuto, viene coinvolta e non sostituita, viene sostenuta affinché possa ottemperare scelte, decisioni ed impegni presi. In altre parole l'equilibrio tra vincolo e cura si concretizza nella rete tra servizi sanitari e sociali in un vero e proprio "allenamento all'autodeterminazione".

Bibliografia

- Oliveros A., Kaufman J., *Addressing substance abuse treatment needs of parents involved with the child welfare system*. Child Welfare 2011; 90(1):25-41.
- Galli D. (2005), *Il servizio sociale per minori. Manuale pratico per assistenti sociali*, F. Angeli, Milano.
- Gifford E.J., Eldred L.M., Vernerey A., Sloan F.A., *How does family drug treatment court participation affect child welfare outcomes?* Child Abuse Negl. 2014; 38(10):1659-70.
- Pedrocco Biancardi M.T., Talevi A. (a cura di) (2011), *La voce dei bambini nel percorso di tutela, Aspetti psicologici, sociali e giuridici* F. Angeli, Milano.
- Regione Emilia Romagna, (2017) *Report sui Servizi Dipendenze Patologiche*.
- Cirillo S., Di Blasio P. (2007), *La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Pratiche "no restraint" per i pazienti autori di reato

Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Valerio Giannattasio,
Mauro Mozzani

ABSTRACT

Gli AA. dopo avere fatto il punto sullo stato di attuazione della legge 81/2014 che ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, evidenziano gli aspetti teorici e operativi per realizzare un nuovo sistema basato sulla comunità sociale. In particolare rilevano come le pratiche sanitarie anche con le persone autrici di reati debbano fondarsi sul consenso, la responsabilizzazione, la recovery e il no restraint, assenza di contenzioni e "porte aperte" nella consapevolezza per altro di non avere sulla base della legge 180/1978 compiti e strutture di natura custodiale.

45

Introduzione

Si può assicurare il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico della persona? Si può realizzare per la persona con disturbi mentali e autrice di reato, un sistema unitario e coerente con la legge 180? Un modello che sia incentrato su misure giudiziarie e interventi di cura nella comunità e sia ispirato alle pratiche "no restraint"? La legge 180 ha eliminato il concetto di "pericolosità a sé e agli altri" dai requisiti per l'effettuazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) mentre il codice penale è rimasto invariato dal 1930 in merito ad imputabilità e "pericolosità sociale". Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), sopravvissuti alla riforma del 1978, sono stati chiusi mediante la legge 81/2014 attuata grazie al sistema di salute mentale di comunità come parte del welfare pubblico inclusivo e universalistico.

1. Lo stato di applicazione della legge.

In questi anni tra psichiatria e magistratura si sono sviluppate buone pratiche, come auspicato dal Consiglio Superiore della Magistratura¹, che si sono realizzate anche nella Regione Emilia Romagna.²

La legge 81 si sta realizzando, come previsto, nella comunità. A giugno 2017, nella Regione Emilia Romagna a fronte di 24 ospiti nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) vi erano 203 persone con misure giudiziarie nel territorio delle quali circa il 70%, in strutture residenziali. Residualità della misura di sicurezza detentiva, regionaliz-

Rif.
Pietro Pellegrini,
psichiatra, Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale
Dipendenze Patologiche Ausl di Parma
tel. 0521-396624/8
ppellegrini@ausl.pr.it

AUSL	arresti domiciliari	custodia caut. extra carceraria	detenzione domiciliare	affidamento ai servizi sociali ¹	libertà vigilata	in attesa di entrare in REMS	misura extra carceraria (esclusa libertà vigilata)	misura non specificata	
Piacenza	0	0	0	1	10	1	0	0	12
Parma	0	0	1	1	9	1	0	0	12
Reggio E.	2	0	1	2	12	0	0	0	17
Modena	3	1	3	2	21	1	0	2	33
Bologna	0	0	0	0	43	0	14	0	57
Imola	0	0	0	0	5	0	0	0	5
Ferrara	4	0	2	2	16	0	0	0	24
Forlì	2	0	1	0	14	0	0	0	17
Ravenna	0	0	1	0	25	0	0	0	26
Cesena		0							
Rimini		0							
TOTALE	11	1	9	8	155	3	14	2	203

Tab.1, Residualità delle misure di sicurezza detentiva in Emilia Romagna. Ricerca promossa dal DSM-DP di Reggio Emilia, anno 2017. Fonte: DSM-DP di Reggio Emilia

zazione, numero chiuso nelle REMS, assenza di contenzione e un orientamento alla *recovery* sono i punti chiave della riforma. A questi occorre aggiungere le pratiche “no restraint”. Infatti, la legge non può realizzarsi in un quadro di custodialistico o né di disinvestimento o abbandono o in un contesto sociale di emarginazione.

In assenza di un sistema informativo nazionale, i dati forniti da Corleone (2018), a settembre 2017 indicano che le persone in REMS erano 604 di cui 335 con misure di sicurezza definitive mentre quelle con misure provvisorie erano 265 (44% del totale).

Vi è poi il tema della crescita delle persone in lista di attesa (Tab.2). Secondo il 13° Rapporto di Antigone sono “313 le misure di sicurezza richieste (...) di cui 218 provvisorie” (Belardetti, 2017) pari a circa il 72% del totale.

Maggio 2016	170
Agosto 2016	219
Novembre 2016	241
Febbraio 2017	290
Settembre 2017	337

Tab. 2, Lista di attesa a livello nazionale. Fonte: Dati Commissario Ministeriale Corleone

Come si può vedere dalla Tab. 3 queste tendono ad aumentare in modo significativo sia nelle liste di attesa sia tra gli ospiti delle REMS (circa i 2/3 nelle REMS della Regione Emilia Romagna). La misura di sicurezza provvisoria, applicabile “in qualunque stato e grado del procedimento” sulla base di un giudizio di pericolosità sociale e talora senza valutazione psichiatrica, viene ad assumere il significato di una misura di custodia cautelare³ che ha un forte impatto sulle REMS. Infatti, si tratta di persone che ancora non sono state ben diagnosticate, quindi possono essere imputabili per i quali vale la presunzione di innocenza. Una condizione che

Note

1. “Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014. Questioni interpretative e problemi applicativi”. 19 aprile 2017
2. DGR Regione Emilia n. 767/2018, Protocollo Operativo tra Magistratura, Regione Emilia Romagna e Ufficio Esecuzione Penale Esterna per l’applicazione della legge 81/2014 sottoscritto il 30 maggio 2018.
3. Per avere un raffronto le persone con misure di sicurezza detentiva provvisoria sono il 44% degli ospiti delle REMS mentre i soggetti con misura di custodia cautelare in carcere sono il 34,6% del totale dei detenuti contro una media europea del 22% (13° Rapporto di Antigone <http://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>)

rende molto difficile il mandato di cura e per altro appare del tutto evidente che un mandato custodiale sia del tutto inattuabile nell'attuale assetto organizzativo dei DSM.

Maggio 2016	115
Novembre 2016	182
Febbraio 2017	290

Tab. 3. Lista di attesa a livello nazionale Misure Provvisorie. Fonte: Dati Commissario Ministeriale Corleone

Se in OPG vi era il tema dell'“ergastolo bianco”, in REMS la persona rischia di subire una detenzione preventiva kafkiana senza garanzie di tempi e di procedure, tanto maggiore se vi sono carenze della difesa spesso correlate con le condizioni di povertà ed emarginazione. Inoltre nelle REMS si sta determinando un “effetto accumulo” di pazienti con misure giudiziarie di lunga durata o con problemi sociali rilevanti (senza fissa dimora, clandestini, irregolari, persone sole, povertà estreme) che per il quadro normativo e le difficoltà del sistema sociosanitario si trovano senza prospettive.

Il determinarsi di una condizione custodiale rischia di stravolgere il ruolo dei sanitari e di creare una situazione che contrasta gravemente con il percorso di cura poiché non determina chiarezza, fiducia, certezza dei tempi, responsabilizzazione reciproca.

Infine resta aperto il tema della qualità della cura della salute mentale negli Istituti di Pena essenziale per la definizione di un sistema unitario.

Agosto 2016	510	di cui 235 provvisorie pari a 46%
Febbraio 2017	604	di cui 265 provvisorie pari a 44%

Tab. 4. Pazienti ospiti delle REMS a livello nazionale, agosto '16 e febbraio '17. Fonte: Dati commissario Ministeriale Corleone

2. La concezione della cura

La psichiatria può esercitare solo il mandato di cura e ogni altra impostazione pone in crisi il sistema, specie se lo spinge verso forme di custodia/coercizione che aprono interrogativi sulla loro liceità, fattibilità, sicurezza ed efficacia. La prolungata limitazione della libertà non è una condizione della cura ma contrasta con essa e pertanto ogni sforzo viene fatto per prevenire i TSO e ridurre al minimo la loro durata.

Mentre la psichiatria sta operando per il “no restraint”, l'abolizione delle contenzioni, le “porte aperte”, la giustizia, al di fuori delle affermazioni di principio, nelle prassi fatica ad abbandonare un'idea di psichiatria manicomiale secondo la legge 36/1904. In altre parole pensa ancora in termini di contenitori, magari più belli, confortevoli degli OPG o delle carceri ma pur sempre dei luoghi separati, dove la privazione della libertà tende ad essere il fine. Una concezione del tutto inadatta alla cura del malato psichiatrico. Infatti, se in forza di un provvedimento giudiziario una persona si trova non solo con una limitazione della libertà ma inserita in un percorso sanitario da lei non richiesto, è necessario un processo di chiarificazione e di definizione delle condizioni per l'intervento diagnostico terapeutico. Una situazione clinica assai difficile in quanto si tratta di prendersi cura in modo proattivo di chi non esprime domande e per farlo occorre ascoltare, capire, motivare, iniziare a definire una base comune, le norme di rispetto reciproco, assicurare il “minimo vitale” con il sostegno ai bisogni di base. Questo per attivare la responsabilità e la cooperazione anche attraverso l'investimento sulle potenzialità della persona dando vita fin da subito ad un processo di “capacitazione”. Un lavoro che si fa abitualmente nel territorio dove la cura può avvenire solo attraverso lo sviluppo della relazione intesa come un processo non lineare ma costituito da un insieme di movimenti che con pazienza, lentamente portano ad una condizione di fiducia e sicurezza come costruzione condivisa in grado di produrre una possibile riduzione della sofferenza e un cambiamento di prospettive. In questo la relazione diviene unica, irripetibile e creativa, capace cioè di ridefinire e costruire in termini nuovi, differenti modalità di funzionamento mentale, affettivo e relazionale. Le menti funzionano attraverso connessioni e questo processo in parte empatico e profondo non è codificabile solo in termini cognitivi, né è ben prevedibile.

L'alta personalizzazione degli interventi di cura deve partire dal punto di vista dell'utente il quale è portatore di una sua lettura del disturbo, del reato ed ha idee sulla cura, sulla pena e sulla vita. L'incontro inizia con l'avvicinamento, l'accoglienza non giudicante, l'ascolto e la comprensione della difformità di vedute, delle scelte alternative e ciò significa gestire i rischi, i conflitti e le violazioni fissando i riferimenti minimi per l'incontro mantenendo aperta la relazione di cura e cercando di attenuare i danni, favorire la maturazione e la resilienza nell'ambito della umana pietas. Questo consente le narrazioni congiunte, le nuove rappresentazioni del dolore, della sofferenza e avvicinano a quei dilemmi esistenziali e filosofici, vita/morte, essere/non essere, forme di vita che spesso i pazienti gravi portano all'attenzione di chi si prende cura di loro.

Perché questo lavoro profondo possa realizzarsi, occorre

che lo psichiatra (e tutto il gruppo di lavoro) si senta libero, in grado di entrare nel mondo del possibile cambiamento dell'altro e di sé; se questa trasformazione creativa, transizionale è parte della cura, o è la cura, occorre tenere conto delle condizioni per la sua difficile e incerta realizzazione. In questo quadro di riferimento va collocata la questione delicata della responsabilità spesso utilizzata o vissuta come riferimento per atteggiamenti difensivi, remissivi, di disinvestimento, fatalisti, sottilmente custodiali, tutti quanti anti-terapeutici.

Va ricordato con forza che la chiusura degli OPG tramite percorsi di comunità (e non le REMS) richiede una revisione del concetto di responsabilità tenendo conto dell'estrema difficoltà e complessità del lavoro di cura, del rapporto rischi/benefici, dell'efficacia reale delle pratiche. Ai fini degli esiti positivi in medicina è indispensabile la partecipazione attiva della persona e del suo contesto. Senza responsabilizzazione non vi è riabilitazione in psichiatria ma nemmeno sicurezza sociale.

3. Verso nuovi concetti

La conoscenza e la collaborazione tra giustizia e psichiatria sono essenziali per gestire al meglio i percorsi, definire nuovi scenari, elaborare idee e prassi innovative.

Sul piano organizzativo la REMS deve diventare sempre più parte integrante del DSM e della comunità, idealmente superare se stessa. REMS *"no restraint"*, luoghi aperti senza i muri e i sistemi custodiali ereditati dall'OPG, parte del territorio che alla logica del posto-letto, del "dove lo metto" sostituiscono una concezione orientata ai percorsi, alla responsabilizzazione reciproca. REMS a loro volta superate mediante Progetti terapeutico riabilitativi individualizzati con *Budget* di Salute (Pellegrini, 2017).

Sotto il profilo delle prassi l'applicazione della legge 81/2014, prevedendo la cura e al contempo azioni per fare fronte alla pericolosità sociale quindi per la sicurezza-prevenzione dei reati, ha reso evidente come si debba passare da una visione lineare ad una binaria.

Semplificando al massimo secondo la precedente prassi consolidata, il giudice, sentito il perito, dispone, la psichiatria "esegue" la cura e il paziente obbedisce e in un qualche modo vi si sottomette. Una cura di norma fondata sulla terapia farmacologica e al più psico-educativa comportamentale e adattativa. Una cura applicata dall'esterno, ad una persona che passivamente la subisce, nella presunzione che vi siano psicofarmaci in grado di curare il disturbo mentale mentre i dati scientifici indicano molta cautela (Breggin, 2018) e una limitata efficacia sia a breve, ad esempio che la schizofrenia è resistente ai trattamenti nel 25-30% e ancor più a lungo termine.

Non si può superare l'OPG senza prendere atto che è variato non solo il ruolo della psichiatria ma anche quello della giustizia. Questa ha competenze specifiche e autonome, possibilmente coordinate con la cura, e deve sviluppare una propria relazione con la persona tale da dare un senso alla misura adottata, alle azioni necessarie alla rieducazione e prevenzione di nuovi reati. Limitazioni della libertà, prescrizioni o dinieghi senza spiegazioni e tempi comunicati direttamente alla persona oggi non sono accettabili. Occorre abbandonare un modello autoritario impositivo a favore di uno collaborativo che preveda una forte responsabilizzazione della persona rispetto alle misure giudiziarie. È lei che ne deve rispondere e non lo psichiatra. In altre parole, la giustizia deve sviluppare un "suo" patto con la persona in relazione al reato e alle misure conseguenti. Questo è essenziale anche con la persona con disturbi mentali, proscioltta e a maggior ragione se l'imputabilità è ancora da definire, per confrontarla con realtà e tramite impegni specifici prevenire reati e sostenere al massimo i percorsi di cura. L'impostazione prevista dalla legge 309/90 art. 94 è quella che si può applicare anche nella salute mentale.

"Il patto di cura" ha un'altra base giuridica, un'altra chiave di lettura e deve fondarsi sul consenso.

Si tratta di due patti, di due percorsi autonomi e specifici con possibili punti di contatto e convergenza, specie negli obiettivi. Nessuno dei due percorsi può sostituire e nemmeno parzialmente vicariare l'altro. È interesse di tutti che la persona si curi e non commetta altri reati, si attenga alle prescrizioni. Quindi la persona nella comunità si trova al centro di un percorso che vede due polarità, quella giudiziaria e quella psichiatrica.

Il passaggio da categorie rigide e dicotomiche (sano/malato, imputabile/non imputabile) a processi basati su dimensioni interagenti nella complessità (modello biopsicosociale) dovrà portare a risposte sempre più articolate. Non più un doppio binario che dà vita a percorsi alternativi e mutuamente escludentesi, ma un doppio patto con al centro la persona nella comunità che tiene conto non solo delle specifiche competenze psichiatriche e giudiziarie ma anche dei diversi bisogni, a partire da quelli di base, per un programma di cura e il progetto di vita.

Se in caso di non imputabilità l'infermità contiene il reato e questo ne è la espressione, una visione basata sulla complessità riconosce sempre ambiti di autonomia al reato e al disturbo che potranno vedere aree di sovrapposizione ma solo eccezionalmente sono pienamente coincidenti.

Vissuti psicologici si intrecciano con condizioni psicopatologiche, relazionali, sociali, di vita i quali vengono ad assumere a seconda dei casi il ruolo di fattori di rischio, protezione, precipitazione. Questi connotano la pericolosità non come

dato obiettivo ma dinamico, dipendente dalla persona e dalle sue relazioni, comprese quelle di cura e giudiziarie. Quindi si ha un continuum di vissuti dal normale al patologico, uno spettro sul quale operare. E trattandosi di un vissuto con una componente cognitiva importante, diviene fondamentale agire perché la persona possa sperimentare la capacità di modulare, articolare, controllare la propria attività mentale e il proprio comportamento. Questa azione di responsabilizzazione è essenziale sia sul piano clinico-riabilitativo che giudiziario dove sarebbe molto più utile al paziente una pena chiara che un ambiguo e talora incomprensibile proscioglimento.

Un orientamento alla *recovery* nel quale fin da subito sono presi in considerazione i determinanti sociali della salute (reddito, alloggio, formazione lavoro) e i fattori culturali, religiosi e spirituali della persona in quanto fondamentali per la diagnosi e la cura ma anche per la comprensione del reato, della espiazione e la possibile riparazione.

Cure e misure di comunità si possono fare solo nella libertà mentale, con il consenso e la partecipazione attiva della persona. Questa ha bisogno di tempo, di comprendere ed essere compresa nell'ambito di relazioni di fiducia, sempre difficili da costruire, strutturalmente fragili, labili, molto esposte al rischio di fallimento. Una condizione operativa molto delicata, dove occorre chiarezza, sensibilità, attenzione ai dettagli, dove la parte patologica è nell'ambito di un funzionamento mentale e relazionale di insieme, dove il reato e la violazione sono presenti nel mondo interiore, ingombranti, inquietanti, corpi che cercano spazio, parole, senso. Un male che cerca di definirsi, ferite lancinanti in attesa di medicazione, buchi non colmabili, devastazioni e terremoti che aspettano i primi soccorsi, l'accoglienza, l'incontro, il riconoscimento per come sono e aperture di un dialogo. Il male evitabile, quello che può derivare dalla psichiatria, dal sociale o dalla giustizia va evitato, quello inevitabile va affrontato. Comprendere tutto questo è nell'interesse dell'azione giudiziaria i cui tempi e modi rischiano di segnare le esistenze delle persone (e anche degli operatori) a volte in modo patogeno, confuso e talora kafkiano.

4. Prospettive future

Con la legge 180 la persona con disturbi mentali ha pieni diritti e doveri e quindi non è pensabile come sottoposta ad una costante tutela da parte di qualcuno, lo psichiatra in particolare. Per questo sarebbe necessario un adeguamento coerente della normativa in tema di imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza.

Nelle prassi è essenziale che si consolidi l'idea di un doppio patto con la persona, concertato tra psichiatria e giustizia, uno per la cura e l'altro per la sicurezza. La consultazione

preventiva, la perizia o una doppia perizia/perizia di équipe, una relazione con il DSM per la condivisione dei rischi/benefici e delle responsabilità devono essere preliminari all'adozione di misure giudiziarie.

Per il funzionamento delle REMS è fondamentale che fin da subito la persona ospite (basta con il termine internato!) possa utilizzare tutti gli strumenti di cura e abilitazione del Dipartimento di Salute Mentale e non quelli della sola REMS, di per sé assai limitati. Quindi la misura di sicurezza detentiva deve essere presso il "Dipartimento di Salute Mentale al cui interno opera la REMS". Il regolamento penitenziario è inapplicabile nelle REMS ed occorre valorizzare il metodo basato sul consenso e la pianificazione delle cure. I confini non possono essere quelli fisici della REMS ma il perimetro è quello della cura. Questo renderebbe più semplice ed efficiente il rapporto con la Magistratura, che costantemente informata, verrebbe interpellata solo per i pernottamenti esterni. Va valorizzata la persona mediante la sua presenza alle udienze, affinché la giustizia possa realizzare il proprio "patto". In questo quadro andrebbero garantiti i diritti, abolita l'immatricolazione e prevista la non iscrizione nel casellario giudiziario relativa alla misura di sicurezza.

Attraverso una Consensus Conference nazionale si potrebbe arrivare alla definizione di buone pratiche, coinvolgendo le famiglie, la società civile, gli enti locali, la comunità.

La posizione di garanzia dello psichiatra va superata riconoscendo le evidenze scientifiche e cioè l'umana impossibilità di prevedere e prevenire le condotte di altre persone, assicurando in relazione alla grave difficoltà del compito, "il privilegio terapeutico" e forme di responsabilità istituzionali. Tutto questo per rendere possibili REMS "no restraint" e andare oltre.

Bibliografia

- Belardetti A., "Pazzi criminali liberi". *Nelle Rems non c'è posto*, La Nazionale, 11 giugno 2017 <http://www.ristretti.org/Le-Notizie-di-Ristretti/apazzi-criminali-liberiq-nelle-rems-non-ce-posto>.
- Breggin P. (2018), *La sospensione degli psicofarmaci*, Fioriti Ed.
- Ceretti A. Natali L. (2009), *Cosmologie violente. Percorsi di vite criminali*, Raffaello Cortina Ed. Milano.
- Corleone F. (a cura di), "Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma" QCR 1/2018, Pacini Ed.
- Pellegrini P. (2017), *Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Alphabeta Verlag, Merano.

Cannabis: corso info-educativo sui rischi per la salute ed aspetti legali

Gestione segnalazioni alla Prefettura (art.121 e art.75, DPR n.309/90)

Claudio Ferretti, Gianni Morandi

ABSTRACT

Il saggio descrive il progetto dei corsi info-educativi di gruppo sulla cannabis per i soggetti fermati dalle Forze dell'Ordine per uso personale di cannabis ai sensi degli art. 75 e 121 - DPR 309/90 e.s.m.i. . Frutto della collaborazione tra Prefettura di Modena ed AUSL di Modena, ha preso avvio nel 2010 ed è tutt'ora in corso. Il progetto, nell'ambito dei progetti di prevenzione selettiva rivolta a gruppi a rischio (1) , prevede due tipologie di incontri, per giovani adulti maggiorenni e per ragazzi minorenni, con l'obiettivo di fornire informazioni e stimolare una riflessione critica (2) ai soggetti fermati prima del colloquio con l'assistente sociale del NOT, che tiene positivamente conto della frequenza al corso nell'irrogazione delle sanzioni. Abbiamo inoltre inserito i dati relativi agli accessi ai SerDP nell'anno 2017, con particolare attenzione agli invii da parte della Prefettura, inserendo con una descrittiva dei risultati ottenuti nei percorsi terapeutici.

1. Obiettivi del progetto

Fornire informazioni e stimolare una riflessione critica ai soggetti fermati prima del colloquio con l'assistente sociale del Nucleo Operativo Tossicodipendenze (NOT) della Prefettura di Modena.

I maggiorenni

Gli incontri sono rivolti ai soggetti con età compresa tra 18 e 25 anni, che vengono convocati con una lettera invito da parte della Prefettura. Il numero dei convocati è di circa 40 persone, e gli incontri vengono effettuati presso la sede del Centro Alcológico di Modena.

I docenti sono un dirigente del NOT (Prefettura di Modena), lo psicologo responsabile del SerDP di Sassuolo ed il medico responsabile del SerDP di Modena.

Di norma ogni anno si tengono 4 incontri. Ogni incontro ha una durata di 3 ore, il mercoledì pomeriggio dalle 14,30 alle 17,30, ed è così articolato:

registrazione dei partecipanti

1) lezione con pacchetto formativo predefinito di diapositive sui seguenti contenuti:

- 2) aspetti legali del consumo di cannabis, epidemiologia, psicologia dei comportamenti a rischio, tipologie dei consumatori, alcool e incidenti stradali, danni alla salute da cannabis (3).
- 3) suddivisione in due gruppi con discussione guidata, di norma sempre molto partecipata e vivace; al gruppo viene dato il compito di confezionare uno slogan per dissuadere i giovani dal consumo di cannabis.
- 4) conclusioni con presentazione del lavoro dei gruppi, compilazione del test di apprendimento (vedi all.1), del test di gradimento e consegna da parte del medico del servizio a ogni partecipante dell' attestato di partecipazione.

L'attestato di partecipazione verrà presentato dal giovane al colloquio con la assistente sociale del NOT e costituirà elemento aggiuntivo per la valutazione del soggetto e la irrogazione delle eventuali sanzioni previste o del " formale invito a non fare più uso di cannabis".

Nell'anno 2017 sono stati convocati 163 giovani, dei quali 102 (62,6%), 87 maschi e 15 femmine, hanno partecipato ad uno dei 4 corsi tenutisi (Tab. 1).

I minorenni

Negli ultimi due anni il NOT ci ha segnalato un importante aumento del numero di soggetti minorenni fermati dalle Forze dell' Ordine, e abbiamo pertanto deciso di avviare un progetto sperimentale anche per questi giovani.

Ogni anno organizziamo due incontri , della durata di 2 ore,

il mercoledì pomeriggio dalle 17 alle 19 . Agli incontri vengono invitati i minorenni ed i genitori che partecipano insieme ai figli , il numero massimo di convocati è di 12 . Questa modalità ci ha permesso di superare il problema della privacy e della autorizzazione per i minori a partecipare.

Gli incontri hanno la tipologia del lavoro in gruppo seduti in cerchio, con discussione, raccolta di esperienze e problematizzazione su quanto successo, confronto tra genitori e figli, risposta alle domande dei presenti, e se necessario, proiezione di qualche diapositiva selezionata.

La conduzione del gruppo è affidata allo psicologo ed al medico dei SerDP.

È prevista la registrazione dei partecipanti con le firme autorizzative dei genitori o di altro tutore adulto (alcuni partecipanti erano minori inseriti dai servizi sociali in comunità educative). Non sono previsti il test di apprendimento, di gradimento e la consegna degli attestati di partecipazione.

2. L'utenza dei 7 SerDP modenesi con invio dalla Prefettura nel 2017

L'analisi si presenterebbe metodologicamente di per sé abbastanza complessa, considerato che alcuni utenti:

- hanno avuto più di un accesso al medesimo SerDP nel corso del medesimo anno 2017 (intendendo che hanno iniziato e poi interrotto un percorso di valutazione e/o cura e si sono successivamente ripresentati intraprendendone un altro);
- hanno avuto accesso nel corso del 2017 a più di un SerDP

Anno 2017	Convocati	Partecipanti	Maschi	Femmine
4 Corsi	163	102 (62,6%)	87 (85,3%)	15 (14,7%)

Tab.1, Giovani convocati dalla Prefettura per il corso nell' anno 2017. Fonte: Osservatorio Dip Pat di Modena

Modalità Accessi 2017	Utenti	Sostanza primaria (%)				
		Alcol	Cannabis	Cocaina	Eroina	AA
Commissione Medico Locale (CML)	157 (42%)	79	10,2	7	1,9	1,9
Autonomo	87 (23,2%)	34,5	25,3	14,9	24,1	1,1
Prefettura	46 (12,3%)	-	69,6	21,7	4,3	4,3
Medico Competente o controlli di Legge	24 (6,4%)	12,5	58,3	29,2	-	-
Servizi AUSL o Comune	22 (5,9%)	59,1	13,6	13,6	9,1	4,5
Servizi DSM-DP	19 (5,1%)	21,1	36,8	10,5	26,3	5,3
Area Giudiziaria	19 (5,1%)	26,3	36,8	15,8	21,1	-
Tot.	374 (100%)	47,9	27	13,1	9,9	2,1

Tab. 2, Modalità di accesso ai SerDP/AUSL di Modena nell' anno 2017. Fonte: Osservatorio Dip Pat di Modena

- (in taluni casi anche solo per appoggio terapeutico);
- erano già stati in contatto coi nostri SerDP, spesso intraprendendo precedenti Programmi Terapeutici;
 - hanno variato nel tempo la sostanza principale d'abuso.

Conseguentemente, anche in riferimento allo scopo del presente saggio, l'analisi non ha potuto considerare la variabilità di questi aspetti, riferendosi univocamente ai 374 pazienti con sole problematiche alcol o droghe-correlate, aventi almeno un accesso 2017 ai SerDP modenesi, senza considerazioni sul loro pregresso ma solo sulla situazione all'atto del primo contatto 2017.

2.1 Descrizione accesso

Le modalità più rilevanti di accesso ai SerDP nel 2017 sono risultate essere tre, che insieme coprono oltre i ¾ del totale (77,5%), (Tab.2) :

- l'invio Commissione Medico Locale (per i 4/5 alcolisti);
- l'accesso autonomo (equamente distribuito tra le varie principali sostanze d'abuso);
- l'invio da parte della Prefettura (per il 70% consumatori di cannabinoidi).

Invii Prefettura

In particolare quindi, un utente su 8 (12,3%) si è rivolto ai nostri SerDP su invio della Prefettura, perlopiù per art.75 (39 casi su 46, pari all'85%).

La sostanza principale d'abuso era costituita da cannabinoidi (69,6%) o da cocaina (21,7%), e solo residualmente da eroina od ecstasy (2 casi ciascuno), con una distribuzione di genere sbilanciata per oltre i 9 decimi sul maschile (93,5%) e per i 7 decimi sulla fascia d'età 18-29 (71,7%).

Nel complesso, oltre la metà degli invii Prefettura (54,3%) sono giovani maschi consumatori di cannabinoidi.

I percorsi intrapresi presso i SerDP dai 46 pazienti inviati dalla Prefettura si sono concretizzati in pochi casi (10,9%) nell'avvio ed interruzione della fase di Osservazione & Diagnostici (per abbandono o chiusura d'ufficio) e nella stragrande maggioranza dei casi (89,1%) in Programmi Terapeutici, in buona parte con esito di completamento positivo (45,7%), dimissioni concordate (4,3%), abbandono (4,3%) o chiusura d'ufficio (10,9%). Quasi 1/4 del totale risulta invece avere ancora in corso un programma terapeutico a giugno 2018 (23,9%). Non riteniamo di poter oltrepassare il livello descrittivo dei risultati ottenuti nei percorsi terapeutici.

Conclusioni

Il progetto descritto e i dati di attività del SerDP presentati ci danno una idea dell'importanza che il consumo di cannabis ha assunto tra le persone giovani e della necessità di prevedere interventi più specifici dedicata a questa tipologia di giovani consumatori, per riorientare gli stili di vita e tenere alla larga il rischio di ingresso nella loro esistenza di stupefacenti a maggior rischio di dipendenza quali cocaina ed eroina. Da questo punto di vista sarebbe inoltre utile impostare per il futuro un progetto di follow up e monitoraggio nel tempo dei giovani che hanno frequentato i corsi info-educativi.

Bibliografia

- Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri, Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013.
- Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri, (2014), Cannabis e Danni alla Salute.
- Rosin S., Pedretti M., Marmaglio C., Augelli C., Cristini F., Scacchi L., (2013), *La Prevenzione del Consumo di Sostanze Stupefacenti illegali in Adolescenza*. in Rivista Dal Dire al Fare, n. 3, pag 30-41.

Test di apprendimento "Cannabis: rischi per la salute e aspetti legali"

Per quanto tempo si possono trovare tracce di THC nelle urine dopo l'uso di cannabis?

- a) 7 giorni
- b) 2 mesi
- c) 4 settimane

Quale è il rischio di sviluppo di tossicodipendenza a seguito di uso occasionale di cannabis ?

- a) 10 %
- b) 50 %
- c) 1 %

Quali delle seguenti bevande alcoliche corrisponde a una Unità alcolica (corrispondente a 12 grammi di alcol):

- a) 125 ml di vino a 12°
- b) 1 litro di birra a 5°
- c) Un caffè corretto con la grappa

Quali effetti tossici da uso occasionale determina l'uso di cannabis?

- a) Difficoltà di memoria e concentrazione
- b) Alterazione delle percezioni sensoriali e del tempo
- c) Calo della vigilanza e della attenzione
- d) Tutti gli effetti decritti dalle precedenti risposte

All. 1, Test di apprendimento a fine corso Info-educativo per soggetti segnalati dalla Prefettura (art.121 e art.75, DPR n.309/90) del SerDP/Ausl di Modena.

Budget di Salute e co-progettazione in Romagna

Verso una cultura istituzionale non coercitiva

Claudio Ravani

ABSTRACT

La metodologia del Budget di Salute può costituire il fulcro della nuova "vision" dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) della Regione ER. Nel presente contributo la presentazione dei dati del DSM-DP della AUSL della Romagna, relativi al 2017, indicano l'iniziale consolidamento di una "cultura istituzionale" diffusa del BdS" e, pur in un lasso di tempo relativamente breve, si associano a ricadute positive su pazienti ed operatori, per il clima partecipativo che questa metodologia, rispettosa della libera scelta e del punto di vista del cittadino, induce.

53

Introduzione

Nell'ottobre del 2015 la Regione Emilia Romagna adottava la Delibera 1554: "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di Salute (BdS)". Nello stesso mese si costituiva il nuovo Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Romagna. Considerando che andavano ad aggregarsi quattro ex Dipartimenti, e per oltre 700 operatori si trattava di comprendere quale "vision" andasse ad integrare realtà per molti aspetti diverse, certamente la nuova "cultura di servizio" proposta dalla Delibera regionale 1554, centrata sulle potenzialità dei percorsi partecipati e sottoscritti dall'utente, costituiva una base comune ed una grande opportunità di confronto nel Dipartimento.

Il BdS diventò in questo modo un percorso non solo Dipartimentale, ma anche Aziendale, al fianco dei principali Piani Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali (PDTA) che oggi qualificano l'appropriatezza dell'offerta medico chirurgica. Tutti eravamo consapevoli che si trattasse di un percorso fortemente "atipico", non correlato direttamente a criteri evidence based ma ad una forma innovativa metodologica di integrazione sociale e sanitaria. In modo ancor più "rivoluzionario" proponeva un'ottica capovolta: dalla ricerca della massima appropriatezza specialistica, che caratterizza soprattutto l'ambito ospedaliero, alla ricerca della massima partecipazione non specialistica (sociale) ad una pro-

Rif.
Claudio Ravani
psichiatra, direttore DSM-DP/AUSL della Romagna
tel. 0543-731455
claudio.ravani@auslromagna.it

posta di progetto sanitario, in una innovativa dimensione di co-progettazione, riconosciuta come fattore decisivo di qualità in ambito territoriale.

Questo mutamento metodologico manteneva comunque i medesimi principi di verifica, in particolare il miglior esito, valutato mediante autentici indicatori di outcome dei percorsi attivati. Il cambiamento di prospettiva verso forme di progettazione condivisa e non coercitiva apre inoltre, nel prossimo futuro, la possibilità di verificare le ricadute sulle dimensioni di processo, relativamente agli interventi che ancora oggi caratterizzano gli aspetti di “obbligo” alla cura che caratterizzano le nostre istituzioni.

1. Budget di Salute nell’AUSL della Romagna

La decisione della Regione Emilia Romagna fu condivisa dalla Direzione Azienda USL della Romagna, a partire dal rivedere alcune precedenti modalità di interazione istituzionale:

Il forte accento sulle rigide “competenze” delle istituzioni. I criteri difforni di accesso alle istituzioni (≠ criteri di “equità”), che comportano la creazione di “categorie/fasce” di appartenenza del cittadino, secondo una logica di inclusione o esclusione.

Il tema, condiviso in diverse iniziative pubbliche, con la partecipazione attiva della Direzione Aziendale, era quella di ridiscutere questo modo di rapportarsi con i cittadini: sviluppare maggiore consapevolezza sul rischio di non vedere la persona nella sua interezza, di non cogliere appieno i problemi e le risorse, di produrre una lettura parcellizzata della realtà con prevalenza, spesso e paradossalmente, dei “bisogni della istituzione” in qualche modo imposti al soggetto.

Il progetto fu quello di migliorare la collaborazione interistituzionale, soprattutto con gli Enti Locali ed il terzo settore, cercando di realizzare nuove forme istituzionali “al servizio” dei bisogni specifici della persona, che accogliessero il protagonismo del cittadino/famiglia nel progetto personalizzato, che fossero capaci di attivare delle “risorse naturali” presenti nel contesto (capacitazione).

Vi furono azioni, oltre che a livello strategico Aziendale, di ambito locale, con sperimentazioni di punti di accesso per le Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) in Distretti pilota, ed interventi strutturali, come il passaggio alla forma dell’Accordo Quadro per la co-progettazione dei servizi socio-sanitari individualizzati alla persona (in fase attualmente conclusiva), un nuovo Bando per Tirocini lavorativi e IPS, la rimodulazione del Budget Dipartimentale verso Centri di Costo identificabili come BdS.

A livello strategico, nel Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP), si attivò un gruppo Esperti/Facilitatori che operavano sia nei Centri di salute Mentale

che nei Servizi Dipendenze Patologiche, furono realizzati eventi formativi specifici, potenziate in modo diffuso le progettazioni UVM con una nuova proposta di modulistica comune.

In questa sede presentiamo i dati del 2017, il primo anno che possiamo considerare “a regime” per quasi tutti gli ambiti interni al DSM-DP, pur consapevoli di essere all’inizio di un percorso di lunga durata per quanto concerne il consolidamento di una “cultura istituzionale” diffusa del BdS. Abbiamo già assistito però, in questo lasso di tempo relativamente breve, alle ricadute positive su pazienti ed operatori del clima partecipativo che questa metodologia rispettosa della libera scelta e del punto di vista del cittadino induce. A seguire si evidenziano alcuni dati complessivi e significativi del DSM-DP/Ausl della Romagna, disaggregati per ambito locale (Ravenna, Rimini, Forlì-Cesena), e, se necessario, discussi.

2. Valutazione Budget di Salute, anno 2017

Una premessa è d’obbligo: esistono ancora, nonostante la chiarezza della Delibera regionale, diversi modi di considerare una co-progettazione sociale e sanitaria come vero e proprio BdS. Questo rende certamente più problematica la lettura complessiva dei dati regionali, il loro confronto, ma è anche vero che ciò a volte rende conto di sperimentazioni ed innovazioni che superano le cornici di metodo descritte nella Delibera stessa.

In questa prospettiva, per leggere correttamente i dati qui presentati, specifichiamo gli elementi costitutivi delle co-progettazioni che abbiamo considerato indispensabili per considerarle, metodologicamente Budget di Salute:

- La effettuazione di una UVM, con le modalità descritte nella Delibera regionale.
- La reale compresenza nel progetto di risorse, traducibili in un impegno economico, sia della AUSL che degli Enti Locali (sono rilevate, se presenti, le risorse di paziente/famiglia/contesto, ma non sono un requisito metodologico sufficiente a connotare un progetto come BdS).
- La sottoscrizione (firma) della co-progettazione personalizzata da parte del paziente (la sottoscrizione dei familiari, se presente, non sono un requisito metodologico sufficiente a connotare un progetto come BdS).
- La presenza di una progettazione che sviluppi appieno almeno uno dei tre assi definiti:
 - abitare/domiciliarità;
 - formazione/lavoro;
 - socialità/relazioni/affettività;

con le modalità appropriate (definizione degli obiettivi, tempi, valutazione esiti, verifiche).

I primi dati disponibili a regime, relativi al 2017, indicano

un'attivazione rilevante sia di progettazioni effettuate con la metodologia del Budget di Salute completa, come descritta sopra (vedi Tab.1) sia di progettazioni effettuate con la stessa metodologia ma senza la partecipazione dell'Ente Locale ma di altri soggetti sociali (Tab. 2)¹

Abbiamo inoltre considerato come BdS di particolare qualità metodologica (e per questo analizzati anche separatamente per verificare eventuali aspetti specifici o scostamenti) quelli effettuati adottando una nuova modulistica dipartimentale costruita per la fase di co-progettazione. (Progetto Accordo Riabilitativo Individualizzato)²

	BdS metodologicamente completi	AREE DI INTERVENTO		
		Abitare/ Domiciliarità	Formazione/ Lavoro	Relazioni/ Affettività
CESENA	44	44	8	8
FORLI'	46	46	15	18
RAVENNA	109	81	46	16
RIMINI	26	24	8	25
Romagna	225	195	77	67

Tab. 1, Budget di Salute completi (variabili abitare/Formazione-lavoro/Relazioni-affettività). Anno 2017.
Fonte: DSM-DP / Ausl della Romagna

I BdS metodologicamente non completi costituiscono un rilevante numero di co-progettazioni socio sanitarie con UVM alla quale non partecipa direttamente l'Ente Locale, che presentano risorse "sociali" offerte dal DSM-DP, spesso con la partecipazione del Terzo Settore, del paziente e/o della sua famiglia, comunque è sempre presente il progetto individualizzato (anche se alcuni non hanno evidenza documentale della sottoscrizione diretta del paziente/famiglia); la progettazione su tre assi è comunque presente, anche se a volte non rispetta completamente gli aspetti formali richiesti (puntualità delle verifiche, valutazioni ecc.) e prevale decisamente l'asse lavoro, verosimilmente per la maggiore "offerta interna" dipartimentale disponibile per tali percorsi.

Note

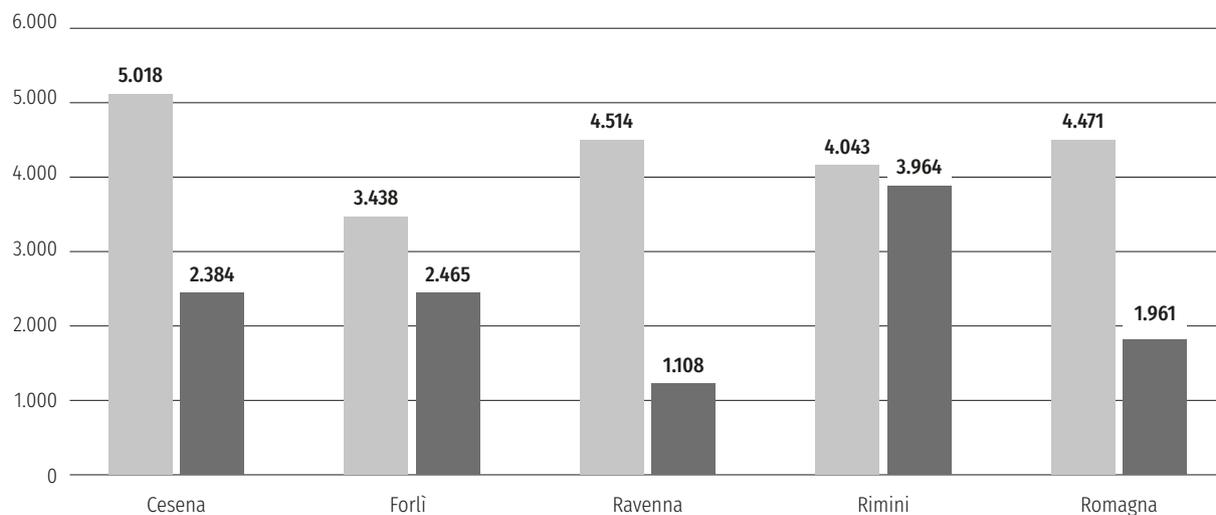
1. In alcuni di questi casi la co-progettazione non è stata ritenuta metodologicamente completa per la carenza di uno degli altri "requisiti" adottati.
2. Su 225 BdS totali, nei 116 casi in cui è stata adottata la nuova modulistica Piano Assistenziale Riabilitativo Integrato (PARI), prevalgono lievemente le progettazioni sull'asse casa e sull'asse relazioni; nei 109 casi di BdS restanti la co-progettazione è centrata maggiormente sull'asse lavoro. Le risorse impegnate nei due gruppi sono sovrapponibili.

BdS metodologicamente non completi	AREE DI INTERVENTO			
	Abitare/ Domiciliarità	Formazione/ Lavoro	Relazioni/ Affettività	
CESENA	126	34	100	32
FORLI'	95	50	45	22
RAVENNA	255	40	176	67
RIMINI	67	67	33	67
Romagna	543	191	354	188

Tab. 2, Budget di Salute non completi, senza la partecipazione dell'Ente Locale e con la presenza di altri soggetti sociali. Anno 2017.
Fonte: DSM-DP /Ausl della Romagna

56

I BdS che adottano appieno la metodologia evidenziano inoltre una disponibilità molto maggiore, in termini di risorse economiche investite, che alimenta i progetti (Tab.3). Mediamente il valore economico investito in uno di questi BdS è circa la metà di quello reso.



Tab. 3 Risorse economiche investite con BdS metodologicamente completo e non (Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini). Anno 2017.
Fonte: DSM-DP /Ausl della Romagna.

Ambiti	BdS metodologicamente completi	Costi Ausl Romagna	Costi Ente Locale	Costi Utente/Famiglia	Tot. Costi
CESENA	44	66.738	118.269	35.770	220.778
FORLI	46	107.544	45.232	5.392	158.167
RAVENNA	109	184.212	252.935	27.096	464.243
RIMINI	26	97.473	15.867	28.470	141.811
Romagna	225	455.968	432.303	96.728	984.999

Tab. 4, Costi economici suddivisi per Ausl, Ente Locale, Utente/Famiglia. Anno 2017.
Fonte: DSM-DP /Ausl della Romagna

La rilevazione dei dati economici (Tab. 4), per i BdS completi, indica inoltre una forte partecipazione, anche in termini proporzionali, degli Enti Locali. Tale aspetto ha una distribuzione non omogenea nei diversi ambiti territoriali³, e risente fortemente (e positivamente) dell'attivazione di precedenti sperimentazioni della metodologia BdS prevalentemente in alcuni Distretti.

Osservazioni conclusive

Questa prima rilevazione indica le grandi potenzialità, in termini di cambiamento "di sistema", che la metodologia BdS possiede. Al contempo i dati, evidenziando forti differenze di ambito, richiedono ulteriori approfondimenti ed andranno, nel breve e medio periodo, correlati ad indicatori in grado di rilevare cambiamenti complessivi nella tipologia dei trattamenti adottati (progetti che comportano forme di obbligo vs progetti completamente partecipati) nel contesto dei percorsi del DSM-DP.

Note

3. Gli ambiti di Forlì e di Cesena hanno una popolazione di quasi 200.000 abitanti ciascuno, quello di Ravenna è pari a circa 400.000 abitanti, quello di Rimini è pari a circa 350.000 abitanti.

Bibliografia

Ferrannini L., Peloso P.F., *I trattamenti senza consenso in psichiatria e in medicina tra norme, culture e pratiche. Appunti per una discussione.* Noos 1:2012, 29-44.
Pellegrini P. (2009), *Riflessioni sull'identità degli operatori in psichiatria*, in *Psicoterapia e scienze umane*, Franco Angeli, Vol. XLIII n. 4.

Dialogo aperto come strumento per ridurre le pratiche coercitive in salute mentale e dipendenze patologiche

Fausto Mazzi, Giuseppa Caloro, Roberta Montecchi,
Verena di Marco

58

ABSTRACT

Questo studio condotto nel DSM DP di Modena fa parte di uno studio sponsorizzato dal Ministero della Salute italiano, finalizzato a valutare la trasferibilità e la fattibilità di Dialogo Aperto (DA) nell'ambito di otto dipartimenti italiani di salute mentale, coinvolti in un anno di formazione dialogica.

Questa ricerca, dopo un follow up di 6 mesi, suggerisce che DA è fattibile e trasferibile nell'attività di routine del Centro di Salute Mentale (CSM). Tra i risultati più rilevanti nel gruppo di utenti trattati con DA, si evidenziano un miglioramento maggiore per il funzionamento globale e il benessere soggettivo misurato con le scale GAF e CORE-OM, una percentuale significativamente maggiore di dimissioni dal CSM e un utilizzo inferiore di psicofarmaci.

Questi risultati supportano la fattibilità e l'efficacia dell'implementazione di DA nei servizi territoriali di salute mentale.

Introduzione

L'approccio terapeutico Dialogo Aperto (DA) è stato concepito e sperimentato in Finlandia, nella Lapponia occidentale, dal Prof. Seikkula e dai suoi collaboratori ed è stato applicato al servizio sanitario pubblico a partire dalla metà degli anni Novanta. Il DA è attualmente in fase di adozione in molti paesi occidentali, sia per la sua elevata efficacia nella risoluzione dei sintomi invalidanti dei pazienti, sia per promuovere l'inclusione sociale e la guarigione completa delle persone affette da malattie psichiatriche (Seikkula et al, 2011). Questo approccio terapeutico coinvolge l'intero nucleo familiare, la rete di relazioni dell'utente e i servizi presenti sul territorio.

L'intervento è tempestivo, solitamente entro 24 ore dalla richiesta di aiuto e si svolge preferibilmente a domicilio, attraverso incontri ai quali partecipano tutte le persone coinvolte nella situazione di crisi, considerate partner competenti nel processo di trattamento e quindi risorse da utilizzare per il superamento della crisi. Le riunioni sono sempre tenute da almeno due professionisti della salute mentale e durano circa un'ora e mezza.

Gli incontri sono condotti in accordo alla pratica dia-

Rif.
Fausto Mazzi
psichiatra, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL
Modena
fa.mazzi@ausl.mo.it
Cell: 3311913553

logica che si basa su un particolare tipo di interazione, la cui caratteristica fondamentale è che ogni partecipante si sente ascoltato e degno di ricevere risposte. Il dialogo facilita, all'interno dell'incontro, la coesistenza di più "voci" e questo scambio collaborativo tra le diverse voci getta le basi per la costruzione di nuovi e più condivisi significati di comprensione reciproca, ai quali ciascun punto di vista espresso durante la riunione, contribuisce in modo importante.

Le principali caratteristiche che descrivono l'approccio sono le seguenti:

- tempestività degli interventi in situazioni di crisi;
- coinvolgimento abituale della famiglia e del contesto sociale;
- continuità psicologica del trattamento (stesso team di professionisti durante tutto il processo di trattamento);
- flessibilità dei terapeuti con la disponibilità ad incontrarsi a casa, secondo le esigenze delle famiglie ma comunque nell'ambito dell'orario di apertura dei servizi;
- trasparenza del processo terapeutico: nessuna decisione relativa al trattamento viene presa in assenza delle persone direttamente interessate;
- valorizzazione delle risorse personali, della rete sociale e delle risorse terapeutiche presenti nella rete dei servizi;
- ruolo secondario e non primario della terapia farmacologica. (Olson et al., 2014).

Gli studi sull'applicazione di DA nel contesto in cui è stata concepita (West Lapland Finland), in relazione alla psicosi all'esordio, hanno prodotto risultati sorprendenti: circa l'80% delle persone hanno ripreso le attività, gli studi o il lavoro e solo il 20% ha avuto bisogno di una pensione di invalidità. L'uso di farmaci antipsicotici è stato modesto (il 67% non ha mai fatto uso di questi farmaci e solo il 20% delle persone trattate con DA li assumeva ancora dopo 5 anni) (Seikkula, et al., 2006). DA sta mostrando risultati molto promettenti per psicosi e gravi crisi psichiatriche negli studi condotti finora (Balter, 2014).

Come conseguenza di questo grande interesse della comunità scientifica verso questo approccio terapeutico, nel 2015, il Ministero della Salute italiano ha finanziato un progetto nazionale - ancora in corso - per valutare la trasferibilità del DA nel contesto di otto dipartimenti italiani di salute mentale (DSM), situati in diverse regioni e città (Torino, Savona, Trieste, Roma, Modena, Catania). Durante il progetto di ricerca, dal febbraio 2015 all'ottobre 2017, quattro psichiatri e quattro infermieri del DSM di Modena sono stati formati da un team di psicoterapeuti italiani e finlandesi, all'approccio DA.

La formazione e la supervisione si sono concluse nell'otto-

bre 2016.

Il team di Modena formato all'applicazione del DA ha iniziato il suo lavoro clinico impegnandosi non solo nella formazione ma anche in una attività di ricerca specifica che aveva lo scopo di valutare la fattibilità e l'efficacia dell'applicazione di DA in un centro di salute mentale dell'DSM-DP di Modena e nel SPDC di Modena (Pocobello et al., 2016).

Gli obiettivi principali dell'attività di ricerca sono:

- la valutazione della trasferibilità e fattibilità della DA nel contesto e nella routine dei servizi di salute mentale modenesi
- l'efficacia sul campo dell'approccio DA confrontandolo con il trattamento abituale

L'attività di ricerca svolta con un protocollo di osservazione naturalistica è tuttora in corso e in questo articolo riferiremo in modo sintetico di alcuni risultati preliminari.

1. Risultati dell'applicazione del Dialogo Aperto all'interno di un Centro di salute Mentale

I risultati preliminari della sperimentazione in corso in un CSM modenese hanno evidenziato che l'approccio DA può essere applicato con successo. I fattori organizzativi (flessibilità e tempestività della risposta alla richiesta di aiuto) che avrebbero potuto ostacolare l'implementazione dell'attività sono stati gestiti con modalità efficaci senza richiedere risorse aggiuntive di personale.

La durata prevista dello studio di follow-up è di 24 mesi e il follow-up è ancora in corso. In questa presentazione preliminare dei dati ci riferiamo ai primi sei mesi di follow-up. Lo studio ha ricevuto l'approvazione del comitato etico locale di Modena.

Il protocollo prevedeva il reclutamento degli utenti durante il mese di ottobre 2017 nel quale sono state registrate tutte le nuove richieste di aiuto per crisi psichica pervenute ai servizi delle aree oggetto di studio.

L'incidenza prevista era di circa 20-30 nuovi casi al mese in ogni centro.

Non è stato definito alcun criterio di esclusione ad eccezione dell'età dei pazienti arruolabili prevista nel range 18-64 anni. Non sono state fatte distinzioni per quanto riguarda la diagnosi dei casi e tutti le tipologie di nuove crisi sono state trattate. I casi ammissibili nel CSM sperimentale sono stati seguiti con l'approccio DA, mentre nel CSM di controllo sono stati seguiti nel modo abituale.

Nel mese di reclutamento sono stati accettati 21 utenti nel CSM sperimentale e 23 nella CSM di controllo. Nel CSM sperimentale 19 hanno accettato di partecipare alla ricerca e hanno firmato il consenso informato a partecipare all'approccio DA, nel CSM di controllo 20 utenti hanno accettato di partecipare al progetto di ricerca e hanno firmato il

consenso informato. Nella Tab.1 sono descritte le diagnosi riscontrate durante il mese di arruolamento. Al fine di evitare distorsioni diagnostiche la diagnosi è stata confermata dopo un mese di presa in carico.

Al fine di effettuare una valutazione comparabile tra i due centri, l'analisi dei risultati è stata limitata ai disturbi depressivi e di ansia, per cui i soggetti valutati nello studio sono stati 17 nel centro sperimentale e 16 nel centro di controllo. Il protocollo prevede la somministrazione di diverse valutazioni psicometriche; essendo lo studio ancora in corso, in questo articolo riferiremo sommariamente di alcuni risultati particolarmente significativi.

Il confronto tra il CSM sperimentale che ha applicato DA e quello di controllo ha mostrato che nel campione di utenti trattati con DA il miglioramento clinico evidenziato dalla somministrazione di alcune scale era molto più alto. Infatti al follow-up di 6 mesi, i punteggi alle scale sul Funzionamento Globale (GAF) (Endicott et al.,1976) e CORE-OM (Evans et al., 2002) ha raggiunto una significatività statistico rispetto al campione trattato con gli interventi terapeutici di routine (Tab. 2).

Una differenza significativa è stata riscontrata per i tassi di dimissioni dal servizio; al follow-up a 6 mesi, nel gruppo sperimentale, quasi il 50% è stato dimesso dal servizio, mentre nel gruppo di controllo, sono stati dimessi il 12,5%. Un ulteriore risultato positivo si è riscontrato nella somministrazione dei farmaci; più del 50% del gruppo in terapia con DA è stato trattato senza farmaci mentre nel gruppo di

controllo solo 11% è stato trattato senza farmaci. Si deve sottolineare che questo risultato positivo nel gruppo DA è stato ottenuto da team di terapeuti formati da infermieri nel 50% dei casi (Tab. 2).

Le cause di questi positivi risultati negli utenti trattati con DA potrebbero essere diverse, tra di esse ci pare che un fattore cruciale sia la valorizzazione e il coinvolgimento delle reti familiari e sociali con la finalità di favorire l'inclusione sociale e normalizzare la crisi psichiatrica.

L'approccio DA promuove l'inclusione sociale attraverso il dialogo, coinvolgendo attivamente sia la famiglia che la rete sociale nel processo terapeutico, la finalità del dialogo è di costruire una comunità amorevole che si prende cura delle persone più sensibili e vulnerabili e s'impegna in una comprensione condivisa e normalizzante della crisi psichica; questo potrebbe essere uno dei più importanti fattori terapeutici che influisce positivamente sul miglioramento clinico e sul funzionamento globale.

Diversi studi supportano l'evidenza che l'implementazione di programmi di inclusione sociale e/ o ri-socializzazione normalizzante, in persone affette da gravi malattie mentali può determinare miglioramenti significativi in diverse dimensioni psicopatologiche e di funzionamento sociale (Mazzi et al., 2018).

Va inoltre rilevato che gli ottimi risultati in termini di recupero clinico e funzionale sono stati ottenuti da team formati in gran parte da infermieri e questo dato apre nuove prospettive sull'utilizzo operativo di questa professione.

Diagnosi	CSM sperimentale	CSM di controllo
Disturbo depressivo maggiore	10	12
Disturbo d'ansia	7	4
Disturbo del comportamento alimentare	1	
Disturbo delirante	1	1
Disturbo dell'adattamento		1
Nessun disturbo		2
Totale	19	20

Tab. 1 - Diagnosi dei soggetti arruolati durante lo studio. Anno 2017.

Fonte: CSM Modena.

Il grande entusiasmo con cui gli infermieri hanno partecipato a questo studio e gli ottimi risultati terapeutici ottenuti suggeriscono una profonda riflessione da parte di tutti i responsabili dell'organizzazione dei servizi di salute mentale sull'importante ruolo degli infermieri o più in generale delle figure professionali non mediche.

Questi risultati supportano la fattibilità e l'efficacia degli interventi di DA nei Centri di Salute Mentale ma suggeriscono un utilizzo dell'approccio dialogico anche in altri contesti come SPDC o nella gestione di sistemi organizzativi complessi come quelli nei quali è necessario sviluppare un ampio e articolato lavoro di rete. Il DSM-DP di Modena ha in corso un progetto di formazione e implementazione dell'approccio dialogico coinvolgendo, su base volontaria e progressivamente diverse unità operative.

Osservazioni conclusive

L'esperienza dell'applicazione del DA ha messo in evidenza che nelle situazioni in cui le relazioni sono in difficoltà, la possibilità di favorire il dialogo rispetto ai monologhi conflittuali assume una importanza cruciale. Infatti diversi studi hanno mostrato che raramente i problemi relazionali complessi che generano gravi scompensi psicopatologici, trovano soluzione da una modalità relazionale autoritaria monologica, la modalità comunicativa dialogica ha dimostrato di es-

sere più efficace perché aperta all'ascolto, alla creatività, alla collaborazione e alla comprensione reciproca ma per essere praticata richiede conoscenza degli elementi chiave dell'approccio dialogico e disponibilità ad applicarli.

Costruire lo spazio per l'ascolto reciproco, per il dialogo comporta abbandonare le proprie sicure posizioni derivanti dalle convinzioni monologiche e andare nel territorio incerto e sconosciuto del dialogo dominato dall'ascolto dell'altro, dall'apertura a nuove idee e dall'esercizio della democrazia per trovare soluzioni creative e condivise, ma l'esercizio di queste abilità è faticoso, occorre pazienza, consapevolezza dei rischi, capacità di riconoscere ed evitare una comunicazione monologica, disponibilità a rimettere in discussione le nostre convinzioni e soprattutto tolleranza dell'incertezza.

Vi è una consapevolezza diffusa che la sofferenza psichica sia espressione di sistemi relazionali complessi in crisi comunicativa; "Dialogo Aperto" offre una concreta opportunità di migliorare la comunicazione non solo tra i terapeuti e la rete dei servizi territoriali ma attiva una reale democrazia partecipata dell'utente e di tutte le persone della rete familiare e sociale.

Questo modello garantisce agli utenti il diritto di prendere la parola durante le discussioni sui loro percorsi di cura e di sentire che il loro contributo alle decisioni che vengono assunte è accettato e valorizzato.

	Baseline		P	Follow-up dopo 6 mesi		P
	Gruppo di controllo Terapia abituale n°16	Gruppo sperimentale Dialogo Aperto n°17		Gruppo di controllo Terapia abituale n°16	Gruppo sperimentale Dialogo Aperto n°17	
CORE-OM Media (DS)	22.8 (5.4)	20.9(5.6)	p=.217*	15.1(7.0)	6.9 (3.7)	p=.001*
GAF Media (DS)	52.6 (4.0)	54.8 (4.9)	p=.168*	70.5(12.5)	83.2(6.6)	p=.000*
Dimessi dal CSM n°				2 (12.5%)	8 (47.1%)	P=0.026§
Ancora in carico n°%				14 (87.5%)	9(52.9%)	
Numero di utenti in terapia con farmaci						P=0.071§
Con farmaci n°%	13(81.3%)	11 (64.7%)	P=.438§	13 (81.3%)	8 (47.1%)	
Senza farmaci n°%	3 (18.8%)	6 (35.3%)		3 (18.8%)	9 (52.9%)	

Tab. 2 - Risultati del confronto in alcune valutazioni di esito dopo 6 mesi di follow-up tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo. Anno 2017.

Fonte: CSM Modena

§Fisher's exact test.

*Wilcoxon-Mann-Whitney non parametric test.

Attraverso questa disponibilità all'ascolto democratico, le risorse personali, culturali e creative, economiche e sociali di tutte le persone, degli enti, delle agenzie assistenziali coinvolte nel processo di cura saranno non solo rispettate e valorizzate, nella loro diversità e specificità ma verranno utilizzate con più facilità, trasparenza e onestà nel percorso di cura.

Se durante le riunioni a livello della rete familiare e/o sociale, tutte le persone e i soggetti coinvolti, pubblici e privati avranno lo spazio per poter esprimere il proprio punto di vista, è più probabile che il loro contributo sia di aiuto per la soluzione dei problemi semplici o complessi che ci si trova ad affrontare, con la finalità comune di favorire il benessere delle persone sofferenti e una loro adeguata inclusione sociale.

Bibliografia

- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976), *The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance*. Archives of General Psychiatry, 33(6), 766-771.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGRATH, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002), *Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM*. The British Journal of Psychiatry, 180(1), 51-60.
- Mazzi F., Baccari F., Mungau F., Ciambellini M., Brescancin L., Starace F., *Effectiveness of a social inclusion program in people with non-affective psychosis*. BMC Psychiatry. 2018 Jun 7;18(1):179
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014), *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue: Fidelity criteria*. Retrieved from http://www.mentalhealthexcellence.org/wpcontent/uploads/2014/10/Ziedonis_OpenDialog_Fidelity-Criteria_KeyElementsV1.109022014.pdf
- Pocobello, R., Salamina, G., Rossi, C., & Alonzi, C. (2016), *Open Dialogue in Italy: From project to programme. The UK Peer-Supported Open Dialogue Bulletin*, (fourth POD Bulletin).
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006), *Five-year experience of first-episode non affective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies*. Psychotherapy Research, 16(2), 214-228
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011), *The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care*. Psychosis, 3(3), 192-204.

L'approccio dialogico come strumento per l'integrazione inter-istituzionale e interprofessionale.

La sperimentazione nel contesto della Regione Emilia-Romagna

Maria Augusta Nicoli, Brigida Lilia Marta, Vanessa Vivoli

ABSTRACT

I cambiamenti epidemiologici e sociali e la complessità dei fenomeni in costante mutamento inducono il sistema dei servizi e di welfare a rivedere le proprie prassi organizzative e di intervento. In tal senso, finalità della sperimentazione dell'Approccio Dialogico, avviata in Regione Emilia-Romagna grazie a una collaborazione con l'Istituto Nazionale per la Salute e il Welfare di Helsinki, l'Università e il Consiglio Regionale della Lapponia, Finlandia, è individuare e sperimentare soluzioni organizzativo-professionali volte al superamento dell'approccio burocratico e settorializzato e allo sviluppo di competenze di facilitazione all'integrazione, al lavoro e alla cura della rete, in particolare nell'ambito dell'adolescenza.

63

Introduzione

La sperimentazione dell'approccio dialogico avviata in Regione Emilia-Romagna nasce grazie a una collaborazione con l'Istituto Nazionale per la Salute e il Welfare di Helsinki, con l'Università e il Consiglio Regionale della Lapponia, Finlandia, enti che hanno da tempo sviluppato l'approccio dialogico in ambito non solo terapeutico ma anche organizzativo e si inserisce all'interno degli indirizzi indicati dal Piano Sociale e Sanitario regionale con particolare riferimento alle schede attuative allegate al Piano (2017-2019). Come viene infatti richiamato nelle schede attuative del Piano regionale, si tratta di implementare metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali tenendo conto di tre nodi cruciali che sfidano oggi il sistema dei servizi:

- la complessità dei fenomeni in costante mutamento che induce il sistema dei servizi a rivedere le proprie prassi organizzative e di intervento;
- i cambiamenti epidemiologici e sociali che indicano multifattorialità del disagio sociale (ad es. "impoverimento dei ceti medi", "solitudine degli anziani") sempre più intrecciato alla co-morbilità dei quadri patologici emergenti, e necessitano di un approccio a forte integralità, sia negli aspetti da affrontare sia negli strumenti da utilizzare.

Rif.
 Maria Augusta Nicoli
 psichiatra, dottore di ricerca in psicologia sociale
 responsabile del Programma "Innovazione sociale"
 Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna
 tel. 051 527 7120
 MariaAugusta.Nicoli@regione.emilia-romagna.it

Una nuova integralità che ha come baricentro il territorio, inteso come luogo della risolutività dei problemi e delle risorse professionali e comunitarie da mettere a valore;

- le pratiche organizzative incardinate nel lavoro di rete, di equipe interprofessionali/inter-servizio e improntate al lavoro di comunità/medicina di iniziativa, che necessitano di competenze trasversali e di dispositivi organizzativi in grado di garantire tempo/lavoro dedicato anche alla "cura" delle reti e ai processi di networking. Ma anche di approcci che incentivino a mantenere sempre vivo lo sguardo sulle differenze sia verso l'esterno (utenti) sia verso l'interno (operatori).

I "territori" diventano così protagonisti, e rappresentano il contesto che consente di individuare le necessità di salute e i bisogni sociali e allo stesso tempo dove prendono forma le pratiche. Innovare quindi l'organizzazione e le pratiche significa attivare setting riflessivi, dove sono messe al centro dell'apprendimento l'analisi del processo di lavoro, le routine che bloccano ogni evoluzione, dove possono essere affrontati gli errori, si rinegoziano e rigenerano nuovi sguardi e nuove prassi. Da qui anche il concetto di "formazione situata", una formazione che si affianca al lavoro nelle pra-

tiche quotidiane e che prevede anche il contatto diretto con la comunità locale, con i suoi abitanti, con movimenti sociali rappresentativi, e con gli interessi e le necessità della vita. Si tratta di una sfida importante, quella di progettare e mettere in moto attività che aprono a dialoghi e che consentano l'acquisizione di conoscenze e di competenze.

1. Presupposti teorici

I presupposti teorici del progetto sono scaturiti dalla presenza di utenti con bisogni sempre più complessi e multiformi che non trovano una univoca collocazione nelle categorie prestabilite dal sistema, e che impongono, e nello stesso tempo permettono, un modo di lavorare più orientato alla rete.

L'approccio dialogico sperimentato negli ultimi vent'anni dall'equipe del professor Arnkil, all'Istituto Nazionale per la Salute e il Welfare, ha sviluppato in Finlandia, e successivamente in Svezia e Danimarca, un metodo di lavoro orientato al dialogo di rete per tutti i settori e tutti i professionisti che lavorano con i minori, i giovani e le famiglie.

La genesi dell'approccio dialogico nasce da una semplice quanto potente considerazione, come spiega Tom Arnkil

64

Bureaucracies are sectored, everyday life is not. It is comprehensive and relational

Crossing boundaries calls for dialogism:

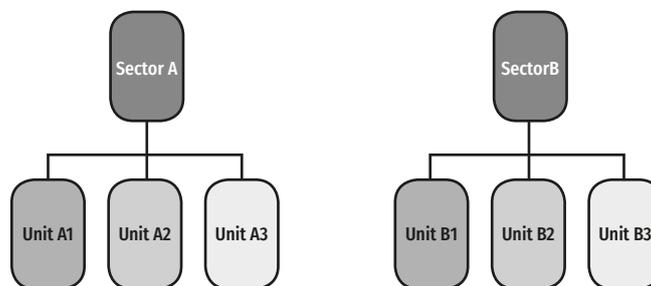
- reaching out to others instead of dictating
- listening and being heard
- thinking together instead of owning the truth

Boundaries need to be made interfaces.

Interfaces need to be made into dialogical spaces

Deep vertical professional specialization, weak horizontal integration

The more boundaries there are, the more boundaries there are to be crossed



Comprehensive everyday life in its network relations

Fig.1 Le attività istituzionali/organizzative sono divise in settori, la vita quotidiana non lo è (Tom Erik Arekil,2014)

nella figura seguente: la burocrazia/l'organizzazione è divisa in settori, la vita di ogni giorno no. (vedi Fig.1)

Ripercorrendo l'immagine si possono rilevare tutti gli elementi che caratterizzano l'attraversamento dei confini dei vari settori o ambiti e cosa presuppone si debba mettere in atto: forme dialogiche e creazione di interfacce.

Ma come rendere dialogici i dialoghi che costituiscono l'essenza del lavoro di rete?

Costituendo gruppi di persone caso-specifico, sia che si riferisca ad un caso organizzativo (ri-organizzazione dei servizi, programmazione ecc.), sia che si riferisca ad un caso utente/famiglia.

Secondo l'approccio sviluppato da Arnkil, l'equipe che si incontra deve essere composta da persone che hanno conoscenza diretta e siano connesse con il caso effettivo, concreto. Questo garantisce una conoscenza unica, insostituibile, indispensabile per una comprensione dialogica comune. La conoscenza emerge tra individui non tra istituzioni. L'approccio dialogico si basa sui concetti di molteplicità dei linguaggi (principio eteroglotto) e dei linguaggi sociali.

Negli incontri dialogici partecipano membri sia della rete familiare ed amicale sia della rete professionale, e gli operatori provengono spesso da servizi e professioni diverse. La composizione del gruppo travalica i confini. La nuova conoscenza si crea al confine tra le parti, dove nessun punto di vista ha la priorità come unica e giusta definizione del problema. Una delle principali ricadute consiste nel consolidare l'approccio dialogico come forma di apprendimento organizzativo.

2. La sperimentazione

Partendo da questi presupposti, l'obiettivo generale della sperimentazione regionale è ricercare soluzioni organizzativo-professionali finalizzate a superare l'approccio burocratico e settorializzato che caratterizza le istituzioni/organizzazioni contemporanee, tentando così di promuovere un orientamento che superi il modus operandi delle organizzazioni pubbliche che lavorano spesso a comportamenti stagni e mal si adattano alla complessità dei problemi da affrontare.

L'ambito definito per tale percorso è quello dell'ampio mondo dei servizi di promozione, prevenzione del benessere e cura degli adolescenti, attraverso il coinvolgimento delle diverse competenze e professionalità sociali, educative e sanitarie già presenti negli ambiti territoriali corrispondenti alle Aziende sanitarie/province e ai Distretti/Zone sociali.

Nel territorio regionale esistono numerose eccellenti esperienze di lavoro con la popolazione adolescente. Tali esperienze sono però spesso frammentarie sia per la molteplicità di servizi che intervengono in tale fascia di età, che per

la difficoltà degli adolescenti ad accedervi in modo spontaneo. È quindi indispensabile ricondurre il più possibile gli interventi ad una logica di sistema e di integrazione inter-istituzionale e interprofessionale sia a livello regionale che territoriale, valorizzando le risorse e le competenze già oggi disponibili e coinvolgendo tutto il sistema dei servizi così come il Terzo settore.

I territori in cui si è iniziata la sperimentazione sono Scandiano (Reggio Emilia), Lugo/Unione della Bassa Romagna (Ravenna) e Parma/Fidenza. Questi territori sono caratterizzati da un diverso grado di compresenza di azioni già attive: avvio di progetti finalizzati al lavoro con le comunità, percorsi di facilitazione a processi partecipativi, esperienze positive di lavoro con adolescenti.

In particolare, il territorio di Lugo/Unione della Bassa Romagna ha preso parte al percorso del Community Lab - programmazione locale partecipata, e quindi ha già attivato un processo di cambiamento organizzativo/istituzionale improntato all'integrazione (grado elevato); il territorio di Parma/Fidenza ha avviato un Accordo di programma caratterizzato da azioni inter-istituzionali e inter-professionali (grado mediano); ed infine nel territorio di Scandiano non vi sono progettualità simili alle precedenti situazioni ma è presente un contesto molto favorevole alla sperimentazione (grado lieve).

3. Articolazione del progetto

A partire dal 2016 si è costituito a livello regionale uno staff di progetto (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Direzione Generale cura della Persona, Salute e Welfare, partner finlandesi e territori coinvolti) volto ad accompagnare l'intero percorso di formazione/intervento.

Nella prima fase della sperimentazione i territori sono stati accompagnati a:

- Identificare gli snodi di coordinamento inter-istituzionale che presidiano i processi di lavoro e che hanno necessità di essere svolti con modalità integrate e in rete;
- Individuare un pool di "facilitatori" e di "formatori" all'approccio dialogico, collegati alle attività di tali snodi organizzativi. Nella scelta dei facilitatori e dei formatori si è tenuto conto di appartenenze diverse (ambito sociale, sanitario, educativo, etc.) e di ruoli diversi, così da creare un gruppo multi-professionale e multidisciplinare. I facilitatori e formatori sono stati identificati tra operatori motivati ad arricchire le proprie competenze e che hanno già avuto esperienze rispettivamente di facilitazione e di formazione, e di lavoro in attività interistituzionali;
- Definire per ogni organizzazione a cui afferiscono i facilitatori e i formatori un minimo di ore dedicate all'applicazione dell'approccio dialogico nel proprio territorio.

Nella seconda fase della sperimentazione, in corso, il progetto si articola in 3 azioni:

I. Laboratori regionali dedicati alla governance del percorso con le figure manageriali delle principali istituzioni coinvolte. L'azione mira al rafforzamento dei tre gruppi di coordinamento inter-istituzionale locale individuati nella prima fase. Questi dispositivi sono infatti di particolare rilevanza in quanto costituiscono lo snodo organizzativo attraverso cui possono essere implementate azioni di cambiamento e di sostenibilità per il lungo termine. Nello specifico, i tre sono:

- Parma/Fidenza: coordinamento "Progetto Adolescenza";
- Scandiano: coordinamento inter-istituzionale sull'integrazione sociale e sanitaria/Ufficio di Piano;
- Lugo: coordinamento "Area Welfare dell'Unione dei Comuni".

II. Azione formativa situata, rivolta ai facilitatori e ai formatori: il programma è costituito da un primo percorso di orientamento condiviso, seguito da due corsi di formazione paralleli e specificatamente dedicati a formatori e facilitatori, come mostra la figura seguente:

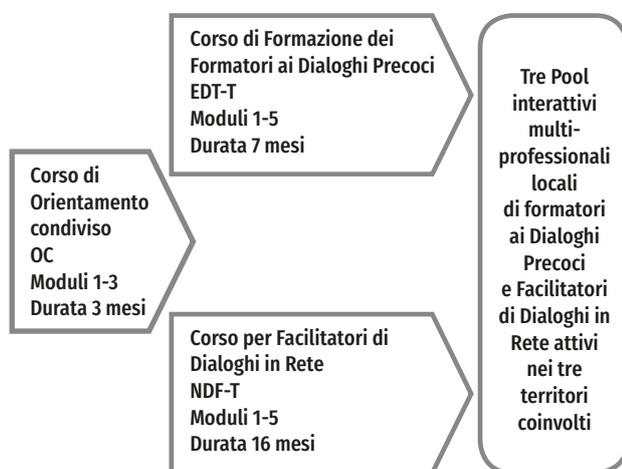


Fig.2 Schema del percorso formativo

In seguito alla formazione, i partecipanti formeranno tre pool interattivi multi-professionali, corrispondenti ai rispettivi territori, che promuovono e supportano la cultura del dialogo e le pratiche dialogiche locali.

III. Azione valutativa di processo e di risultato: attraverso metodologie e strumenti di rilevazione quali-quantitativi si mira ad analizzare l'impatto generale del percorso e la sostenibilità organizzativo-gestionale della sperimentazione

nel medio e lungo periodo. L'azione valutativa viene intesa quale strumento di accompagnamento e monitoraggio; di risoluzione delle criticità riscontrate, di adattamento della proposta agli scenari di pratiche locali. Questa azione permette inoltre la "comparabilità" delle esperienze dei differenti territori e si configura come dispositivo di intervento, auto riflessività ed empowerment dei soggetti coinvolti.

4. Risultati della prima fase

L'individuazione delle sedi dove avviare la sperimentazione ha costituito la principale attività del 2016 e la modalità con cui si è proceduto costituisce già una esemplificazione operativa di come si intende utilizzare l'azione di monitoraggio/valutazione. Individuare le sedi infatti costituisce di per sé il momento di avvio dell'azione progettuale in quanto è il momento in cui si cominciano a condividere i presupposti della sperimentazione e nello stesso tempo si elaborano con i territori le trasformazioni necessarie per adattare il progetto alle specificità locali.

In particolare, dopo aver dato comunicazione al Tavolo regionale di coordinamento del Programma adolescenza che i territori interessati potevano candidarsi alla sperimentazione, sono stati considerati come possibili sedi quelli che hanno manifestato una prima adesione.

Obiettivo dell'attività svolta nel corso del 2016 è stata quella di:

- condividere in quanto è necessario che a livello locale si crei una committenza forte da parte degli enti coinvolti: ente locale, azienda sanitaria e settore educativo.
- perfezionare il progetto in quanto non può essere fatto un trasferimento senza considerare eventuali adattamenti al contesto regionale.

Al termine del 2016 sono state individuate le sedi maggiormente rispondenti ai criteri di fattibilità ed è stata definita la modalità di coinvolgimento della committenza strutturando un patto con le istituzioni selezionate.

Per il primo anno di attività hanno partecipato i seguenti Distretti sociosanitari/Comuni o Unioni dei Comuni:

- Distretto Modena e Distretto di Pavullo.
- Distretto Forlì.
- Distretto di Lugo – Unione Bassa Romagna.
- Distretto Scandiano - Unione Tresinaro -Secchia - Provincia di Reggio Emilia.
- Comune di Parma e di Fidenza.

Nella tabella seguente vengono descritti i passaggi che sono stati realizzati per arrivare ad identificare le sedi di sperimentazione e la elaborazione condivisa della sperimentazione.

Sono diverse le questioni e gli interrogativi scaturiti a seguito degli incontri locali.

Step progettuale anno 2016	Impegno per colleghi finlandesi	attività
24 Maggio 2016		Incontro con i territori
Primo step: giugno 2016	Mezza giornata	Incontro gruppo di coordinamento: obiettivo la definizione delle condizioni necessarie per valutare la fattibilità/sostenibilità del progetto nei 5 territori individuati
Secondo step: giugno 2016	1 giornata	1 giornata di lavoro con i 10 referenti locali per definire impianto e articolazione degli incontri in loco da realizzare dopo l'estate
Terzo step: ottobre 2016	4 giornate	1 Incontro regionale gruppo di coordinamento e colleghi finlandesi 6 incontri territoriali per avvio commitenza locale 1 incontro regionale con tutti i territori e gruppo di progetto per una valutazione
Quarto step: dicembre 2016	1 giornata	Sintesi da parte del gruppo di progetto e predisposizione di una proposta che prenderà avvio nel 2017

Tab. 1 Step tappe progetto

Tra questi figurano:

- Il ruolo della Regione;
- Come tradurre in pratica l'approccio dialogico?
- Quanto questo percorso ci può permettere di ripensare l'impianto organizzativo generale?
- Come individuare i facilitatori che possono essere figure di coordinamento su diversi target (es. adolescenti e disabili)? Occorre ricomporre i coordinamenti su una base che sia territoriale.
- Come è possibile inserirsi in buone pratiche già esistenti?
- È possibile far sperimentare a tutti la stessa esperienza della gestione delle preoccupazioni?
- Come garantire spazi dialogici a tutti i livelli, evitando scorciatoie?

È importante costituire una dinamica di reciproco rispecchiamento e coerenza tra tutti i livelli; vi sono similitudini con il Community Lab, una metodologia che parte dalla regione con un'azione di accompagnamento al dialogo tra i diversi territori e dove l'impianto organizzativo è dato da incontri di reti.

La proposta di lavoro prevede l'adesione ad un percorso per creare spazi dialogici inter-istituzionali e inter-professionali (incontri di reti), a condizione che ci sia:

- Un consenso istituzionale che permetta il riconoscimento in termini di tempo per costruire spazi dialogici;
- Disponibilità di risorse umane per facilitare gli spazi dialogici;
- Formazione per i facilitatori.
- I territori individuati come casi pilota sono: Scandiano, Lugo e Parma. Gli altri territori potranno partecipare come fruitori esterni.

Osservazioni conclusive

L'approccio proposto, sia da un punto di vista strategico che operativo, rappresenta sicuramente una modalità nuova di concepire il lavoro integrato e multi-professionale, e soprattutto non rimanda "ad un dopo" l'azione formativa in quanto già nello sviluppo dell'azione stessa si agisce in modo dialogico per innescare immediatamente le ricadute organizzative identificate.

Così come si è osservato al termine della prima fase che

ha comportato l'identificazione dei territori sedi della sperimentazione, l'aver dato tempo per identificare con più chiarezza lo "snodo" organizzativo a cui si affiancherà il pool di facilitatori è stato fondamentale per agire l'implementazione organizzativa.

Inoltre, l'utilizzo della azione di monitoraggio/valutazione come leva per l'accompagnamento del processo permette di strutturare uno spazio di riflessione su ciò che si sta costruendo e rafforza/plasma le scelte che progressivamente si stanno agendo in modo consapevole.

In un certo senso possiamo affermare che al termine della prima fase i contesti sono stati aiutati a ricomporre i fenomeni e sono stati stimolati ad allenarsi a cogliere le connessioni, la creazione di nuove alleanze professionali e non, ed andare oltre i consueti confini organizzativi. Anche per il programma regionale sull'adolescenza diventa essenziale la sperimentazione in quanto come previsto dagli indirizzi regionali l'efficacia degli interventi si giocherà molto nel saper garantire forme organizzative (o "configurazioni organizzative") plasmate sulla complessità delle situazioni che si presentano e quindi sulla necessità di saper creare "spazi dialogici" in grado di connettere le frammentazioni istituzionali.

Quindi, anche attingendo da esperienze virtuose a livello internazionale, risulta sempre più necessario fornire a chi lavora nel mondo dei servizi strumenti/metodologie per riflettere e affrontare la quotidianità lavorativa, a partire dal proprio posizionamento identitario come soggetti portatori di differenze all'interno di reti ampie e complesse, e in questo modo ridare significato all'agire organizzativo.

Diventa pertanto vitale per le organizzazioni riconoscere spazio e tempo dedicato alla riflessività, alla condivisione, come luogo di confronto continuativo tra servizi, figure professionali e utenti.

Staff di progetto

Tom Erik Arnkil, Prof emerito, Istituto Nazionale per la Salute e il Welfare, Finlandia.

Anna Carretta, Tutor esperto, cooperativa Filo di Arianna.

Jimmy Ciliberto, Tutor esperto, Consulente psicoterapeuta sistemico.

Heikki Ervast, Teacher Training School, Università della Lapponia, Finlandia.

Franca Francia, Direzione generale cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna.

Jukka Antero Hakola, Coordinatore della partecipazione, Consiglio Regionale della Lapponia, Finlandia.

Brigida Lilia Marta, Agenzia Sanitaria e Sociale, Regione Emilia-Romagna.

Maria Augusta Nicoli, Agenzia Sanitaria e Sociale, Regione Emilia-Romagna.

Maria Teresa Paladino, Direzione generale cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna.

Nina Saarinen, Tutor Esperto, ATS Brescia.

Vanessa Vivoli, Agenzia Sanitaria e Sociale, Regione Emilia-Romagna.

Bibliografia

Arnkil T.E., Seikkula J. (2013), *Metodi dialogici nel lavoro di rete. Per la psicoterapia di gruppo, il servizio sociale e la didattica*. Edizioni Erickson.

Marta B.L., Nicoli M.A., Paltrinieri F. (a cura di) (2016), *Nuove configurazioni organizzative*. Format Edizioni.

Eriksson T., Arnkil T.E. (2009), *Taking up one's worries. A handbook on early dialogues*. National Institute for Health and Welfare, Guide 1, Jyväskylä; Gummerus Printing.

Il Piano Sociale e Sanitario Regione Emilia-Romagna 2017-2019, (<https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/piano-sociale-e-sanitario/piano-sociale-e-sanitario-la-programmazione>)

Nicoli M.A. et. al. (2017), *La programmazione partecipata per un welfare pubblico di comunità. Linee guida. Piani di zona per la salute e il benessere sociale*. (<https://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/lg-pdz-2017>)

Schede attuative d'intervento – Il Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna 2017-2019

(<http://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/piano-sociale-e-sanitario/volumeschedePSSRweb.pdf/view>)

Sestante

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



LIBRI

ALESSANDRO A. NEGRONI
PROFILI COSTITUZIONALI DEL TRATTAMENTO
SANITARIO OBBLIGATORIO PER MALATTIA
MENTALE
Genova, 2016, Genova University Press, 246
pp.

GIOVANNA DEL GIUDICE
... E TU SLEGALO SUBITO. SULLA CONTENZIONE
IN PSICHIATRIA
Merano, 2015, Alpha & Beta, 336 pp.

PIERO CIPRIANO
LA FABBRICA DELLA CURA MENTALE. DIARIO DI
UNO PSICHIATRA RILUTTANTE
Milano, 2013, Eleuthera, 176 pp.

ARTICOLI

MAURIZIO DAVÌ
PSICHIATRIA SENZA CONTENZIONI. IL
PROGETTO SPERIMENTALE GESTIONE EVENTI
CRITICI NEL SPDC DI TRENTO
in Rivista L'Infermiere N°1 - 2017
[http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/
rivista-linfermiere-page-37-articolo-443.htm](http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-37-articolo-443.htm)

ALESSANDRO ATTILIO NEGRONI
TSO: IL DIBATTITO GIURIDICO ATTUALE. LA
RIFLESSIONE DEI COSTITUZIONALISTI
2017, Fondazione Franca e Franco Basaglia
[http://www.fondazionefrancobasaglia.it/
comment/269-tso-il-dibattito-giuridico-
attuale.html](http://www.fondazionefrancobasaglia.it/comment/269-tso-il-dibattito-giuridico-attuale.html)

KIM J. MASTERS
PHYSICAL RESTRAINT: A HISTORICAL REVIEW
AND CURRENT PRACTICE
in Psychiatric Annals. 2017;47(1)
[https://doi.org/10.3928/00485713-20161129-
01](https://doi.org/10.3928/00485713-20161129-01)

GIOVANNI ROSSI
TRATTAMENTI NON COERCITIVI E DIRITTI
DEGLI UTENTI. LE PSICHIATRIE TRA LIBERTÀ E
COERCIZIONE
in Nuova rassegna di studi psichiatrici,
rivista online di psichiatria, Volume 15 - 10
Novembre 2017
[http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.
it/index.php/numeri-precedenti/
volume-15/trattamenti-non-coercitivi-
diritti-utenti-psichiatricie-liberta-coercizione](http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/numeri-precedenti/volume-15/trattamenti-non-coercitivi-diritti-utenti-psichiatricie-liberta-coercizione)

STEFANO EGIDI
PSICHIATRIA NO-RESTRAINT: L'ESPERIENZA
DI MERANO in Nuova rassegna di studi
psichiatrici, vol. 9/16
[http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.
it/attachments/article/131/NRSP-Vol.9-16-
Psichiatria-no-restraint-l%27esperienza-di-
Merano.pdf](http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/attachments/article/131/NRSP-Vol.9-16-Psichiatria-no-restraint-l%27esperienza-di-Merano.pdf)

AA VV
FATTORI DI PREVALENZA E RISCHIO PER L'USO
DELLA CONTENZIONE IN PSICHIATRIA: UNA
RASSEGNA SISTEMATICA
in Rivista di Psichiatria 2013; 48(1): 10-22

AA VV
SHOULD PSYCHIATRISTS ASSIST IN THE
RESTRAINT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS
IN PSYCHIATRIC FACILITIES?
in Psychiatric Services, 2013 Vol. 64 No. 2,
ps.psychiatryonline.org

Documenti on line

CONTENZIONI FISICHE IN SPDC
SLIDE DEL SEMINARIO REGIONALE "VERSO
CONTENZIONE ZERO", BOLOGNA 28 FEBBRAIO
2017
[http://salute.regione.emilia-romagna.it/
dipendenze/salute-mentale/copy_of_
documentazione](http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/salute-mentale/copy_of_documentazione)

Gerardo Favaretto
TSO & ALTRE FORME DI SIMMETRIE DELLA
VIOLENZA 2016, [http://www.psychiatryonline.
it/node/6361](http://www.psychiatryonline.it/node/6361)

"CONTENERE" LA CONTENZIONE MECCANICA
IN ITALIA
Primo rapporto sui diritti negati dalla
pratica di legare coercitivamente i pazienti
psichiatrici nei SPDC
A Buon Diritto, Quaderni, 1/2017
[https://www.abuondiritto.it/it/
pubblicazioni/122-rapporto-contenzione-
libro/file.html](https://www.abuondiritto.it/it/pubblicazioni/122-rapporto-contenzione-libro/file.html)

Lorenzo Toresini
SPDC NO RESTRAINT. LA SFIDA DELLA CURA
[www.centrobasaglia.it/convegni/16-12-
2005/L_TORRESINI.doc](http://www.centrobasaglia.it/convegni/16-12-2005/L_TORRESINI.doc)

CLUB SPDC "NO RESTRAINT"
[http://180gradi.org/2015/07/14/spdc-no-
restraint/](http://180gradi.org/2015/07/14/spdc-no-restraint/)
Pagina facebook:
AssociazioneclubSPD

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 I

Firenze, 0 novembre 2018

DISTURBI AFFETTIVI E DISTURBI DI PERSONALITÀ: PROFILI DIAGNOSTICI E GESTIONE TERAPEUTICA

<http://www.infocongressi.com/congressi-medici-2018/disturbi-affettivi-disturbi-personalit-profili-diagnostici-gestione>

Parma, 8 novembre 2018

RICHIESTA DI CURA, PRENDERE IN CURA, PRENDERSI CURA DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI. QUALI CONNESSIONI?

In collaborazione con il Coordinamento Regionale NPIA nell'ambito della rassegna "La salute della salute mentale"

Trapani, 16 Novembre 2018

FeDerSerD - Convegno Macroregionale

LA TERAPIA OPPIACEA PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE:

IL RUOLO DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE PER IL MIGLIORAMENTO DELL'EFFICACIA E DELLA SICUREZZA DEI TRATTAMENTI

www.federserd.it

Bologna, 19 novembre 2018

PRESENTAZIONE DEL PIANO ADOLESCENZA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Sala Polivalente, Viale Aldo Moro 50 - Bologna

Bologna, 19 novembre 2018

GIOCO DI SQUADRA: ESPERIENZE DI PREVENZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO NELLA SCUOLA

Auditorium, Viale Aldo Moro 18 - Bologna

Parma, fino al 14 dicembre 2018

LA SALUTE DELLA SALUTE MENTALE

Rassegna di eventi aperti alla cittadinanza

https://www.ausl.pr.it/comunicazione_stampa/archivio_3/salute_mentale.aspx

Bologna, 25 gennaio 2019

PREVENZIONE DELLA MORTALITÀ ASSOCIATA AI PERCORSI RESIDENZIALI

Regione Emilia-Romagna in collaborazione con AUSL Bologna

Sala A Terza Torre, Viale della Fiera 8 - Bologna

Sestante