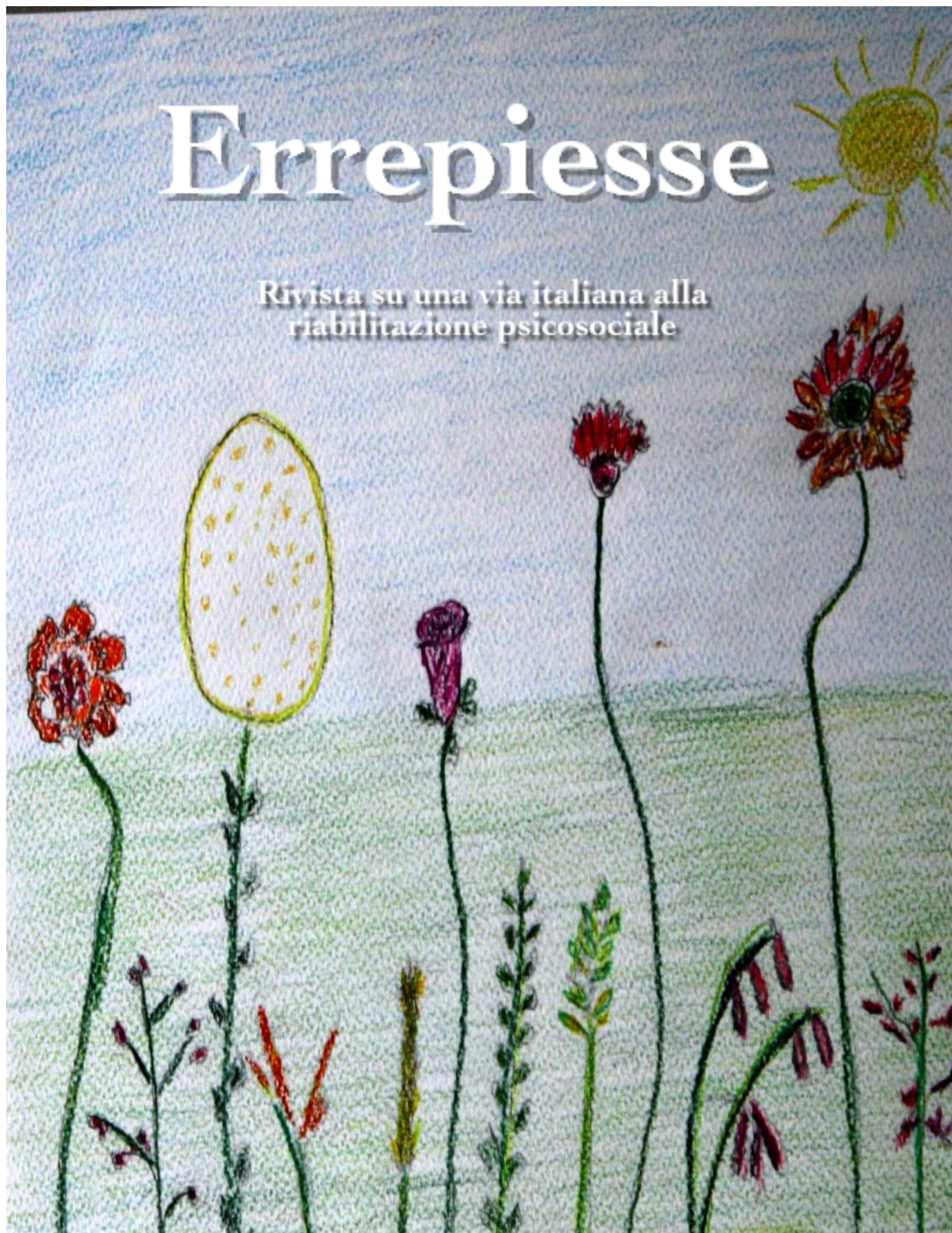


# Errepiesse

Rivista su una via italiana alla  
riabilitazione psicosociale



# Sommario



## PRIMA PAGINA

- Valutazione del rischio di recidiva violenta nel percorso riabilitativo del paziente psichiatrico autore di reato: metodologia e dati preliminari di uno studio pilota  
di Latorre V., Arvizzigno L., Semisa D.

## LA VIA ITALIANA

- A SAFE PLACE TO GO MAD. Analisi dello spazio in riabilitazione psichiatrica  
di Sofia Ferri

- IL CORPO NON MENTE. Riscoprire se stessi attraverso il movimento nella danzaterapia e nello sport  
di Nadia Pezzerà

## IL LAVORO E I SERVIZI

- Ripensare la riabilitazione psicosociale al tempo del COVID-19: un intervento necessario  
di Elia A., Angelini E., Di Salvatore M., Pillo G., Notarangelo M.L., Bellomo A.

- La Pandemia SARS-COV2: tra diritti, salute e sicurezza  
di Carlo Scovino, Martina Viola

## NORME REDAZIONALI

## ARCHIVIO

## SCARICA LA RIVISTA

DIRETTORE RESPONSABILE  
Massimo Rabboni

COMITATO DI REDAZIONE  
Consiglio Direttivo Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (S.I.R.P.)  
Sezione della Società Italiana di Psichiatria

Presidente: D. Semisa  
Presidente eletto: A. Bellomo  
Presidente Onorario: L. Burti  
Consiglieri Onorari: F. Pariente, M. Casacchia, G. Ba, F. De Marco, M. Rabboni, B. Carpiello, G. Saccotelli, R. Roncone, A. Vita, G. Corrivetti, J. Mannu, C. Viganò  
Vice-Presidenti: R. Sabatelli, F. Catapano  
Segretario Generale: P. Nigro  
Tesoriere: L. Berti  
Coordinatore delle Sezioni Regionali: S. Merlin  
Consiglieri: L. Basso, S. Barlati, S. Borsani, P. Carozza, T. De Donatis, A. Francomano, M. Grignani, A. Mucci, D. Nicora, M. Papi, L. Pingani, M. Rigatelli, D. Sadun, G. Soro, E. Tragni Maticchieri, D. Ussorio, E. Visani  
Delegato S.I.P.: R. Roncone  
Revisori dei Conti: I. Boggian, M. Peserico, M. Rossi  
Segretari Regionali  
Abruzzo: M. Casacchia  
Calabria: P. De Fazio  
Campania: A. Mucci, G. Corrivetti  
Emilia-Romagna: A. Parma  
Lazio: P. Paolotti  
Lombardia: L. Tarantola, S. Borghetti  
Liguria: L. Valentini  
Molise: S. Tartaglione  
Puglia: P. Nigro  
Toscana: F. Scarpa  
Triveneto: D. Lamonaca  
Sardegna: G. Soro  
Sicilia: A. Francomano  
Basilicata: G. Fagnano  
Marche: U. Volpe

SEGRETERIA DI REDAZIONE  
Cristina Bellazzecca

Casa Editrice Update International  
Congress SRL - via dei Contarini 7 -  
Milano - Registrazione Tribunale Milano  
n.636 del 18/10/2007

Gli articoli firmati esprimono  
esclusivamente le opinioni degli autori.

*L'immagine in copertina, è stata realizzata all'interno del Centro Diurno, Psichiatria II, DSMD dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo.*

# Ripensare la riabilitazione psicosociale al tempo del COVID-19: un intervento necessario

Di Elia A.\*, Angelini E.\*, Di Salvatore M.\*, Pillo G.<sup>^</sup>  
Notarangelo M.L.\*\*\*, Bellomo A. \*<sup>^</sup>

## Abstract

*The pandemic in progress, caused by the Sars-Cov2 virus, has seriously affected the socio-health system and the world economy, as well as the lifestyle of each person, resulting in significant psychological distress for the general population. However, what is the situation of psychiatric patients, in consideration of their peculiarity and vulnerability? What has been the impact of the pandemic and the first month of 2020 general lockdown on psychiatric rehabilitation? This topic will be in particular the subject of this short review, which ranges from the consequences of home isolation (due to the temporary closure of rehabilitation facilities, not considered emergency services) to the contrast between the positive and negative effects of the lockdown spent in a rehabilitation institution. The complete revolution of the routine that belonged to these realities has been the subject of studies that have brought to light both criticalities of the objectives of Recovery in the pandemic context, both strategies aimed at developing interventions as well as improving the quality of care, in the direction of innovation (for example: home-based rehabilitation, telepsychiatry) associated with interventions against the stigma towards psychiatric pathology. The post-pandemic world in these terms represents both an ethical problem and a concrete challenge for public health.*

L'approvazione della "Legge 180" in Italia ha sancito la nascita di un nuovo paradigma di cure per i pazienti psichiatrici, col passaggio ideologico e organizzativo da una psichiatria "contenitiva" ad una "di comunità". Attraverso la progressiva de-istituzionalizzazione degli utenti e la radicale modifica dei servizi psichiatrici e della loro organizzazione, gli obiettivi della psichiatria contemporanea si sono infatti incentrati sempre più sulla possibilità di garantire ai pazienti una soddisfacente inclusione sociale, anche attraverso l'acquisizione di abilità perse o mai acquisite. Il focus dell'intervento si è spostato infatti dalla *malattia* alla *persona*, avendo come obiettivo non soltanto quello di curare i sintomi del soggetto, ma di occuparsi contestualmente del suo ruolo socio-relazionale, favorendone la riappropriazione della propria esistenza [1]. Tale concezione si inserisce nella definizione di *Recovery*, termine che non possiede necessariamente il significato di "guarigione completa", intesa come *restitutio ad integrum*, ma che sottende il concetto di "ripresa": il tentativo di ritorno ad un certo livello di funzionamento premorbo accettabile, nonostante il persistere della sintomatologia. In tale ottica si sarebbe dovuto avviare da molto tempo un radicale cambiamento di rotta negli interventi erogati dai servizi di salute mentale, superando un approccio basato esclusivamente sull'intervento farmacologico, in favore di programmi specifici di riabilitazione psicosociale, fruibili sia in ambito ospedaliero che territoriale, con l'obiettivo di salvaguardare l'autonomia e l'autodeterminazione del paziente, anche attraverso la valorizzazione ed il potenziamento delle abilità e delle sue capacità residue [2], nonchè di contrastare il paradigma pregiudizio – stigma – discriminazione – esclusione sociale, tuttora presente sulla malattia mentale, sulle persone affette, sui loro familiari ed anche sui servizi deputati alla loro tutela. Infatti, al di là della gravità clinica, ogni paziente, visto nella sua globalità di *persona*, ha dei punti di forza e delle risorse da valorizzare dei quali la riabilitazione dovrebbe appunto occuparsi, così che da trattamento di seconda o terza scelta, da pratica "di buon senso" o "riempitivo" della giornata

del paziente, diventi presupposto per ricostruire una vita interrotta o deviata dalla malattia e per dare ancora più senso e significato alle cure profuse, con il fine ultimo di perseguire una migliore inclusione sociale e nel mondo del lavoro, attraverso l'offerta di interventi chiari e strutturati validati con strumenti e metodi accurati, basati non soltanto sulle evidenze cliniche [3] e su linee guida internazionali, ma anche sulle buone pratiche, anch'esse riconosciute a livello internazionale.

La pandemia in atto, provocata dal virus SARS-COV-2, dichiarata dall'OMS in data 11 marzo 2020, ha sicuramente avuto un impatto fortemente negativo sull'applicabilità di tali principi e, paradossalmente, rappresenta oggi l'opportunità imperdibile di avviare un profondo ripensamento dell'attuale modello di tutela della salute mentale, che negli ultimi tempi ha risentito di politiche di inspiegabili accorpamenti di molti servizi, di ulteriore riduzione del personale di tutte le agenzie socio-sanitarie coinvolte, negando, in tal modo, quella dimensione territoriale auspicata dalla legge 180 nel progetto di inclusione sociale. La pandemia ancora in corso è sicuramente la più grave che abbia colpito l'umanità nell'ultimo secolo, per l'impatto economico, sanitario e sociale che ha avuto su milioni di persone. Tali effetti sono derivati non solo dalle conseguenze dirette della patologia, con l'aumento in ogni continente dell'incidenza di nuovi casi di sindrome respiratoria acuta e la crescita delle ospedalizzazioni (in molti casi sino alla saturazione temporanea delle strutture sanitarie), ma anche da quelle indirette, con la disposizione, da parte delle organizzazioni governative e sanitarie, di programmi di contenimento dell'infezione che hanno frequentemente portato ad un rallentamento o arresto delle attività commerciali, lavorative e sociali, fino a veri e propri lockdown locali e, di seguito, nazionali. In Italia sono state numerose le disposizioni legislative succedutesi dai primi mesi del 2020 che hanno comportato una progressiva e sempre più specifica "gestione regolamentata" delle suddette attività, su scala sia nazionale che regionale. La prima Delibera del Consiglio dei Ministri, risalente al 31/01/2020, riguardava il rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili e dichiarava lo stato di emergenza sul territorio nazionale per la durata di sei mesi. Tuttavia, le prime effettive indicazioni governative in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica risalgono al 23/02/2020, quando veniva varato il Decreto Legge n.° 6 "*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*", che interveniva in modo sistematico allo scopo di prevenire e contrastare l'ulteriore trasmissione del virus nelle cosiddette "zone rosse" italiane. Tali indicazioni venivano poi estese in data 08/03/2020, con un D.P.C.M. integrativo rispetto alle disposizioni varate nel D.L. n.° 6, applicandole all'intero suolo italiano, seppur con alcune differenze tra diverse Regioni e Province. Le misure di contenimento ivi presenti si focalizzavano nello specifico sulla limitazione degli spostamenti fisici sia intra che extra-regionali e sulla sospensione di tutte le attività ludiche, sportive, scolastiche, lavorative e sociali che impedissero il distanziamento sociale. Si sottolineava altresì l'importanza di avviare la sorveglianza sanitaria e l'isolamento, obbligatorio e fiduciario, dei casi accertati o sospetti e dei contatti diretti di persone con positività al SARS-COV-2. Nel Decreto Legge n.° 6 "*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*" venivano inoltre introdotti contingentamenti negli ingressi alle attività commerciali e ristorative e una limitazione oraria all'apertura delle suddette.

Tale radicale e improvviso cambiamento nello stile di vita, subito dalla stragrande maggioranza degli individui, ha portato ad un peggioramento globale della qualità di vita, determinando inevitabilmente un incremento del disagio psichico nella popolazione generale, sia con un peggioramento di disturbi mentali sottosoglia, sia attraverso un brusco aumento dell'incidenza di nuove patologie. Rajkumar evidenzia ad esempio come in particolar modo alcune dimensioni sintomatologiche (tanatofobia, ansia, depressione) abbiano subito un'impennata nel corso dell'ultimo anno[4]. Inoltre, come testimoniato dal

modello cognitivo comportamentale, la paura può innescare interpretazioni negative delle informazioni e le ricerche su internet circa l'andamento dei contagi, l'allarmismo, le *fake news* e le teorie del complotto hanno concorso ad esacerbare insonnia e ansia e, in alcune persone, a scatenare pensieri pervasivi e intrusivi inerenti la paura del contagio; anche le misure tese al contenimento dello stesso (frequenti lavaggi, impiego di mascherine ecc.) hanno aggravato da un lato aspetti ossessivi e ipocondriaci preesistenti e dall'altro fobie sociali e tendenze paranoiche.

Sono già stati effettuati numerosi studi tesi ad indagare l'effetto delle misure restrittive e del contagio - potenziale o reale- da virus SARS-COV-2 sulla salute mentale. Tuttavia, la maggior parte degli stessi è stata rivolta alla popolazione generale, mentre minore attenzione è stata purtroppo indirizzata verso popolazioni più specifiche, come i soggetti affetti da disturbi psichiatrici, nonostante la loro particolare vulnerabilità [5], legata ad un aumentato rischio di aggravamento della patologia di base, non solo per le conseguenze dirette di un'eventuale infezione, ma anche per il particolare substrato sociale cui essi appartengono [6]. Come è noto e sottolineato nella *Circolare del Ministero della Salute del 24/04/20*, le persone con disturbi psichiatrici sono, generalmente, più suscettibili alle infezioni per diversi motivi (come il tabagismo e la disregolazione -anche iatrogena- del sistema immunitario), pertanto, nel caso del COVID-19, potrebbero essere più a rischio di contrarre forme gravi. Le persone con malattie mentali inoltre manifestano reazioni emotive di maggiore entità rispetto alla popolazione generale, a causa di una maggiore suscettibilità allo stress, certamente esacerbata nel periodo delle restrizioni pandemiche dalla ridotta possibilità di far ricorso alle cure presso i servizi di salute mentale [5]. Nel già menzionato *Decreto Legge n.° 6*, oltre all'introduzione dell'obbligo di sterilizzazione o disinfezione degli ambienti clinici e l'obbligatorietà per il personale sanitario ad attenersi alle appropriate misure di prevenzione di patologie respiratorie (utilizzo dispositivi di protezione individuale, mantenimento del distanziamento interpersonale, ecc.), si limitava, contestualmente, l'accesso dei parenti e dei visitatori sia nelle Strutture Ospedaliere che nelle Strutture Sanitarie a Lungodegenza, quali RSA, CRAP ecc. Le direttive politiche e sanitarie sono state volte a garantire l'accesso alle cure e ai servizi urgenti, implementando le risorse strutturali e umane negli ambiti per lo più connessi al COVID-19. La tutela della salute mentale ed in particolare le pratiche della riabilitazione psichiatrica, non considerate un servizio di emergenza poiché concernenti situazioni di disagio psichico a carattere "cronico", sono state poste in stand-by [7]. Eppure "*Non c'è salute senza salute mentale*" è lo slogan che l'OMS va diffondendo da almeno 10 anni! Nell'osservanza delle regole per il contrasto alla diffusione della pandemia, i centri riabilitativi residenziali o diurni sono stati temporaneamente chiusi, ridotti i posti letto, contingentati i nuovi accessi, bloccati i programmi riabilitativi già in essere che prevedevano attività in presenza [8], all'insegna della tutela sanitaria della popolazione generale. Per quanto riguarda la Regione Puglia ciò è stato regolamentato (in risposta ai decreti nazionali) in primis da due Disposizioni Regionali, del 10/03/2020 e del 11/03/2020. Tali fasi di chiusura sono state poi seguite da numerose successive delibere, comportanti minori restrizioni e riaperture, nel corso delle seguenti fasi della pandemia di cosiddetta "*convivenza col virus*", grazie inoltre all'avvio negli ultimi mesi delle vaccinazioni anti-Covid, prima del personale sanitario, poi della popolazione generale, partendo proprio dagli ospiti di strutture residenziali.

Nella prima metà del 2020 i progetti terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI) degli utenti delle diverse Strutture del Dipartimento di Salute Mentale sono stati rimodulati, da un lato con l'attivazione di percorsi di domiciliarità per i pazienti maggiormente bisognosi di cure e assistenza continuativa, dall'altro attraverso la pianificazione di percorsi terapeutici alternativi (ad es. colloqui telefonici, videochiamate) per i pazienti in buon compenso clinico. In entrambi gli scenari, tuttavia, questa vulnerabile categoria di pazienti è stata spesso costretta ad un controproducente confinamento

domestico, in contrasto con le buone pratiche di riabilitazione psichiatrica, che prevedono, il continuo scambio di identità e valori, basato soprattutto su gesti “materiali”, come andare al bar, partecipare ad attività laboratoriali, progettare e commercializzare manufatti, osservare gli impegni previsti per lo svolgimento di una borsa lavoro, frequentare attività di formazione professionale, ecc.; tutte pratiche che l'emergenza Covid 19 ha praticamente azzerato, nonostante il prezioso coinvolgimento del terzo settore che, attraverso la partecipazione di cooperative sociali ed associazioni di volontariato, ha cercato di mitigare questa dimensione surreale, con interventi domiciliari e sociali, seppur ridotti, ed in condizioni di estrema difficoltà, con l'obiettivo di fare in modo che gli utenti, già così gravemente penalizzati, non si sentissero “abbandonati”, impegnandosi ad “*accorciare virtualmente le distanze*”, pur nel rispetto delle norme anti-Covid.

Per i pazienti che stavano seguendo un percorso riabilitativo, praticare un corretto distanziamento sociale è risultata una sfida ancora maggiore, in quanto per questi soggetti l'interazione interpersonale non è un “lusso”, ma parte integrante del percorso terapeutico verso la *recovery e l'autodeterminazione*, di cui l'isolamento e l'esclusione forzata e prolungata rappresentano i principali antagonisti [8]. Il confinamento in casa ha atrofizzato non solo le skills sociali dei pazienti, ma anche la fiducia in sé stessi; ha inoltre incentivato l'uso di telefoni, internet e social media, favorendo comportamenti di addiction; non per ultimo, spesso è stato un trigger per l'innescò di conflittualità familiari in contesti ad alta emotività espressa, determinando, indirettamente, un aumentato stress anche per i caregivers [7].

Per la parte di popolazione psichiatrica che stava effettuando un percorso di riabilitazione di tipo residenziale nel periodo del lockdown, si sono susseguiti una serie di disagi direttamente connessi alla difficoltà di gestione da parte del personale sanitario di gruppi di pazienti profondamente diversi tra loro, costretti ad una ininterrotta convivenza, senza la necessaria quanto indispensabile osmosi con l'ambiente circostante, intesa come valore aggiunto alle cure ed ai trattamenti. Talvolta, la natura stessa delle diagnosi o la gravità clinica dei sintomi, ha portato a difficoltà nella collaborazione nel mantenere le adeguate misure di igiene personale raccomandate, quali lavaggio mani, uso delle mascherine negli spazi comuni [8], e soprattutto il distanziamento sociale, che simbolicamente richiama negativamente la “distanza” vissuta dai pazienti nell'ospedale psichiatrico.

D'altro canto, a dispetto delle criticità sinora esposte, numerosi centri riabilitativi in Italia e nel mondo hanno invece condiviso il proprio punto di vista “positivo” sulla chiusura obbligatoria, quasi un metaforico “bicchiere mezzo pieno”. Di fatti, la completa rivoluzione della pregressa routine e delle attività non più attuabili nel corso della pandemia ha spinto alcuni servizi a proporre ai propri ospiti programmi di terapia trauma-focused incentrati sulla valorizzazione della crescita personale e della riscoperta di sé, così come, per favorire la socializzazione, sono state istituite attività gruppali da attuarsi *indoor*. Inoltre, privati della possibilità di ricevere le consuete visite di parenti a causa delle misure restrittive, molti ospiti ne hanno indirettamente beneficiato, poiché, se è vero che la presenza di una rete di sostegno familiare può facilitare il processo riabilitativo, d'altro canto può anche rallentarlo, a seconda delle dinamiche relazionali preesistenti, funzionali o meno, instauratesi all'interno del nucleo familiare [9]. Un'esperienza italiana di come la pandemia abbia inciso su questa specifica popolazione di pazienti proviene da uno studio condotto da Burrai et al. [5]: i pazienti ospiti di due comunità riabilitative psichiatriche della regione Lazio e alcuni controlli sani, selezionati sulla base dell'età media, sono stati valutati attraverso la somministrazione di un questionario anonimo su una piattaforma online, al fine di valutare l'impatto psicologico ed emotivo dell'isolamento sui due differenti gruppi. I risultati di tale studio hanno rivelato delle differenze significative tra pazienti psichiatriche e i controlli sani rispetto ad ansia, stress, preoccupazione e rischio percepito, con punteggi inferiori sullo stress per i

pazienti psichiatrici rispetto ai controlli sani, e invece punteggi più alti su ansia, rischio percepito di contrarre l'infezione da COVID-19 e preoccupazione per la situazione di emergenza, sottolineando l'importanza di un supporto continuo per i pazienti psichiatrici, soprattutto durante un periodo stressante quale quello pandemico.

In questo momento di cruciale importanza storica, dunque, c'è più che mai la necessità di indirizzare le sfide della Salute Mentale nella direzione dell'integrazione socio-sanitaria, attraverso lo sviluppo di strategie ed interventi finalizzati a migliorare la qualità delle cure e a garantirne, per quanto possibile, la continuità [8], fornendo adeguate risposte alle varie necessità della vita quotidiana, anche di carattere materiale, che una persona affetta da disturbo mentale può incontrare. I danni provocati dall'interruzione delle attività di riabilitazione possono essere ridotti da strategie di riabilitazione home-based, a condizione che siano pianificate con largo anticipo [7] e utilizzando piattaforme virtuali come sostitutive dei colloqui di persona con i terapeuti, resi impossibili per via delle misure di prevenzione del contagio. Abbiamo assistito in questi mesi a tentativi di adeguamento da parte dei servizi sanitari alla così detta "telepsichiatria", tuttavia nel contempo è emerso come un'importante percentuale di pazienti sia ancora sprovvisto di un costante accesso agli smartphone e alla banda larga [10]. Proprio per questo motivo, all'interno delle Strutture, nel tentativo di limitare la diffusione del contagio senza tuttavia perdere di vista l'importanza del contatto umano per questi pazienti, sono stati spesso acquistati tablet o altri dispositivi al fine di agevolare le comunicazioni tra paziente e familiari, e per garantire da parte del personale medico frequenti colloqui con i pazienti. L'impiego delle nuove tecnologie ha anche avuto un ruolo chiave nella diffusione di una corretta informazione sull'infezione e nel supporto delle sofferenze psicologiche legate al periodo pandemico, contrastando in particolare l'effetto dello stigma, sia quello rivolto alle patologie mentali che quello rivolto alle persone che sono risultate positive ai test, o ad alto rischio, o ai contatti primari o secondari di pazienti positivi.

Come immaginarci, dunque, il mondo post-pandemico? Quale sarà la "nuova normalità" della psichiatria e della riabilitazione psichiatrica? Come supportare nel lungo termine i pazienti psichiatrici mentre riprendono le loro vite dopo la pandemia, in una società incerta, nella quale persiste un certo grado di confusione e caos? Come fornire supporto sociale ed emotivo, aiuto nel mantenere un tetto sicuro, facilitare l'ingresso o il ritorno al lavoro, nonché l'accesso all'istruzione o alla formazione? [10] È ancora troppo precoce speculare su quali possano essere le conseguenze a lungo termine della pandemia su questa particolare fetta di popolazione psichiatrica. Nella visione di un mondo post-pandemico risulta evidente come gli obiettivi "classici" della riabilitazione vadano completamente ridisegnati, in considerazione del fatto che le attuali imposizioni igienico-sanitarie e le condizioni critiche economiche perdurano e potrebbero farlo anche per anni. Favorire l'integrazione dei pazienti psichiatrici in un contesto nel quale il contatto interumano è sostanzialmente scoraggiato appare paradossale, così come diverrà molto più complessa la conquista di un posto di lavoro o un titolo di studio, a causa della presenza sempre più frequente di barriere tecnologiche; allo stesso modo sono sfavorite anche le relazioni sentimentali e sociali in genere, a causa delle limitazioni agli spostamenti e della necessità di mantenere la distanza sociale. Come sottolinea Chaturvedy nel suo editoriale del 2020 sul *Journal of Psychosocial Rehabilitation & Mental Health*, lo *smartworking*, lo studio da casa, l'esercizio fisico a casa etc. sono diventati nel corso dell'ultimo anno un vero e proprio nuovo stile di vita; allo stesso modo, le attività lavorative e di socializzazione nell'ambito della riabilitazione psicosociale dovranno ora essere pianificate entro i confini della sicurezza domestica, almeno finché permarrà lo stato emergenziale. Successivamente, tuttavia, è auspicabile sperare che la quotidianità di questi utenti, così come la pratica psichiatrica stessa, subiscano una profonda trasformazione. E' opportuno che la riabilitazione psicosociale individui una nuova dimensione, che tenga conto delle

evidenti criticità di tutto il sistema. Occorrerebbe riprendere le politiche per la Salute Mentale e ripensare ad un modello realmente territoriale, che interpreti in modo più autentico quella integrazione socio sanitaria prevista dalla legge n. 328 del 2000, occorrerebbe ricentrarsi sui principi cardine della de-istituzionalizzazione, caratterizzati da una visione globale della salute mentale, dove sanitario e sociale abbiano pari importanza e valenza, considerando che i trattamenti sanitari, di per sé, non possono riprodurre relazioni, oggetti, affetti, lavoro, autonomia, autodeterminazione, empowerment. La recovery non può avere esclusivamente connotazioni cliniche, ma è necessario sia anche sociale e personale, attraverso il contributo di tutte le agenzie territoriali del welfare, formali ed informali. A tal proposito, da tempo, l’OMS parla di “Community engagement” e cioè della necessità di coinvolgere l’intera collettività nei processi di ripresa, se si vuole perseguire con successo l’inclusione sociale di queste persone in difficoltà, ripartendo dalla loro “centralità”, così come promosso anni fa da una campagna di sensibilizzazione a cura della National Mental Health Association che aveva come slogan *“Know me as a person not by my mental illness”*.

La creazione di nuove frontiere per la riabilitazione psichiatrica rappresenta sia un problema etico che una sfida concreta per la salute pubblica<sup>7</sup>. L’auspicio per il futuro è che l’attuale classe politica, medica e l’intero settore socio-sanitario possano aver tratto dall’esperienza della pandemia COVID-19 degli spunti che possano essere di autocritica costruttiva e di crescita, nella speranza che la Storia non si ripeta e che possano soprattutto riposizionare la salute mentale nel giusto percorso tracciato dalla legge di riforma psichiatrica del 1978.

*“Siamo noi a creare la Storia con la nostra osservazione, e non la Storia a creare noi”* (Stephen Hawking, 2010).

\*Sezione di Psichiatria; Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale-Università degli Studi di Foggia

^Dipartimento di Salute Mentale - ASL Foggia

\*\*Policlinico Riuniti - Foggia

## **BIBLIOGRAFIA**

- [1] BELLOMO A et al. “La psichiatria sociale in Italia: evidenze ed esperienze.” cap. 17 Pacini editore 2020.
- [2] CORRIGAN PW. “Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: an Empirical Approach”. 2016, 2nd edn. Guilford Press: New York.
- [3] VITA A, BARLATI S. “The Implementation of Evidence-Based Psychiatric Rehabilitation: Challenges and Opportunities for Mental Health Services.” Front Psychiatry. 2019 Mar 20;10:147.
- [4] RAJKUMAR RP. “COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian Journal of Psychiatry, 2020, 52, 102066
- [5] BURRAI J et al. “Psychological and Emotional Impact of Patients Living in Psychiatric Treatment Communities during Covid-19 Lockdown in Italy”. Journal of Clinical Medicine, 2020, 9, 3787
- [6] MADDAH A et al. “The challenges of keeping psychiatric patients safe in rehabilitation centers during coronavirus outbreak”. Archives of Psychiatric Nursing, 2020, doi: 10.1016
- [7] CHATURVEDI S et al. “Covid-19, Coronavirus and Mental Health Rehabilitation at Times of Crisis”. J. Psychosocial. Rehabil. Ment. Health doi: 10.1007



- [8] AAMIR A et al. “Effect of COVID-19 on Mental Health Rehabilitation Centers”. J. Psychosoc. Rehabil. Ment. Health, 2020
- [9] GLANCY D et al. “Lockdown in a specialised rehabilitation unit: the best of times”. Irish Journal of Psychological Medicine, 2020
- [10] COOK J et al. “The Importance of Psychiatric Rehabilitation Services During and After the COVID-19 Pandemic”. Psychiatric Services 71:9, September 2020

