

luglio 2020

10

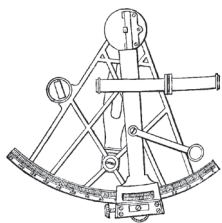
Sestante

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



ATTRAVERSO IL COVID-19 L'invisibile visibile nei servizi DSM-DP

Insieme anche durante il lockdown | Le comunità siano protagoniste delle politiche di prevenzione | Economia, società e salute mentale dopo l'emergenza COVID-19 | 1° Maggio 2020 | Monitoraggio impatto pandemia COVID-19 sui Servizi di Salute mentale e Dipendenze patologiche | Psicologia e COVID-19 | Servizi per l'autismo minori ai tempi del COVID-19 | Smart working in salute mentale | Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali | Le ragioni di un link "sociale" per i percorsi IPS | Quando i vincoli generano opportunità | Come mantenere le buone pratiche nel post emergenza? | La pandemia oltre le sbarre e i cancelli | La RTI COVID del DSM-DP | Narrazione di un'esperienza di resilienza | Un mezzo al di là del luogo | Da offline ad online | "Faraway so close" | Resilienze | La pronta accoglienza in epoca COVID-19 | Consumi e dipendenze | Educatore come focus nel SerDP? | Una diversa vicinanza | Da remoto verso il futuro | Adolescenza e COVID-19 | Elementi per valutare il rischio di contagio



Sestante

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

ANNO V

LUGLIO 2020 - NUMERO 10

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

10

Direttore responsabile

Paolo Ugolini
URP/AUSL della Romagna

Comitato esecutivo

Michele Sanza
Servizio Dipendenze Patologiche, AUSL della Romagna, Cesena

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

Paolo Ugolini
URP/AUSL della Romagna

Comitato scientifico e di redazione

Licia Bruno, NPIA, AUSL Bologna
Stefano Costa, NPIA, AUSL Bologna
Dorella Costi, Direzione Sanitaria, AUSL Reggio Emilia
Simona Guerzoni, Azienda ospedaliero-universitaria di Modena
Marco Menchetti, Università degli Studi di Bologna
Luana Oddi, SerDP, AUSL Reggio Emilia
Monica Pacetti, CSM Forlì, AUSL della Romagna
Antonio Restori, AUSL Parma
Teo Vignoli, SerDP Lugo, AUSL della Romagna

Comitato consultivo

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

Comunicazioni

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

Sede

Via Brunelli, 540 - 47521 Cesena

Segreteria organizzativa

Claudia Nerozzi, tel. 051 5277072
claudia.nerozzi@regione.emilia-romagna.it

Sito web SESTANTE

[http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/
documentazione/la-rivista-sestante](http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/documentazione/la-rivista-sestante)

Progetto grafico:

Paolo Campana, Tipografia Valgimigli Faenza, tel. 0546 662211

Stampa:

Centro stampa AUSL della Romagna - Cesena

SESTANTE 10 è stato curato da:

**Stefano Costa, Marina Liotta, Marco Menchetti, Pietro Pellegrini,
Paolo Ugolini**

Insieme anche durante il lockdown

L'esperienza dei dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche durante l'emergenza COVID-19 in Emilia-Romagna

Mila Ferri

Questo numero di SESTANTE ha un format inconsueto: al momento solo online, per restituire rapidamente alcune prime riflessioni maturate nel corso dell'emergenza COVID-19.

La pandemia ha costretto i professionisti della salute mentale e delle dipendenze patologiche di tutto il mondo a riorganizzare e rivedere le proprie prassi, per ridurre il rischio di contagio e allo stesso tempo non abbandonare una popolazione così bisognosa di continuità nel trattamento. La presenza di grandi ospedali psichiatrici nella maggioranza dei paesi ha rappresentato un importante fattore di rischio per la diffusione del virus; accanto a ciò, viene riferito in alcuni paesi un ritardo nell'emanazione da parte dei Governi nazionali e regionali di normative per la prevenzione e il contrasto dell'epidemia COVID-19 nella popolazione con disturbi psichiatrici.

In Italia, unico paese al mondo ove non sono presenti grandi istituti o ospedali psichiatrici, nemmeno per la psichiatria forense, è stato evitato il primo dei rischi soprariportati. In questo numero di SESTANTE intendiamo restituire quanto fatto a livello regionale e locale nel corso della fase 1 della pandemia; mi pare che dalla lettura emerga un forte tentativo di evitare il secondo dei rischi soprariportati, e cioè una distanza del livello programmatico regionale dall'operatività delle Aziende sanitarie.

L'indice restituisce la complessità e la varietà delle esperienze, a testimonianza del grande impegno profuso: dalla organizzazione della risposta psicologica emergenziale, alla rimodulazione delle attività ambulatoriali, riabilitative, gruppali, di supporto al lavoro e alla vita autonoma, al mantenimento e supporto della rete delle associazioni degli utenti, a nuove forme di contatto a distanza; non mancano riflessioni sui vissuti dei professionisti rispetto alle modificazioni clinico-organizzative adottate.

Abbiamo sentito il bisogno di mettere per iscritto in tempi brevi queste esperienze, in coerenza con il metodo di lavoro adottato nel corso dell'emergenza. Il sistema dei servizi della salute mentale, delle dipendenze patologiche, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza si caratterizza per una consolidata consuetudine di confronto tra i pro-

1

Rif
Mila Ferri, medico,
Dirigente salute mentale e dipendenze patologiche, Direzione generale
Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna.
051 5277262
mila.ferri@regione.emilia-romagna.it

fessionisti, i direttori di UO e di Dipartimento e la Regione Emilia-Romagna. Questa prassi risulta estremamente utile nel corso di una emergenza: la conoscenza reciproca, professionale e spesso personale, è solida, e credo lo sia anche la fiducia nella possibilità di confrontarsi e di fare sistema. Già nel corso dell'emergenza legata al terremoto del 2012, il contatto frequente e lo scambio di esperienze tra professionisti e Regione furono molto proficui. Ricordo bene i momenti di confronto, anche sul posto, con chi lavorava in prima linea. Nel caso dell'emergenza COVID-19, tuttavia, ci siamo trovati a fronteggiare una situazione inedita: la vicinanza fisica e il contatto umano, che tanto hanno aiutato nel 2012, ci sono stati preclusi dalla natura stessa del problema.

Abbiamo pertanto utilizzato il metodo del confronto a distanza in videoconferenza, per incontri settimanali tra Regione e Direttori dei DSM-DP, delle Dipendenze patologiche, delle UO NPIA; abbiamo incontrato periodicamente la Commissione di monitoraggio dell'accordo CEA-RER, e i referenti delle residenze psichiatriche; abbiamo affrontato con i gruppi di lavoro attivi sui singoli programmi regionali gli adattamenti necessari a fronteggiare la complessa situazione. Abbiamo incontrato i referenti delle Associazioni degli utenti e dei famigliari e i diversi portatori di interessi, con la convocazione della Consulta salute mentale e dei delegati delle Associazioni sull'autismo. Dall'inizio del *lockdown* fino a metà giugno gli incontri in videoconferenza effettuati hanno superato il centinaio.

Il confronto attivato ci ha permesso di definire una serie di raccomandazioni su diversi temi (l'attività delle EPE - équipes psicologiche dell'emergenza; la gestione degli accessi, visite, uscite dalle residenze della salute mentale e delle comunità terapeutiche in fase 1 e fase 2; la gestione della progressiva riapertura dei servizi ambulatoriali e diurni; le relazioni tra neuropsichiatria infanzia e adolescenza e scuola) e di accordarci su raccolte dati ad hoc (attività delle EPE, andamento accessi al Pronto soccorso e TSO, numero e tipologia - diretta o a distanza - delle prestazioni delle UO del DSM-DP), i cui risultati sono stati rapidamente restituiti ai diversi gruppi di lavoro.

Se però devo fare un bilancio di questa esperienza, non credo che la produzione di documenti, pur indispensabile, sia stato il risultato più rilevante. Quello che ho trovato maggiormente interessante è stato il confronto e la diffusione di buone pratiche, originali e creative, basate sia sulla abnegazione e la resilienza degli operatori pubblici e privati, sia su un'organizzazione con sufficienti margini di flessibilità.

Voglio anche rilevare che tutte le decisioni e le riprogrammazioni organizzative sono state incentrate sulla corresponsabilizzazione delle persone assistite e dei loro famigliari rispetto al rischio di contagio, evitando atteggiamenti

paternalistici o vicarianti, e puntando il più possibile sulla personalizzazione. Questo principio caratterizza tutta la programmazione del settore: non ci sostituiamo alla persona nelle proprie decisioni e preferenze, ma la accompagniamo nel suo percorso di cura e di vita, perseguendo sempre una condivisione sul programma e una responsabilizzazione rispetto alle scelte individuali.

Il futuro che ci aspetta è ancora incerto. Al momento l'emergenza sembra ridimensionata, ma non possiamo certamente permetterci di abbassare la guardia. La ripresa graduale - e quello che ci porterà l'autunno in termini di diffusione del virus - richiede altrettanta attenzione rispetto alla fase pandemica: la convivenza con il rischio di contagio, che non è pari a zero e forse non lo sarà ancora per parecchio tempo, ci deve orientare al mantenimento e potenziamento delle esperienze più originali, accanto alla ripresa delle attività tradizionali.

Ci diamo fin d'ora appuntamento ad un prossimo numero di SESTANTE, sulle fasi 3, 4, ecc...!

Buona lettura.

Note

- 1 Hao Yao A., Jian-Hua Chen B.C., Yi-Feng Xub, "Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic". *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr.
- 2 Yuan Yang,a,b,c Wen Li,a,b Qing Zhang,d Ling Zhang,d Teris Cheung,e and Yu-Tao Xiang,a,b *Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak* *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr
- 3 Yu-Tao Xiang 1 2, Yan-Jie Zhao 1 2, Zi-Han Liu 1 2, Xiao-Hong Li 3, Na Zhao 1 2, Teris Cheung 4, Chee H Ng 5 *The COVID-19 Outbreak and Psychiatric Hospitals in China: Managing Challenges Through Mental Health Service Reform* *Int J Biol Sci*. 2020; 16(10): 1741-1744. Published online 2020 Mar 15.
- 4 A Chevance 1, D Gourion 2, N Hoertel 3, P-M Llorca 4, P Thomas 5, R Bocher 6, M-R Moro 7, V Laprèvote 8, A Benyamina 9, P Fossati 10, M Masson 11, E Leaute 12, M Leboyer 13, R Gaillard 14 *Ensuring Mental Health Care During the SARS-CoV-2 Epidemic in France: A Narrative Review* *Encephale*. 2020 Jun;46(3):193-201

Le comunità siano protagoniste delle politiche di prevenzione

Intervista a Benedetto Saraceno

Angelo Fioritti

Introduzione

Il bisogno di sviluppare servizi sanitari territoriali profondamente democratici, invece di puntare tutto sulla sanità privata e la centralità degli ospedali costituisce il primo perché del disastro COVID-19. A partire da questa e da altre valutazioni e riflessioni è nata questa intervista ad aprile, nel pieno epicentro della pandemia, da parte di Angelo Fioritti, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della AUSL di Bologna a Benedetto Saraceno, già capo della divisione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Salute Mentale.

3

D.1 Stiamo entrando in Italia nella sesta settimana di emergenza per la pandemia COVID-19. Uno degli aspetti che ha maggiormente colpito la pubblica opinione è la impreparazione con la quale le istituzioni internazionali e delle singole nazioni si sono trovate a fronteggiare il problema. Eppure erano decenni che se ne parlava, c'erano state importanti pericoli con la SARS, la MERS, l'Ebola. Sulla base della tua grande esperienza nelle istituzioni internazionali e di consulenza a governi nazionali, come spieghi che la prevenzione della pandemia abbia avuto una priorità piuttosto bassa nelle agende politiche globali?

R.1 La pandemia ha mostrato che la preparazione alla risposta è fragilissima, sia da parte degli stati singoli sia da parte degli organismi internazionali. C'è in primo luogo un motivo che ha a che fare con la psicologia collettiva, ossia un atteggiamento di negazione. Si verificava la stessa cosa quando pensavamo alla guerra nucleare: il sentimento diffuso era "in fin dei conti non succederà mai perchè è improbabile che qualcuno sganci la prima bomba". Oggi avviene lo stesso rispetto alla questione della grande crisi ambientale ed ecologica: la gravità della crisi viene negata esplicitamente dai negazionisti più rozzi, ma nei fatti da tutti, anche da noi, che proviamo un magari un po' di ansia quando sentiamo che si ritirano i ghiacciai però complessivamente non operiamo per modificare i nostri sistemi produttivi perchè, in fondo, pensiamo che i problemi non riguarderanno noi ma

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

le prossime generazioni. Anche se sappiamo, sulla scorta di molti studi affidabili, che la catastrofe è possibile tra 10 o 20 anni, in termini molto concreti e drammatici, ad esempio di mancanza di risorse idriche, quello che tuttavia emerge è che noi non abbiamo una visione strategica e politica per tutto questo. Probabilmente pensare di modificare il sistema produttivo è un pensiero troppo complicato da affrontare e preferiamo non agire anche se questo è colpevole. Questo atteggiamento di rifiuto che la catastrofe possa arrivare è molto profondo e si giustifica con l'evitamento dell'angoscia oltre che con le evidenti implicazioni di politica economica dei paesi. Di fronte a queste potenziali crisi catastrofiche c'è dunque un atteggiamento di resistenza degli individui e delle comunità anche quelle più consapevoli e quindi non mi stupisce che la pandemia sia assente dalla programmazione dei piani sanitari, tranne forse in alcuni stati come la Corea del Sud e il Giappone. Certamente in Europa nei fatti non esiste un "Piano pandemie" capillarmente diffuso e conosciuto nei servizi sanitari. Questo spiega anche la debolezza degli organismi internazionali, compresa l'OMS. Oggi io sento il dovere di schierarmi a fianco della OMS anche perchè Trump la attacca per le sue orride ragioni politiche, ma certamente l'OMS non è stata all'altezza della situazione nell'esercitare leadership tecnica e morale sugli stati membri. Questa impotenza generalizzata dei governi e degli organismi internazionali, compresa l'Unione Europea, la dice lunga sul fatto che la pandemia è assente dall'immaginario politico strategico e programmatico degli organi istituzionali.

D.2 Cambierà qualcosa dopo questo episodio?

R.2 Sì, ma temo che ci sarà un focus eccessivo ed esclusivo sul rafforzamento della risposta sanitaria emergenziale. Molti dei paesi colpiti in questo mese hanno aumentato i posti-letto in rianimazione e questo aumento si consoliderà. Tuttavia credo che aumentare la capacità di risposta sanitaria per l'acuzie, i letti di rianimazione e le apparecchiature di ossigenazione non sia una risposta sufficiente e all'altezza della situazione. Il fallimento della Lombardia, l'implosione del suo sistema sanitario regionale è il frutto di una politica basata esclusivamente sugli ospedali. Il grande problema della Lombardia è stato quello di fare tabula rasa della medicina territoriale, (ricordiamo le dichiarazioni di Giorgetti sui medici di base: "è vero, mancheranno 45mila medici di base nei prossimi cinque anni. Ma chi va più dal medico di base?"). Troppo spesso abbiamo una medicina di base concepita riduttivamente come il singolo "medico della mutua", come negli anni Sessanta, che aspetta e prescrive nel suo piccolo ufficio, e non invece come un sistema

di Primary Health Care, cioè un sistema capace di erogare molto più della prestazione di un singolo sanitario. Penso alla Primary Health Care del modello inglese: un sistema che dispone anche di infermieri e altro personale sanitario, che ha la capacità di fare visite domiciliari, di programmare anche interventi sanitari complessi. A fronte di questa mancanza e arretratezza della medicina territoriale, in Lombardia invece, tutto l'investimento si è mosso verso una medicina ospedaliera. Il secondo grande guaio lombardo è che, in questo investimento sulla medicina ospedaliera, più del 70% del denaro della Regione va a ospedali privati convenzionati. Dunque, doppio problema: assenza della medicina territoriale e smantellamento della sanità pubblica. Questa è stata ed è la ricetta del disastro.

La debolezza della sanità non ospedaliera sta anche negli aspetti burocratici della medicina preventiva, nella debolezza della medicina del lavoro, nella mancanza di idee della medicina territoriale: sembrano ambiti molto scissi e separati dalla assistenza alle persone. Ne vediamo l'esempio più lampante nella scelta di creare residenze per anziani senza porsi il problema di quali anziani possano restare a domicilio, anche se non totalmente autosufficienti, con delle forme di assistenza territoriale. Non si fa alcuna riflessione prima di ricorrere a queste residenze assistite per anziani, che costano molto e sono di pessima qualità. Il modello lombardo viene fuori come uno dei modelli più arretrati di Italia.

D.3 Benedetto Saraceno ha firmato 20 giorni fa l'appello per la chiusura totale delle attività produttive. Questo pone il tema della limitazione alle libertà individuali, della sua intensità e della sua durata. Ci sono fenomeni che in alcuni destano preoccupazioni rispetto al rapporto tra cittadini e istituzioni.

R.3 È necessario fare una distinzione: una cosa sono le libertà individuali e una cosa è il controllo delle attività produttive. Io credo che l'intervento dello Stato sulle attività produttive non vada confuso con l'intervento dello Stato sulle libertà individuali. Le attività produttive non sono attività di singoli individui ma di gruppi *business oriented* che temono la chiusura delle loro attività per motivi economici. La spiegazione dell'ultimo focolaio di Brescia è ormai nota: la forte pressione esercitata dai gruppi di industriali del bresciano ha ritardato la chiusura delle attività. I focolai si sono sviluppati in questi territori ricchissimi di piccole e medie aziende che hanno resistito alla chiusura fino all'ultimo decreto. Anche la posizione della Confindustria lombarda ha le sue responsabilità. Si trattava invece di dire chiaro e forte: queste persone che vanno a lavorare hanno diritto a non avere una esposizione al rischio maggiore degli altri

cittadini. Nel bresciano c'è ad esempio la rete di produzione delle armi, c'è la Beretta, ed è difficile dire che le pistole e i fucili siano produzioni essenziali durante una pandemia. Dunque, non bisogna confondere il problema, che indubbiamente c'è, del limite necessario ai poteri dello Stato rispetto alla libertà degli individui, con la questione delle attività produttive. Io credo che si è fatto bene a chiudere le attività produttive lombarde perchè questo sta limitando il contagio.

Per quanto attiene alle libertà individuali, io credo che in un contesto democratico c'è comunque sempre una maggiore forma di controllo collettivo. Io non credo di sentirmi vessato nelle mie libertà individuali fintantochè a prendere le decisioni non è un singolo individuo (Orban ad esempio) ma un sistema di istituzioni in rapporto di mutuo controllo. Questo vale anche per *i sistemi di controllo individuali tecnologici*. Semplicemente si passa da una società del controllo invisibile a una società del controllo dichiarata. Il problema è che, attraverso i dispositivi e le app, la polizia, Facebook, Instagram potevano già prendere informazioni sui cittadini (e ben prima della pandemia). Quello che succede oggi è che lo Stato rende visibile questo controllo già pervasivo e nascosto e paradossalmente potrebbe trattarsi di un miglioramento, perchè un sistema dichiarato diventa più controllabile dal dibattito pubblico rispetto a un sistema nascosto.

D.4 Oggi, alla luce di questa pandemia e delle sue conseguenze sociali, economiche e politiche, dobbiamo porci il problema dell'intreccio tra dimensione globale e locale della salute mentale. Possiamo definirlo un problema di Global Mental Health?

R.4 La Global Mental Health ha avuto il merito di diffondere nella comunità scientifica delle evidenze scientifiche più fruibili, che possono raggiungere più facilmente dirigenti e amministratori dei servizi. Inoltre la Global Mental Health ha contribuito a modificare la narrazione della salute mentale, da una classificazione meramente biomedica delle diagnosi verso un modello che guarda molto di più all'organizzazione dei servizi e ai determinanti sociali di salute. Il problema è che questi due importanti e positivi contributi non hanno inciso sulle prassi reali nei paesi reali. Io ho una crescente diffidenza verso questa idea di Global Mental Health perchè quello che più conta sono le prassi a livello locale, le politiche dei servizi e il rapporto con le comunità.

D.5 Se parliamo di livello locale di cosa stiamo parlando?

R.5 Di coinvolgimento delle comunità e di democrazia profonda. Questo è l'argomento più importante. Questa è la domanda vera. Se l'Istituzione Gian Franco Minguzzi si sta ponendo queste domande è proprio per l'importanza di questi temi. Bisogna creare a livello locale servizi che rispondano al problema della giustizia, al problema della vulnerabilità. Sto parlando di servizi che diano strumenti per declinare i diritti e il diritto alla salute in formule organizzative concrete. Abbiamo esempi importanti come le Microaree del Friuli Venezia Giulia in Italia, alcune delle Case della Salute che aderiscono al Manifesto per la Casa della Salute, ma abbiamo anche esempi di queste esperienze innovative in altri paesi: quando a Bombay o a Calcutta le donne che non hanno casa si organizzano e creano delle proprie reti di solidarietà e di empowerment dal basso, abbiamo quella che Arjun Appadurai chiama la "deep democracy". Dobbiamo fare riferimento alla visione di Amartia Sen e di Arjun Appadurai, che ci aiutano a pensare la democrazia al di fuori di una visione "coloniale", sostanziata dagli stimoli che vengono "dal basso", dalle comunità vulnerabili che si organizzano per acquisire potere e coltivare aspirazioni. Bisogna stare molto attenti a non "colonizzare" queste reti, anche se con le migliori intenzioni. Rischiamo sempre di parlare "a nome delle comunità" anche quando ci sentiamo "tecnici democratici". Il salto che bisogna fare è che le comunità direttamente esprimano ciò di cui hanno bisogno. Bisogna trarre una grande lezione di democrazia dallo slogan degli utenti psichiatrici "*niente su di noi senza di noi*".

D.6 Quindi lo sviluppo deve venire dai decisori politici locali piuttosto che dai tecnici?

R.6 I sindaci sono i soggetti maggiormente in contatto con le vulnerabilità delle comunità. Noi dobbiamo sviluppare in questo senso i modelli interessanti che abbiamo a disposizione, come quello delle Microaree. Le Microaree hanno forse il limite di essere troppo "micro" per potere riprodurre su scala nazionale delle formule organizzative concepite per gruppi così piccoli. Il modello delle Microaree pone una sfida ineludibile. Dobbiamo guardare anche all'esempio delle Case della salute: si tratta dunque di rilanciare un tema che viene da lontano ossia dalla riforma sanitaria del 1978: si tratta di costruire un luogo in cui si fa democrazia della salute. Un sistema sanitario territoriale che abbia uno sportello giustizia, uno sportello anziani, uno sportello comunità, in cui la Primary Health Care si arricchisca degli stimoli che originano dalla domanda di salute delle comunità, cosicchè le risposte siano disegnate sulle domande e non predefinite.

Questa è la discussione da fare; ripensare il ruolo dei tecnici come più legato alle comunità, in una relazione equilibrata tra le popolazioni, gli amministratori locali e i tecnici. Si tratta dunque di un triangolo equilatero tra tecnici, popolazioni e amministratori.

D.7 Serve un forte impegno etico e sociale. Ma forse anche fantasia e creatività. Siamo in una situazione che richiede anche poesia

6

R.7 C'è il rischio che il dopo sia molto uguale al prima se non pensiamo qualcosa di più radicale nella relazione tra salute e malattia, vita e morte, diritti e felicità. Per pensare tutto questo c'è bisogno di uno sguardo sulla società che non sia limitato ai tecnici e agli epidemiologi, c'è bisogno di uno sguardo provocatorio, di una capacità di straniamento rispetto alla società attuale, per cambiarne i valori e i modi di vita. C'è bisogno di un'epidemiologia che metta al centro le popolazioni come protagoniste dei progetti di ricerca, con una capacità poetica di immaginazione, capace di connettere la solidarietà e le evidenze scientifiche.

Quello che è evidente è che occorrono altre voci, oltre a quelle dei tecnici. Occorre saper coniugare la competenza scientifica a valutazioni dal basso, creando quella epidemiologia al tempo stesso rigorosa e "poetica", che ci è stata insegnata da Gianni Tognoni che resta un grande punto di riferimento. La sua lezione è stata quella di aprire le valutazioni epidemiologiche al protagonismo delle comunità, alle dirette condizioni esistenziali delle persone che non erano solo "oggetti/destinatari" ma soggetti delle politiche di prevenzione.

Il periodo che ci accingiamo ad attraversare è caratterizzato da incertezze e perdite quindi è molto importante quello che state facendo come Minguzzi; sarà una fase difficile da attraversare, ma attraverso queste riflessioni si possono fare germogliare le nuove visioni necessarie.

Economia, società e salute mentale dopo l'emergenza COVID-19

Conversazione con Romano Prodi

a cura di

Bruna Zani, Presidente Istituto G.F. Minguzzi Bologna
Angelo Fioritti, Direttore DSM-DP/AUSL Bologna

Introduzione

La conversazione con Romano Prodi è stato il primo incontro del "MINGUZZI LAB": un laboratorio interistituzionale a livello metropolitano "su una certa idea di salute mentale e di comunità" finalizzato allo sviluppo della cultura e degli strumenti operativi necessari a promuovere un welfare integrato "comunitario, dinamico e delle responsabilità", coerente con una concezione ampia e moderna di salute mentale. L'Istituto G.F. Minguzzi è un organismo della Città metropolitana di Bologna, che promuove l'innovazione nel sistema del welfare metropolitano, con particolare riferimento alla salute mentale della popolazione, al benessere personale, sociale e relazionale di giovani, adulti e anziani, all'integrazione interculturale ed al welfare culturale (<https://minguzzi.cittametropolitana.bo.it>)

7

D.1 Fioritti, Il Segretario Generale delle Nazioni Unite ha rivolto un appello agli Stati membri perché in questo periodo di epidemia di Covid investano nella salute mentale delle popolazioni, identificando alcuni gruppi di popolazione maggiormente a rischio di avere un decadimento della propria salute mentale e del proprio benessere.

Vorremmo avere lo sguardo di un economista, politico, di qualcuno che ha avuto la possibilità di vedere il mondo dal punto di vista delle istituzioni più globali e più locali, su questo aspetto, sull'impatto sulla salute mentale della popolazione della situazione attuale.

R.1 Prodi, Una premessa necessaria: in quanto economista, tendo a centrare forse troppo i discorsi sull'economia. All'inizio della "emergenza sanitaria" mi sono venute spontaneamente in mente le riflessioni del professor Carlo Cipolla che studiò le conseguenze economiche e sociali delle pestilenze nei secoli.

L'esperienza passata tende però a renderci pessimisti, poiché nella storia le pestilenze hanno avuto conseguenze sulla società diverse da quelle che avremo in questo caso. Una differenza enorme rispetto alle pestilenze del passato, è che allora morivano in tanti e soprattutto giovani in età

Rif.

Angelo Fioritti, psichiatra,
Direttore DSM-DP AUSL di Bologna
051 6584164
a.fioriti@ausl.bologna.it

lavorativa. Nel passato proprio perchè diminuiva il numero dei lavoratori (soprattutto contadini) crescevano i loro salari e si avvicinavano le condizioni sociali. L'attuale pestilenza colpisce, invece, la fascia più anziana della popolazione, non influenzando l'offerta sul mercato del lavoro, che rimarrà invariata con la presenza degli stessi lavoratori, in concorrenza tra loro, attualmente presenti. Non vi sarà perciò nessuna conseguenza di minore disparità nella distribuzione dei redditi per effetto del corona virus.

È interessante osservare come le diverse classi di età si comportano in conseguenza del livello di rischio percepito. I giovani sono desiderosi di tornare insieme: da un lato è abbastanza comprensibile, ma dall'altro lato è chiaro che non si sentono possibili vittime di questa pestilenza e conseguentemente sono portati a cambiare, meno delle persone più anziane, i loro atteggiamenti e comportamenti. Avvertono che il problema coinvolge un altro gruppo di popolazione piuttosto che loro stessi. Una contrapposizione di interessi che fa pensare.

In questa fase poi tutti aspettano gli aiuti dal governo e devo dire che a memoria non ho mai visto un intervento così forte e immediato dello Stato nel tentare di alleviare gli effetti delle epidemie e delle crisi economiche.

Questo non solo riguarda l'Italia, ma anche gli altri paesi dell'Unione Europea, così come la Cina e gli Stati Uniti.

Nonostante gli impegni politici viviamo tuttavia in una fase di molta scontentezza, molte tensioni, ma anche una fase di attesa che desta preoccupazioni per il futuro; perchè dopo questa fase di attesa subentreranno nuovi problemi e si dovrà necessariamente tener conto del fatto che verranno colpite in modo completamente differente le diverse fasce di lavoratori e di popolazione. Al momento c'è addirittura una certa quota di popolazione che sta guadagnando, legittimamente, dalla pandemia, mentre ci sono delle categorie, per contro, terribilmente colpite.

Quando penso alla salute mentale della popolazione penso a quelle che saranno le conseguenze di un grande cambiamento nella stratificazione sociale, in quanto ci saranno categorie che perderanno fortemente, mentre altre categorie che verranno intaccate meno. Tutto ciò non depone bene riguardo al problema della salute mentale che è fortemente influenzato, come voi mi insegnate, dal livello di coesione sociale.

I sussidi che vengono erogati, non solo in Italia, ma anche negli altri Paesi, in questa prima fase possono aiutare; bisogna tenere conto del fatto però che nella distribuzione dei benefici essi vanno a un terzo o un quarto di tutta la popolazione e che risulta difficile distribuirli in modo soddisfacentemente equo.

L'altro grande problema economico è quello dei giovani; poiché da un lato, come abbiamo detto, i giovani si sentono

esclusi dal pericolo della pandemia, ma dall'altro vengono colpiti in pieno dalle sue conseguenze economiche e sociali. Si pensi a tutti coloro che lavorano nei variegati settori della cultura, ai tantissimi lavori di nicchia, ai ragazzi che sono impiegati nel settore delle consegne a domicilio del cibo.

In un momento di sconvolgimento complessivo, cambiano anche i valori di riferimento; la salute mentale è a rischio, perchè è a rischio la sicurezza e la continuità della propria vita. I giovani si trovano di fronte al pericolo più grande, quello dello scardinamento del proprio ruolo sociale o del tenore di vita raggiunto. Si perdono sicurezze.

Io come tanti ragazzi della mia generazione sono forse troppo cresciuto con l'idea del lavoro fisso, ma oggi, accettando l'idea di flessibilità, si è arrivati a scardinare direttamente il concetto di lavoro. Molti dei giovani che facevano un lavoro saltuario o flessibile avevano sempre continuato ad avere abbastanza fiducia in una società che andava avanti in un modo tutto sommato prevedibile e garantiva loro un certo futuro; un futuro in cui sicuramente non vi era possibilità di procurarsi un risparmio previdenziale adeguato mettendo da parte i soldi per la pensione, ma che consentiva una certa mobilità e dinamismo sociale che garantivano una continuità possibile nel tempo. Anche questa speranza si sta dissolvendo. È in questo contesto che va rilevato non solo un problema economico e finanziario di chi non sa come vivere, ma un problema di salute mentale di chi vede completamente imprevedibile il proprio futuro.

I più giovani sono poi penalizzati non solo dalle difficoltà sul mercato del lavoro ma da un altro aspetto: mentre il mondo del lavoro si sta in questo periodo riavviando e ricomponendo, rimane invece completamente bloccato il mondo della scuola.

D.2 Zani, Nel medio/lungo periodo se e come cambierà il sistema economico? Quale impatto è prevedibile abbia la pandemia sul raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 indicati dall'ONU? Come influiranno aspetti legati all'emergenza COVID-19 come il cambiamento dei valori (solidarietà, senso di comunità, mutuo aiuto, prossimità), la rinnovata fiducia nel pubblico, la riscoperta del ruolo del pubblico?

R.2 Prodi, Facendo un'analisi sui grandi obiettivi che vanno da una maggior uguaglianza, allo sviluppo ecologico, bisogna essere sinceri: nel 2015 al convegno di Parigi c'è stata un'adesione enorme rispetto alle tematiche climatiche, tuttavia nessuno di quegli obiettivi è stato rispettato; ciò va detto con grande rammarico. Se non c'è un accordo a livello globale, la concorrenza prevarrà su qualsiasi aspetto di solidarietà e in questo momento, la tensione tra le tre

macro-aree mondiali, come si vede dagli attuali rapporti tesi tra Russia, Cina, Europa e Stati Uniti, non fa pensare ad un clima che aiuti a costruire una maggiore solidarietà. Per capire gli sviluppi di questa competizione globale, va considerato come questa nuova pestilenza abbia un influsso sulla tecnologia come non è mai accaduto in passato. Già la tecnologia aveva cominciato a far contrarre l'occupazione. Per fare un esempio semplicissimo: pensate come siano sparite le segretarie perché ciascuno può scriversi da solo le lettere, etc...

Il fatto di potersi incontrare e parlare telematicamente sta diventando oggi una pratica ormai diffusa che avrà un grande impatto, sia dal punto di vista dei modelli di vita, che cambieranno, sia dal punto di vista economico in futuro. Ci sarà sempre meno necessità di posti di lavoro che necessitano una presenza fisica e aumenterà la necessità di soggetti che posseggono alte competenze tecnologiche e alte conoscenze informatiche.

La conseguenza nel mondo del lavoro sarà che aumenterà molto più di quanto si possa pensare la differenza tra specializzati e non specializzati. Il modo in cui conversiamo oggi era considerato avveniristico solo tre mesi fa, mentre oggi è diventato comune e banale. È un cambiamento totale per tante professioni ripetitive che vengono emarginate da questo sistema, contestualmente ad una piccola crescita nella domanda di professioni di alto livello. Per queste ragioni il problema della scuola, della specializzazione, dello stimolare i giovani ad essere preparati e aggiornati rispetto a tutte le nuove competenze, diventa un fattore dominante; così come altrettanto dominante è il problema della società italiana ed europea nell'essere competitivi in questo nuovo tipo di sistema che va prefigurandosi. Se non si riesce ad essere competitivi e integrati all'interno di questo sistema si vedrà all'orizzonte un grandissimo problema di identità collettiva. Se non si interviene con energia in questo sistema competitivo si rischierà, i giovani più degli altri, di rimanere "fuori dal giro". Il problema dell'identità, infatti, non è solo individuale, ma è anche il problema di una società intera e, come economista vedo molto il legame tra l'identità collettiva e questo aspetto.

È una sfida. Stiamo chiedendo ai giovani di essere cooperativi tra loro, al fine di creare un modello economico e sociale competitivo con le altre parti del mondo; ma non diamo loro gli strumenti necessari per raggiungere questo obiettivo.

Un secondo aspetto è legato all'intervento pubblico relativamente al quale dobbiamo distinguere le varie fasi: in questo momento è aumentata la fiducia nell'intervento pubblico che rappresenta l'unica corda a cui ci si prova ad attaccare. Il dibattito politico sta diventando in questo senso interessante perché da una parte anche i liberisti più accaniti riconoscono necessario il sussidio pubblico.

È da parecchi anni che i teorici e gli accademici hanno cambiato pensiero e, vedendo le ingiustizie crescenti, hanno accantonato il pensiero unico secondo cui il mercato è come un "dio"; cosa questa che non è stata fatta ancora dalla politica dove vince le elezioni soltanto chi promette un abbassamento delle imposte, anche se consapevole che questo non sarà possibile.

È vero che nella situazione odierna l'intervento pubblico viene invocato da tutti, ma altrettanto vero è che nel momento in cui si aggiustassero le cose si ricomincerebbe a collegare l'intervento pubblico a tematiche quali la corruzione o al controllo dell'economia da parte dei "boiardi di stato" (in pratica si ritornerà al discorso di prima).

Ci troviamo oggi di fronte ad un grande dilemma, che va spiegato alla gente, e la necessità è proprio quella di tenere unita la società nella giustizia. Non ci si può affidare a rimedi fasulli o consolatori. In una prima fase abbiamo collettivamente provveduto ai bisogni più urgenti. Ma c'è una seconda fase in cui, se si vuole evitare il disagio mentale, è necessario provvedere alla giustizia distributiva. Non parlo di egualitarismo perché ho sempre creduto che il merito vada premiato, ma è importante contrastare l'evasione fiscale, ed evitare che le disparità diventino incolmabili.

Il contrasto all'evasione fiscale è lo strumento principale di ricostruzione della comunità. Se si affronta questo problema, una grande crisi come questa può essere davvero un elemento di ricostruzione della società. Chiaramente è necessario prendere decisioni di largo respiro altrimenti si ritorna come prima. Le spinte per un ritorno al passato sono forti, c'è un desiderio elementare di tornare come prima.

Ora c'è anche un sentimento che spinge verso il ritorno dello Stato come istanza regolatrice ma dobbiamo fare in maniera che questo sia un ritorno virtuoso e non vizioso.

Naturalmente questo discorso è solo materiale e deve essere accompagnato da un grande processo educativo, non facile, che deve passare anche attraverso la scuola. Per questo oggi sono molto preoccupato dall'interruzione delle attività scolastiche. Probabilmente si tratta di un provvedimento necessario dal punto di vista della salute pubblica, pur notando come sulle misure migliori da adottare i virologi stiano assumendo nel dibattito pubblico la stessa variabilità e discordanza di posizioni che anni fa era caratteristica degli economisti. In generale però è necessario conciliare questa misura di sanità pubblica con un processo di riflessione e sperimentazione di soluzioni alternative. Chiudere la scuola fino a settembre è angosciante; se si considera lo stato attuale della diffusione delle nuove tecnologie e delle competenze necessarie per l'utilizzo di queste ultime, la scuola lascia indietro un quarto degli italiani che ne hanno diritto. Sarebbe necessario provare sperimentazioni (per quanto riguarda la ripresa delle lezioni) possibilmente nelle zone

del Paese dove c'è minore rischio di diffondere l'infezione. Quando dico che la società deve rischiare insieme, lo deve fare anche rispetto alle tematiche educative.

D.3 Fioritti, Ora che c'è un intervento pubblico massiccio si inizia a pensare alle forme che deve avere questo investimento sociale nel welfare, che può avere vari strumenti. È necessario riflettere su cosa rafforzare e cosa no, tra pensioni, sanità, scuola, misure di sostegno al reddito. Si tratta di una molteplicità di politiche e, secondo l'approccio "mental health in all policies" ogni politica di settore dovrebbe considerare l'impatto delle politiche pubbliche sulla salute mentale. Quali modifiche alla struttura attuale del welfare vede necessarie?

R.3 Prodi, Mi insegnate che la salute mentale non è un fatto solo o prevalentemente individuale, ma è un fatto collettivo e di solidarietà. Il discorso è proprio quello di rivalutare una serie di categorie di lavori e di persone che sono ritenute marginali nella nostra società. Il Papa li chiama gli "scarti". Qual sarà il welfare degli anni '20 e '30? Si tratta di un welfare in cui saranno necessarie le risorse dello Stato, perché finalmente ci siamo accorti che la mancanza di respiratori e di preparazione nell'affrontare le emergenze derivava dai tagli alla sanità.

Oltre alle risorse statali è necessario rendere cultura diffusa il fatto che il welfare è un "gioco virtuoso", di quelli che si definiscono "win win", in cui tutti gli attori ci guadagnano. Questo è un processo che deve toccare tutta l'organizzazione dei nostri sistemi di welfare.

Riprendiamo l'esempio della sanità. Un processo di questo tipo deve toccare profondamente la sanità ridefinendo i ruoli dello Stato e delle regioni, per fare in modo che sia collettivamente sentito che c'è una solidarietà di fondo, anche nei livelli decisionali. Questo è necessario per istituire un nuovo welfare: soprattutto c'è da cambiare la cultura collettiva.

Dobbiamo ricordare che il welfare state è l'unica vera conquista fatta nel secolo scorso, un secolo che ha prodotto due guerre mondiali e una infinità di disastri. L'universalità del servizio è l'unica grande conquista che abbiamo lasciato all'umanità.

Negli ultimi anni si è diffuso il pensiero che queste conquiste non sono essenziali. Guardate che non è un discorso solo americano, è anche un discorso che ho sentito da colleghi accademici cinesi, e un discorso che si è diffuso anche in Europa: "il welfare state impigrisce". No. Dobbiamo farlo bene e giusto, e per questo io faccio appello alla giustizia fiscale che è la base di un welfare state giusto, ma guai se noi pensiamo di poterlo abbandonare alle sole forze

di mercato.

Nella sanità questo è di una evidenza enorme e lo abbiamo visto nelle vicende recenti. Senza entrare negli aspetti particolari di questi comportamenti, abbiamo visto complessivamente che la quantità delle prestazioni essenziali erogate dai servizi pubblici è molto più elevata di quella del privato. Questa è la logica del mercato: quando si è dovuto andare a curare le persone in situazione grave ma senza la possibilità di ricevere un corrispettivo economico è stato necessario che lo Stato fosse chiamato in causa.

D.4 Zani, In un suo articolo, lei ha parlato di "globalizzazione condizionata; la globalizzazione non è morta/finita ma si è trasformata": come? Cosa significa globalizzazione regionale?

R.4 Prodi, Negli ultimi giorni mi sono interrogato su come evolverà la globalizzazione. Non sarà più globalizzazione intesa nel significato totale, che comprende tutto il globo. Andremo verso una globalizzazione corretta in cui una quota minima di beni necessari sarà prodotta all'interno, per esempio le mascherine torneranno ad essere prodotte in Europa, così come anche le macchine raffinate e i chip. Ma qui il problema europeo è molto complesso: noi siamo fuori da alcuni ambiti di produzione perché siamo ancora troppo divisi, quindi dobbiamo assolutamente creare un mercato europeo altrimenti rimaniamo fuori da questa nuova evoluzione, rischiamo di essere esclusi. La prospettiva è quella di una globalizzazione corretta per grandi aree regionali. La nostra regione è l'Europa. Questo è il cambiamento che vedo nel futuro. In teoria potrebbe anche essere un'occasione per un'Italia più coesa, con una salute mentale collettiva maggiore.

D.5, Fioritti, È chiaro che la dimensione globale internazionale produce degli effetti che incidono profondamente sulla salute e sulle condizioni delle popolazioni. Ma che margini di azione hanno le comunità locali per poter promuovere azioni che contrastino o moderino queste grandi dinamiche internazionali? Possiamo in qualche modo creare un nostro welfare "bolognese" o "emiliano-romagnolo" e in che misura possiamo moderare gli effetti di questo ampliamento di disuguaglianze e di stratificazione sociale che si va profilando?

R.5, Prodi, C'è un ruolo che solo una presenza locale può svolgere. Ci vogliono più risorse per gli enti locali e più rete tra le esperienze diverse delle diverse città. Da un lato occorre difendere le risorse e possibilmente aumentarle e

dall'altro aumentare i rapporti di rete e conoscenze. Non dico che tutto sia fatto bene, ci sono tante cose da migliorare. Io mi chiedo: come tener viva una rete di vicinato? Come riuscire a riorganizzare i rapporti personali? Quando ho visto che portano il cibo a chi ne ha bisogno, mi chiedo: ma quanti non lo fanno, quanti nei condomini sono fuori completamente dal giro? Quello che mi chiedo è come infittire le maglie delle reti sociali. Un tempo il vicinato era un fatto spontaneo nei modelli di vita, adesso il vicinato bisogna costruirlo.

Il lavoro di cura è il fondamento del welfare. Il 70% del bilancio regionale è costituito dalla sanità, lasciamo stare che esistono tecnologie sempre nuove, ma esse devono essere sempre personalizzate. Anzi più si raffina tecnicamente la cura, più essa deve essere personalizzata e adattata all'individuo. Quindi il welfare sanitario e la cura alla persona domineranno sempre di più il nostro futuro e chiederanno una crescente quantità di risorse.

1° Maggio 2020

Sabrina Zelioli, educatrice, SerDP di Reggio Emilia

La notte del 30 Aprile 2020 sono stata colta, per usare una citazione, da una "emergenza poetica" un bisogno nuovo e prepotente di scrivere. Il 1° Maggio, quest'anno, ha assunto caratteristiche nuove e significati importanti che si affiancano a quelli del passato ma che hanno di nuovo il sapore della paura. Da mesi siamo dentro ad una tempesta virale che ha fatto un gran numero di morti e malati in tutto il mondo. Ha creato solitudini e vuoti; ha allontanato le persone e ne ha costretto altre a stare insieme; ha generato conflitti ma anche armonia, scontri e re-incontri.

Io sono e faccio l'Educatrice Professionale in un servizio per le dipendenze patologiche. Nel dizionario, il termine professione è descritto come "una aperta e pubblica dichiarazione di un sentimento, di una opinione della propria appartenenza a una religione o a una corrente ideologica e una attività esercitata in modo continuativo a scopo di guadagno". Io aggiungo, esercitata con esperienza, segreti e doveri.

Mai come in questo periodo sono stata attraversata da emozioni e ricordi di storie raccontate dalle persone che hanno abitato la mia vita personale e professionale. Ho visto volti giovani e meno giovani che portavano i segni di una esperienza di vita forte, distruttiva, illegale, sofferta, ritirata, solitaria. Volti increduli di loro stessi in cerca di aiuto e di ascolto. Volti benevoli e volti duri, accigliati, volti pericolosi, deboli, decisi. Volti bellissimi, che esprimevano l'ineluttabilità della sorte. Volti che dicevano "non sono stato capace di fare di meglio", "non sono stato io, non è colpa mia", "non volevo ma non ho saputo resistere", "è stato un errore ma l'ho capito troppo tardi". Volti che parlavano senza parole e che chiedevano di essere ascoltati.

Le esperienze professionali più intense l'ho vissute in carcere dove conobbi persone che mi hanno aiutato a farmi un'idea diversa del modo di "guardare" gli altri. Persone conosciute attraverso la modalità con cui i detenuti tossicodipendenti possono richiedere di parlare con un operatore del SerDP penitenziario: presentare una "domandina" (termine, questo, che mi ha sempre fatto sorridere, come se stesse ad indicare un "ok, puoi fare una richiesta di aiuto ma piccolina e sottovoce"). Persone che hanno superato la vergogna di parlare di sé, perché hanno sentito finalmente di poterlo fare. Persone che hanno riempito fogli di emozioni, talvolta scritte di getto, come un quadro schizzato di tanti colori, un action painting di tutte le sfumature. Incontri, ascolti e dialoghi, attraverso cui sembrava che "pezzi" di anima si staccassero dal corpo per finire nelle mie mani ed

attraverso cui gli incontri tra una educatrice ed un detenuto, svolti nella stanza dei colloqui del carcere, spoglia, fredda, sporca, si trasformavano in appuntamenti irrinunciabili, durante i quali io ascoltavo avidamente i racconti di vite fatte sì di spaccio e intrighi internazionali, ma anche di dolore per la disgregazione familiare, la solitudine, la mancanza di ascolto.

A questo punto vi starete chiedendo come mai mi abbia colto "l'urgenza comunicativa" proprio in questa notte dominata dall'emergenza COVID-19. Forse essere reclusi lontano dagli affetti, non poter stare, se non virtualmente, con le persone incontrate, non poterle respirare e avvicinare, ha stimolato i ricordi di esperienze intense che hanno reso il mio lavoro il più bello del mondo: stare con l'altro, osservarne gli scrigni emotivi, attendere rivelazioni insperate e cambiamenti sognati. Sono stata fortunata perché mentre il mondo sembrava cadere a pezzi, io sentivo di essermi arricchita anno dopo anno da nuove storie, come un albero di Natale rivestito ad ogni nuovo 25 Dicembre di un balocco in più.

Non è sempre tutto così poetico, facile, emozionante, si sa. A volte rabbia, disperazione, frustrazione e stanchezza prendono il sopravvento, ma ciò che in questi anni mi ha motivato e impedito di cambiare lavoro è quel senso di benessere che si prova ad essere di aiuto alle persone, anche solo per un piccolo pezzetto della loro vita. Il nostro giudizio ci porta a pensare che alcune persone buttino via la loro vita ma se ascoltiamo profondamente e osserviamo i particolari, lo sguardo con cui ci rivolgiamo agli altri cambia. Ho capito che i dettagli delle vite delle persone sono quasi più importanti della vita stessa.

Ecco cosa mi ha portato a pensare il COVID-19: avremmo bisogno di "luoghi" concreti e virtuali in cui le persone possano essere accettate per quello che sono e ricevere un aiuto. Questi pensieri sono difficili da condividere perché andare incontro agli "ultimi" con rispetto e senza per forza voler cambiare la loro vita, non è cosa da poco. In questi mesi lacerati dal Coronavirus, sono successe cose impensabili prima, i fioristi hanno abbellito le strade con i fiori che non potevano essere venduti donandoli a chi passava per strada, i fornai mettevano il pane davanti ai negozi, le persone hanno iniziato a donare senza che gli fosse richiesto. In un sistema in cui le risorse umane ed economiche sembrano sempre più precarie, dico che è necessario cambiare paradigma: stampiamo più banconote, allarghiamo le case, costruiamo campi più accoglienti, restituiamo dignità a chi l'ha persa, credibilità a chi è diventato incerto.

Se qualcuno oggi mi chiedesse quali sono le tue passioni, risponderai le "relazioni umane", così sconosciute, ma così intriganti da non poterne fare a meno.

Monitoraggio impatto pandemia COVID-19 sui Servizi di Salute mentale e Dipendenze patologiche

Alessio Saponaro, Mila Ferri, Chiara Ventura, Maria Paola Carozza, Silvia Chiesa, Angelo Fioritti, Gaddomaria Grassi, Alba Natali, Pietro Pellegrini, Claudio Ravani, Fabrizio Starace

ABSTRACT

La pandemia da COVID-19 ha innescato una grande crisi sanitaria che ha messo in seria difficoltà anche i Servizi di Salute mentale e dipendenze patologiche. A livello regionale, in collaborazione con i Direttori dei Dipartimenti di Salute mentale e Dipendenze patologiche è stato sviluppato un sistema di monitoraggio, basato su alcuni indicatori volto a individuare gli effetti dell'emergenza sui Servizi SPDC, CSM, SerDP e NPIA e le consulenze in Pronto soccorso.

I dati mostrano da un lato la grande sofferenza dei servizi, con la difficoltà a mantenere un adeguato livello di attività, dall'altro la capacità di risposta sanitaria attraverso il potenziamento di attività di assistenza domiciliare o uso di strumenti di telemedicina.

13

Introduzione

In Emilia-Romagna più di 188.000 persone sono assistite ogni anno dai Servizi del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche (DSM-DP) le cui attività, al pari di quelle sanitarie e sociali, sono state limitate dalla normativa emanata a livello nazionale e regionale per fare fronte alla pandemia. Pur in una condizione di lockdown, oltre agli interventi di emergenza urgenza e alle attività indifferibili, in ogni ambito i servizi hanno cercato di mantenere la continuità di cura, in particolare per gli assistiti con grandi vulnerabilità, invitati a restare a casa^{1,2}.

La pandemia da COVID-19 ha causato una grande crisi sani-

Note

- 1 Hao Yao A., Jian-Hua Chen B.C., Yi-Feng Xub, "Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic". *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr.
- 2 Chevance A., Gourion D., Hoertel N., Llorca P.M., Thomas P., Bocher R., Moro M.R., Laprèvote V., Benyamina A., Fossati P., Masson M., Leaute E., Leboyer M., Gaillard R., "Ensuring Mental Health Care During the SARS-CoV-2 Epidemic in France: A Narrative Review". *Encephale*, 2020 Jun;46(3):193-201.

Rif.

Alessio Saponaro, sociologo sanitario
Dirigente Regione Emilia-Romagna

051 5277478

alessio.saponaro@regione.emilia-romagna.it

taria e messo in seria difficoltà i cittadini e i Servizi sanitari dell'Emilia-Romagna.

Durante la gestione della Fase 1 e 2 della pandemia, in collaborazione con i Direttori dei Dipartimenti di Salute mentale e Dipendenze patologiche, è stato istituito un *sistema di monitoraggio* basato su una selezione specifica di indicatori volti a rilevare e monitorare l'impatto dell'emergenza sugli assistiti, sul funzionamento dei servizi e la loro riorganizzazione.

Aspetti metodologici

In questa situazione è emersa una relativa debolezza dei flussi informativi regionali di afferenza del DSM-DP a supportare un monitoraggio in emergenza: le scadenze dell'invio dei flussi mensili (SDO), semestrali (Salute mentale) o in alcuni casi annuali (NPIA e SerDP), non potevano dare risposte utili e in tempi immediati a supportare l'organizzazione in una situazione di emergenza.

Il sistema informativo locale delle AUSL è risultato essere molto più efficiente e immediato nel fornire le informazioni "in tempo reale", strategiche per l'attività di monitoraggio e gestione dell'emergenza, in particolare per quanto attiene il livello di accesso ai servizi degli assistiti, prestazioni fornite, inserimenti in residenza o ricoveri, infezioni da COVID-19 nelle strutture o infezioni dei professionisti. Pur tenendo conto del diverso impatto dell'infezione nelle singole province, risultava essenziale anche avere un quadro d'insieme regionale.

Sono stati attivati dei canali paralleli di monitoraggio su alcuni e specifici indicatori ritenuti necessari per un confronto regionale e una visione strategica complessiva del monitoraggio dell'impatto del *lockdown* sui servizi. Sono stati prodotti costantemente report di monitoraggio che hanno coinvolto anche diversi altri servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna.

Sono state individuate alcune aree di particolare rilevanza nella fase 1 della pandemia:

- Consulenze psicologiche a cittadini in periodo COVID-19
- Ricoveri in SPDC e SPOI e Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO)
- Accessi al Pronto soccorso per problematiche psichiatriche
- Accesso e prestazioni nei Servizi CSM, SerDP e NPIA.

Relativamente al sistema di monitoraggio delle consulenze psicologiche in periodo COVID-19 si rimanda agli approfondimenti nell'apposito capitolo in questo numero di Sestante.

1. Ricoveri in SPDC/SPOI e TSO

Gli ospedali sono uno di quegli ambiti che hanno risenti-

to grandemente della diffusione del COVID-19; l'intera rete ospedaliera è stata rimodellata in tutti gli ospedali dell'Emilia-Romagna, per rispondere alle esigenze dei cittadini infetti e per evitare ulteriori contagi.

E i reparti di psichiatria non sono sfuggiti a questa riorganizzazione in emergenza. Si è reso necessario predisporre stanze di isolamento, con riduzione di posti letto, per accogliere pazienti in attesa di esito di tampone o in fase di malattia che non richiedeva terapia intensiva, in quanto presentavano un grave stato di scompenso psicopatologico difficilmente gestibile nei reparti COVID non dotati di un numero adeguato di stanze singole.

Solitamente nei reparti dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) o Servizi psichiatrici ospedaliero intensivi (SPOI) il ricovero avviene per tre motivazioni: a seguito di una situazione urgente, gestita di solito in Pronto soccorso, su invio del Medico di medicina generale per un ricovero programmato o ricovero per Trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Appare chiaro che mentre i ricoveri urgenti o in TSO sono difficilmente procrastinabili, nelle situazioni di ricovero programmato i servizi hanno avuto un maggiore margine di manovra.

Vi è stata una oggettiva difficoltà di riorganizzazione delle attività cliniche all'interno di un reparto ospedaliero, compresa la riconfigurazione delle stanze per garantire il necessario distanziamento sociale (posizionamento posto letto, visite, attività interne).

Il primo elemento che emerge da questo primo indicatore è il consistente calo di ricoveri in alcuni mesi rispetto all'anno precedente: -32% a marzo (da 896 a 605) e -42% ad aprile (da 812 a 471). Questi dati sono anche l'effetto di specifiche indicazioni ministeriali, che prevedono che "i ricoveri ospedalieri in SPDC vanno limitati ai casi urgenti ed indifferibili ed ai Trattamenti Sanitari Obbligatori. I pazienti con disturbi psichiatrici attivi e sintomi COVID-19 devono essere ricoverati in camere dedicate nei reparti internistici/infettivologici COVID-19 con la presenza di un'équipe psichiatrica che monitorizzi quotidianamente il quadro psicopatologico".³

La diminuzione emerge ancora di più nelle strutture private (SPOI) rispetto alle pubbliche (SPDC/SPOI); nel solo mese di aprile vi è stato un (-53,7%) di ricoveri in SPOI privati, di gran lunga più elevato rispetto a quelli del pubblico (-37,3%).

Note

- 3 Circolare del Ministero della Salute 23 aprile 2020 "COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza".

Le motivazioni sono attribuibili alla stessa natura degli SPOI, in quanto, così prevede l'accreditamento istituzionale delle strutture, si tratta di reparti simili agli SPDC ma "con requisiti più attenuati, senza prevedere la possibilità di effettuare ricoveri obbligatori (TSO). Il reparto SPOI risulta destinato al trattamento di una casistica complessa, meno grave e volontaria, anche se acuta". Ne consegue che l'attività di questo tipo di servizi sia stata necessariamente ridimensionata rispetto alla situazione di urgenza richieste al settore pubblico.

Diversa è la valutazione sulla durata media delle giornate di ricovero: aumenta sia per le strutture pubbliche sia per quelle private. Se nel mese di marzo vi è stato più che altro un aumento medio di giornate per i reparti pubblici (media

+2,77 giorni, mediana +2), nel mese di aprile la situazione si è invertita con un calo/stabilizzazione rispetto all'anno precedente per il pubblico e un aumento per il privato (media +1,94 giorni, mediana +2).

I ricoveri per "Schizofrenia e altre psicosi funzionali" di norma rappresentano più di 1/3 dei ricoveri in SPDC/SPOI. Nel periodo di emergenza, il confronto con l'anno precedente indica che i ricoveri con questa diagnosi calano del 26% a marzo (da 294 a 219) e -39% ad aprile (da 267 a 164). Questo indica che i pazienti pur con un disturbo mentale severo, hanno mostrato resilienza, capacità di rispettare le norme e di continuare le cure a domicilio, supportati in questo dai Centri di Salute Mentale e dalla riconversione delle attività semiresidenziali.

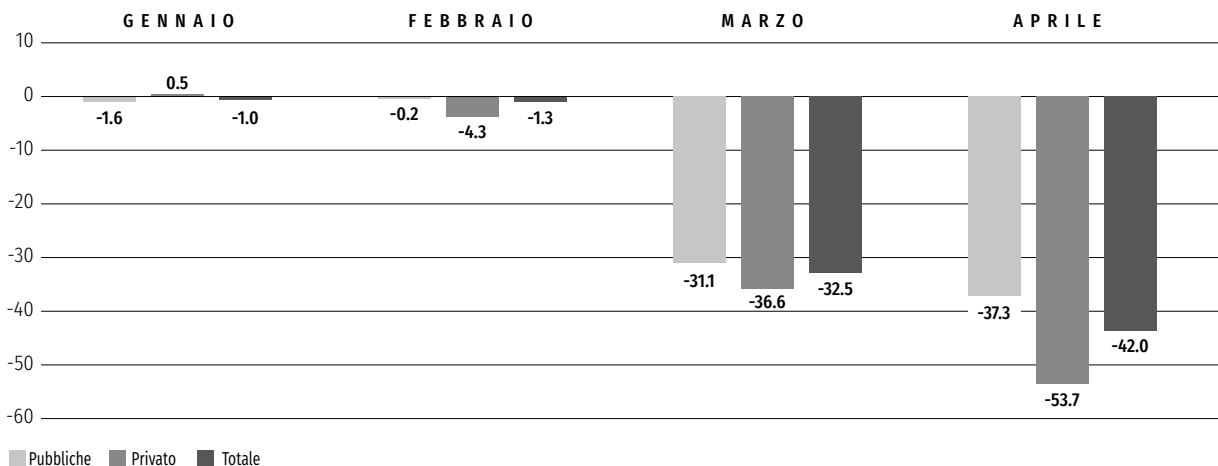


Fig. 1, Variazioni % dei ricoveri in SPDC/SPOI nel periodo 2020/2019 per mesi nelle strutture pubbliche e private

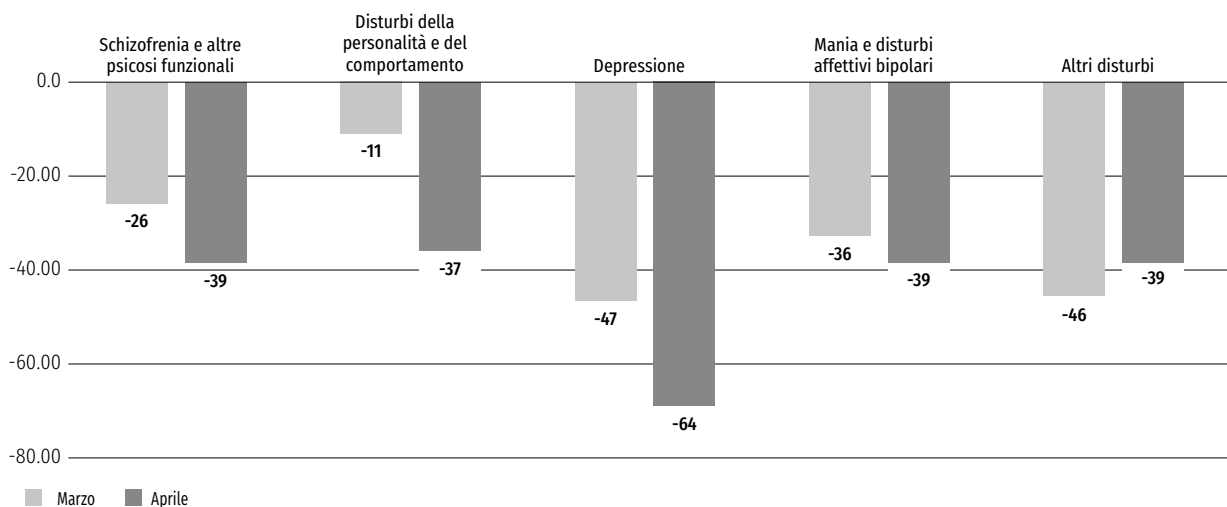


Fig. 2, Variazioni % dei ricoveri nel periodo 2020/2019 per mesi e aggregazione diagnostica

I Trattamenti sanitari obbligatori (TSO) meritano una specifica trattazione. Si attiva un TSO nelle situazioni di “emergenza” in cui la persona che necessita di cure urgenti rifiuta il trattamento e non è possibile attivare altre soluzioni extraospedaliere. Le indicazioni ministeriali hanno limitato i ricoveri ospedalieri in SPDC solo nei casi urgenti ed indifferibili e per i TSO.

Così come prevede la normativa regionale,⁴ “il TSO non può essere imposto al singolo nel suo esclusivo interesse, ma solo quando ricorre, oltre all’interesse del singolo, un riconosciuto interesse della collettività che verrebbe compromesso dal rifiuto a curarsi”, pertanto le valutazioni effettuate dai clinici in questo periodo hanno sempre tenuto in considerazione un corretto bilanciamento tra bisogni dell’assistito e rischio di ricovero in reparto psichiatrico in emergenza COVID-19. Appare chiaro che da un lato i ricoveri in TSO sono stati limitati alle situazioni più gravi e indifferibili, dall’altro sono state individuate delle soluzioni alternative di cura, sicuramente più appropriate rispetto allo specifico ricovero.

Il calo nei dati (Tab. 1) è anche qui rilevante e strettamente collegato anche alla forte riduzione degli accessi al Pronto soccorso, seppure con numeri e variazioni % decisamente più basse. Nel confronto 2020/2019 emerge che a marzo vi è stato un calo di ricoveri in TSO da 102 a 74 (-27,5%), come anche ad aprile (da 93 a 69, -25,8%).

2. Accessi al Pronto soccorso per problematiche psichiatriche

Un altro ambito sul quale la pandemia ha avuto un impatto rilevante è il Pronto soccorso (PS): tutti i servizi sono stati riorganizzati per offrire percorsi sicuri e separati, per garantire la salute dei cittadini che vi accedono.

Il Ministero della Salute e la Regione Emilia-Romagna hanno diffuso precise indicazioni per i cittadini sulle modalità di accesso ai PS e alla necessità di contattare il proprio medico di medicina generale. In sintesi, il messaggio inviato ai cittadini era che il PS dovesse essere utilizzato solo in situazioni di estrema necessità e non per disturbi minori.

Di conseguenza c’è stato un rilevante calo degli accessi generali nel PS nella Regione (Tab. 2): nel confronto 2020/2019 nel mese di marzo si è passati da 108.911 a 57.928 accessi (-46,8%); la stessa tendenza è stata registrata ad aprile: da 104.445 a 47.345 accessi, con una riduzione del 54,7%.

Nell’ambito degli accessi per aspetti psichiatrici sono stati conteggiati gli accessi al PS con una consulenza di uno psichiatra⁴ che può essere stata conclusa o meno con una diagnosi (tabella 2). Anche in questo caso il calo è considerevole: nel mese di marzo da 4.843 accessi del 2019 a 2.637 (-45,6%), con stessa tendenza ad aprile, da 4.749 a 2.513, con un calo del 47,1%.

Questo è frutto di una situazione in cui i cittadini sono stati chiamati a utilizzare altre forme di servizio, se pur non

Mese dimissione	Anno di dimissione		
	2019	2020	Var. %
Gennaio	80	90	12,5
Febbraio	87	76	-12,6
Marzo	102	74	-27,5
Aprile	93	69	-25,8

Tab. 1. TSO per mese e anno di dimissione (v.a. e %)

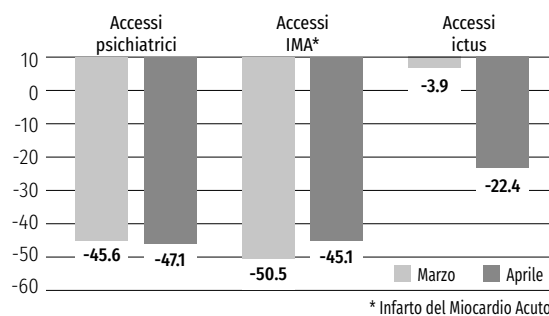


Fig. 3. Accessi al PS: confronto 2020/2019 con alcune patologie per mese.

Anni	Marzo			Aprile		
	Totale accessi	di cui per Psichiatria		Totale accessi	di cui per Psichiatria	
		n	%		n	%
2018	105.728	4.761	4,5	108.695	4.786	4,4
2019	108.911	4.843	4,4	104.445	4.749	4,5
2020	57.928	2.637	4,6	47.345	2.513	5,3
Variazioni % 2020/2019	-46,8	-45,6	-	-54,7	-47,1	-

Tab. 2. Accessi al Pronto soccorso in generale e per diagnosi/consulenze Psichiatriche per anni e mesi

Anno	CSM		SerDP		NPIA	
	Marzo	Aprile	Marzo	Aprile	Marzo	Aprile
2018	2348	2216	530	554	1733	1427
2019	2620	2367	568	533	1721	1507
2020	1217	926	230	121	514	364
Variazioni 2020/2019	-53,5	-60,9	-59,5	-77,3	-70,1	-75,8
Variazioni 2020/2018	-48,2	-58,2	-56,6	-78,2	-70,3	-74,5

Tab. 3. Confronto assistiti nuovi per anno e mese (v.a. e %).

sempre ottimali rispetto alla gravità della situazione, messe a disposizione dai DSM-DP (vedi paragrafo successivo sulle videochiamate).

3. Nuovi assistiti nei CSM, SerDP e NPIA

Durante il periodo del lockdown i DSM-DP hanno riorganizzato le attività con la finalità di ridurre il rischio di contagio e, al contempo, fornire servizi agli assistiti. Sono state poste delle restrizioni che sono inevitabilmente diventate delle barriere importanti per accedere ai trattamenti clinico-riabilitativi presso le strutture NPIA, CSM, SPDC o SerDP.

Mentre per i mesi di gennaio e febbraio 2020 non vi sono stati rilevanti modifiche del numero di nuovi assistiti giunti ai CSM, SerDP e NPIA (le tendenze erano orientativamente quelle degli anni precedenti), dal mese di marzo i “nuovi accessi” (assistiti incidenti, mai visti in precedenza) sono calati in maniera consistente in tutti i Servizi come evidenzia la Tab. 3. Le riduzioni, in confronto con gli anni precedenti o periodi antecedenti all'emergenza, sono state dal 40% al 70% degli assistiti, tra l'altro in linea con quanto accaduto in altri contesti della Salute mentale.⁵ Restrizioni alla circolazione, all'accesso ai servizi sanitari e la paura dei cittadini a rivolgersi a servizi sanitari hanno prodotto una situazione di riduzione degli accessi in tutti i servizi.

4. Nuove modalità di erogare prestazioni

Emergono diversi interessanti elementi dal monitoraggio effettuato sulle prestazioni erogate; in primo luogo la riduzione sostanziosa avvenuta in tutti i Servizi del DSM-DP nel periodo del *lockdown*. Mentre nel confronto dei mesi di gennaio e febbraio del 2019-2020 non si evidenziano particolari differenze nel numero di prestazioni erogate, nel mese di marzo e aprile 2020, in coincidenza delle nuove misure organizzative, le prestazioni, escluse le farmacologiche, sono calate dal 20% al 50% ogni mese rispetto all'anno/i precedente:

- CSM meno 31 mila prestazioni a marzo e quasi 18 mila ad aprile
- SerDP meno 19 mila a marzo e più di 22 mila a aprile
- NPIA meno 35 mila a marzo e più di 25 mila a aprile.

I Servizi hanno reagito in diversi modi alla situazione. I CSM, ad esempio, hanno mantenuto stabile o aumentato le prestazioni presso il domicilio degli assistiti: 8.725 a febbraio, lieve calo a marzo, aumento a aprile con 9.083 prestazioni (più dell'anno precedente); in breve, nonostante le difficoltà connesse con la prevenzione del contagio, l'attività a domicilio non ha subito variazioni.

Notevole impulso è stato dato alla telemedicina, che è una modalità di erogazione di alcune prestazioni in Salute mentale risultata efficace sia in situazioni routinarie, sia durante la pandemia.⁶ In Emilia-Romagna, nel giro di poco più di un mese, si è passati da una situazione in cui i professionisti erano in generale poco propensi a usare strumenti di videochiamata per il contatto con gli assistiti, privilegiando un rapporto terapeutico non mediato dalla tecnologia, a, laddove possibile, un massivo ricorso a sistemi di videochiamate, telefonate o altri strumenti che consentivano di tenere attivi i contatti con gli assistiti. Si deve considerare anche il fatto che prima di questo evento i Servizi erano totalmente sprovvisti di sistemi per le videochiamate.

Note

- 4 Le selezioni sono state effettuate sia sulle consulenze sia sulle diagnosi.
- 5 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120313792?via%3Dihub>
- 6 Shore J.H., Schneck C.D., “Telepsychiatry and the Coronavirus Disease 2019 Pandemic—Current and Future Outcomes of the Rapid Virtualization of Psychiatric Care”, *JAMA Psychiatry*. Published online May 11, 2020.

Anno	Tipo prestazioni	CSM		SerDP		NPIA	
		Marzo	Aprile	Marzo	Aprile	Marzo	Aprile
2019	Totali	99.167	87.485	57.765	56.746	68.459	59.507
	di cui a domicilio	9.713	8.887	157	154	350	324
2020	Totali	68.069	69.574	38.477	34.225	33.333	33.864
	di cui a domicilio	7.915	9.083	239	464	146	214
	di cui videoc./tel	12.373	17.668	7.075	7.874	4.498	15.886
Var. % prestazioni totali 2020/2019		-31,4	-20,5	-33,4	-39,7	-51,3	-43,1
% prestazioni video/telefonata 2020		18,2	25,4	18,4	23,0	13,5	46,9

Tab. 4. Prestazioni erogate dai Servizi per mesi e anni (v.a. e %)

18

La letteratura scientifica ha portato molte prove sull'efficacia e sulla possibilità di usare gli strumenti della telemedicina anche in campo della cura della Salute mentale sia nelle situazioni routinarie, sia durante la pandemia.⁷

Per monitorare questo tipo di attività è stato chiesto ai servizi di attivare due nuove tipologie di prestazioni: *Colloquio attraverso strumenti di videochiamate* e *Colloquio telefonico svolto con paziente famigliari* o altre persone significative, escludendo le comunicazioni brevi o a scarsa rilevanza clinica. I Servizi hanno cercato di implementare sistemi di telecomunicazione con gli assistiti, soprattutto per gestire le situazioni più gravi e assicurare in tutti i casi possibili la continuità delle cure. È stato utilizzato molto anche il telefono come mezzo di comunicazione e, soprattutto nelle prime fasi, collegamenti con Skype, Team, WhatsApp o altre piattaforme ad hoc messe a disposizione dai Servizi ICT delle AUSL. Già nel mese di maggio era pienamente funzionante la piattaforma regionale di telemedicina.

Questo tipo di prestazioni hanno rappresentato una quota importante di modalità di erogare le prestazioni; nel mese di marzo 2020 il 51,3% delle prestazioni della NPIA è stato erogato in videochiamata.

Conclusione

Nel periodo di emergenza del COVID-19 i dati dimostrano come si siano ridotti i ricoveri ospedalieri, i TSO e gli accessi ai PS, mentre sono aumentate le attività domiciliari e a distanza. Gli assistiti e le loro famiglie hanno mostrato resilienza e la capacità di collaborare e di attenersi alle norme indicate dalle autorità.

È indubbio che l'esperienza COVID-19 dal lato organizzativo sia definibile come uno stress-test con aspetti anche *rivoluzionari*: la necessità di dare risposte agli assistiti in una situazioni di emergenza e in tempi rapidi ha richiesto la strutturazione di interventi innovativi che diversamente

non sarebbero stati proposti o accettati, se non dopo un processo culturale che prevedesse tempi molto lunghi di realizzazione.

Telemedicina

Un esempio è l'uso della *videochiamata* per gestire alcuni colloqui con gli assistiti che è stata utilizzata in maniera consistente dai servizi del DSM-DP per mantenere attivo il rapporto terapeutico con gli assistiti.

Molti professionisti del DSM-DP hanno sempre avuto una certa ritrosia a utilizzare strumenti elettronici di videochiamata nel rapporto con il paziente, privilegiando il rapporto terapeutico faccia a faccia. Se non fosse stato per l'emergenza COVID-19 un progetto di telemedicina in salute mentale avrebbe impiegato anni ad essere accolto e realizzato. La necessità di tenere il rapporto terapeutico con gli assistiti ha spinto anche i professionisti più refrattari a utilizzare le videochiamate e ogni tipo di strumento, tanto che oggi in tutti i servizi sono richiesti strumenti e linee sicure per la comunicazione con gli assistiti.

Per soddisfare questo bisogno è stato avviato il progetto per consentire di utilizzare la piattaforma regionale di telemedicina utilizzabile attraverso la cartella CURE (cartella unica regionale elettronica).

Sia in previsione di una possibile problematica legata al COVID-19 sia per l'efficacia che tali attività hanno comportato,

Note

7 Shore J.H., Schneck C.D., "Telepsychiatry and the Coronavirus Disease 2019 Pandemic—Current and Future Outcomes of the Rapid Virtualization of Psychiatric Care", JAMA Psychiatry. Published online May 11, 2020.

la cartella clinica unica regionale del DSM-DP sarà collegata al sistema regionale della telemedicina, permettendo ai clinici di interfacciarsi tra di loro o con gli assistiti.

Flussi informativi per la programmazione

Nonostante i flussi informativi della Regione Emilia-Romagna siano di buona qualità, e gli stessi rendano possibile elaborare profili di salute degli assistiti necessari per la programmazione delle politiche regionali e delle Aziende USL, è indubbio che la pandemia abbia fatto emergere alcune rilevanti carenze soprattutto connesse alla tempestività delle informazioni fornite a livello regionale. Attualmente tutti i flussi del DSM-DP sono stati trasformati in flussi semestrali.

Occorre ripensare la logica delle informazioni che vengono utilizzati a livello locale e regionale per renderle più rispondenti ai bisogni clinici e organizzativi.

Le conseguenze sulla salute degli assistiti

Quasi 10.000 cittadini o operatori si sono rivolti ai servizi offerti dalla Regione Emilia-Romagna attraverso le consulenze psicologiche organizzate per emergenza COVID-19. Se nel breve termine i cittadini si sono confrontati con situazione di stress, rabbia, isolamento, confusione, nel lungo periodo gli effetti negativi, soprattutto per alcuni assistiti del DSM-DP, si faranno evidenti. È necessario quindi attivare una particolare attenzione alle situazioni di disturbo da stress post-traumatico, programmando interventi già da subito per poter meglio gestire, per quanto possibile, tali situazioni.

Bibliografia

Chevance A., Gourion D., Hoertel N., Llorca P.M., Thomas P., Bocher R., Moro M.R., Laprèvote V., Benyamina A., Fossati P., Masson M., Leaute E., Leboyer M., Gaillard R., "Ensuring Mental Health Care During the SARS-CoV-2 Epidemic in France: A Narrative Review". *Encephale*, 2020 Jun;46(3):193-201.

Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19, "Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto da epidemia COVID-19 sulla salute mentale", Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020.

Hao Yao A., Jian-Hua Chen B.C., Yi-Feng Xub, "Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic". *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr.

Ministero della Salute, Circolare del 23 aprile 2020 "COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza".

Regione Emilia-Romagna, "Direttiva regionale n. 1457/89 in ordine alle procedure per gli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in psichiatria".

Shore J.H., Schneck C.D., "Telepsychiatry and the Coronavirus Disease 2019 Pandemic—Current and Future Outcomes of the Rapid Virtualization of Psychiatric Care", *JAMA Psychiatry*. Published online May 11, 2020.

Starace F., Amaddeo F., Di Munzio W., Gaddini A., Guidi A., Magliano L., Monzani E., Piazza A., Rossi E., Tibaldi G., Lora A., Nicolò G., Pompili E., "Istruzioni operative per le attività dei Dipartimenti di salute mentale in corso di emergenza Coronavirus", Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP), 2020

Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali, 2014, http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2129

Yuan Yang, Wen Li, Qing Zhang, Ling Zhang, Teris Cheung, Yu-Tao Xiang, "Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak". *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr.

Psicologia e COVID-19

Le attività e i risultati dei Servizi di consulenza psicologica in Emilia-Romagna

Mila Ferri, Anahi Alzapiedi, Luca Barbieri, Luca Brambatti, Marco Chiappelli, Paola Dondi, Fiorello Ghiretti, Paola Giacometti, Barbara Leonardi, Rachele Nanni, Giorgia Pifferi, Paola Ravaglioli, Alessio Saponaro

Hanno collaborato:

Ornella Bettinardi, Barbara Bruni, Mirella Errante, Daniela Ferrini, Paola Frattola, Gabriella Gallo, Annamaria Grassilli, Alessandra Mancaruso, Alessia Ravasini, Daniele Rovaris

ABSTRACT

Sin dalle prime fasi dell'emergenza, le Aziende Sanitarie della nostra Regione, attraverso i Programmi e Servizi di Psicologia si sono attrezzate per dare una risposta immediata e coordinata all'emergenza COVID-19. I referenti delle UO/Programmi/Servizi di Psicologia, in collaborazione con i Direttori DSM-DP e con la Direzione regionale del Servizio Assistenza Territoriale hanno implementato un sistema di monitoraggio unico regionale, su cui valorizzare in modo incrementale le prestazioni psicologiche dedicate all'emergenza COVID-19. I dati qui presentati riguardano il periodo compreso tra il 17 febbraio e il 17 maggio 2020, durante il quale sono state effettuate quasi 10 mila prestazioni.

Introduzione

Nel gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha annunciato l'epidemia di una nuova patologia dovuta al Coronavirus che ha rappresentato da subito un'emergenza di salute pubblica di rilevanza internazionale fino a diventare una situazione di pandemia.

Gli effetti immediati del virus sulla salute delle persone, le conseguenze delle misure prese per contenere la diffusione del virus, la preoccupazione e gli effetti della perdita del lavoro e dei mezzi di sostentamento e conseguentemente dei progetti di vita, la chiusura delle scuole e la limitazione estrema delle relazioni dei bambini e dei ragazzi, la riorganizzazione dei ritmi di lavoro e di vita rappresentano solo alcuni dei fattori principali che hanno compromesso il benessere psicologico delle comunità di appartenenza.

In tanti, sono stati esposti ad eventi traumatici o fortemente stressanti legati allo stato di salute proprio e dei propri cari, o peggio ancora, alla perdita di persone care. I lutti durante la pandemia di COVID-19 si sono tinti di tonalità ancora più dolorose, dal momento che non è stato possibile onorarli con la vicinanza, l'assistenza, la cura ed i riti previsti dalla propria cultura. Le continue informazioni, non di rado incoerenti o contraddittorie, hanno contribuito ad aumentare

Rif.
Mila Ferri, medico,
Dirigente salute mentale e dipendenze patologiche
Direzione generale cura della persona, salute e welfare
Regione Emilia-Romagna
Viale Aldo Moro 21 40127 Bologna
051 5277262 - 7360
mila.ferri@regione.emilia-romagna.it

l'incertezza verso il futuro, causando ulteriore stress. Alcuni gruppi di popolazione sono stati maggiormente colpiti dalla pandemia come ad esempio gli operatori sanitari impegnati in prima linea, le persone con disabilità, gli anziani nelle residenze protette ed i loro *caregivers*, le persone che già vivevano in condizioni di malattia e sofferenza fisica o psicologica, le famiglie colpite dalla violenza domestica. Coerentemente con le principali linee guida internazionali al fine di ridurre l'impatto psicologico e sociale dell'emergenza e per mantenere l'efficienza ed il benessere psicologico di tutta la popolazione, si è adottato un "approccio globale", rivolto alla comunità senza distinzione fra persone sane o contagiate, etnia, età, genere, vocazione o affiliazione. Seppur nelle diverse declinazioni organizzative e specificità territoriali, il piano di azioni messo in atto da ogni Azienda Sanitaria si è ispirato ai principali modelli di consulenza psicologica in contesti di emergenza, articolandosi in precise linee organizzative e di attivazione, modulate secondo livelli progressivi di intensità e specializzazione e integrate con i molteplici livelli di intervento all'interno della risposta complessiva messa in atto da ogni organizzazione aziendale e territoriale.

La finalità generale è stata quella di promuovere e rafforzare innanzitutto la resilienza delle persone e delle comunità, evitare un approccio patologizzante e prevenire lo sviluppo di condizioni più critiche, consapevoli che queste potranno

riguardare una quota minoritaria di popolazione e andranno affrontate in un momento successivo attraverso un trattamento psicologico specialistico.

Rispetto questo ultimo punto, tra le tecniche maggiormente diffuse nelle nostre Aziende si annoverano EMDR (*Eye Movements Desensitisation and Reprocessing*) e TF-CBT (*Trauma Focused Cognitive Behavioural Therapy*), che nell'agosto 2013 sono state riconosciute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come trattamenti efficaci per la cura del disturbo post traumatico da stress (PTSD). Altri metodi in corso di accreditamento ma comunque abbastanza diffusi sono NET (*Narrative Exposure Therapy*) e BEPP (*Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD*).

Nel contesto ospedaliero, le UO di Psicologia hanno ridefinito il loro intervento al fine di fornire supporto psicologico alle persone direttamente coinvolte nel "core" emergenziale: cittadino ricoverato, familiari/*caregiver* e professionisti sanitari. L'urgenza con la quale gli ospedali hanno affrontato la pandemia ha imposto altrettanta rapidità a prendere in cura i bisogni di natura emotiva, affettiva e relazionale aumentati a fronte dell'isolamento e della separazione tra pazienti e familiari. Tale traumatismo complesso ha alterato gli equilibri psico-affettivi individuali, del sistema familiare e dei team curanti che hanno subito una condizione di distress psicofisico acuto con il rischio di frammentazione

Servizi	Numero consulenze	24 feb 1 mar	2-8 mar	9-15 mar	16-22 mar	23-29 mar	30 mar 5 apr
AUSL Piacenza	945						
AUSL Parma	2.275						
AUSL Reggio Emilia	317						
AUSL Reggio Emilia osp.	606						
AOSP Modena	409						
AUSL Modena	1.055						
AUSL Bologna	794						
AUSL Bologna osp.	1.029						
AUSL Imola	277						
AUSL Ferrara	241						
AUSL Romagna - Forlì Cesena	792						
AUSL Romagna - Ravenna	692						
AUSL Romagna - Rimini	297						
Regione Emilia-Romagna	9.729						

Tab. 1, Numero di consulenze offerte per ogni Servizio e tempistica di attivazione dei Servizi di consulenza psicologica.

degli interventi di cura. Gli interventi psicologici ospedalieri sono stati posti in essere per favorire la continuità clinica delle attività multidisciplinari già routinariamente integrate nei percorsi di cura grazie all'utilizzo di nuovi device informatici resi disponibili dal progetto regionale "LEPIDA".

Sistema di monitoraggio delle consulenze psicologiche

Piacenza dista pochi chilometri dal fulcro dove sono stati scoperti i primi casi di infezione di COVID-19 in Italia. Non stupisce quindi che a fronte di questa vicinanza sia stata la prima azienda che si è attivata per fornire una risposta psicologica organizzata all'emergenza COVID-19. A metà febbraio 2020, nel pieno della fase 1, è stata avviata la procedura per l'attivazione dell'equipe psicosociale emergenza (E.P.E.). A partire dalle prime due settimane di marzo, si sono attivate tutte le UO/Programmi di Psicologia in concerto con le proprie direzioni aziendali che hanno messo in campo, con uno sforzo senza precedenti, equipe dedicate e linee di azione modulate e contesto-specifiche rivolte a diversi target di popolazione.

I referenti delle UO/Programmi/Servizi di Psicologia, in collaborazione con i Direttori DSM-DP e con la Direzione regionale del Servizio Assistenza Territoriale hanno implementato un sistema di monitoraggio unico regionale, su cui valorizzare in modo incrementale le prestazioni psicologiche dedicate all'emergenza COVID-19 effettuate settimanalmente in ogni singola Azienda.

I dati qui presentati riguardano il periodo compreso tra il 17 febbraio e il 17 maggio 2020. La rilevazione si concluderà

a fine giugno e un'analisi dettagliata sia di tipo quantitativo che qualitativo confluirà in un documento di sintesi che darà conto della ricchezza e delle esperienze di ogni territorio e contesto organizzativo.

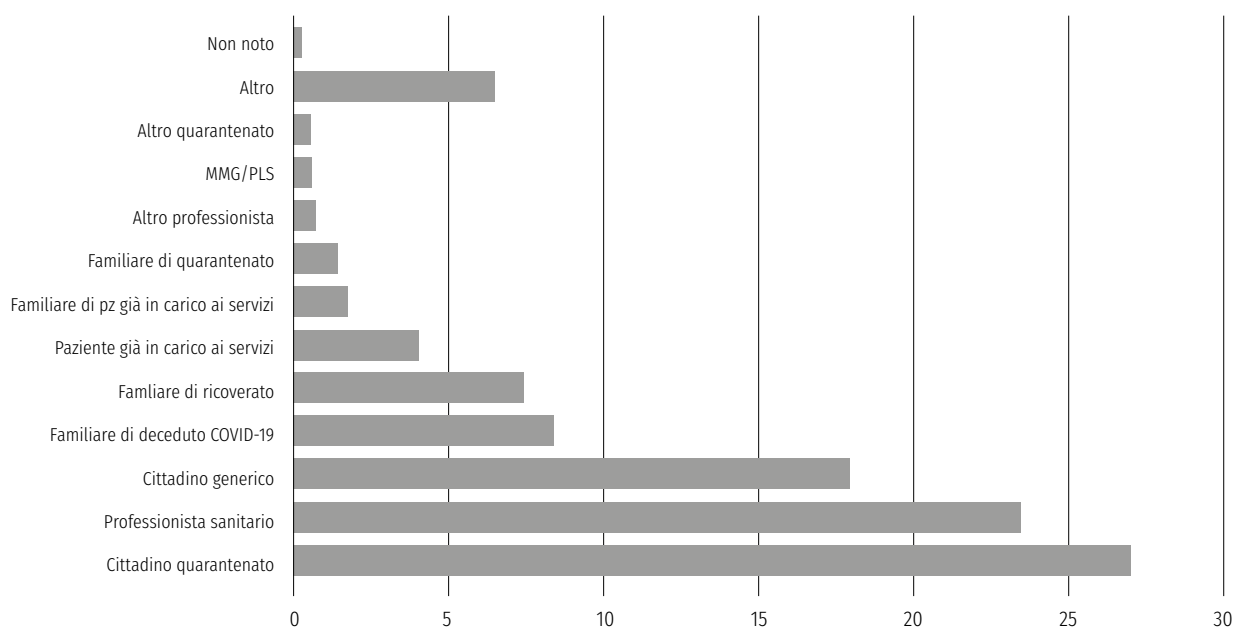
Le strutture coinvolte dalla rilevazione (Tab. 1) sono quelle rappresentate nel gruppo regionale "Psicologia clinica della salute e di comunità": tutti i Servizi/Programmi di psicologia delle Aziende Sanitarie della Regione, comprese anche le articolazioni dei Servizi di Psicologia Clinica nel contesto ospedaliero.

Ogni Azienda ha messo in campo diverse linee di azione, che pur con pesi differenziati, ha previsto interventi a favore di:

1. I cittadini allarmati/spaventati, quelli ricoverati, contagiati e quarantenati
2. familiari di pazienti ricoverati e/o deceduti
3. operatori sanitari/soccorritori
4. la comunità in senso lato
5. persone con pregresse fragilità e/o già in carico ai servizi

Nel periodo considerato sono state erogate 9.729 consulenze. Una linea d'intervento trasversale, anche questa comune a tutte le aziende sanitarie della Regione, è stata l'attivazione di uno o più numeri telefonici dedicati (call center) rivolti a tutte le tipologie di target individuato.

L'esistenza di un gruppo di lavoro stabile, coordinato dalla Regione, ha permesso fin dall'inizio dell'emergenza un confronto tra le diverse AUSL; il sito web della Regione dedicato al COVID-19 ha rilanciato le iniziative e i recapiti telefonici o e-mail presenti nei siti delle Aziende sanitarie, per diffon-



Tab. 2, A chi è stata fornita la consulenza (%)

dere ulteriormente l'informazione.

Ogni linea d'azione inoltre si è modulata secondo l'evolversi dell'emergenza. A grandi linee possiamo operare una distinzione tra le azioni della fase di attivazione (fase 1) della fase di resistenza (fase 2) e della fase di normalizzazione (fase 3).

A chi è stata fornita la consulenza

In risposta ad eventi stressanti maggiori, quale è l'evento pandemia da COVID-19, è possibile affermare che tutta la popolazione si configura come vittima, ma che in questa fase siano state coinvolte nelle consulenze soprattutto:

- chi ha contratto il virus e può trovarsi ricoverato oppure a casa (2.618 consulenze, pari al 26,9% delle consulenze casi totali);
- quasi un quarto delle prestazioni effettuate è stato rivolto al personale sanitario (2.404, 24,7%), esposto sin dai primi momenti della pandemia a fattori multipli di traumatizzazione sia professionale che personale e pertanto hanno vissuto l'esperienza non solo come vittime di terzo tipo ma anche come vittime dirette e talvolta come familiari di vittime;
- cittadini (1.737, 17,8%), che hanno vissuto in prima persona le esperienze negative legate al lockdown;
- una parte rilevante delle consulenze sono state erogate a familiari (19,4%) in condizione di distress acuto a causa del distanziamento e della necessità di poter esprimere il proprio vissuto e delle paure specifiche attivate dall'iniziale sovraccarico delle terapie intensive. Si tratta di familiari di deceduto COVID-19 (823, 8,5%), di ricoverato per COVID-19 (720, 7,4%), di assistito già in carico ai Servizi (170, 1,75%) o di cittadino

quaranteno (139, 1,43%);

- assistito di Servizio sanitario o socio-sanitario (405, 4,16%), che con le limitazioni imposte nel periodo di emergenza hanno avuto meno possibilità di rivolgersi ai servizi sanitari o socio-sanitari.

Le modalità di contatto

Quasi il 70% degli interventi rilevati si sono volti attraverso il medium telefonico. Nei servizi sanitari l'intervento telefonico è tradizionalmente inteso come strumento di monitoraggio routinario degli utenti oppure come uno strumento di primo contatto con l'utente. La fase emergenziale del COVID 19, invece, ha portato a trovare modalità comunicative e di supporto che si sono caratterizzate come un vero e proprio intervento psicologico breve.

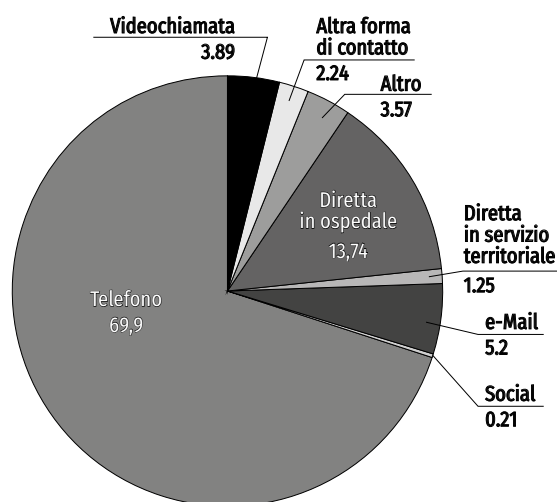
Le modalità di contatto in ambito ospedaliero privilegiate sono state tre: telefono, diretta in ospedale e in videochiamata. La più utilizzata è stata quella telefonica probabilmente più familiare ed immediata a poter costituire rapidi interventi di referring o rete o per i familiari caregiver che non avevano a disposizione la tecnologia.

La seconda modalità di contatto utilizzata è stata rappresentata dalle consulenze dirette in ospedale. Laddove possibile, il contesto ospedaliero ha privilegiato infatti il setting clinico consueto; è il caso, ad esempio, dei numerosi pazienti Covid i quali, una volta usciti dai reparti di terapia intensiva e negativizzati dal virus, sono stati trasferiti in altri reparti con possibilità di contatto diretto in stanza con il professionista psicologo. Oppure è il caso degli operatori sanitari che hanno fatto richiesta di supporto psicologico presso i servizi intra-ospedalieri dedicati.

La tipologia di consulenza effettuata

Ogni Ausl ha attivato una o più linee telefoniche dedicate sia per la cittadinanza generale che per gli operatori sanitari. Il focus sul carattere consulenziale dell'intervento di primo aiuto telefonico integra competenze e tecniche provenienti da modelli multipli validati e raccomandati per gli interventi in Psicologia dell'emergenza con la finalità di mitigare lo stress peri-traumatico, rinforzare la resilienza e prevenire l'insorgere di disturbi psicologici. Nei fatti, i numeri di telefono dedicati, garantendo sicurezza e *privacy*, si sono posti come un affiancamento a tutti i servizi di assistenza psicologica comunque operativi sul territorio volti allo stabilire una presa in carico o invio ad altri servizi dei cittadini che ne avevano bisogno e ne facevano richiesta nonché importante di implementazione del lavoro di rete. Nella Tab. 4 sono descritti i diversi tipi di consulenza effettuate.

Un quarto degli interventi sono stati di contenimento (2.579, 26,5%) rispetto alla specifica situazione riportata dall'uten-



Tab. 3, Modalità di contatto per l'erogazione della consulenza (%)

La tipologia di consulenza	v.a.	%
Contenimento	2.579	26,51
Consulenza	1.252	12,87
Informazioni	939	9,65
Normalizzazione	714	7,34
Strategie di coping e riduzione dello stress	656	6,74
Supporto/comunicazione evento	595	6,12
Psicoeducazione	574	5,9
Attività di gruppo	564	5,8
Intervento di rete	517	5,31
Contatto di monitoraggio	230	2,36
Referring/invio altri Servizi	206	2,12
Non noto	16	0,16
Altro	887	9,12
Totale	9729	100

Tab. 4.. Tipologia di consulenza effettuata (v.a. e %)

te, normalizzazione dei sentimenti e comportamenti (714, 7,3%) riferiti a fisiologiche reazioni a situazioni traumatiche o gravemente stressanti, psico-educazione rispetto alle reazioni fisiologiche tipiche in risposta ad eventi anomali, acuti e potenzialmente traumatici (quali pensieri intrusivi, iper-arousal, umore negativo, evitamento), strategie di coping e riduzione dello stress (656, 6,7%) individualizzati per fascia d'età: bambini, adulti, anziani) e *referring*/invio ad altro servizio (206, 2,12%) ad altri professionisti e servizi della salute mentale per interventi più specifici, come per esempio l'invio alle psicoterapeute ospedaliere per pazienti ospedalizzati COVID-19 di recente dimissione o familiari di pazienti deceduti per COVID-19.

Tramite il call-center viene altresì implementato il lavoro di rete (517, 5,31%) volto allo stabilire una presa in carico o invio ad altri servizi dei cittadini che ne hanno bisogno e ne fanno richiesta.

L'intervento in favore di cittadini ricoverati, contagiati, quarantenati

Tutte le Aziende Sanitarie hanno messo in campo azioni mirate in risposta ai bisogni psicologici dei pazienti COVID-19 ricoverati e sottoposti a quarantena. Qui di seguito una panoramica degli interventi:

- partecipazione a momenti di briefing medico e stretto raccordo con i coordinatori infermieristici per un

supporto ai medici sulla comunicazione: diagnosi e aggiornamenti in merito alla malattia e prognosi;

- affiancamento al personale sanitario nell'accoglienza telefonica dei familiari gestendo le eventuali manifestazioni emotive;
- colloqui clinici all'interno dei reparti, su segnalazione dei medici, a favore dei pazienti ricoverati;
- formazione dell'*équipe* multiprofessionale di reparto;
- definizione del percorso di presa in carico del degente (segnalazione da parte del coordinatore, contatto del numero telefonico da parte del paziente, orientamento della presa in carico al servizio psicologico)
- Supporto psicologico strutturato via telefonica/video chiamata;
- Verifica e *follow up*.

L'intervento in favore di familiari di pazienti ricoverati e/o deceduti

Tenendo conto dei diversi contesti e articolazioni organizzative, possiamo dire che è stato fornito un supporto strutturato ad almeno un familiare per ogni persona deceduta per COVID-19, con una particolare attenzione ai contesti con minori esposti a lutti complessi o plurilutti. Alcune *equipe*, in collaborazione con le risorse del terzo settore, hanno posto una cura particolare alla restituzione, anche a domicilio, degli effetti personali dei congiunti deceduti.

In ambito Ospedaliero, diverse sono state le situazioni multiproblematiche intercettate, gravate da elementi pluri-traumatici di natura bio-psico-sociale, ad es: congiunto deceduto per COVID, altro parente ricoverato COVID, membri familiari in quarantena o portatori di patologie croniche, fragilità clinico-assistenziale, rifiuto dei familiari al rientro a domicilio del cittadino per la paura della contaminazione. Laddove il decorso clinico si è concluso con il decesso, la presa in carico multidisciplinare si è completata con un lavoro di supporto psicologico ai familiari caregiver finalizzato alla prevenzione della sindrome da lutto complicato (*Prolonged Grief Disorder*).

Gli interventi in favore di operatori sanitari/soccorritori

Nel periodo di maggiore criticità è stata garantita la presenza quotidiana di almeno uno psicologo psicoterapeuta presso una postazione dedicata del presidio ospedaliero. Si è provveduto a supportare gli operatori, in continua attivazione, con colloqui informali, interventi di decompressione (*defusing* ricorrente) e stabilizzazione (protocolli specifici EMDR per la fase acuta).

In alcune aziende è stato attivato un supporto psicologico strutturato su segnalazione tramite canale telefonico per gli operatori in malattia o in quarantena indicati espressamente dai coordinatori e/o RAD di reparto; in aggiunta a questo

vi è stata la possibilità per tutti gli operatori di contattare spontaneamente il numero per l'emergenza e concordare appuntamenti telefonici o in presenza presso ambulatori territoriali o ospedalieri.

Particolarmente significativa è stata in tutti i territori la proposta di interventi di gruppo:

- Realizzazione d'interventi di decompressione e desensibilizzazione attraverso gruppi di *defusing* all'interno dei reparti con disponibilità di un supporto psicologico individuale agli operatori;
- Realizzazione incontri di gruppo di *debriefing* al personale del 118 con disponibilità di supporto psicologico individuale agli operatori con l'obiettivo di ridurre l'impatto degli effetti dello stress post-traumatico.
- Gruppi per apprendere pratiche di *mindfulness* ed esercizi di armonizzazione del sistema energetico individuale finalizzate alla promozione del benessere psicofisico e alla gestione dello stress.

In alcune Aziende, l'offerta per il personale sanitario ha preso la forma di percorsi formativi a carattere esperienziale, oppure è stata offerta una formazione per i neo assunti.

In fase di resistenza e parziale smobilitazione (fase 2 e 3) si è attivata una sensibilizzazione delle figure apicali (Direttori, RAD, coordinatori) in merito agli strumenti di prevenzione del burn out e dei possibili esiti psicopatologici negli operatori sanitari; diffusione di materiale informativo (pieghevoli, video, ecc) con contenuti a carattere psicoeducativo sui meccanismi di gestione dello stress.

L'intervento in favore de la comunità

Sin dall'inizio dell'emergenza, tutte le aziende si sono organizzate e coordinate con il gruppo regionale al fine di predisporre e diffondere tramite canali diversificati materiale informativo e psicoeducativo per affrontare la crisi, per promuovere l'adozione di stili di vita corretti e l'applicazione di tecniche di rilassamento scientificamente fondate. Sono stati inoltre implementati servizi specifici per le cosiddette *zone rosse*.

L'intervento in favore di persone con pregresse fragilità

La pandemia ha costretto tutte le aziende sanitarie a rimodulare le attività con i pz già in carico, operando delle strette limitazioni all'accesso ai servizi e spostando sul medium telefonico/piattaforme online i colloqui clinici e di follow up. Ciononostante, le persone già in carico ai servizi e loro familiari risultano circa il 6% del totale delle persone a cui è stata offerta la consulenza tramite i call center.

Conclusioni

Nella fase acuta, il dilagare del COVID-19 ha messo fortemente sotto stress il sistema dell'emergenza/urgenza imponendo la strutturazione di risposte rapide ad una domanda di supporto psicologico contingente e cogente. Le fasi successive della pandemia hanno evidenziato l'aumento di forme di disagio conseguenti alle diverse perdite individuali e comunitarie esperite, al traumatismo ad esse legato ed alle ripercussioni socio economiche a cui le persone vanno incontro. Diventerà quindi ancora più urgente garantire forme appropriate di risposta di carattere non soltanto preventivo ma di promozione delle risorse alla resilienza dei singoli e dei gruppi sociali, di interventi focali sulle forme di disagio reattivo diversamente costruite per popolazioni target. La Psicologia clinica della salute e di comunità dispongono di riferimenti teorici solidi che potrebbero orientare la costruzione di percorsi sanitari innovativi centrati sulla persona nella sua interezza piuttosto che esclusivamente sui sintomi.

Bibliografia

- WHO. *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Geneva: World Health Organization; 2020. (WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1) www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf
- Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ* 2004.
- Tsang HW, Scudds RJ, Chan EY. Psychosocial impact of SARS. *Emerg Infect Dis* 2004.
- Ipsos-MORI. *COVID-19 and mental wellbeing*. London Ipsos-MORI; 2020. <https://www.ipsos.com/ipsos-mori/en-uk/Covid-19-and-mental-well-being>.
- Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the COVID-19 pandemic. *NEJM* 2020 13 April.
- Istituto Superiore di Sanità Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020.
- Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19
- Linee d'indirizzo del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, 2020, Linee di Indirizzo per l'intervento psicologico a distanza a favore della Popolazione nell'emergenza COVID-19
- NICE- National Institute for Health and Care Excellence Post-traumatic stress disorder NICE guideline [NG116] Published date: 05 December 2018 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- COVID-19 - Gestione dello stress e prevenzione del burnout. <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/ricerca-e-tecnologia/area-salute-sul-lavoro/rischi-psicosociali-e-tutela-dei-lavoratori-vulnerabili/covid-19-gestione-stress-e-prevenzione-burnout.html>
- Linee Guida su Salute Mentale e Supporto Psicosociale in contesti emergenziali" 2007 IASC e successivi
- Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area "Psicologia clinica e di comunità" (circolare n. 14/2013) - Regione Emilia-Romagna.

Servizi per l'autismo minori ai tempi del COVID-19

Stato dell'arte in Emilia Romagna

Chiara Del Furia, Gianpaolo Luppi, Michela Cappai, Paolo Soli

26

ABSTRACT

Nel corso della Fase 1 dell'emergenza COVID-19, l'Osservatorio Nazionale Autismo dell'Istituto Superiore di Sanità, la Società Italiana per i Disturbi del Neurosviluppo (SIDiN) e la Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), hanno pubblicato nei loro siti web documenti per il sostegno alle persone con disabilità intellettiva e autismo, dove vengono fornite indicazioni e suggerimenti per la gestione delle attività e il supporto della quotidianità la cui organizzazione in alcuni casi è risultata fortemente compromessa per l'interruzione della routine e per lo stress psicologico causato dall'emergenza sanitaria in corso.

Sebbene le fasi di emergenza progrediranno con limitazioni sempre meno restrittive con il passare dei mesi, durante l'epidemia i professionisti dell'azienda sanitaria hanno cercato di colmare il distanziamento imposto e necessario per la sicurezza di ogni cittadino con attività e supporto a distanza per i loro utenti. Grazie ai periodici incontri del gruppo di lavoro della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) della Regione Emilia Romagna (RER) è stato possibile condividere buone pratiche e monitorare attraverso uno strumento costruito ad hoc le attività proposte nell'ottica condivisa di miglioramento della qualità di vita dell'utente nonostante la situazione l'emergenza sanitaria legata alla pandemia.

Dall'analisi qualitativa della check-list costruita e compilata dagli Spoke è stato possibile tracciare un flusso di azioni, di scambio di informazioni e di continuità di cura che ha attraversato in modo capillare ogni servizio dell'azienda dedicato ai minori e all'autismo, lasciando una testimonianza di flessibilità delle modalità di lavoro, che potrebbe essere la base per l'implementazione di attività e sviluppi futuri comuni e condivisi.

Introduzione

Durante la Fase 1 del COVID-19 i servizi di NPIA della RER, nella necessità di adottare tutte le possibili strategie di contenimento della diffusione dei contagi, hanno disposto la sospensione delle attività programmate in ambulatorio, garantendo le visite e le prestazioni urgenti e alcuni trattamenti riabilitativi non procrastinabili. Nel contempo i servizi, cercando in tempi stretti ed emergenziali strade

Rif.
Chiara Del Furia, psicologa,
Programma Integrato Disabilità e Salute-DSM-DP, AUSL di Bologna
051 97960 - 3384554795
chiara.delfuria@ausl.bologna.it

alternative per proseguire nelle attività e avendo chiara la necessità di fornire tutto il supporto ai minori e alle loro famiglie per il loro benessere psicofisico in un momento di grande stress, hanno proattivamente modificato un numero notevole di attività in prestazioni da remoto.

La necessaria cautela che ha caratterizzato l'attività sanitaria nel periodo iniziale del COVID-19 ha comunque permesso ai servizi, nell'ottica di favorire le attività istituzionali di cura e la funzionalità della rete curante e supportati dalla corposa produzione di indicazioni delle comunità scientifiche, di attivarsi provvedendo a contattare gli utenti in carico per monitorare l'andamento clinico anche a distanza, cercando di introdurre nuove modalità di trattamento, anch'esso da remoto.

Queste modalità sono state utilizzate nell'ambito dei percorsi clinico-organizzativi aziendali dedicati all'autismo. Durante i mesi di marzo e aprile 2020 sono continuati gli incontri dei gruppi operativi per supportare queste attività di carattere emergenziale, e al fine di rendere omogenee le informazioni degli *spoke* rispetto a quanto offerto ai pazienti con diagnosi di Disturbo dello spettro autistico (ASD), è maturata la necessità di disporre di dati e informazioni rispetto alle attività con i minori e gli adulti con diagnosi ASD durante la Fase 1 dell'Emergenza COVID-19.

Lo scenario complessivo dei servizi per l'autismo è stato caratterizzato, in analogia agli altri servizi NPIA, da alcuni elementi di contesto che hanno influito sulla operatività:

- il numero delle figure professionali in servizio (in alcune ASL gli operatori sono stati destinati alle attività COVID riducendo la presenza degli stessi, in alcuni casi fino all'80%);
- la ridotta disponibilità di strumenti tecnologici per gli operatori;
- il difficile approvvigionamento di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI);
- la disponibilità di strumenti tecnologici delle famiglie;
- i quadri clinici e la gravità/complessità degli utenti seguiti.

1. Materiale e metodi

Nel corso della Fase 1, i referenti HUB Autismo della NPIA e della Psichiatria, con il supporto della Regione Emilia-Romagna, hanno messo a punto una "Check List relativa alle modalità di lavoro adottate durante il periodo di emergenza COVID-19", progettata e redatta per i servizi *spoke* minori¹ e adulti²; la scheda ha rappresentato una opportunità di condivisione e monitoraggio delle attività rivolte all'utenza in carico.

In Regione Emilia-Romagna gli utenti con diagnosi ASD in carico ai servizi UONPIA al 31/12/2019 sono 4327. Questo dato corrisponde al 6,9% del totale degli utenti in carico alla

NPIA (62353 utenti). Il trend di questi dati è costantemente in aumento dal 2011 ad oggi. La variazione percentuale registrata rispetto agli utenti con diagnosi ASD in carico è pari a +14,8% rispetto all'anno precedente (31/12/2018) ed il confronto con il 2011 mostra un aumento pari al 173,2% (dati flusso informativo SINPIA-ER).

La scelta delle attività da monitorare è coerente alle indicazioni pubblicate dai maggiori esponenti in ambito di disabilità intellettiva ed autismo (ISS, SINPIA e SIDiN).

La *Check-List* è una raccolta di dati qualitativa, articolata su 15 item suddivisi per aree di indagine:

- materiale informativo (*Quesito 1*);
- monitoraggio telefonico (*Quesito 2*);
- predisposizione materiale abilitativo/riabilitativo (*Quesiti 3 e 4*);
- attività abilitativa/riabilitativa da remoto (*Quesiti 5,6,7,8*);
- attività abilitativa/riabilitativa/terapeutica urgente e non derogabile svolta in presenza (*Quesiti 9,10,11*);
- attività di confronto/consulenza interna ed esterna (*Quesiti 12,13,14*);
- attività di valutazione da remoto (*Quesito 15*).

LEGENDA DI CONVERSIONE DEI PUNTEGGI	
RISPOSTA	SIGNIFICATO CORRISPONDENTE
0	Per nessun utente 0%
1	Per un numero di utenti inferiore al 25%
2	Per un numero di utenti compreso tra il 25% ed il 50%
3	Per un numero di utenti compreso tra il 50% ed il 75%
4	Per tutti gli utenti 100%

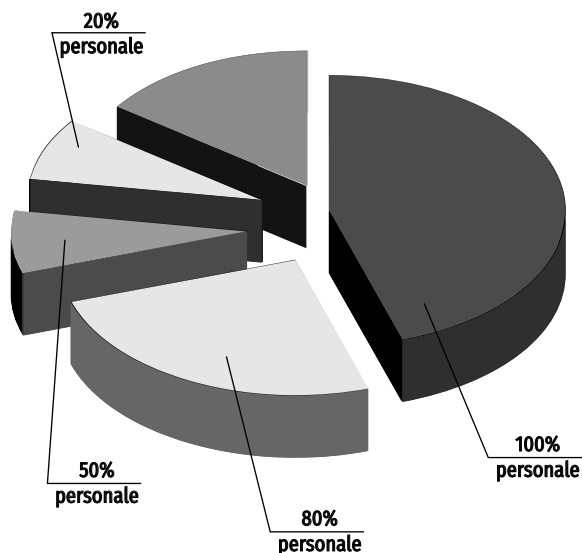
Le domande prevedevano una risposta da scegliere fra quelle proposte, oppure la scelta di un dato quantitativo esprimibile con una scala di valori definita con un punteggio da 0 a 4 corrispondente ad una stima verosimile.

2. Risultati

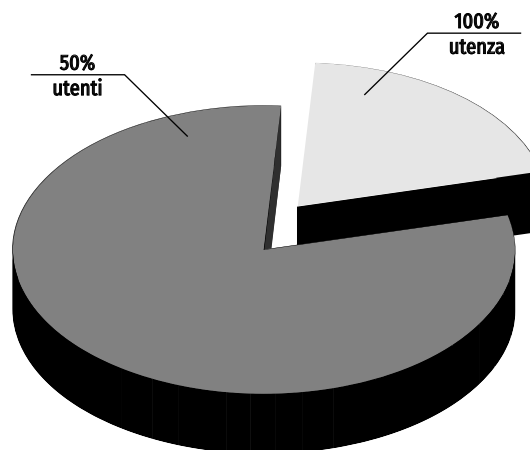
I dati raccolti evidenziano che la stima percentuale del personale rimasto disponibile sulle mansioni legate alla valutazione, riabilitazione e produzione del materiale per le persone con ASD risulta eterogenea nei diversi territori.

Per quanto riguarda la prima area indagata si registra una diffusione sulle pagine web aziendali di materiale informativo su emergenza COVID-19 e conseguenti disposizioni e indicazioni utili per utenti e familiari ASD redatti dai professionisti delle ASL e provenienti da altri canali istituzionali o

Servizi ASD Minori
 Quadro dei servizi rispetto alla stima percentuale per sonale rimasto attivo nelle mansioni legate all'utenza in carico con diagnosi ASD



Servizi ASD Minori
 Quadro dei servizi rispetto alla stima percentuale dell'utenza in carico con diagnosi ASD/famiglie raggiunta attraverso il MONITORAGGIO TELEFONICO



riconosciuti dalla comunità scientifica in ambito di organizzazione dei servizi NPIA e disabilità intellettiva e autismo. Infatti, rispetto alla *Predisposizione e condivisione materiale informativo su emergenza COVID-19 (Quesito 1)* emerge una omogenea attivazione dei servizi (target 100%).

Il *Monitoraggio telefonico della situazione dell'utente e/o del nucleo familiare (Quesito 2)* ha visto una buona omogeneità di realizzazione tra i diversi territori regionali nonostante lievi differenze rispetto alla stima percentuale di utenti raggiunti.

La *Predisposizione di materiali individualizzati da inviare al singolo utente/famiglia (Quesito 3)* realizzata attraverso la creazione di materiale abilitativo ed educativo individualizzato di tipo digitale, video, audio o cartaceo è stata possibile nella maggior parte dei territori regionali. Nonostante le frequenti (soprattutto iniziali) difficoltà incontrate per la scarsità di dispositivi tecnologici adeguati, sia per i servizi che per le famiglie, si è cercato di superare tale criticità con l'utilizzo delle piattaforme di comunicazione disponibili, strumentazioni tecnologiche dei singoli operatori e, in alcuni casi, anche attraverso la creazione e l'invio di materiale cartaceo.

Anche la *Predisposizione di materiali generali da inviare o rendere disponibili (attraverso sito) a tutti gli utenti e/o familiari (Quesito 4)* è stata realizzata nella quasi totalità dei territori regionali.

Relativamente alla *Attività abilitativa/riabilitativa svolte da*

remoto in modo "individuale con l'utente (Quesito 5) si è evidenziata una certa eterogeneità tra i vari territori.

Sono proseguite le *Attività di Gruppo (Quesito 6)* nella maggioranza dei territori, con la necessità di modifiche rispetto agli usuali contenuti, metodi e frequenze delle stesse e per quelle attività proposte ad un'utenza per la quale questo tipo di attività era comunque possibile.

L'analisi dei dati qualitativi indica che nella fase di *lock-down* le famiglie sono state raggiunte dai professionisti tramite chiamata telefonica per un iniziale monitoraggio e supporto dell'utente e del nucleo familiare; successivamente si sono attivate, dove possibile, le *attività individualizzate svolte in modalità da remoto con familiari o caregivers di utenti come Parent Training o Parent Coaching (Quesito 7)*. Per gli *utenti in corso di valutazione per sospetto ASD o in possesso di recente diagnosi (Quesito 8)*, il monitoraggio rileva nella maggior parte dei casi un'attività di valutazione tramite testistica somministrabile da remoto e continuità in attività terapeutica e psicoeducativa.

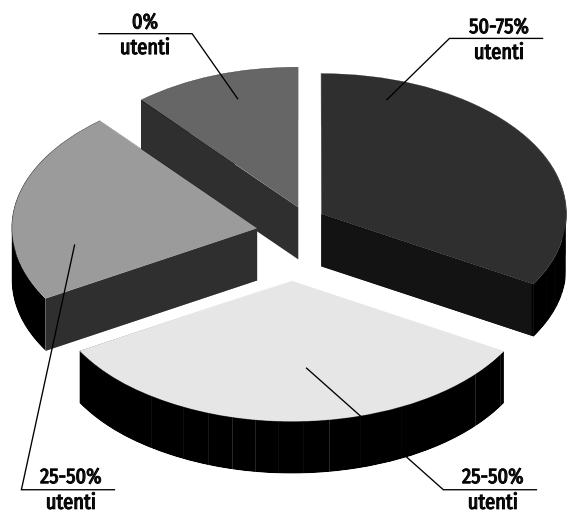
L'attività abilitativa/riabilitativa urgente e non derogabile svolta in presenza è risultata, così come prevedibile, residuale ed eterogenea nelle modalità e negli ambienti (*ambulatori aziendali / domicilio/ altre strutture o ambienti*) (*Quesiti 9, 10, 11*).

La rilevazione ha messo in evidenza che rispetto alle attività di confronto/consulenza interna ed esterna:

- Le *riunioni di equipe (Quesito 12)* sono state svolte nella

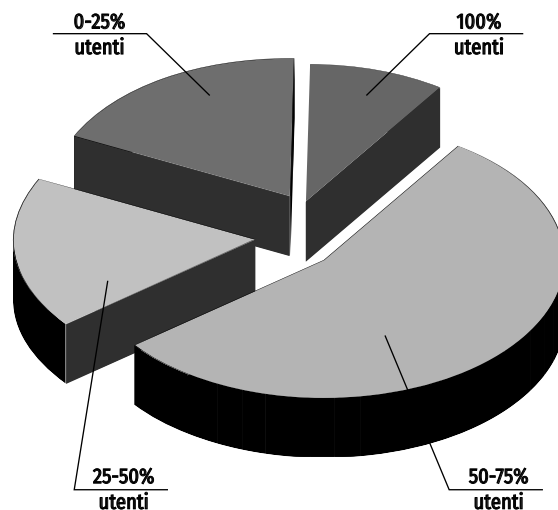
Servizi ASD Minori

Quadro dei servizi rispetto alla stima percentuale dell'utenza in carico con diagnosi ASD per la quale è stato possibile fornire ATTIVITÀ INDIVIDUALE da REMOTO



Servizi ASD Minori

Quadro dei servizi rispetto alla stima percentuale degli utenti per i quali è stata possibile un'attività di confronto e consulenza con i componenti della rete del sistema curante...



totalità dei territori a cadenza regolare.

- Le attività di consulenza al personale scolastico ed educativo-assistenziale e agli altri componenti del sistema curante (Quesito 13), sono state svolte con eterogeneità tra i diversi territori. Dai dati qualitativi raccolti si rileva una fase di intensificazione delle comunicazioni a seguito dell'adattamento alle nuove modalità lavorative, imposte dall'emergenza sanitaria COVID-19, di tutto il sistema curante.
- Nelle difficoltà oggettive legate alla riorganizzazione dei servizi, del lavoro degli operatori e nella tenuta dei nuclei familiari, si è comunque riusciti, nella quasi totalità dei territori, a mantenere i contatti con le Associazioni dei Familiari (Quesito 14) per supporto e scambio di buone pratiche durante il periodo emergenziale.

In fine l'attività di Valutazione da remoto (Quesito 15), che ha visto un importante investimento di energie rispetto al confronto interno tra professionisti, alla formazione con esperti nazionali ed internazionali, alla consultazione di materiale di letteratura scientifica si è poi concretizzata operativamente in modo eterogeneo nei diversi territori regionali.

Conclusioni

Le raccomandazioni delle comunità scientifiche durante l'epidemia COVID 19 evidenziavano la necessità di mantenere

la funzionalità della rete dei servizi, soprattutto quelli rivolti alle persone più fragili trattandosi di una popolazione che, a causa dell'emergenza sanitaria, si è trovata in estrema difficoltà per l'improvvisa mancanza, temporanea o permanente, degli operatori di riferimento.

Dai dati raccolti emergono alcune considerazioni conclusive, che se pur non esaustive, permettono iniziali riflessioni. L'indagine svolta ha consentito di rilevare alcuni punti di forza e di criticità da parte dei professionisti.

Le attività rivolte proattivamente ai pazienti secondo la nuova modalità da remoto sono state generalmente accolte in modo positivo dalle famiglie sia per il consolidamento delle acquisizioni sia per l'introduzione di nuovi obiettivi. In particolare il monitoraggio clinico rispetto a eventuali scompensi dell'utente è risultato particolarmente gradito. Sono emerse delle criticità per alcune realtà quali la scarsa disponibilità iniziale dei dispositivi elettronici oppure la poca competenza nell'utilizzo degli stessi.

Il ruolo della famiglia è stato di primaria importanza nella mediazione delle attività proposte. I nuclei familiari già coinvolti dalla didattica a distanza si sono trovati a dover gestire anche le attività riabilitative e in alcuni casi il sovraccarico familiare è diventato difficilmente sostenibile.

Particolare attenzione è stata rivolta anche ai familiari degli utenti in corso di valutazione per sospetto ASD. Le attività proposte hanno rappresentato un efficace supporto e guida a distanza, uno strumento per sostenere i genitori ed

entrare meglio nella relazione tra genitore e bambino nonostante la difficoltà linguistica abbia, in alcuni casi, reso meno fluida la comunicazione e quindi difficile la gestione del nuovo *setting*.

Le attività di confronto del sistema curante non si sono fermate: in alcuni casi sono state svolte con frequenza regolare e in altri con frequenza maggiore all'ordinario data la situazione di criticità. Per alcune aziende le criticità emerse riguardavano la difficoltà nell'utilizzo di piattaforme di comunicazione condivise e/o l'assenza del personale, poiché destinato alla gestione dell'emergenza COVID-19.

Alla luce di quanto evidenziato si auspica per il futuro la possibilità di mantenere in maniera stabile alcune delle buone prassi sperimentate e implementarle al fine di renderle omogenee in tutti i territori.

Bibliografia

Istituto Superiore di Sanità, *Rapporto ISS COVID-19 Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*. n. 8/2020.

Istituto Superiore di Sanità. *Rapporto ISS COVID-19. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*. n. 8/2020 Rev.

SINPIA, *Attività clinico-assistenziali durante l'emergenza COVID-19: Indicazioni operative per i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e per i servizi di riabilitazione dell'età evolutiva*. 29 marzo 2020.

Ministero della Salute, *COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia dell'Adolescenza*, Circolare del 23 aprile 2020.

Società Italiana per i Disturbi del Neurosviluppo (SIDiN), *Consigli per la gestione dei fattori di distress psichico per le persone con disabilità intellettiva e autismo*, 27 marzo 2020.

Società Italiana per i Disturbi del Neurosviluppo (SIDiN), *Consigli per la gestione dell'epidemia COVID-19 e dei fattori di distress psichico associati per le persone con disabilità intellettiva e autismo con necessità elevata e molto elevata di supporto*. Versione 1.6. , 27 aprile 2020.

Smart working in salute mentale

Primi dati di un'esperienza nel DSM-DP di Parma

Pietro Pellegrini, Chiara Bove, Caterina Soncini,
Leonardo Tadonio

ABSTRACT

Nel marzo 2020, a seguito del lockdown dovuto alla pandemia da COVID-19, in emergenza, nel Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche di Parma, è stato attivato lo Smart working per 71 operatori di diverse qualifiche come logopedisti, psicologi, tecnici, neuropsichiatri ai quali è stato inviato un questionario per valutare la loro esperienza lavorativa. Ha partecipato allo studio il 94,3% degli operatori e il campione è costituito prevalentemente da donne. I risultati segnalano un elevato livello di gradimento nello svolgimento a domicilio di attività come relazioni, siglatura di test, preparazione di materiali. Anche le attività di rete e di contatto con altri professionisti sembrano essere svolte con un significativo livello di efficacia, ma, nonostante i contatti fra colleghi siano aumentati, il 78% dei partecipanti ritiene necessario effettuare incontri di equipe in vivo. Le relazioni con utenti e familiari sono state tenute tramite telefono, colloqui e psicoeducazione via web, videochiamate e teleriabilitazione. Sebbene il gradimento percepito sia risultato positivo, allo stesso tempo emergono alcune difficoltà nel mantenere la continuità del lavoro terapeutico con persone non raggiungibili, prive di dotazioni tecnologiche adeguate, con utenti e famiglie a rischio di isolamento sociale, con utenti di età inferiore ai 6 anni, con pazienti con disturbi cognitivi e/o della comunicazione, con persone poco accessibili e non complianti. Lo studio mostra i punti di forza e i limiti di questa esperienza lavorativa e la possibilità che lo smart working possa inserirsi, con indicazioni precise, nelle attività di servizio configurando uno sviluppo della relazione e del patto professionale. (parole chiave: Smart working, pandemia COVID-19, lavoro a distanza, salute mentale, operatori sanitari)

31

Introduzione

Nel marzo 2020, a seguito della normativa¹ per fronteggiare la pandemia da COVID-19, la Direzione del Dipartimento

Note

- 1 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° marzo 2020 interviene sulle modalità di accesso allo smart working, confermate anche dal Decreto del 4 marzo 2020 e del 11 marzo 2020 dove all'art.1 punto 6, recita: "le pubbliche amministrazioni, assicurano lo svolgimento in via ordinaria delle prestazioni lavorative in forma agile del proprio personale dipendente, anche in deroga agli accordi individuali e agli obblighi informativi di cui agli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81 e individuano le attività indifferibili da rendere in presenza."

Rif.
Pietro Pellegrini, psichiatra,
Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale
Dipendenze Patologiche Ausl di Parma.
335 6958847
ppellegrini@ausl.pr.it

Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) dell'Ausl di Parma, a partire dal 9 marzo, ha autorizzato un numero significativo di operatori di diverse qualifiche, all'inizio 71² unità, ad effettuare lo *Smart Working* (SW).

La direzione del DAI-SMDP ha ritenuto necessario approfondire le conoscenze sulle nuove modalità di lavoro con particolare attenzione alle professioni di aiuto alla persona (logopedisti, psicologi, medici, educatori professionali, assistenti sociali, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnici della riabilitazione psichiatrica, fisioterapisti) per le quali, a differenza di altre, come ad esempio gli amministrativi, lo SW risultava in larga parte sconosciuto, assai poco praticato e ancor meno studiato.

Alla luce di questo, si è deciso di promuovere un questionario anonimo per rilevare l'esperienza che, seppur cominciata in relazione ad una emergenza, con motivazioni esterne, quali ridurre il contatto sociale e migliorare la conduzione familiare, può costituire per diversi aspetti un'importante occasione di innovazione dei servizi e della relazione di cura.

Infatti, lo SW è configurato come uno strumento per garantire la continuità lavorativa e terapeutica durante la pandemia COVID-19 e per questo, a tutti i professionisti in SW, è stato fatto presente che si tratta di lavoro da sviluppare in condizioni e con modalità diverse da quelle abituali e non un surrogato di altri strumenti per restare a domicilio come congedi, ferie e permessi.

1. Il questionario

Il questionario proposto è composto da 30 item con risposta multipla e/o aperta e diviso in tre parti:

- La parte A dedicata alla raccolta delle informazioni socio-anagrafiche.
- La parte B dedicata alla raccolta di informazioni sulle attività svolte in assenza dell'utente, direttamente con l'utente e i famigliari, in collaborazione con l'UO di riferimento e con altri servizi (Comuni, Cooperative, Regione, Fondazione, Asp).
- La parte C dedicata alla raccolta di valutazioni, commenti ed eventuali osservazioni sugli elementi critici e/o vantaggiosi dell'attività lavorativa svolta in SW.

Per la risposta agli *item* sono state predisposte una scala di valutazione numerica da 0 a 10 e spazi dedicati ad eventuali commenti ed osservazioni per esprimere la soddisfazione, il gradimento o l'efficacia. La compilazione è avvenuta in forma anonima.

Il periodo di indagine, dal 9 al 31 marzo 2020, restituisce indirettamente un quadro di come i servizi hanno dovuto riorganizzare le attività quotidiane nel primo mese della pandemia.

2. Dati

I professionisti in SW del DAI-SMDP che hanno partecipato allo studio rispondendo al questionario sono 67 persone (su un totale di 71 professionisti in SW al 20 marzo), di cui 57 femmine (85%) e 10 maschi. In questo campione il gruppo di operatori più numeroso ha un'età da 36 a 45 anni, mentre coloro con meno di 35 anni sono il 31%. Gli operatori con figli minori a casa per la chiusura straordinaria delle scuole sono 32 (47,8%) di cui 8 maschi e 24 femmine (Tab. 1).

Età	Sesso		Totale	con figli minori	Psicologo	Logopedista	Altra professione
	M	F					
20-25	0	3	3	0	0	2	1
26-35	2	16	18	4	1	11	6
36-45	4	19	23	14	12	5	6
46-55	2	14	15	13	4	3	9
>55	2	5	7	1	2	2	3
Tot.	10	57	67	32	19	23	25

Tab. 1

3. Attività

Lo SW è stato effettuato da professionisti con diverse qualifiche e nell'elaborazione dei dati sono stati considerati tre gruppi distinti di professioni: psicologi (19), logopedisti (23) e altre professioni (25), in quest'ultimo gruppo sono comprese diverse qualifiche, medici, assistenti sociali, educatori ed altri. L'area disciplinare prevalente è quella della Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA).

Sono state suddivise attività individuali, di équipe e di rete che si possono svolgere in assenza dell'utente, da quelle che riguardano direttamente il paziente e la sua famiglia o altri significativi.

3.1 Attività individuali

Nella Tab. 2 sono riportate le attività ben delineate che il

Note

- 2 Il 23 aprile 2020 nel DAI-SMDP dell'Ausl di Parma risultavano in smart working 131 professionisti: 2 psichiatri, 7 neuropsichiatri infantili, 26 psicologi, 26 logopedisti, 16 educatori, 7 assistenti sociali, 6 amministrativi, 4 fisioterapisti, 2 terapisti della riabilitazione psichiatrica, 2 infermieri.

Attività svolte e valutazioni	n psicologi (19)	Val. media attività	n logopedisti (23)	Val. media attività	n altra professione (25)	Val. media attività	n totale (67)	%	Val. media attività
Relazioni	13	8,8	6	9,0	13	8,8	32	48	8,8
Test	13	9,0	16	8,9	5	8,8	34	51	8,9
Certificazioni	0		0		5	8,6	5	7	8,6
Rendicontazioni	12	8,5	13	8,5	9	8,6	34	51	8,5
Preparazione materiale casi	9	7,9	11	8,5	11	7,5	31	46	8,2
Preparazione interventi	11	8,9	23	8,4	8	8,2	42	63	8,5
Collaborazione Qualità	7	8,9	6	8,4	14	8,3	27	40	8,5
Studi e ricerche	12	9,0	22	8,6	16	8,1	50	75	8,5
Val. media complessiva		8,05		7,83		7,75			7,86

Tab. 2, Attività individuali

professionista può svolgere individualmente in assenza dell'utente: relazioni, test, certificazioni, rendicontazioni, preparazione materiali per utenti e famiglie, preparazione interventi per progetti, stesura documenti qualità, studi e ricerche, formazione online.

Le attività maggiormente eseguite sono lo studio e la ricerca, svolte dal 75% degli operatori, seguite dalla preparazione di interventi. Relazioni e test sono le attività più effettuate da psicologi, mentre per i logopedisti prevalgono test, studi e ricerche.

Le attività hanno un livello alto di gradimento (media 7,86). In particolare, gli intervistati hanno espresso soddisfazione per aver potuto "dedicare" tempo alle attività come referenziazione test e stesura relazioni svolte a domicilio, piuttosto che nella quotidianità del lavoro in sede, dove sono spesso interrotti da necessità cliniche o di servizio.

3.2 attività con équipe

Nella Tab. 3 sono riportate le valutazioni riguardanti **il lavoro del professionista in relazione ai colleghi dell'équipe**.

La necessità di continuare a svolgere attività d'équipe, nonostante le distanze imposte dall'emergenza sanitaria, ha favorito l'attivazione e la sperimentazione di nuovi modi per gestire i rapporti con i colleghi. La valutazione complessiva è molto buona (voto da 8-10) per 51 professionisti (76%) e comunque sufficiente (22%). Vengono utilizzate tutte le modalità comunicative con una netta prevalenza di telefonate e mail mentre appaiono meno utilizzate/utilizzabili supervisioni e videoconferenze via internet (71%).

Seppure i contatti con i colleghi siano stati mantenuti con modalità comunicative alternative (videochiamate, gruppi whatsapp) facilitando la condivisione di casi clinici, l'intervisione e il confronto sul materiale clinico, gli intervistati affermano che lo SW abbia inciso sul lavoro di équipe

valutazione (0-10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	risposte
Val. complessiva	0	0	0	1	0	0	4	11	20	20	11	67
Telefonate	0	0	2	0	0	0	4	9	20	16	15	66
Contatti via mail	0	0	0	0	0	1	1	9	17	18	19	65
Incontri, supervisioni via skype	0	0	0	0	1	0	3	7	14	19	7	51
Lavoro via internet	0	0	0	0	0	0	3	12	11	17	5	48

Tab. 3, Come valuta le attività in smart working da Lei svolte in relazione ai colleghi della sua UO?

e ritengono necessario un incontro di équipe in presenza. Viene infatti rilevata la mancanza di un contatto diretto, una comunicazione rallentata e limitata fra colleghi e pertanto un lavoro di équipe discontinuo e poco condiviso. Da questa apparente discordanza nell'esperienza vissuta dagli operatori emerge quanto sia complesso il lavoro di équipe declinato in un rapporto quotidiano con i colleghi per cui sembra derivare la necessità di riflettere sulla strutturazione del lavoro di équipe articolabile tra modalità a distanza ed altre in presenza nella sede lavorativa, magari in giorni e orari dedicati.

3.3 Attività con la rete

Un terzo ambito riguarda **il lavoro del professionista in rete** (Tab. 4) che ha una valutazione molto buona (8-10) di 32/46 risposte (pari al 69,6%). Le modalità di lavoro prevalenti sono le telefonate ed i contatti via mail mentre più limitati sono gli studi e le ricerche su internet.

Un'alta percentuale (circa il 70%) degli intervistati ha espresso soddisfazione nel mantenere costantemente i rapporti con i colleghi di altri servizi tramite mail, telefonate e videochiamate. È probabile che questa modalità di comunicazione sia funzionale poiché in parte già utilizzata precedentemente, inoltre il lavoro di rete, a differenza di quello d'équipe, non richiede confronti ed aggiornamenti quotidiani.

3.4 Attività con pazienti e famiglia

Il lavoro del professionista con gli utenti e la famiglia (Tab. 5), a causa dell'emergenza sanitaria, è stato fortemente limitato per una riduzione negli accessi diretti ai servizi.

Dall'analisi dei dati e delle risposte aperte emerge che, nonostante la mancanza di presenza in vivo, i professionisti hanno espresso una valutazione complessivamente positiva (55,7%) del lavoro svolto con i pazienti e le famiglie, nella consapevolezza che tale modalità a distanza è stata l'unica possibile e praticabile in quel momento. Il contatto con gli utenti e i famigliari è mantenuto principalmente attraverso telefonate e mail, ma vi è un significativo utilizzo di internet nella ricerca e consultazione del materiale da proporre ai pazienti.

I professionisti hanno riadattato la maggior parte delle attività terapeutiche garantendo la continuità del servizio e la percezione di vicinanza a pazienti e famiglie. Allo stesso tempo hanno rilevato criticità causate dall'utilizzo di computer e cellulari personali; hanno riscontrato difficoltà nel proseguire il trattamento a distanza per specifici utenti (bambini piccoli o con gravi patologie) coinvolgendo i genitori che hanno facilitato e mediato il rapporto tra il professionista e l'utente a casa.

Viene inoltre riferito che i pazienti e le famiglie hanno apprezzato la presenza e il supporto degli operatori anche nella gestione dei figli in una quotidianità inaspettata; que-

valutazione (0-10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	risposte
Val. complessiva	0	0	1	0	0	0	3	10	12	11	9	46
Telefonate	0	0	0	0	0	1	4	12	8	6	12	43
via mail	0	0	0	0	0	0	3	10	10	4	15	42
via skype o simili	0	0	1	0	0	0	1	4	6	6	5	23
Lavoro via internet	0	0	0	0	0	0	2	6	10	8	7	33

Tab. 4. Come valuta le attività in smart working da Lei svolte nei rapporti con i colleghi di altri servizi, Comuni, Cooperative, Fondazione, Asp, Regione?

valutazione (0-10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	risposte
Val. complessiva	0	0	0	1	0	0	6	20	18	10	6	61
Telefonate con utente	2	0	3	0	1	1	7	13	13	6	4	50
Telefonate con familiari	0	0	0	1	0	0	3	14	16	14	6	54
Contatti via mail	0	0	0	1	1	0	2	14	13	13	10	54
via skype o simili	0	0	0	0	0	0	3	9	10	5	0	27
Lavoro via internet	0	0	0	0	0	0	1	4	14	21	18	58

Tab. 5. Come valuta le attività in smart working da Lei svolte direttamente con l'utente/familiari?

sta condivisione ha infatti interrotto il senso di isolamento e con i pazienti già in carico il rapporto di fiducia è stato mantenuto, talvolta rafforzando l'alleanza terapeutica. Ci sono stati casi di relazioni instaurate in videochiamata con nuovi pazienti, non conosciuti precedentemente, che hanno assunto una qualità del tutto nuova che andrà approfondita successivamente. È risultato difficile lavorare con famiglie che non possiedono dispositivi tecnologici tale da garantire un'efficiente esecuzione del trattamento a distanza, alcuni genitori invece non hanno potuto seguire i figli nel trattamento per motivi lavorativi con conseguenti difficoltà nel proseguimento dei trattamenti terapeutici.

Dai questionari emerge l'evidenza dei problemi legati all'attuale strumentazione informatica e tecnologica di cui possono disporre gli operatori nella sede di lavoro e nella connessione remota a casa. La necessità di utilizzare dispositivi personali ha reso talvolta difficile la gestione del rapporto con i pazienti. A tal punto i partecipanti affermano la necessità di disporre di strumenti aziendali e specifici per supportare il trattamento a distanza (telecamere, programmi, software). Altri partecipanti hanno vissuto l'estrema difficoltà di portare avanti il lavoro terapeutico con famiglie che non dispongono di strumentazione adeguata e connessione internet o delle competenze per utilizzarle.

Un'ulteriore considerazione riguarda il rispetto del consenso e della privacy. Il 93% degli intervistati ritiene che il consenso sia rispettato anche nella modalità SW, secondo il 73% degli operatori anche la privacy è stata rispettata, il che fa ipotizzare che la nuova modalità di trattamento sia stata collocata in continuità con quello precedentemente in essere. Sebbene la maggior parte degli intervistati considera che il consenso e la privacy dei pazienti siano stati rispettati anche nelle modalità di lavoro a distanza, un significativo 22% degli intervistati è critico e ritiene necessario uno specifico modulo della privacy con autorizzazione ad utilizzare pc e cellulari personali, strumenti quali video, audio e piattaforme (skype e simili) e il 3% degli operatori ritiene che il consenso del paziente (o del genitore) debba essere firmato con una liberatoria specifica riferita al trattamento dei dati online. Dalle risposte emerge quindi la delicatezza e la complessità di queste tematiche che necessitano di ulteriori approfondimenti e di una prassi maggiormente codificata.

4. Un approfondimento sulle professioni di aiuto maggiormente rappresentate: psicologi e logopedisti

Le valutazioni e le osservazioni riportate dagli operatori hanno messo in luce alcuni punti significativi con cui gli psicologi ed i logopedisti hanno declinato le terapie con gli utenti, che commentiamo di seguito.

a) Psicologi

Gli psicologi hanno continuato ad offrire sostegno costante

a pazienti e famiglie tramite telefonate e/o videochiamate mantenendo il rapporto di fiducia in un setting limitante (il corpo assente).

La maggior parte dei preadolescenti e adolescenti ha gradito la comunicazione a distanza, mentre sono state riscontrate difficoltà con specifici pazienti: tra questi il 20% degli adolescenti ha rinunciato agli incontri in videochiamata per mancanza di riservatezza in casa; altre difficoltà sono emerse invece nel trattamento di pazienti con disabilità intellettiva grave e/o problemi della socializzazione e comunicazione; estremamente difficile è stato svolgere attività clinica con bambini piccoli (0-6 anni) e bambini più grandi con gravi patologie, in alcuni casi il lavoro è proseguito grazie all'attivazione dei genitori aumentando alleanza e capacità terapeutica; sono state evidenziate anche difficoltà nel gestire sedute famigliari e incontri di gruppo.

Gli psicologi hanno dedicato tempo anche allo svolgimento delle seguenti attività: preparazione materiali per pazienti condiviso via internet, svolgimento di test, aggiornamento professionale, attività di Psicologia delle Emergenze.

Vi sono poi esperienze interessanti con utenti che hanno accettato di intraprendere un percorso di cura costruendo una relazione caratterizzata fin dal principio dalla non conoscenza diretta del professionista ma solo mediata dalle telefonate e/o videochiamate. Questo approccio a distanza potrebbe rivelarsi utile anche in particolari situazioni in cui i pazienti sono estremamente resistenti ad incontrare un operatore vis-a-vis, permettendo di "agganciare" inizialmente queste persone, costruendo gradualmente una relazione di fiducia che renda possibile, in una fase successiva, incontri in presenza e l'evoluzione della terapia.

b) Logopedisti

I logopedisti affermano che l'esecuzione del lavoro terapeutico a distanza, attuato prevalentemente con bambini, ha implicato una stretta collaborazione con la famiglia. Nella riabilitazione logopedica comunicativa e linguistica il contatto fisico e visivo è importante per la comprensione delle contingenze ed il conseguimento degli obiettivi preposti. Pertanto, il trattamento a distanza presenta notevoli difficoltà per bambini molto piccoli o con una disabilità intellettiva importante, gravi deficit dell'attenzione, famiglia che non possiede gli strumenti necessari (senza pc e/o connessione internet, condizione di svantaggio socio-culturale e lingua straniera). In ogni caso, per il trattamento le attività proposte sono più utili al mantenimento ed al consolidamento di quanto già affrontato in seduta diretta, che al conseguimento di nuovi obiettivi. I logopedisti hanno dedicato molto tempo alla ricerca online di materiali, strumenti e software per eseguire i trattamenti a distanza ed alla preparazione del materiale da proporre ai pazienti (es. video esplicativi, giochi riabilitativi, test di valutazione).

Il contatto con i contesti di vita quotidiana dei pazienti ha consentito al professionista di riflettere, monitorare e offrire consulenze specifiche sulle dinamiche emerse durante il supporto dei genitori alla terapia a distanza. Si è affermata così l'importanza del ruolo della famiglia nel consolidamento del percorso stabilito in sede con l'operatore.

L'esperienza riportata dagli psicologi e dai logopedisti porta a riflettere sulla praticabilità del lavoro a distanza anche nelle professioni di aiuto dove la presenza fisica è stata considerata fino ad ora insostituibile. Lo SW attivato in emergenza ha rappresentato l'unica possibilità di contatto con gli operatori per la maggior parte dei pazienti che, nonostante le limitazioni tecnologiche, è stato molto apprezzato.

Il lavoro terapeutico a distanza può rappresentare un'occasione su cui non si è ancora abbastanza investito, si potrebbe approfondire il tema delle relazioni terapeutiche online come estensione del tradizionale setting terapeutico dove la terapia in presenza è alternata a momenti di supporto a distanza facendo spazio alla ricerca di nuovi approcci, nuovi strumenti che sostengano e arricchiscano la relazione promuovendo ulteriori opportunità di crescita e sostegno.

Considerazioni

Dai questionari emergono riflessioni interessanti anche per il periodo successivo all'emergenza sanitaria. Il 70% degli intervistati ha espresso la volontà di continuare a svolgere attività lavorative in SW per 1-2 giorni alla settimana.

I professionisti hanno inoltre dichiarato come motivazioni principali sottostanti la scelta di questa modalità di lavoro, nel dopo emergenza, la possibilità di incrementare il benessere lavorativo e conciliare meglio vita lavorativa e vita privata, mentre sembra meno rilevante il tema dei trasporti. Lo SW può costituire quindi un'opportunità per rifondare il tema del rapporto di lavoro su basi diverse prestando particolare attenzione ai mutati bisogni lavorativi e alla conciliazione dei tempi delle persone. L'alternanza di lavori in sede e attività in modalità agile favorirebbe l'incremento del benessere lavorativo e della conciliazione e la possibilità di garantire maggiore continuità lavorativa sia con l'équipe che con gli utenti.

L'analisi delle dirette esperienze vissute dai professionisti hanno chiaramente sollevato questioni fondamentali ed hanno evidenziato le potenzialità connesse con un'organizzazione agile delle attività lavorative, anche di quelle rivolte alla cura delle persone, dove il contatto diretto tra il professionista e il paziente è tuttora considerato l'elemento fondamentale per la costruzione della relazione di cura e per l'esecuzione ottimale dei trattamenti. Le difficoltà riscontrate sono in parte superabili con investimenti al fine di ottimizzare quegli elementi costitutivi dello svolgimento di

una specifica professione in modalità agile tale da garantire l'efficacia del servizio e la soddisfazione dell'utenza.

Sono state individuate attività ben delineabili che possono essere svolte a distanza: documentazione, ricerca, formazione, preparazione materiale terapeutico, il lavoro clinico in videochiamata, anche riabilitativo, se supportato da materiale tecnologico ed informatico adeguato.

Dai questionari risulta una buona valutazione complessiva (punteggio medio 8,0) ma è altrettanto evidente che il lavoro dei professionisti della cura non può essere completamente sostituito con una modalità a distanza, infatti il contatto diretto e la presenza fisica restano una modalità privilegiata nel lavoro di équipe e nella relazione con i pazienti, almeno in alcune fasi cruciali (crisi, revisione profonda della terapia), che quindi dovrebbero essere svolte in sede.

Il lavoro in modalità SW deve essere organizzato in continuità con le presenze dei professionisti in sede per favorire la pianificazione del lavoro, la condivisione con i colleghi, la relazione di vicinanza con i pazienti, la socialità in presenza che permetta una sorta di "rifornimento" emotivo e motivazionale, per evitare la solitudine, l'isolamento e per bilanciare il carico familiare, il doppio, triplo lavoro, specie femminile che rappresenta il genere ormai maggioritario in sanità. Altri temi come consenso e privacy andranno approfonditi al fine di migliorare l'esperienza.

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

Percorsi sicuri attraverso l'epidemia nel DSM-DP di Piacenza

Corrado Cappa, Maurizio Avanzi, Massimiliano Imbesi,
Chiara Paglia, Massimo Rossetti, Silvia Chiesa

ABSTRACT

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) come percorsi di cura già consolidati nella rete di servizi, rappresentano una forte baluardo alle conseguenze immediate e tardive di crisi gravi come l'epidemia COVID. Quando tutto imprevedibilmente sembra fermarsi, i PDTA possono garantire la continuità della cura, purché posseggano una struttura organizzativa solida che risponda a tutte le esigenze dell'utente e la capacità di adattarsi in modo flessibile alle mutate condizioni che il contesto presenta. Nel DSM-DP di Piacenza sono oggi attivi 9 PDTA. Vengono qui riportate le narrazioni brevi e significative di episodi tratti da quattro PDTA, in cui emergono gli elementi citati di solidità della struttura e di flessibilità.

37

1. PDTA Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

Questo PDTA garantisce percorsi coordinati che interessano sia la Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, il Centro di Salute Mentale, i Servizi Dipendenze Patologiche, sia i Team specialistici ospedalieri dedicati per l'età pediatrica e adulta. Come si potevano curare le persone affette da anoressia, bulimia e disturbi da alimentazione incontrollata nelle drammatiche condizioni di chiusura o di trasformazione dei reparti ospedalieri e dei Servizi territoriali, imposte dall'emergenza?

Mai come in questo periodo è diventata evidente l'importanza non solo del trattamento clinico (*to treat*) ma il fondamentale atteggiamento del prendersi cura (*to care*). Le restrizioni alimentari, le abbuffate, le condotte di compenso quali il vomito, il senso di solitudine, lo scoraggiamento, la depressione delle persone malate, non sono solo elementi di grave rischio per la vita e la salute ma mettono in ulteriore crisi i già fragili equilibri relazionali delle famiglie coinvolte. Era quindi necessario mantenere a tutti i costi i contatti con le pazienti. Un sistematico coordinamento tra gli operatori ha permesso di proseguire le sedute psicoterapeutiche e il sostegno ai caregivers, aprendo anche a innovazioni come i pasti assistiti effettuati a distanza in videochiamata, con il coinvolgimento diretto dei familiari.

Situazioni gravi come Sabrina, affetta da anoressia restrittiva di grado estremo (BMI 12) con condotte di compenso (ipe-

Rif.
Corrado Cappa, psichiatra,
Direttore UOC Psichiatria di Collegamento e Inclusione Sociale/AUSL
Piacenza
348 7702988
c.cappa@ausl.pc.it

rattività motoria e vomito pluriquotidiano), avevano messo alla prova gli operatori già dal 2017. Un abuso sessuale in adolescenza, la disgregazione familiare e la presenza di una sorella anch'essa affetta da anoressia nervosa, avevano reso il disturbo della ragazza fortemente strutturato e resistente agli approcci di cura. Al termine del 2019 e nel gennaio 2020 era stato necessario ricorrere a più ricoveri con nutrizione parenterale ed enterale per la grave bradicardia e gli scompensi elettrolitici. L'arrivo della pandemia nel territorio piacentino aveva reso estremamente pericolosa la condizione della ragazza: alle difficoltà sempre presenti nel mantenere l'aggancio terapeutico, nel contrastare l'ideazione anoressica e i comportamenti di restrizione e compensazione, si aggiungeva la drammatica impotenza di non poter ricorrere alle strutture ospedaliere e il grave pericolo di non proteggere la ragazza dall'infezione COVID-19. L'organizzazione del PDTA dal 2014 a oggi aveva evitato il ricorso agli inserimenti residenziali, ma in questa occasione diventava irrinunciabile la protezione della ragazza. La rete dei professionisti dedicati ai DCA riusciva a convincere Sabrina e la sua famiglia a un inserimento presso una struttura residenziale extraregionale per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare alla fine di marzo, sebbene le condizioni della ragazza fossero al limite per un tale provvedimento a causa del BMI molto basso. Si provvedeva inoltre a stabilire contatti regolari con i colleghi della struttura per monitorare l'andamento della riabilitazione nutrizionale e garantire il rientro di Sabrina una volta contenuta l'emergenza. Nonostante le condizioni cliniche, sia relative ai comportamenti alimentari disfunzionali sia al peso e allo stato nutrizionale, non fossero migliorate durante la permanenza in residenza, il ricovero della ragazza consentiva la tenuta del sistema curante, permettendo alla famiglia di recuperare lucidità e chiarezza rispetto alle proprie funzioni, integrate con quelle dei professionisti. Era possibile pertanto non soltanto il ritorno di Sabrina a casa all'inizio di maggio ma anche una maggiore alleanza e adesione al progetto di cura che attualmente prosegue a domicilio con un lieve e graduale incremento ponderale e l'interruzione del vomito ripetuto come condotta di compenso.

2. PDTA esordi gravi psicopatologie

Durante il lockdown l'attività del PDTA è anche proseguita con l'intervento di psicoterapia ad orientamento cognitivo comportamentale tramite telefono o piattaforma Skype.

Gli interventi attuati sono stati principalmente di quattro tipi:

- 1) creazione dell'alleanza terapeutica con pazienti nuovi, spesso reduci dal recente primo episodio psicotico o depressivo che ha destabilizzato la loro esistenza
- 2) monitoraggio e sostegno settimanale rispetto alla situa-

zione di difficoltà;

- 3) proseguimento della psicoterapia CBT con pazienti già in carico;
- 4) prosecuzione del gruppo Colom- Vieta per pazienti con disturbo bipolare

La formazione dell'alleanza terapeutica è la fase più delicata: per esempio Viola, presa in carico dal CSM a febbraio 2020 a causa di un esordio depressivo. Anche se il lockdown ha impedito una presa in carico psicologica e la somministrazione di questionari, la ragazza ha accettato di iniziare la fase di aggancio per telefono. Questa attività nei due mesi della fase 1 ha permesso, alla riapertura, di proporre alla paziente i questionari di valutazione e, terminata questa fase con la restituzione, di iniziare velocemente l'intervento di psicoterapia. Benché l'utilizzo del telefono o di chiamate video non sia la scelta elettiva per la psicoterapia, i due esempi sottolineano come tali metodologie siano molto utili, in momenti di particolare difficoltà.

Ecco invece descritta l'esperienza di Sandro. Dopo un episodio psicotico acuto, Sandro ha iniziato il suo percorso presso il CSM di Piacenza a ottobre 2019. L'ultimo incontro in presenza si è svolto alla fine di febbraio 2020. Con l'avvento del lockdown, dopo un'iniziale parte caratterizzata da contatti telefonici, si è deciso per l'utilizzo di Skype a partire dalla fine di marzo 2020. L'intervento psicoterapeutico si è inizialmente centrato sulla gestione del tempo a casa. È stato quindi chiesto al paziente di individuare una lista di attività piacevoli e utili da poter svolgere durante il periodo di quarantena. Fra le attività piacevoli sono state individuate iniziare solfeggio e studio della chitarra tramite tutorial e leggere mentre le utili erano studiare per il test d'ingresso in università, iscriversi alla campagna per la raccolta del pomodoro, proseguire col corso di tecnico audio video in video conferenza.

La terapia si è successivamente concentrata sulla ristrutturazione cognitiva dei pensieri legati alla quarantena. Questo processo ha permesso al paziente di acquisire maggiori abilità di auto efficacia che lo hanno portato a ristrutturare il pensiero "*ho paura di essere isolato*" nel pensiero "*mi basto anche da solo*". Inoltre, durante una lezione al corso tecnico audio-video, il paziente si è risentito di un commento fatto da un altro partecipante. Durante l'incontro in videochiamata, è stato possibile individuare strategie più funzionali per migliorare il senso efficacia del ragazzo e ridurre l'impatto della critica, tema centrale nell'intervento terapeutico e importante fattore prodromico dell'episodio acuto.

Altro argomento importante trattato durante la fase di lockdown è stata quella che il paziente ha chiamato "*ansia da fase 2*" legata alla paura di esporsi al rischio di contagio e di poter fare ammalare i suoi genitori. Attraverso l'esposizione in immaginazione prima e l'esposizione graduale poi,

Sandro è riuscito progressivamente a uscire senza eccessive difficoltà. Le tecniche immaginative sono state ulteriormente utili per gestire il “fastidio” generato da alcuni rumori (sbattere delle portiere, clacson delle auto, rumori per strada) presenti dopo la fase dell’episodio acuto, tema già trattato nelle prime fasi della terapia e non ancora risolto.

3. PDTA del Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA)

Il fatturato del gioco d’azzardo in Italia nel 2019 è stato di 110 miliardi di euro, di cui 36 miliardi giocati online. Meno di un decimo dei giocatori d’azzardo italiani gioca con new slot e VLT (Video Lotterie Telematiche), le due tipologie di slot machine diffuse nei bar e nelle tabaccherie (new slot a moneta) o nelle sale slot (VLT a cartamoneta), ma essi da soli giocano più del 50% del fatturato dell’azzardo in Italia e nei Servizi sono la causa dell’80% dei malati per Disturbo da gioco d’azzardo. Questo ci dà l’idea di quanto le slot machine siano dannose per la salute.

Dai primi di marzo 2020 e fino a metà giugno 2020, l’Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ADM) ha imposto la chiusura delle agenzie di scommesse, delle sale bingo, delle sale slot e lo spegnimento delle slot machine nei bar e nelle tabaccherie. La possibilità di giocare d’azzardo è stata limitata ai gratta e vinci e al gioco d’azzardo online. Si era ipotizzato che la convivenza forzata 24 ore su 24 con un familiare potesse rendere evidente la mancanza del gioco d’azzardo in chi ne era dipendente: l’impossibilità di giocare d’azzardo per chi ha questo disturbo si pensava potesse causare un aumento del livello di stress, di irrequietezza, di aggressività, di *craving*, di disturbi del sonno al punto tale da inasprire le già difficili relazioni di una convivenza forzata.

In realtà dall’entrata in vigore delle norme sul distanziamento sociale non abbiamo più avuto richieste di cura per il Disturbo da gioco d’azzardo, che negli ultimi anni arrivavano con una media di almeno una la settimana. L’anno prima nello stesso periodo avevano chiesto una presa in carico 15 giocatori d’azzardo patologici. Solo dopo la fine del lockdown abbiamo avuto al Ser.DP due richieste di nuova presa in carico, per patologie legate al gratta e vinci e al gioco d’azzardo online precedenti il lockdown e due richieste per ricadute avvenute durante il lockdown per gioco d’azzardo online. La difficile situazione durante la pandemia, per quanto faticosa emotivamente, può aver favorito in molti casi il contenimento della problematica e il miglioramento dei rapporti all’interno delle famiglie e per molti giocatori d’azzardo patologici (GAP) già in trattamento ed è stata l’occasione per prenderne ulteriore consapevolezza e cercare di cambiare.

Durante il lockdown abbiamo fatto un monitoraggio nel nostro Servizio contattando 281 pazienti già in carico (93 alcolisti, 103 tossicodipendenti e 80 giocatori d’azzardo pa-

tologici) rispetto al loro percorso clinico con un colloquio telefonico di supporto che comprendeva anche un’intervista semi-strutturata. Hanno risposto 70 giocatori d’azzardo patologici riportando benessere elevato (60% dei rispondenti), principalmente determinato dall’assenza della disponibilità di giochi d’azzardo, anche se nella stessa tipologia c’era una discreta presenza di ansia legata alla paura per il COVID-19 (44%). Il 73% ha vissuto durante il periodo una convivenza positiva, il 23% era da solo e solo il 4% ha esperito una convivenza difficile. Nessuno dei pazienti GAP si è ammalato di COVID-19. Il 41% ha potuto anche continuare a lavorare. L’82% dei GAP è rimasto completamente astinente dal gioco d’azzardo, il 15% ha mantenuto le abitudini di gioco d’azzardo e solo il 3% ha aumentato, giocando online. Nessuno dei GAP ha virato verso l’online se già non era una sua modalità di gioco d’azzardo, nonostante le pressioni dei social e la quantità di tempo libero.

Un nostro paziente giocatore di slot durante l’intervista telefonica durante il lockdown ci ha detto: “Questo è stato il periodo più bello della mia vita”. Una frase che riassume il sollievo derivante dallo spegnimento delle slot machine, sempre a disposizione fino a quel periodo, capillarmente diffuse, facilmente disponibili nei luoghi di comune frequentazione. Per molti pazienti sono stati mesi di facile disintossicazione, “come essere in comunità terapeutica” ha detto un altro paziente. Molti hanno auspicato che le slot machine non venissero più attivate. Molti hanno potuto beneficiare di un miglioramento della relazione familiare ed economica. In particolare un paziente ci ha segnalato che “non aveva mai guadagnato così tanto negli ultimi anni: 2000 euro al mese”, è bastato non buttare i soldi nelle slot. Per tanti dunque è stato un periodo di paradossale liberazione dalla dipendenza da gioco d’azzardo. Speriamo un punto di partenza per un futuro senza slot, questa volta per scelta dei giocatori, visto che in Emilia Romagna le slot sono state riaccese il 19 giugno 2020, forse un’occasione perduta.

4. PDTA Autismo

L’introduzione rapida dell’uso di strumenti informatici durante il lockdown per mantenere i collegamenti tra operatori e utenti con ASD (*Autistic Spectrum Disorder*) ha trovato il terreno di sviluppo ideale in una popolazione giovane e adulta già avvezza a un uso, a volte compulsivo, dei social network, in quanto strumenti meno ansiogeni rispetto alla sfida del contatto diretto con l’altro.

In questo senso si colloca l’intervento massiccio di comunicazione in videochat tra gli operatori e gli utenti e anche i loro famigliari. Questo è valso anche per i bambini e i loro genitori attraverso le raffigurazioni delle storie sociali, incluse quelle per esempio di istruzione delle protezioni per difendersi dal virus. Per gli adulti è stato possibile continua-

re a casa i moduli di apprendimento alla vita indipendente per chi partecipava ad attività di co-housing, con impegni da svolgere in famiglia e nuovamente verificati in videochat con l'operatore.

Si può quindi affermare che le persone con alto e medio funzionamento hanno beneficiato di questi "effetti collaterali" dell'epidemia: non perché si sono ritirate nell'isolamento autistico che alla lunga danneggia la psiche e la loro vita di relazione, ma perché è stata loro fornita una via alternativa di relazione.

Diverso è stato il destino nel lockdown di tutti gli utenti con ASD di gravità elevata (livello 3 del DSM5) perché la maggioranza di loro ha passivamente subito la chiusura dei centri diurni con regolarità frequentati fino ad allora.

Emblematica l'evoluzione comportamentale nei mesi del lockdown, di Gaia, una diciottenne con ASD di livello 3, con minime capacità comunicative nel linguaggio parlato e una rigida strutturazione del tempo e delle attività. L'interruzione improvvisa della quotidiana frequentazione del Centro Socio Riabilitativo Diurno (CSR) ha scatenato in breve un'esplosione imponente di stereotipie motorie e verbali, cui si sono aggiunti ben presto comportamenti autolesivi importanti: picchiava la testa contro il muro sempre nello stesso punto, con tale violenza da causarsi ematomi diffusi al volto e un vasto ematoma sotto al cuoio capelluto che ne deformava in modo impressionante il profilo del capo.

Riferendoci all'art.48 del decreto Cura Italia si è realizzato un intervento individuale con operatori dedicati presso il CSR. In questo ritrovato contesto protetto si sono resi evidenti i fattori causali dei comportamenti-problema: una sindrome premestruale malcurata e una cistite recidivante; lo scombinamento dei ritmi quotidiani e settimanali degli impegni pre-COVID.

A questi fattori propri del soggetto si aggiungono però co-fattori più sociali. La famiglia è costituita solo dalla madre e da altri due fratellini, figli di un altro padre. Abita in un piccolo e male arredato appartamento in un quartiere popolare della città, in cui pullulano casi di persone con vulnerabilità psichica e fragilità sociale. Nel palazzo l'ambiente del vicinato diventa addirittura ostile quando – violando la norma del lockdown – Gaia esce di casa accompagnata dalla madre per cercare un respiro di sollievo nel gioco dell'altalena del piccolo giardino sottostante: dal balcone si affaccia severa un'anziana signora che rimprovera lei e la madre ingiungendo di rientrare subito in casa "perché altrimenti chiamo la polizia!". L'anziana signora non è cattiva, ma ha subito la perdita in quei giorni del marito per COVID. E così pure il vicino del primo piano, un alcolista cronico, non sopporta le urla serali di Greta e i colpi della sua testa che sbatte contro il muro.

Queste condizioni di oggettiva fragilità sociale vanno ag-

giunte a quelle proprie del disturbo, perché rappresentano fattori aspecifici di grande peso nel modo in cui le persone con disabilità psichiatrica e le famiglie problematiche hanno affrontato la crisi indotta dall'epidemia. Casi di ASD di gravità analoga residenti in paesi di provincia, che avevano a disposizione anche solo un piccolo giardino o la possibilità di effettuare una passeggiata in campagna accompagnati da un congiunto, hanno affrontato la crisi con un atteggiamento più positivo.

Nel caso di Gaia, il collegamento coi Servizi Sociali ha permesso di dare sollievo alla madre *caregiver* con un temporaneo servizio di baby sitter per la cura dei fratellini.

Osservazioni conclusive

In conclusione, quando il tessuto sociale è debole e problematico, i periodi di grave crisi sanitaria, come quello eccezionale del COVID, diventano automaticamente gravi crisi sociali.

Una buona strutturazione dei PDTA mettendo al centro la cura della persona, utilizza con sicurezza i collegamenti con gli *stakeholders* e le metodologie terapeutico-riabilitative *evidence-based* scelte, per adattarsi con flessibilità anche a condizioni drammatiche come quelle imposte dal COVID19. La psichiatria sociale deve confrontarsi anche con rapidi mutamenti del contesto per non perdere di vista l'obiettivo della salute mentale nella comunità che abita quel territorio: perché se un virus rende tutti vulnerabili a un contagio, lo svantaggio sociale rende le stesse persone molto diseguali nel vincerlo.

Le ragioni di un link “sociale” per i percorsi IPS

Stato dell'arte nel DSM-DP di Bologna

Fabio Albano, Antonella Bufano, Anna Pagani, Magda Paoli,
Vincenzo Trono, Sabrina Vaccaro

*“Look for the helpers.
You will always find people who are helping”
(Rogers F., 2020)*

ABSTRACT

In considerazione delle analisi proiettive circa l'impatto che la crisi, generata dall'emergenza COVID-19, ha prodotto sul nostro sistema economico, abbiamo ritenuto necessario attrezzare la nostra attività IPS, ampliando le nostre conoscenze su ciò che definiamo come quinto principio ovvero la consulenza sulle opportunità economiche. Di seguito riportiamo, oltre alle analisi, le riflessioni che ci hanno portato a proporre una tale riorganizzazione dell'attività IPS.

Introduzione

L'individual Placement & Support (IPS) è nato negli USA a fine anni '80 presso la Dartmouth University del New Hampshire e presuppone che la persona con disturbi mentali gravi e persistenti possa inserirsi nel mercato del lavoro salariato (non in un luogo di lavoro specificatamente dedicato) e in un impiego di propria scelta. La persona entra da sola nel mercato del lavoro ma, fin dalla ricerca del lavoro (che svolgerà lui stesso in prima persona), inizia a ricevere supporto ed aiuto affinché divenga psicologicamente in grado di gestire un contesto lavorativo e di mantenere la propria posizione lavorativa (Fioritti A., Berardi D., 2017). In Emilia Romagna i percorsi IPS sono così improntati e a disposizione delle persone che si rivolgono ai CSM dal 2011. Secondo alcuni studi e ricerche la crisi procurata dall'emergenza COVID-19, potrebbe tradursi in forti perdite per le imprese della nostra regione, come nel resto dell'Italia, penalizzate dal lockdown e dalle altre restrizioni logistiche legate al contenimento dell'epidemia, e colpite dal forte stallo della domanda interna e globale.

Nelle recenti ricerche sugli effetti dell'emergenza sanitaria sul mercato del lavoro, infatti, vengono delineate almeno

Rif.
Fabio Albano
Presidente Associazione di Promozione Sociale IPSilon
ipsilon.aps@gmail.com
3494049135

due prospettive in relazione alla sua durata, breve o lunga. Sulla base di queste ipotesi, i due scenari indicati danno i seguenti risultati: nello scenario più ottimistico le imprese a rischio fallimento sarebbero circa 98.000 per un totale di due milioni e duecentomila lavoratori coinvolti; nel secondo caso le imprese potenzialmente fallite sarebbero 176.000 per un totale di tre milioni e ottocentomila lavoratori (Cerved.com, 2020).

A livello internazionale la situazione non è incoraggiante. Nel mercato del lavoro USA, in sei settimane, e cioè da metà marzo 2020, i senza lavoro sono volati a 36 milioni, crescendo al ritmo di 10 milioni ogni due settimane, per cui è molto probabile che le richieste di sussidi di disoccupazione saliranno ancora, raggiungendo quota oltre 40 milioni di unità. L'altro dato molto atteso è quello sul tasso di disoccupazione che secondo gli esperti dovrebbe lievitare al 16,1% ad aprile 2020, il massimo dal 1948, mentre i posti di lavoro dovrebbero calare di 22 milioni di unità, una vera e propria voragine, che di fatto, se verrà confermata, azzererà in un mese tutta l'occupazione creata negli Stati Uniti nell'ultimo decennio (Agenzia Italia, 2020).

L'emergenza sanitaria COVID-19 e le conseguenti misure restrittive stanno, quindi, esacerbando le condizioni socio-economiche già precarie di parte della popolazione con effetti che dal lavoro si sono riversati pesantemente e più in generale sulla situazione abitativa, del reddito, dell'istruzione e della gestione familiare.

Possiamo dire che la crisi economica diviene, così, anche uno dei più potenti fattori di rischio: aggrava, scatena sindromi ansiose e depressive, non solo per la reale mancanza di soldi, ma perché toglie prospettive, visione di un futuro. In economia, si chiama, infatti, depressione una grave fase discendente del ciclo economico che analogamente a quella umana, toglie la capacità di reazione. La sofferenza è tollerabile se ha una fine (F. Starace, 2020).

Negli Stati Uniti uno studio di aprile 2020, redatto dal Well Being Trust e dai ricercatori dell'American Academy of Family Physicians, stima per il prossimo decennio ben 75mila vittime legate alla crisi del coronavirus, classificate come "morti per disperazione". Comprendono sia i suicidi che i decessi per abusi di sostanze stupefacenti (Il Sole 24 Ore, 2020).

Una variabile fondamentale della disperazione è il livello di reddito, soprattutto in quei Paesi - come gli Stati Uniti - dove la forbice tra ricchezza e povertà continua ad allargarsi da decenni. Mentre a Wall Street il mondo della finanza brinda ai nuovi record dei suoi colossi tecnologici, a Main Street centinaia di milioni di americani perdono il loro posto di lavoro. Il risultato è quello mostrato da uno studio della Kaiser Family Foundation: nella fascia di reddito inferiore ai 40mila dollari, un cittadino su quattro segnala problemi

psicologici legati alla pandemia, ma per chi guadagna oltre 90mila dollari la percentuale del disagio si dimezza al 14% (Il Sole 24 Ore, 2020).

L'Osservatorio «Suicidi per motivazioni economiche» della Link Campus University, osservatorio permanente sul fenomeno delle morti legate alla crisi e alle difficoltà economiche avviato nel 2012 in Italia, segnala che dall'inizio dell'anno sono già 42 i suicidi, di cui 25 quelli registrati durante le settimane del lockdown forzato per Covid; 16 nel solo mese di aprile. Questa impennata risulta ancor più preoccupante se confrontiamo il dato 2020 con quello rilevato appena un anno fa: nei mesi di marzo-aprile 2019, il numero delle vittime si attestava infatti a 14, e il fenomeno dei suicidi registrava la prima vera battuta d'arresto dopo anni di costante crescita (Il Messaggero, 2020).

Il rischio viene definito negli studi di risk analysis, come la possibilità di subire un outcome negativo ovvero un danno oppure una perdita significativa. Nelle società industriali l'outcome negativo per eccellenza è chiaramente identificato nella perdita del lavoro e, conseguentemente, della possibilità di percepire un salario sicuro. L'emergere di nuovi rischi espone oggi un'ampia parte della popolazione ad outcome negativi che non consistono solo nella perdita del lavoro e nella conseguente perdita di un reddito fisso garantito (Ranci C., 2008). Non bisogna sottovalutare che spesso le nuove condizioni di vita sono determinate in parte dall'acuirsi e dall'espandersi dei rischi sociali precedentemente presenti e in parte dai nuovi rischi sociali che con essi si incrociano e si sommano.

Non si riesce più, allora, ad immaginare un futuro, un superamento e si cade in un circolo vizioso dal quale non si esce senza un aiuto esterno.

Non si sono potute, quindi, escludere le considerazioni di tali analisi e le ricadute sulle persone afferenti ai servizi del DSM-DP supportate in IPS.

1. Tenere l'equilibrio IPS nello scenario descritto

Sappiamo e molti studi in ambito internazionale lo hanno dimostrato, che l'IPS, tenuto conto di tutta la gamma dei moderatori economici che possono influenzarne gli esiti, risulta sempre più efficace nel collocare gli utenti in posti di lavoro competitivi, rispetto alle altre metodologie di inserimento lavorativo.

Sappiamo che l'IPS è più efficace rispetto ai percorsi di formazione e riabilitazione lavorativa tradizionale, in presenza di protezioni occupazionali meno interventiste, in presenza di una struttura di benefit per disabili meno generosa e di impegni di stato meno energici per integrare le persone con disabilità nella forza lavoro (Metcalf J.D. et al., 2017).

La nota revisione sistematica di Metcalf et al. (2017), rileva che durante la recessione della fine degli anni 2000, il tasso

di disoccupazione è aumentato in modo più marcato per le persone con disabilità rispetto alla forza lavoro generale. Uno studio ha rilevato che l'effetto benefico del supporto all'impiego rispetto a i servizi per il lavoro tradizionali, è aumentato in presenza di un aumento del tasso di disoccupazione invece non è così secondo uno studio più recente. Due studi hanno valutato il ruolo della variazione del PIL. Uno ha trovato che la crescita del PIL ha visto aumentare l'occupazione per entrambi, gli utenti in IPS e i partecipanti dei controlli, mentre un altro ha concluso che l'IPS era leggermente più efficace quando la crescita del PIL era più alta. In sostanza questa metanalisi non ha trovato alcuna associazione significativa tra i risultati dell'IPS e la sindacalizzazione o il tasso di disoccupazione o la variazione del PIL. Ma quanto questi assunti - pur evidence based - sono oggi "fedelmente" applicabili e automaticamente comparabili con la realtà odierna di economia e mercato del lavoro e soprattutto di condizioni e restrizioni sanitarie emergenziali? E quanto la ricerca attiva e il reperimento del lavoro sia oggi possibile in tempi rapidi e con quali realistiche prospettive se i numeri macroeconomici sono quelli sopraccitati?

È sempre vero l'assunto che i benefit per disabili forniscono la sicurezza del reddito a chi non è in grado di lavorare ma anche la prospettiva della perdita o della riduzione dei benefit può scoraggiare quelli in grado di lavorare, dalla ricerca del lavoro.

Ma crediamo che in circostanze straordinarie come quelle descritte, che influiscono pesantemente sul mondo del lavoro, includere un supporto per un collegamento (*to link, mettere in collegamento qualcuno con qualcosa*) con le misure di sostegno al cittadino possa considerarsi utile perché potrebbe aiutare a riaccendere la speranza, a rimettere in corsa il motore e incoraggiare le persone in grado di lavorare e motivate a farlo.

2. Cosa proponiamo

A partire dalle aree presenti nel budget di salute, abbiamo identificato tre possibili aspetti da implementare sulle misure di sostegno sociale ordinarie e sulle disposizioni straordinarie legate all'Emergenza COVID 19: **abitativi, lavorativi, assistenza familiare e di sopravvivenza.**

Le misure di sostegno sociale ordinarie e le disposizioni straordinarie legate all'Emergenza COVID 19 sono abitative, lavorative, di assistenza familiare e di sopravvivenza. I provvedimenti sono istituzionali, cioè promossi da enti governativi nazionali, regionali e locali. Arrivano anche con modalità informali dal mondo del volontariato, associazionismo laico e non.

Si tratta quindi di approfondire una conoscenza dei benefit disponibili negli ambiti lavorativi (ammortizzatori sociali), abitativi, dell'assistenza familiare e della sopravvivenza che

allargano la possibilità di offrire alle persone in IPS strumenti per far fronte alla crisi contestuale.

Ricordiamo che dove l'IPS ha trovato le sue origini non erano presenti quel "complesso di politiche pubbliche messe in atto da uno Stato che interviene, in un'economia di mercato, per garantire l'assistenza e il benessere dei cittadini, modificando in modo deliberato e regolamentato la distribuzione dei redditi generata dalle forze del mercato stesso" (Enciclopedia Treccani, 2020). Lo stato sociale in Italia comprende il complesso di politiche pubbliche dirette a migliorare le condizioni di vita dei cittadini incidendo direttamente su di essi, assumendosi una responsabilità sociale. Quest'ultima è meno presente negli Stati Uniti laddove si preferisce contribuire a sostegno delle aziende che creano lavoro (Già nella grave crisi americana del 1929 le soluzioni erano così orientate).

Ci troviamo quindi, e nuovamente, a dover prestare molta attenzione e delineare in maniera assai chiara in che modo muoverci e per quanto tempo, nell'articolare un intervento a responsabilità individuale utilizzando risorse provenienti dalle politiche di Welfare (responsabilità sociale).

2.1 Metodologia

Il Target resta quello delle persone che vogliono trovare lavoro e per iniziare proponiamo di lavorare sul carico di persone preesistente su ciascun operatore.

L'operatore accoglie il bisogno

L'operatore IPS accoglie il bisogno specifico espresso dalla persona, in relazione alla sua situazione personale (eventuali impellenze abitative, lavorative, di assistenza o sussistenza). **Tutto è in ogni caso orientato alle finalità di trovare o mantenere il lavoro.** Il supporto dell'operatore resta in un'ottica di autonomia dell'iscritto al percorso IPS.

Sul piano operativo l'attenzione ai benefit si traduce nel dare voce alle scelte del "cliente", articolandole in una domanda da rivolgere al servizio di riferimento.

2.2 L'integrazione con altri servizi

Sul piano operativo, in rapporto ai servizi assistenziali del DSM DP e ai Servizi Sociali Territoriali del Comune, l'attenzione ai benefit si traduce in una condivisione dell'attività IPS con l'Assistente Sociale del CSM e dove è necessario, in una collaborazione, sempre orientata dal modello IPS. Questo significa sostenere il protagonismo della persona con cui si lavora e avere ben presente la sua domanda. Nel coinvolgimento del Servizio Sociale Territoriale comunale, si favoriscono le interazioni tra le assistenti sociali dei due Servizi (Comune-CSM).

Nel caso in cui l'aderente all'IPS non desideri rivelare il proprio disagio psichico all'ente o al servizio erogatore del benefit, in accordo con l'assistente sociale CSM, lo si supporta

nel porre la domanda come un qualsiasi altro cittadino. Tutto questo ci porta a confermare che ampliare lo sguardo e l'attenzione sull'acquisizione dei benefit permane in un agire IPS e in un atteggiamento di attivazione che veicola la speranza interna e che rafforza le capacità della persona di sapersi muovere nella complessità delle misure sociali, al fine del loro ottenimento per continuare a sostenersi nella ricerca del lavoro. Gli specialisti IPS offrono in questo modo, un importante supporto emotivo, incoraggiando e promuovendo strategie di benessere.

Il percorso IPS è come un viaggio per mare verso l'isola del Lavoro che in quest'epoca affronta perturbazioni di straordinaria potenza e può indurre, in caso di necessità, a ripartire temporaneamente all'isola dei Benefit prima di riprendere la rotta verso il Lavoro.

Bibliografia

Fioritti A., Berardi D. (a cura di), Individual Placement and Support. manuale italiano del metodo per il supporto all'impiego delle persone con disturbi mentali, Bononia University Press, 2017.

Justin D. Metcalfe, Robert E. Drake, Gary R. Bond, Economic, Labor, and Regulatory Moderators of the Effect of Individual Placement and Support Among People With Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis, Schizophrenia Bulletin, Oxford University Press, 2017

Ranci C., Vulnerabilità sociale e nuove disuguaglianze sociali, in Disuguaglianze sociali oggi: territori, lavoro, società, Sociologia del lavoro, dell'economia e dell'organizzazione, Milano, Franco Angeli Editore, 110, 2008

Sitografia

AGI, Agenzia Italia, <https://www.agi.it/economia/news/2020-05-04/coronavirus-criasi-economia-usa-8512048/>

<https://know.cerved.com/impres-mercati>

Enciclopedia Treccani, <http://www.treccani.it/enciclopedia/welfare-sta-te>

Il Messaggero, https://www.ilmessaggero.it/politica/suicidi_coronavirus_crisi_impres-5221354.html

Il Sole 24 Ore, <https://www.ilssole24ore.com/art/isolamento-e-criasi-economica-ondata-mondiale-suicidi-coronavirus-ADPf7LP>

https://rep.repubblica.it/pwa/generale/2020/05/07/news/lo_psichiatra_le_misure_anti_crisi_servono_perche_aiutano_a_riaccendere_la_speranza_-256001

Quando i vincoli generano opportunità

Processi organizzativi e complessità emergenza nel DAISMDP di Ferrara

Cristina Sorio, Paola Carozza

ABSTRACT

L'esperienza derivante dalla pratica clinica è al centro dello studio organizzativo che viene proposto in questo articolo. La rappresentazione della risposta adattiva dei servizi del DAISMDP dell'Azienda Usl di Ferrara, ha dato evidenza di nuovi stili di lavoro con una particolare attenzione alla dimensione umana e soggettiva di come il professionista e il paziente percepiscono la realtà e concorrono attivamente alla soluzione delle criticità determinate dall'emergenza COVID-19.

45

Introduzione

La crisi determinata dall'emergenza del rischio sanitario correlato alla pandemia COVID-19 ha mostrato da un lato le fragilità dei sistemi sanitario, sociale e comunicativo, dall'altro ha reso necessaria una spinta più decisa alla lettura della complessità sperimentando approcci euristici in grado di generare nuova conoscenza dentro la cornice scientifica delle pratiche che hanno già dimostrato esiti di efficacia. La complessità si è caratterizzata dalla variabilità dei fenomeni, dall'incertezza previsionale, dall'interconnessione degli elementi, dall'ambiguità informativa. Gli studi epidemiologici indicavano la maggiore probabilità di una progressione sfavorevole dell'infezione nella popolazione fragile e vulnerabile, esposta a fattori di rischio comportamentali, in primo luogo il fumo e gli stili di vita non salutari, con differente dotazione di capacità e risorse relazionali per affrontare l'isolamento domiciliare. A questi effetti va aggiunta la possibile differente storia di malattia condizionata dalle disuguaglianze nell'accesso al sistema sanitario e al ricorso appropriato alle cure associata ai diversi gradi di *health literacy* e all'effettiva possibilità di ricorrervi tempestivamente (si pensi alla minor mobilità dei residenti più distanti dai servizi).

1. Materiali e metodi

Nel periodo di emergenza sanitaria, determinata da forti cambiamenti epidemiologici e sociali legati all'epidemia di coronavirus, è stata sperimentata una metodologia per

Rif.
Cristina Sorio, sociologa,
Responsabile U.O.S. Prevenzione, Sistemi Informativi e Qualità,
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze
Patologiche/AUSL di Ferrara
0532 235347,
c.sorio@ausl.fe.it

rilevare le pratiche professionali di intervento, in grado di superare i limiti delle sole rendicontazioni, utilizzando la narrazione delle dimensioni organizzative (percorsi assistenziali, *risk management*, clima organizzativo, processi decisionali), e della componente umana e soggettiva (come il professionista e il paziente percepiscono la realtà e concorrono attivamente alla soluzione delle criticità determinate dall'emergenza, come valorizzare le competenze dei pazienti e dei familiari, come allenare alla relazione in remoto). L'approccio ha seguito il modello multidimensionale e integrato di riferimento del DAISMDP dell'Ausl di Ferrara, utilizzando lo strumento della video conferenza settimanale dello staff dei responsabili delle unità operative (6 dirigenti UOC e 13 dirigenti UOS) e dei coordinatori delle aree infermieristica e sociale (15 professionisti), di tutti i Servizi territoriali, Strutture residenziali e ospedaliere del territorio provinciale: 5 SPT, 5 SerD, 5 Npia, 3 Residenze, 2 Centri Diurni, 1 SPDC, 1 Centro DCA, il Programma di Psicologia clinica. L'obiettivo principale dello studio è stato quello di comprendere le ricadute dell'epidemia sulla cultura professionale e organizzativa, sui processi quotidiani, sulle relazioni, i linguaggi, le conoscenze sedimentate, i modelli di riferimento, gli schemi di percezione e interpretazione della realtà, i codici e le norme. L'osservazione è partita il 2 aprile e si è sviluppata fino al 11 giugno 2020, partecipando alle riunioni di staff dipartimentale e di équipes di servizio, coinvolgendo complessivamente 188 professionisti dell'area comparto e 43 dirigenti.

È stata investigata l'esperienza dei professionisti da due punti di vista: quello interno, che ha consentito di delineare gli elementi strutturali, tenendo conto del ruolo delle tecnologie nel ridurre il distanziamento sociale, delle dinamiche di partecipazione, delle pratiche discorsive che consentono di negoziare significati o azioni all'interno delle équipes multiprofessionali; e quello esterno, attraverso una prospettiva più estesa, data dalla rappresentazione della complessa rete di attori in cui i servizi agiscono (*advocacy* con i servizi esterni). A complemento dell'analisi sono state raccolte le modalità in cui le tecnologie hanno modificato le pratiche dei professionisti e consentito di progettare nuovi sistemi di comunicazione per risolvere le principali criticità emerse nella fase di emergenza epidemiologica. Attraverso l'analisi delle narrazioni sulle misure organizzative e comportamentali in 18 ore di call di staff dipartimentale e 48 ore di call delle équipes dei servizi, emerge una visione condivisa del processo decisionale vissuto come un momento collettivo. Infatti un dato rilevante che emerge è la centralità della riflessione collettiva e condivisa e un confronto paritario tra tutti gli operatori. Riflessione che interessa sia i casi che la filosofia d'intervento del servizio stesso.

Le domande rivolte ai professionisti si sono incentrate sulle

seguenti aree tematiche:

- livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e sicurezza delle cure;
- modifiche organizzative nell'accoglienza per affrontare il distanziamento sociale;
- pratiche organizzative incardinate nel lavoro di rete delle équipes interprofessionali (competenze trasversali, dispositivi organizzativi);
- nuovi modi di lavorare con gli utenti e le famiglie sfruttando al massimo le nuove tecnologie per garantire la continuità terapeutica;
- strategie comunicative delle misure adottate dai servizi rivolte agli operatori, pazienti e familiari;
- sostegno psicologico agli operatori sanitari, ai pazienti e ai familiari;
- interventi info-educativi (prevenzione del contagio, utilizzo dei dispositivi di protezione individuale per operatori e utenti).

2. Risultati

Per studiare gli **stili di lavoro** è stato attivato un monitoraggio delle scelte organizzative con una reportistica settimanale sull'utenza in trattamento, le prestazioni domiciliari, le videoconferenze, i ricoveri e una reportistica mensile sugli esiti (emergenze, TSO, esordi psicotici). Infine è stata progettata e avviata una *survey* interna per misurare il grado di copertura dei trattamenti evidence based oriented, i pattern emergenti, la sostenibilità delle innovazioni, le risposte dei pazienti.

Rivolgendo lo sguardo ai **fenomeni organizzativi**, il team si è confrontato sul concetto di **rischio accettabile** tenendo conto della vulnerabilità e fragilità dei pazienti. In tale ottica, lo strumento principe che ha contribuito a determinare gli obiettivi, le priorità, le strategie per attivare le decisioni è stata la dimensione comunicativa e il confronto tra professionisti. Sono stati analizzati i "trigger" per tenere sotto controllo i segnali predittivi dei pazienti a rischio di scompenso acuto, le priorità, i ruoli, le azioni da intraprendere, le differenti strategie, gli attori esterni da coinvolgere per arrivare a tracciare differenti e precisi livelli di servizio nelle risposte gestionali, sanitarie, riabilitative, socio-assistenziali. Nell'analisi del rischio è stato considerato anche il valore effettivo della **resilienza** di tutti gli elementi che costituiscono i nodi della rete comunitaria, dalla presenza di una cultura della sicurezza condivisa nelle équipes, allo stemperare le voci infodemiche concentrandosi **sulle pratiche solidali** o, al contrario, sui comportamenti disfunzionali.

Nello specifico ai pazienti sono state attribuite regole e obiettivi in un *setting* a distanza, selezionati sulla base di risorse e vincoli. L'analisi delle strutture sociali, dei sistemi di mobilità, delle informazioni è stata in grado di attivare

specifici comportamenti individuali, liberi di agire ed interagire, di adattarsi al nuovo setting a distanza e al comportamento dei curanti in una **dinamica co-evolutiva**, all'interno di un laboratorio virtuale che ha permesso di garantire la continuità assistenziale.

Per non lasciare spazio solo alla comunicazione emotiva suscitata dai dati epidemiologici nazionali e regionali è stato estremamente utile organizzare una piattaforma condivisa dove tutti gli attori coinvolti potevano visualizzare i propri dati di attività utili a fornire una sintesi significativa.

DIMENSIONE FUNZIONALE	
Abilità della vita quotidiana	<ul style="list-style-type: none"> • Videochiamate per il monitoraggio delle aree di vita (cura abitazione, qualità rapporti familiari, mantenimento relazioni di amicizia e vicinato); • Modulo IMR Stili di vita (dieta, attività fisica, sonno): 1 incontro di 30 minuti in remoto ogni 20 gg; • Uso del diario quotidiano delle attività della giornata scandite per tipologia e orario; • Utilizzo dei supporti per l'organizzazione della giornata dei bimbi: il quaderno dei ricordi (scritti, immagini); scatole di materiali e di giochi inviati a casa; consegna di una guida scritta alle famiglie per piccole attività codificate; verifica on line delle azioni messe in atto.
Abilità emotive, cognitive	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi in remoto per la valorizzazione dei successi nel riuscire a convivere in modo adattativo in una situazione di «coattività» domiciliare; • Potenziamento dell'intervento domiciliare per aumentare le abilità dei pazienti a trovare nella forzata permanenza a casa una modalità adattativa accettabile; • Incentivazione dei trattamenti psicoeducativi per aumentare la consapevolezza delle regole di comportamento e del distanziamento sociale (social skills training).
Gestione della vulnerabilità /stress	<ul style="list-style-type: none"> • Modulo IMR Fronteggiamento dello stress: frequenza di 1 incontro di 30 minuti in remoto ogni 20 gg; • Collegamento in remoto ogni 2 settimane con le famiglie a più alta emotività espressa, per aiutarle a creare una routine quotidiana come strategia di fronteggiamento dello stress; • Contatti periodici con le famiglie di pazienti autistici adulti particolarmente vulnerabili al fine di suggerire loro modalità di coping per ridurre la tensione e l'angoscia.
DIMENSIONE SOGGETTIVA	
Autostima/Autoefficacia	<p>Interventi in remoto e in presenza per allenare i pazienti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentare la consapevolezza di essere in un periodo di pandemia; • Assumersi la responsabilità di proteggersi, delegando meno tale compito ai servizi; • Continuare a sperare per un futuro migliore, convinti di poter fronteggiare i sintomi e la disabilità in maniera attiva; • Mantenere i propri obiettivi anche se differiti nel tempo; • Continuare a collaborare al trattamento; • Dimostrare capacità di resilienza di fronte alle restrizioni; • Destigmatizzare la malattia mentale aiutando a non sentirsi diversi dagli altri cittadini.
Motivazione dei pazienti al trattamento	<ul style="list-style-type: none"> • Contatti proattivi telefonici o in remoto per contrastare l'idea di abbandono; • Flessibilità negli orari di accesso compatibili con gli orari di lavoro, dei mezzi di trasporto e il distanziamento sociale; • Videocall settimanali per gli adolescenti, molto apprezzata dai giovani e molto utile per i professionisti perché consente di osservare i loro ambienti di vita; • Gruppi psico-educativi per gli adolescenti con finalità informative sulle sostanze, sugli effetti, sul controllo dei comportamenti e delle emozioni.
DIMENSIONE SOCIALE	
Ruolo Sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Garanzia del supporto individuale all'impiego con il programma individuale placement support (IPS) a distanza per gli inserimenti lavorativi già in essere. Colloqui individuali e affiancamento in ambulatorio per la ricerca di lavoro on line; • Ampliamento della gamma delle offerte socio-economiche attraverso il ricorso agli empori solidali; • Creazione di reti di sostegno e informative per avere la spesa a casa; • Permanenza durante il giorno presso i dormitori ai senza fissa dimora; • Lavoro in rete con le direzioni didattiche gli educatori per i minori a domicilio.

Tab. 1, Buone pratiche

Uno dei vincoli più immediati, il divieto di incontrarsi in più persone in uno stesso luogo, con la riduzione del lavoro in presenza, ha aperto l'opportunità per i professionisti di avvicinarsi a **nuovi strumenti offerti dalla tecnologia**, come lo *smart working*, l'*e-learning* online, l'avvio di colloqui a distanza, le *videochat* al posto dell'accesso al servizio. In altre parole con grande forza di volontà e spirito di adattamento è stato sperimentato l'utilizzo delle tecnologie con finalità info-educative "sostitutive" del *setting* frontale. È stato fatto un balzo in avanti nell'utilizzo di tecnologie, passando da una soluzione-tampone iniziale all'assunzione di una visione più di lungo raggio degli interventi a distanza. Questo cambio di prospettiva ha significato ripensare gli interventi nell'ottica della **psichiatria di comunità** (telefonata per chiedere come va, videochiamata per i ragazzi, compiti a casa per i trattamenti IMR via mail, distribuzione di materiali e training a distanza per i genitori), dando prova di una grande capacità nella **risposta adattiva**.

Le buone pratiche adottate per garantire la multidimensionalità del processo di ripresa possono essere così sintetizzate: per la **dimensione funzionale**: interventi da remoto per il rinforzo delle abilità dei familiari per fronteggiare la convivenza prolungata; incentivazione dei trattamenti psicoeducativi per aumentare la consapevolezza delle regole di comportamento sociale (*Social Skills Training*); valorizzazione delle competenze genitoriali; applicazione dell'*Illness Management Recovery* (IMR) sugli stili di vita. Per la **dimensione soggettiva**: contrasto dell'idea dell'abbandono da parte del servizio tramite contatti proattivi; sostegno dell'autostima aumentando la consapevolezza del rischio infettivo e la responsabilità dei comportamenti di protezione; fronteggiamento dei sintomi e della disabilità in maniera attiva mantenendo i propri obiettivi anche se differiti nel tempo; sostegno alla capacità di resilienza di fronte alle restrizioni. Per la **dimensione sociale**: creazione di reti di sostegno sociale orientate al mantenimento della dignità; ampliamento della gamma delle offerte socio-economiche per contrastare gli effetti economici della pandemia.

Conclusioni

Lo sforzo congiunto tra professionisti con competenze differenti, la disponibilità di dati sull'andamento dell'accesso ai servizi in una piattaforma comune, sulla quale i diversi attori hanno potuto fornire il proprio contributo da remoto, l'interpretazione condivisa dei risultati e quella decisionale sono state ricomposte nel **team multidisciplinare in una sorta di task force di "esperti"**. Questa scelta ha permesso di seguire con grande flessibilità le turbolenze introdotte dalla pandemia, con particolare attenzione alle architetture delle reti digitali che sono diventate preziosi strumenti di aggregazione e orientamento.

Nelle videocall dello staff si è creato uno **spazio di apprendimento collettivo**, attraverso il quale la conoscenza è stata trasferita e creata in un network comunitario, aggiungendo valore alle organizzazioni nel trasferire buone prassi e sviluppare competenze professionali. Le esperienze messe a disposizione dai professionisti dei servizi hanno prodotto conoscenza condivisa con il potere far emergere nuove opportunità organizzative e nuovi ambiti di senso. Il cambiamento, più che rappresentare il risultato di un progetto pianificato, è il risultato esperienziale dell'azione, in grado di innescare una dinamica virtuosa. Nel tempo le pratiche messe in atto sono entrate in interazione con altre prospettive, quindi sono state costrette ad adattarsi, migliorarsi, disinnescare l'impasse forzando la generazione di nuovi percorsi organizzativi. La condivisione nelle call settimanali ha fatto sì che le pratiche innescassero una esperienza co-costruttiva partendo dai risultati auto-organizzati nei diversi servizi.

La complessità ha richiesto una **leadership distribuita** tra più attori, in grado di cambiare al cambiare della situazione, di evolvere in relazione al contesto, una leadership generativa, in grado non solo di regolare il processo ma di indirizzare la situazione verso soluzioni più efficaci, riconoscendo le opportunità offerte e sfruttandole a proprio favore.

Ha sviluppato infine forme di **auto-organizzazione**, dove tutte le componenti del sistema hanno partecipato, sentendosi parte attiva come un vero sistema complesso.

Ringraziamenti: Un ringraziamento vivissimo a tutti i professionisti del DAISMDP che hanno partecipato alle videoconferenze di staff e di servizio per il significativo apporto alla riflessione sulle buone pratiche.

Bibliografia

- Beck Ulrich, La società del rischio, Carocci editore, Roma, 2000.
- Vineis Paolo, Salute senza confini. Le epidemie della globalizzazione, Codice edizioni, Torino, 2014.
- Cipriani Roberto (a cura di), Narrative-Based Medicine: una critica, Salute e Società, Anno IX, n.2/2010.

Come mantenere le buone pratiche nel post emergenza?

La realtà nel DAISMDP di Ferrara

Paola Carozza, Cristina Sorio

ABSTRACT

Dalla chiusura degli ospedali psichiatrici, i servizi di salute mentale hanno attraversato fasi fortemente innovative, adottando stili di lavoro e approcci che hanno attirato sul nostro Paese l'attenzione internazionale, alternate a fasi di appiattimento e regressione, in cui sembrava si tornasse a modalità di intervento obsolete, se non disabilitanti.

A parere di chi scrive, gli ultimi dieci anni sono stati caratterizzati da fenomeni involutivi, ovviamente non generalizzati, ma che hanno appiattito i servizi e intaccato la motivazione del personale, rischiando di farci assumere una funzione di retroguardia rispetto ad altre realtà internazionali (Australia, Nuova Zelanda, Canada, Norvegia). L'emergenza epidemica ha riattivato e mobilitato energie e motivazioni, riproponendo vecchi e nuovi approcci di indubbia efficacia. La sfida sarà come mantenerli nel tempo.

49

Introduzione

L'epidemia di COVID-19 ha lanciato una vera e propria sfida ai professionisti dei servizi di salute mentale, che sono stati chiamati a mettere a disposizione la loro esperienza dei servizi per la messa a punto e l'adozione di misure organizzative e misure di trattamento idonee ed efficaci per **contrastare** e contenere la diffusione del virus COVID-19.

Non solo. Si è stati chiamati anche ad assicurare il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e sicurezza delle cure, la continuità terapeutica, sviluppando nuovi modi di lavorare con gli utenti e le famiglie, sfruttando al massimo le nuove tecnologie, spiegando le misure adottate al personale, ai pazienti e ai familiari, offrendo supporto agli operatori sanitari impegnati nei reparti internistici/infettivologici COVID, educando al rispetto delle procedure di prevenzione del contagio e garantendo il più possibile dispositivi di protezione individuale per operatori e utenti.

1. Risultati

Gli esiti della riorganizzazione del Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale di Ferrara in seguito all'evento epidemico sono stati rappresentati dall'adozione di alcune buone pratiche, sintetizzate nelle tab.1.

Rif.
Paola Carozza, psichiatra,
Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale
Dipendenze Patologiche, AUSL Ferrara
0532 235455,
p.carozza@ausl.fe.it

DIMENSIONE CLINICA

Buone pratiche

Riduzione delle ricadute e delle ospedalizzazioni

- Liste settimanali di pazienti vulnerabili nei confronti dei quali avere un atteggiamento proattivo (telefonate, WhatsApp) e briefing giornaliero per l'analisi delle criticità e delle segnalazioni provenienti dai pazienti (problematiche di tipo sanitario, psicologico, sociale), con programmazione degli interventi anche in giornata.
- Per i pazienti a rischio di passaggio all'atto, di azioni auto/etero lesive, di abuso di sostanze, di scompenso psicotico, di disorganizzazione del comportamento tutti gli operatori hanno offerto un Case Management a distanza.
- Monitoraggio telefonico o ambulatoriale dei pazienti vulnerabili già in trattamento, con frequenza settimanale
- Videochiamate settimanali per gli adolescenti (1 h per le situazioni più critiche e 15 minuti per le meno problematiche) e coinvolgimento dei genitori per avere il loro punto di vista. Per adolescenti a rischio di scompenso, di passaggio all'atto o di ricaduta nell'uso di sostanze si è offerto un colloquio telefonico o un appuntamento virtuale via Skype.
- Differenziazione delle prime visite in urgenti e in urgenti differibili. A tal fine, per le persone prenotate a CUP, vengono contattati i MMG per capire se la richiesta è urgente.

Mantenimento dell'aderenza farmacologica

- Monitoraggio individuale in ambulatorio in occasione dell'assunzione dei farmaci. Consegna o invio tramite e-mail del manuale per gli utenti del modulo IMR Gestione dei Farmaci, assegnazione dei compiti a casa e discussione di come è andata l'autogestione dei farmaci nel successivo accesso in ambulatorio.
- Garanzia della distribuzione del metadone in ambulatorio. Per i pazienti in trattamento con farmaci agonisti va valutato il beneficio/rischio per ciascun paziente del prolungamento dell'affidamento del farmaco. In tale valutazione sono coinvolti anche i MMG.

TRATTAMENTI

Trattamenti EB oriented

- Trattamenti gruppali online di Illness Management centrati su 3 moduli: Fronteggiamento dello stress, Stili di vita (dieta, attività fisica, sonno) e Evitare l'uso di alcol e farmaci. Obiettivi: riduzione dell'ansia, prevenzione delle ricadute e mantenimento di stili di vita sani. Frequenza: 2 volte/sett, 1h per 4 utenti a gruppo. Partecipanti: 1 conduttore, 1 co-conduttore, 2 osservatori, 1 osservatore di supporto. Scelta dei partecipanti: disponibilità delle tecnologie e conoscenza del loro utilizzo. Materiali: invio dei moduli via e-mail oppure consegna quando i pazienti vengono in ambulatorio per la terapia. Metodologia: esercizi da soli e discussione on line.
- Trattamento individuale online a domicilio con il modulo IMR: Fronteggiamento dei sintomi e dei problemi.
- Trattamenti di Social Skill Training con modalità online per aiutare gli utenti a trovare alternative di fronteggiamento del distanziamento e dell'isolamento sociale.
- DBT orientata alla gestione delle emozioni. Strumenti: slide ed SMS con pazienti adolescenti/giovani e con le loro famiglie.
- Parent Training: incontri di gruppo online con le famiglie con figli con gravi disabilità.
- Gruppi di trattamento DBT, CBT (cognitivo/dialettico comportamentali) a conduzione mista (SerD e Uonpia) finalizzati alla modifica del comportamento, alla regolazione emotiva, alla validazione e all'apprendimento delle coping skills.
- Utilizzo di supporti per l'organizzazione della giornata dei bimbi: il quaderno dei ricordi dove si annotano cose interessanti di cui parlare (scritti, immagini); scatole di materiali e di giochi che si inviano a casa del bambino. Si tratta di piccole attività codificate, dove viene consegnata una guida scritta alle famiglie e poi online si verificano le azioni che esse mettono in atto.
- Valorizzazione delle competenze genitoriali: allenare i familiari con l'ausilio di materiali e training a distanza.
- Collegamento con i PLS e interventi fisioterapici per i bambini piccoli con gravi disabilità.
- Lavoro in rete con le scuole (direzioni didattiche/educatori) per mantenere il contatto con le istituzioni scolastiche, che devono essere informate di come procede la vita del minore a domicilio.

DIMENSIONE ADVOCACY

Buone pratiche

- Per i pazienti che non hanno lo smartphone o non dispongono di PC per videochiamate si pone la necessità di fornire loro supporti tecnologici. Pertanto, la pandemia ha evidenziato un problema di universalità delle cure nei confronti della popolazione più povera, economicamente e culturalmente, e sprovvista di nuove tecnologie, che spesso coincide purtroppo anche con quella più grave da un punto di vista psicopatologico.
 - Un esempio virtuoso di advocacy è stato offerto dalle scuole, che hanno fornito strumenti tecnologici (PC e Tablet) a diverse famiglie di minori e di adolescenti, che ne erano sprovviste. Questo ha permesso loro di mantenere un contatto con le istituzioni scolastiche anche se il loro figlio non era in grado di seguire la lezione a distanza.
- Altro esempio di advocacy è stato rappresentato dal lavoro fatto dai Servizi Sociali e dalle • Cooperative per la consegna dei pasti a domicilio.

Tab. 1, Multidimensionalità del processo di ripresa: buone pratiche

2. Cosa mantenere tornando alla attività ordinaria

Al di là delle giuste preoccupazioni per la diffusione del contagio e per le restrizioni dei servizi messe in atto, tra le quali la più difficile da attuare è stata quella del distanziamento sociale, perché “innaturale” per una disciplina come la psichiatria, che fonda sulla relazione di vicinanza il suo modo di essere, si è però anche assistito al recupero di buone pratiche, tipiche della Psichiatria di Comunità, e di virtuosi stili di lavoro, nel passato accantonati, complici i fenomeni di ingessamento e i processi di burocratizzazione subiti dai servizi di salute mentale negli ultimi 20 anni.

2.1 Buone Pratiche “rianimate”

Maggiore Proattività. Individuazione quotidiana o settimanale di pazienti vulnerabili nei confronti dei quali adottare un atteggiamento proattivo con contatti promossi dal servizio; potenziamento dell'intervento domiciliare per ridurre il ricorso alla ospedalizzazione e aumentare le abilità per mantenere le persone a domicilio.

Maggiore Tempestività. Intervenire per la popolazione suddetta entro massimo 48 h.

Maggiore capacità di prevenire le crisi derivante dalla maggiore proattività e tempestività dei servizi territoriali.

Prevenzione delle ricadute e delle ospedalizzazioni derivante dalla maggiore proattività, tempestività e dal maggior sostegno dato anche ai nuclei familiari con interventi telefonici e di telemedicina.

Maggiore capacità di individuare i fattori psicosociali che possono intervenire come stressors nell'innescare crisi, scompensi e passaggi all'atto.

Maggiore attenzione agli interventi psicosociali per aiutare i pazienti a fronteggiare lo stress e a prevenire le ricadute. Offerta di trattamenti psicosociali EB anche attraverso l'ausilio di videochiamate e l'educazione delle persone all'uso delle tecnologie.

Maggiore intensità dei contatti. Presa d'atto che spesso sono molto più efficaci interventi brevi ma frequenti che interventi lunghi ma rari. A questo proposito, la letteratura infatti indica che è il numero degli incontri, non il numero di ore per incontro, ad essere correlato alla riduzione dei ricoveri ospedalieri. Secondo Bond, brevi ma frequenti visite sono più efficaci di quelle lunghe ma rare. Si è riscontrata anche una correlazione tra i contatti telefonici con i familiari e la riduzione dei ricoveri.

Incremento degli approcci psicoeducativi: Incentivazione dei trattamenti psicoeducativi per aumentare la consapevolezza delle regole di comportamento e del distanziamento sociale (social skills training).

Riattribuzione di centralità alle visite domiciliari, affidate per

la maggior parte al comparto, riservando alle figure mediche gli interventi domiciliari in caso di urgenze psichiatriche e finalizzandole anche ad altri obiettivi, alla luce di specifici fattori di rischio che incidono sui livelli di tolleranza dello stress: aiutare il paziente a gestire il peso dell'isolamento sociale e delle tensioni intrafamiliari ad esso collegate, conoscere meglio i punti di forza e di debolezza del sistema famiglia, supportare i pazienti a casa perché rispettino le norme del lockdown ed aiutarli a strutturare comunque la loro giornata se si sentono angosciati per mancanza di attività esterne.

Incremento dell'offerta dei trattamenti psicosociali EB. La pandemia è stata occasione per chiedersi quanto e come sono diffusi le pratiche psicosociali EB nel nostro Dipartimento. A tale proposito è stato formulato un questionario somministrato a tutti i professionisti così articolato:

- Tipologie di offerta dei trattamenti: modifiche apportate alle procedure di trattamento, suggerimento di soluzioni pratiche per gli stressor quotidiani, intensità dei contatti a seconda dei bisogni dei pazienti (da 2/3 contatti settimanali di 30 minuti a 1 contatto mensile di 1 ora).
- Tipologie delle risposte dei pazienti ai cambiamenti della modalità di offerta dei trattamenti (positiva dei giovani agli interventi in remoto, positiva degli adulti ai contatti telefonici, disuguaglianze territoriali nella possibilità di utilizzare le tecnologie in remoto).

Le suddette pratiche, tra l'altro apprezzatissime dai familiari e dai pazienti, devono tornare a far parte del lavoro quotidiano e non rappresentare soltanto misure legate a periodi emergenziali.

2.2 Flessibilità dei servizi: garantire assistenza contestualmente alla sicurezza delle cure

La flessibilità è stata sempre una qualità invocata per i servizi di salute mentale. Si definisce “flessibilità” la capacità di un individuo o di un'organizzazione a piegarsi e, in senso figurato, a variare, a modificarsi e ad adattarsi a situazioni o condizioni diverse.

Nel nostro settore, ancora più che per gli altri campi della medicina, l'adattamento del curante ai bisogni del curato è quanto mai necessario, proprio perché le persone con malattia mentale fanno fatica a seguire una routine e ad adeguare i propri comportamenti alle esigenze altrui, comprese quelle delle istituzioni sanitarie. Pertanto, la capacità di un servizio di modificarsi a seconda dei bisogni dei pazienti è un potente elemento motivazionale, favorente l'alleanza terapeutica e contrastante le interruzioni dei trattamenti.

L'epidemia ci ha chiesto di diventare più elastici, per esempio riorganizzando l'accesso, differenziando gli interventi

urgenti da quelli programmabili, includendo i MMG nelle valutazioni dei casi a rischio e modulando l'orario di servizio e le presenze del personale. Altri indicatori di adattabilità ai bisogni dell'utenza sono stati la flessibilità orari di accesso (appuntamento compatibili con gli orari di lavoro e con gli orari dei mezzi di trasporto) e la modificazione della distribuzione farmaci, affidando ai pazienti le loro medicine per tempi più lunghi e incrementando la loro consegna a domicilio.

2.3 Sviluppare nuove modalità di intervento sfruttando al massimo la telemedicina

Altra area di sviluppo è stata quella di garantire la continuità della cura con videochiamate e telefonate, utilizzando tali modalità per tre finalità principali: organizzazione/strutturazione delle giornate (quaderno del recovery), monitoraggio assertivo dei pazienti a rischio e supporto al ruolo abitativo.

Sono state, inoltre, maggiormente valorizzate le competenze genitoriali, allenando i familiari in remoto con l'ausilio di materiali e con training a distanza, anche per tenere sotto controllo i segnali predittivi dei pazienti a rischio di scompenso acuto. Per i Centri Diurni, il metodo del diario settimanale è stato mantenuto, come anche le visite domiciliari quotidiane per la buona convivenza con i compagni di abitazione e per la pianificazione delle attività quotidiane (acquisti, pulizie, etc.). Il filo rosso di tutti gli interventi è stato l'approccio educativo per il rispetto delle norme di prevenzione sanitaria.

Abbiamo sperimentato alcuni benefici della Telepsichiatria proattiva, la quale può integrare gli interventi in ambulatorio per pazienti che non sono in grado di accedere ai servizi per motivi economici o per mancanza di mezzi di trasporto, o per pazienti con difficoltà al contatto, con prevalenza di sintomi negativi o che sentono la relazione diretta con gli operatori troppo pressante. È stato possibile anche offrire in remoto trattamenti cognitivo/comportamentali o altri interventi psicosociali individuali e di gruppo (IMR e DBT). La ricerca sulla Telepsichiatria ha riscontrato che tale modalità può essere equivalente al trattamento offerto in presenza in termini di accuratezza diagnostica, efficacia, qualità e soddisfazione del paziente e che, in alcuni casi, può persino essere preferibile al trattamento tradizionale, come per i pazienti con gravi disturbi d'ansia, limitazioni fisiche, sindrome da stress post-traumatico, depressione maggiore o ADHD.

Per ultimo, data la maggiore tempestività con la quale il paziente può essere contattato e individuati i segni precoci di ricaduta, contribuisce notevolmente alla riduzione degli accessi in PS e delle ospedalizzazioni psichiatriche.

Bibliografia

- Aarons G A. (2005). Measuring provider attitudes toward evidence-based practice: Organizational context and individual differences. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 255-271.
- Carozza P. (2010), *La psichiatria di comunità: tra scienza e soggettività. Linee di pratica clinica nei servizi di salute mentale*. Franco Angeli, Milano.
- Dixon L, McFarlane W R, Lefley H. et al. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52, 903 -910.
- Drake R E, Goldman H, Leff H. S, Lehman A F, Dixon L, Mueser K T, et al. (2001). Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric Services*, 52(2), 179-182.
- Torrey, W C, Drake, R E, Dixon L, Burns B J, Flynn L, Rush A J, Clark R E, Klatzker D. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 45-50.

La pandemia oltre le sbarre e i cancelli

Gestione rivolta ed epidemia di SARS-CoV-2 nella casa circondariale di Bologna

Ferdinando Cerrato, Raffaella Campalastri

ABSTRACT

A causa della emergenza sanitaria tra l'otto e il dieci marzo 2020 sono scoppiate rivolte e proteste in 27 istituti di pena italiani. Tra questi era compreso quello di Bologna dove tali eventi si sono verificati con intensità anche maggiore rispetto ad altre città italiane. I fatti accaduti in quei giorni hanno rappresentato l'impulso iniziale che ha portato alla trasformazione del servizio di Medicina Penitenziaria. Questa è avvenuta in due fasi, la prima inerente alla gestione dei giorni della rivolta e la seconda alla vera e propria riorganizzazione che si è resa necessaria per fare fronte alla epidemia di SARS-CoV-2 avvenuta all'interno della Casa Circondariale. Scopo di questo articolo è di ripercorrere gli adeguamenti organizzativi che sono risultati essenziali affinché all'interno della casa circondariale il diritto alla salute potesse continuare ad essere garantito, in un momento di grande difficoltà per tutto il Sistema Sanitario Nazionale, contribuendo a ridurre la diffusione della pandemia sia all'interno che all'esterno del carcere.

53

Introduzione

Nel pomeriggio dell'otto marzo 2020, mentre lo scenario della epidemia di SARS-CoV-2 si modificava in modo rapido, spingendo il governo a prendere provvedimenti sempre più stringenti al fine di contenere la diffusione del virus (è di quel giorno il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che limitava la circolazione per una intera regione – la Lombardia – e per 11 province italiane, tra cui quelle di Piacenza e di Rimini, in Emilia Romagna), nella Casa Circondariale di Modena si svolgeva la prima delle rivolte delle carceri italiane causate dalla emergenza sanitaria. Si trattava di un pomeriggio all'apparenza sereno, una anteprema di primavera che aveva portato molte persone ad uscire di casa per godersi il sole di quella giornata ignari del fatto che in pochi giorni non sarebbe stato più possibile, facendo rientrare quella notizia nel campo della semplice cronaca, qualcosa da notare ma la cui importanza sarebbe stata possibile da comprendere solo a posteriori, guardando agli eventi successivi. Infatti, se nel disegno della propagazione di una malattia infettiva il metodo impone di identificare un tempo zero, un momento a partire dal quale tutto ha inizio,

Rif.
Ferdinando Cerrato, psichiatra,
Programma Dipendenze Patologiche ed Assistenza alle Popolazioni
Vulnerabili AUSL Bologna
392 3998853
ferdinando.cerrato@ausl.bologna.it

gli avvenimenti di Modena dell'otto marzo possono essere considerati il *tempo zero* delle rivolte e delle proteste avvenute poi in altri 27 istituti penitenziari italiani e che a Bologna si sono verificati con intensità anche maggiore rispetto ad altre case circondariali. Tali eventi hanno rappresentato, tra le altre cose, l'impulso *traumatico* della riorganizzazione del servizio di Medicina Penitenziaria all'interno del carcere di Bologna.

Lo scopo di questo articolo è di ripercorrere gli adeguamenti organizzativi che sono risultati essenziali affinché all'interno della casa circondariale il diritto alla salute potesse continuare ad essere garantito, in un momento di grande difficoltà per tutto il Sistema Sanitario Nazionale, contribuendo inoltre a ridurre la diffusione della epidemia di SARS-CoV-2.

1. Fase uno: la gestione della rivolta e la risonanza sui vissuti degli operatori

Il primo adattamento che si è reso necessario e che ha visto una risposta pronta da parte di medici e infermieri, è stato quello di trasformare un servizio di tipo ambulatoriale e di continuità assistenziale in uno in grado di trattare quadri clinici di urgenza. Durante i giorni della rivolta i medici di medicina generale e gli specialisti del DSM-DP hanno collaborato con il servizio maxi-emergenze del 118, prestando soccorso ai detenuti che hanno avuto acuzie cliniche, che sono rimasti feriti o intossicati. Inoltre, una volta ripreso il controllo dell'istituto da parte delle forze dell'ordine, la sera del 10 marzo, i medici e gli infermieri del Servizio Dipendenze Patologiche hanno fatto ingresso all'interno della Casa Circondariale per permettere la somministrazione di terapia sostitutiva oppioide a tutti i detenuti già in carico che mostravano sindromi da astinenza. Tutti i pazienti sono stati valutati singolarmente al fine di escludere sintomi e segni di intossicazione; l'eventualità dell'*overdose*, che si è purtroppo verificata in altre case circondariali, è stata scongiurata anche grazie alla decisione di chiudere ai detenuti l'accesso ai locali della direzione sanitaria, su espressa richiesta dei dirigenti medici e infermieristici al personale di Polizia Penitenziaria. Nei giorni successivi è stata infine presa la decisione di muovere la cassaforte contenente i farmaci stupefacenti all'esterno delle mura di cinta, rendendo così improbabile l'accesso da parte dei detenuti in caso di riproposizione di eventi come quelli del 9 e del 10 marzo. Illustrati con i termini semplici della narrazione, le decisioni prese e gli sforzi effettuati in quei due giorni possono apparire dovuti e scontati. Va precisato quindi che il contesto in cui gli operatori hanno lavorato, effettuando scelte, facendo valutazioni cliniche, somministrando terapie, poneva tutti sotto pressione sia dal punto di vista emotivo che professionale. I turni di lavoro sono andati anche oltre le dodici ore in alcuni casi, al fine di permettere la prosecu-

zione della assistenza sia durante il giorno che durante la notte. In aggiunta, una volta finito il lavoro in quel quadro così teso, al momento del ritorno a casa ci si ritrovava in uno scenario ancor più drammatico – quello di una intera nazione che veniva messa progressivamente in *lockdown* – cosa che contribuiva a dare la sensazione di stare vivendo immersi nella sceneggiatura di un film di fantascienza scritta molto male. Inoltre, nei giorni successivi per molti degli operatori risultava difficile elaborare l'idea che i pazienti ai quali si era prestata assistenza quotidianamente, potessero avere fatto la scelta di ribellarsi non solo contro l'istituzione penitenziaria ma anche contro quella sanitaria, andando a distruggere e saccheggiare gli ambulatori dove avevano svolto servizio fino alla mattina della rivolta. Questi sono solo alcuni esempi dei vissuti sperimentati dagli operatori della medicina penitenziaria di Bologna durante e dopo le giornate del 9 e del 10 marzo: abbiamo scelto di riportarli per provare a rendere l'idea dello sforzo sia umano che professionale effettuato da professionisti che si sono ritrovati ad affrontare una situazione unica nel suo genere e mai sperimentata durante la loro carriera.

2. Fase due: la riorganizzazione del servizio di Medicina Penitenziaria

Se l'adattamento effettuato nei confronti degli eventi della rivolta è stato di tipo reattivo, una riorganizzazione spontanea di fronte allo svolgersi di una situazione d'emergenza, è solo nei giorni successivi a quegli eventi che è iniziata la rimodulazione vera e propria del servizio di Medicina Penitenziaria, basandoci sia sulla valutazione delle criticità particolari del nostro istituto effettuata in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica, sia affidandoci alla letteratura internazionale (Besney, 2017) (Henry, 2020) (Kinner, 2020). Questa può essere suddivisa in due grandi punti: il primo riguarda la riorganizzazione delle prestazioni effettuata in relazione alle problematiche derivanti dalla sommossa, il secondo invece attiene alla gestione dei casi di COVID-19 presenti all'interno della casa circondariale e alla prevenzione della eventuale diffusione di SARS-CoV-2 nell'istituto penitenziario.

Per quanto concerne il primo punto, si è resa necessaria la sospensione della somministrazione di alcune tipologie di psicofarmaci a causa dei furti effettuati negli ambulatori presenti all'interno delle sezioni del giudiziario e del decesso di un detenuto per overdose di farmaci avvenuto il 13 marzo. Al fine di prevenire il ripetersi di tale eventualità è stato effettuato un lavoro di revisione di tutte le terapie prescritte ai detenuti delle sezioni dove i furti sono avvenuti, allo scopo di sospendere la somministrazione delle molecole potenzialmente nocive. Tramite questa scelta, abbiamo ridotto la necessità degli interventi di urgenza per il

trattamento di intossicazioni da farmaci, eventualità che si era verificata per diverse volte e che, come già detto prima, aveva portato ad un decesso. Si è trattato di un provvedimento che portava con sé il rischio di penalizzare pazienti che non abusavano dei farmaci loro prescritti, tuttavia le visite quotidiane da parte dei medici sono continuate e i farmaci “sospesi” sono stati somministrati con prontezza ed efficacia nei casi clinicamente giudicati idonei alla ripresa della assunzione. Con sorpresa degli operatori, tuttavia, questo tipo di situazione sono state poche e isolate. Solo al termine di un periodo di tempo di diverse settimane che ha rappresentato un adeguato margine di sicurezza, è stata ripresa la somministrazione di benzodiazepine e di antipsicotici. Questo sempre dopo valutazione, caso per caso, del singolo detenuto e dei singoli bisogni di salute da loro espressi. Inoltre, in seguito all’analisi della letteratura è stato redatto un protocollo di gestione dei disturbi psichiatrici comuni (insonnia, ansia) e di gestione delle terapie con farmaci con potenziale d’abuso, al fine di ridurre al minimo la diffusione tra la popolazione detenuta e di aumentare la precisione d’utilizzo di tali strumenti farmacologici (Trestman, 2014)

Il secondo punto è ulteriormente suddivisibile in due momenti: il primo ha avuto lo scopo di gestire il “picco” epidemico di SARS-CoV-2 all’interno della casa circondariale ed è stato affrontato con l’effettuazione di centinaia di tamponi oro-faringei che hanno permesso di identificare e quindi di isolare i casi positivi tra il personale sanitario, quello di Polizia Penitenziaria e nella popolazione detenuta. Prima è stato effettuato lo screening del personale sanitario, che ha visto diversi casi positivi messi poi in isolamento domiciliare fiduciario, permettendo in pochissimo tempo di riportare a funzionare - sebbene per un periodo a regime ridotto e con alcuni operatori costretti a sacrificarsi e a coprire i buchi lasciati dai colleghi positivi al virus - l’unità operativa di Medicina Penitenziaria. Successivamente lo screening è stato condotto sul personale di Polizia Penitenziaria, seguendo lo stesso identico iter e infine si è passati ad effettuare lo screening della popolazione detenuta. Questo tipo di attività ha comportato di conseguenza la riorganizzazione degli spazi di detenzione: una intera sezione è stata adibita a luogo dove permettere ai detenuti risultati positivi di osservare il periodo di quarantena di 14 giorni, venendo quotidianamente valutati al fine di intercettare precocemente eventuali evoluzioni del quadro clinico in senso peggiorativo. Le sezioni dove erano allocati i detenuti risultati positivi prima del trasferimento nella sezione dedicata ai casi da mettere in quarantena, sono state a loro volta isolate per 14 giorni e anche in tali sezioni i detenuti sono stati valutati quotidianamente: venivano presi i parametri quali temperatura corporea, saturazione di ossigeno e frequenza cardiaca da

parte degli infermieri e ricevevano ogni mattina la visita dei medici di sezione.

Tramite questi accorgimenti, in poche settimane è stato possibile azzerare i casi presenti all’interno del carcere di Bologna sia tra i detenuti che tra gli operatori presenti.

Il secondo momento ha invece previsto la riorganizzazione delle attività della Casa Circondariale in maniera tale da prevenire l’eventuale nuova diffusione del virus. Per questo, sia la popolazione detenuta che il personale sanitario che quello di Polizia Penitenziaria sono stati dotati di dispositivi di protezione individuale ed è stata prevista una ulteriore riorganizzazione degli spazi per accogliere i detenuti nuovi giunti dalla libertà. Questi tutt’ora vengono suddivisi in due categorie: quelli valutati come asintomatici, senza contatti accertati con altri soggetti positivi a Sars Cov-2 vengono allocati all’interno della sezione “infermeria” per 14 giorni, mentre i detenuti sintomatici o con contatti accertati vengono allocati in un’altra sezione dedicata, dove sono valutati quotidianamente dal personale sanitario. Infine, è stato istituito un check-point per il controllo della temperatura all’ingresso della casa circondariale che impedisce l’ingresso a chiunque abbia più di 37,5°C di temperatura corporea. Questo tipo di organizzazione ha permesso mantenere azzerati i casi positivi nella popolazione detenuta garantendo un margine di sicurezza più che sufficiente per la ripresa delle attività di routine all’interno dell’istituto penitenziario.

Anche questi tipi di accorgimenti possono apparire scontati, ma tale visione risulta miope e riduttiva se non si considera il contesto in cui questo tipo di misure vengono apportate. Occuparsi di salute all’interno delle carceri non è infatti sempre facile. Si tratta di un *setting* che moltiplica di diversi gradi le variabili da tenere in considerazione nel momento in cui si prendono scelte di tipo sanitario, soprattutto in relazione alla possibilità di ledere diritti costituzionalmente garantiti ai cittadini detenuti. Solo per fare un esempio, se in situazioni di emergenza si può limitare la possibilità di movimento dei liberi cittadini, non è semplice adottare la stessa misura per la popolazione detenuta, essendo quelle libertà già pesantemente ristrette dal regime di detenzione. Ci si è trovati quindi ad operare delle scelte delicate in un contesto nel quale si doveva sempre tenere presente di avere il difficile compito di mantenere equilibrio tra la garanzia del diritto alla salute e quella delle poche libertà che rimangono ai cittadini detenuti, in un contesto nel quale secondo l’Organizzazione Mondiale Della Sanità, gli individui sottoposti al regime detentivo sono considerati maggiormente vulnerabili a COVID-19 a causa dei maggiori bisogni sanitari, del limitato accesso a servizi di alta qualità e a causa dell’architettura carceraria che può promuovere la diffusione rapida delle malattie infettive (World Health

Organization, 2020). Inoltre, il mancato controllo di una epidemia come quella di SARS-CoV-2 all'interno degli istituti penitenziari può essere potenzialmente molto pericoloso anche per la salute di comunità, considerando che ogni giorno moltissime persone si muovono per i più svariati motivi da e verso l'istituto penitenziario rendendo plausibile un potenziamento della diffusione del virus anche all'esterno delle mura del carcere (Wurcel et al., 2020). Riportiamo questi elementi per cercare di comunicare il grado di responsabilità e di difficoltà della gestione della epidemia nella realtà della medicina penitenziaria.

Azioni di miglioramento e conclusioni

Per finire, vi è da specificare che questa appena descritta rappresenta solo una prima parte di lavoro. Nelle prossime settimane dovrà continuare il perfezionamento della gestione Medicina Penitenziaria, tramite l'implementazione di protocolli di ricerca per l'analisi della gestione della salute negli individui in regime di detenzione, in particolare rivolgendo la propria attenzione alle problematiche di salute mentale. Tra gli obiettivi da porsi vi è la identificazione precoce dei soggetti più a rischio per i disturbi comportamentali frequentemente rappresentati all'interno delle mura del carcere, quali *deliberate self-harm* e condotte suicidarie, e in generale la migliore gestione dei pazienti detenuti affetti da patologia psichiatrica. Questo, allo scopo di produrre modalità consolidate di good-practice medica specializzata, poiché, come abbiamo provato a mostrare, in una popolazione dalle caratteristiche peculiari come quella detenuta non è sempre facile applicare al meglio le modalità di gestione dei casi clinici previste per i liberi cittadini.

56

Bibliografia

- Besney, J., Moreau, D., Jacobs, A., Woods, D., Pyne, D., Joffe, A. M., & Ahmed, R. (2017). *Influenza outbreak in a Canadian correctional facility*. *Journal of Infection Prevention*, 18(4), 193-198. <https://doi.org/10.1177/1757177416689725>
- Henry, B. F. (2020). *Social Distancing and Incarceration: Policy and Management Strategies to Reduce COVID-19 Transmission and Promote Health Equity Through Decarceration*. Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education
- Kinner, S. A., Young, J. T., Snow, K., Southalan, L., Lopez-Acuña, D., Ferreira-Borges, C., & O'Moore (2020) *Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19*. *The Lancet. Public Health*, 5(4), e188-e189. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30058-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30058-X)
- Trestman, R. L., Appelbaum, K. L., & Metzner, J. L. (A c. Di). (2014). *Oxford textbook of correctional psychiatry*. Oxford University Press.
- World Health Organization, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention. Interim Guidance 15 March 2020*. (2020) <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/787>
- Wurcel A.G., Dauria E., Zaller N., Nijhawan A., Beckwith C., Nowotny K., Brinkley-Rubinstein L. (2020) *Spotlight on jails: COVID-19 mitigation policies needed now*.

La RTI COVID del DSM-DP

Una funzione residenziale dedicata all'emergenza a Reggio Emilia

Enrico Semrov, Gaddomaria Grassi, Sara Paderni, Valeria Accardi,
Annamaria Nasi, Milvana Garamante, Natascia Benazzi

ABSTRACT

L'articolo descrive l'esperienza di riorganizzazione di un Day Hospital psichiatrico territoriale in una Residenza a Trattamento Intensivo in risposta all'esigenza di offrire uno spazio di cura adeguato ai bisogni dei pazienti con psicopatologia diagnosticati come positivi al COVID-19 o che necessitavano di isolamento preventivo durante il periodo di emergenza.

57

Introduzione

Nelle prime settimane di marzo 2020 l'andamento ingravescente della pandemia COVID-19 ha indotto il nostro Dipartimento ad una riflessione sulle modalità di gestione delle situazioni cliniche che si andavano definendo sul versante infettivologico in comorbilità con condizioni di sofferenza psicopatologica.

La difficoltà di rendere praticabili in sicurezza dei trattamenti in isolamento presso le RTI del nostro DSMDP ci ha portato ad individuare l'opportunità di convertire un Day Hospital psichiatrico territoriale, allocato in un uno dei due poli della Salute Mentale Adulti del distretto di Reggio Emilia, in una Residenza a Trattamento Intensivo specificamente dedicata alla emergenza Covid.

La struttura, composta da cinque stanze di degenza a due letti, consentiva l'isolamento in stanza singola di cinque pazienti, con la possibilità di contemplare la degenza in stanza doppia di quei casi diagnosticati come positivi.

La funzione individuata per questa Residenza era quella di fornire una possibilità di trattamento intensivo psichiatrico ai pazienti che si caratterizzavano come positivi al Covid (anche in dimissione dal percorso ospedaliero), oppure sospetti per criteri clinici o epidemiologici, e che necessitavano di una intensità di cura psichiatrica residenziale, in assenza ovviamente di bisogni internistici ospedalieri.

Parallelamente si intendeva offrire un'opportunità ai pazienti impossibilitati a osservare un isolamento domiciliare fiduciario in condizioni di sufficiente adeguatezza.

In tempi molto rapidi è stata organizzata una équipe multiprofessionale composta da psichiatri, infermieri e Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica (TRP) in modo da garantire

Rif.
Enrico Semrov, psichiatra,
Direttore CSM Reggio Emilia
enrico.semrov@ausl.re.it,
0522 339525

la presenza di due operatori delle professioni sanitarie per ogni turno e la presenza di un medico dalle 9 alle 17.

Inoltre, una turnistica di pronta disponibilità medico-psichiatrica ha consentito la risposta ad eventuali bisogni notturni e festivi.

Bisognava anche assicurare un livello di competenza dei professionisti riguardo alla gestione del rischio infettivologico, con l'appropriato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e la corretta individuazione dei percorsi all'interno della struttura, per cui si è reso necessario organizzare un corso intensivo di formazione rivolto a tutta l'équipe. Pensare ad un isolamento assoluto in stanza di pazienti con condizioni di relativo scompenso psicopatologico esigeva che lo spazio di degenza fosse sufficientemente confortevole, per cui le stanze sono state dotate di un televisore e si è reso possibile, attraverso accorgimenti condivisi con l'ufficio tecnico, fumare nelle stanze, oltreché organizzare con i TRP alcune attività che i degenti potessero svolgere al loro interno.

Nell'arco di pochi giorni la struttura è stata resa operativa e il 18 marzo è stato ricoverato il primo paziente. Il paziente, Covid-positivo, era in carico ad un nostro CSM, e proveniva dal Percorso COVID-19 HOME della REMS di Reggio Emilia, dove si erano manifestate alcune problematiche nella sua gestione clinica.

Il giorno seguente altri tre ricoveri hanno portato al regime di operatività previsto per la struttura, che nelle settimane successive ha effettuato circa 40 ricoveri, consentendo al sistema di cura una buona gestione dei casi positivi e sospetti e preservando dal rischio di contagi la rete delle residenze del dipartimento.

1. Analisi dei dati raccolti

La RTI Covid Regionale, aperta dal 18/03/2020 al 15/06/2020, ha accolto 39 pazienti di età compresa tra i 17 e gli 83 anni, rispettivamente 26 maschi e 13 femmine. La durata media di degenza è stata di 7 giorni.

Accedevano pazienti affetti da patologia psichiatrica positivi a SARS-COV-2, in attesa di negativizzazione; pazienti che necessitavano di un periodo di isolamento/quarantena per sospetto Covid e relativa effettuazione tampone oro/rinofaringeo per ricerca di SARS-COV-2. Sono stati accolti anche pazienti che necessitavano di isolamento prima dell'ingresso in comunità o altre residenze.

I pazienti provenivano da setting diversi: domicilio, ospedale generale o altra struttura residenziale.

Di 39 pazienti ricoverati, 7 erano casi accertati di COVID-19. I rimanenti 32 sono risultati negativi al tampone (pur presentando polmonite interstiziale diagnosticata attraverso TAC torace in 8 casi).

Ai pazienti positivi sono stati effettuati tamponi di control-

lo fino alla negativizzazione, che veniva accertata con due tamponi negativi consecutivi (nel corso di 48 ore). Sono stati effettuati 3 prelievi ematici per controllo sierologico (IGG-IGM) che sono risultati negativi.

2. Aspetti organizzativi

La RTI Covid, in precedenza DH psichiatrico, è una struttura dotata di 10 posti letto, convertita da reparto diurno a reparto h24. Gli ospiti che hanno avuto accesso alla struttura erano pazienti che presentavano sintomi Covid in fase di remissione, ma che necessitavano una fase di monitoraggio e assistenza, in attesa della negativizzazione necessaria a rientrare al domicilio o presso la struttura (comunità - appartamento protetto) di provenienza. Nel contempo, soffrendo di patologia psichiatrica, i pazienti richiedevano un trattamento e una gestione specializzati, che sono stati sempre garantiti.

L'organizzazione contava come già detto su un'équipe multiprofessionale, che nello specifico era composta da: cinque infermieri, cinque TRP, un responsabile professioni sanitarie di unità operativa, due medici psichiatri part-time presenti nei giorni feriali e ulteriori cinque psichiatri in pronta disponibilità, attivabili in caso di urgenze/necessità nelle ore notturne e festive.

Ogni stanza è stata disposta in modo tale da risultare più accogliente, confortevole e sicura possibile per il paziente (oltre alla tv in camera, posacenere per i fumatori, termometro, gel mani, rot, contatti per chiamare gli operatori, regolamento di struttura, sacchi idrosolubili per gli indumenti da lavare). Sulle porte erano presenti le procedure di vestizione e svestizione. È stato impostato il monitoraggio dei parametri vitali (temperatura corporea, saturazione ossigeno, FC e PA) 3 volte al dì, con la possibilità di incremento in caso di bisogno.

Lo spazio è stato suddiviso in modo tale da predisporre una zona "pulita" ed una zona "sporca", dove rispettivamente si potessero indossare i DPI monouso puliti e rimuoverli una volta terminato il giro delle stanze.

Il lavoro quotidiano è stato accompagnato da un continuo dialogo con diverse interfacce alle quali abbiamo fatto riferimento: igiene pubblica, presidi ospedalieri, REMS, altre residenze psichiatriche intensive, comunità terapeutiche, referenti territoriali CSM/SERDP, MMG e mediatori culturali in caso di pazienti stranieri.

Abbiamo posto particolare attenzione alla gestione dell'aspetto emotivo legato alla condizione di isolamento, rispondendo ai bisogni e alle esigenze del paziente che si trovava da solo in stanza, dove il personale accedeva, oltre che agli orari stabiliti, in momenti extra, facendo fronte alle richieste dell'ospite e favorendo colloqui di supporto giornalieri.

Il paziente aveva la possibilità di suonare il campanello per

Variabili	Minimo	Massimo	Media
Età	16	83	48
Giorni di ricovero	1	28	7

	M n (%)	F n (%)
Sesso	26 (67%)	13 (33%)

	Caso accertato n (%)	Caso sospetto n (%)	Isolamento preventivo	
			Contatto con casi accertati n (%)	Inserimento in altra struttura n (%)
Motivo di ingresso	7 (18%)	17 (44%)	4 (10%)	11 (28%)

	Disturbi dello spettro della Schizofrenia n (%)	Disturbi dell'Umore n (%)	Disturbi di Personalità n (%)	Disturbi del Neurosviluppo n (%)	Disturbi Neurocognitivi n (%)
Diagnosi	18 (46%)	5 (13%)	11 (28%)	3 (8%)	2 (5%)

	Positivo n (%)	Negativo		
		Polmonite interstiziale n (%)	TC>37 °C n (%)	Asintomatico n (%)
Tampone	7 (18%)	8 (20%)	3 (8%)	21 (54%)

mettersi in contatto con gli operatori, ma anche quella di utilizzare il telefono in suo possesso per poterci chiamare. All'ingresso in Residenza il paziente era subito informato del regolamento, che poteva essere sempre consultato poiché messo a disposizione in ogni stanza.

Per permettere una maggiore tolleranza della condizione di isolamento sono state proposte ai pazienti alcune attività da svolgere autonomamente o con la collaborazione dell'operatore (consegna di un diario giornaliero, cruciverba o altri giochi su carta, lettura, visione di film); in tal caso ci si è organizzati utilizzando i DPI a disposizione e mantenendo le dovute distanze.

Al termine del ricovero è stato consegnato un questionario di gradimento al paziente, ideato dall'equipe, per comprendere meglio il vissuto dello stesso in questa condizione di vita, e per raccogliere suggerimenti che ci hanno permesso di migliorare sempre più l'assistenza erogata.

I contatti con il mondo esterno sono stati gestiti consentendo agli ospiti di effettuare autonomamente diverse telefonate con il proprio cellulare a familiari ed amici o di utilizzare il telefono portatile di servizio, avvolto nell'apposita pellicola, mediante vivavoce.

Per il paziente straniero che non parlava la nostra lingua, oltre al coinvolgimento della mediatrice culturale, sono stati creati dal gruppo di lavoro strumenti di comunicazione con immagini e spiegazioni nella lingua madre dell'ospite. Questa organizzazione ha consentito ai nostri ospiti di sentirsi appartenenti ad un setting di cura che ha accolto i vari bisogni legati alle patologie psichiatriche ed internistiche concomitanti e ha favorito la collaborazione e il rispetto delle regole all'isolamento.

Conclusioni

Con il mese di giugno l'emergenza Covid è andata progressivamente calando fino a che il 15 giugno abbiamo deciso di interrompere l'esperienza della RTI-Covid a fronte dello scemare dei bisogni che erano stati alla base della sua implementazione, lasciando la struttura a "luci spente" con la possibilità di riattivarla tempestivamente qualora si presentasse una riaccensione dell'epidemia.

La nostra esperienza è stata certamente positiva, superando le perplessità iniziali che ci facevano temere che il nostro fare psichiatria potesse essere penalizzato dalla forte medicalizzazione del setting, abituati come siamo ad evitare

dove si può il camice, che ci vedeva con visiere, mascherine guanti e calzari a confrontarci con la difficile integrazione fra una buona relazione di cura e le rigorose misure di prevenzione.

Possiamo dire che la qualità umana e professionale che gli operatori hanno saputo mettere in gioco ha garantito un efficace rapporto di cura anche in condizioni così difficili, dimostrando che è il contenuto, e non la forma, della relazione che qualificano l'incontro con chi soffre.

Bibliografia

Sartorius N, *Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century*. Shanghai Archives of Psychiatry, 2013; 25:68-69.

American Medical Association. *Withholding information from patients*. AMA Principles Med. Ethics: I, III, V, VIII.

Asmundson GJG, Taylor S. *How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: what all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know*. Journal of Anxiety Disorders, 2020 Mar 10;71 doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102211.

Bartels SJ, Baggett TP, Freudenreich O. *Case study of Massachusetts COVID-19 emergency policy reforms to support community-based behavioral health and reduce mortality of people with serious mental illness*. Psychiatric Services, 2020 doi: 10.1176/appi.ps.202000244.

Cui LB, Wang XH, Wang HN. *Challenges facing coronavirus disease 2019: Psychiatric services for patients with mental disorders*. Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2020 Apr 1 doi: 10.1111/pcn.13003.

Freeman MP. *COVID-19 From a Psychiatry Perspective: Meeting the Challenges*. The Journal of Clinical Psychiatry, 2020 Mar 31;81(2) doi: 10.4088/JCP.20ed13358. pii: 20ed13358.

Narrazione di un'esperienza di resilienza

Evoluzione organizzazione/relazioni tra utenti, operatori e realtà territoriali a Modena

Donatella Marrama, Cristina Balestrazzi, Valentina Barbieri,
Alessia Casoli, Fiorenza Fiorini, Brunella Grisendi,
Simona Venturoli, Rocco Vergine

ABSTRACT

Il Centro Diurno (CD) afferente al Centro di Salute Mentale rappresenta una fase del percorso di cura caratterizzata da modalità di intervento di tipo psicoterapico e relazionale, all'interno di un team di lavoro con caratteristiche multidisciplinari: le attività, coordinate da psicologhe, sono per lo più svolte attraverso interventi di gruppo condotti da infermieri, educatori, terapisti della riabilitazione psichiatrica ed arte-terapeuti. La progettazione degli interventi riabilitativi viene costruita insieme all'utente, tenendo conto dei suoi bisogni specifici e delle sue zone di sviluppo prossimale, in un'ottica di empowerment e di recovery. Un valore aggiunto del Servizio di Modena è rappresentato dalla presenza degli utenti Esperti di Supporto tra Pari (ESP), che da un paio d'anni collaborano alle attività dei CSM offrendo accoglienza e supporto, partecipando alle riunioni d'equipe e rappresentando un ponte prezioso nella fase di accompagnamento degli utenti verso le realtà del territorio. Lo sviluppo ed il mantenimento di reti di collegamento con le Associazioni del territorio sono funzionali alla costruzione di percorsi di integrazione con la Comunità per favorire l'inclusione sociale, contrastare e ridurre lo stigma, promuovere legami di cooperazione e fiducia tra chi vive il disagio e i cittadini. L'emergenza Covid ha costretto i Servizi a chiudere i CD e si è resa necessaria l'organizzazione di attività a distanza per poter sostenere le persone nella lunga fase di isolamento, per limitare i vissuti di solitudine e offrire strumenti per fronteggiare i momenti di stress e sconforto. L'attività di coordinamento e psicoterapica svolta dalle psicologhe è continuata in smart working in integrazione con l'equipe ESP.

1. La situazione di precedente equilibrio: il pre-COVID

Negli ultimi anni è stata avviata, all'interno del Dipartimento di Salute Mentale di Modena, una riflessione sui CD attraverso gruppi di discussione, questionari, ridefinizione delle loro finalità e funzioni anche all'interno di documenti destinati all'accreditamento e perciò a garanzia della qualità dell'intervento.

Il motivo di tale interesse è stato determinato dal sempre più evidente "gap" tra l'evoluzione delle pratiche e delle prospettive offerte alla persona da parte della psichiatria territoriale, nell'ottica della de-istituzionalizzazione, e le situazioni di dipendenza e neo-cronicità che rischiano di crearsi invece nei centri semi-residenziali.

Rif.
Donatella Marrama, psichiatra,
Direttore UOC Salute Mentale Adulti Modena Centro
338 4088838
d.marrama@ausl.mo.it

Il protagonismo dell'utente, l'autodeterminazione nella scelta dei percorsi, l'individuazione di progetti che tengono conto di una valutazione funzionale, l'analisi dei determinanti sociali della salute attraverso i quali avviare percorsi riabilitativi di vera inclusione, l'integrazione della progettualità con il Sociale e la rete di Comunità, sono concetti che hanno spostato, infatti, l'intervento riabilitativo offerto dal territorio verso pratiche sempre più distanti dai luoghi dell'istituzionalizzazione. Ne è un esempio la recente proposta della nostra Regione, attraverso "L'esito del gruppo di lavoro per l'innovazione del sistema Residenziale della Salute Mentale e applicazione del Budget di Salute" (PG/2020/0006560 dell'8/01/2020).

Dalla nostra analisi, le caratteristiche e le modalità di intervento che caratterizzano i nostri CD, anche i meglio organizzati e funzionanti, sono ancora distanti dall'approccio riabilitativo secondo il modello della recovery (Lieberman 2012, Carozza, 2011) volto alla riacquisizione dei diritti di cittadinanza e di un ruolo sociale grazie a processi di empowerment.

Nonostante tutti i tentativi di definire progetti personalizzati all'ingresso dei nuovi utenti, di stabilire tempi di permanenza, di qualificare e differenziare le attività, lo scivolamento verso situazioni di dipendenza e di "intrattenimento", rimane alto, così come elevati sono il numero delle persone "indimissibili" con vere e proprie situazioni di "adozione psichiatrica". Si viene inoltre, frequentemente a realizzare (Piccione, 2004) una confusione tra funzioni e attività quando da una parte si interviene con intenti riabilitativi, dall'altra si lavora per prevenire ricoveri, dall'altra ancora per gestire situazioni di crisi.

L'intento di ridefinire la mission del CD è partito con l'idea di affiancare al confronto tra le varie realtà Dipartimentali e alla discussione interna all'equipe dei due CD di Modena Centro un'esperienza concreta di cambiamento. Si è partiti da un concetto di CD come Centro territoriale, "core" della cultura del CSM, nucleo centrale delle relazioni con la rete territoriale oltre che punto di partenza per percorsi di riabilitazione che, indipendentemente dallo specifico progetto personalizzato, avessero come obiettivo l'empowerment e il recupero di connessioni con la vita della Comunità per arrivare a vincere lo stigma e la diffidenza.

L'obiettivo era quello di arrivare a capire come migliorare l'integrazione tra il CSM e il tessuto sociale circostante e rendere lo stesso Servizio, tramite il CD, una risorsa per il Quartiere (Comitato di Quartiere, Parrocchia, Polisportiva, Comitato Genitori della Scuola, Comitato Cittadini, Servizi Sociali, Associazioni). Sono stati istituiti incontri mensili degli Stakeholders finalizzati a conoscersi, a presentare i reciproci progetti di socializzazione e gli eventi ludici e culturali, arrivando a condividerne l'organizzazione e la partecipazio-

ne tanto degli operatori quanto degli utenti.

2. Il COVID – Il gruppo che opera oltre le Istituzioni: Simona e Valentina (psicologhe); Alessia, Cristina, Brunella (ESP)

Per far fronte alle nuove necessità degli utenti, il lavoro di equipe multiprofessionale e integrato del CD si è centrato su nuovi equilibri spostati all'esterno rispetto all'istituzione.

Il coordinamento settimanale tra psicologhe e il gruppo di ESP è stato mediato dalle videochiamate, lavorando da casa, in smart working, concedendosi di accedere a spazi di intimità. Questo ha permesso di guardare alle realtà individuali in modo in parte nuovo. Entro questo spazio virtuale di intimità, a partire dalla condivisione dell'evoluzione delle telefonate e dei singoli casi che ognuna di noi stava seguendo, si sono sviluppati percorsi di contaminazione tra il professionale e il personale. Si è andato così creando un sincero rapporto di colleganza. L'esperienza Covid ha fatto sì che l'atteggiamento dapprima soprattutto teorico abbia potuto esprimersi nella pratica professionale: l'operatore ha preso più profondamente coscienza dell'importanza di vivere l'ESP come un collega alla pari e della necessità di essere promotore di un contesto relazionale basato sulla fiducia, la reciprocità, la negoziazione dialogica, l'accoglienza del rischio. È proprio all'interno di questa modalità di collaborazione che gli ESP, nell'emergenza Covid, hanno scelto di usare la loro storia personale di resilienza per supportare utenti che stavano vivendo il *lockdown*. Vivendo la doppia esperienza della reclusione come utenti e come operatori, hanno supportato la vita quotidiana, offrendo strategie ed ascolto alle persone più fragili, in stretto legame coi servizi. Questo ha portato allo sviluppo di rapporti umani con alcuni degli utenti contattati ed è stato momento di crescita per ESP, utenti e psicologhe che facevano da tramite con il Servizio. L'approfondimento dei contatti telefonici coordinato dalle psicologhe, oltre ad aver supportato la stabilità degli utenti e prevenuto crisi o urgenze, ha portato anche l'aumento dell'accountability degli ESP e un chiarimento della loro funzione all'interno del CD. Inoltre, in alcuni casi le psicologhe sono riuscite a realizzare vere e proprie sessioni psicoeducative in videochiamata: esercizi di respirazione, mindfulness e rilassamento muscolare guidati, ma anche attraverso l'ausilio di tracce audio-registrate che le persone avrebbero potuto riascoltare ogni volta che ne avessero avuto desiderio o necessità.

3. La crisi come produttore di cambiamento e di crescita: il gruppo che riflette su sé stesso

Durante i settimanali colloqui a distanza con gli utenti del CD, sono emersi diversi vissuti da parte degli utenti: alcuni esprimevano il piacere di "essere pensati" e non lasciati

soli in un momento in cui ogni contatto era vietato, altri raccontavano la loro giornata, faticosamente riorganizzata sui nuovi ritmi non scanditi dalle attività a ciclo diurno. L'aspetto più sorprendente, soprattutto nelle prime settimane di lock down, è stato sentire alcune voci e racconti tutto sommato sereni, quasi sollevati, come se la condizione di vita imposta dall'emergenza non solo non costituisse un problema per loro, ma anzi, l'occasione di "riaccendersi".

Chi prima viveva l'isolamento come segno di mancata integrazione sociale e diversità, in fase Covid ha iniziato a sentirsi "uguale agli altri", trovando paradossalmente un'opportunità per ri-significare la propria esperienza.

Alcune persone, anche grazie al lavoro di coaching telefonico, hanno riscoperto interessi sopiti, il beneficio del movimento (proprio quando costretti in casa era come se sparisse la pigrizia ed emergesse la voglia di fare qualcosa), chiedendo alle psicologhe e all'ESP di accompagnarli a distanza nel recupero di attività desiderate e gratificanti: i quaderni di inglese rispolverati per ripassare i verbi, la passione per la scrittura e le rime, sfruttata per raccontare la quarantena, l'amore per la musica espresso nella scelta e condivisione di brani che trasmettessero il sentire di quel particolare momento.

Riflettere su queste storie, ancora in movimento, ha permesso di pensare ed inventare nuove modalità di lavoro da mantenere nel tempo: sempre più chiaramente si è delineata l'importanza di aiutare le persone a vivere nella loro realtà, prevedendo e implementando interventi domiciliari e sviluppando *homework* e attività a distanza che rinforzino le strategie apprese. Immaginiamo d'ora in poi lo scritto, il disegno, l'uso di immagini e foto per rappresentare il proprio mondo e percorso come possibilità per raccontare il processo di crescita personale e di *recovery* all'interno di una relazione che può essere anche a distanza ma densa di "vicinanza". Nell'informalità, infatti, della videochiamata è possibile accorciare le distanze anche attraverso meccanismi di autosvelamento che portano alla costruzione di un sapere esperienziale e condiviso di tutte le persone coinvolte nell'interazione.

L'utilizzo delle tecnologie telematiche non deve continuare a rappresentare uno scoglio per molti utenti (e operatori): si sta ragionando su come renderlo "alla portata di tutti", pensiamo ad esempio ad un laboratorio, condotto da ESP, in cui imparare ad utilizzare i dispositivi, esercitandosi poi a casa; garantire agli utenti sprovvisti gli strumenti tecnologici necessari.

L'esperienza vissuta ci ha ricordato come saper lavorare in équipe significhi avere capacità comunicative, organizzative, flessibilità mentale ed anche disponibilità personale al di là dei canali standard dei servizi.

Un tempo condensato, come l'emergenza COVID, può de-

terminare una trasformazione completa del nostro essere nel mondo come sistemi individuali o di gruppo. Succede che non siamo più quelli di prima, pur rimanendo quelli di prima.

Perché il sistema possa riorganizzarsi ed evolvere (Richard, Tedeschi & Lawrence, 2004) intorno ad un avvenuto tempo condensato, è necessario che nel tempo esistenziale che segue, si dedichi tempo all'attivazione della funzione riflessiva: fermandosi ad osservare se stesso, il sistema può accedere ad un deuteroapprendimento (Bateson, 1977), all'apprendere ad apprendere.

Bibliografia

- G. Bateson, "Verso un'ecologia della mente", Milano, Adelphi, (1977)
 P. Carozza, "La riabilitazione psichiatrica nei centri diurni. Aspetti clinici e organizzativi", Milano, Franco Angeli, 2011.
 R.P. Liberman "Il recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica", Roma, Giovanni Fioriti, 2012.
 R. Piccione, "Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia", Milano, Franco Angeli, 2004
 G. Richard, Tedeschi & G. Lawrence, "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence", Calhoun Psychological Inquiry. Vol. 15 (Issue 1): 19-92. January 2004

Un mezzo al di là del luogo

La nascita di un centro diurno diffuso in risposta al cambiamento a Imola

Alba Natali, Patrizia Turci

ABSTRACT

Gli autori raccontano l'esperienza di co-costruzione di percorsi territoriali tra CSM, cooperativa sociale Tragitti, utenti e famigliari come alternativa alla chiusura del centro diurno durante la pandemia. La Comunità Diurna per la salute mentale "Franca Ongaro Basaglia" diventa un mezzo per mantenere il contatto con gli utenti al di là del luogo fisico, tracciando una linea di comunicazione, di ascolto, di intervento adattata all'emergenza.

64

Introduzione

Il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel territorio;¹ trova le sue finalità all'interno della Delibera di Giunta Regionale n. 1423/2015 che la definisce un servizio che "favorisce il reinserimento e la partecipazione attiva degli ospiti nella comunità di appartenenza".²

L'attuale assetto organizzativo della Comunità Diurna "Franca Ongaro Basaglia" risale al 2018; con determina 229 del 22/01/2020 la gestione è stata affidata alla Cooperativa Sociale Tragitti.

La Comunità, che accoglie persone in cura al CSM che presentano una fase di vita caratterizzata da forte sofferenza psichica, fonda le proprie pratiche sull'utilizzo concreto, condiviso e partecipato dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali tra soggetto, famiglie, persone significative della rete e del territorio, operatori del privato sociale e del Centro di Salute Mentale.

Nel capitolato formulato per la "Gestione della comunità diurna per la salute mentale per adulti del dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche dell'azienda USL di Imola", l'articolo 1, l'oggetto dell'appalto, recita: "Al fine di rispondere a bisogni diversificati e complessi la Comunità dovrà avere un modello organizzativo di struttura agile e capace di personalizzare ogni intervento, che garantisca lo sviluppo e il mantenimento di un contesto incentrato sul modello di rete, con numerose proposte tese a favorire e facilitare il progetto esistenziale del soggetto, la permanenza nel proprio contesto di vita e l'integrazione nel tessuto sociale." La parola "struttura" corrisponde a un luogo fisico ma sin dall'origine abbiamo inteso territorio e comunità.

Rif.
Alba Natali, psichiatra,
Direttore DSMDP Ausl Imola
0542 604821
a.natali@ausl.imola.bo.it

Patrizia Turci,
presidente Cooperativa Tragitti

1. Percorsi di cura e percorsi di vita durante la pandemia

La pandemia COVID-19, imprevista e tragica, ha reso urgente e necessario declinare nella pratica quotidiana i principi enunciati. La Comunità Diurna è divenuta quindi un mezzo attraverso il quale il Centro di Salute Mentale del DSMDP dell'Ausl di Imola e la Cooperativa Sociale Tragitti hanno coniugato i principi della Salute mentale di Comunità, proponendo percorsi di cura fortemente connessi con i percorsi di vita delle persone. L'accento posto sulla deistituzionalizzazione, sull'esercizio dei diritti civili, sull'inclusione e sulla autodeterminazione ha riconfermato la propria validità nella tutela della salute psichica e fisica e nel sostegno alle persone a compiere scelte consapevoli di valutazione del rischio, prevenzione e cura, anche in occasione della pandemia COVID-19.

Come sostiene Franca Ongaro Basaglia, "Il problema della follia è sempre problema del rapporto tra individuo e organizzazione, quindi problema di spazio, fisico e psicologico, che l'individuo trova all'interno del gruppo. La razionalità su cui si fondano la nostra cultura e l'organizzazione sociale del lavoro che la produce, pur enfatizzando formalmente l'individuo e la sua libertà, di fatto si struttura sull'espropriazione di questa individualità e sulla riduzione della massa espropriata a un insieme serializzato di individui. Analogamente, pur avendo riconosciuto la ragione come parte della natura umana, questa razionalità si limita ad accoglierla in sé per smistarla e incanalarla nei settori creati perché essa si esprima sotto tutela".³

A partire da metà febbraio 2020 la rapida diffusione e la gravità della malattia COVID-19 ne ha fatto comprendere il carattere sociale, la portata totale che ha coinvolto l'individuo e l'ambiente a livello sistemico. Ci si è trovati a fronteggiare quella è stata definita una "patologia delle interconnessioni" con la necessità di cambiare all'improvviso le regole d'interazione sociale.

Si è quindi reso necessario ripensare e rimodulare, improvvisamente, il modo di lavorare.

I processi di coprogettazione tra pubblico e privato in tema di salute mentale, richiamati da oltre vent'anni da leggi nazionali e regionali, nel territorio imolese sono stati realizzati. Questa realizzazione, raggiunta negli anni attraverso la condivisione di "stili di lavoro", di cultura, di pensiero ma anche e soprattutto di pratiche, ha permesso l'esecuzione in tempi brevi di una complessa operazione di riorganizzazione; non si è quindi partiti da un'idea astratta di risposta all'emergenza, cercando poi di calarla nella realtà, ma si è rapidamente attinto alle passate e presenti esperienze condivise, cercando di dedurre prassi generalizzabili, amplificando la vocazione condivisa ad essere nel territorio.

Le comunità diurne sono spesso connotate da attività che si svolgono principalmente all'interno della struttura fisica; il

concetto di comunità diurna diffusa nel territorio è radicato nel pensiero e nell'agire degli operatori, caratteristiche distintive ne sono l'apertura, la flessibilità, la fluidità nell'attuare gli interventi, la ricerca dell'integrazione con le reti del territorio, siano esse formali o informali.

In risposta alla pandemia COVID-19 l'idea di fondo è stata quella di non lasciare nessuno solo, chiuso nella propria casa, di fronte ad un evento nuovo, imprevisto e sconvolgente.

Per dare attuazione a quest'obiettivo sono stati valutati, situazione per situazione, bisogni, risorse, paure e desideri coniugandoli con le disposizioni di legge aziendali, regionali e ministeriali; questo metodo ha consentito la rapida attuazione della riprogettazione, dando possibilità e concretezza a quel pensiero virtuoso secondo il quale il "servizio dovrebbe essere un luogo permeabile e dinamico dove le opportunità (ossia le risorse e le occasioni negoziali) sono continuamente a disposizione di pazienti e operatori"⁴ e anticipando, di fatto, quanto contenuto nel D. Lgs.18 del 17 marzo 2020⁵ in tema di co-progettazione.

La chiusura delle Comunità Diurne, sancita con atto del Presidente della giunta regionale, è avvenuta il 09/03/2020, la riorganizzazione è divenuta operativa a Imola il 13/03/2020. In quei pochi giorni di lavoro intenso l'attenzione e l'impegno erano impiegati non solo alla trasformazione del servizio ma in egual misura alla responsabilità di sostenere le persone, a non lasciarle sole, contattandole una ad una telefonicamente o in videochiamata. La generale desertificazione dei contatti non ha impedito di coinvolgere, quando appropriato e possibile, le famiglie e le persone significative.

Mantenere la comunicazione con gli utenti ha aiutato a preparare il lavoro sul campo attraverso un dialogo teso a considerare aspetti importanti, tra i quali la volontà delle persone di accogliere in casa o nel loro territorio gli educatori, la condizione abitativa, l'eventuale convivenza con la famiglia di origine o con la propria, le condizioni di salute

Note

- 1 http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=ret
- 2 <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/norme/delibere/2015/testo-coordinato-dgr-564-00-e-dgr-1423-15>
- 3 Salute/ Malattia. Le parole della medicina., Franca Ongaro Basaglia, a cura di Maria grazia Giannichedda, 2012, Edizioni alpha beta Verlag, Merano.
- 4 La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica, Benedetto Saraceno, 1995, Etas edizioni, Milano.
- 5 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/17/20G00034/sg>

fisica e psichica del paziente e dei conviventi, la situazione lavorativa, la presenza di altri contatti con enti ed istituzioni del territorio. Si è giunti così a un'ipotesi condivisa di accesso al domicilio o al territorio della persona che è stata formalizzata nei singoli Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali (PTRI).

1.1 Una prima valutazione

Un primo bilancio, effettuato a metà giugno all'approssimarsi della riapertura, ci ha fornito i seguenti dati e molte ipotesi di lavoro da verificare.

I numeri:

- 31 persone su 33 hanno condiviso l'accesso domiciliare o nel loro territorio di vita;
- 2 persone hanno accettato solo contatti telefonici;
- 27 PTRI sono stati condivisi e firmati;
- 1.647,5 ore utilizzate dal 13/03/2020 al 31/05/2020 e così suddivise:
 - 1147,5 ore per operatore impiegate in attività territoriali (69,7% delle ore di lavoro);
 - 98 ore di reperibilità telefonica (6% del totale delle ore di lavoro);
 - 239,5 ore di telefonate proattive (14,5 % delle ore di lavoro);
 - 122 ore dedicate alla rimodulazione degli interventi e dei PTRI, per attività di coordinamento e scrittura consense (9,8% delle ore di lavoro);
 - 1 persona su 33 ha effettuato un accesso in urgenza al CSM durante il lockdown, in concomitanza di eventi familiari relazionali fortemente stressanti;
 - 0 ricoveri in ambiente psichiatrico;
 - 0 contagi: nessun operatore e nessun utente ha contratto la malattia COVID-19.

Le persone:

- Tutte le persone hanno aderito in maniera consapevole e propositiva alle misure di prevenzione e protezione individuali e di gruppo previste dalle disposizioni vigenti: uso dei dispositivi di protezione individuale, rispetto delle distanze minime, lavaggio delle mani e utilizzo delle apposite soluzioni, rilevazione della presenza di sintomi e segni legati alla malattia riguardanti loro stesse e i loro familiari;
- Ogni persona ha assunto un alto livello di responsabilità facendo richieste e ponendo limiti: il periodo pur così complesso è divenuto un'occasione di validazione delle proprie capacità;
- Sono emersi aspetti di autonomia e di abilità che hanno contribuito allo sviluppo di un'idea di sé maggiormente efficace negli utenti e che hanno generato nuove rifles-

sioni negli operatori;

- Si sono attivati e accelerati processi di benessere e di fiducia tali da condurre cinque persone a maturare la scelta di terminare a fine estate il proprio percorso presso la Comunità Diurna, pur rimanendo disponibili a supportare, come cittadini, alcune attività e momenti di aggregazione nate dall'interazione tra utenti, operatori e Associazioni del territorio;
- È sorto il desiderio, condiviso tra tutti gli attori dei processi di cura, di rivalutare i singoli PTRI stabilendo fin da ora ipotesi di date di dimissione, dimissione vista in maniera propositiva come parte di un cammino connotato da fiducia nelle capacità di recovery e guarigione;
- I colloqui strutturati, quelli informali ed i momenti di condivisione con i familiari, effettuati sia dagli operatori della CD che dagli operatori delle equipe CSM hanno confermato la valutazione positiva della riorganizzazione effettuata.

Operando una forzata separazione tra aspetti maggiormente connessi alla progettazione terapeutico riabilitativa personalizzata e aspetti di tipo organizzativo programmatico, si può rilevare riguardo i primi la conferma che un atteggiamento di "iniziativa" da parte dei servizi coinvolti, rispettoso degli aspetti della vita reale dei singoli, consente di portare in evidenza gli elementi di conoscenza e autoefficacia presenti in ogni persona e contesto. Sia gli utenti che le famiglie hanno manifestato capacità di operare scelte ed avere comportamenti adeguati ad una situazione in continua evoluzione, mostrando affidabilità e resilienza nella tutela della salute fisica e psichica.

Osservazioni conclusive

Per quanto riguarda gli aspetti programmatori questa esperienza ha ribadito il valore di un atteggiamento proattivo ma non solitario e deterministico da parte dei servizi pubblici: il coinvolgimento delle persone e delle famiglie direttamente interessate da quanto i servizi erogano nella progettazione e valutazione così come la co-progettazione con il privato sociale ed il terzo settore, consentono di accogliere la complessità, dare risposte modulabili e flessibili, agendo anche rapidamente se necessario.

La validità di pratiche che hanno come fondamento la deistituzionalizzazione, i modelli di salute mentale di comunità, la valorizzazione degli interventi territoriali, ha avuto conferma così come la necessità di intrecciare pratiche e saperi per sviluppare processi di trasformazione critica della realtà.

Alla luce dell'esperienza effettuata, convinti che agire in senso abilitativo sia fornire strumenti di potere alle persone, riteniamo sia ora necessario:

- Effettuare ulteriori valutazioni sulla qualità e sugli esiti

di questa esperienza: saranno programmati momenti di condivisione assembleare con utenti, famiglie e Associazioni, rilevati gli esiti clinici e di soddisfazione personale attraverso colloqui ed utilizzando le scale di valutazione BPRS, HoNos 18 e WHOQUOL;

- Mantenere alti livelli di attività domiciliare e territoriale, modulando i momenti all'interno della struttura in relazione ai singoli PTRI. Riteniamo che tale modalità, che sottoporremo a verifica costante nel tempo, possa accelerare i processi di guarigione e di benessere e contrastare il pericolo di cronicizzazione dei percorsi.

Concludiamo con le parole di Benedetto Saraceno: *“La riabilitazione è la ricostruzione della cittadinanza e non lo si fa con pratiche come l'ippoterapia o la musico-terapia. Non si capisce perché gli schizofrenici al di là della disgrazia di essere gravemente sofferenti debbano avere anche la disgrazia di essere poeti, pittori, musicisti. Ma voi quando andate a casa la sera cosa fate? Vi esprimete col pongo, fate un portacenere o vi sedete a leggere il giornale sul divano bevendo un Campari? La riabilitazione deve essere la ricostruzione della santità della vita quotidiana. Per quanto riguarda i determinanti sociali, invece, non chiediamo agli psichiatri di abolire la povertà o le guerre, ma gli chiediamo di capire i bisogni delle persone fragili in modo che possano attivarsi nelle alleanze del territorio, nelle reti istituzionali e amministrative. Se non facciamo questo forse abbiamo davvero rinunciato al nostro mandato morale”*.⁶

Note

6 <https://sentichiparla.it/salute/psichiatria-comunita-benedetto-saraceno/>

Bibliografia

- Ongaro Basaglia F. (2012), *Salute/ Malattia. Le parole della medicina*, a cura di M.G. Giannichedda, Edizioni Alfabeta Verlag, Merano.
- Saraceno B. (1995), *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Edizioni ETAS, Milano.
- Saraceno B. (2017), *Sulla povertà della psichiatria*, Edizioni Derive Approdi, Roma.

Sitografia

<http://www.conferenzasalutementale.it/2020/04/23/appello-covid-19-la-tutela-della-salute-mentale-cruciale-per-contrastare-i-danni-dellepidemia/>

Da offline ad online

La community del Centro Diurno "Ulisse" di Forlì

Valentina Belli, Federica Volpi, Carlotta Impieri, Cinzia Tonelli,
Laura Trolli, Gianni Cavadini, Michele Zizzari, Centro Diego Fabbri
di Forlì

68

ABSTRACT

Come dare continuità a percorsi riabilitativi in persone con fragilità psichica senza la presenza dell'operatore? Come aiutare a mantenere ansia, paranoia e depressione in limiti accettabili e monitorare eventuali ricadute psicopatologiche? Come aiutare pazienti e operatori a convivere con una pandemia che "si combatte con l'isolamento e la chiusura totale al mondo sociale e relazionale"? Provare la sensazione di impotenza è inevitabile, ma occorre trovare strategie che contengano tale vissuto e ravvivino la sensazione di utilità negli operatori e di progettualità nei pazienti. L'equipe del Centro Diurno "Ulisse" dell'U.O di Psichiatria di Forlì ha sperimentato, per tali motivi, una community on line attraverso la quale mantenere attiva la relazione riabilitativa.

Introduzione

Il 6 marzo 2020 si è deciso, con grande difficoltà, di chiudere il Centro Diurno 'Ulisse' dell'U.O di Psichiatria di Forlì. Le indicazioni sull'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, sulla definizione di assembramento e la taratura della distanza di sicurezza erano in evoluzione quotidiana, e creare uno spazio di attività sufficientemente sicuro e protettivo per utenti ed operatori non era più possibile. Decisa la chiusura, ci si è posti il dubbio per quanto tempo: pochi giorni, giusto il tempo per organizzarci secondo le nuove indicazioni oppure chiudere a data da destinarsi? L'elevata contagiosità del virus COVID-19 ha fatto sì che il centro rimanesse chiuso di settimana in settimana e nell'incertezza di tutti ci si è trovati a lavorare in urgenza, chiedendoci cosa proporre durante una pandemia in cui l'isolamento è la vera arma di protezione contro il contagio, ma un rischio per le persone che presentano un disturbo mentale. Infatti, l'isolamento che tanto cerchiamo di evitare per gli utenti del Centro Diurno in quanto amplificatore dei sintomi patologici, tende ad enfatizzare gli aspetti più dolorosi della loro malattia. Abbiamo quindi preso consapevolezza del fatto che non era più possibile la relazione di cura vis a vis, non era possibile stare in gruppo e apprendere gli uni dagli altri e nemmeno alleggerire il carico emotivo delle famiglie, che grazie alle attività del centro, possono respirare qualche ora di riposo rispetto all'accudimento dei loro

Rif.
Valentina Belli, psicologa,
Coordinatrice Centro Diurno Ulisse Psichiatrico/ DSM-DP-AUSL della
Romagna
0543 723462
valentina.belli@auslromagna.it

congiunti. A fronte della situazione pandemica, c'era però la nostra consapevolezza rispetto alla difficoltà che le persone con fragilità psichiatriche hanno nell'organizzare autonomamente i ritmi quotidiani, nel mantenere un ritmo sonno/veglia regolare, nell'abbandonare certe stereotipie e pensieri ricorrenti, nell'alimentarsi correttamente, ricordandosi che il corpo e la mente vanno aiutati simultaneamente. Ci siamo quindi chiesti cosa fosse possibile fare per garantire una vicinanza e un supporto, anche a distanza. Uno studio recentemente pubblicato in Cina, ha suggerito l'importanza e la necessità di predisporre progetti *on-line* per supportare la salute mentale, attivando consulenze, corsi e percorsi di supporto psicologico. (J.Gao, P. Zheng, P. Zheng, Y.Jia, H.Chen, 2020). Sull'onda di queste riflessioni e di un'accurata analisi delle esigenze e del contesto, abbiamo progettato un "luogo" virtuale che ricalcasse le caratteristiche del Centro Diurno 'Ulisse' e rispondesse ai bisogni della nostra utenza.

1. Il Progetto

La motivazione che ha mosso le fila del progetto, è stata quella di creare un "luogo" in cui gli utenti potessero vivere la relazione riabilitativa, il gruppo, le attività e la vita del centro diurno; in cui gli operatori potessero esserci per loro e per le famiglie, nell'ottica del dare continuità al progetto di cura e relazione. Così ha preso forma una *community online*, un "luogo" tra il virtuale ed il reale che ha permesso sia agli operatori che agli utenti di vivere l'isolamento imposto come un isolamento fisico, ma non psichico né emotivo o progettuale. Un "luogo" in cui esserci con orari e tempi scanditi, con attività programmate, con operatori che facilitassero lo scambio e la presenza, all'interno di un contesto di conversazioni tra pari. Nonostante il progetto fosse per noi una novità, ci sono già in letteratura delle evidenze rispetto all'efficacia e alla funzionalità dell'utilizzo di supporti tecnologici per la salute mentale. Attraverso i *social media* le persone affette da disturbi psichiatrici possono scegliere se postare contenuti, quanto rapidamente rispondere ai commenti e possono rileggere le conversazioni con i loro tempi e modi. Questo controllo che possono avere attraverso la comunicazione virtuale, rappresenta un'opportunità di esprimersi e rimanere connessi alla realtà curante (J.A. Naslund, K.Aschbrenner, L.A.Marsch, S.J. Bartels, 2016). Spinti dalla volontà di mantenere una continuità riabilitativa con gli utenti, abbiamo cercato di riprendere il lavoro nella maniera più aderente possibile ai **tempi e alle modalità del Centro Diurno**, ricalcando quindi la scansione settimanale delle attività svolte in presenza dalle 8,30 alle 15,30. Il lunedì mattina, ad esempio, le attività iniziano alle 8,30; dalle 9,30 alle 10,30 è prevista la psicoterapia di gruppo e a seguire attività motoria.

Il martedì dalle 10,30 alle 12,30 ci sono le prove di teatro.

Il mercoledì generalmente i ragazzi vanno in uscita con gli operatori.

Il giovedì l'attività principale è di nuovo il teatro.

Il venerdì le attività principali sono la musica e il canto.

Per ricreare questa routine abbiamo attivato negli stessi orari e giorni una *chat* di gruppo, utilizzando il *social network* "WhatsApp" e inviato agli utenti video *tutorial* costruiti ad-hoc dal personale del centro diurno riguardanti la lezione o il corso che avrebbero dovuto seguire in quel determinato orario e giorno. Inoltre, quando non era possibile rispettare esattamente un'attività come ad esempio l'uscita di gruppo, abbiamo trovato insieme agli utenti modi creativi per sopperire a tale impossibilità. Si è infatti deciso di organizzare gite virtuali per cui i ragazzi dovevano scegliere luogo, itinerario e attrazioni da visitare. Questa attività inserita al posto dell'uscita del mercoledì, ci ha consentito di conoscere luoghi lontani come Amsterdam, Londra e New York, ma anche e soprattutto di far emergere abilità e competenze degli utenti; ad esempio il momento del pranzo, non potendo essere trascorso fisicamente insieme, è stato un momento di scambio tramite *chat*: i ragazzi infatti si raccontavano il piatto che avrebbero preparato, condividendo tra loro ricette e consigli. Questa programmazione *online* ha permesso di mantenere una continuità nel processo riabilitativo e di cura quali obiettivi del Centro Diurno, nonostante la situazione di emergenza, e ha garantito la creazione di una routine durante la quarantena, aspetto non trascurabile per persone che mostrano una vulnerabilità psichiatrica.

2. Risultati attesi e risultati raggiunti

Come indicato in letteratura, la creazione di attività *online* continuative e strutturate, può favorire la capacità di automonitoraggio del proprio stato di salute per prevenire ricadute sintomatiche, promuovere la *compliance* al trattamento, il benessere e favorire l'acquisizione di nuove capacità di monitoraggio dei propri sintomi (J.A. Naslund, L.A. Masch, G.J. McHugo, S.J. Bartels, 2015). Prima dell'inizio della sperimentazione della *community* virtuale, l'equipe di lavoro del Centro 'Ulisse' si era fissata alcuni obiettivi, per favorire un monitoraggio e una valutazione in itinere del percorso proposto. Quando poi le condizioni sono state favorevoli e le indicazioni governative lo hanno permesso abbiamo ripreso alcune attività in presenza, e abbiamo chiesto agli utenti di esprimere una valutazione rispetto al lavoro fatto a distanza. Sono emerse diverse considerazioni, che ci hanno consentito di esprimerci rispetto ad **alcune valutazioni** quali-quantitative preliminari del servizio offerto. **A livello qualitativo:**

1. Per quanto riguarda il primo obiettivo circa il *mantenimento della relazione di aiuto*, un utente scrive: "Mi

sono sentito molto appagato quando facevamo la chat di gruppo, perché mi sembrava di sentire la presenza delle persone che già conoscevo ma che non vedevo da molto tempo”.

- II. Passando al *monitoraggio dei ritmi sonno veglia* un'altra scrive “La chat del centro diurno è stato un autentico beneficio. Io sono “mattiniera”, ma non sempre riesco a organizzare la mia giornata in termini di attività, invece la chat, con quello che gli operatori proponevano mi permetteva di essere impegnata. Poi il protrarsi delle attività fino alle 15,30 mi permetteva di essere impegnata a lungo. Le attività erano varie, diverse ed interessanti”.
- III. Lo scambio garantito dalla chat ha consentito anche il *monitoraggio dello stato emotivo e psicopatologico* degli utenti, come racconta chi scrive “...durante il giorno ho svolto le varie attività da casa impiegando il mio tempo in modo positivo, e salvandomi dalla noia delle giornate”.
- IV. Le attività della community online hanno risposto al bisogno di favorire un *apprendimento continuo* degli utenti, come descrivono bene alcuni di loro dicendo: “Ho imparato cose nuove che mi sono tornate sempre utili, che mi hanno permesso di accrescere le mie conoscenze virtuali” e poi “A volte mi è risultato un po' difficile il continuo susseguirsi delle varie persone nella chat..per me era un po' difficile seguire tutto. Rimane comunque un'esperienza positiva che mi ha tenuta legata al mondo esterno”.
- V. Per gli operatori del Centro Diurno è stato importante *fornire messaggi di fiducia e speranza* e non di interruzione e di abbandono. I ragazzi hanno sentito questa vicinanza e lo hanno raccontato in modi diversi: “Secondo me la chat è stata molto bella perché anche se ero a casa per il virus ero sempre in contatto con i miei amici del centro e anche con gli operatori”; “La chat di gruppo è stata utile, è stato come continuare un percorso, un cammino... per me è difficile essere costante nel tempo perché mi viene da interrompere. È stato molto utile essere in relazione con il gruppo nella chat”. Con il tempo e il proseguire delle attività strutturate, si è venuta a creare una forte componente di auto aiuto tra gli utenti del centro, che si sono cercati e contattati anche al di là dal “luogo” della community. Tutto ciò ha permesso di creare legami nuovi e consolidare quelli già esistenti, come racconta bene un nostro ragazzo: “Questo periodo rimarrà impresso nella mia mente perché mi ha ricordato il valore dell'amicizia”.
- VI. Un ultimo obiettivo molto importante è stato quello di *garantire un momentaneo sollievo ai familiari dei pazienti* durante la quarantena: fornire agli utenti un loro spazio per raccontarsi ed esprimere le emozioni, favori-

sce un benessere relazionale nella famiglia. Un utente che vive in un contesto familiare conflittuale scrive: “Ad ogni fischietto correvo per leggere; per me la chat è stata utile se non indispensabile e ringrazio chi ha fornito questo servizio a dir poco stimolante e per me protettivo”.

In aggiunta alle valutazioni che abbiamo raccolto tramite i racconti degli utenti, abbiamo individuato anche **alcuni dati quantitativi** dei risultati raggiunti.

- Il numero dei ricoveri durante il periodo di *lockdown* è stato pari a 0.
- Le richieste rispetto ad eventuali aumenti del dosaggio farmacologico sono state pari a 0.
- Il numero di *acting out* durante il periodo di quarantena è stato pari a 0.
- Il numero dei messaggi giornalieri condivisi nella chat da parte degli utenti, è aumentato progressivamente (md= 200 messaggi/gg).

Il campione rispetto al quale sono stati valutati questi parametri è costituito dagli utenti che hanno partecipato alla chat (N= 17), accompagnati e supportati da 2 operatori, i quali avevano un monte ore dedicate di 45/settimana. La chat di gruppo è stata attiva per 35 ore settimanali, durante le quali sono stati condivisi 6 video/settimana costruiti ad hoc per ogni attività. Gli indicatori descritti sono in linea con l'obiettivo riabilitativo del Centro Diurno e sembrano indicare l'emergere progressivo di un effetto di protezione rispetto ad un possibile peggioramento dei sintomi, o di eventuali ricadute. Una utente riporta “*Io non ho scritto molto nella chat, ma dalle 8,30 mi sentivo subito meglio, forse perché così non mi sentivo sola ad affrontare sia il Coronavirus che i miei problemi, leggevo tutto quello che si diceva, in particolare quello che i ragazzi scrivevano.*” Un “effetto collaterale” molto positivo della *community online*, è stata la creazione da parte di alcuni utenti di nuovi sottogruppi *Whatsapp*, paragonabili a veri e propri gruppi di auto aiuto, che si attivavano nel pomeriggio, a chiusura delle attività. Attraverso queste nuove comunicazioni alcuni membri si sentivano regolarmente, si offrivano supporto e sostegno reciproco per la fatica provata, data soprattutto dall'impossibilità di muoversi e di uscire. A questo proposito scrive così un utente: “*La chat mi ha fatto sentire parte di un gruppo e non isolata. Avere degli amici con cui parlare è stato un grande dono e ringrazio di cuore tutti gli operatori per questo.*” Gli operatori del Centro Diurno sono stati una parte essenziale di questo percorso, svolgendo il ruolo di facilitatori e favorendo l'integrazione dei contenuti emergenti durante le attività di chat; sono infatti rimasti al fianco dei ragazzi aiutandoli nella gestione delle attività, garantendo il funzionamento della chat stessa. In conclusione, il progetto della *community* ha avuto un

buon riscontro tra gli utenti, ha garantito il perseguimento degli obiettivi del Centro Diurno e la continuità delle relazioni tra i ragazzi e con gli operatori, come dimostra la soddisfazione di una utente che scrive: *“È stata una bella cosa, perché così parlavamo tramite la chat, scherzando fra di noi. Sentirsi tramite chat è stato molto commovente. Comunque voglio ringraziare Cinzia, Laura e Gianni perché se non c’era la chat non so proprio come facevo”*.

2.1 Progetti futuri

L’esperienza che abbiamo portato avanti in questi mesi ha confermato l’efficacia della *community online* e della comunicazione virtuale, che verranno mantenute e consolidate. Abbiamo infatti deciso di continuare ad utilizzare la chat di gruppo tramite *WhatsApp*, per garantire una presenza negli orari di apertura del Centro Diurno, per i pazienti impossibilitati a presenziare alle attività. Il progetto della *community* ha permesso inoltre di mettere in luce alcune competenze degli utenti, alcune abilità tecnologiche e comunicative che non erano mai emerse prima. Abbiamo quindi pensato di potenziare tali interessi e capacità, implementando alcune delle attività svolte durante il periodo di quarantena. Da qui l’idea di creare un programma Radiofonico che verrà trasmesso online e su una frequenza FM. La trasmissione sarà condotta da più utenti che hanno manifestato particolari abilità durante il periodo di quarantena, sia nel reperire materiale musicale che nella capacità di comunicazione *online*. Questo progetto ci consentirà di aumentare l’offerta di attività riabilitative, declinate su misura dell’utenza. Verranno infatti svolte lezioni e corsi volti ad insegnare tecniche specifiche per la conduzione di un programma Radio, grazie anche all’appoggio di un’emittente locale, facilitando la capacità di inclusione sociale di persone fragili in contesti normalizzanti.

Conclusioni

Dal progetto descritto abbiamo appreso ciò che più aiuta a supportare emozioni negative e il mantenimento di legami positivi con l’altro.

Tra utenti, tra operatori ed utenti, tra docenti ed utenti, tra docenti ed operatori, non importa con chi purchè sia altro significativo e che abbia interiorizzato la capacità di evocare l’esperienza del legame dentro noi stessi.

Le persone con fragilità psichiatriche tendono con più facilità perdere il contatto con l’altro e mantenere vivo il legame interiore richiede un percorso costante e continuo; la *community on line* ha permesso di rinnovare quotidianamente tale esperienza, rinforzando così le competenze relazionali al punto tale da permettere la creazione di gruppi di “auto e mutuo aiuto” autonomamente gestiti attraverso le chat *whatsapp*. Le relazioni sociali positive possono avere un im-

portante impatto sul benessere psicologico. Questo aspetto è stato ampiamente confermato in letteratura, soprattutto grazie agli studi di Carol Ryff, che nel suo modello a sei dimensioni cita tra le dimensioni necessarie ad un buon livello di benessere proprio le relazioni interpersonali.

Le criticità incontrate per attuare il progetto sono state:

- quantità di tempo dedicato alla progettazione e gestione delle modalità comunicative *on-line*;
- attenzione da remoto alle dinamiche in continua evoluzione all’interno del gruppo pazienti.

È stato complicato raccontare e prevedere l’esito di un progetto per noi assolutamente nuovo, le previsioni sono state confermate e questo permetterà di continuare le attività del centro “a due velocità”: in presenza e da remoto; in questo momento in cui non esporsi al contagio Covid -19 influenza la programmazione delle attività riabilitative.

Bibliografia

- J. A. Naslund, K. Aschbrenner, L. A. Marsch, S. J. Bartels, *The Future of Mental Health Care: Peer-To-Peer Support and Social Media*, Cambridge University Press, 2016.
- S. Liu, L. Yang, C. Zhang, Y. Xiang, Z. Liu, S. Hu, B. Zhang. *Online Mental Health Services in China During the COVID-19 Outbreak*, *The Lancet*, 2020.
- J. A. Naslund, L. A. Marsch, G. J. McHugo, S. J. Bartels. *Emerging mHealth and eHealth Interventions for Serious Mental Illness: A Review of the Literature*, *J Ment Health*, 2015.
- C. D. Ryff and C. L. Keyes *The structure of Psychological Well-Being Revisited*, *Journal of personality and Social Psychology*, 1995, Vol. 69, N.4, 719-727
- G. Marocci. *Inventare l’organizzazione*. Edizioni Psicologia, Roma 2000

“Faraway so close”

Esperienze cliniche digitali gruppo ADHD/AUSL di Bologna durante il COVID-19

Simona Chiodo, Maria Condò, Lorenza De Luca, Luana Fusaro,
Lia Gamberini, Cristian Grassilli, Laura Mass

72

ABSTRACT

L'articolo “Faraway so close” ha l'obiettivo di illustrare le esperienze cliniche digitali fornite dal gruppo ADHD dell'AUSL di Bologna, durante il periodo di lockdown causato dall'emergenza COVID-19. Le misure di distanziamento sociale durante il periodo di pandemia hanno ricalibrato la tecnica degli interventi, che si è incentrata su modalità di funzionamento a distanza. Nell'articolo si passano in rassegna le diverse procedure e interventi con cui gli operatori del centro hanno cercato di mantenere uno stretto contatto con i propri assistiti: una, tra queste, è stata l'attivazione di colloqui telefonici con i genitori, di tipo clinico-anamnestico per le prime visite e di monitoraggio per i pazienti già in carico, offrendo opportunità di confronto relative alle difficoltà contingenti al delicato momento e la produzione di un opuscolo rivolto ai genitori “A casa con i nostri bambini” relativo a linee guida per le routine domestiche. In secondo luogo è stato realizzato un secondo opuscolo informativo, specifico per gli insegnanti, con l'obiettivo di sostenerli e fornire loro strategie su come impostare la didattica a distanza con bambini con ADHD. Inoltre è stato attivato, per la prima volta, il corso di parent training sulla piattaforma teams, che è stato spunto di ulteriori riflessioni rispetto all'utilizzo di questa nuova modalità on line. L'articolo si conclude con una descrizione relativa agli aspetti della gestione dei gruppi operativi a distanza e alle modalità relative alle operazioni di monitoraggio relative all'assunzione di metilfenidato, in bambini nel cui progetto di cura era previsto un trattamento farmacologico.

Le modalità riabilitative a distanza impongono una più attenta e puntuale progettazione del piano di trattamento con definizione degli obiettivi e verifica di essi ancora più chiara e necessariamente condivisa dalla famiglia, stimolando la partecipazione attiva del caregiver al progetto di cura. In NPIA territoriale la sfida è stata accettata e gli operatori, superate le resistenze iniziali, hanno dimostrato grande creatività ed adattabilità.

Introduzione

Durante il periodo di lockdown il Servizio di NPIA territoriale dell'Azienda USL di Bologna ha mantenuto in presenza le urgenze cliniche per interventi clinici e riabilitativi.

Sono state numerose le prestazioni in videochiamata/telefono: dal 25/3/2020 al 30/05/2020 su un totale di 24.941 prestazioni, 10.279 sono state svolte a distanza (6935 collo-

Rif.
Simona Chiodo, neuropsichiatra Infantile,
Direttore UOC NPIA Attività territoriale Ausl Bologna
Referente Regionale Tavolo ADHD
051 6584170
simona.chiodo@ausl.bologna.it

Centro di riferimento Aziendale per la Diagnosi e Cura del Disturbo da Deficit
d'Attenzione con Iperattività

UOC NPJA Attività Territoriale
AUSL di Bologna

Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività e didattica a distanza

A cura di: S. Chiodo, M. Condò, L. De Luca, L. Fusaro,
L. Gamberini, C. Grassilli, L. Massi



Fig. 1, Opuscolo per genitori / NPJA Ausl Bologna

qui telefonici, 3344 videochiamate), pari al 41,2% delle prestazioni totali.

È importante svolgere un'analisi approfondita sulle tipologie di prestazioni a distanza al fine di comprendere l'utilità di proseguirne alcune anche post emergenza.

Modalità di funzionamento a distanza adottate dal Centro Aziendale per l'ADHD durante il periodo di pandemia.

Questo Centro dedicato alla diagnosi e alla cura dell'ADHD si è costituito nel 2005 ed è un gruppo multidisciplinare di professionisti dei Servizi territoriali, impegnati a tempo parziale sull' ADHD.

L'European ADHD Guidelines Group, durante il periodo di emergenza sanitaria, ha sviluppato linee guida per la valutazione e gestione dell'ADHD in cui viene segnalato che gli individui con disturbi del neurosviluppo (ADHD) sono particolarmente vulnerabili alle misure di distanziamento sociale e all'incertezza derivante dalla pandemia e potrebbero mostrare maggiori problemi comportamentali; ne consegue l'importanza di supportare le famiglie, i minori e la scuola attraverso gli strumenti tecnologici (contatto telefonico o videochiamata) oppure attraverso la condivisione di materiale divulgativo atto a fornire strategie generiche di comprensione e gestione delle situazioni problema.

In questa ottica, il Centro ADHD di Bologna, durante il lockdown ha rivisto le proprie attività, cercando di mantenere uno stretto contatto con i propri assistiti, introducendo col-

loqui telefonici con i genitori, di tipo clinico-anamnestico per le prime visite e di monitoraggio per i pazienti già in carico, offrendo opportunità di confronto relative alle difficoltà contingenti al delicato momento.

Inoltre, come materiale divulgativo, sono stati realizzati due opuscoli specifici, uno rivolto alle famiglie e uno rivolto agli insegnanti.

L'opuscolo fornito ai genitori (Fig. 1), dal titolo "A casa con i nostri bambini", poi inserito sul sito internet aziendale per poter essere diffuso, è suddiviso in due parti: nella prima vengono fornite indicazioni sul come parlare del corona virus ai bambini, nella seconda vengono date informazioni più strettamente legate alla gestione dei sintomi correlati al disturbo ADHD. In particolare, si è suggerito ai genitori di strutturare delle nuove routine, essendo state modificate quelle precedenti. Rispetto all'emergenza sanitaria, e alle possibili ripercussioni emotive associate, sono state suggerite ai genitori strategie per aiutare i bambini ad esprimere le loro preoccupazioni e paure, mediante l'ascolto empatico e attività o giochi finalizzati a condividere le emozioni e imparare a regolarle insieme, anche mediante esercizi di Mindfulness, utili per scaricare l'energia.

Nella seconda parte dell'opuscolo sono state proposte attività per allenare le funzioni esecutive (l'organizzazione, l'attenzione, la pianificazione e l'inibizione). Un tema molto importante, che spesso genera conflitti nella relazione tra



Fig. 2, Opuscolo per insegnanti / NPIA Ausl Bologna

genitori e bambini con ADHD, è quello relativo ai compiti a casa, la cui gestione è molto complessa. L'opuscolo in questo senso ha fornito strategie per organizzare lo spazio e il tempo dedicato ai compiti, i materiali necessari e la pianificazione delle attività.

Successivamente è stato divulgato un secondo opuscolo informativo specifico per gli insegnanti, (Fig. 2) per sostenerli e fornire loro strategie su come impostare la didattica a distanza con bambini con ADHD. Sono state fornite indicazioni su come adattare alla didattica a distanza le linee guida regionali e nazionali per alunni ADHD (tempi di video-lezione, pianificazione delle pause, come mantenere l'alunno attivo anche se a distanza evitando lezioni che rappresentassero un mero trasferimento di informazioni, strutturazione dei compiti e delle consegne). Pertanto, il consueto percorso di Teacher Training, che solitamente si svolge in presenza di 60 insegnanti è stato sostituito da questo opuscolo e da una proposta di incontro di gruppo in videochiamata con gli insegnanti per commentare insieme alcuni punti significativi e condividere reciproche esperienze.

Tra le più consolidate attività cliniche del Centro, vi è il parent training (PT), iniziato nel 2006, strutturato con 9 incontri, di 1 ora e trenta minuti ciascuno, rivolto ai genitori di bambini con ADHD.

Durante la pandemia è apparso da subito importante offrire sostegno e ascolto ai familiari dei nostri assistiti: il PT è stato così rimodulato: sono state contattate tutte le famiglie in

lista, proponendo la stessa offerta psicoeducativa, ma con una metodologia diversa, cioè attraverso l'uso della piattaforma TEAMS per lo svolgimento on line degli incontri. Sono state contattate 16 coppie di genitori suddivise in due gruppi in giornate diverse, per poter accogliere le diverse esigenze e fornire una risposta flessibile ai bisogni. Sono state fornite via mail le schede previste da ogni sessione. Ogni incontro ha mantenuto la medesima durata, passando da una frequenza quindicinale a una settimanale, per garantire un maggior sostegno durante il lock-down. L'incontro iniziava con l'attesa dell'"arrivo" dei genitori nella stanza virtuale, proseguiva con un veloce appello e con la richiesta di un feedback rispetto all'andamento settimanale e a eventuali dubbi o domande sui contenuti affrontati la settimana precedente.

È stato mantenuto lo schema abituale, con una prima parte psicoeducativa su metodi e contenuti utili da sperimentare con il proprio figlio, secondo tecniche cognitive comportamentali e una seconda dedicata alla discussione di episodi critici avvenuti durante la settimana tra genitori e figli.

Si lavora su punti di forza e di debolezza e sulla individuazione degli antecedenti del comportamento problema e delle conseguenze, per costruire un'analisi funzionale del sintomo e dare loro maggiori strumenti per gestire e riflettere sulle conseguenze dei comportamenti negativi, differenziandoli in gravemente e lievemente negativi in base ai quali calibrare le risposte.

Un tema che ha occupato gran parte degli incontri è stato quello relativo all'andamento della didattica a distanza, poiché i genitori affiancavano per necessità i propri figli in questa attività e avevano bisogno di supporto. I genitori hanno constatato che grazie al loro sostegno i figli hanno potuto seguire con maggiore attenzione e per tempi più prolungati le lezioni on line rispetto alla didattica in presenza. Le difficoltà maggiori riportate dai genitori, sono state la gestione dell'iperattività in ambito domestico e l'adattamento a nuove routine. La frequenza dei genitori al PT a distanza è stata costante, probabilmente facilitata anche dall'interruzione, per la maggior parte di loro, dell'attività lavorativa. A fine percorso abbiamo fornito ai genitori partecipanti, un questionario per valutare le modalità a distanza di questo ciclo di PT. Tra i punti di forza del PT on line vi è stato quello di essere in gruppo, insieme ad altre menti e persone che condividono vissuti, fatiche, strategie, successi e nelle quali si possono identificare o verso le quali possono diventare di supporto. I gruppi di PT infatti riducono i vissuti di isolamento o di frustrazione quando si vive una situazione di disagio intra familiare.

Dai questionari raccolti l'esperienza è stata positiva al punto tale che i genitori avrebbero gradito incontri più prolungati: questo è stato favorito dal fatto che, essendo a casa, erano in una condizione di "tranquillità-sicurezza" con i loro figli. Altri aspetti positivi riportati sono stati il risparmio di tempo ed economico (pagamento parcheggio, benzina, ore di permesso) per gli spostamenti.

Un aspetto tecnico utile della modalità in videoconferenza è che obbliga all'esercizio di autoregolazione e pertanto è un ottimo allenamento: ci si deve prenotare per parlare e gli interventi sono più sintetici ed organizzati.

Qualcuno invece ha sottolineato alcuni limiti della modalità on line: non consente un approfondimento della conoscenza tra genitori non essendoci spazi "liberi" prima e dopo gli incontri.

La riflessione porta alla constatazione che il gruppo psico-educativo on line rischia di non favorire l'auto mutuo aiuto che nasce tra genitori dopo che i clinici hanno concluso la parte istituzionale, e che può proseguire anche dopo la conclusione del ciclo di incontri.

Ripensando a diversi gruppi che abbiamo condotto in passato, uno degli aspetti caratteristici e di grande valore è sempre stata la possibilità per alcuni genitori di riuscire a sviluppare relazioni frequentandosi anche extra gruppo: vedersi offriva un'occasione per costruire relazioni e legami significativi per gli adulti e per i piccoli.

Il lockdown ha imposto un radicale cambiamento della gestione scolastica: è stata creata la didattica a distanza, un grande cambiamento per gli alunni e gli insegnanti.

La scuola ha rivestito un rinnovato ruolo di centralità, en-

trando nelle case di ogni alunno. I genitori, allineati al lavoro degli insegnanti, hanno affiancato i propri figli cercando di seguirli e sostenerli in questo nuovo cammino.

Per i minori certificati secondo la Legge 104/92, i gruppi operativi si sono tenuti su piattaforma in videoconferenza e sono stati molto efficaci per analizzare e riflettere su questa nuova modalità.

Le classi, i compagni, gli insegnanti si sono ritrovati in una nuova e diversa dimensione virtuale: è stato richiesto di cambiare radicalmente le modalità relazionali all'interno del gruppo classe e di rivedere il proprio assetto di autoregolazione. Per i minori con ADHD, è stato necessario un lavoro maggiormente individualizzato. In generale la DAD ha offerto ore di didattica più brevi e questo ha favorito la concentrazione e l'essere a casa ha permesso frequenti interruzioni con contenimento dell'impulsività e dell'iperattività. In molti casi i genitori presenti in casa hanno ricoperto un ruolo effettivo di autoregolatori, contribuendo a contenere, fino ad annullarle, le interferenze create dalla classe e nella classe.

La didattica a distanza ha quindi mostrato alcuni aspetti positivi per alunni con ADHD, anche grazie al contributo attivo dei propri genitori.

Per un numero circoscritto di pazienti con diagnosi di ADHD, congiuntamente agli interventi sopradescritti, viene predisposta presso il Centro Aziendale, anche una terapia farmacologica con metilfenidato. Il farmaco viene somministrato nei casi in cui i livelli di iperattività e disattenzione siano così elevati da impattare significativamente sul funzionamento del bambino o qualora gli altri interventi non siano risultati sufficienti per un buon esito.

La scelta condivisa con le famiglie durante il periodo di lockdown, è stata quella di mantenere il trattamento farmacologico laddove già in essere in quanto le nuove modalità della DAD, per quanto in parte accattivanti prevedendo l'uso di computer o tablet, hanno richiesto capacità di autoregolazione ancora maggiori rispetto alla didattica in presenza. Inoltre la maggiore partecipazione dei genitori alle lezioni e all'esecuzione dei compiti ha permesso un monitoraggio più completo dell'efficacia del farmaco, la cui osservazione, a causa della breve durata d'azione, è spesso di pertinenza solo degli insegnanti. In un solo caso è stato inserito il farmaco per la prima volta durante il lockdown per un significativo peggioramento dell'iperattività e della disattenzione, in un altro è stato necessario riprendere un'assunzione precedentemente sospesa. In tutti gli altri casi è stata mantenuta la terapia già impostata, generalmente al medesimo dosaggio, solo in un caso aumentato.

I pazienti sono stati seguiti con una modalità mista, sia mediante un monitoraggio telefonico da parte di medico/infermiera, sia con visite in presenza nei casi a maggiore

complessità o in trattamento con politerapie e comunque secondo le specifiche necessità cliniche. In quanto Centro Prescrittore del metilfenidato abbiamo garantito anche nel periodo di lockdown l'erogazione diretta del farmaco alle famiglie richiedenti.

Conclusioni

La crisi ha innescato a più livelli, un fenomeno simile al pruning cerebrale, cioè la potatura di ciò che non serve, per migliorare l'efficienza di un Sistema, interrompendo un "circuito di consuetudine" per creare ed innovare i servizi che, di fronte ai nuovi bisogni, a volte resistono al cambiamento. Se riusciremo a dotarci di piattaforme e di maggiori sistemi per le videoconferenze potremmo sperimentare sempre più anche forme di riabilitazione e di supporto che potrebbero aiutarci a migliorare i percorsi di cura. Le modalità riabilitative a distanza impongono una più attenta e puntuale progettazione del piano di trattamento con definizione degli obiettivi e verifica di essi ancora più chiara e necessariamente condivisa dalla famiglia, stimolando la partecipazione attiva del caregiver al progetto di cura. In NPIA territoriale la sfida è stata accettata e gli operatori, superate le resistenze iniziali, hanno dimostrato grande creatività ed adattabilità.

Le famiglie e i nostri piccoli assistiti a loro volta nella maggioranza dei casi, si sono ben adattati, apprezzando questo enorme sforzo di riorganizzazione e il sentirci vicini ai loro bisogni e alle loro necessità.

Bibliografia

-*"Indirizzi clinico-organizzativi per la diagnosi e il trattamento del disturbo da deficit dell'attività e dell'attenzione in età evolutiva in Emilia-Romagna"*. (5 dicembre 2007 rivisto nel 2013).

-*Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*" di C. Vio, G. Marzocchi e F. Offredi

-*ADHD management during the COVID-19 pandemic: guidance from the European ADHD Guidelines Group*. The Lancet vol4, issue 6,P412-414, June 01

Resilienze

Vissuti del SerDP in epoca COVID-19 a Parma

Maria Caterina Antonioni, Barbara Bezzi, Maria Cristina Colangelo, Leonardo Tadonio

ABSTRACT

Nell'articolo vengono delineati i principali vissuti degli operatori del SerD di Parma a fronte della pandemia da COVID-19 e del lockdown. Nello sforzo di assicurare la continuità di cura e le accoglienze, nel nuovo contesto operativo, emerge un quadro complesso, con contraddizioni, punti di forza degli utenti e criticità di fronte a variati stili di consumo e ad una diversa accessibilità dei servizi che in questa fase hanno mostrato capacità creative e di resilienza. Vengono infine avanzate alcune riflessioni sul futuro. (Parole chiave: dipendenze, SerD, Covid -19, resilienza, lavoro a distanza).

77

Introduzione

Il 22/01/2020 la Johns Hopkins University inizia a pubblicare i dati sulla diffusione di un virus appartenente alla famiglia dei Coronavirus, ma con caratteristiche nuove. All'epoca i casi erano concentrati soprattutto in Cina nella regione dell'Hubei. Un mese dopo, il 21/02/2020, vengono scoperti i primi casi italiani nei comuni di Codogno e di Vo Euganeo. Il 23/2 viene emanato il DL n.6 volto al contenimento dei contagi. Lunedì 24/02 la Protezione Civile inizia a pubblicare aggiornamenti sui contagi, che diventeranno un appuntamento quotidiano alle ore 18. Increduli e attoniti, in un crescendo si comincia a percepire che qualcosa di veramente sconvolgente sta per accadere anche sul nostro territorio. Già dal tardo pomeriggio di domenica 23/02 telefonate e messaggi iniziano ad intrecciarsi tra i coordinatori dell'area infermieristica, socio educativa, del Drop-in e Unità di Strada, i responsabili dei SerDP di Parma; nel frattempo i decreti governativi obbligavano all'isolamento e al distanziamento come strategie di prevenzione del contagio e tutela della salute pubblica.

La necessità di addivenire a decisioni rapide, ma ponderate, era dettata dalla preoccupazione di preparare il SerDP e il Drop-in ad affrontare qualcosa di sconosciuto, che appariva grave e incuteva timore.

Si dovevano ordinare le mascherine, controllare ed incentivare il loro utilizzo. I gel per l'igiene delle mani dovevano essere subito messi a disposizione dell'utenza. La guardia giurata doveva essere rapidamente istruita ed eventual-

Rif.
 Maria Caterina Antonioni, medico chirurgo,
 Psicoterapeuta, Direttore UOC Dipendenze Patologiche di Parma e
 Responsabile Programma Dipendenze Patologiche Ausl Parma
 0521 393191
 mantonioni@ausl.pr.it

mente affiancata per il triage e la regolamentazione degli ingressi. Al tempo stesso ci si è chiesto cosa significasse “stare a casa” per le donne, i nuclei familiari fragili, anche con minori, le persone senza fissa dimora, con problematiche di grave marginalità e gli ospiti del dormitorio. Questo ha costituito una preoccupazione pressante, complessa e immediata. Ai primi di marzo il nord è in ginocchio perché i numeri dei contagi crescono esponenzialmente, il 9/3/2020 inizia il *lockdown*: la chiusura di tutte le attività produttive ad esclusione di quelle ritenute essenziali, oltre all'interruzione della quasi totalità dei Servizi sociali ed educativi.

1. Esserci nelle contraddizioni

In questo clima i SerD restano sempre aperti, seppure con attività ridotte e rimodulate. In pochissimo tempo vengono riorganizzate le prassi di lavoro, ricalibrando le modalità di assistenza, richiedendo agli operatori una flessibilità inedita, anche a fronte delle improvvisate assenze di personale in presenza. Il blocco e le assenze portano a pensare a soluzioni nuove e creative per garantire la continuità terapeutica con le persone già in carico e un'accoglienza sicura dei nuovi casi. Un risultato in larga parte raggiunto come dimostra la tab.1.

A posteriori possiamo dire che i cambiamenti si sono attuati, in maniera più o meno consapevole, in tre grandi ambiti:

- 1) quello lavorativo con l'attivazione dello *smartworking* e del lavoro a distanza;
- 2) nelle relazioni sociali, comprendendo l'importanza del *welfare*, ossia di una società dotata di forme di protezione sociale;
- 3) nel senso di comunità che improvvisamente si trova a dover cambiare l'ordine delle priorità, le programmazioni in un quadro di fiducia e responsabilità reciproca.

Su queste basi proprio nel momento in cui l'altro diviene un potenziale pericolo, si avverte come gli utenti, in larga parte si attengano alle misure, rispettino le disposizioni restrittive, diventino risorsa. L'incessante messaggio “restare

a casa” desertifica le città e si cominciano le preoccupazioni per le conseguenze fisiche e psicologiche di uno stato di ritiro sociale prolungato, ma anche della diversa disponibilità di sostanze. Abbiamo temuto che certi utenti potessero non preoccuparsi per la propria salute fisica e della possibilità di contrarre o diffondere il virus. È accaduto raramente, anche se si sono verificate variazioni nello stile di consumo, meno cocaina e più alcool. I nuovi accessi sono stati sempre accolti in modo da non perdere quella spinta motivazionale, anche transitoria, determinata dal confronto con l'incombere sulla scena pubblica della malattia e della morte.

Il coronavirus ha attraversato ogni ambito, evidenziato questioni pre-esistenti ed ha rappresentato un grande stress. Tutto è stato scompaginato in modo non coerente creando contraddizioni a partire dallo spazio/tempo: distanziamento tra le persone, evitare assembramenti, riunioni, manifestazioni e non poter viaggiare, dover stare vicino, in una casa, magari di ridotte dimensioni poi, ad un certo punto, nemmeno poter uscire se non entro i 200 metri dalle abitazioni. Vicini tramite il telefono, internet e le videochiamate, menti in collegamento mentre i corpi, nella loro vulnerabilità, restano lontani e protetti. Il tempo si è da un lato accelerato in pochi giorni è stato attivato lo *smart working*, si sono utilizzate piattaforme esistenti da diversi anni per le videoconferenze; al contempo si è fatto lento, si sono ritrovati libri, film, relazioni familiari e album di fotografie. Un tempo che è andato a ritroso, al passato, alle epidemie precedenti, alle guerre. I primi tempi della pandemia sono sembrati surreali: pochi pazienti, pochi colleghi, molte telefonate che col passare dei giorni si rarefacevano. Una percezione del tempo diversa: più tempo per studiare, per pensare, per avere timore per se stessi, per i pazienti, tempo per pensare ai colleghi che nel frattempo si ammalavano e creavano smarrimento tra i professionisti. Le sedute in vivo sono diventate assenti, in tempi sospesi e vuoti, sostituite dai tempi delle chiamate telefoniche o da quelle video dove il trovarsi è stato un ri-trovarsi, rispetto a tempi e luoghi conosciuti rimasti aperti e seppure in altri modi, pur sempre presenti. Fa piacere ricordare come un paziente, parlando del SerD, abbia detto che “l'isola che non si vede, c'è ancora”.

2. Resilienze

Su la base è sicura, accanto alle forme tradizionali d'intervento sono nate quelle innovative e le contraddizioni, trovano così qualche forma di elaborazione, composizione e nuovi equilibri.

Pazienti gravi, senza la possibilità di accesso alle Comunità Terapeutiche sono stati capaci di aspettare, trovando forze e risorse. Tuttavia non vanno dimenticate le difficoltà di convivenza, i rischi di conflitti e di violenze domestiche. Quanto sia importante il *welfare* pubblico universalistico si

Attività	Anno*		Δ%
	2019	2020	
Prestazioni totali	8796	5290	-39,9
Persone viste (almeno 1 prestazione)	1000	810	-19,0

* periodo dal 08/03 al 04/05

Tab.1 - Confronto attività 2019-2020 nel periodo del lockdown

è evidenziato non solo per la presenza, ma anche in relazione alla temporanea assenza di sue importanti articolazioni. Diversi operatori dell'area socio-educativa e psicologica hanno potuto adottare la modalità lavorativa da casa; connettere i computer con i programmi del Servizio con i dispositivi a domicilio, sembrava quasi fantascienza per un Servizio pubblico. Improvvisamente la tecnologia ha assunto i contorni di un salvagente che permetteva a diversi operatori di poter svolgere il proprio lavoro e al contempo non lasciare soli i bambini che non potevano frequentare asili, scuole o più semplicemente usufruire della presenza di parenti, amici o baby-sitter. Chi ha lavorato da casa ha mantenuto contatti telefonici con i pazienti che spesso rispondevano meravigliati del fatto che qualcuno si ricordasse di loro. Le psicologhe hanno svolto almeno 400 chiamate durante tutto il periodo del *lockdown* (Tab. 2).

La coordinatrice dell'area socio-educativa, sempre rimasta in presenza, era costantemente in contatto con gli operatori in smartworking per qualsiasi necessità. È stato incentivato e al contempo verificata tutta l'attività svolta a domicilio richiedendo una rendicontazione settimanale.

Grazie alle numerose piattaforme informatiche sono stati mantenuti i collegamenti con la Regione, con il dipartimento, con altri SerDP, con le Comunità terapeutiche e abbiamo potuto svolgere le équipe sia cliniche che organizzative.

Le modalità d'ingresso nelle Comunità terapeutiche sono state condivise e hanno seguito le indicazioni Regionali.

Lavoro in presenza: l'ingresso al Servizio veniva meticolosamente monitorato permettendo l'accesso ad una persona alla volta previo lavaggio mani, fornendo mascherina in caso il paziente ne fosse sprovvisto ed eseguendo triage. Presenza all'ingresso di un professionista (hostess) dell'area socio-educativa per accompagnamento e controllo del rispetto delle norme igieniche. Tutti i medici sono sempre rimasti in servizio in sede, la collega infettivologa si è distaccata presso il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) per sostenere l'organizzazione del nuovo lavoro che si andava delineando (prenotazione tamponi, controllo telefonico dei pazienti a domicilio). Due psichiatre, volontariamente, finito il proprio orario presso il SerDP si sono impegnate a lavorare anche nei giorni festivi presso i servizi COVID-19.

La volontà e la dedizione del personale infermieristico ha permesso, nonostante il virus abbia colpito due infermiere, di continuare a erogare le terapie e a dare risposte che infondessero tranquillità all'utenza oltre a svolgere l'importante opera di filtro all'ingresso tramite la misurazione della temperatura corporea, della saturazione dell'ossigeno e la compilazione di una breve scheda sullo stato di salute.

Abbiamo incentivato la consegna dei farmaci sostitutivi a domicilio e allungato i tempi di affidamento ai pazienti con un percorso terapeutico stabilizzato o a coloro che venivano

considerati idonei a poter gestire affidi più lunghi.

Attività sospese: in accordo con Tribunali, Servizi Sociali, Commissioni patenti e Prefettura sono stati sospesi i controlli tossicologici e l'esecuzione di etiltest.

Siamo rimasti punto di riferimento educativo, sociale e sanitario per la maggioranza dei nostri pazienti e dei familiari che si sono rivolti al Servizio, quasi sempre telefonicamente, per i dubbi e i timori anche rispetto alla pandemia.

Le condizioni di fragilità hanno reso le persone più vulnerabili a causa del confinamento in spazi ristretti, costrette alla convivenza forzata in sistemi relazionali disfunzionali o alla riduzione ulteriore della loro *privacy*.

Preoccupazione per le pazienti gravide (con loro il tempo sembra sempre ristretto) o con bambini piccoli (come avrebbero trascorso il tempo con loro, avevano i dispositivi per farli partecipare alle lezioni, e per i più piccoli latte, pannolini), donne che sapevamo avere compagni violenti (come aiutarle?) o famiglie con gravi conflittualità, ma i pazienti, si sa, hanno spesso più risorse di quanto riusciamo a percepire e ora a grandi ondate stanno ritornando al SerDP chiedendo a noi come stiamo e se ci siamo tutti.

3. Verso il futuro

Questa emergenza arriva nel bel mezzo della post modernità e ne riveste tutte le caratteristiche: rapidità con cui si è diffusa, carenza di una narrazione coerente in cui inserirla per la mancanza di punti di riferimento definiti e autorevoli e l'importanza assoluta che i media hanno assunto in questo periodo associando alla pandemia la c.d. infodemia. Parallelamente il diffondersi di un profluvio di parole su un unico argomento ha dimostrato la capacità del virus di assorbire su di sé ogni attenzione sviluppando un pensiero unico che ha completamente stravolto anche le modalità organizzative e assistenziali (pensiamo ai reparti smantellati per divenire reparti Covid, ai malati oncologici ai cardiopatici a cui sono stati rimandati controlli e visite in funzione di una protezione dal contagio). Il virus ci ha catapultato in un altrove prefigurato dalle *fakenews*, da idee complottiste, in alternativa al pensiero scientifico che al contempo si è contraddetto nell'assenza di evidenze e nel desiderio di dare velocemente risposte. La scienza, però, ha bisogno di tempo, di studio, di riflessione e a volte di buon senso. Questo ha fatto sì che la chiarezza nelle parole, nelle espressioni sia divenuta sempre più necessaria, ma sempre più assente. Le parole possono essere costruttive, ma anche confusive e fuorvianti, creando stress e ansia soprattutto tra chi non si dà l'opportunità di capire e riflettere sul significato delle parole.

Mai come in questo periodo gli operatori hanno avuto bisogno di riprendere in mano la propria professionalità individuale per non farsi abbattere dall'impotenza e perseguire

le finalità di trasformazione generativa; possiamo definire questo periodo come un processo di *welfare* proattivo al cambiamento, diventando così uno strumento operativo immediato, di responsabilità e senza mediazioni.

Cambiare un'organizzazione significa cambiare le relazioni e nel sistema sanitario significa mutare l'erogazione delle prestazioni e la forma di assistenza.

La limitazione delle libertà personali, anche solo parziali come avvenuto nella FASE1 ed in forma più attenuata nella FASE2 vincola sia i professionisti sia gli utenti dei Servizi. Oggi in quella che consideriamo la FASE 3 è fondamentale riprendere le attività con le dovute accortezze ma consapevoli delle esperienze delle fasi precedenti per organizzare al meglio il futuro in funzione anche dei rischi connessi all'apertura.

80

Il cambiamento ha la necessità di consapevolezza, ma la velocità nel diffondersi degli accadimenti non ci ha permesso di riflettere sul cambiamento sociale e personale. Si ha avuto spesso la sensazione di vivere in un mondo irreali, ma mai come ora la pandemia ci ha costretto a prendere contatto con la nostra fragilità ci ha messo di fronte alla vita in tutte le sue fasi in particolare di fronte alla malattia e alla morte che per molto tempo abbiamo scotomizzato .

Quanto avvenuto deve farci prendere coscienza che con il tempo e il pensiero debole si è creata una società dove si pensava che nella vita dovesse esistere solo un benessere senza fine, una giovinezza senza fine. La pandemia ci ha catapultato nella realtà di alcune fasi della vita che prevedono sofferenza, solitudine e morte. Ci siamo trovati impreparati di fronte a tutto questo, indeboliti dalla mancanza di riferimenti con risposte coerenti, ma da questa fragilità, dalla crisi ne può scaturire una ristrutturazione del tessuto e del patto sociale, sostenuta da una politica in cui il capitale sociale diventi la spinta propulsiva verso una rinnovata fiducia tra gruppi di persone in grado di darsi degli obiettivi per il bene collettivo con la volontà e la costanza di raggiungerli. Una forza che possa contrastare il desiderio di dimenticare, ma anche la rabbia, la sofferenza e lo spettro della morte così incombenti e tuttora presenti.

Un atto di coraggio ulteriore, dopo la pandemia, per un progetto professionale partecipato sulla scia della storia di condivisione dei saperi da sempre patrimonio dei Servizi per le Dipendenze.

Bibliografia

- Samuels EA, Clark SA, Wunsch C, et al. Innovation During COVID-19: *Improving Addiction Treatment Access*. J Addict Med. 2020;10:1097.
- Columb D, Hussain R, O'Gara C. *Addiction psychiatry and COVID-19: impact on patients and service provision*. Ir J Psychol Med. 2020;1-5.
- Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. *COVID-19 and addiction*. Diabetes Metab Syndr. 2020;14(5):817-823.
- Lima NNR, de Souza RI, Feitosa PWG, Moreira JLS, da Silva CGL, Neto MLR. *People experiencing homelessness: Their potential exposure to COVID-19*. Psychiatry Res. 2020;288:112945.
- Ugolini P. "Best practices e innovazione tra ospedale e territorio" Sestante n. 9/2020, pag 1-2

La pronta accoglienza in epoca COVID-19

Struttura a bassa soglia d'accesso del SerDP di Reggio Emilia

Luana Oddi, Luca Magnavacchi, Jelena Manca, Mohamed Sabri,
Nawal El Khammar, Monica Incerti Telani, Patrizia Ligabue,
Federico Paolini, Ahmad Ahmadi, Stefano Fornacciari,
Andrea Scazza, Angela Zannini

“Se noi, consapevoli dell’eredità insita in ogni parola, esaminassimo i nostri vocabolari, scopriremmo che dietro ogni parola si nasconde un mondo, e chi pratica le parole...dovrebbe sapere che mette in moto i mondi, che scatena forze polivalenti”

Heinrich Boll, 1958

81

ABSTRACT

La pandemia da COVID-19 ha avuto ripercussioni in tutti i settori del nostro Paese costretto alla messa in atto, anche nell’area delle dipendenze patologiche, di interventi emergenziali utili a fronteggiarne le ripercussioni a lungo termine. Sottolineando l’essenzialità dei servizi rivolti a persone con disturbi d’uso da sostanze psicotrope, il Drop-in/SEI (Servizio Educativo Integrato) della Struttura Bassa Soglia di Accesso del SerDP di Reggio Emilia ha garantito ed ampliato la sua attività di Riduzione del Danno (RdD) durante tutta l’epidemia, mentre sul territorio nazionale i centri diurni, di pronta accoglienza o le comunità andavano sospendendo o riducendo gli accessi e le attività. Il lavoro di collaborazione continuativa con l’AUSL ha permesso l’individuazione di modalità operative in grado di esporre pazienti, operatori e comunità al minor rischio di contagio.

Introduzione

COVID-19 è un’emergenza di salute pubblica senza pari e con ramificazioni in tutti i settori della vita moderna. L’effetto economico della crisi potrebbe rendere alcuni settori delle comunità più vulnerabili per i cambiamenti legati sia agli stili di consumo (ad es. aumento dell’alcool, più accessibile e a minor costo), che al mercato degli stupefacenti. Riuscire a prevedere questi sviluppi, potrebbe farci trovare più pronti a rispondere alle nuove sfide da affrontare (EMCCDDA, 2020). Se nell’immediato le restrizioni sui viaggi e le misure di prevenzione contagio potrebbero aver causato a livello locale variazioni della disponibilità delle sostanze stupefacenti, dall’altro i dati dell’Osservatorio Europeo (EMCCDDA, 2020) dimostrano che il movimento di grandi

Rif.
Luana Oddi, medica tossicologa,
SerDP Ausl RE
0522 335573-5059
luana.oddia@ausl.re.it

quantità di droghe tra gli Stati membri dell'UE non sembra aver subito grandi ripercussioni nonostante l'introduzione dei controlli alle frontiere. D'altro canto, il commercio *on line* di droghe potrebbe aver aumentato il proprio ruolo nell'approvvigionamento delle stesse (EMCCDDA, 2020).

A livello locale, le diverse istituzioni del territorio e gli operatori sul campo si sono interrogati sulla funzione dei servizi di prossimità e sull'opportunità di proseguirne il lavoro in osservanza alle norme di sicurezza. Se molti progetti di strada o attività del volontariato sono stati sospesi o riconvertiti, il Drop-In/SEI della coop. La Quercia ha costituito un *unicum* a livello regionale: rifiutare l'idea di una chiusura, continuando a garantire la funzione di monitoraggio, protezione e tutela dell'utenza con disturbi d'uso, specie senza dimora, minimizzando i rischi per l'intero tessuto sociale cittadino. In sinergia con l'AUSL e le altre realtà territoriali si è lavorato per ampliare l'orario di apertura dei servizi rivolti all'utenza più marginale, offrendo luoghi dove poter restare in sicurezza evitando assembramenti.

Prevedendo maggiori difficoltà nel rispettare le regole delle ordinanze emanate, l'AUSL si è fatta portavoce della popolazione con disturbi d'uso di sostanze, all'interno del tavolo inter-istituzionale tra SerDP ed altri servizi sanitari, servizio alla persona del Comune di Reggio Emilia, associazioni di volontariato ed enti accreditati che si occupano di dipendenze, marginalità e prossimità. Tale coordinamento locale ha consentito miglior utilizzo delle risorse e maggiore efficacia degli interventi.

1. Materiali e metodi

Come primo evento organizzativo, la messa in atto di una modalità comunicativa *on line* tramite la piattaforma Life-size ha permesso lo svolgersi di incontri settimanali in cui valutare le problematiche emergenti e gli interventi da attuare.

Come anticipato, il lavoro di confronto e collaborazione con AUSL e SerDP è stato essenziale per garantire nel Drop-In/SEI le condizioni di massima sicurezza per operatori ed utenti, coniugando l'attività di RdD e di pronta accoglienza con i protocolli di sicurezza sempre più stringenti. È stata, in particolare, necessaria la valutazione di alcuni parametri:

- modalità di accesso;
- numero massimo di persone compatibile con la metratura della struttura;
- accesso e fruizione ai singoli servizi;
- dispositivi di protezione (DPI) per operatori e utenti.

È stato disposto per la Struttura Bassa Soglia (Ambulatorio e Drop-In/SEI) un unico punto di accesso al fine di ridurre il rischio di ingressi di persone non screenate. Il *check-point* ha previsto la presenza di una figura sanitaria del SerDP addestrata all'attività di *triage* e di un operatore dell'equipe

del Drop-In/SEI, in affiancamento. Il personale è stato dotato di presidi di protezione (mascherina, camice monouso e guanti; visiera od occhiali; cuffia) in modo differenziato in base al ruolo svolto, secondo l'Istruzione Operativa specifica dell'AUSL (*Indicazioni per prevenzione/controllo COVID-19 e utilizzo DPI in relazione al grado crescente di esposizione ad un caso sospetto*, del 6.3.2020). Al *check-point* la persona in accesso è stata invitata a:

- detergere le mani con gel idroalcolico o acqua e sapone;
- indossare una mascherina monouso;
- sottoporsi alla misurazione della temperatura corporea con *termoscan*;
- rispondere ad una breve intervista tesa ad individuare criteri clinici e/o epidemiologici (contatti a rischio) correlabili a COVID-19;
- ricevere informazioni su norme di distanziamento e d'igiene raccomandate dall'OMS e dal Ministero Salute (Ministero Salute, 2020) verbalmente o tramite *depliant* multilingue.

Le persone con sintomatologia od epidemiologia sospetta sono state invitate a stazionare fuori dalla struttura, garantendo servizi erogabili anche all'esterno (es. pasti, materiale sterile) in attesa di approfondimento da parte del medico dell'ambulatorio del SerDP e di eventuale attivazione di percorsi diagnostici/assistenziali per sospetto COVID-19.

Si è rivelato fondamentale analizzare le risorse dei singoli e della rete dei servizi: chi disponeva di una dimora è stato invitato a restare a casa e a venire in struttura solo in caso di necessità inderogabile. Il lavoro degli operatori si è così potuto maggiormente concentrare sull'utenza senza dimora priva di un luogo in cui stare.

All'interno del Drop-In/SEI oltre al contingentamento degli ingressi è stato organizzato lo spazio in funzione del mantenimento delle distanze (riduzione/distanziamento delle sedie). L'accesso ai bagni ed alle due docce è stato regolamentato così da consentire la presenza contemporanea massima di tre persone. L'ingresso al refettorio per il pranzo è stato regolato da un operatore in modo da far entrare le persone una per volta. Un secondo operatore sanificava sedie e tavoli ed assegnava le sedute ai tavoli per garantire il mantenimento delle distanze di almeno 1 metro. È stato installato un pannello di protezione in plexiglass sul bancone di distribuzione degli alimenti e la ripartizione di bicchieri monouso di acqua e bevande calde, a cui prima gli utenti accedevano autonomamente, è divenuta compito degli operatori.

Rispetto alla distribuzione di materiale di RdD non ci sono stati particolari cambiamenti: anche prima del COVID-19 le persone entravano una per volta in ufficio, nel rispetto della privacy, per il ritiro di materiale sterile e monouso.

La stanza del riposo, con quattro letti in una metratura li-

DPI per tutto il personale secondo protocollo interno dell'AUSL

Check Point all'ingresso svolto da figura sanitaria con DPI e termoscan

Accesso contingentato

Prolungamento affidi (per ridurre accessi): meno applicabile nell'ambulatorio a bassa soglia d'accesso per le caratteristiche cliniche dell'utenza che ha continuato ad accedere quotidianamente

Riduzione di esami tossicologici urinari a specifiche esigenze cliniche (nuovi accessi, quadri di intossicazione, diagnosi differenziale)

Riduzione/sospensione inserimenti in comunità terapeutiche attuati solo dopo valutazione medica e/o microbiologica (tampone) e isolamento sanitario di 14 gg

Riduzione dell'attività clinica a visite e colloqui non differibili e/o su appuntamento, vincolando l'accesso all'assenza di criteri clinici ed epidemiologici suggestivi di COVID e alla dotazione di DPI.

Tab. 1, Modifiche di contrasto al COVID-19 apportate nel SerDP di Reggio Emilia

mitata, non utilizzabile in sicurezza, è stato l'unico servizio chiuso, oltre al bigliardino ed agli accompagnamenti. Tali modifiche presso la Struttura Bassa Soglia, si associavano a quelle attuate nei due Ambulatori del SerDP e descritte in Tab. 1.

2. Risultati

Tra i dati preliminari, meritevoli di una più accurata analisi, si individua il netto incremento di colloqui telefonici svolti dal personale SerDP (Tab. 2) con gli utenti e con altri operatori. A causa della limitata dotazione dei necessari dispositivi elettronici, minore è stato l'aumento delle videochiamate.

Attività telefonica (*)	Gen - Mag 2019	Gen - Mag 2020	Incremento n° assoluto (%)
Totale	1186	1822	+636 (53,6 %)
Con Operatori	509	717	+208 (40,9 %)
Con utenti	677	1102	+425 (38,5 %)

(*) Videochiamate = 3

Tab 2, Attività telefonica nel periodo Gen-Mag del 2019 e del 2020 svolta nel SerDP di Reggio Emilia

Rispetto all'utenza specifica del Drop-In/SEI, un dato interessante notato nei primi 5 mesi del 2020 e confrontato con lo stesso periodo dell'anno precedente è, nell'ambito di una flessione della frequenza totale dell'utenza correlabile al lockdown, l'incremento percentuale della presenza "fissa" (utilizzo della struttura e permanenza in essa) di utenti

italiani (Tab. 3). In linea con ciò, un aumento percentuale del 225% di nuovi contatti di utenti italiani e corrispondente riduzione percentuale di quelli stranieri (Tab. 3).

3. Discussione

La pandemia ha determinato un repentino cambiamento di vita e, di conseguenza, del comportamento del consumatore, a conferma del ruolo dell'interazione individuo-contesto su patogenesi ed evoluzione del disturbo d'uso (teoria del *set setting and drugs*, Zinberg, 1984). La paura del contagio, la ridotta accessibilità alla sostanza ed il divieto di libera circolazione con minore esposizione ai *cues* ambientali di richiamo hanno, per taluni, rinforzato la motivazione al cambiamento verso l'astensione e regolarizzazione dei consumi, per altri, fatto emergere una domanda di aiuto per gestire l'astinenza non più "autotrattabile".

Significative le ripercussioni del lockdown vissute dai "senza dimora": non dover frequentare più gli ambienti urbani li ha posti in una non facile condizione che ha trovato sollievo quasi esclusivamente nei servizi a bassa soglia. Sin da subito è apparso chiaro, infatti, come il Decreto "Cura Italia" agli art. 47 e 48 non menzionasse alcune categorie della popolazione, come i tossicodipendenti, i senza fissa dimora e gli stranieri non in regola coi titoli di soggiorno. In risposta a ciò, un'aggiornata mappatura dei bisogni di tale utenza ha permesso la programmazione di interventi in emergenza individuati, *in primis*, nell'ampliamento dell'appalto del Drop-In/SEI nella Struttura Bassa Soglia del SerDP (estensione dell'apertura diurna di 8 ore a 7 giorni su 7, inclusi i festivi). A ridurre il rischio di sovraffollamento all'interno del Drop-In/SEI, oltre alla primavera particolarmente mite che ha consentito di sfruttare il cortile come luogo di decompressione e sollievo, di dialogo e confronto nei momenti in cui

		GIORNATE DI PRESENZA DROP-IN/SEI		Variazione %	NUOVI CONTATTI		Variazione %
		Gen - Mag			Gen - Mag		
2019	Italiani	853	17,1%		4	10,5%	
	Stranieri	4150	82,9%		34	89,5%	
		5003	100%		38	100%	
2020	Italiani	1315	28,7%	+ 54.2%	13	40.6%	+ 225%
	Stranieri	3266	71,3%	- 21.3%	19	59.4%	- 79%
		4581	100%	- 8.4%	32	100%	- 15%

Tab. 3, Presenza utenza italiana e straniera nel periodo Gen-Mag del 2019 e del 2020

84

gli altri spazi non erano sufficienti. Estensione dell'apertura del dormitorio dell'accoglienza invernale del comune: posticipo della data di chiusura da fine marzo a tutto maggio, apertura anche nelle ore diurne con distribuzione di pasti in modo da ridurre le uscite degli ospiti durante il giorno.

È importante specificare che tale misura è stata adottata solo successivamente all'allargamento dell'apertura del Drop-In/SEI, in risposta alle richieste dell'utenza ospite, talvolta espresse in modo conflittuale e tali da necessitare attività di mediazione.

La relazione coi pazienti è cambiata molto, sebbene in modo congruente con le raccomandazioni tese a contrastare la pandemia e senza inficiare la funzione di osservatorio e contatto precoce del Drop-In/SEI. Tra i cambiamenti dell'utenza, una maggiore presenza "fissa" di italiani (Tab. 3) per alcuni dei quali legata alla più difficile reperibilità di sostanze di consumo e conseguenti sindromi astinenziali, favorendo, così, l'accesso al servizio a bassa soglia dove poter ricevere supporto tempestivo.

I colloqui, arricchiti di nuove informazioni sui comportamenti a rischio contagio, non solo dalle più classiche patologie correlate all'uso ma anche da coronavirus, si sono ridotti o si sono tenuti "a distanza" in modalità telefonica o video (stimolo all'innovazione e al rinnovamento dei nostri servizi).

Numerose le criticità evidenziate sia relazionali che più strettamente sanitarie.

Improvvisamente la cultura dell'accoglienza, dell'andare incontro, della prossemica di vicinanza, è stata bloccata dalla priorità sanitaria di proteggere l'altro e sé. Nel Drop-In/SEI storicamente il rapporto con l'utenza è improntato sull'informalità e sulla vicinanza sia fisica che psicologica, con lo scopo di creare un clima collaborativo, affettivo, motivazionale e non giudicante. Alcuni utenti hanno tradotto la richiesta di lontananza fisica in distanza relazionale, interpretata soggettivamente come esperienza di non accettazione o di

abbandono. È stato il caso di persone che non hanno avuto una corretta percezione del pericolo sottovalutando la pericolosità e la contagiosità del virus. Tale dinamica ha reso difficile, anche per il timore di non riuscire a gestire la convivenza all'interno della struttura, il compito degli operatori di sollecitare il mantenimento delle distanze, l'uso delle mascherine, la frequente igiene delle mani e delle superfici. Cercare la collaborazione è stato lavoro continuo e non facile anche per la diffidenza e resistenza iniziale di alcuni utenti di fronte all'aspetto più asettico degli operatori. Non a caso, la maggior parte del lavoro educativo è stato quello di sensibilizzare al rispetto della propria ed altrui persona. Ciò, specie all'inizio, si è associato alla preoccupazione per la limitata disponibilità di DPI, così come per l'individuazione di strutture utili a garantire l'isolamento di eventuali positivi COVID-19 non necessitanti di ricovero, di persone entrate in contatto con soggetti positivi o di persone dimissibili dall'ospedale prive di abitazione o impossibilitate a farvi ritorno.

Il periodo COVID-19 anche per la mediazione linguistico culturale, attività integrata a quella della Struttura a Bassa Soglia, ha consolidato certe prassi e ne ha messe in discussione altre. La mediazione in questo periodo ha lavorato, in particolare, per accompagnare le persone ad una migliore comprensione della nuova situazione. Oltre al tema della comunicazione in lingua sono emerse problematiche culturali e di appartenenza: la lingua stessa può divenire veicolo di conflittualità e dissenso soprattutto quando non si trovano risposte reali o scientifiche per spiegare quello che sta succedendo. Prevalenti gli interrogativi vissuti con l'utenza magrebina, tra le più rappresentate nella nostra struttura. Nell'approccio coi pazienti di cultura araba il COVID-19 ha mostrato una frattura di pensiero: se per alcuni reale era la presenza del virus, interpretato persino come punizione divina tale da comportare il rispetto delle misure igieniche e di tutela richieste, per altri il contagio prendeva la forma

di mera invenzione, con conseguente mancata adozione dei comportamenti di tutela. Queste dinamiche all'interno del Drop-In/SEI sono state fonte di tensioni fino alla messa in discussione della credibilità degli operatori stessi da parte degli utenti. L'esperienza suggerisce che la comunicazione è, ancora una volta, il "luogo" laddove avvengono i cambiamenti; la forza della parola e la modalità con cui trasmetterla devono essere misurate, soprattutto quando si tratta di persone su cui ricadono l'ostilità e lo stigma della vita di strada. Va detto che tutta la focalizzazione sul COVID-19 è stata spazzata via nel momento in cui si è aperta una nuova sanatoria che ha reso prioritario regolarizzarsi e poter ottenere un permesso di soggiorno.

Questo quanto fatto nella Struttura Bassa Soglia dove, giorno dopo giorno, si è stati alla ricerca continua di un equilibrio, estremamente fragile, tra tutela della salute individuale, salvaguardia dei bisogni e dei diritti personali da una parte e tutela della Salute Pubblica e del prezioso Sistema Sanitario Nazionale dall'altra. Ad oggi, forse, tale equilibrio è stato raggiunto: assenza di focolai epidemici e di diagnosi note di COVID-19 come, in parte, emerso nella giornata di esecuzione del tampone Rna Sars-COV 2 a tutto il personale ed all'utenza in accesso, organizzata dall'AUSL e conclusasi senza alcuna positività e con l'ipotesi di integrare tale esame all'attività ambulatoriale del nostro servizio di prossimità.

Ringraziamenti

Per il lavoro di questi mesi:

- l'équipe ambulatorio Bassa Soglia: Maurizio Coltraro, Marco Gentili, Elena Koltsova, Miria Lanzoni;
- l'équipe accoglienza SerDP Tanzi, Barbara Prampolini, Sandra Siligardi, Sabrina Zelioli.

Per la collaborazione:

- dr. Marina Liotta, SerDP Cesena.

Bibliografia

- Boll H, (2001), *La lingua come luogo di libertà. Opere scelte. Vol. 2.* Edz. Mondadori.
- EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol (2020), *EU Drug Markets: Impact of COVID-19*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Ministero della Salute, (2020), Nuovo coronavirus: Decalogo Iss e Ministero con Regioni, Ordini professionali e società scientifiche; http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4075
- Zinberg N, (1984), *Drug, Set, and Setting.* Edz. Yale University Press.

Consumi e dipendenze

Interventi on line con COVID-19 a Bologna

Luca Ghedini, Ilaria Capucci, Marco Falconieri, Claudia Iormetti,
Antonio Lamparelli, Marcello Lolli, Alberto Sondo

86

ABSTRACT

Nel campo della cura delle dipendenze patologiche possiamo parlare di interventi mediati da tecnologie (fisse o mobili) che in assenza di un contatto diretto faccia-a-faccia tra gli attori coinvolti, mirano a scongiurare il consumo e promuovere un cambiamento nei comportamenti relativi all'uso di sostanze (Lombi, 2018). Spesso correlandosi ad una funzione informativa rispetto ai differenti target (adulti, care-givers, operatori, giovani, minori). Come in altri settori della salute mentale questi interventi presentano una più elevata accessibilità, una maggior tutela percepita dell'anonimato, un minor rischio di stigmatizzazione ed una significativa flessibilità ed interattività. Senza contare la tendenziale riduzione di costi per i sistemi sanitari. Nel caso dell'epidemia e dell'impatto psicologico dovuto alla quarantena (Brooks 2020) gli interventi mediati dalla tecnologia hanno così trovato un campo d'azione elettivo. Questo intervento espone una prima riflessione/valutazione di due progetti innovativi nel campo della cura e prevenzione delle dipendenze patologiche sul territorio della città di Bologna, nati grazie alla partnership tra diverse agenzie.

Premessa

Come una bomba d'acqua che improvvisamente ha colpito tutti gli operatori, diventando poi per molte persone e molti luoghi un terribile nubifragio, la diffusione planetaria del Covid19 ha sollecitato un riposizionamento delle forme di cura e contatto con la sofferenza psichica (Bolognini, 2020). In particolare le dinamiche correlate all'isolamento forzoso ed al distanziamento sociale, hanno reso impossibile continuare tutti quegli interventi clinico-assistenziali che prima vedevano il paziente e l'operatore comunicare in un contesto che era innanzitutto vis-a-vis. La naturale fisicità dell'incontro, inizialmente interdetta e poi rimodulatasi con l'attuale passaggio alla cosiddetta fase 3, è stata ridefinita nell'ambito di quelli che vengono ormai da tempo chiamati **setting virtuali** ed **interventi web mediati**. Questo tipo d'approccio d'altronde non è certo nuovo. Dalle lettere tra Freud e Fliess, sino alle più disparate apps ormai presenti nel campo della mobile-health, la dimensione terapeutica ha da tempo abbandonato la via esclusiva della parola condivisa tra due persone che parlano in una stanza. Questo in-

Rif.
Luca Ghedini psicologo
SeRD Ausl Bologna, Resp. Progetto obiettivo giovani consumatori DSM DP
051 6223629
luca.ghedini@ausl.bologna.it

tervento, appunto, espone due progetti innovativi nel campo della cura e prevenzione delle dipendenze patologiche sul territorio della città di Bologna, nati grazie alla partnership tra diverse agenzie (Regione Emilia Romagna, DSM-DP Ausl Bologna, Progetto obiettivo giovani consumatori, Comune di Bologna, privato sociale convenzionato Opengroup Soc. Coop. e La Carovana Onlus).

Gli interventi web mediati costituiscono una parte essenziale di questi due progetti, sia in termini strutturali (sito web) che di sviluppo accessorio (servizio di consulenza e prevenzione). Dopo una breve descrizione del loro impianto attuale, vedremo come hanno affrontato l'emergenza della pandemia, attivando proprio quegli strumenti che ci derivano dal praticare ambienti digitali. Si è scelto un approccio espositivo di tipo descrittivo rispetto a due progetti tuttora in divenire.

1. Drugadvisor

Nato dal restyling totale di un vecchio sito statico della ex Provincia di Bologna, Drugadvisor (www.drugadvisor.it) è un sito web regolarmente aggiornato e rivolto agli adulti che affiancano i giovani, quali genitori, educatori, operatori e insegnanti. Propone contenuti di informazione, approfondimenti e uno spazio consulenziale sul mondo delle sostanze e dei comportamenti di consumo a rischio in età giovanile. È possibile infatti inviare una mail al sito, ricevendo una risposta da un operatore ('un aiuto subito').

I contenuti sono curati da una redazione multiprofessionale composta da giornalisti, educatori e psicologi della rete socio-sanitaria regionale.

La valenza sovra territoriale del progetto ed il suo impianto di base sta permettendo di coinvolgere tutti i SerDP delle Ausl della Regione Emilia-Romagna, contribuendo a condividere e promuovere le attività realizzate nei rispettivi territori. Questo anche durante il periodo di lockdown, con diversi contenuti fruibili a distanza.

La redazione ha dedicato un'attenzione particolare ai cambiamenti imposti dal Covid19: la rimodulazione dei comportamenti di consumo durante le disposizioni emesse; le letture e le strategie psico-educative possibili nelle relazioni familiari durante la convivenza forzata; gli interventi di supporto – che in massima parte si sono dovuti spostare online – proposti dalla rete socio-sanitaria del territorio regionale. La pagina Facebook correlata al sito web ha consentito la condivisione di post realizzati per ampliare la lettura del fenomeno e a valorizzare le risorse utili alla gestione emotiva e relazionale della quotidianità, pubblicando articoli e card rappresentative delle tematiche che adulti e giovani hanno posto agli operatori dei servizi nel periodo di emergenza sanitaria. Sono state individuate alcune aree sensibili che la pandemia ha attivato o implementato. L'abuso di alcool

e sostanze, cannabinoidi in primis; l'uso massiccio e pervasivo dei dispositivi tecnologici; la dis-regolazione emotiva e comportamentale conseguente alle limitazioni sociali. Questi sono stati i temi affrontati in alcuni dei post pubblicati, relativi alla condizione giovanile durante il *lock-down* che i genitori ed i *care-givers* si sono trovati ad affrontare.

2. Area15

Situato nel cuore della città universitaria di Bologna, il Servizio di consulenza Area 15 promosso dal Comune di Bologna nasce nel 2012, indirizzandosi inizialmente alla fascia d'età 18-30 anni. L'evoluzione della sinergia con il DSMDP di Bologna attraverso il Progetto giovani consumatori ed il raccordo con gli indirizzi regionali in materia, ha comportato una maggiore focalizzazione degli interventi nella fascia d'età 13-24 anni sul tema del consumo delle sostanze ed più generale sugli stili di vita dei giovani. Ampia è l'eterogeneità del target, configurandosi come insieme di sotto popolazioni con stili di consumo differenti e relativi comportamenti a rischio, che si identificano attorno ad una moltitudine di copioni diversi. L'équipe di lavoro è composta da educatori e psicologi, figure esperte per il loro coinvolgimento a vario titolo sui progetti di promozione del benessere e riduzione dei rischi nel territorio bolognese.

Alla luce della dinamicità del fenomeno e della differenziazione interna alla popolazione target, la strutturazione del servizio si caratterizza per un modello permeabile ed interattivo, costruito attorno ad alcuni fattori cardine: attenzione dedicata all'accessibilità, all'accoglienza e all'aggancio; flessibilità organizzativa per adattarsi ai cambiamenti di un fenomeno che è in continua evoluzione (Kraus 2018); molteplicità di intervento tra versante psicologico ed educativo; partecipazione alla rete dei servizi per l'elaborazione di risposte sostenibili e multidimensionali; promozione di un contenitore di attività differenziate per modelli di riferimento offrendo percorsi tempestivi e personalizzati (sostegno delle aree di vita funzionali e funzionati, sviluppo di copioni protettivi, strategie volte alla riduzione dei fattori di rischio). Fin dall'avvio del servizio il web ha rappresentato uno spazio concreto di azione per rispondere a diverse obiettivi: promuovere il servizio con un sito dedicato (www.area15.it); sensibilizzare e informare nella sezione del blog con brevi approfondimenti sul fenomeno dei consumi; segnalare in maniera tempestiva nuove sostanze-NPS e rischi connessi; **interagire** attraverso la gestione dei canali social network; accogliere attraverso la possibilità di usare le chat in forma anonima.

L'avvento dell'emergenza COVID-19, che ha comportato la chiusura del servizio con modalità in presenza dall'11 marzo, ha portato immediatamente l'équipe di lavoro a riflettere su una nuova proposta e sui relativi strumenti, rimodulando

quelle caratteristiche di base già impiantate in precedenza. Il Comune di Bologna, in qualità di ente titolare del servizio, ha dato mandato all'équipe di riorganizzare le attività in modalità online. È stata così attuata una modalità operativa a distanza, col fine di supportare i casi che l'équipe di lavoro stava già seguendo ma anche di intercettare nuove richieste. Può essere utile delineare qui una cornice nella quale collocare gli interventi online effettuati dal servizio e, contemporaneamente, provare a tracciarne qualche caratteristica significativa. L'équipe ha sperimentato una modalità di colloquio strutturata, anche se a distanza, in particolare con persone già motivate o ben agganciate al servizio, per le quali il contatto *on-line* (Skype, Google Meet) ha rappresentato uno strumento efficace di relazione con l'operatore. Parallela è stata l'attività sui social network, svoltasi in *setting* destrutturati, ma non per questo meno significativi, sia dal punto di vista dello scambio di informazioni, che dell'aggancio e della relazione. Questa destrutturazione del *setting* si è avuta anche in una parte più strettamente di consulenza del servizio, privilegiando, con alcune persone, il contatto sporadico e via messaggio scritto/audio (modalità diacronica), invece del colloquio strutturato (tempo e spazio specifici). Le app di messaggistica e le chat dei social sono uno strumento che ben si presta a mantenere attivo un filo poco impegnativo di comunicazione, soprattutto con chi non riesce a stare in uno spazio di relazione più definito. Dall'11 marzo al 31 maggio, ultimo giorno di operatività a distanza, sono stati svolti 98 colloqui a distanza (51 a carattere educativo, 47 a carattere psicologico) coinvolgendo 19 persone (12 giovani, 7 genitori).

Sul piano clinico, i processi introspettivi legati alla narrazione di sé e alla consapevolezza dei propri atteggiamenti di consumo sono stati tutelati da una continuità relazionale che consentiva una risposta efficace e rapida attraverso il mezzo digitale, attivabile nel momento del bisogno percepito dalla persona. Il lockdown ha permesso di attivare uno spazio di vicinanza in presenza, ma oltre il luogo fisico. Le consultazioni psico-educative accompagnavano le persone, scandendo un ritmo e un tempo dedicato, in contrasto con la sensazione di tempo diffuso riportato in molti colloqui. L'attenzione a sé, in assenza del *vis-a-vis*, ha favorito un guardare le connessioni tra sostanze e bisogni psico-emozionali personali in modo intimo e costruttivo, favorendo l'emergere di vissuti nuovi da rielaborare. Per alcune persone è emersa la difficoltà a trovare il momento della giornata opportuno e lo spazio in casa da poter dedicare al colloquio con intimità e privacy rispetto ai famigliari, ai coinquilini, ai partner. Per questa situazione specifica gli operatori del servizio hanno dato ampia flessibilità di orario e di piattaforma tecnologica per superare le criticità ambientali.

Di pari passo, a fianco del lavoro di consulenza è stato pro-

grammato un lavoro più intenso sulla gestione e programmazione dei social media, grazie a ore specifiche dedicate da un educatore dell'équipe, in modo tale da intervenire in maniera puntuale in un ambito in costante cambiamento e di grande rilevanza. I social media hanno un ruolo cardine nel divulgare il servizio, comunicare le iniziative organizzate in modalità remota e aprire riflessioni su tematiche correlate agli stili di vita e di consumo delle persone connesse agli account. Sia la creazione del nuovo profilo Instagram che l'impiego della piattaforma preesistente Facebook, hanno avuto lo scopo di incentivare dialoghi e confronti sui comportamenti a rischio, le sostanze legali e illegali e di filtrare la vasta comunicazione che ha tempestato tutti i canali divulgativi presenti sui social network e nel web. È stato creato un questionario online "Ai tempi del COVID-19", test anonimo ideato come strumento per attivare un confronto sull'esperienza vissuta di distanziamento sociale. I contenuti dei post hanno valorizzato collaborazioni e contenuti partendo dalle competenze e dalle rappresentazioni sociali del nostro target di elezione: un video artistico-creativo sul tema "lockdown e reperimento di sostanze illegali/legali" realizzato con la partecipazione di un gruppo di giovani attivisti *Gli Aglieni*; multi-post sui disturbi da ansia in lockdown e consigli relativi con l'ausilio di card cinematografiche, in collaborazione con *Psychiazine*, account di una studentessa di medicina; multi-post sulla musica trap, gli usi e costumi tossicologici, in collaborazione con un ragazzo autore e produttore musicale *UserfromPT* intercettato da Area15 per indagare il fenomeno culturale della musica trap e i follower più giovani e sensibili al tema. In parallelo i post informativi prodotti direttamente da Area15 hanno mirato ad esplorare il punto di vista dei follower, stimolando una conversazione legata alla prevenzione ed una elaborazione nutrita dalla creatività del target di riferimento. Tra le iniziative è stato lanciato un contest "#Legami" che ha visto l'adesione di 23 partecipanti, aperto a tutti i follower dell'account e condiviso ampiamente sul web, con l'obiettivo di connettere tutti i lavori fotografici, grafici e video, rendendo di fatto protagoniste le diverse forme espressive volte a rappresentare l'interpretazione personale dei legami socio-relazionali, legami le cui architetture hanno attraversato un periodo di forte trasformazione e ridefinizione.

Le interazioni social hanno permesso di attivare diverse sinergie e nuovi contatti raggiunti grazie ai canali online, sia nelle conversazioni private "direct" che nello scambio delle "reaction" nei contenuti proposti nelle storie periodiche dell'account. Il profilo Facebook ha ottenuto una copertura dei post condivisi di quasi 4mila profili al mese, circa 400 interazioni con i post proposti. Il profilo Instagram ha ricevuto circa 3 mila "impression" al mese, con una copertura di 600 utenti che hanno visualizzato mensilmente l'account.

Osservazioni conclusive

La pandemia si è presentata come un estraneo, 'che è entrato in noi, nel nostro corpo e nello stesso tempo nella nostra struttura mentale' (Ghafouri, 2020). Gli operatori hanno dovuto affrontare questo evento straordinario, raffinando le proprie capacità di ascolto ed intervento. Gli ambiti online hanno costituito una via privilegiata per mantenere e costruire relazioni significative con i giovani ed i care-givers, anche nel campo dell'uso ed abuso di sostanze. I due progetti che abbiamo qui descritto testimoniano a nostro avviso la sostenibilità e l'utilità di questi approcci. Concludiamo con alcune riflessioni lungo due direttrici di fondo. Sul **piano dei contenuti clinici ed assistenziali**, a dispetto di previsioni fortemente pessimistiche rispetto alla tenuta psico-fisica dei giovani consumatori, come servizio di consulenza si possono trarre alcune conclusioni che parzialmente smentiscono queste aspettative. Ovviamente è un punto di vista parziale e circoscritto rispetto al numero di persone intercettate, ma pensiamo possa essere comunque significativo. Le storie da noi raccolte rimandano un quadro di relativo 'controllo' rispetto ai consumi, se non di totale astinenza. Le persone sembrano aver gestito la situazione straordinaria attingendo a risorse che, a volte, non pensavano di avere (Gritti, 2020). Sarà interessante osservare come e se queste risorse verranno sfruttate nel medio-lungo termine, e se avranno una ricaduta in una quotidianità non più eccezionale.

Sul **piano del metodo**: per il servizio Area15 l'emergenza sanitaria ha portato ad un flessibile adattamento alla contingenza, permettendo di sperimentare nuove modalità di consulenza, nuove opportunità e apprendimenti per i servizi di prevenzione che lavorano sul tema dei consumi. La presenza di servizi duttili e flessibili ha permesso un più veloce adattamento ai nuovi bisogni emersi in un contesto del tutto eccezionale. Servizi che avevano già posto in essere le basi per un lavoro sulle piattaforme 'social' e che hanno potuto investire ulteriormente su tali modalità, sperimentandone criticità e opportunità. Tra le tante, due le idee forti per il futuro:

- promuovere nel tempo l'integrazione sistematica tra lavoro off-line e lavoro on-line, affiancando interventi diacronici ad interventi sincronici verso servizi in cui le dimensioni spazio e tempo offrano *setting* sempre più plastici ed accessibili
- mantenere una modalità di accoglienza ed intervento coi giovani consumatori informale e flessibile, in modo tale da favorire un primissimo contatto con la rete dei servizi, collocandosi in una dimensione globale di *step-ped-care* (RER 2017).

Bibliografia

- Brooks S., Webster S., Smith L., Wessely S., Greenberg N., James G. (2020): 'The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence', *The Lancet* 395, 912-20
- Gritti A., Salvati T., Russo T., Catone G. (2020): 'COVID-19 pandemic: a note for psychiatrists and psychologists.' *Journal of Psychosocial Systems* Vol. 4 (1), 63 - 77
- Kraus L., Nicki-Nils S., Piontek D., Molinaro S., Siciliano V., Guttormsson U., Arpa S., Monshouwer K., Leifman H., Vicente J., Griffiths P., Clancy L., Feijão F., Florescu S., Lambrecht L., Nociar A., Raitasalo K., Spilka S., Vyshinskiy K., Hibell B. (2018) : 'Are The Times A-Changin'? *Trends in adolescent substance use in Europe* ' *Addiction*, 113, 1317-1332
- Lombi L. (2018), *Sostanze psicotrope ed interventi Internet-based* intervento non pubblicato al seminario: 'AMBIENTI DIGITALI E SOSTANZE. INTERVENTI PER GIOVANI CONSUMATORI E CARE GIVERS'- DSM-DP Ausl Bologna
- Regione Emilia Romagna (2017), '*Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti ed i giovani adulti* ' *Raccomandazioni regionali* - Allegato alla circolare 1-2017 Direzione generale Cura della persona, salute e welfare

Sitografia

- Bolognini S. (2020), 'Riflessioni in pandemia'-<https://www.spiweb.it/wp-content/uploads/2020/03/bolognini.pdf>
- Ghafouri S. (2020), 'Corona virus as a foreigner' - https://www.ipa.world/IPA/en/News/corona_papers.aspx

Educatore come focus nel SerDP?

Complessità professionale ed emergenza COVID-19 a Ravenna

Luca Balducci, Luigi Caputo, Giovanni Greco

90

ABSTRACT

L'esperienza della pandemia Covid19 ha imposto anche ai servizi delle Dipendenze Patologiche una trasformazione della propria attività assistenziale sia in ordine alle modalità di erogazione delle prestazioni sia in ordine alla necessità di mantenere un contatto costante con i propri pazienti. Il SerDP di Ravenna, fin dal mese di febbraio, ha posto in essere alcune modalità operative atte a garantire la sicurezza e la salute tanto delle persone assistite quanto dei professionisti del Servizio. La rapida attuazione di prassi e modelli innovativi tesi ad organizzare gli accessi ha consentito di non creare "nuove forme di distanziamento" tra il medesimo e le persone assistite, ovvero creare un numero di attività clinico-assistenziali in presenza. Un ruolo centrale nella realizzazione di questo processo lo hanno avuto gli educatori professionali.

Premessa

Cambiare le proprie abitudini richiede volontà e fatica ma anche il più lungo dei viaggi inizia sempre con un piccolo passo. Perciò iniziate. Fatelo adesso, cambiate prima ciò che è necessario, poi ciò che è possibile.

E all'improvviso, senza nemmeno accorgervene, vi sorprenderete a fare l'impossibile.

Seguendo questa filosofia di vita, questa massima propria degli operatori della riabilitazione, propria degli educatori professionali, che l'Unità Operativa Dipendenze Patologiche di Ravenna ha affrontato la tempesta portata dal COVID 19 nel territorio ravennate.

Punto primo: cambiare le proprie abitudini

L'avvicinarsi, nel mese di febbraio, di una possibile pandemia ha allertato, fatto riflettere dapprima alcuni poi molti operatori del Servizio. Come cambieranno le nostre abitudini? Alla maggior parte di noi, al di là dei mondi professionali coinvolti direttamente, è bastato sfogliare i giornali, navigare in rete per osservare come fosse mutata la vita in un'altra parte del mondo: il *lockdown*, le mascherine, le possibili vie di trasmissione del virus. Ancora prima che gli Enti preposti si attivassero ufficialmente, l'U.O. DP di Ravenna si è chiesta come avrebbe potuto cambiare le proprie abitudini per contenere l'eventuale onda d'urto. Come in un brain

Rif.
Luca Balducci, educatore professionale,
UO Dipendenze Patologiche -Distretto di Ravenna
0544 287251
luca.balducci@auslromagna.it

storming le idee, le parole chiave hanno trovato posto sulla carta. Fin da febbraio, controllare gli accessi facendo domande sulle condizioni cliniche, sui contatti avuti, verificare contatti e situazioni a rischio prima di far entrare le persone, realizzare ingressi vincolati non più liberi e subordinati allo stato di salute è diventato il principale strumento di tutela della salute e della sicurezza di persone assistite ed operatori. Da qui si è resa possibile la riduzione del numero delle persone stazionanti lungo i corridoi, nelle sale d'attesa. E progressivamente sono intervenuti altri strumenti di distanziamento come l'utilizzo rigido dell'agenda SistER per evitare sovrapposizioni, avere certezza della necessità degli accessi, verificare e monitorare i passaggi negli ambulatori.

Punto secondo: richiedere agli operatori la fatica di cambiare al fine di rimanere

L'obiettivo primario, al di là dell'opportunità di *smart working*, era poter contare su tutti gli operatori. Da un lato per la persistenza della attività assistenziale, dall'altro per consolidare l'identità e lo spirito di appartenenza in un contesto in cui ciascuno, per motivi diversi (familiari, relazionali), sperimentava un'inaspettata condizione di vulnerabilità. Un piccolo passo non facile. Pur essendo i professionisti del mondo dell'*addiction* agenti di cambiamento, questo diventava oggetto di diffidenza e timori: una alterazione dei processi e degli strumenti di relazione che nulla aveva a che vedere con modelli connotati da continuità e affidamento fiduciario.

Punto tre: fare il primo passo

E questo è forse stato facile. Se l'impalcatura era propria degli operatori della riabilitazione a chi chiedere se non agli educatori professionali, peculiare figura della riabilitazione nelle DP? Il punto tre è venuto quasi naturale. Probabilmente per la flessibilità, la spontaneità e la reciprocità che hanno sempre caratterizzato il lavoro dell'educatore. Di fatto si sono embrate abilità di ascolto, *counselling*, gestione dei timori e delle resistenze a capacità di gestione di tempi e spazi.

Punto quattro: cambiare ciò che è necessario

Se si era individuata la necessità di modificare il sistema di accesso: la naturale declinazione è stata quello di costruire un filtro in ingresso, posto all'esterno della struttura. Così gli educatori, per primi, hanno costruito e gestito un filtro in entrata. Un filtro attivo, non passivo, in quanto esperti nella gestione degli spazi informali. Parallelamente alla progressione della diffusione del Covid19, nel SerDP di Ravenna i ruoli e le abitudini si modificavano quasi spontaneamente, con un progressivo reclutamento di risorse nei diversi ambiti professionali, per questa azione di protezione

delle persone assistite ed operanti, di informazione e reiterazione di regole che la comunità e l'intera penisola stava sperimentando. Indossati i DPI, il sistema filtro si è attivato ancor prima che l'Azienda lo richiedesse, avendo modo di cambiare quanto necessario subito, quanto possibile dopo. Gli educatori professionali per primi, gli altri operatori successivamente nei giorni successivi, si alternavano al filtro facendo accedere un numero controllato di persone al Servizio solamente dopo avere accertato il loro buon stato di salute attraverso semplici domande poco dopo utilizzate dall'Azienda stessa. "Hai sintomi influenzali?", "Sei stato a contatto con persone Covid positive che tu sappia? Hai viaggiato ultimamente?". Poche semplici domande, precedute, per i primi giorni, da un mantra continuo atto a spiegare cosa si stava modificando nel sistema di accesso al Servizio e per quali ragioni. Alcuni malumori, inevitabilmente, si sono levati, ma i più hanno compreso, capito ed apprezzato, collaborando nell'attendere educatamente il proprio turno. Gli educatori professionali hanno così depositato le conoscenze sino a quel momento acquisite rendendole disponibili e fruibili a tutti, attraverso la costruzione di un vademecum operativo. Revisionato dal Responsabile del Servizio e dal Coordinatore Infermieristico, semplice e veloce nella lettura, schematico al limite del kantiano al fine di omologare la prassi operativa il più celermente possibile, valorizzando competenze ed abilità di ciascuna professione, è diventato il costruito funzionale quotidiano in grado di mantenere una adeguata attività di cura ed un corretto e funzionale accesso agli ambulatori medici ed infermieristici e progressivamente a tutte gli altri. Nessuna attività è stata interrotta, inclusi controlli tossicologici, prelievi, colloqui di sostegno psicoterapico, educativi e socioassistenziali. Ci sono state limitazioni, attenzioni e atteggiamenti prudentziali (ad esempio evitamento degli accessi dei pazienti più anziani), ma nessuna sospensione.

Punto cinque: cambiare ciò che è possibile mantenere ciò che è opportuno.

L'evoluzione della pandemia ci è nota. Fin dalla fine di gennaio nelle riunioni di equipe venivano diffuse informazioni scientifiche sulle caratteristiche del virus e la sua diffusione. Il 6 marzo è stato creato dal responsabile del Servizio un gruppo *WhatsApp ad hoc*. Venivano forniti aggiornamenti, articoli scientifici, informazioni sulla operatività del SerDP, convocazioni di riunioni straordinarie. Abbiamo inventato spazi rispettosi del distanziamento. Abbiamo trasformato le riunioni di *equipe* per la discussione sui primi accessi (*equipe OD*) in *briefing* settimanali. Solo più avanti, appena possibile ed autorizzato, abbiamo ripreso le riunioni sul trattamento prenotando sale ormai libere, abitualmente destinate ad eventi formativi o congressuali. Le procedure

e le indicazioni regionali ed aziendali non ci hanno colto di sorpresa. Il cambiamento si è trasformato in un processo di integrazione operativa. Il rispetto degli appuntamenti, la corretta osservazione dei tempi, la gestione dei contatti in continuità da remoto, la necessità di dare rapidità alle risposte, il maggior utilizzo di strumenti di relazione a distanza (il nostro SerDP aveva già in uso Skype dal 2016 per i contatti con le Comunità) hanno consentito di non escludere o allontanare parte della popolazione assistita privilegiando emergenze.

Riflessioni conclusive

Il cambiare le proprie abitudini, per chi lo ha voluto e saputo fare, è stato il primo passo verso una crescita sia professionale che personale. È stato un passo che ha messo il Servizio al riparo da danni ben maggiori. Se abbiamo inteso enfatizzare in tale frangente il ruolo giocato dagli educatori professionali è per la comprensione che il Servizio, come un corpo vivente, vive grazie ad una collaborazione paritetica, dove ognuno fa il proprio a seconda della necessità. Senza posizioni apodittiche o ruoli ancillari è stato possibile permettere tutti quei cambiamenti che hanno consentito al SerDP di gestire, con una buona dose di determinazione, le plurime fasi che ci stanno accompagnando in questo anno bisestile. E di garantire una appropriata ed adeguata continuità di cura, al fine di avere una costante percezione della salute dei propri assistiti, della persistenza delle reti relazionali, del soddisfacimento dei bisogni primari e non ultimo di prevenire rischi iatrogeni collegati agli affidamenti. L'aver effettuato, ad esempio, nella settimana compresa tra il 23 ed il 29 marzo, 659 attività in presenza dei pazienti e 323 a distanza, e praticamente altrettante nella successiva, in piena pandemia ma con estrema attenzione alla sicurezza, è una delle emblemizzazioni del processo organizzativo posto in essere

Bibliografia

- Brandani W., 2006, *“La progettazione educativa”*, Carocci.
- Cardella O., 2007, *“L’educatore professionale, finalità, metodo, deontologia”*, Franco Angeli.
- Santerini M., 2000, *“L’educatore tra professionalità pedagogica e responsabilità sociale”*, La Scuola.
- Crisafulli, Molteni, Paoletti, Scarpa, Sambugaro, Giuliodoro, 2010, *“Il Core Competence dell’Educatore Professionale, linee di indirizzo per la formazione”*, Unicopli.
- Brandani-Zuffinetti, 2004, *“Le competenze dell’educatore professionale”*, Carocci Faber.

Una diversa vicinanza

La realtà del CSM di Parma

Patrizia Ceroni, Crisatina Azzali, Vincenza Ivana Molinaro,
Maria Cristina Daolio, Emanuela Sartori, Massimo Costa,
Gianfranco Bertè, Donatella Rizzi, Emanuela Bassi,
Pietro Pellegrini

ABSTRACT

Durante l'emergenza da COVID-19 i Centri di Salute Mentale di Parma hanno rimodulato gli interventi psicosociali, i progetti con Budget di Salute e le attività di automutuoaiuto. L'obiettivo di questo lavoro è descrivere le esperienze effettuate ed esporre i principali dati dei questionari sulla qualità percepita. Vengono infine formulate riflessioni per il futuro.

93

Introduzione

I disturbi mentali possono essere curati nel territorio senza ricorrere, se non per le situazioni acute, al ricovero ospedaliero. Questo a partire dal punto di vista della persona, prima ed essenziale risorsa, con la quale co-costruire un programma di cura e riabilitazione che si articoli con il più complessivo progetto di vita. I punti essenziali sono il consenso, la partecipazione, il contratto e le verifiche della qualità e degli esiti. A seguito del lockdown, dal 9 marzo 2020, per mantenere la continuità di cura sono stati rimodulati gli interventi attivando forme innovative di relazione definite "a diversa vicinanza" in particolare per l'utenza più fragile e a rischio di isolamento ed esclusione dalla comunità. Presentiamo di seguito alcune esperienze condotte a "diversa vicinanza" nell'ambito degli interventi psicosociali e l'esito di una valutazione di qualità percepita.

1. Esperienze

i) Progetti con Budget di Salute

A partire da marzo 2020, i 122 progetti riabilitativi individualizzati con Budget di salute sono stati rivalutati ed in larga parte rimodulati (uno solo è stato sospeso) in modo condiviso tenendo presente anche il rischio sanitario da affrontare "restando a casa". Sono state quindi co-progettate modalità di intervento presso il domicilio e/o a distanza: tutoraggio da remoto a supporto della cura del sé; colloquio telefonico/videochiamata per interventi psico-educativi individuali, monitoraggio e facilitazione relazionale, prevenzione dei comportamenti a rischio, supporto alla autogestione della terapia farmacologica e ai corretti stili di vita coinvolgendo quando necessario il Medico di Medicina Generale; attività di sostegno ai bisogni personali di acquisti e commissio-

Rif.
Patrizia Ceroni, psichiatra,
Direttore SC Programmi psico-patologici e governo clinico/ Dipartimento
Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, AUSL di
Parma.
0521 396624
pceroni@ausl.pr.it

ni; videochiamate di gruppo su tematiche nell'ambito degli assi domiciliarità/socialità/formazione-lavoro; reperibilità telefonica h24; tutoraggio a distanza a supporto di attività espressive-ludico-ricreative; gruppi *WhatsApp* tematici e percorsi FAD.

ii) Interventi di Formazione -Lavoro

A seguito della disposizione regionale riguardante la sospensione dei tirocini lavorativi, in collaborazione con Centro per l'Impiego, Servizi sociali ed Enti di Formazione sono stati rivisti gli interventi volti all'inserimento lavorativo delle persone in condizione di "fragilità", mantenendo gli incontri di orientamento e valutazione (anche per IPS) realizzati attraverso il telefono o la videochiamata. In aprile è stato avviato il primo di 13 corsi di formazione a distanza rivolto a fasce deboli nell'ambito della Legge 14 per un totale di 120 utenti coinvolti. Questo ha consentito di ridurre i tempi di attivazione dei corsi, di dilatare lo spazio della formazione, di scoprire risorse inaspettate negli utenti e offrire loro più possibilità di conciliare i tempi di lavoro con le esigenze personali e familiari, superando le difficoltà di spostamento. Apprendere da un'esperienza comune ha determinato negli operatori un aumento della motivazione e del senso di appartenenza, salvaguardando la qualità del servizio, diventato patrimonio comune in grado di rispondere, in un momento per tutti molto difficile, ai bisogni di socialità, aiuto e supporto dell'utenza.

iii) Ambulatorio Infermieristico a distanza

L'ambulatorio infermieristico ha la finalità di monitorare la salute, promuovere corretti stili di vita, prevenire e contrastare la sindrome metabolica dando applicazione ai protocolli relativi ai farmaci antipsicotici. Nel periodo di lockdown sono state ampliate le modalità di comunicazione: chat, posta elettronica e attivato un numero di telefono dedicato. È stato consegnato materiale cartaceo con indicazioni pratiche su dieta e attività fisica per proseguire il controllo del peso, della pressione arteriosa e la circonferenza addominale pur restando in casa, facendolo da sé ma potendo poi riferire all'infermiere. Con queste modalità l'ambulatorio "virtuale" ha coinvolto 116 utenti. La somministrazione della terapia depot è continuata con regolarità privilegiando le visite domiciliari, momenti d'incontro in presenza che ha fatto da ponte con i contatti a distanza. Gli utenti sono stati aiutati a reperire i dispositivi tecnologici e mediante la psicoeducazione si è promosso il rispetto delle disposizioni ministeriali e regionali.

iv) Attività Sportive e Montagnaterapia

Nel territorio sono attivi diversi gruppi di attività riabilitativa attraverso la pratica sportiva, in collaborazione con società sportive (UISP, CAI) ed Associazioni di Utenti e Familiari (Va Pensiero, Itaca). Per i 55 utenti membri delle squadre di calcio e pallavolo è stato attivato un gruppo *WhatsApp* per

condividere tutorials di attività motoria indoor e "pillole" di consigli pratici per uno stile di vita corretto con particolare attenzione ad alimentazione, attività fisica, alcool e fumo. L'attività di calcio è stata proposta per 4 utenti in forma di competizioni *on line* grazie all'accordo tra Federazione Italiana Gioco Calcio, Progamming e Sony. Dal 5 giugno ha avuto anche inizio la "FIFA Special e-Challenge", primo torneo esport di FIFA 20 su *play station 4* targato "Divisione Calcio Paralimpico e Sperimentale". L'attività di Montagnaterapia è proseguita attraverso l'attivazione di chat a cui hanno aderito utenti, volontari del CAI e familiari e grazie a *videocall* di gruppo a cadenza regolare si sono narrate storie, ricordate uscite, fatte ricerche e proposte che verranno pubblicate. Sono programmati tre incontri nei parchi cittadini per rivedersi e ritrovare la gioia dell'incontro, nel rispetto del distanziamento e delle norme di sicurezza. L'emergenza sanitaria ha impedito di svolgere il VII Convegno Nazionale di Montagnaterapia inserito nel calendario di "Parma Capitale della cultura", che slitterà al 2021. Il 15 ottobre 2020 è in programma una *videoconferenza* sulla Montagnaterapia.

v) Automutuoaiuto e facilitatori sociali

A Parma sono attivi 5 gruppi Automutuoaiuto (AMA) che coinvolgono 50 persone tra utenti, familiari e volontari. I cambiamenti indotti dall'emergenza sanitaria ha evidenziato una solidità delle relazioni ed una forte capacità di resilienza. Si è investito maggiormente sul coinvolgimento dei familiari (attraverso la realizzazione in videoconferenza di incontri psicoeducativi) e degli utenti tramite incontri di mutuo aiuto a distanza, risultati sempre più attivi nei ruoli di facilitazione, di supporto ad altri partecipanti meno esperti, all'insegna del protagonismo e dell'autodeterminazione. È stata attivata una chat dedicata ai partecipanti dei gruppi di mutuo aiuto, gestita da due Facilitatori sociali, per offrire sostegno reciproco fra persone affette da disagio psichico. È stata anche condivisa con tutti i partecipanti un'applicazione gratuita per *smartphone* per proseguire l'attività di mutuo aiuto in videoconferenza anche al di fuori degli incontri programmati. Sono stati svolti incontri estemporanei nei cortili o giardini, all'aperto con 2-3 utenti, portando a casa con l'auto di servizio seggioline da esterni e creando così nuove forme di socialità.

2. Qualità Percepita

Parallelamente alle rimodulazioni che hanno riguardato complessivamente 467 utenti, mediante un questionario anonimo è stata realizzata un'indagine di qualità percepita su un campione di utenti costituito da 116 pazienti (25% del totale), con età prevalente tra i 40 e i 59 anni, in larga parte in carico da oltre 6 mesi e partecipanti alle attività riabilitative (Tab.1).

TEATRO E LABORATORI ESPRESSIVI	26
FORMAZIONE LAVORO, IPS	9
GRUPPI AMA, SPORT E MONTAGNATERAPIA	25
Budget di Salute	56

Tab. 1, Attività riabilitativa

Il 59% degli intervistati è dotato di strumenti ed abilità per utilizzare la rete internet ma la modalità di contatto preferenziale sembra essere quella telefonica (Tab.2).

36	Soltanto telefono cellulare
49	Smartphone
7	Tablet
31	PC
31	Connessione internet
5	Nessuno dei precedenti

Tab. 2, Di quali dei seguenti dispositivi può disporre? Valori %

Le vita di relazione risulta significativamente modificata rispetto al periodo precedente (Tab.3 e 4). La possibilità di usufruire di spazi esterni presso l'abitazione, dichiarata dal 91% degli intervistati, ha ridotto lo stress. Il 17% del campione vive in luoghi distanti da negozi e servizi e questo suggerisce l'utilità di interventi supportivi rispetto ai bisogni essenziali (spesa, consegna pasto, commissioni).

18	Poco/per niente
27	Abbastanza
55	Molto/del tutto

Tab. 3, Con l'emergenza COVID-19, quanto ritiene che sia cambiata la sua giornata? in %

63	Tutti i giorni
21	Quasi tutti i giorni
11	2/3 volte settimana
5	1 giorno a settimana o meno

Tab. 4, Di media, con quale frequenza usciva prima dell'emergenza COVID-19? valori %

	NON APPLICABILE	PEGGIORATO	COME PRIMA	MIGLIORATO
fumo	38	13	36	14
attività motoria		59	30	11
alimentazione equilibrata		18	65	16

Tab. 6, In questo periodo si è modificato il suo stile di vita in merito ai comportamenti elencati? valori %

Nel periodo precedente all'emergenza le occasioni di uscita, eccettuate spese e commissioni, erano legate per lo più alla partecipazione ad attività di gruppo e ad impegni lavorativi e formativi. Risultavano invece molto limitate le attività sociali (Tab.5), il che evidenzia un'alta solitudine e fa pensare ai servizi e agli operatori come il principale riferimento relazionale.

66	partecipare ad attività di gruppo
62	fare la spesa/commissioni
59	andare a lavorare (in cooperativa o altrove), svolgere tirocinio, corso di formazione
30	senza un motivo preciso
10	motivi di salute/attività riabilitative
6	uscite con amici
5	visita a parenti
3	portare fuori il cane
2	attività motorie

Tab. 5, Prevalentemente, per quale finalità usciva? valori %

Relativamente agli stili di vita l'unica differenza significativa riguarda l'attività motoria che risulta diminuita (Tab.6). Come per tutti nel confinamento è mancata soprattutto la libertà e meno la riduzione del contatto con gli operatori, segno indiretto dell'efficacia di una presenza a diversa vicinanza. (Tab. 7)

I contatti con gli operatori sono stati mantenuti attraverso il telefono (per l'89% degli intervistati) e chat (31%) ma con un significativo 47% di visite domiciliari.

La comunicazione dei cambiamenti è percepita come adeguata dall'81% dei pazienti (Tab.9).

Complessivamente si rileva una soddisfazione sufficiente (media 6,1; moda=6) circa i cambiamenti apportati ai percorsi riabilitativo.

	Per niente +poco	Abbastanza	Molto+ moltissimo	MEDIA
LA LIBERTÀ DI USCIRE QUANDO VOGLIO	14	18	69	MOLTO
IL CONTATTO CON GLI ALTRI	19	27	55	ABBASTANZA/MOLTO
LE MIE ABITUDINI	29	18	54	ABBASTANZA
AVERE UN IMPEGNO DURANTE IL GIORNO	29	23	48	ABBASTANZA
IL CONTATTO CON GLI OPERATORI	33	29	38	ABBASTANZA

Tab. 7, Che cosa le manca di più, rispetto a prima? valori %

103	89	contatti telefonici
54	47	visite domiciliari
36	31	chat
13	11	e-mail
10	9	brevi uscite con un operatore
9	8	videochiamate

Tab. 8, Con quali modalità ha potuto mantenere i contatti con gli operatori? Valori %

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non risp.
3	0	2	1	0	12	16	31	19	7	21	4

Tab. 9, È soddisfatto di come è stato informato delle nuove modalità del servizio in questo periodo di emergenza?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non risp.
5	2	1	4	5	19	26	18	13	3	10	10

Tab. 10, Quanto è complessivamente soddisfatto delle modifiche apportate al suo Percorso riabilitativo in questa fase?

Conclusioni

A seguito del lockdown, la rimodulazione degli interventi con modalità a distanza è stata utile per mantenere la continuità di cura di utenti ben conosciuti. Il lavoro da remoto si è associato nel 50% dei casi ad interventi in vivo. Questo ha determinato seppure con una diversa distanza relazionale, un "esserci" sempre reale. La presenza/assenza dei corpi, la proattività degli operatori, il sentirsi telefonicamente, porta a pensare al valore della voce e dell'essere pensati, in particolare per persone con reti relazionali povere. Con la rottura della routine, in modo spesso inatteso gli utenti si sono mostrati una risorsa per se stessi e per gli altri. Un cambio di prospettiva nel quale la rimodulazione, inserendo creatività e qualche rischio, ha risposto a bisogni, a situazioni psico-

patologiche e abilitative diverse, consentendo di costruire nella "giusta distanza" interventi più flessibili e personalizzati. Lo sviluppo di modalità innovate e la loro integrazione con quelle in presenza, ha dato continuità, creato rete, stimolato *empowerment*, resilienza e forme innovative di auto-mutuoaiuto, di psicodeucazione e sostegno delle famiglie. Il servizio è stato nel complesso sufficientemente gradito ma emerso il bisogno di forme di contatto in presenza. Una loro articolazione con quelle a distanza, specie per il periodo post *lockdown*, va definita in ogni progetto personalizzato. Restano aperti i temi della tutela della privacy della responsabilità degli operatori e della rendicontazione, accantonati per l'emergenza. Infine da rimarcare come il 25% degli intervistati esprima un giudizio non favorevole il che, associa-

to al numero di tutti coloro che per varie ragioni in questo periodo non hanno usufruito dei servizi, fa ipotizzare come possa esservi un “terzo escluso” e che un l'utilizzo esclusivo delle nuove tecnologie rischi di aggravare emarginazione o abbandono. Sarà quindi importante approfondire questi dati e lavorare non solo per colmare le carenze tecnologiche ma anche per realizzare un mix di interventi in vivo e a distanza, in grado di raggiungere davvero tutti. Consapevoli che ogni strumento seleziona il messaggio e il destinatario, l'esperienza evidenzia che vi è spazio per lo sviluppo della telepsichiatria e dalla *Home care technology*.

Bibliografia

Costa M., *“Self Help: un viaggio nella Salute Mentale”*, www.leparoleritrovate.com,(2003)

Pellegrini P, Ceroni P., Dall'Aglio R., Soncini C (a cura di), *Soggetto, Persona, Cittadino. Il Budget di Salute in Emilia Romagna*, Alphabeta Verlag, Merano 2019

Pellegrini P., Bove C., Soncini C., Tadonio L., *Smart Working in salute mentale: primi dati di un'esperienza nel DSMDP di Parma* in Conferenza Nazionale Salute Mentale, 26 maggio 2020 // www.conferenzasalutementale.it/2020/05/25/smart-working-in-salute-mentale-primi-dati-di-unesperienza-nel-dsmdp-di-parma/

Da remoto verso il futuro

Risultati di un questionario di gradimento nei Centri di Salute Mentale di Parma

Cristina Azzali, Patrizia Ceroni, Pietro Pellegrini

ABSTRACT

Nel marzo 2020 a seguito del lockdown per la pandemia da COVID-19, nei Centri di Salute Mentale di Parma sono state sviluppate attività a distanza valutate con un questionario di qualità percepita. Dall'esame dei 150 questionari, compilati da utenti in carico, viene rilevato una modalità di contatto prevalentemente telefonica solo in un terzo dei casi mediante videochiamate, mail, chat. Le carenze tecnologiche vengono segnalate dal 35%. Il livello di gradimento è discreto e raggiunge il 92% in particolare per le modalità di intervento proattivo, il che potrebbe continuare una volta superata la pandemia. Tuttavia è ritenuto insufficiente dal 25% degli utenti.

98

Introduzione

La pandemia da Covid -19 ha imposto l'adozione di misure molto drastiche, il *lockdown*, che hanno comportato una forte variazione nell'attività dei servizi. In particolare i Centri di Salute Mentale (CSM) del Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma hanno assicurato l'Emergenza-Urgenza e quelle indifferibili, anche domiciliari mentre sono stati sospesi gli accessi diretti e le visite programmate. Molti interventi sono stati svolti a distanza, mediante l'utilizzo di telefono, mail, videochiamate con l'obiettivo di dare continuità alle cure e sostenere al meglio le persone al loro domicilio, ritenuto allora la sede più sicura. Un cambiamento molto significativo che ha visto anche l'adozione dello *smart working* da parte di un numero significativo di professionisti. Quasi improvvisamente il luogo dell'incontro, tradizionalmente la sede del CSM, è diventato virtuale, la vicinanza è diventata diversa, non più fisica per il necessario distanziamento, ma non per questo meno significativa, se l'elemento di fondo della cura è essere nella mente dell'altro, l'essere pensati in una prospettiva di reciprocità.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di esaminare il punto di vista dell'utenza, mediante un questionario di qualità percepita/gradimento sulle attività a distanza/"diversa vicinanza", predisposto e realizzato dal 10 al 20 aprile 2020 per valutare quanto realizzato nel periodo dal 8 marzo al 5 aprile 2020.

Rif.
Cristina Azzali, psichiatra,
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze
Patologiche Ausl di Parma
334 6784437
cazzali@ausl.pr.it

1. Metodo

L'Ufficio Qualità del Dipartimento ha sviluppato un Questionario di Qualità Percepita composto da 16 item ciascuno con una scala *Lickert* a 5 punteggi, una scala di valutazione della soddisfazione (da 0-10) e infine una domanda aperta.

Il questionario è stato compilato telefonicamente o via mail.

2. Risultati

Sono stati raccolti 150 questionari compilati in larga misura da utenti dei CSM (139 pari al 92,6%) in cura da più di sei mesi in cura nel 94,6% e di età media di 49 anni (range 21-84 anni) e il 58% nella fascia 40-59 anni.

Per circa la metà quella a distanza è stata l'unica modalità di contatto con il servizio, mentre nell'altra vi sono stati anche contatti di persona o visite a domicilio.

La dotazione tecnologica è costituita dal telefono e il 35% non ha dispositivi per la connessione ad internet.

DI QUALI DEI SEGUENTI DISPOSITIVI PUÒ DISPORRE?		
Soltanto telefono cellulare	53	35%
Smartphone	79	53%
Tablet	24	16%
PC	54	36%
Connessione a internet	51	34%
Nessuno dei precedenti	1	1%

Quindi il contatto tel. è quello nettamente prevalente ed ha un livello di gradimento alto nel 72.6%; i contatti via mail sono 27 con un buon gradimento nel 74% mentre le videochiamate sono state possibili con 15 utenti, pari al 10% del campione, con livelli di soddisfazione pari a quelli precedenti.

CON QUALI MODALITÀ, ALTERNATIVE A VISITE/COLLOQUI, HA POTUTO MANTENERE I CONTATTI CON IL SERVIZIO?	QUANTO A SUO PARERE SONO STATE EFFICACI?			
	Poco + Per niente	Abbastanza	Moltissimo + Molto	Non risponde
139 contatti telefonici	15	23	101	5
27 e-mail	4	3	20	1
8 chat	2	0	6	0
15 videochiamate	3	1	11	0
15 altro	0	0	1	0

La maggior parte dei contatti è avvenuto su iniziativa dell'operatore (67,3%) di norma senza appuntamento mentre le chiamate degli utenti sono 61 (40,6%). Questo dato somma situazioni dove si sono attuate entrambe le modalità. Il livello di soddisfazione espresso, rispetto alle modalità con cui è stata gestita la comunicazione/informazione circa i cambiamenti organizzativi legati all'emergenza sanitari, è per l'87 utenti (58%) molto/molto alto e per il 52 (34,6%) abbastanza soddisfacente.

RITIENE SODDISFACENTE IL MODO CON CUI È STATO INFORMATO DELLE NUOVE MODALITÀ DEL SERVIZIO ("A DISTANZA") IN QUESTO PERIODO DI EMERGENZA ?	Poco + Per niente	Abbastanza	Moltissimo + Molto
	9	52	87

I pazienti esprimono prevalentemente soddisfazione per l'efficacia delle modalità attivate nel garantire la privacy (piena soddisfazione per 71% di chi risposto), nel mantenere il rapporto di cura (69%), nel rispondere ai propri bisogni e nell'adeguarsi ai mezzi tecnologici a loro disposizione (65%).

RITIENE CHE LE MODALITÀ ATTIVATE SIANO STATE ADATTE A	Poco + Per niente	Abbastanza	Moltissimo + Molto	Nessuna risposta	TOTALE
Garantire la Sua privacy	5	29	85	31	150
Mantenere il rapporto di cura	9	35	97	9	150
Rispondere ai suoi bisogni	14	30	81	25	150
Adeguarsi ai mezzi tecnologici a Sua disposizione	11	27	71	41	150

RELATIVAMENTE AL PERSONALE, QUANTO SI RITIENE SODDISFATTO RELATIVAMENTE A	Poco + Per niente	Abbastanza	Moltissimo + Molto	Nessuna risposta	TOTALE
Cortesìa e disponibilità	4	11	133	2	150
Rispetto dei tempi concordati	1	22	117	10	150
Facilità di contatto su Sua richiesta	6	35	95	14	150
Professionalità	1	13	129	7	150

Il livello di soddisfazione per la professionalità, la gentilezza del personale è alta (90%) mentre scende al 70% per quanto attiene alla possibilità di chiamare il servizio su richiesta del paziente.

Il livello di soddisfazione complessivo su una scala da 0-10 dà un punteggio medio di 6,9 con una quota del 58,2% che dà punteggi alti (da 8 a 10) ma va rilevato che il 25,3% esprime una valutazione insufficiente (inferiore a 6).

molto positivo e un quarto circa che la giudica in modo insoddisfacente.

Conclusioni

La modalità a distanza è stata fortemente aumentata a seguito del *lockdown* per mantenere la continuità di cura in pazienti in larga parte in carico da oltre 6 mesi e quindi ben conosciuti. Questa si è associata ad interventi in vivo nella

QUANTO È COMPLESSIVAMENTE SODDISFATTO DELLE MODALITÀ A DISTANZA SPERIMENTATE?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non risponde	MEDIA
5	7	7	10	5	4	11	18	24	17	41	1	6,9

Superata l'emergenza anche con la possibilità di riprendere i contatti vis a vis, circa l' 83% manterrebbe modalità di comunicazione mediante telefono o con altri mezzi (mail, videochiamate, chat) che pure percentualmente meno utilizzati dall'intero campione sono comunque altamente richiesti da coloro che ne hanno usufruito in questa fase.

3. Discussione

Il "restare a casa" ha subito evidenziato diversi problemi, sia in relazione alla sua fattibilità, si pensi ai senza tetto, ma anche alle situazioni di coloro che vivono in posti di accoglienza, in condizioni di sovraffollamento, in alloggi molto piccoli, alle tensioni domestiche, spazi inadeguati fino ai rischi di conflitti e violenza. Le modalità a distanza sono state inserite di necessità nelle prassi dei servizi ma in circa la metà dei pazienti si sono associate ad attività in presenza, presso il CSM o a domicilio. Il mezzo di comunicazione principale è il telefono mentre è significativa la carenza tecnologica (circa un terzo non ha dispositivi per collegarsi ad internet) e la percentuale di utilizzo di mail, videochiamate e chat è del 33%. Pur con questi limiti, il servizio offerto ottiene un livello di soddisfazione alto nel complesso del 92,6% degli utenti in una fase dove la relazione terapeutica ha dovuto adattarsi alle limitazioni poste da una situazione eccezionale. Infatti, per la continuità della cura, il 69% ha ritenuto soddisfacente la modalità a distanza nella quale sono state rilevate la professionalità e la disponibilità dei professionisti. Alto livello di gradimento hanno le chiamate attivamente svolte dagli operatori, segno dell'apprezzamento verso un atteggiamento proattivo e non di attesa. Un approccio che potrebbe mantenersi anche superata l'emergenza. Per quanto il servizio a distanza/diversa vicinanza abbia ottenuto una valutazione media discreta (punteggio di 6,9), va rilevato come vi sia una divaricazione fra una parte maggioritaria che dà un giudizio

metà dei casi. Non vi sono nuovi casi e quindi resta aperta la domanda su come, nel CSM, possa essere *ab initio* una relazione a distanza.

Il mezzo principale è il telefono mentre appare evidente la carenza di mezzi tecnologici e di collegamenti ad internet. Una situazione sulla quale intervenire per colmare un divario che può diventare un handicap, un'ulteriore fattore di rischio di emarginazione/discriminazione che può ritardare lo sviluppo della telepsichiatria e dalla *Home care technology*.

In una condizione di necessità il servizio è stato nel complesso gradito, in particolare per quanto attiene la proattività degli operatori. Restano aperti i temi della tutela della privacy, dei dati elementi che in questa fase, insieme al tema della responsabilità degli operatori e della rendicontazione,¹ sono stati accantonati in relazione alla gravità dell'emergenza.

Infine da rimarcare come il 25% esprima un giudizio non favorevole il che associato a tutti coloro che per varie ragioni non ne hanno usufruito fa ipotizzare che possa esservi un "terzo escluso" per quanto attiene le nuove tecnologie.

Note

¹ A marzo 2020, in pieno *lockdown* è stata inserita la possibilità di registrare nel sistema informativo "Colloquio telefonico significativo" "Colloquio in videochiamata".

Adolescenza e COVID-19

Indagine effetti lockdown sui ragazzi in Emilia-Romagna

Stefano Costa, Lorenzo Giamboni, Laura Maria Ceteroni, Anna Aldrovandi, Chiara Antolini, Elena Attanasio, Paola Avveduti, Silva Veronica Barbanti, Giovanni Barcia, Valentina Belli, Enrica Bertolini, Bruna Borgini, Silvana Borsari, Michela Cappai, Barbara Cocchi, Silvia Codeluppi, Maria Corvese, Omar Daolio, Gloria Dazzani, Roberto De Falco, Franca Emanuelli, Gabriella Fabbri, Claudia Forlani, Luca Ghedini, Vincenza Giannini, Gabriela Gildoni, Alex Gravante, Valentina Iannuzzi, Massimiliano Imbesi, Giovanna Maria Latino, Emanuela Leuci, Gianpaolo Luppi, Daniela Marangoni, Fausto Mazzi, Anna Rita Meduri, Francesco Micella, Renzo Muraccini, Flavia Neri, Mariateresa Paladino, Tiziana Piroddi, Loretta Raffuzzi, Sabrina Ragni, Anna Maria Saccani, Clea Sacchetti, Michele Sanza, Paola Simoncelli, Paolo Soli, Giulia Solignani, Antonella Squarcia, Marusca Stella, Giulia Tangerini, Fabio Vanni, Stefania Vicini, Elisabetta Zucchini, Chiara Ventura, Alessio Saponaro

(Gruppo 14-25 dei DSM-DP della Regione Emilia-Romagna)

ABSTRACT

Da più parti si è ipotizzato un aumento delle situazioni di disagio psichiatrico, di scompensi e sintomatologie acute negli adolescenti durante la fase del lockdown. È stata impostata una ricerca a cura del Gruppo 14-25 dei DSM-DP dell'Emilia Romagna per verificare l'effettivo stato di salute mentale degli adolescenti della nostra Regione ed eventuali variazioni legate al confinamento. I dati raccolti hanno, in realtà, attestato una diminuzione sensibile di alcuni indicatori di salute mentale (TSO, ricoveri psichiatrici e accessi al PS per motivi psichiatrici) seppure con differenze legate alla fasce di età. Per comprendere meglio i dati numerici ed approfondire la conoscenza di come sono stati vissuti dai ragazzi il confinamento e le limitazioni legate all'emergenza sanitaria è stata elaborata una intervista, presentata in questo articolo.

101

Introduzione

Nei mesi dell'emergenza COVID-19 vi sono stati molti interventi sul tema degli adolescenti, sia su giornali quotidiani e periodici, sia sulle riviste scientifiche.

Molti di questi contributi hanno sollevato un allarme sul malessere degli adolescenti e sulle possibili reazioni di disagio collegate al confinamento sia immediate, sia di più lunga durata.

Nell'ottica dello sviluppo, bambini, adolescenti e giovani adulti sono, secondo la letteratura, coloro che possono soffrire di più la prolungata e massiva restrizione sociale dei contatti (1); le relazioni infatti sono essenziali per il benessere e il normale sviluppo psicologico dei bambini (2).

Numerose domande rimangono aperte sull'effetto del distanziamento sociale sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti, considerando il potenziale impatto dell'isolamento domestico sulla salute psichica e mentale dei bambini (3). Le possibili reazioni che vengono descritte includono comportamenti disadattativi, di evitamento, angoscia emotiva e risposte difensive (4).

Le esperienze di bambini ed adolescenti riportate durante la pandemia sono state molto variegata: alcuni sintomi (sentimenti depressivi, ansia, iperattività, irritabilità, disturbi del sonno) potrebbero risolversi col tempo, altre situazio-

Rif.

Stefano Costa, neuropsichiatra,
UOSD Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva/DSM-DP-AUSL di Bologna
051 6478305
stefano.costa@ausl.bo.it

ni richiedere, invece, un intervento terapeutico (ad esempio insorgenza di un disturbo depressivo maggiore, o esacerbazioni di disturbi psichiatrici) (5).

Uno studio condotto nelle prime settimane del *lockdown* sulla popolazione generale italiana (6) ha evidenziato sintomi riguardanti la salute mentale, inclusi PTSS (37%), depressione (17.3%), ansia (20.8%), insonnia (7.3%), alta percezione dello stress (21.8%), e disturbi dell'adattamento (22.9%).

Questi risultati sono principalmente associati con genere femminile e giovane età.

La letteratura suggerisce che i sintomi riguardanti la salute mentale (impatto sul benessere psicologico e sulle reazioni emotive) possono aumentare sia durante, sia dopo la fase acuta della pandemia (7). Il Presidente della IACAPAP (*International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*) a questo proposito sottolinea che, pur non essendo una pandemia dell'infanzia, si tratti però di una pandemia della famiglia e della società con conseguenze che probabilmente perdureranno nel tempo (8).

Anche sul *Lancet* (9) ci si è posti il problema degli effetti della deprivazione sociale sulla salute mentale degli adolescenti ipotizzando che gli effetti negativi potrebbero manifestarsi negli anni futuri con conseguenze a lungo termine, interrogandosi fra l'altro sull'effetto mitigante che possono avere avuto le tecnologie digitali ed i social media rispetto al distanziamento fisico. Secondo gli autori è importante capire gli effetti a breve e a lungo termine della deprivazione sociale e dell'uso delle connessioni digitali.

1. La ricerca

Il Gruppo 14-25 dei DSM-DP della Regione Emilia-Romagna (oltre 30 clinici, medici e psicologi delle Aree NPJA, Ser-DP e CSM dei Dipartimenti di Salute Mentale di tutte le AUSL regionali), si è confrontato sull'andamento degli utenti adolescenti dei DSM-DP nell'età 14-25 anni durante il *lockdown*. La possibilità di analizzare la casistica degli adolescenti da ottiche diverse (dall'età evolutiva, alle dipendenze, ai giovani adulti) ha consentito di evidenziare aspetti differenti e peculiari: dai rischi legati all'isolamento anche nei rapporti digitali (il fenomeno del *ghosting*), alla paura della ripresa delle relazioni in vivo, dall'impatto emotivo legato alla difficoltà del reperimento di sostanze, all'efficacia delle terapie in videochiamata e all'importanza di una rete di servizi per il sostegno dei pazienti e dei loro nuclei familiari.

Pur con diverse sensibilità e sottolineature, si è riscontrata una uniformità nella impressione clinica rispetto al fatto che i giovani pazienti in carico ai Servizi siano riusciti a controllarsi in modo efficace durante l'emergenza sanitaria, anche grazie agli interventi terapeutici, erogati in presenza e da remoto.

La fotografia, rispetto alla situazione durante la fase di *lock-*

down, non risulterebbe quindi negativa, ma anzi mostrerebbe risorse e capacità di reazione inaspettate.

Si è allora deciso di approfondire questa impressione preliminare, derivata dal lavoro clinico di ognuno, innanzitutto analizzando i dati relativi ai TSO, ai ricoveri ed agli accessi al PS per motivi psichiatrici degli adolescenti in Regione, visti come possibili indicatori di monitoraggio per la salute mentale e la sofferenza psichica.

L'Osservatorio Nazionale sulla salute a questo proposito propone il numero di soggetti dimessi nel corso dell'anno con una diagnosi di "disturbo mentale", come indicatore dello stato di benessere/disagio della popolazione del nostro Paese nel capitolo riguardante la Salute Mentale.⁽¹⁰⁾ Rispetto a questo e agli altri indicatori l'Osservatorio Nazionale sottolinea l'importanza di considerare come siano soggetti a variazioni legate, oltre che allo stato di *well-being* della popolazione, anche a cambiamenti nelle politiche sanitarie e alla disponibilità di servizi. Le cause delle differenze regionali andrebbero, quindi, ricercate in un *mix* tra l'efficienza e la diffusione dei servizi sul territorio e la prevalenza del "disagio psichico", senza trascurare anche ambiti che trascendono l'aspetto puramente sanitario e che includono il contesto sociale, culturale ed economico.

Una volta avuti a disposizione i dati si è deciso di approfondirne l'interpretazione con la elaborazione di una "intervista narrativa" da sottoporre ad un campione ristretto, ma rappresentativo, delle diverse Aree dei DSM-DP: NPJA, Ser-DP e CSM.

2. Indicatori di monitoraggio

Dal complesso sistema di indicatori strutturato nel periodo del *lockdown*, ne sono stati selezionati alcuni ritenuti significativi per valutare i possibili effetti sulla salute mentale per gli adolescenti di età 14-25 anni: ricoveri in reparti di psichiatria SPDC/SPOI, trattamenti sanitari obbligatori (TSO), accessi ai Pronto Soccorso con diagnosi psichiatriche (codice ICD9-CM 290.xx-319xx) o con almeno una consulenza/visita psichiatrica. Tutti gli indicatori sono stati confrontati con i medesimi periodi dell'anno/anni precedenti al fine di individuare le variazioni significative, a volte anche attraverso il confronto con le variazioni avvenute con classi di età diverse (es. adulti).

Il primo indicatore mostra come i ricoveri in SPDC/SPOI, sia pubblici sia privati, siano sostanzialmente calati nel periodo considerato (Tab. 1 e Fig. 1). L'effetto *lockdown* non può essere considerata una variabile indipendente: nella scelta dei clinici e degli assistiti vi è stata una accurata valutazione del bisogno di ricorrere al ricovero e i possibili rischi sanitari che questo poteva comportare. Una riduzione dei ricoveri era aspettata. Se nel confronto 2019-2020 si intravede una lieve crescita di ricoveri a gennaio e febbraio, si è

verificato un consistente calo nei mesi di marzo (-31,3%) e aprile (-48,0%).

Se la fascia di età adolescenziale 14-25 presenta una diminuzione degli indicatori minore rispetto alla popolazione generale (e cioè un andamento clinico peggiore), di fatto le differenze sostanziali si intravedono anche all'interno del gruppo degli adolescenti (Fig. 2): il calo più consistente dei ricoveri è maggiore tra i 14-17enni (-75%), e quindi un andamento clinico migliore, superando anche i valori riscontrati mediamente tra gli adulti, rispetto ai giovani di età 18-25 anni (-33%) che calano, ma molto meno rispetto alla fascia d'età precedente.

Anno	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile
2019	115	130	147	150
2020	122	134	101	78
Differenza % 2019/2020	6,1	3,1	-31,3	-48,0

Tab. 1, Numero ricoveri in SPDC/SPOI di adolescenti 14-25 anni per mesi nel 2019 e 2020 (v.a. e %).

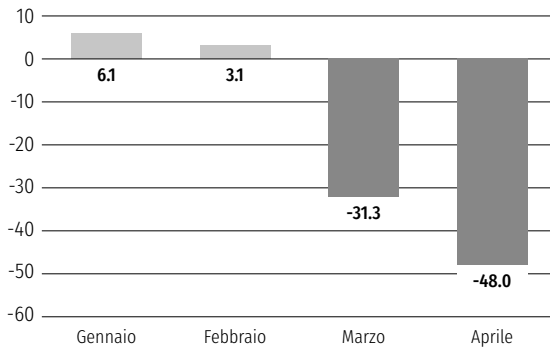


Fig. 1, Variazione % 2020/2019 dei ricoveri in SPDC/SPOI di adolescenti 14-25 anni per mesi

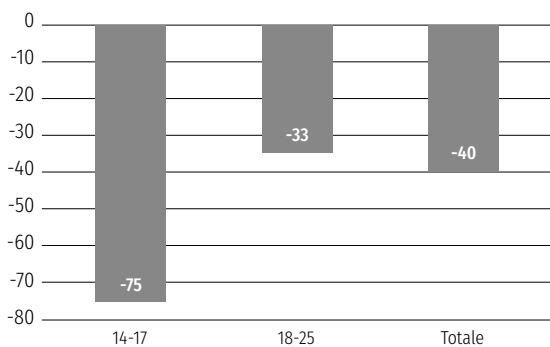


Fig. 2, Variazione % dei ricoveri in SDC/SPOI per età di adolescenti di età 15-25 anni nei mesi di marzo-aprile 2020/2019

I Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) nei confronti dei minori e adolescenti sono stati sempre considerati una pratica a cui ricorrere in casi estremamente limitati e dettati da fortissima necessità clinica. Nel periodo marzo-aprile 2020 vi sono stati 50 TSO su adolescenti di età 15-25 anni in tutta la regione Emilia-Romagna. In particolare le variazioni percentuali (Fig. 3) sono state consistenti anche nel periodo pre-lockdown: da gennaio a febbraio sono calati del 22,9% (da 35 TSO a 27) e più consistenti nel periodo marzo-aprile (-58%, da 50 a 21). Il calo di TSO negli adolescenti è maggiore di quello avvenuto per le altre età.

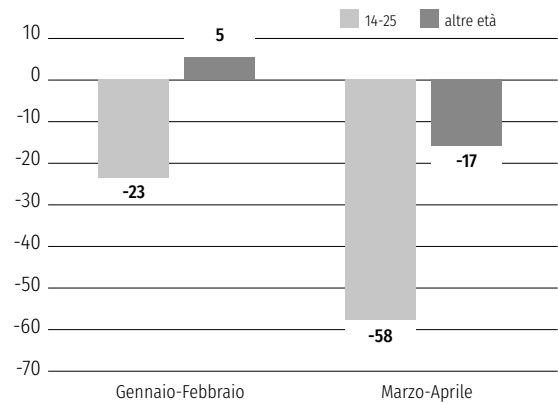


Fig. 3, Variazione % TSO per adolescenti e adulti confronto per periodi nel 2020/2019

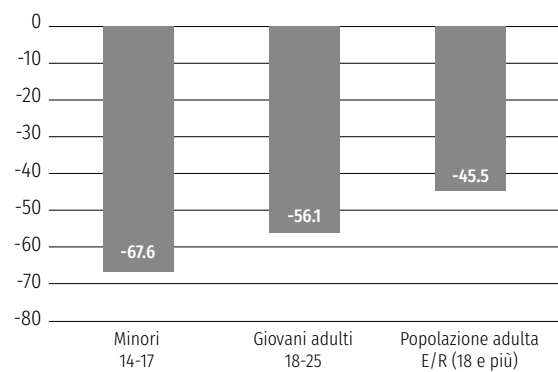


Fig. 4, Variazione % 2020/2019 sugli accessi al pronto soccorso per problematiche psichiatriche per classi di età

In generale gli accessi al Pronto Soccorso (PS) sono calati in maniera drastica; sono stati attuati solo per situazioni di estrema necessità e questo per ogni tipo di disciplina. Per quanto riguarda l'area della psichiatria sono stati considerati sia gli accessi conclusi con una diagnosi psichiatrica, sia gli accessi che, a prescindere dalla diagnosi, hanno ricevuto una consulenza da parte di uno psichiatra.

I minorenni hanno avuto il maggior calo, da 225 accessi del

2019 a 73 del 2020, con una riduzione del -67,6%. Anche i giovani adulti hanno avuto una riduzione di accessi, da 586 del 2019 a 257 del 2020, con una riduzione più limitata, ma sempre consiste (-56,1%).

In generale l'accesso degli adolescenti al PS per problematiche psichiatriche è stato più basso rispetto a quanto avvenuto tra la popolazione maggiorenne (-45,5%).

3. Elaborazione dell'intervista

All'interno del Gruppo 14-25 si è deciso di approfondire il significato di questi dati elaborando una intervista che consentisse di indagare il vissuto dei ragazzi, le attività svolte, le problematiche incontrate, le strategie di soluzione messe in atto, ecc. Di seguito sono elencate le aree che si è deciso di indagare nell'intervista.

Le aree indagate:

Le emozioni prevalenti

Cosa è stato fatto per stare bene

La coabitazione intrafamiliare

Le videolezioni, la video-scuola

Le cose più critiche:

- non poter uscire: un senso di claustrofobia
- paura di prendere il Covid
- paura che i conoscenti potessero ammalarsi e morire
- paura che nulla torni più come prima
- senso di solitudine

Relazioni con amici in quarantena

Relazioni con amici post-quarantena

Uso della rete web (quantità - relazioni interpersonali)

Sonno, appetito

Eventuali lutti di persone care/vicine

Problemi economici familiari legati a questa crisi

Uso sostanze

Aiuto da parte dei clinici

La terapia da remoto

Conclusioni

Molti articoli in letteratura ipotizzavano un aumento delle situazioni di disagio psichiatrico, di scompensi e sintomatologie acute negli adolescenti durante la fase del *lockdown*. I dati da noi raccolti mostrano invece una diminuzione sensibile degli indicatori di salute mentale e sofferenza psichica analizzati (TSO, ricoveri psichiatrici e accessi al PS per motivi psichiatrici) seppure con una interessante differenza legata alla fascia di età: mentre infatti i minori (età 14-17 aa.) presentano la maggiore diminuzione degli indicatori studiati, i giovani adulti (età 18-25 aa.) hanno una diminuzione di questi indicatori inferiore al resto della popolazione gene-

rale, risultano quindi la fascia di età che più avrebbe sofferto e richiesto, di conseguenza, interventi urgenti in ambito psichiatrico. Una prima spiegazione di questo fenomeno potrebbe essere legata alla funzione protettiva che, anche se con la didattica a distanza, la scuola e le relazioni sociali ad essa collegate, svolgono per i minori e fino ai 18-19 anni. Ad ogni modo è proprio per comprendere meglio i dati numerici ed approfondire la conoscenza di come gli adolescenti nella nostra Regione hanno vissuto il confinamento e le limitazioni legate all'emergenza sanitaria, che è stata elaborata una intervista, presentata in questo articolo.

Come indicato in letteratura appare opportuno attuare una fotografia immediata, il più possibile vicina alla fase del *lockdown*, sia rispetto ai dati, sia rispetto ai vissuti ed alle strategie messe in campo dai ragazzi e, quindi, prevedere un monitoraggio nel tempo per consentire una analisi prospettica, nei mesi futuri, rispetto allo sviluppo di quadri patologici legati ad esempio agli aspetti post-traumatici ed agli effetti psicosociali ad esempio della crisi economica.

Ad oggi quello che è stato evidenziato è una considerevole capacità degli adolescenti e dei loro nuclei familiari, di reagire con risorse positive, documentata da un minor ricorso alle prestazioni urgenti in ambito psichiatrico, durante la fase di *lockdown*.

Bibliografia

- Oberle E, Schonert-Reichl KA, Thomson KC., *Understanding the link between social and emotional well-being and peer relations in early adolescence: gender-specific predictors of peer acceptance*. *J Youth Adolesc*. 2010;39(11):1330-1342. doi:10.1007/s10964-009-9486-9
- WHO, *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review*. Geneva: World Health Organization; 2004.
- Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F., *Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak*. *Lancet*. 2020;395(10228):945-947. doi:10.1016/S0140-6736(20)30547-X
- Taylor S., *The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2019.
- Wagner KD., *Addressing the Experience of Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic*. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(3):20ed13394. Published 2020 Apr 21. doi:10.4088/JCP20ed13394
- Rossi R, Socci V, Talevi D, et al., *COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy*. An N=18147 web-based survey. *MedRxiv* 2020.04.09.20057802.
- Liu N, Zhang F, Wei C, et al. *Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: gender differences matter*. *Psychiatry Res* 2020; 287: 112921. 1016/j.psychres.2020.112921.
- Daniel Fung, President, and the IACAPAP EC Committee, *President's Message on COVID-19*, 12 April 2020, <https://iacapap.org/iacapap-update-covid-19/>
- Orben A., Tomova L., Blakemore SJ., *The effects of social deprivation on adolescent development and mental health*, *Lancet Child Adolesc Health* 2020, online June 12, 2020, [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)
- Rapporto osservasalute 2019, <https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2020/06/Rapporto-Osservasalute-2019.pdf>

Elementi per valutare il rischio di contagio

*Parma Individual and Environmental Risk Assessment (Schedule).
“P.I.E.R.A.(s)”*

Pietro Pellegrini, Ivana Molinaro, Diego Gibertini, Patrizia Ceroni

ABSTRACT

La pandemia da COVID-19 è stata affrontata con la chiusura (lock-down) nei mesi di marzo e aprile 2020 di diverse attività. La ripresa degli interventi va effettuata garantendo la sicurezza attraverso la valutazione e la gestione del rischio infettivo al fine di assicurare, anche attraverso un adattamento degli spazi, la corretta applicazione delle norme igieniche e di distanziamento sociale, attività individuali, di gruppo, adeguate forme di ripresa della socialità a partire dalla persona e dalla sua famiglia. Occorre quindi introdurre nuovi elementi in grado di prevenire l'infezione mediante la responsabilizzazione e il protagonismo delle persone. In questo contributo viene presentato uno strumento “Parma Individual and Environmental Risk Assessment (Schedule). P.I.E.R.A.(s)” che si compone di due parti: la prima per la valutazione del Rischio di contagio (RC) e l'altra per creare un sistema di microcomunità “Immuni Insieme”.

105

Introduzione

La fase 2 della pandemia da COVID-19, caratterizzata da una graduale riapertura delle attività, anche per i soggetti fragili, le persone in cura presso i DSM-DP implica la necessità di attuare adattamenti ai luoghi, per i quali le caratteristiche non sono solo quelle delle strutture sanitarie, né quelle dei posti di lavoro. Si tratta di spazi, come quelli dei Centri Diurni, delle Cooperative ove si sviluppano attività individuali con un contesto di riferimento in genere grupppale di medie dimensioni, 15-30 persone compresi operatori e volontari. Una condizione che oggi, non è riproponibile.

Occorre quindi ripartire dalle attività individuali e dare attuazione alle diverse normative (igiene, distanziamento, mascherine) e ad un adattamento degli spazi al fine di assicurare la sicurezza. Al contempo occorre effettuare una valutazione dei rischi infettivi in un'ottica non solo dirigitico prescrittiva ma partecipativa e di corresponsabilizzazione e cogestione.

Occorre coniugare la casa (il “restare a casa”) quindi una sicurezza da limitazione delle relazioni con forme di ripresa della socialità a partire dalla persona e dalla sua famiglia per costruire fiducia e rapporti di microcomunità, microzo-

Rif.
Pietro Pellegrini, psichiatra,
Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale
Dipendenze Patologiche Ausl di Parma.
335 6958847
ppellegrini@ausl.pr.it

ne, come ambito di ripartenza, per la ricostruzione di una socialità sicura, in grado di prevenire l'infezione, monitorare il microgruppo mediante la responsabilizzazione e il protagonismo delle persone. Quindi occorre procedere attraverso una formazione congiunta che conosca e valuti il rischio valorizzando le risorse delle persone, la loro capacità di produrre salute, sicurezza e benessere superando così il timore dell'altro in quanto portatore di pericolo, le paure irrazionali di contaminazione, il vissuto di blocco.

1. Uno strumento

In questo contributo viene proposto uno strumento "Parma Individual and Environmental Risk Assessment (Schedule). P.I.E.R.A.(s)"¹ che si compone di due parti: la prima per la valutazione del Rischio di contagio (RC) e l'altra per creare un sistema di microcomunità "Immuni Insieme".

Esso rappresenta l'esito di un lavoro del Coordinamento dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Emilia Romagna² coordinati da Mila Ferri. Ha ricevuto inoltre l'attenzione di Fabrizio Starace, presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica.³

2. Valutare il rischio di Contagio (Prima parte)

Facendo riferimento al DPCM 26 aprile 2020 al Manuale dell'Associazione Nazionale Medici di Azienda⁴ si possono ricavare alcuni elementi per valutare il rischio di contagio adattando i criteri individuati alla situazione dei DSM-DP, per le attività svolte in collaborazione con le cooperative, nei Centri diurni, la formazione e il lavoro, gli interventi abilitativi e con Budget di Salute, le visite e uscite dalle strutture e le attività esterne.

I fattori presi in considerazione fanno riferimento a due grandi ambiti: a) quello delle attività relazionale in riferimento alle condizioni territoriali e ambientali, ai trasporti, alle condizioni di sicurezza sul lavoro / attività, alle mansioni svolte e ai numero e intensità dei contatti; b) le caratteristiche della Persona sia in relazione a fattori quali l'età, alle abitudini, alle patologie e alla capacità di adottare le norme igieniche, distanziamento e di sicurezza e di indossare in modo adeguato i Dispositivi di Protezione Individuale.

Da questi fattori deriva il **Rischio di contagio (RC)** che si può ricavare con la formula

RC = (AT+T+AL+M) X P in quanto dipende da:

- **AT = Condizione territoriale e ambientale** ricavata dagli indici epidemiologici. L'indice Rt misura la potenziale trasmissibilità di una malattia infettiva quale è quella da SARS-CoV-2. Varia nel tempo (da 1 minima diffusione a 4 massima) e viene aggiornato periodicamente dal Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità.⁵

Questo indice viene derivato da: Incidenza cumulativa (da inizio epidemia-al momento della rilevazione)/100mila ab.

e incidenza settimanale.

L'incidenza cumulativa (da inizio epidemia-al momento della rilevazione)/100mila ab. è: a) (0-50 casi/100mila; b) 51-100/100mila; c) 101-200/100mila; d) 201-500/100mila; e) oltre 500/100mila). (Quindi il punteggio a e b=1 punto; c=2 punti; d=3 punti; e)= 4 punti).

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità in base all'incidenza settimanale sono individuati quattro livelli: Q1 bassa (<1,5) Q2 intermedia bassa (1,5-3,5); Q3 intermedia alta (3,5-10), Q4 alta (> a 10).

Il punteggio va da 1 a 4 (Q1=1; Q2=2; Q3=3; Q4=4).

Il punteggio da utilizzare è dato dalla media dei due indici (somma dei due indici diviso due).

Al 14 giugno 2020, questo parametro è 3 per la Regione Emilia Romagna.

- **T = Trasporti** indica il mezzo e il tempo utilizzato per il tragitto da casa al luogo di attività: solitario (auto o piedi, bicicletta) 1 punto; in auto con un'altra persona (condizione frequente nei nostri servizi) 1.5; mezzo pubblico meno di 1 ora di viaggio 2 punti; mezzo pubblico più di un'ora di viaggio 3 punti; più mezzi pubblici e oltre un'ora 4 punti.
- **AL = Condizioni di sicurezza sul lavoro /attività:** valuta come nelle singole attività⁶ sono organizzati ingressi, distanziamento interpersonale, livello di pulizia e sanificazioni, disponibilità e utilizzo appropriato di DPI, organizzazione del lavoro (vedasi All. 4 e 6 del DPCM 26 aprile 2020). Se tutte le misure sono adottate 1 punto, se solo parzialmente adeguate 2 punti, non adeguate in parte degli ambienti 3 punti, totalmente non adeguate 4 punti
- **M = Mansioni/contatti** indica il rischio di contatto con le altre persone che è connesso alla mansione e all'attività svolta. Se il rischio di contatto con persone Covid positive o sospette 4 punti; contatto sistematico con il pubblico

Note

- 1 Ringraziamo il Dr. Angelo Fioritti per la denominazione dello strumento.
- 2 Paola Carozza, Silvia Chiesa, Alba Natali, Gaddo Grassi, Fabrizio Starace, Angelo Fioritti, Claudio Ravani, Pietro Pellegrini
- 3 Elementi per valutare il Rischio di Contagio di Pietro Pellegrini, SIEP, 27 maggio 2020 <https://siep.it/elementi-per-valutare-il-rischio-di-contagio/>
- 4 Associazione Nazionale Medici di Azienda "Covid -19 Fase 2 Accompagnare il lavoratore al rientro al lavoro. Vademecum per il Medico Competente" 28 aprile 2020 http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=84756&fr=n
- 5 <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=4916>
- 6 Le diverse attività lavorative, formative, sanitarie, sportive, ristorazione, commercio ed altre sono normate da specifici provvedimenti nazionali e regionali ai quali si rimanda.

3 punti; contatto saltuario con il pubblico 2 punti; altre mansioni 1 punto

- **P= Persona** indica le caratteristiche della persona sia per età, fumo, patologie e capacità di rispetto delle norme

Età:

- Età fino a 45 1
- Età da 45 a 50 1,5
- Età tra 50 e 55 2
- Età tra 55 e 60 2,5
- Età se superiore a 60 3

- Fumo 1 punto.

Patologie:

- una patologia cronica grave 1,5
- pluripatologie 2

A questi punteggi vanno aggiunti anche in relazione al disturbo mentale il rispetto delle norme:

- il rispetto delle norme non del tutto adeguato 1,5
- il rispetto delle norme parziale e limitato 2
- rispetto delle norme in gran parte inadeguato 2,5

Se la persona è Covid positiva o del tutto inadeguata a rispettare le misure di sicurezza la persona ha un Punteggio P= 0 e quindi non è ammissibile alle attività.

Punteggio Complessivo

Il Rischio di contagio (RC) individuale deriva quindi dalla formula $RC = (AT+T+AL+M) \times P$ che dà un punteggio complessivo. Questo consente di definire il livello di rischio in basso, modesto, medio e alto.

Valutazione punteggi

- | | | |
|-------------------------|---------|-----------------|
| • Punteggio | 4 -14 | Rischio Basso |
| • Punteggio | 15 -34 | Rischio Modesto |
| • Punteggio | 35 - 49 | Rischio Medio |
| • Punteggio superiore a | 50 | Rischio Alto |

La definizione degli elementi correlati al rischio consente quindi di individuare nella singola persona le condizioni non modificabili (es. l'età), quelle modificabili con interventi (es. fumo) educativi (ad es. addestramento per i Dispositivi), terapeutici o modifiche ad esempio nei trasporti o nelle mansioni o ambienti dove si svolgono le attività. Quindi il Rischio di contagio può variare in relazione ai diversi interventi e da questo punto di vista può rappresentare uno strumento di lavoro, terapia (si pensi alle modificazioni del quadro psicopatologico e alla terapia) e di abilitazione. La definizione del livello di rischio permette la sua gestione ma è del tutto fuorviante e sbagliato pensare che un basso rischio consenta una riduzione delle misure di protezione.

3. "Immuni Insieme" (Seconda parte)

La seconda parte dello strumento è molto semplice e si basa su una visione gruppale dei Rischi di Contagio Individuale. Questo, come si è visto, è relazionale e quindi occorre individuare i contatti della persona e dare luogo ad un processo di prevenzione fondata sulla reciproca responsabilizzazione.

Pertanto occorre individuare il gruppo di persone che sta attorno alla persona P (Prevenzione Concentrica).

Al contempo si può tracciare il legame con altri gruppi.

Ad esempio un membro di quel gruppo P ha altri contatti stretti come può essere il familiare convivente dell'operatore che trascorre molte ore con l'utente (prevenzione Eccentrica).

Questo risulta essenziale quando ad esempio si costituiscono gruppi di 4 utenti con un operatore fisso: questi condideranno tra di loro il rischio, poi in modo eccentrico anche con le loro famiglie e loro contatti stretti. Tracciare queste relazioni, monitorarle insieme è la finalità di questa parte dello strumento.

Per gli utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, che per età (si pensi ai bambini) o a chi non ha cellulari si può costruire la rete dei contatti e definirli ex ante come parte di una rete che si impegna a collaborare per la prevenzione del covid.

Questa rete si incentra sulla persona e i suoi contatti, a partire dalla famiglia e si estende per cerchi successivi, fino ai contatti occasionali.

Quindi per ciascun utente dovrà essere identificata e definita la rete delle relazioni, su un modulo scritto consegnato all'AUSL contenente i contatti, con numeri di tel. **in particolare dei contatti stretti** (familiari e persone come gli operatori).

La somma dei Rischi di Contagio Individuale dà luogo al Rischio di Contagio Complessivo, al Rischio medio e consente di individuare le persone con rischi più elevati.

Sotto il profilo metodologico viene individuato un **Referente del Gruppo** che può essere un familiare o utente che s'impegna al monitoraggio di tutti i membri del gruppo e interviene attivando MMG o Servizi in caso di sospetti. Il monitoraggio dovrà essere almeno settimanale e in questa prima fase due volte la settimana.

Detti controlli saranno registrati nella scheda. Oltre a questo sono da prevedersi modalità formative in situazione per la corretta applicazione delle misure.

Nel gruppo dei contatti entra anche l'operatore di riferimento o il terapeuta. Questi s'impegna ad informare la persona sul proprio stato di salute relativamente al COVID-19. In caso di positività di un membro del gruppo si attiva la rete concentrica e al contempo la rete eccentrica, cioè delle

persone esterne al gruppo significative (ad es. i familiari di un operatore).

I livelli di rischio della Persona sono quelli che derivano dal calcolo precedente e vanno sommati a quelli dei familiari e dei contatti stretti.

Per i soggetti con rischio elevato (persone non in grado di attenersi alle norme di distanziamento né sono in grado di usare DPI) si può attivare un alto monitoraggio sanitario mediante l'effettuazione di tamponi e sierologia. Se l'utente è in queste situazioni l'operatore dovrà indossare la mascherina ffp2. Non solo ma operatori ad rischio (ad es. per età superiore ai 60 anni o pluripatologie) potranno essere adibiti ad altre mansioni, evitare attività a rischio.

La valutazione rientra nel Programma di Cura, nel contratto e impegni condivisi. È sottoposta a verifica periodica e a rivalutazione.

Misure protettive per un piano personalizzato e di prevenzione

Schermi protettivi	
Attività all'aperto	
Attività individuale	
Alto monitoraggio sanitario	

Conclusioni

La pandemia da COVID-19 obbliga i Dipartimenti di Salute Mentale ad adottare un approccio e strumenti per prevenire e gestire il rischio infettivo. Questo può avvenire in modo partecipato e responsabilizzante, valorizzando le risorse delle persone e la loro capacità di empowerment. Lo strumento proposto, individua alcuni elementi per la valutazione e propone un metodo facilmente applicabile nelle pratiche di routine insieme alle Schede di Triage e al Patto di Corresponsabilità.

Scheda “Immuni Insieme”

CONTATTI ABITUALI E STRETTI

Cognome Nome	RC	Condizioni da segnalare	tel
Punteggio totale			

Referente AUSL dell'utente	
Referente coop dell'utente	
MMG	
Operatori di riferimento	

Punteggio massimo del gruppo:
 Somma dei RC individuali =

Punteggio medio:
 Punteggio massimo/N. membri =

Punteggio massimo individuale

108

Sestante

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



LIBRI

GILBERT KLIMAN, EDWARD OKLAN
IL MIO RACCONTO SULLA PANDEMIA. UN LIBRO DI LAVORO CON ATTIVITÀ GUIDATE PER LA SALUTE MENTALE DEI BAMBINI DEL CHILDREN'S PSYCHOLOGICAL HEALTH CENTER
<http://www.childrenspsychologicalhealthcenter.org/wp-content/uploads/2014/11/Il-mio-racconto-sulla-pandemia.pdf>

ARTICOLI

YANG XIONG, LINGLI PENG
FOCUSING ON HEALTH-CARE PROVIDERS EXPERIENCES IN THE COVID-19 CRISIS
in *The Lancet Global Health*, n. 6 (giu. 2020) - on line

AA VV
SPECIALE COVID-19
in *Alcolgia* : rivista quadrimestrale, n. 40 (2020)

AA VV
THE EMOTIONAL IMPACT OF CORONAVIRUS 2019-NCOV (NEW CORONAVIRUS DISEASE)
in *Psychiatry Research*, (mag. 2020) - on line

AA VV
MENTAL HEALTH SERVICES IN ITALY DURING THE COVID-19 OUTBREAK
in *The Lancet Psychiatry*, Volume 7, ISSUE 5, May 01, 2020

AA VV
Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. Gli esiti di salute mentale della pandemia di CoViD-19
in *Rivista di Psichiatria*, 2020;55(3)

TRACI C. GREEN, JEFFREY BRATBERG, DEBORAH S. FINNELL
OPIOID USE DISORDER AND THE COVID 19 PANDEMIC: A CALL TO SUSTAIN REGULATORY EASEMENTS AND FURTHER EXPAND ACCESS TO TREATMENT
in *Substance Abuse*, n. 2 (2020) - on line

AA VV
THE EFFECT OF COVID-19 ON YOUTH MENTAL HEALTH
in *Psychiatric Quarterly*, (apr. 2020) - on line

JOYCE LEE
MENTAL HEALTH EFFECTS OF SCHOOL CLOSURES DURING COVID-19
in *The Lancet*, (apr. 2020) - on line

ROBERTO CAMARLINGHI, FRANCESCO D'ANGELLA (a cura di)
COSA ABBIAMO APPRESO NEI GIORNI DEL COVID-19 in *Animazione Sociale* : Mensile per gli operatori sociali, n. 2/334 (2020)

JAMES M. CLAY, MATTHEW O. PARKER
ALCOHOL USE AND MISUSE DURING THE COVID-19 PANDEMIC: A POTENTIAL PUBLIC HEALTH CRISIS?
In *The Lancet Public Health*, (mag. 2020) - on line

AA VV
MENTAL HEALTH CONSIDERATIONS FOR CHILDREN QUARANTINED BECAUSE OF COVID-19
in *The Lancet*, n.5 (mar. 2020) - on line

AA VV
THE IMPACT OF COVID-19 EPIDEMIC DECLARATION ON PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES: A STUDY ON ACTIVE WEIBO USERS
in *International Journal of Environmental Public Health*, n. 6 (feb.2020) - on line

Documenti on line

Società Italiana Epidemiologia Psichiatrica
SPECIALE COVID 19 E SALUTE MENTALE
<https://siep.it/covid-19/>

Psychiatry on line Italia e il CoronaVirus: INDICE AGGIORNATO DEI CONTENUTI PUBBLICATI di Francesco Ballorino <http://www.psychiatryonline.it/>

Pandemia. Appunti e riflessioni per il dopo. di Nerina Dirindin (intervista di Fabio Ragaini)
Conferenza Nazionale per la Salute Mentale <http://www.conferenzasalutementale.it/>

Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19
INDICAZIONI AD INTERIM PER IL SUPPORTO PSICOLOGICO TELEFONICO DI SECONDO LIVELLO IN AMBITO SANITARIO NELLO SCENARIO EMERGENZIALE COVID-19

Istituto Superiore di Sanità, maggio 2020
https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+31_2020+%281%29.pdf/8983f818-4d17-b3f8-4c67-7c78cbc86549?t=1590499689876

Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19
INDICAZIONI DI UN PROGRAMMA DI INTERVENTO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE PER LA GESTIONE DELL'IMPATTO DELL'EPIDEMIA COVID-19 SULLA SALUTE MENTALE
Istituto Superiore di Sanità, maggio 2020
https://www.iss.it/documents/20126/0/RAPPORTO+ISS+COVID-19+23_2020.pdf/a5d4cf5e-f4cc-072e-0c43-d14ae920a2ca?t=1589209649628

Maria Adelaide Capone
DAL TRAUMA INDIVIDUALE AL TRAUMA SOCIALE MASSIVO. PREVENZIONE, SOSTEGNO, COMUNITÀ NEL LUTTO COMPLICATO E NEL DISAGIO PSICOLOGICO AI TEMPI DELLA PANDEMIA.
State of mind, 2020
<http://www.stateofmind.it/2020/05/lutto-trauma-individuale-sociale/>

EMCDDA
COVID-19 AND DRUGS. DRUG SUPPLY VIA DARKNET MARKETS
EMCDDA, 2020
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13042/EMCDDA-report_COVID19-darknet-final.pdf

AA VV
CHALLENGES TO OPIOID USE DISORDERS DURING COVID-19
in *The American Journal on Addictions*, n. 3 (mag. 2020) - on line
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262307/>

Polimeni V.
EMERGENZA COVID-19. RIFLESSIONI A MARGINE DELLE RIVOLTE IN CARCERE: L'ENNESIMO CAMPANELLO D'ALLARME
<https://discrimen.it/emergenza-covid-19-riflessioni-a-margine-delle-rivolte-in-carcere-lennesimo-campanello-di-allarme>

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings
GESTIRE LA SALUTE MENTALE E GLI ASPETTI PSICOSOCIALI DELL'EPIDEMIA DI COVID-19
Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna - Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia
<https://www.austromagna.it/organizzazione/reti-programmi/psicologia/1615-gestire-salute-mentale-aspetti-psicosociali-epidemia-covid-19-ver-1-5/file>

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

primo.pellegrini@austromagna.it

- 1 EDITORIALE
Insieme anche durante il lockdown
Mila Ferri
- 3 INTERVISTA
Le comunità siano protagoniste delle politiche di prevenzione
Benedetto Saraceno
- 7 INTERVISTA
Economia, società e salute mentale dopo l'emergenza COVID-19
Romano Prodi
- 12 LETTERE ALLA REDAZIONE
1° Maggio 2020
Sabrina Zelioli
- 13 OSSERVATORIO RER
Monitoraggio impatto pandemia COVID-19 sui Servizi di Salute mentale e Dipendenze patologiche
Alessio Saponaro, Mila Ferri, Chiara Ventura, Maria Paola Carozza, Silvia Chiesa, Angelo Fioritti, Gaddomaria Grassi, Alba Natali, Pietro Pellegrini, Claudio Ravani, Fabrizio Starace
- 20 OSSERVATORIO RER
Psicologia e COVID-19
Mila Ferri, Anahi Alzapiedi, Luca Barbieri, Luca Brambatti, Marco Chiappelli, Paola Dondi, Fiorello Ghiretti, Paola Giacometti, Barbara Leonardi, Rachele Nanni, Giorgia Pifferi, Paola Ravaglioli, Alessio Saponaro
- 26 MATERNITÀ, INFANZIA, ADOLESCENZA RER
Servizi per l'autismo minori ai tempi del COVID-19
Chiara Del Furia, Gianpaolo Luppi, Michela Cappai, Paolo Soli
- 31 VALUTAZIONE DSM-DP
Smart working in salute mentale
Pietro Pellegrini, Chiara Bove, Caterina Soncini, Leonardo Tadonio
- 37 VALUTAZIONE DSM-DP
Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
Corrado Cappa, Maurizio Avanzi, Massimiliano Imbesi, Chiara Paglia, Massimo Rossetti, Silvia Chiesa
- 41 VALUTAZIONE DSM-DP
Le ragioni di un link "sociale" per i percorsi IPS
Fabio Albano, Antonella Bufano, Anna Pagani, Magda Paoli, Vincenzo Trono, Sabrina Vaccaro
- 45 VALUTAZIONE DSM-DP
Quando i vincoli generano opportunità
Cristina Sorio, Paola Carozza
- 49 VALUTAZIONE DSM-DP
Come mantenere le buone pratiche nel post emergenza?
Paola Carozza, Cristina Sorio
- 53 CARCERE
La pandemia oltre le sbarre e i cancelli
Ferdinando Cerrato, Raffaella Campalastri
- 57 STRUTTURA RESIDENZIALE
La RTI COVID del DSM-DP
Enrico Semrov, Gaddomaria Grassi, Sara Paderni, Valeria Accardi, Annamaria Nasi, Milvana Garamante, Natascia Benazzi
- 61 CENTRO DIURNO
Narrazione di un'esperienza di resilienza
Donatella Marrama, Cristina Balestrazzi, Valentina Barbieri, Alessia Casoli, Fiorenza Fiorini, Brunella Grisendi, Simona Venturoli, Rocco Vergine
- 64 CENTRO DIURNO
Un mezzo al di là del luogo
Alba Natali, Patrizia Turci
- 68 CENTRO DIURNO
Da offline ad online
Valentina Belli, Federica Volpi, Carlotta Impieri, Cinzia Tonelli, Laura Trolli, Gianni Cavadini, Michele Zizzari, Centro Diego Fabbri di Forlì
- 72 MATERNITÀ, INFANZIA, ADOLESCENZA
"Faraway so close"
Simona Chiodo, Maria Condò, Lorenza De Luca, Luana Fusaro, Lia Gamberini, Cristian Grassilli, Laura Mass
- 77 DIPENDENZE PATOLOGICHE
Resilienze
Maria Caterina Antonioni, Barbara Bezzi, Maria Cristina Colangelo, Leonardo Tadonio
- 81 DIPENDENZE PATOLOGICHE
La pronta accoglienza in epoca COVID-19
Luana Oddi, Luca Magnavacchi, Jelena Manca, Mohamed Sabri, Nawal El Khammar, Monica Incerti Telani, Patrizia Ligabue, Federico Paolini, Ahmad Ahmadi, Stefano Fornacciari, Andrea Scazza, Angela Zannini
- 86 DIPENDENZE PATOLOGICHE
Consumi e dipendenze
Luca Ghedini, Ilaria Capucci, Marco Falconieri, Claudia Iormetti, Antonio Lamparelli, Marcello Lolli, Alberto Sondo
- 90 DIPENDENZE PATOLOGICHE
Educatore come focus nel SerDP?
Luca Balducci, Luigi Caputo, Giovanni Greco
- 93 SALUTE MENTALE
Una diversa vicinanza
Patrizia Ceroni, Cristina Azzali, Vincenza Ivana Molinaro, Maria Cristina Daolio, Emanuela Sartori, Massimo Costa, Gianfranco Bertè, Donatella Rizzi, Emanuela Bassi, Pietro Pellegrini
- 98 SALUTE MENTALE
Da remoto verso il futuro
Cristina Azzali, Patrizia Ceroni, Pietro Pellegrini



- 101 RICERCA RER
Adolescenza e COVID-19
Stefano Costa, Lorenzo Giamboni, Laura Maria Ceteroni, et al.
- 105 RICERCA RER
Elementi per valutare il rischio di contagio
Pietro Pellegrini, Ivana Molinaro, Diego Gibertini, Patrizia Ceroni