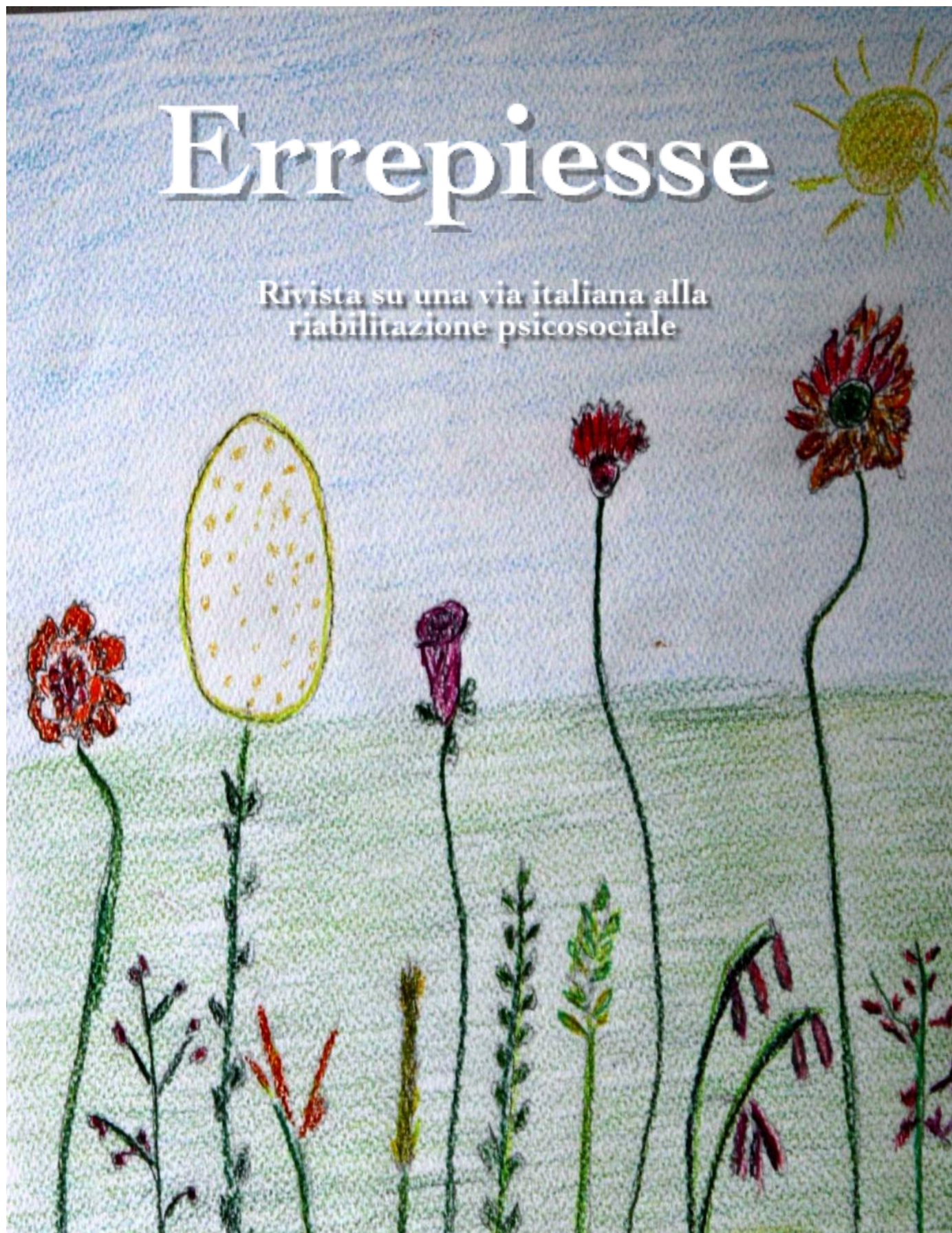


# Errepiesse

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. Carpiniello, 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 Matacchieri, 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.*

# 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.\**

## **Abstract**

*La valutazione del rischio di comportamento violento per pazienti psichiatrici autori di reato si inserisce nel contesto di chiusura degli OPG e dell'istituzione delle REMS, in quanto luoghi di cura e riabilitazione. In particolare in Puglia tale valutazione assume maggiore rilevanza alla luce della istituzione, come da Reg.Reg. n. 18 del 2014, di strutture dedicate a soggetti autori di reato, multiproblematici, sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria con misura di sicurezza non detentiva. L'HKT-R ed il MOAS sono due strumenti in grado di valutare il rischio di comportamento violento nonché i fattori ad esso correlati. L'obiettivo del presente studio pilota osservazionale prospettico, è monitorare il rischio di comportamento violento valutato con l'HKT-R e con il MOAS in un campione di pazienti psichiatrici autori di reato inseriti in una Comunità Riabilitativa Assistenziale Psichiatrica (CRAP) Dedicata ad autori di reato della Regione Puglia e di confrontarlo con quello di un campione di soggetti autori di reato, inseriti in una CRAP ordinaria. I dati relativi al rischio di comportamento violento saranno poi correlati al progresso riabilitativo misurato con la scala FPS del VADO per ciascun paziente. Nel presente articolo sarà mostrato il trend relativo ai dati preliminari di uno studio pilota relativamente ad un campione di 5 pazienti autori di reato inseriti in una CRAP dedicata della Regione Puglia, monitorati per quattro mesi con l'HKT-R, il MOAS, l'FPS e la BPRS e confrontati con un campione di controllo di 6 pazienti inseriti in una CRAP ordinaria. I risultati dello studio mostrano l'effetto del percorso riabilitativo sul comportamento violento che tende in entrambi i gruppi a diminuire nel tempo. I risultati, da rilevarsi su un campione più ampio, intendono fornire un contributo per migliorare l'appropriatezza dei PTR, pianificare misure di prevenzione di agiti violenti. Con questo studio si intende fornire una modalità di monitoraggio efficace che possa coniugare le esigenze riabilitative con quelle della magistratura.*

## **INTRODUZIONE**

Il rapporto tra patologia mentale e comportamento violento è da sempre oggetto delle riflessioni della comunità psichiatrica e del mondo della giustizia, nel tentativo di risolvere il complesso percorso che vuole integrare adeguati trattamenti sanitari per l'utenza psichiatrica violenta, la garanzia della loro stessa sicurezza personale e la generale garanzia del mantenimento dell'ordine sociale.

Il comportamento violento si configura diversamente dal comportamento aggressivo:

entrambi attengono alla disposizione a mettere in atto un comportamento lesivo eterodiretto, ma dall'aggressività viene generalmente esclusa l'intenzionalità ed è tesa alla difesa della propria integrità,

mentre la violenza ha caratteristica dolosa rispetto all'offesa arrecata, è improvvisa, esplosiva, eccessiva nelle sue manifestazioni, richiama un carattere specificatamente ostile ed è spesso palese espressione di prepotenza, prevaricazione e brutalità verso l'altro. Le indagini sulle cause dei comportamenti violenti e sul rischio di reiterare tali comportamenti sono state da sempre oggetto di ricerca nella popolazione generale di autori di reato al fine di individuare potenziali fattori di rischio che fossero d'ausilio sia in fase processuale, sia in fase di esecuzione della pena, sia per la Magistratura di Sorveglianza in ordine alle decisioni in merito alla concessione di benefici e misure alternative (Volpini et al, 2008).

Queste indagini assumono oggi, in Italia, particolare rilievo nei pazienti psichiatrici autori di reato nell'attuale contesto di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) avvenuta in maniera definitiva il 31 marzo 2015 con conseguente entrata in funzione delle REMS (legge 30 maggio 2014, n. 81), strutture sanitarie, per lo più riabilitative, deputate all'esecuzione di misure di sicurezza detentive. Nella Regione Puglia, in ausilio alle REMS e per la sola esecuzione della misura di sicurezza della libertà vigilata, sono state istituite come da Regolamento Regionale n. 18 del 30 Settembre 2014 strutture denominate Comunità Riabilitative Assistenziali Psichiatriche (CRAP) Dedicato, che ospitano soggetti autori di reato, multiproblematici, sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria e ad alto rischio di comportamento violento. Tali strutture sono nate nel tentativo di creare un contesto adeguato e personale qualificato che potesse gestire e fornire ai pazienti trattamenti peculiari in relazione ai comportamenti violenti (Catanesi et al, 2004). Il monitoraggio e la valutazione del rischio di comportamento violento si configura come un elemento essenziale per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti riabilitativi presso queste strutture. Diversi studi europei si sono occupati di individuare gli strumenti più adeguati per la valutazione del rischio di recidiva violenta nella popolazione psichiatrico-forense (Schuring et al, 2018). Paesi come la Norvegia monitorano obbligatoriamente i pazienti psichiatrici autori di reato trattati dal punto di vista terapeutico e riabilitativo, in relazione ai fattori di rischio di recidiva di reato violento, utilizzando scale quali l'HCR-20 e l'HKT-R (van der Veeken et al, 2016). L'HKT-R è stato di recente tradotto in italiano (Puccia et al, 2016). Questo strumento di valutazione di rischio rende possibile l'articolazione delle cause del rischio di recidiva violenta delle persone che hanno commesso reati violenti e richiesto permessi, misure alternative alla detenzione, ovvero di quelle che, incapaci di intendere e volere, stanno seguendo prescrizioni comportamentali da parte dei servizi che li hanno in carico. Gli indicatori clinici dell' HKT-R possono essere usati per le misurazioni di monitoraggio costante, in tal modo il trattamento clinico-forense può essere valutato e monitorato.

Probabilmente in ragione della relativamente recente legge con cui è stata sancita la chiusura degli OPG, in Italia sono presenti pochi studi che hanno esplorato il rischio di comportamento violento in soggetti trattati nelle strutture riabilitative psichiatriche. Nel 2016 De Girolamo (De Girolamo et al, 2016) e collaboratori hanno dimostrato nello studio VIORMED che pazienti con una storia di violenza, inseriti nelle strutture riabilitative psichiatriche dell'Area Lombardo-Veneta, non mostravano un grado di aggressività più elevato se comparati a pazienti con assenza di storia clinica di violenza, lì dove fossero disponibili trattamenti specifici e supervisione clinica presso dette strutture. Questo a suggerire, in qualche misura, l'efficacia dei percorsi terapeutico-riabilitativi. I ricercatori, tra le varie scale di valutazione, hanno utilizzato anche il MOAS (Kay et al, 1998). Questo strumento, di relativamente recente validazione italiana (Margari et al, 2005), permette di registrare la comparsa di episodi di aggressività e la loro gravità. Fornisce una valutazione nel tempo dell'aggressività, piuttosto che descrivere l'incidente critico di per sé. Con il MOAS l'"aggressività" indica sia il comportamento finalizzato all'adattamento dell'uomo sia quello violento inteso come aggressività fisica verso un essere umano con l'intenzione di fare del male.

Alla luce di queste premesse, l'obiettivo del presente studio pilota osservazionale e prospettico è valutare il rischio di comportamento violento in pazienti psichiatrici autori di reato inseriti in una CRAP dedicata ad autori di reato della Regione Puglia. La proposta di questo studio è quella di valutare il rischio di comportamento violento, in maniera prospettica, con l'HKT-R ed il MOAS al fine di correlarlo con i progressi riportati dai pazienti durante il percorso riabilitativo sulla scala funzionale FPS del VADO (Morosini et al, 2003). Con questo studio si intende fornire un metodo di monitoraggio costante del paziente psichiatrico autore di reato, che sia di ausilio tanto ai clinici tanto alla magistratura per le decisioni in merito al progresso del programma terapeutico riabilitativo, alla concessione eventualmente di permessi o piuttosto alla modifica del programma. Di seguito verrà descritta la metodologia applicata in uno studio pilota e mostrati i dati preliminari relativi ad un campione molto ristretto di 5 soggetti e 6 controlli.

## **MATERIALI E METODI**

### **Disegno dello studio e criteri di inclusione**

Per lo studio pilota è previsto il reclutamento di pazienti di età compresa tra 18 e 65 anni, affetti da patologia psichiatrica secondo il DSM V, ed inseriti in CRAP dedicata (CRAP-D) ad autori di reato come da provvedimento dell'autorità giudiziaria. E' prevista l'esclusione di pazienti affetti da disabilità intellettiva e da disturbo da uso di sostanze. Sarà considerato criterio di esclusione la presenza del solo Disturbo di Personalità. Per ciascun paziente è prevista la raccolta dei dati socio demografici. E' prevista altresì, al momento del reclutamento, anche la valutazione del tempo di permanenza in struttura per lo svolgimento del percorso riabilitativo, della durata di malattia e della tipologia di reato commesso. E' previsto lo studio dei pazienti al tempo T0 (ovvero nel momento dell'ingresso nello studio) ed al tempo T1 (ovvero a 4 mesi di distanza). Ciascun paziente sarà valutato con BPRS (Ventura et al, 1993) per l'obiettività clinica, con FPS della scala VADO per la valutazione funzionale in relazione al percorso riabilitativo, con l'HKT-R ed il MOAS per la valutazione del rischio di comportamento violento. Lo studio prevede inoltre il reclutamento di un pari numero di pazienti inseriti nelle CRAP ordinarie e non autori di reato, che fungano da campione di controllo.

### **Descrizione del Campione**

Fino al momento attuale sono stati raccolti i dati relativi a 5 pazienti, 4 maschi, età media  $43.6 \pm 12.9$ , 4 pazienti affetti da Disturbi dello Spettro Schizofrenico ed uno da Disturbo Bipolare, durata di malattia  $14.8 \pm 12.3$  anni, inseriti in CRAP-D da  $19.2 \pm 6.5$  mesi, tutti rei per fatti contro la persona (omicidio, tentato omicidio, estorsione e maltrattamenti/lesioni personali). Il gruppo di controllo fino al momento attuale è costituito da 6 pazienti di cui 4 maschi, età media  $48 \pm 6$ , tutti affetti da Disturbo dello Spettro Schizofrenico, durata di malattia  $22.5 \pm 8$  anni, inseriti in CRAP da  $18 \pm 6.5$  mesi, tutti incensurati.

### **Risultati**

I risultati preliminari sul campione di 5 pazienti inseriti in CRAP-D e su quello di controllo di 6 pazienti inseriti in CRAP ordinaria, mostrano che in entrambi i gruppi il quadro clinico misurato con la BPRS, si mantiene del tutto invariato nel tempo.

Rispetto al percorso riabilitativo, i risultati delle valutazioni dell'FPS (Fig. 1) mostrano un trend di progresso del funzionamento sia nei pazienti inseriti nelle CRAP-D, sia nei soggetti presenti nelle CRAP ordinarie, in un continuum dal tempo T0 al tempo T1. La media del valore FPS, risulta essere al tempo T0, 56 per i pz delle CRAP-D e 55.6 per i pz delle CRAP ordinarie; al tempo T1, il valore è 56.8 per i pazienti delle CRAP-D e 56.6 per i pazienti inseriti nelle CRAP ordinarie).

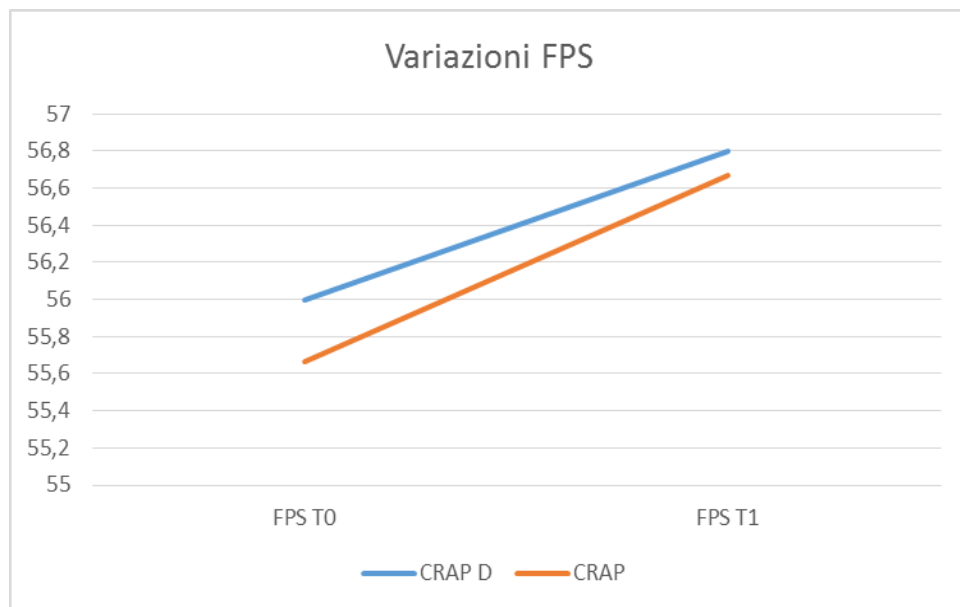


Figura 1: Punteggio FPS relativo ai pz delle CRAP e delle CRAP D, ai tempi T0 e T1

Per quanto attiene alla Valutazione del Rischio di recidiva violenta e del rischio di aggressività, i risultati mostrano un maggiore rischio di comportamenti aggressivi nei soggetti inseriti nelle CRAP D (Media valori MOAS al tempo T0 per la CRAP D, 2.6), ma questo rischio diminuisce al tempo T1 (Media valori MOAS per la CRAP-D 0.6). Anche nei pazienti inseriti nelle CRAP ordinarie, il rischio di aggressività diminuisce al tempo T1, benchè si mantenga sempre inferiore rispetto al rischio valutato nei pazienti inseriti in CRAP-D (Media valori MOAS per le CRAP ordinarie: T0 2, T1 0.3) come mostrato in Fig. 2.

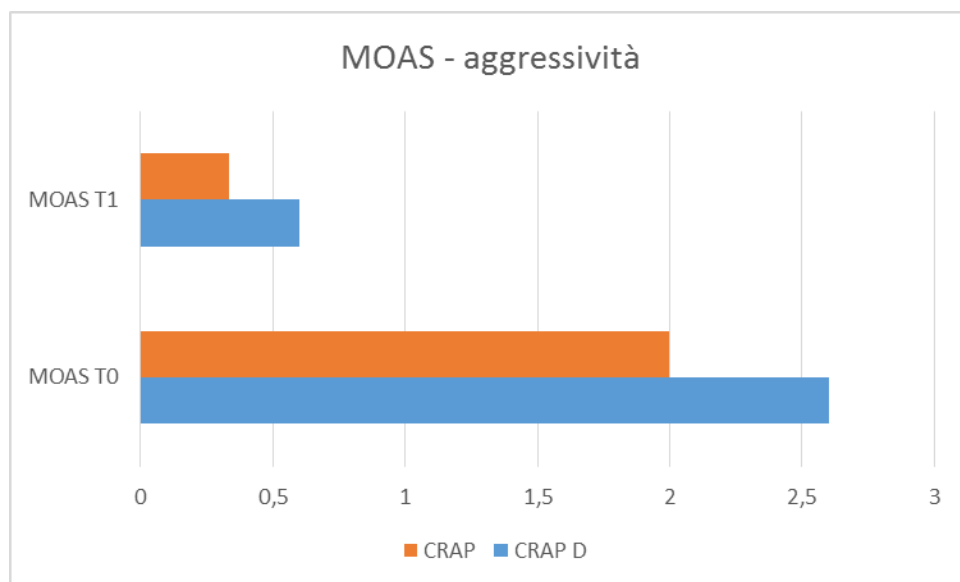


Figura 2: Valori MOAS nello studio longitudinale rispetto a pz delle CRAP-D e pz delle CRAP ordinarie

Riguardo al Rischio di recidiva violenta (Tabella n. 1), si rileva che tanto nel campione di pazienti inseriti in CRAP-D, tanto in quelli inseriti in CRAP ordinarie, il Rischio di Recidiva violenta, valutata con il test HKT-R, risulta sempre nel range riferibile al tipo Basso al tempo T0, così come al tempo T1.

	<b>HKT-R T0</b>	<b>HKT- T1</b>
<b>CRAP D</b>	Basso	Basso
<b>CRAP</b>	Basso	Basso

Tabella 1: Indice Rischio di Recidiva violenta secondo il test HKT-R

## **DISCUSSIONE**

Nella presente ricerca abbiamo mostrato la metodologia ed i dati preliminari di uno studio pilota in cui abbiamo valutato il rischio di aggressività e di recidiva di reato violento nei pazienti psichiatrici autori di reato, inseriti in CRAP dedicate della Regione Puglia come da Reg. Reg. 18 del 2014, utilizzando come gruppo di controllo un pari numero di pazienti inseriti in una CRAP ordinaria.

I nostri dati, benchè basati su un campione molto esiguo di soggetti in quanto dati preliminari, mostrano innanzitutto che il quadro clinico si mantiene costante nel tempo coerentemente con i criteri di inclusione nei percorsi riabilitativi che richiedono una stabilità clinica. D'altra parte il rischio di aggressività misurato con il MOAS è nettamente maggiore nei pazienti autori di reato inseriti in CRAP dedicata rispetto al gruppo controllo. Tale rischio per altro diminuisce nei pazienti inseriti in CRAP dedicata dopo tre mesi di trattamento riabilitativo ed in coerenza con il miglioramento del funzionamento globale misurato con l'FPS. D'altro canto il rischio di recidiva di reato violento misurato con l'HKT-R si è mostrato costante nel tempo in entrambi i gruppi, mantenendosi di tipo "basso" sia nei pazienti autori di reato sia nel gruppo controllo. Il trend di miglioramento del rischio di aggressività riscontrato nei pazienti autori di reato si ritiene assolutamente in linea con le finalità della struttura in cui i pazienti sono inseriti. Ricordiamo infatti che le CRAP dedicate ad autori di reato sono destinate per Regolamento Regionale a soggetti che presentano comportamenti aggressivi e sui quali, evidentemente, si concentrerà il lavoro riabilitativo dell'equipe della CRAP.

La valutazione effettuata si inserisce in un contesto normativo ben definito in cui, come ricordato in premessa, è stata attuata con la legge 81/2014 la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari con apertura delle REMS, strutture riabilitative innanzitutto, a diretta gestione delle ASL, in cui da un lato viene espletata la misura di sicurezza detentiva del reo infermo o seminfermo di mente, dall'altro il paziente viene trattato sotto il profilo riabilitativo. Questo contesto ha portato la Magistratura al ricorso estremo alle REMS, come recita la legge, per cui si è registrata una maggiore tendenza all'applicazione di misure di sicurezza di libertà vigilata. La regione Puglia ha risposto a tale bisogno normativo proprio con l'istituzione delle CRAP dedicate che, ospitano pazienti con storia di comportamenti aggressivi nei sei mesi precedenti l'inserimento ed i cui percorsi riabilitativi sono dunque incentrati soprattutto sulla risoluzione di questa problematica. I dati preliminari del presente studio pilota sembrano confermare quanto il percorso riabilitativo in CRAP dedicata sia indispensabile per il miglioramento del rischio di aggressività nei pazienti. Infatti se da una parte questi presentano

una stabilità del quadro clinico, dall'altra hanno un miglioramento del funzionamento psicosociale globale ed un miglioramento concomitante rispetto al rischio di comportamento aggressivo, mantenendosi costantemente basso il rischio di recidiva di reato. Questo potrebbe significare che il comportamento aggressivo che caratterizza i pazienti inseriti in CRAP dedicata, in libertà vigilata e quindi nella gran parte dei casi cosiddetti 'folli rei', ovvero rei per la loro condizione di patologia, migliora nel tempo proprio in seguito ad interventi riabilitativi mirati al contenimento dell'aggressività. L'osservazione appena riscontrata, se mantenuta al completamento dello studio su numeri superiori, conferma l'opportunità e la centralità di programmi riabilitativi intensivi per questi pazienti mirati proprio alla prevenzione dei comportamenti aggressivi ed evidentemente di conseguenza, per la prevenzione del rischio di recidiva di reato connessa alla malattia.

Al di là dei numeri molto limitati sui quali si basano i dati preliminari mostrati, questo studio intende essere lo spunto per fornire una metodologia da utilizzare come ausilio per coniugare le esigenze della magistratura e della riabilitazione rispetto ai pazienti autori di reato sottoposti a misura di sicurezza ed inseriti in strutture riabilitative. Lo studio infatti potrebbe essere esteso anche ai pazienti inseriti in REMS ed ai pazienti autori di reato inseriti nelle CRAP ordinarie, contribuendo a fornire un elemento obiettivo rispetto ai progressi prettamente riabilitativi e psichiatrico-forensi, utile durante le procedure di revisione della pericolosità sociale e di revisione del percorso giudiziario.

*\*Dipartimento di Salute Mentale – Azienda Sanitaria Locale di Bari*

## **BIBLIOGRAFIA**

- [1] Volpini L., Mannello T., DE LEO G. La valutazione del rischio di recidiva da parte degli autori di reato: una proposta. In: RASSEGNA PENITENZIARIA E CRIMINOLOGICA. - ISSN 0392-7156. - 1(2008), pp. 147-161.
- [2] Van der Veeken F. C. A., Lucieer J., Bogaerts S. Routine outcome monitoring and clinical decision-making in forensic psychiatry based on the instrument for forensic treatment evaluation, PLOS ONE August 12, 2016 | DOI:10.1371/journal.pone.0160787
- [3] Schuringa E., Heininga V.E., Spreen M., Bogaerts S. Concurrent and Predictive Validity of the Instrument for Forensic Treatment Evaluation: From Risk Assessment to Routine, Multidisciplinary Treatment Evaluation. Int J Offender Ther Comp Criminol 2018 Apr;62(5):1281-1299. doi: 10.1177/0306624X16676100.
- [4] Puccia A., Balzanelli S., Barlatti S., Bardi M., Corbari E. HKT-R. Assessment della recidiva violenta. Manuale metodologia ed efficacia. Ediz. italiana, inglese e olandese Copertina rigida – 15 dicembre 2016 di A. Puccia (a cura di)
- [5] Kay S., Wolkenfeld F. and Murrill L. Profiles of aggression among psychiatric patients. I. 1998. Nature and prevalence. J Nerv Ment Dis 176(9), 539-546.
- [6] Catanesi R., Carabellese F., Valerio A., Candelli C. Malattia mentale e comportamento violento: la percezione degli psichiatri italiani, Quaderni Italiani di Psichiatria, 2004, 23, 117-24.



- [7] [Margari F.](#), [Matarazzo R.](#), [Casacchia M.](#), [Roncone R.](#), [Dieci M.](#), [Safran S.](#), [Fiori G.](#), [Simoni L.](#) Italian validation of MOAS and NOSIE: a useful package for psychiatric assessment and monitoring of aggressive behaviours. [EPICA Study Group](#) Int J Methods Psychiatr Res. 2005; 14(2):109-18. doi: 10.1002/mpr.22.
- [8] Morosini P., Magliano L., Brambilla L. Test VADO- Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi, Erikson, 2003
- [9] Regolamento Regionale n.18, Settembre 2014, in Bollettino ufficiale della Regione Puglia
- [10] Spreen M., Brand E., Horst P., Puccia A., Bardi M., Bogaerts S., Manuale metodologia ed efficacia HKT-R, Assessment della Recidiva Violenta, 2017
- [11] Ventura J., Green M., Shaner A. & Liberman R. Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: 'The drift busters'. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 1993, 3, 221–244.

# A SAFE PLACE TO GO MAD. Analisi dello spazio in riabilitazione psichiatrica

*Di Sofia Ferri\**

## **Abstract**

*Abstract: The aim of these work is to demonstrate that settings are very important in rehabilitation. It is necessary to keep an eye on the background when an activity is in process, same as an individual or collective intervention. These ideas were studied through a semi-structured interview of 15 patients and 15 workers, that reveals six categories. Those categories could be such a recipe for the best psychiatric structure of ever: hospitality, sharing, support, protection, enough space for rehabilitation activities and outdoor space. Even a small experiment was done in the psychiatric ward: a spatial redevelopment of the Club House.*

“A safe place to go mad”, letteralmente “un posto sicuro in cui impazzire”, vuole essere prima di tutto una provocazione e uno spunto di riflessione verso il mondo in cui viviamo. L’imbattersi in una malattia mentale o soffrire di un disturbo psichico al giorno d’oggi è ancora motivo di vergogna, e soprattutto è causa di esclusione sociale del soggetto malato. È necessario quindi creare un mondo in cui insieme alla libertà di espressione e di parola si possa godere anche della libertà di “diventare matti”, che va di pari passo con il diritto ad una cura, e quindi alla possibilità di migliorarsi, riprendersi e riappropriarsi della propria vita. Seguendo il filo di questo pensiero, ci si ritrova a considerare quali sono i pilastri dell’esistenza dell’uomo, tra i quali emerge lo spazio. Esso è, come affermato dal grande architetto e urbanista Le Corbusier, “la prima prova della nostra esistenza”, poiché occupiamo noi stessi uno spazio. La sola esistenza provoca perciò una relazione, che sia quella tra due corpi, oppure quella tra corpo e spazio; perché se è vero che è possibile comunicare solo con il corpo, è altrettanto vero che è possibile comunicare solo attraverso l’ambiente. Molto spesso le caratteristiche ambientali di un luogo danno origine al comportamento che vi adottiamo. Questo continuo circolo di influenza reciproca tra individuo e ambiente crea quello che per ogni persona è il proprio spazio vissuto, ovvero l’insieme di significati e sensazioni che si legano al luogo in cui vengono sperimentati. La componente spaziale costituisce quindi un elemento fondamentale anche per la memoria, come affermato da Herman Hesse “un ricordo ha bisogno di essere fissato e localizzato nello spazio, perché possa essere rievocato”. Credo che nessuno di noi possa trovare nella propria mente un ricordo che non sia strettamente legato ad un luogo.

Il parametro spaziale acquista una particolare importanza per il malato psichiatrico, poiché nella patologia spesso è presente una dispercezione dell’ambiente in cui egli si trova, rendendo quindi il vissuto del paziente distorto rispetto alla realtà. Risultano evidenti i motivi per cui la considerazione dell’ambiente sia rilevante ai fini della riabilitazione dell’utente, che spinge ad una riflessione sulle strutture investite di questo ruolo. In precedenza, la struttura designata alla custodia e alla cura del

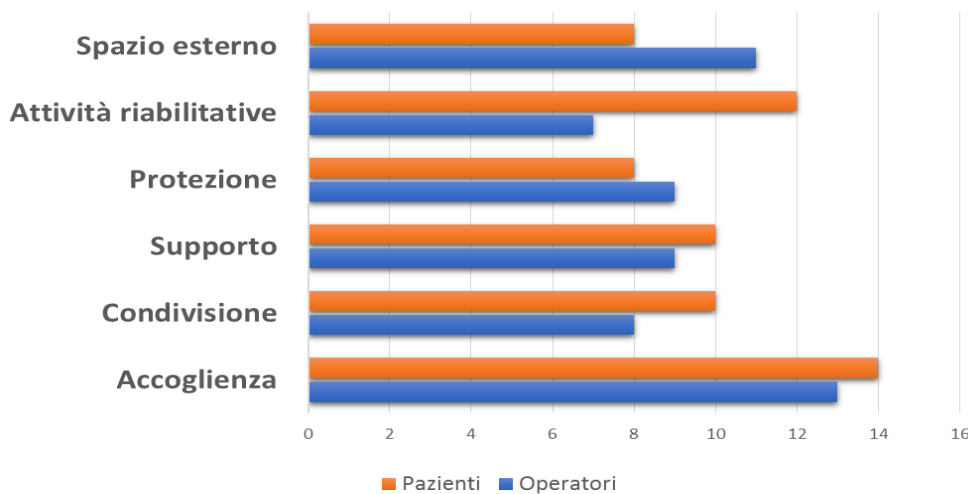
malato mentale era il Manicomio, un'istituzione che creava emarginazione, isolamento e che ha incentivato la stigmatizzazione del paziente psichiatrico. Nonostante ciò, questo tipo di istituzioni erano spesso progettate considerando che alcune caratteristiche dell'ambiente potessero portare effettivo giovamento a coloro che vi venivano ricoverati. Solo col tempo si è arrivati alla conclusione che l'integrazione è il miglior modo di aiutare il malato psichiatrico a riacquisire tutto ciò di cui ha bisogno. È quindi tramite questa nuova ideologia che si sono andate creando quelle che sono le attuali strutture psichiatriche, che si basano sul concetto di integrazione del malato con l'ambiente esterno, insieme ad un continuo contatto con la società. La rete sociale è ormai parte costitutiva del lavoro di riabilitazione e reinserimento sociale del paziente nel più alto grado possibile di autonomia.

### La Ricerca

Le riflessioni di cui sopra si sono tradotte in un'indagine qualitativa di alcune strutture dell'ASST Papa Giovanni XXIII nelle quali ho frequentato il mio tirocinio professionalizzante, nello specifico: Centro Diurno psichiatrico (Monterosso), Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (Boccaleone), Comunità Protetta a Media Assistenza (Loreto).



Utilizzando interviste semi-strutturate apposite sono stati intervistati rispettivamente 15 pazienti e 15 operatori, alcuni dei quali hanno frequentato/lavorato anche più strutture tra quelle considerate, ed hanno potuto fornire il loro parere insieme a considerazioni dei punti di forza e punti deboli di ognuna. Chiaramente le strutture non sono completamente confrontabili, in quanto alcune differenze si rifanno agli obiettivi specifici di ciascuna, fornendo anche interventi riabilitativi a diversi livelli di intensità. È tuttavia possibile riconoscere alcuni punti di intersezione sui quali i partecipanti hanno potuto esprimere il loro parere. Le categorie che sono emerse sono visibili nel grafico sottostante.



La domanda-chiave, che è stata posta a tutti gli intervistati “Quali sono gli aspetti più importanti di una struttura riabilitativa?”, raccoglie i punti focali della ricerca. Infatti le risposte possono rappresentare, idealmente, la ricetta per la struttura riabilitativa psichiatrica ideale.

- L’Accoglienza; per cui il luogo debba riflettere un ambiente familiare, aperto a tutti e favorevole ad accogliere ogni tipo di persona vi si presenti. Questo fattore è estremamente importante per la fase iniziale di approccio con il paziente, che nel momento in cui si sente accolto avrà meno difficoltà e ansia nel relazionarsi sia con gli operatori che con gli altri utenti.
- La Condivisione; caratteristica che prevede la creazione di un ambiente sociale, che rispecchi al suo interno il più possibile un ambiente reale di interazioni, relazioni ed aiuti il loro mantenimento.
- Il Supporto; è considerato fondamentale dagli operatori da fornire agli utenti, i quali necessitano di sentirsi appoggiati, aiutati e sostenuti durante tutto il loro percorso.
- La Protezione; attraverso la realizzazione di un ambiente che rifletta somiglianze strette a quello esterno, ma allo stesso tempo protetto, per poter sperimentare, mettere alla prova ed allenare le proprie abilità e comportamenti.
- Lo spazio adeguato in cui svolgere le attività riabilitative; avendo uno spazio fisicamente sufficiente per il numero di utenti partecipanti rispetto all’attività che si vorrebbe svolgere in modo da poter fornire loro i propri spazi personali e ridurre la quota d’ansia già normalmente presente durante lo svolgimento di alcune attività.
- Uno spazio all’aperto che sia parte integrante della struttura; fattore evidenziato dalla quasi totalità degli operatori intervistati, questo spazio è necessario perché possa essere utilizzato sia per le attività riabilitative, sia come valvola di sfogo degli stessi pazienti che spesso necessitano di una pausa o di un momento personale per poi tornare disponibili allo scambio; uno spazio esterno potrebbe aumentare e migliorare la tenuta dei pazienti all’interno della struttura riabilitativa.

Successivamente all’individuazione e alla stesura delle categorie ci si è soffermati soprattutto su due aspetti importanti che sono emersi durante le interviste. Da parte degli operatori alla domanda “trovi stimolante l’ambiente in cui lavori?”, se pur con parole diverse, ci sono state solo risposte positive. Questo perché nonostante le criticità evidenti del luogo di lavoro, gli operatori non le considerano limitanti, ma piuttosto si sentono motivati a sfruttare tutte le risorse aggirando le problematiche. Una dimostrazione si può leggere nella risposta di una delle infermiere del Centro diurno che afferma “Il luogo in sé, sì! Ma ricordiamo che se il posto è piccolo e ci siamo stretti, si può sempre aprire la porta e uscire!”. Da parte dei pazienti si ritrova invece una disparità rispetto al tempo di presa in carico dalla struttura, per essere più chiari: i pazienti in carico da meno tempo trovano più semplice appuntare le criticità e i vantaggi dell’ambiente, mentre i pazienti in carico da più/molto tempo trovano quasi sempre che vada bene tutto esattamente così com’è. La riflessione che è stata fatta nei confronti di questa informazione è indirizzare le strutture ad un continuo rinnovo e cambiamento, per non incorrere nella facilitazione della cronicizzazione dell’utente, cui il malato psichiatrico è particolarmente soggetto. Riassumendo si può concludere che il difficile compito di queste strutture è di cercare di creare un ambiente accogliente, familiare, supportivo e protetto che faciliti la relazione con il paziente, ma allo stesso tempo deve mantenere un grado di cambiamento che permetta al paziente di essere continuamente stimolato a rimettersi in gioco.

## **Esperienza di riqualificazione spaziale in SPDC**

Questa parte della ricerca è stata svolta all'interno del reparto di post-acuzie del Servizio di diagnosi e di cura dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Durante gli ultimi mesi di tirocinio è stato accordato il permesso di svolgere nella sala adibita alla televisione un'attività di tipo occupazionale gestita dai tirocinanti tecnici di riabilitazione psichiatrica. La proposta nasce dall'osservazione del reparto, che viene vissuto dai pazienti come estremamente limitante e poco stimolante. Nei tempi di permanenza, relativamente brevi, che gli utenti trascorrono in reparto si ritrovano innumerevoli momenti di stallo, momenti vuoti che lasciano la mente troppo libera di vagare in pensieri per lo più spiacevoli rispetto al motivo del ricovero e alle preoccupazioni per ciò che succederà in futuro. Si intravede la necessità di queste persone di avere un momento di libero sfogo per dare voce alla loro interiorità, per poter sospendere una continua monotonia fatta di colloqui, sigarette, terapia e tempi perfettamente scanditi. L'attività proposta e approvata consiste nello svolgere un gruppo creativo insieme ai pazienti presenti in reparto con l'utilizzo di musica e materiale da pittura/disegno, due volte a settimana dalle 15.30 alle 16.30. L'orario è stato scelto in base alle esigenze del reparto (evitando quindi il momento della terapia, dei pasti o di altre mansioni ospedaliere) e quelle dei pazienti, che nelle conversazioni avevano evidenziato il pomeriggio come il più lento e interminabile della giornata. L'attività si svolge nella sala della televisione anche detta 'Club House' per un preciso intento di riqualificazione, poiché quella che doveva essere la sala fulcro di incontri e scambi tra gli utenti non era altro che una sala tenuta sempre buia con qualcuno che guarda la televisione o che dorme sui divanetti della stanza. Durante il gruppo ci si può esprimere liberamente senza esserne obbligati, tramite il disegno e i colori, attraverso le parole durante il momento del commento, concludendo poi con un momento di rilassamento. Vi è stato grande apprezzamento da parte di molti utenti che hanno potuto sospendere i loro pensieri, hanno potuto mettere su carta le loro preoccupazioni e anche dimenticarsi per un momento di quello che gli stava capitando. In questo modo la Club House ha assunto un nuovo ruolo, è diventata un luogo in cui sentirsi liberi di esprimersi, un ambiente che facilita lo scambio. Tutto questo anche grazie all'allestimento di preparazione al gruppo, in cui tutte le luci vengono accese, i tavoli sono uniti e ricoperti di carta sulla quale disegnare, e le sedie tutte intorno che suggeriscono coesione e favoriscono l'interazione.



Durante lo svolgimento di questo progetto è stato immediatamente chiaro quanto gli utenti traessero giovamento dall'attività, anche solo rimanendo all'interno senza partecipare attivamente. Il nuovo ruolo della stanza divenne tale proprio grazie ai pazienti che avevano partecipato al gruppo: "la stanza non sembra neanche più la stessa", "ma si andiamo di là, nella stanza dell'attività". In questo modo si è potuto rispondere alle esigenze di coloro che spesso chiedono semplicemente qualcosa da fare, per potersi concentrare su altro che lo distolga dal momento di vita difficile che sta vivendo. La possibilità di vivere l'esperienza del reparto in maniera più piacevole, sentendosi ascoltati e supportati invece che

semplicemente limitati e malati potrebbe portare ad un miglioramento più rapido, ad una maggiore fiducia nel lavoro di medici e operatori per il benessere dell'utente.

### **Conclusioni**

Questa è una piccola dimostrazione di come solo una piccola modifica nell'ambiente possa produrre un così grande cambiamento, oltre che alla necessità, a mio parere, di proporre una figura (possibilmente un tecnico di riabilitazione psichiatrica) a disposizione del paziente all'interno del reparto.

Questa ricerca ha messo in luce l'importanza dell'ambiente in cui le persone vivono, interagiscono e in cui si curano. In ambito di riabilitazione psichiatrica e psicosociale la familiarità e la creazione di un'ambientazione poco ansiogena, accogliente e protetta è fondamentale per l'interazione e la relazione da costruire con il paziente al fine di ottenere dei risultati. Questo non significa che vi siano dei parametri fissi, complessi e rigidi nell'ambientazione di una struttura o di una stanza in cui svolgere un'attività di tipo riabilitativo, ma è sufficiente un riguardo per quello che può essere il rimando che il paziente riceve da quell'ambiente, permettendogli di fare le migliori esperienze possibili. Il valore della sperimentazione è uno strumento unico e insostituibile nel lavoro di riabilitazione, e per questo non credo che vi sia miglior modo di imparare a stare al mondo che esperirlo continuamente.

*\*Tecnico della riabilitazione psichiatrica, CRM Casa del Bosco di Ugnano, Cooperativa Biplano, Laureata in Psicologia Clinica.*

# Il corpo non mente. Riscoprire se stessi attraverso il movimento nella danzaterapia e nello sport

*Di Nadia Pezzera\**

## **Abstract**

*The aim of this work is to demonstrate how psychiatric rehabilitation through body movement can lead to improvements and a greater level of well-being to those suffering from psychiatric disorders. In particular, the therapeutic potential of movement is investigated in two body mediation techniques, taking as a sample the volleyball group and the dance therapy group. The research was conducted through the administration of a semi-structured interview to 13 patients to understand their point of view about performed activity, and through the LOFOPT evaluation grid which allowed to consider 9 relevant elements in the two sample groups. The 9 elements refer to the skills and abilities of movement both on physical and expressive level, and to the ability to relate to other members of a group or of the team.*

“Il corpo non mente” è nato dall’idea di giocare sull’ambiguità semantica della parola “mente”, a sottolineare sia il collegamento tra la mente e il corpo, sia l’aspetto fondamentale del corpo come mezzo di comunicazione diretta e autentica che nella sua espressività è sempre schietto e non menzognero.

Il linguaggio del corpo è automatico e involontario, strettamente a contatto con l’emozione, con quanto la persona sente e vive, con il suo stato d’animo e il suo mondo interiore.

Proprio perché quanto noi manifestiamo con il corpo ha a che fare con le nostre emozioni e i nostri vissuti, esso può diventare il luogo in cui vengono espresse la sofferenza, i problemi, le difficoltà, le tensioni, e il luogo in cui si può osservare la manifestazione della patologia, come nel caso delle malattie psichiatriche.

Coloro che hanno un disturbo psichiatrico esprimono il loro disagio attraverso il corpo che molto spesso non viene percepito come proprio. Non vengono percepiti i limiti del proprio corpo, il dentro e il fuori, come nel caso della schizofrenia; oppure, come nella depressione, il corpo è privo di energia e vitalità, è fisso, rallentato, o, al contrario, nella mania esso è sempre in movimento, in frenesia, non è mai stanco, perde la sua oggettività.

Visto che il corpo è espressione del disagio psichico, in riabilitazione psichiatrica è importante lavorare sulla e a partire dalla dimensione corporea, facendo sì che i pazienti possano migliorare la loro consapevolezza e capacità di percepire il proprio corpo, in modo tale che possano riscoprirsi e

riacquisire abilità, in particolare abilità relazionali, poiché il corpo permette di entrare in contatto con gli altri.

Per far sì che il paziente migliori la sua relazione con gli altri e con il mondo occorre lavorare sul corpo per renderlo consapevole delle parti del Sé che vengono distorte e rinnegate e per imparare a rivalutare le proprie emozioni, sentimenti e bisogni, utilizzando il movimento e il contatto. Infatti elemento fondamentale attraverso cui il corpo comunica e si rivela è il movimento, mediante il quale i pazienti possono riscoprire sé stessi come unità e sé stessi in relazione con altri, ma distinti dagli altri.

Ho deciso di svolgere la mia ricerca proprio sull'utilizzo e sul potenziale terapeutico del movimento del corpo in due tecniche a mediazione corporea differenti (danzaterapia e uno sport di squadra come la pallavolo) per provare a evidenziare se effettivamente esse possono portare ad un miglioramento del benessere di coloro che soffrono di disturbi psichiatrici.

La ricerca è stata svolta valutando e osservando per tre mesi i pazienti che partecipano al Gruppo Danza presso il Centro Diurno in via Tito Livio e al Gruppo Volley presso il Day Care e LAB di Boccaleone, entrambi appartenenti all'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII.

### **Il campione della ricerca**

- Il gruppo danza (5 partecipanti): prevede una prima fase di riscaldamento, necessaria per sciogliere le articolazioni, rinforzare i muscoli, assumere una giusta postura, migliorare l'equilibrio, la coordinazione e la memoria; la seconda fase è dedicata al lavoro creativo durante la quale la conduttrice fornisce al gruppo delle consegne oggettive senza una particolare connotazione in modo da favorire la massima libertà di sperimentazione e di espressione; su ciascuno stimolo i pazienti dopo aver sperimentato, esplorato, improvvisato, fissano in un movimento o in una forma del corpo ciò che lo stimolo ha suscitato in loro; a turno poi il risultato della sperimentazione viene mostrato agli altri componenti del gruppo che, dopo averlo osservato, lo ripetono e lo sperimentano dapprima così come è stato creato e successivamente lo possono modificare con un tempo e un'energia diversi, modificandolo sulla base di ciò che essi sentono.
- Il gruppo volley (8 partecipanti): prevede un incontro settimanale in palestra, in questo spazio viene svolta l'attività prettamente fisica e si costituiscono piccoli alvei relazionali in cui i pazienti si sentono liberi di esprimersi attraverso un oggetto comune e condiviso di discussione come il gioco della pallavolo. Durante l'allenamento si susseguono più fasi: all'inizio si corre attorno al campo di pallavolo per riscaldare e attivare i muscoli. Dopo questa fase di riscaldamento si fa stretching per l'allungamento muscolare, per la prevenzione degli infortuni, infatti maggiore allungamento ed elasticità implicano una maggiore ampiezza dei movimenti e maggiore forza. Dopo lo stretching si passa agli esercizi a coppie per acquisire i gesti tecnici (bagher, palleggio, attacco, battuta), con i quali i pazienti migliorano la propria coordinazione e la consapevolezza delle parti del corpo che devono muovere. I movimenti e i gesti proposti con l'esercizio vengono ripetuti parecchie volte in modo che i pazienti possano capire come muoversi, quanta forza mettere, a che velocità spostarsi, si tratta di un lavoro di controllo del proprio corpo. Gli esercizi vengono svolti a coppie per creare rapporti di fiducia tra compagni e per creare il clima di collaborazione che ci deve essere nella squadra. Infine vi è la fase di gioco in cui si dividono in due gruppi: in questa fase viene stimolata la cooperazione, il sostegno tra i giocatori, l'essere squadra.



## Note metodologiche

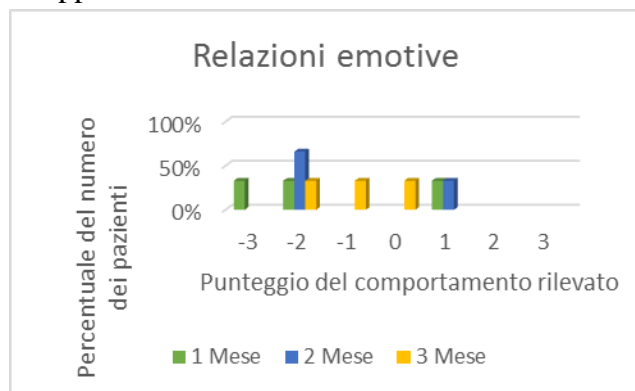
Per svolgere l'indagine si è deciso di utilizzare un'intervista semi-strutturata che aiuti a comprendere il punto di vista del paziente riguardo l'attività svolta, il suo grado di soddisfazione e la sua percezione circa un miglioramento del proprio benessere. (In appendice una tabella con le domande)

Per oggettivare le osservazioni e fare una valutazione adeguata è stata utilizzata la griglia LOFOPT (Louvain Observation Scale for Objectives in Psychomotor Therapy), che ha permesso di considerare nove elementi (relazioni emotive, sicurezza nelle proprie abilità, partecipazione attiva, rilassamento, controllo del movimento, attenzione sulla situazione, espressività nel movimento, comunicazione verbale, controllo sociale). Essi hanno un significato rilevante nei due gruppi campione poiché si riferiscono sia alle abilità e capacità di movimento tanto a livello fisico che espressivo, sia alla capacità di relazionarsi agli altri membri del gruppo o della squadra. Ogni obiettivo viene valutato su una scala a sette punti tra -3 e +3. Agli estremi sono indicati l'eccesso e l'assenza del comportamento osservato, mentre la posizione zero indica un comportamento nella norma. (In appendice è riportata una tabella con spiegazione delle diverse aree)

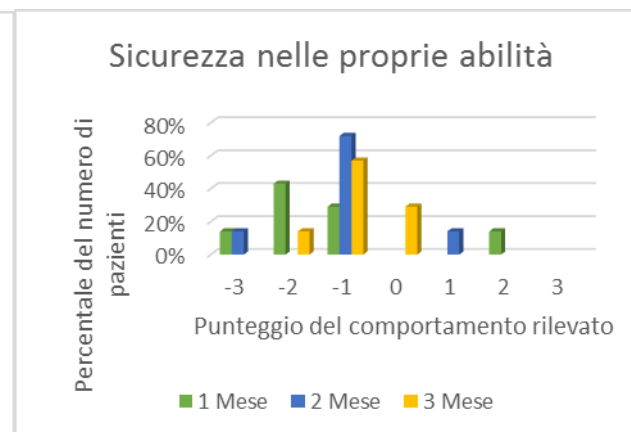
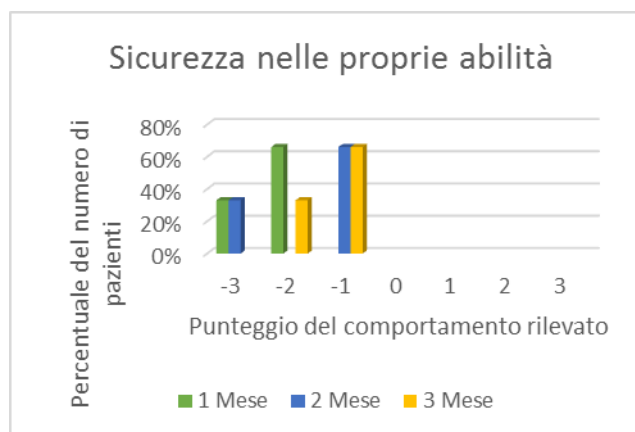
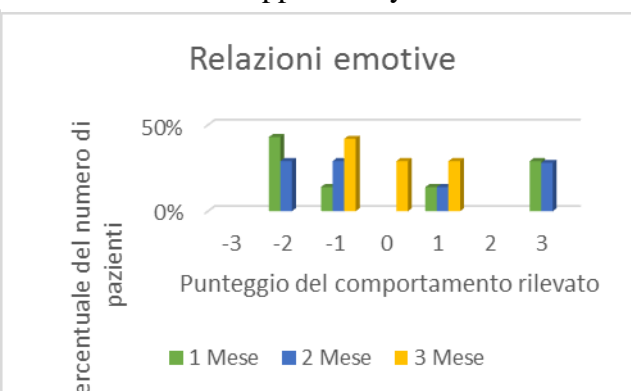
Nei grafici riportati in seguito vengono messe in evidenza quelle aree (tra le 9 considerate con la griglia di osservazione LOFOPT) in cui si nota un miglioramento nell'arco dei tre mesi, anche se lieve. Il miglioramento è dato dal fatto che i punteggi rilevati, man mano che passano i mesi si avvicinano sempre di più al valore 0, che è il punteggio che rispecchia il comportamento adeguato.

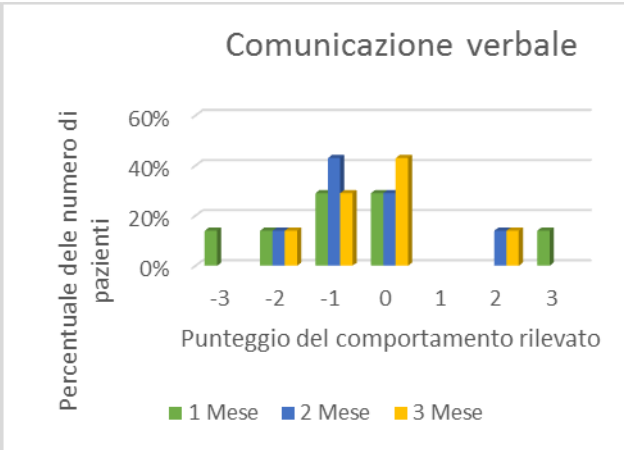
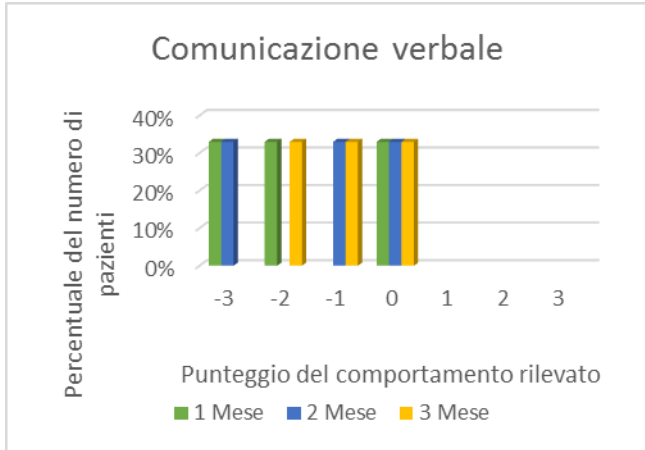
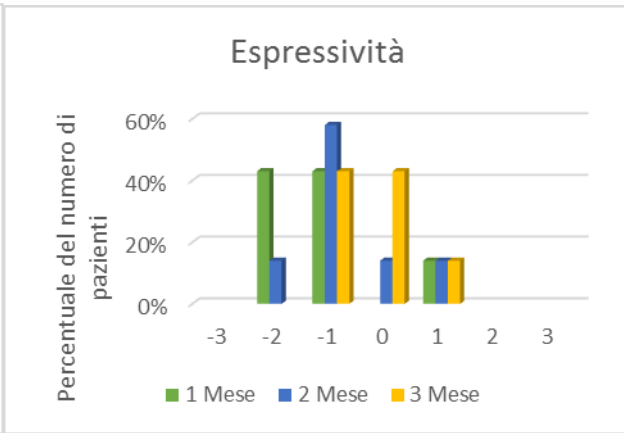
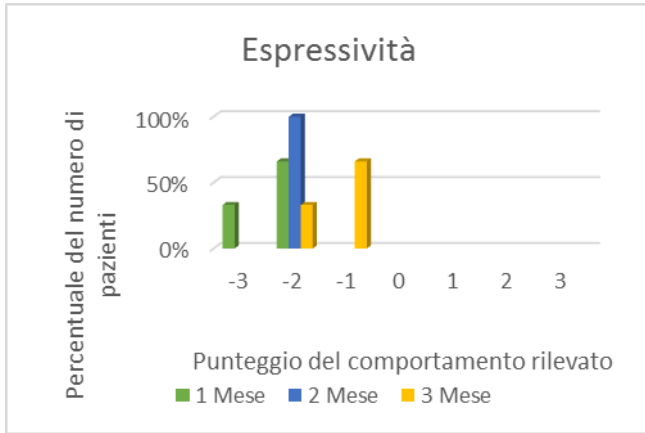
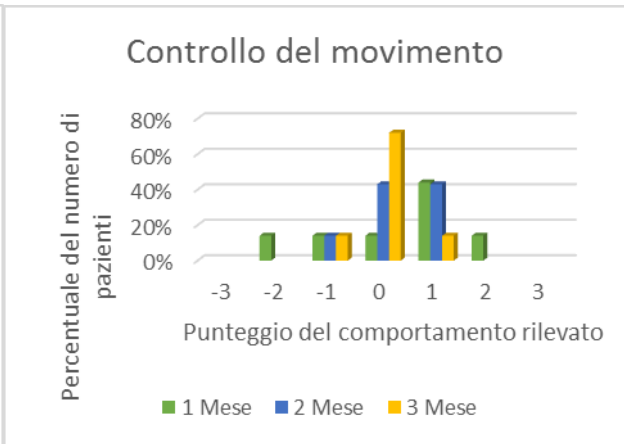
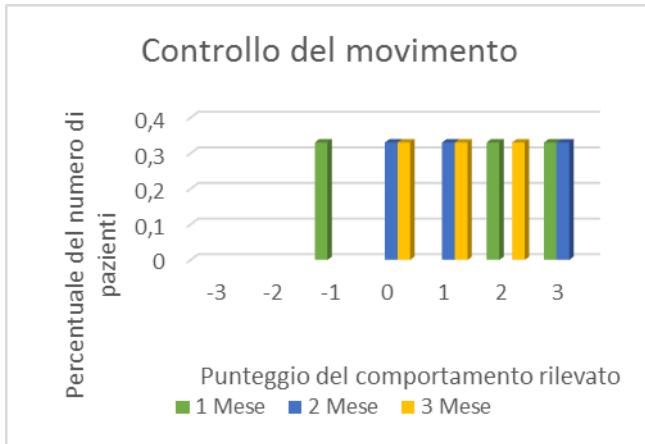
## Risultati della valutazione con la griglia LOFOPT

### Gruppo Danza



### Gruppo Volley





Facendo riferimento ai risultati ottenuti tramite la griglia di osservazione LOFOPT ci si rende conto che nell'arco seppur breve di tre mesi di osservazione e valutazione ci sono stati dei miglioramenti nelle aree considerate. Non c'è stato evidentemente un miglioramento così netto da far raggiungere al terzo mese il comportamento con punteggio 0, che è il comportamento corretto, ma si nota tuttavia una

tendenza di avvicinamento allo 0 dal primo al terzo mese, indice di un lieve cambiamento. Se effettivamente le attività che si basano sul movimento corporeo hanno effetto terapeutico e aumentano il livello di benessere della persona, generalizzando si può affermare che quanto rilevato in tre mesi può essere esteso sul lungo periodo (la riabilitazione psichiatrica infatti ha generalmente tempi lunghi) e ci si possono aspettare quindi cambiamenti anche notevoli.

Tabella comparativa

	DANZATERAPIA	SPORT DI SQUADRA (PALLAVOLO)
Relazioni emotive	Miglioramento graduale nelle relazioni con gli altri membri del gruppo e con il conduttore, più evidente nei pazienti che partecipano da più tempo, Marcello che partecipa da pochi mesi presenta maggiori difficoltà di relazione, anche se dopo tre mesi <u>risulta meno isolato</u> .	Miglioramento graduale nelle relazioni con i membri del gruppo e con il conduttore, anche se la maggioranza dei pazienti risulta lievemente isolata, rispetto all'inizio viene osservata una <u>maggiore interazione e coesione di gruppo</u> .
Sicurezza nelle proprie abilità	I pazienti presentavano all'inizio una forte svalutazione di sé e delle proprie abilità che è andata lievemente <u>migliorando nel corso dei tre mesi</u> , ma nessuno ha raggiunto un'adeguata sicurezza, poiché tutti <u>tendono a imitare i movimenti della conduttrice o degli altri partecipanti</u> .	Inizialmente c'era chi sopravvalutava sé stesso e chi si svalutava in modo più o meno intenso, in particolare Betta che aveva minor fiducia in sé stessa e nelle proprie capacità (partecipa da poco tempo, ciò può indicare che l'essere svalutativi ma in grado minore degli altri è dovuto ad un periodo di partecipazione al gruppo più lungo). Nell'arco dei tre mesi <u>si è visto un miglioramento, grazie anche al confronto con gli altri</u> .

Partecipazione attiva	In linea generale dal primo mese i partecipanti si sono impegnati attivamente, solo Marcello che partecipa da meno tempo aveva maggiori difficoltà ed era un inizialmente un po' passivo, ma <u>guardando gli altri partecipanti man mano è riuscito ad adeguarsi.</u>	Dall'inizio si è visto un'adeguata partecipazione al gruppo, solo Betta che partecipa da meno tempo aveva difficoltà ad entrare nel gioco di squadra e tendeva a "isolarsi" per paura di fare una brutta figura nel non riuscire a colpire la palla.
Rilassamento	Tutti i pazienti al primo mese erano tesi o molto tesi nell'eseguire i compiti motori, di volta in volta <u>sono riusciti a sciogliersi e al terzo mese tutti presentano un miglioramento,</u> anche se Federico e Marcello risultano ancora tesi, ma in un grado minore (rispetto al gruppo volley si lavora maggiormente sulla percezione del corpo e sul contatto tra corpi, sono esercizi differenti che richiedono un maggiore coinvolgimento emotivo).	All'inizio alcuni pazienti erano tesi o presentavano nervosismo nello svolgere gli esercizi, ma non in maniera esagerata, meno dei i pazienti osservati nel gruppo danza. Nell'arco dei tre mesi si è visto <u>il raggiungimento di uno stato di rilassamento adeguato da parte della maggioranza.</u>
Controllo del movimento	Poichè i pazienti erano molto tesi anche i movimenti risultavano controllati e trattenuti, poco ampi e precisi, spezzati e non fluidi e armoniosi, grazie alla ripetizione e al continuo riprovare nell'arco dei tre mesi si è visto <u>un miglioramento nella qualità del movimento.</u>	Questo aspetto è stato valutato sulla base della <u>capacità di dosare la propria forza e compiere i gesti tecnici in maniera più o meno precisa.</u> Quasi tutti quelli che all'inizio facevano movimenti incontrollati o, al contrario, avevano un controllo rigido dei movimenti <u>hanno raggiunto un controllo appropriato.</u>

Attenzione sulla situazione	La capacità di adattarsi alla situazione e il grado di concentrazione sono da subito stati buoni, solo Marcello inizialmente aveva un po' di difficoltà a concentrarsi.	Capacità che da subito ha avuto valutazioni positive, solo Pietro e Davide all'inizio faticavano a concentrarsi, mentre Ernesto si impegnava eccessivamente. Nell'arco dei 3 mesi hanno raggiunto un giusto coinvolgimento nel compito.
Espressività nel movimento	Lieve miglioramento nell'espressività attraverso il movimento, la postura, la mimica, nessuno dopo 3 mesi è stato valutato come espressivo, ma tutti rispetto all'inizio, quando erano totalmente inespressivi o in gran parte mancanti di espressività, <u>sono un minimo migliorati grazie al fatto che la danzaterapia entra profondamente in contatto con le emozioni del paziente e smuove la sua interiorità</u> così che si possa manifestare attraverso il movimento.	I risultati ottenuti indicano un miglioramento maggiore rispetto alla danzaterapia, ma bisogna tenere conto che gli aspetti valutati sono differenti: sono state valutate le reazioni di gioia, rabbia, tristezza e indifferenza durante il gioco in base a quanto accadeva, e la capacità di esprimerle nella giusta misura. Davide era lievemente eccessivo nell'espressione, mentre Betta e Alessio mancavano di espressività, nei 3 mesi sono migliorati.
Comunicazione verbale	Due pazienti, Federico e Marcello, non erano comunicativi ed erano tendenzialmente silenziosi, nell'arco dei tre mesi sono lievemente migliorati, hanno cominciato a <u>stabilire il contatto visivo e ad alzare il tono della voce quando interpellati</u> .	Alessio e Betta erano silenziosi e non comunicativi, mentre Pietro era tendenzialmente logorroico, gli altri hanno una comunicazione adeguata. <u>Alessio, Betta e Pietro sono migliorati, i primi hanno comunque difficoltà comunicative, mentre Pietro tende ad essere comunque lievemente logorroico.</u>

Controllo sociale	In linea generale tutti i pazienti hanno rispettato le regole e gli accordi presi sin dall'inizio.	All'inizio Davide e Fabio non sempre rispettavano le regole e i tempi prestabiliti, Davide si rifiutava di fare gli esercizi per allenare i gesti tecnici, Ernesto invece era lievemente ossessivo nel controllo, nei tre mesi sono migliorati.
Opinione dei pazienti	I pazienti hanno detto che la danzaterapia li aiuta a rilassarsi, a stare meglio e a scaricare le tensioni, inoltre hanno aggiunto e riconosciuto che "la danzaterapia aiuta a dire quello che a parole non si riesce", " <u>tira fuori le emozioni</u> ", a differenza di chi partecipa ad un gruppo sportivo <u>hanno sottolineato il diretto contatto con ciò che provano</u> . Hanno poi evidenziato l'importanza di un setting nel quale non c'è giudizio e si è liberi di muoversi come si vuole e insieme agli altri.	I pazienti hanno sottolineato l'importanza della dimensione di gruppo/squadra della pallavolo e <u>il gradimento dello stare con gli altri: "si gioca insieme e ci si diverte"</u> , " <u>almeno non sto a casa da solo</u> ". Come avviene anche nella danzaterapia è stato detto che lo sport e l'attività fisica aiutano a rilassarsi, a rilasciare le tensioni e "l'attività dà benessere". In entrambi i casi hanno detto anche che è un modo per scacciare momentaneamente i pensieri negativi.

## Conclusioni

I pazienti grazie all'attività svolta riconoscono man mano il proprio miglioramento e riducono l'autosvalutazione e aumentano la stima di sé. Il movimento migliora le capacità motorie, ma anche la capacità di autoregolarsi adattandosi alla situazione del momento, con conseguente miglior capacità di relazione. Come sottolineato dai pazienti nelle interviste la dimensione della relazione e dell'appartenenza ad un gruppo o a una squadra è fondamentale, uno dei motivi per cui partecipano volentieri è proprio il fatto di essere con gli altri, di divertirsi insieme e di non essere da soli: è proprio grazie al confronto con gli altri e a ciò che gli altri rimandano che i pazienti possono modificare la percezione e la conoscenza che hanno di sé stessi, aumentando la consapevolezza di sé.

Una maggiore consapevolezza di sé influenza anche un cambiamento nel proprio atteggiamento e nei comportamenti interpersonali, aumenta la capacità di controllo e di regolazione delle proprie emozioni

e di ciò che si prova in quel determinato momento, ragione per cui si è in grado di stabilire relazioni in maniera più adeguata.

L'indagine svolta ha dimostrato che lavorare sul corpo attivandolo e stimolando il movimento, di qualunque genere esso sia, permette di regolare anche il mondo interiore del paziente, in maniera differente e in modo più o meno intenso a seconda della tecnica utilizzata. Attraverso il movimento la persona acquisisce maggiori abilità e riscopre e percepisce il proprio corpo, impara a riconoscere i propri limiti e le proprie possibilità, che spesso vanno oltre a ciò che si pensa, e per questo influiscono sull'autostima; inoltre si ha la possibilità di scaricare le tensioni, di rilassarsi e di evadere per un po' dai pensieri negativi o dalle preoccupazioni della vita quotidiana.

Il corpo non mente perché è sempre testimone sincero, nella sua espressività, del percorso terapeutico intrapreso e dei relativi passaggi finalizzati ad una rinnovata comprensione di sé e alla rimozione di quelle corazze e difese che si sono sovrapposte nel corso della vita.

*\*Tecnico della riabilitazione psichiatrica, CRM Casa del Bosco di Ugnano, Cooperativa Biplano, laureanda in Psicologia Clinica e Neuropsicologia nel Ciclo di Vita*

## SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL GRADIMENTO DEI PAZIENTI RISPETTO ALL'ATTIVITA' PROPOSTA

Sesso: M F

Numero mesi/anni di partecipazione all'attività:

Le piace l'attività proposta?

- SI
- NO

Perché? .....

Come si sente prima/ all'inizio dell'attività?

- |                                  |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Felice     | <input type="radio"/> Arrabbiato | <input type="radio"/> Pensieroso |
| <input type="radio"/> Rilassato  | <input type="radio"/> Triste     | <input type="radio"/> Attivo     |
| <input type="radio"/> Tranquillo | <input type="radio"/> Agitato    | Altro                            |

Come si sente durante l'attività?

- |                                  |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Felice     | <input type="radio"/> Arrabbiato | <input type="radio"/> Pensieroso |
| <input type="radio"/> Rilassato  | <input type="radio"/> Triste     | <input type="radio"/> Attivo     |
| <input type="radio"/> Tranquillo | <input type="radio"/> Agitato    | Altro.....                       |

Come si sente alla fine dell'attività?

- |                                  |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Felice     | <input type="radio"/> Arrabbiato | <input type="radio"/> Pensieroso |
| <input type="radio"/> Rilassato  | <input type="radio"/> Triste     | <input type="radio"/> Attivo     |
| <input type="radio"/> Tranquillo | <input type="radio"/> Agitato    | Altro.....                       |

Come trova l'attività?

- Facile
- Adeguata
- Difficile
- Molto difficile

Perché?

Ha delle difficoltà durante l'attività?

- SI Quali? In che esercizio?
- NO

Se dovesse definire, in breve, cosa è per lei o cosa fa per lei questa attività, cosa direbbe?



Relazioni emotive	Grado con il quale il paziente, in base alla situazione, può stabilire relazioni emotive con gli altri membri del gruppo e con il conduttore.
Sicurezza nelle proprie abilità	Grado con il quale il paziente si muove indipendente dagli altri, senza svalutarsi e in modo non ansioso
Partecipazione attiva	Grado con il quale il paziente partecipa attivamente alle situazioni di movimento
Rilassamento	Grado con il quale il paziente osserva o esegue compiti motori senza eccessiva tensione muscolare o nervosismo
Controllo del movimento	Grado con il quale il paziente si muove tranquillamente, può controllare il proprio corpo e regolare gli sforzi
Attenzione sulla situazione	Grado con il quale il paziente può tenere in considerazione la situazione ed adattarsi ad essa, ed esprime il grado di concentrazione e di tensione verso il compito assegnato
Espressività nel movimento	Grado con il quale il paziente esprime o non esprime qualcosa attraverso i suoi movimenti, posture od espressioni facciali
Comunicazione verbale	Grado con il quale il paziente può stabilire contatti verbali significativi con il terapeuta e con gli altri pazienti
Controllo sociale	Grado con il quale il paziente è in grado di rispettare determinati accordi, regole di comportamento e regole di gioco

# 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'innescare 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 psichiatrici 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



# La Pandemia SARS-COV2: tra diritti, salute e sicurezza

*Di Carlo Scovino\*, Martina Viola\*\**

## **Abstract**

*The pandemic born from the appearance of Sars-Cov2, declared by OMS in March 2020, led to a radical change in every person's life. This article tells about the health condition during and after the widespread of pandemic and it talks on how health services have responded.*

*In particular, the article tells the effects that this emergency has been having on one of the most fragile population in our society from the psychological, social and psychiatric point of view: people with mental health problems.*

Dal mese di febbraio 2020 la vita di milioni di persone è stata stravolta dalla comparsa di Sars-Cov2. Lo stato di pandemia è stato dichiarato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità l'11 marzo 2020 a causa della diffusione del virus a livello globale; questo stato di emergenza ha costretto gli individui a cambiare, temporaneamente, le loro abitudini e ha portato ad una limitazione della libertà di ciascuno, richiedendo di stare a casa, di uscire solo per vere e comprovate necessità, di limitare i contatti ravvicinati e di non incontrarsi in gruppo, con lo scopo di ridurre la diffusione del contagio. Nei giorni dell'emergenza, del lockdown, delle migliaia di morti e di una condizione di paura ed incertezza generalizzata sembrava che l'umanità intera sarebbe stata spazzata via.

Alcuni dei provvedimenti presi per limitare la diffusione del contagio hanno avuto un forte impatto su alcuni servizi essenziali, alterando le modalità e le opportunità di accesso ad essi. La chiusura delle scuole di ciascun ordine e grado e delle università, l'interruzione dei servizi per persone senza fissa dimora, lo sbarramento delle porte del sistema di accoglienza, la mancata attuazione di forme di tutela specifiche per le persone con disabilità sono solo alcuni esempi. I servizi socio-sanitari culturali sono stati costretti a ripensarsi in altre veste ed approvare nuove modalità metodologiche. Il lockdown ha rallentato tutte le attività sanitarie non connesse alla cura di pazienti affetti da Covid-19, tra cui quelle erogate dai servizi che si occupano della salute mentale. Il primo studio al mondo sulle conseguenze psicopatologiche correlate allo stress dovuto dalla pandemia in individui affetti da disturbi mentali importanti è stato condotto dall'Università Federico II di Napoli e pubblicato sulla rivista Psychological Medicine [1]. Questo studio ha messo alla luce che le persone affette da disturbi mentali

hanno manifestato un disagio correlato alla pandemia molto più grave rispetto al resto della popolazione a causa di maggiore stress, ansia generalizzata e sintomi depressivi tali da poter portare allo sviluppo di una sintomatologia severa. Lo studio aggiunge anche che la situazione si aggrava laddove le condizioni socio-economiche sono più complesse. I diversi servizi sanitari che si occupano di salute mentale hanno cercato con metodi innovativi di garantire il follow-up da remoto degli utenti presi in carico, così da monitorare in modo continuativo le loro condizioni di salute mentale. Il Servizio di Psichiatria e Psicologia di Napoli diretto da Andrea Bartolomeis ha creato un vero e proprio Ambulatorio Virtuale di Psichiatria e Psicologia che ha sfruttato il monitoraggio attraverso la telemedicina. Naturalmente è importante che questi soggetti vengano monitorati non solo dal punto di vista sanitario ma anche da quello psicologico, sociale ed economico. Il CPS di zona 4 dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano ha svolto questo lavoro di follow-up attraverso chiamate di monitoraggio costanti e continuative ai pazienti presi in carico per monitorare le loro condizioni di vita e la eventuale mancanza dei beni di prima necessità, coinvolgendo nel sostegno di questi soggetti le associazioni presenti sul territorio. Il nostro Dipartimento ha attivato il servizio di psicologia per i familiari che avevano perso i congiunti a causa del Covid-19, uno spazio di "primo soccorso" psicologico che prevede un aiuto umano, di sostegno e psicologico a queste persone.

Molto dibattuto è stato il tema riguardante il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione italiana, il quale stabilisce che *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*.

Ad essere tutelato, dunque, non è unicamente il cittadino ma l'individuo. Ciò implica che tutti siamo tutelati e dobbiamo tutelare tutti. L'accesso a questo diritto fondamentale è stato ostacolato dalla revisione delle modalità di fruizione di tanti servizi essenziali non sempre sufficientemente rapida o chiara nelle indicazioni fornite. Soprattutto, come spesso accade, i gruppi più marginalizzati sono anche quelli che più a fatica riescono a usufruire del servizio sanitario e a vedere garantiti, per la propria persona, quegli standard igienico-sanitari essenziali la cui sussistenza è cruciale in caso di epidemie, per poter salvaguardare la salute del singolo e quella pubblica. La marginalità sociale ci conduce a un altro grande tema: quello dello svantaggio socioeconomico. Le sacche di povertà già presenti si sono allargate arrivando a includere persone che, fino a pochi mesi fa, non avevano bisogno di chiedere aiuto. Si è allargata la forbice della disuguaglianza e il bacino di individui vulnerabili si è esteso, ampliando la platea di coloro che sono più esposti al rischio di discriminazione che si è realizzata attraverso la difficoltà o l'impossibilità di accesso ai servizi sociosanitari.

Tra i casi più emblematici, raccolti anche da Amnesty International, l'esclusione di alcune fasce di popolazione dall'assistenza alimentare offerta dalle amministrazioni cittadine, la mancata disposizione di risposte rapide – anche solo temporanee – all'emergenza abitativa per far fronte ai rischi sanitari posti da determinati contesti residenziali, la sospensione dell'accesso dei centri diurni per le persone senza dimora, la chiusura delle porte dei centri di accoglienza anche in entrata e la previsione della quarantena a bordo dei natanti per i rifugiati e i migranti soccorsi nel Mediterraneo. Amnesty International ha raccolto anche dei dati riguardanti gli operatori sanitari che hanno contratto il Covid-19: durante la "prima ondata" di questa pandemia (da marzo 2020 a ottobre 2020) sono stati più di 230.000 gli operatori sanitari che hanno contratto il virus e oltre 7000 quelli che sono morti, di cui 241 in Italia. Inoltre, in almeno 31 paesi gli operatori sanitari hanno protestato pubblicamente per le condizioni di lavoro inappropriate a fronteggiare l'emergenza in totale sicurezza. [2]

Parlando di salute, come afferma l'Organizzazione Mondiale della Sanità, non ci riferiamo soltanto alla salute fisica ma al complessivo stato di benessere fisico, psicologico e sociale [3]. In tema di benessere psico-emotivo, la situazione di lockdown ha messo in difficoltà in modo preponderante le famiglie di soggetti con disabilità a causa della mancanza di un supporto educativo diretto e della frustrazione negativa che ne deriva. Numerosi studi hanno rilevato che l'isolamento prolungato rappresenta un fattore di rischio per il declino funzionale e per lo sviluppo di malattie e disturbi, sia fisici che mentali, soprattutto depressione, ansia e ideazione suicidaria. Anche quando non determina gravi problemi di salute, l'isolamento tende comunque ad alimentare sentimenti negativi, come tristezza, insofferenza, irritabilità o rabbia, e comportamenti-problema, come esacerbazione delle stereotipie, aggressività o opposizione. Alcuni comportamenti possono aggravare i suddetti rischi da isolamento, come: - non comunicare con gli altri utilizzando tutte le tecnologie disponibili; - alterare i ritmi e le attività domestiche che invece sarebbe possibile mantenere invariate rispetto al periodo precedente l'isolamento; - trascorrere molto tempo al computer, a guardare la televisione o a giocare ai videogiochi; - evitare anche le poche e brevi uscite di casa ancora possibili; - dormire troppo o dormire in orari diversi da quelli abituali; - mangiare troppo o troppo poco (più raramente).

L'OMS ha definito l'emergenza Covid un'emergenza non prettamente sanitaria ma anche psichica, sulla scia di quanto espresso all'interno della Dichiarazione di Helsinki "*Non c'è salute, senza salute mentale*"; a lanciare l'allarme la Società Italiana di Psichiatria (SIP) che ha previsto un aumento di trecentomila pazienti, tra coloro che soffrono di ansia post-traumatica per i lutti, le perdite, il danno economico e l'incertezza per il futuro e persone che svilupperanno disturbi psichici che le porterà a fare richiesta di aiuto ai servizi di salute mentale [4].

Lo psichiatra Antonio Lasalvia, che nel corso della sua carriera si è occupato di studiare gli aspetti dello stigma e del pregiudizio in ambito psichiatrico, a fronte della pandemia ha affermato esso, in questo momento, è dato anche dal fatto che possano essere considerate dalla popolazione potenziali incontrollati vettori di infezione e contagio. [5] Anche la Cina lancia l'allarme rivolto alla condizione delle persone più fragili e vulnerabili della società, invitando ad ascoltare in modo attivo questa parte della popolazione in maniera tempestiva. [6]

Ad oggi non disponiamo ancora di una terapia specifica per la malattia, anche se allo Jenner Institute della Oxford University sono in corso i test al momento più avanzati in Europa. Pur nella consapevolezza dell'importanza di avere il vaccino in tempi brevi, è bene ricordare che la situazione non basta a giustificare scorciatoie pericolose che potrebbero essere intraprese per raggiungere l'obiettivo. Le conseguenze della produzione di un vaccino inefficace, nato unicamente dal voler accelerare i tempi, potrebbero essere dannose per le persone colpite e anche rischiare di riflettersi, come già accaduto in passato, sulla fiducia nei confronti delle altre vaccinazioni, con un effetto a catena che potrebbe provocare alla lunga un impatto peggiore.

Visto il periodo di pandemia che stiamo vivendo è assolutamente necessario garantire condizioni di serenità e continuità nell'esercizio della propria attività a chi si trova esposto in prima linea come gli esercenti e i professionisti sanitari (medici, farmacisti, infermieri, ecc.); i quali hanno pagato un tributo di vittime elevatissimo (forse il più elevato tra le categorie dei lavoratori) come precedentemente evidenziato dai dati pubblicati da Amnesty International.

Il professore universitario e direttore di una delle U.O.C. di psichiatria e psicologia clinica di Roma, Alberto Siracusano, parla dell'importanza di dotarsi di un nuovo lessico professionale che congiunga le grandi emozioni di preoccupazione, solitudine e separazione portate dalla pandemia con quelle che ci permettano di aumentare la nostra resilienza, legate alla libertà, alla fantasia e al confronto empatico [7].

Per rendere effettive le tutele proclamate sulla carta occorre invece agire in tante direzioni, sul piano normativo certamente, ma anche nei servizi, negli ospedali, nelle scuole, nelle università, e non da ultimo nelle aule di giustizia.

Alle categorie professionali che si occupano della salute, della cura, della formazione e della riabilitazione delle persone è chiesto di essere professionisti della resilienza, di non focalizzarsi sul problema facendosi inghiottire dalla paura e dalle preoccupazioni ma di considerare le nuove opportunità che potrebbero nascere dagli ostacoli.

Come afferma lo psichiatra R. Lezzi: *“Dobbiamo avere in mente diverse linee di condotta, da più prospettive. Diversi piani d'azione, così da non trovarci impreparati”*.

\*Referente Comparto CPS zona 4

\*\*Martina Viola - Educatrice Professionale

## SITOGRAFIA

[1] F.Iasevoli, M. Fornaio, G. D'Urso, D. Galletta, C. Casella, M. Paternoster, C. Buccelli, A. DE Bartolomeis, the COVID-19 in Psychiatry Study Group, *Psychological distress in patients with serious mental illness during the COVID-19 outbreak and one-month mass quarantine in Italy*, Cambridge University Press, 19/5/2020

[2] Amnesty International, trimestrale del 4/10/2020

[3] Organizzazione Mondiale della Sanità, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

[4] S. Millesi, *Non c'è salute senza salute mentale*, [www.vita.it](http://www.vita.it), 4/2020

[5] Yao H, Chen JH, Xu YF., *Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic*, Lancet Psychiatry 2020;7:e21.

[6] A. Lasalvia, *L'impatto dell'emergenza epidemiche sulle persone con problemi di salute mentale*, [www.psychiatryonline.it](http://www.psychiatryonline.it), 4/2020

[7] A. Siracusano, *Dal defusing al lessico della salute mentale*, [www.sopsi.it](http://www.sopsi.it), 4/2020

# Norme redazionali

Tutti i soci e i colleghi interessati possono inviare contributi da inserire nelle diverse rubriche in cui si articola la rivista. Al fine di conferire al periodico la massima ricchezza e omogeneità di contenuti le proposte di contributo devono essere di volta in volta concordate tra gli Autori e la Redazione.

**Gli articoli:** minimo 18000 massimo 27000 battute spazi inclusi.

**Ogni articolo deve contenere:**

Titolo

- Nome e Cognome
- Qualifica, Ente o Istituto di appartenenza
- Abstract in inglese
- Testo
- Eventuali note a piè di pagina
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 10 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1.CUMMINGS J.L., BENSON D.F.: *Dementia of theAlzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features. J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986.*

Nel corpo del testo indicare solo il numero corrispondente.

- Eventuali immagini devono essere già inserite come parte integrante del testo cui appartengono.

**Evitare tassativamente di inviare materiale con programmi diversi da Word.**

I contributi in formato Word vanno inviati al seguente indirizzo: bellacri@libero.it.

Un'ulteriore copia cartacea dovrà essere inviata a: Cristina Bellazzecca –c/o CPS via Tito Livio 2, 24123 – Bergamo.

Si prega di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.

Si ricorda inoltre che: dopo virgola, punto e virgola, punto, va lasciato uno spazio, mentre prima non va lasciato alcuno spazio. Per le frasi e le parole tra parentesi: (testo tra parentesi) e non ( testo tra parentesi ).

***I manoscritti non verranno restituiti.***