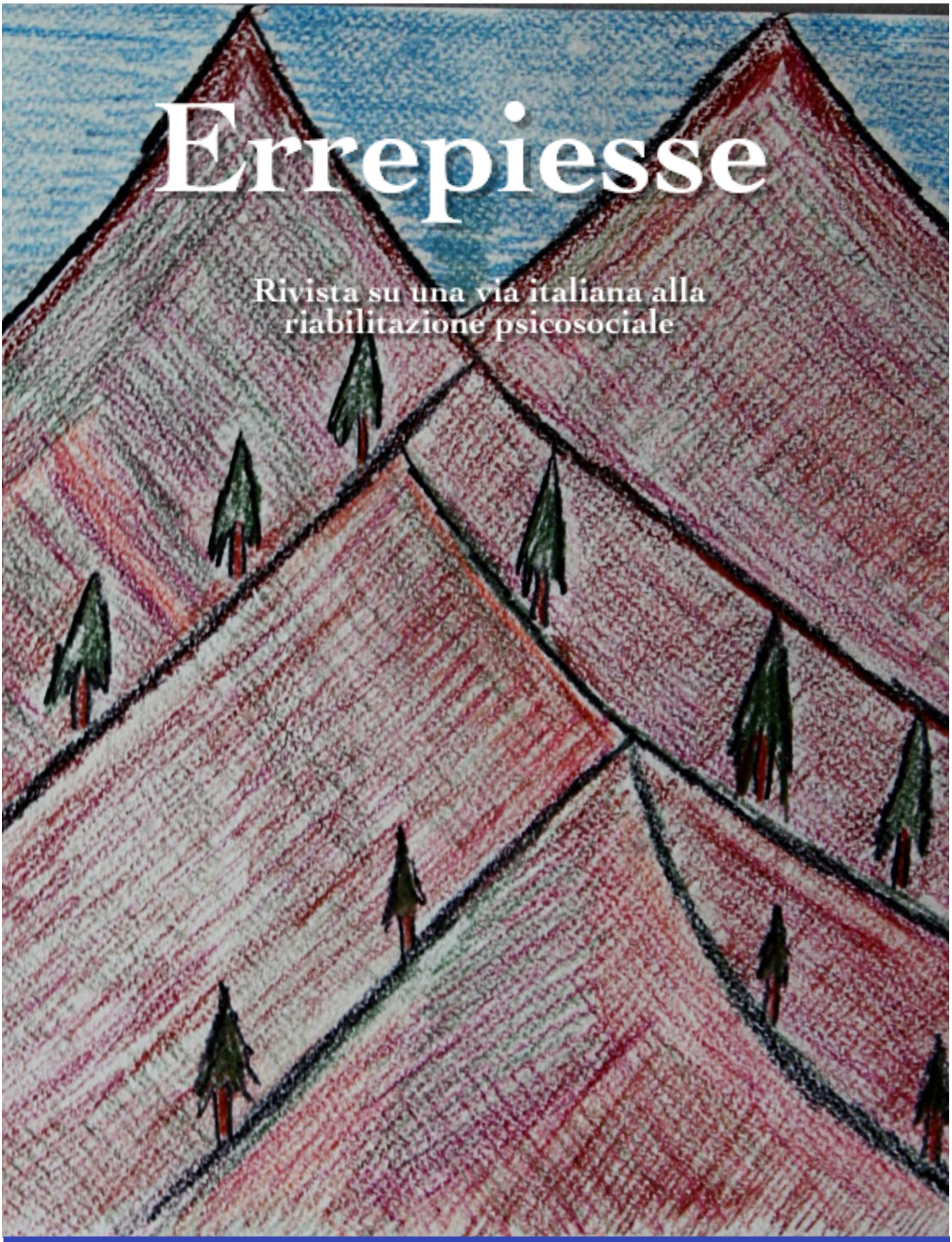

QUADRIMESTRALE ANNO XIV– N°1 – APRILE 2020

Sommario

PRIMA PAGINA

- Pazienti psichiatrici autori di reato: percorso riabilitativo in una struttura aperta. Studio osservazionale durante e oltre il periodo di esecuzione della misura di sicurezza della libertà vigilata
di Irene Curti, Pierluigi Politi, Luca Tarantola

LA VIA ITALIANA

- Strumenti di valutazione: una riflessione sulla pratica educativa-riabilitativa
di Carlo Scovino, Martina Viola

- I Neuroni Specchio: un'applicazione pratica nella didattica del movimento
di Marco Aresti, Jessica Ciano

IL LAVORO E I SERVIZI

- COVID-19 e strutture residenziali nei servizi di Salute Mentale. Indicazioni per prevenire e limitare
di Stefania Borghetti, Stefano Barlati, Martine Vallarino, Caterina Viganò e Direttivo Sirp Lombardia

NORME REDAZIONALI
ARCHIVIO
SCARICA LA RIVISTA

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Rabboni

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

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

SEGRETERIA DI REDAZIONE
Cristina Bellazzecca

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

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori.

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

Pazienti psichiatrici autori di reato: percorso riabilitativo in una struttura aperta. Studio osservazionale durante e oltre il periodo di esecuzione della misura di sicurezza della libertà vigilata

Di Irene Curti, Pierluigi Politi*, Luca Tarantola**

ABSTRACT
The observational study is carried out on a group of forensic psychiatric pts with a past of probation, served in the residential communities "Torchietto", C.R.M. and C.P.A (Polo Riabilitativo "Torchietto" - U.O.P 57/58 of DSM - ASST of Pavia), after the time of its revocation for cessation of the social dangerousness status.
AIMS OF THE STUDY: To verify: - if it's always true that a forensic psychiatric pt has worse possibilities of recovery and higher risk of reiteration of crimes than not forensic psychiatric ones; - if an "open" and less precautionary facility (compared to a REMS), can be functional for a satisfying recovery of this population; - how Polo Torchietto is playing this role, observing how the 7 still alive pts hosted in, from the year of its foundation (1992), appear during and after probation, under the functional personal/familial/social-occupational and social-dangerousness profiles, in comparison to the control group (c.g.).
TOOLS AND METHODS: in a follow-up of 8 consecutives months, the therapeutic-rehabilitation pathway of the 7 above mentioned forensic psychiatric pts has been pursued in comparison to a selected c.g., through direct observation, study of the life history preceding the observational period, face to face conversations, partial co-participation to the daily and community life of each pt, and application of appropriate assessing scales (BPRS v.4.0, SVFSL, CGI, PCL-R e HCR-20).
RESULTS: the forensic psychiatric group obtained best scores on the BPRS scale than the c.g.; equal scores on the CGI scale and slightly better scores on the SVFSL scale. The majority of forensic psychiatric pts (5 of the 7) got a low score on the PCL-R and the HCR-20 scales, meaning a low risk of reiteration of crimes, except 2 pts with a score referring to a medium risk of social dangerousness. Unexpectedly, instead, 3 pts belonging to the c.g. have been classified at medium risk and 1 of them at hight risk out of a total of 8 pts, altought they have committed no severe crimes in their past life.
CONCLUSIONS: the BPRS, CGI and SVFSL scale results demonstrate that forensic psychiatric pts, after an adequate rehabilitation pathway in an "open" facility (non-REMS), not always and not necessary provide a worse psyco-phisical health level and a worse psyco-social functioning degree than not forensic psychiatric ones, nor can it be said they have no possibility to go towards even significant improvements in comparison to their previous condition. The PCL-R and HCR-20 results reveal that an aprioristic judgment of a major dangerousness risk applicable to the ex-forensic psychiatric pts compared with the not forensic ones not always has realistic and scientific evidence; it could even further worsen the "social stygma". Looking at the results, we can confirm Torchietto to be working well as an "open" residential community, in the reception of psychiatric pts with probation and in the construction of a functional rehabilitative pathway for each one of them.

Focalizzando l'attenzione sulla questione delle potenzialità riabilitative dei pz psichiatrici autori di reato in misura di sicurezza della libertà vigilata (m.d.s della l.v.), possiamo osservare come, soprattutto dopo la chiusura degli Opg italiani (31 marzo 2015, in seguito alla Legge 81/2014[1]), ancora oggi gravino anche nel mondo accademico-professionale pareri contrastanti, specialmente in

relazione alla possibilità di una gestione di tali pz all'interno delle "strutture intermedie" territoriali in seno ai DDSSMM locali, sulle cui spalle, secondo alcuni professionisti dell'assistenza psichiatrica, essi apporterebbero un eccessivo peso, causando importanti e vari problemi al sistema sanitario. Non essendoci ancora chiarezza sull'argomento e non esistendo, ad oggi, studi statistici ufficiali che avvallino tale posizione piuttosto che altre più ottimiste, il presente studio offre una prima osservazione sulla possibilità di recovery e sulla pericolosità sociale di detti pz rispetto a pz psichiatrici non rei, indagando all'interno delle due Comunità residenziali «Torchietto», C.R.M. e C.P.A, che da anni li stanno ospitando.

Il Polo Riabilitativo "Torchietto" di Pavia, sito in Via Torchietto n.19, nasce nel 1992 come C.R.T. (Centro Riabilitativo Terapeutico), presidio sanitario impostato secondo un modello comunitario, e organizzato all'interno dell'Unità Operativa di Psichiatria di Pavia (U.O.P) 57/58 del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) della Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Pavia (ASST PAVIA). Ad oggi, esso risulta costituito da tre strutture riabilitative, di cui:

- due di tipo residenziale, la Comunità Riabilitativa a Media Assistenza «C.R.M.», prima C.R.T. sino al 28 Febbraio 2010, e la Comunità Protetta ad Alta Assistenza «C.P.A.»
- una di tipo semi-residenziale, il Centro Diurno «C.D.)».

Attualmente ognuna di queste tre unità è di fatto una struttura "aperta": per scelta voluta, nessuna porta è chiusa a chiave, non esiste una portineria e ogni degente ha la possibilità concreta di muoversi all'interno e all'esterno dell'edificio in qualsiasi momento della giornata (la chiusura perimetrale è prevista solo nelle ore notturne), in completa autonomia. Tale "libertà di movimento" della Persona è presupposto e parte dei programmi riabilitativi: qualora anche presenti limitazioni per una m.d,s. della l.v., il pz autore di reato è responsabilizzato ad attenervisi, in assenza di controllo continuo da parte del personale sanitario. Le strutture, come anche le giornate-tipo degli utenti, sono organizzate in modo da rispecchiare quelle che si vivrebbero in un'abitazione vera e propria, e nella realtà esterna. Ciascun ospite ha un proprio piano terapeutico di intervento, definito e condiviso con la Persona, finalizzato alla recovery, che consente di sperimentare e apprendere (o ri-apprendere) abilità nella cura di sé, del proprio spazio e dei propri effetti personali, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni, e di supportare eventuali inserimenti formativi, abitativi ed occupazionali con livelli differenziati di protezione. La terapia riabilitativa che viene effettuata in Torchietto si può così suddividere in due tipologie: *occupazionale*, anche in concordanza con gli obblighi lavorativi imposti dai provvedimenti di m.d.s. della l.v. per i pz autori di reato, ed *espressiva* (ad es. arteterapia, musicoterapia, teatroterapia).

Da anni, anche antecedentemente alla riforma legislativa di superamento di Opg e CCC (Legge 81/2014[1]), la U.O.S. Torchietto accoglie, presso le sue due strutture residenziali, C.R.M. e C.P.A, pz psichiatrici autori di reato e sottoposti a m.d.s. della l.v., provvisoria o definitiva, come disposta dalla Magistratura, provenienti dal territorio di competenza della U.O.P 57/58 (area pavese di circa 200.000 abitanti). Si sottolinea come, nel rispetto delle limitazioni dettate dal provvedimento giudiziario, la linea comune concordata sia sempre stata quella di un trattamento identico a quello riservato ai non autori di reato, compresi il tempo e il numero di operatori ad essi dedicati, al fine di ridurre lo stigma percepito dal pz in m.d.s. e/o potenzialmente ed eventualmente provato dall'operatore nei suoi confronti.

PRESENTAZIONE DEL CAMPIONE: ad oggi, l'esperienza del polo "Torchietto", essendo limitata ai soli casi del proprio territorio, riguarda una decina di pz autori di reato (di cui una sola di sesso femminile), che hanno effettuato e concluso, o stanno ultimando, il loro percorso riabilitativo. Tutti coloro che sono giunti a giudizio sono stati totalmente prosciolti per vizio totale di mente. Tra di essi, 7 hanno concluso il periodo in m.d.s. stabilito dal Giudice (alcuni hanno avuto una revoca anticipata per

cessazione della pericolosità sociale), 2 sono ancora in m.d.s. e 1 è deceduto. Di questi, alcuni hanno ricevuto la disposizione di eseguire la m.d.s. da subito, senza passaggio in Rems, all'interno di una struttura residenziale extra-ospedaliera, quale è il Torchietto; altri provenivano da ex-Opg (e attuali Rems) in seguito alla conversione della m.d.s. detentiva in m.d.s. della l.v. . Lo studio è stato condotto sul gruppo dei 7 pz sopracitati. Si precisa che i reati da essi commessi sono di notevole gravità per rilevanza giuridica ed impatto sociale e sono occorsi prevalentemente nel contesto famigliare (matricidio, parricidio, tentato uxoricidio, tentato fratricidio, tentato omicidio, aggressioni e lesioni personali verso Operatori e/o Agenti di Pubblica Sicurezza) (opp v.tabella 1). I 7 pz in studio sono stati messi a confronto con un gruppo di controllo (g.c.) opportunamente selezionato all'interno delle stesse strutture C.R.M e C.P.A., costituito da pz con diagnosi di patologia mentale e che non hanno mai commesso, nella loro storia di vita, crimini perseguibili penalmente. Per la selezione del g.c. sono stati utilizzati 4 criteri di inclusione: parità di *diagnosi*, di *durata di permanenza in Torchietto*, di *età* e di *sesso*, in modo tale che ognuno dei 7 pz autori di reato avesse almeno un corrispettivo nel g,c. per ognuno di questi criteri.

OBIETTIVI DELLO STUDIO: si è voluto verificare se è sempre vero che il pz ex-autore di reato in m.d.s. della l.v. abbia possibilità di recovery necessariamente peggiori e rischio di reiterazione di reato necessariamente più alto rispetto a pz psichiatrici non rei; comprendere se una comunità residenziale "aperta", quale è il Torchietto, e meno rigida dal punto di vista cautelativo rispetto alle Rems, possa essere funzionale per una soddisfacente recovery del paziente ex-autore di reato in m.d.s., valutando come i 7 pazienti in studio appaiano sotto i profili funzionali psico-fisico, socio-occupazionale e della pericolosità sociale, durante e dopo il provvedimento della m.d.s., a raffronto con il g.c.

MATERIALI E METODI: i pz in studio appartenenti ai due gruppi sono stati seguiti in un follow-up di 7 mesi (dal Febbraio all'Agosto 2018), tramite osservazione diretta, studio della storia di vita precedente al periodo di osservazione (compresa la storia giuridica per gli autori di reato), visite domiciliari per i già dimessi, colloqui vis a vis, parziale compartecipazione agli eventi della vita quotidiana e comunitaria, applicazione di apposite scale valutative. Per la valutazione dello stato psicopatologico del paziente sono state effettuate interviste semi-strutturate al fine della compilazione della *Scala BPRS v 4.0 (Brief Psychiatric Rating Scale, versione ampliata)* nel suo riadattamento italiano[2], con assegnazione di un punteggio parziale di gravità crescente da 0 a 7 a ciascun item e ottenimento del punteggio totale dalla somma dei parziali per ogni pz. Si è integrato il quadro valutativo raccogliendo un dato sul grado di funzionamento sociale e lavorativo del paziente, ricorrendo all'applicazione della Scala SVFSL (Scala di Valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo)[3], nota anche come Scala SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale) nell'originale in lingua inglese (Goldman et al., 1992)[4], la quale considera la presenza e l'entità di eventuali deficit sia sul piano psichico che su quello fisico, dando loro ugual peso. Il punteggio da attribuire può assumere qualunque valore intero da 0 a 100, ove punteggi più elevati indicano funzionamento migliore. A completamento della valutazione psicopatologica, al fine di constatare il grado di severità di malattia e di miglioramento di ciascun paziente, è stata condotta un'indagine sul numero di ricoveri in SPDC dalla data d'ingresso in Torchietto sino ad oggi (o sino alla dimissione) ed è stata applicata la Scala CGI (Clinical Global Impression)[5]. Per valutare il rischio di recidiva criminosa (per il gruppo degli autori di reato), o di commissione di agito violento ex- novo (per il g.c.), riflettenti il livello di pericolosità sociale, è stata impiegata la Scala HCR-20 (Historical Clinical Risk Management-20)[6], ampiamente utilizzata sia tra l'équipe di valutazione forense che nella pratica

clinico-terapeutica. Lo schema concettuale alla base della scala è quello di delineare alcuni markers di rischio sia nel passato di vita del pz (nel nostro caso si è considerato il periodo antecedente all'ingresso in Torchietto), sia nel quadro clinico obiettivabile al momento dell'indagine, sia in relazione ai percorsi trattamentali eventualmente attuabili nell'immediato futuro[5] e permette di classificare ciascun pz in una classe *bassa*, *media*, *alta* di rischio. Per l'item H9 della suddetta scala, la valutazione è stata ottenuta, come da manuale, considerando l'applicazione di un'altra scala che focalizza l'attenzione sulla presenza nel pz di attitudini violente e fattori di pericolosità indici di «psicopatia»: la scala PCL-R (Hare Psychopathy Checklist- Revised)[7].

DISCUSSIONE E RISULTATI: il gruppo dei pz ex-autori di reato ha ottenuto punteggi lievemente migliori rispetto al g.c. alla scala BPRS e, pur risultando le medie dei punteggi totali dei due gruppi molto vicine (rispettivamente 45.3 e 50.9), si recepisce l'esistenza di una differenza tra i due, più evidente al confronto delle relative mediane (rispettivamente 37 e 56.5) e all'osservazione che, tra gli autori di reato, un pz ha un punteggio probabilmente aggravato da una contestuale diagnosi neurologica di "decadimento cognitivo legato all'invecchiamento". Anche alla scala SVFSL il grado di funzionamento indagato (socio-occupazionale) è risultato lievemente migliore tra gli autori di reato (media=47.5; mediana=55) rispetto al g.c (media=45.6; mediana=40). Sono invece stati ottenuti punteggi pari al g.c. alla scala CGI in termini di medie e mediane di tutti e tre gli items. Si osserva, inoltre, che dei 7 pz in studio, 4 sono migliorati lievemente (minimally improved), 2 notevolmente (much improved) mentre 1 solo è lievemente peggiorato (minimally worse). Un altro dato di rilievo è stato il riscontro di un minor numero di ricoveri in SPDC e uno maggiore di dimissioni per il gruppo dei pz in m.d.s. rispetto al c.g. Alle scale PCL-R e HCR-20 la maggior parte dei pz ex-autori di reato (5 su 7) ha ottenuto un punteggio basso, traducibile con una bassa classe di rischio di reiterazione di reato, mentre solo 2 hanno ottenuto punteggio riferibile a rischio medio di pericolosità. Circa i pz del g.c, sorprendentemente, 3 sono risultati a medio rischio e 1 addirittura ad alto rischio su un totale di 8 pz.

CONCLUSIONI: a fronte di opinioni diverse, talora opposte, riguardo alla possibilità di recovery e al grado di pericolosità sociale, maggiori o minori, del pz psichiatrico in m.d.s. della l.v. rispetto al pz psichiatrico che non ha mai commesso atti delittuosi, e di fronte alla mancanza di informazioni circa il buon funzionamento riabilitativo di strutture residenziali territoriali per tale tipologia di pz, il presente studio offre una prima risposta. Dai risultati ottenuti alle scale BPRS e SVFSL si evince che il gruppo dei pz autori di reato non ha *funzionamento psicofisico* e *socio-lavorativo* necessariamente peggiori rispetto al gruppo di controllo. Si può segnalare, anzi, una sua tendenza ad un funzionamento migliore sotto entrambi i profili. Alla scala CGI emerge che il gruppo dei pz autori di reato non necessariamente ha *severità di malattia* più alta e grado di *miglioramento globale* inferiore rispetto al g.c. in virtù del percorso riabilitativo seguito, e nemmeno risulta che i suoi appartenenti non abbiano possibilità di andare incontro a miglioramenti anche notevoli rispetto alla loro precedente condizione Si può, altresì, rilevare che nello stesso gruppo non necessariamente l'*efficacia della terapia farmacologica* è più bassa rispetto al g.c. . Inoltre, il minor numero di ricoveri in SPDC del gruppo dei pazienti autori di reato sembrerebbe ben sposarsi con questa tendenza, andando a sostegno di un loro migliore stato psicofisico e funzionamento psicosociale. Infine, dallo studio dei dati relativi alla scala HCR-20, essi risultano essere a rischio di reiterazione di atti criminosi in modo lievemente inferiore rispetto a quanto il g.c. sia a rischio di commettere un reato ex-novo. Dunque, i risultati sembrano suggerire che non vi sia sostanziale differenza di pericolosità sociale tra i due gruppi e che, anzi, il primo abbia una

pericolosità lievemente inferiore. Si aggiunge, inoltre, l'osservazione che nessuno, tra i pazienti in m.d.s. in studio, ha mai avuto una ricaduta penale con rientro in Rems.
Quanto sopra esposto suggerisce ottimismo nei confronti delle potenzialità di recovery di questi pz. Lo studio non ha la pretesa di fornire una risposta esaustiva o generalizzabile all'intera realtà italiana. Tuttavia, esso può rappresentare un segnale positivo, mostrando come anche un paziente psichiatrico con un passato segnato da atti criminosi possa, di fatto, andare incontro a un importante miglioramento sotto i vari profili funzionali, se non di più almeno alla pari, di un paziente senza passato giudiziario sulle spalle con uguali diagnosi, età, sesso e periodo di ricovero nella medesima struttura. I risultati sono confortanti anche di fronte al timore, in parte realistico, in parte generato da uno stigma sociale difficile da dissipare, nei confronti del paziente psichiatrico reo e prosciolto per incapacità di intendere e di volere, soprattutto se esistono per lui percorsi di cura adeguati e la garanzia di una continuità assistenziale, ponderata alle sue esigenze, lungo il percorso che va dalla Rems, alla Comunità Residenziale, alla vita autonoma nella realtà esterna. Dallo studio presente, il Polo Riabilitativo residenziale Torchietto emerge come realtà vincente. Si possono azzardare alcune ipotesi sui motivi del suo buon funzionamento in tale ruolo. L'attenzione dell'équipe curante della struttura nell'incoraggiare il pz in m.d.s. a rispettare tutti i termini del provvedimento giudiziario per l'intera sua durata, lo ha forse aiutato a reimparare il rispetto di regole e paletti imposti dalla società; lo stesso fatto che il Torchietto sia una struttura aperta, a differenza di altre comunità residenziali territoriali, permette, forse, al pz in m.d.s. di responsabilizzarsi, al punto di scegliere di non fuggire dalla struttura (comportamento trasgressivo, che sarebbe contrario alle disposizioni dell'ordinanza giudiziaria). L'impostare un piano di cura personalizzato da una parte, senza fare sostanziali differenze dall'altra, nel trattamento del paziente in m.d.s., nella scelta del numero di operatori da affiancargli o nel tempo da dedicargli, ha forse permesso a ciascun appartenente al gruppo autori di reato in esame, di sentirsi alla pari di tutti gli altri codegenti. Il supporto dato all'ospite del Torchietto nel riabilitarsi nei principali aspetti di vita (affettivo-relazionale, igienico-sanitario, legale-amministrativo, socio-lavorativo), sostenendone una graduale autonomizzazione; la libertà lasciatagli nella scelta delle attività riabilitative proposte, cosi come il rispetto di un suo eventuale rifiuto nel seguirle in un particolare momento contingente; l'impegno nel garantirne i diritti di "persona", sono aspetti che forse hanno permesso anche al paziente in m.d.s. della l.v. ospitato in Torchietto, di guadagnare sempre maggior fiducia in se stesso e nelle proprie capacità, maturando una speranza concreta di un pieno recupero dei propri diritti di cittadinanza. Se il Polo Riabilitativo Torchietto sta avendo questo buon funzionamento, si può sperare che anche altre comunità in seno ai DDSSMM territoriali che adottino modelli riabilitativi simili, abbiano uguale successo.

Tabella 1- Data d'ingresso presso il Polo Riabilitativo Torchietto, tipo di reato commesso, date di emissione e cessazione delle misure detentive e non detentive disposte dall'Autorità Giudiziaria, per ciascun paziente appartenente al Gruppo Autori di Reato

Nome	PG	QG	BF	CrG	SG	CC	Ca G
Data d'ingresso in Torchietto	dic-1998 (Dimesso il 28/03/2014)	nov-05	mar-2013 (Dimesso il 03/07/2017)	gen-14	lug-2014 (Dimessso il 01/08/2016)	set-15	mag-16
Diagnosi	Schizofrenia Paranoide	Schizofrenia Paranoide	Schizofrenia paranoide + Abuso Alcolico + Abuso di Stupefacenti	Disturbo schizoaffettivo + Disturbo di Personalità NAS	Depressione Maggiore	Disturbo delirante cronico + RM lieve + Disturbo di Personalità NAS + Abuso Alcolico	Schizofrenia Paranoide
Tipo di reato commesso	TENTATO FRATRICIDIO (lesioni aggravate con arma da taglio)	AGGRESSIONE A PUBBLICO UFFICIALE	MATRICIDIO	DANNEGGIAMENTO + MINACCE AGGRAVATE	TENTATO UXORICIDIO	MINACCIA + DANNEGGIAMENTO AGGRAVATO + PORTO ABUSIVO D'ARMA	PARRICIDIO
Ordinanze giudiziarie	gen-1963 - MDS detentiva c/o Opg di Montelupo Fiorentino,ove rimane per 10 anni,cui seguono dimissioni dall'Opg e ingresso in un lungo circuito di cura presso altre strutture, tuttora in atto	2005 - Periodo di detenzione in carcere in attesa di giudizio 2005 - MDS della LV c/o Polo R. Torchietto 2018- Revoca della MDS della LV	gen-2009 - MDS Detentiva c/o Opg di Reggio Emilia nov-2012 - Conversione in MDS della LV c/o CRA S.Riccardo di Cernusco S.N. mar 2013 - Ingresso in Polo R. Torchietto e successiva revoca della MDS della LV	sett-2016 -MDS della LV c/o Polo R. Torchietto gen-2018 - Revoca della MDS della LV	mag-2014 - Arresti domiciliari lug-2014 - MDS della LV provvisoria c/o Polo R.Torchietto feb-2016 - Assoluzione dal reato per non imputabilità e conferma della MDS della LV già in atto mar-2016 - Revoca della MDS della LV	nov-2014 - MDS Detentiva c/o Opg di Castiglione delle Stiviere sett-2015 - Conversione in MDS della LV c/o Polo Riabilitativo Torchietto sett-2017 - Revoca della MDS della LV	gen-2000 -MDS Detentiva c/o Opg di Castiglione delle Stiviere apr-2003 - Cessazione della MDS Detentiva, cui segue uscita dall'Opg e prosegumento del percorso di cura in altre strutture, compreso il Polo R.Torchietto

**Università degli studi di Pavia – Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento – Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia*

Articolo tratto da "Tesi Sperimentale di Laurea - PAZIENTI PSICHIATRICI AUTORI DI REATO: PERCORSO RIABILITATIVO IN UNA STRUTTURA APERTA - Studio osservazionale durante e oltre il periodo di esecuzione della misura di sicurezza della libertà vigilata", di cui:

Autore: *Dott.ssa Irene Curti* - ***Relatore:*** *Chiar.mo Prof. Pierluigi Politi* - ***Correlatore:*** *Dott. Luca Tarantola*

BIBLIOGRAFIA

[1] Per i vari riferimenti legislativi e normativi citati nel testo, Cfr.: http://www.altalex.com/documents/news/2014/03/10/codici-altalex .

[2] Roncone R, Ventura J, Impallomeni M, Falloon IR, Morosini PL, Chiaravalle E, Casacchia M, Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs. low clinical experience. Acta Psychiatrica Scandinavica; 1999, 100 (3), pp. 229-236. Cfr.: http://www.riabilitazionepsicosociale.it/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/BPRS-4.0-ampliata-Brief-Psychiatric-Rating-Scale.pdf .

[3] American Psychiatric Association (APA), Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV). Milano: Masson; 1996

[4] APA Press American Psychiatric Association (APA), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) Axis V. Washington DC: American Psychiatric Press Inc; 1994, pp. 760-761. Cfr.: http://www.people.ku.edu/~tkrieshok/epsy890/lectures/sofas.pdf .

[5] Guy W. Clinical Global Impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare; 1976

[6] Douglas K, Webster C. The HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme: Concurrent Validity in a Sample of Incarcerated Offenders.Criminal Justice and Behavior; 1999, 1 (26), pp. 3-19

[7] Hare. R. The Hare psychopathy checklist-revised: Manual. Tonawanda, NY: Multi-Health Systems; 1991

Strumenti di valutazione: una riflessione sulla pratica educativa- riabilitativa

Di Carlo Scovino, Martina Viola***

Abstract
The article deals with evaluation in educational – rehabilitation practice with the awareness that any instrument represents a reference framework that allows the numerical transposition of objectivable elements without eliminating the subjectivity of the patient, which remains the central element of the educational-rehabilitative practice. The scales of evaluation that are presented must be considered tools, imperfect and widely perfectible, but extremely useful and indeed, to this day, irreplaceable.
This short article is the product not only of the experience, but also of a research work still at is beginning, of collecting and evaluating documentary material.

Il Dott. F. Crisafulli definisce la valutazione come la "*determinazione del valore di cose e fatti di cui si deve tener conto ai fini di un giudizio, di una classificazione o graduatoria*" [1]. L'operatore, per esprimere un giudizio in maniera adeguata al contesto, in fase di valutazione, deve basarsi su criteri definiti che possano ridurre l'eventuale tasso di incertezza, migliorare l'efficacia del programma terapeutico e agevolare l'assunzione di decisioni.
In riabilitazione la valutazione prende in considerazione la globalità della persona indagando non solo i *deficit* dell'utente ma anche le sue capacità e risorse, il contesto in cui vive e le sue relazioni privilegiate [2]. Gli strumenti impiegati per la valutazione sono raggruppabili in due principali categorie:

1. *strumenti valutativi informali o non strutturati*: osservazione diretta e/o partecipata sul campo, colloqui con utenti o famigliari;
2. *strumenti valutativi formali o strutturati*: test, scale di valutazione, interviste semi-strutturate, questionari auto/etero-somministrati, ecc.

In ambito educativo-riabilitativo è osservabile una certa resistenza all'utilizzo degli strumenti di misurazione strutturati da parte degli operatori socio-sanitari, in particolare dagli educatori professionali. Questo rende la valutazione degli operatori poco fruibile in quanto vengono a mancare alcuni aspetti importanti che la renderebbero maggiormente valida, quali:

- l'analiticità: basarsi su tecniche ritenute valide;
- la sistematicità: rispettare una periodicità;
- l'attendibilità: produrre risultati attendibili;
- l'orientamento verso i migliori obiettivi da raggiungere in termini di efficacia ed efficienza;
- l'idoneità a produrre valide conclusioni.

Tenendo conto di questi aspetti e integrando tra loro gli strumenti di valutazione informali con quelli formali è possibile prendere delle decisioni con cognizione di causa e comprendere se l'intervento riabilitativo proposto è di beneficio per l'utente e sta producendo in lui il cambiamento desiderato.

Tra gli strumenti di valutazione formali più utilizzati in ambito psichiatrico si citano i seguenti:

- **VADO** (Valutazione delle Attività e Definizione degli Obiettivi): strumento volto al miglioramento delle competenze individuali che si compone di una prima parte inerente alla valutazione del paziente e di una seconda relativa alla pianificazione e alla conduzione del programma riabilitativo;
- **HoNOS** (Health of the Nation Outcome Scale): strumento avente come obiettivo la valutazione dell'esito delle cure prendendo in considerazione non solo gli aspetti clinici ma anche la globalità delle problematiche relazionali e sociali presentate dal paziente;
- **WHOQOL – Brief Version** (World Health Organisation Quality Of Life): strumento che indaga l'impatto che la malattia ha sulla qualità di vita dell'individuo che ne è affetto. Per qualità di vita si intende *"la percezione che ciascuna persona ha della propria posizione nella sua vita rispetto al contesto in cui vive, alla cultura e al sistema di valori in cui è inserito e in relazione ai suoi obiettivi, aspettative, priorità e preoccupazioni* [3]*."* Tale strumento può essere un valido supporto per gli operatori socio-sanitari perché permette di identificare le aree della vita dell'utente maggiormente compromesse dalla malattia e di scegliere il percorso riabilitativo più adatto al miglioramento della qualità della vita dell'utente stesso;
- **Mental Health Recovery Star**: strumento che si occupa di supportare e misurare i processi di cambiamento che avvengono nei percorsi di cura della persona con patologia psichiatrica. Esso si basa sull'idea che i pazienti psichiatrici possono condurre una vita soddisfacente riuscendo a gestire efficacemente la malattia; proprio per questo la Recovery Star non pone l'attenzione sulle problematiche dell'utente ma sulle sue potenzialità.

Difficilmente i professionisti socio-sanitari, in particolar modo gli educatori professionali, lavorano servendosi delle suddette scale di valutazione. Gli operatori percepiscono la pratica educativa-riabilitatvia come qualcosa di intangibile e per questo difficilmente misurabile, perché strettamente legata al modo di essere delle persone implicate nella relazione educativa. Bisognerebbe, invece, prendere in considerazione quanto dice la *National Association of Social Workers and Oxford University Press* riguardo gli strumenti di valutazione in ambito educativo-riabilitativo: *"La valutazione è un processo continuo di raccolta dati finalizzato all'identificazione dei punti di forza e dei problemi del cliente. Metodi qualitativi e metodi quantitativi devono integrare tra loro le proprie competenze per collegare la valutazione alla programmazione dell'intervento* [1]*".*
Gli strumenti di misurazione dovrebbero, quindi, essere visti dai professionisti dell'educazione e della riabilitazione come degli strumenti essenziali per il loro lavoro che non vanno ad inficiare sulla complessità intrinseca dell'essere umano e sulla sua vulnerabilità ma che permettono di creare, insieme all'utente, un percorso maggiormente adatto al miglioramento della sua qualità di vita.
La sfida degli educatori professionali e degli altri operatori socio-sanitari deve essere quella di individuare, per ciascun utente, lo strumento più adatto alla sua condizione e che più possa essere d'aiuto nella progettazione del suo percorso di cura. Le scale di valutazione, infatti, permettono di indagare con maggiore discrezione e precisione le aree di vita del paziente, consentendo all'operatore di ottenere maggiori informazioni circa la gestione autonoma della salute fisica e psichica del paziente, la cura del sé, la rete sociale e famigliare di riferimento, le performances cognitive, i problemi comportamentali oppure la gestione delle attività quotidiane.

Inoltre, un utilizzo adeguato degli strumenti di valutazione in ambito educativo-riabilitativo permette una maggiore condivisione delle valutazioni con altri professionisti e con la società.
Grazie a questo il lavoro educativo-riabilitativo potrà raggiungere maggiore consenso e credibilità.
"Sono convinto che il miglioramento della qualità della pratica educativo-riabilitativa potrebbe essere reso possibile dall'applicazione di procedure di valutazione dell'esito degli interventi" [4].

***Referente Attività Riabilitative U.O.P. 55 ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano*
****Educatrice professionale*

Bibliografia

[1] Crisafulli F., *La valutazione nel lavoro dell'educatore professionale*, Maggioli Editore, Rimini, 2018
[2] Balestrieri M., Baiutti M., Pellegrino A, Brambilla P., *L'educatore professionale e il processo educativo-riabilitativo in psichiatria* – cap. 43 in *Manuale di Psichiatria*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2014
[3] De Girolamo G., *WHOQOL: salute e qualità della vita*, Centro scientifico editore, Torino, 2004
[4] Scovino C., *Matti per i diritti umani*, Edizioni Arcipelago, 2014, Brescia

I Neuroni Specchio: un'applicazione pratica nella didattica del movimento

Di Marco Aresti, Jessica Ciano***

Abstract

From a careful analysis of the literature, it is observed that in psychiatric pathology the deep nucleus consists of an altered structure of subjectivity understood as a degenerative disorder and a serious difficulty in interpersonal relationships. These characteristics of patients with mental disorders are also closely related to a profound metacognitive impairment, constituted by the difficulty of looking at the other's face and coming into eye contact, which reveals the inability to harmonize one's internal movements and to modulate relationships with others and therefore compromises social functioning and quality of life. People suffering from mental illness have difficulties in domains related to social learning, where mirror neurons are typically involved. It has been seen that these people generally have a reduced mirror activity in the premotor cortex (inability to evaluate the intentions of others), in the insula and in the cingulate cortex (cause of symptoms such as language problems and the absence of empathy). Many studies are focusing more and more on these correlations and finding effective educational and treatment approaches starting from the mirror system.

INTRODUZIONE

Da un'analisi della letteratura e dalla nostra esperienza ai Mondiali di calcio a 5 per pazienti psichiatrici si è visto che, il paziente con diagnosi di psicosi schizofrenica più di altri ha questa difficoltà nell'empatia ed una ridotta attività specchio. L'ipotesi progettuale è quella di inserire un programma di attività motoria dettagliato che migliori questo aspetto che poi va ad incidere su quello relazionale, con il supporto di una didattica semplessa che può configurarsi come una possibile strategia orientativa che consente di decifrare e fronteggiare le complessità contestuali e socio-culturali, una didattica orientativa e finalizzata al successo formativo di tutti e non solo degli atleti più bravi. Dalla nostra sperimentazione è venuta fuori questa ridotta attività specchio e difficoltà di empatia, ma non abbiamo valori assoluti per la poca adesione, il poco tempo e la difficoltà linguistica.

I neuroni mirror sono una particolare classe di neuroni visuo-motori, originariamente scoperti, da Rizzolatti (Rizzolatti & Sinigaglia, 2006), nell'area F5 della corteccia premotoria del macaco che si attivano sia quando la scimmia compie una determinata azione, sia quando osserva un altro individuo (scimmia o uomo) compiere una simile azione. Tali neuroni sono presenti anche nell'uomo nella corteccia pre-frontale, nella corteccia pre-motoria, nell'area motoria supplementare, nella corteccia del cingolo, nella corteccia parietale e nel cervelletto. La scoperta dei neuroni mirror dimostra che il sistema motorio può essere attivato sia in una condizione "on line" durante l'esecuzione del gesto, sia in una condizione "off line" durante l'osservazione o l'immaginazione di un atto che rientri nel repertorio motorio del soggetto che osserva. Tema relativamente nuovo nella psichiatria che è quello della Teoria della Mente, aspetto legato ai neuroni specchio, che il nostro gruppo di ricerca in Scienze Motorie dell'università di Cassino ha voluto proporre non con questionari ma con un'applicazione

pratica in 3D. Il presente lavoro nasce dopo aver seguito il corso, secondo anno LM-67 dell'Università di Cassino e del Lazio Meridionale, del Dottor Marco Aresti, in A.F.A Disagio psichico e sociale e dopo aver partecipato anche al tirocinio formativo A.F.A Export S.p.o.r.t 2018 con i ragazzi della comunità di recupero dell'ASL di Frosinone; Il lavoro è stato ultimato poi con la partecipazione diretta ai Secondi Mondiali di Calcio a 5 per pazienti psichiatrici, tenutosi a Roma al Palatiziano dal 13 al 16 Maggio 2018. Al quale hanno partecipato 140 ragazzi provenienti da 10 Nazioni diverse; il tutto svolto grazie alla collaborazione della FIGC, con il patrocinio del CONI, del Comune di Roma e delle Ambasciate del Giappone, Chile e Argentina. Non a caso il mondiale a Roma ha avuto inizio il 13 maggio 2018, giorno in cui ricorreva il quarantennale della Legge Basaglia, la quale obbligò la chiusura definitiva dei manicomi. Allucinazioni, deliri, tendenza ad isolarsi. Chi soffre di schizofrenia a volte perde il senso della realtà e si sente spaventato, confuso. Un tratto tipico di questo disturbo è la disfunzione sociale: l'altro diventa un enigma indecifrabile, genera ansia, portando ad una serie di meccanismi compensatori che si traducono in comportamenti psicotici. Vittorio Gallese, professore di fisiologia al dipartimento di neuroscienze dell'università di Parma, dà una nuova spiegazione della natura dei disturbi sociali caratteristici della patologia, rivelando le alterazioni del funzionamento cerebrale in chi ne soffre. E mettendo in evidenza le basi neurali di uno dei suoi tratti chiave: l'incapacità di stabilire un confine preciso fra il sé e l'altro. Usando la tecnica della risonanza magnetica funzionale, Gallese e i suoi colleghi, che hanno pubblicato i risultati del loro studio su "*Social Cognitive and Affective Neuroscience*", hanno osservato le risposte cerebrali a situazioni sociali riguardanti l'osservazione di sensazioni corporee vissute da altri. Ed hanno visto che nei pazienti schizofrenici ci sono attivazioni neurali diverse rispetto agli individui sani, in regioni cerebrali coinvolte durante l'esperienza soggettiva di sensazioni corporee tattili. In particolare nella corteccia premotoria - coinvolta normalmente nella percezione di sensazioni corporee e nell'integrazione del controllo motorio con le informazioni sensoriali visive, tattili ed uditive - e nell'insula posteriore, fondamentale non solo nella percezione delle sensazioni corporee ma nel distinguere il sé dagli altri in situazioni di "affettività sociale. Funzioni importanti, perché rendono possibile il senso di possedere le proprie esperienze, come azioni e sensazioni. Ciò è quanto appare disturbato nella patologia schizofrenica. I neuroni specchio si attivano sia quando si fa una cosa in prima persona che quando si osserva un altro compiere la stessa azione. Grazie a meccanismi verosimilmente analoghi, basta scorgere un'emozione su un viso o percepire che la gamba di un altro viene sfiorata per simulare nel nostro cervello una sensazione corrispondente. Questo meccanismo è ciò che Gallese definisce *"simulazione incarnata"* (Gallese, Migone, & Eagle, 2006). Lo studio si è concentrato su due patologie in cui il tema dell'*intersoggettività* risulta centrale, la psicosi schizofrenica e l'autismo infantile, molto diverse fra loro ma con un tratto comune, ossia i problemi di relazione con l'altro. La schizofrenia, infatti, si caratterizza per un problema di confine del sé corporeo, ovvero non è in grado di tracciare confini netti fra il sé e l'altro.

Alla Ricerca Sperimentale sui Neuroni Specchio sono stati valutati 18 soggetti (4 Italia; 4 Francia; 4 Spagna; 3 Argentina e 3 Perù) su un totale di 54 partecipanti. L' "esperimento" coinvolgeva i neuroni specchio attraverso l'utilizzo occhialini 3D e la visualizzazione di 3 video (facile – intermedio e difficile nell'esecuzione); Il primo video riguardava sempre un gesto quotidiano che simulava un'azione sportiva poi nel secondo video; i soggetti dovevano capire il gesto, associarlo allo sport di riferimento ed emularlo, qui il gesto veniva valutato sulla base della scala Likert (da 0 a 5) e l'esecuzione del gesto è stato valutato sempre dalla stessa persona, sulla base degli indicatori di riferimento. La visione di entrambi i video avevano una durata di 5 secondi ciascuno, nel caso in cui il soggetto non fosse in grado di emulare il **GQ (gesto quotidiano)**, avremmo fatto visualizzare direttamente il **GT (gesto tecnico).**

Il primo video:

- **GQ:** Prendere/Staccare una foglia di un albero, in alto;
- **GT:** Muro nella pallavolo;

Il secondo video:

- **GQ:** Sollevare palla medica da terra o qualunque altro oggetto;
- **GT**: Bagher nella pallavolo;

Il terzo video:

- **GQ:** Scivolare su una buccia di banana;
- **GT:** Scivolata nel calcio.

per ogni video è stato valutato l'esecuzione sia del gesto quotidiano che sportivo.

Risultati Complessivi:

VIDEO GQ -1	Scala Likert	Soggetti	
	0	0	0
	1	1	6%
	2	2	11%
	3	5	28%
	4	6	33%
	5	4	22%
TOT		18	

***1**, J. Ciano, E. Ciriello, R. De Felice, M. Nardone, M. Sarra;*

Video 1 Gesto Quotidiano (GQ) Prendere/Staccare una foglia di un albero, in alto: 33% dei soggetti ha ricevuto sulla scala Likert un punteggio pari a 4.

video GT -1.1	scala Likert	soggetti	
	0	0	0
	1	0	0
	2	4	22%
	3	7	88%
	4	5	63%
	5	2	11%
TOT		18	

***2**, J. Ciano, E. Ciriello, R. De Felice, M. Nardone, M. Sarra;*

Video 1.1 Gesto Tecnico (GT) Muro nella pallavolo; 88% dei soggetti ha ricevuto sulla scala Likert un punteggio pari a 3.

Video 2 -GQ	Scala Likert	Soggetti	
	0	0	
	1	3	17%
	2	2	11%
	3	5	28%
	4	7	39%
	5	1	6%
TOT		18	

***3**, J. Ciano, E. Ciriello, R. De Felice, M. Nardone, M. Sarra;*

Video 2 Gesto Quotidiano (GQ) Sollevare palla medica da terra o qualunque altro oggetto:39% dei soggetti ha ricevuto sulla scala Likert un punteggio pari a 4.

video 2.2- GT	scala Likert	soggetti	
	0	0	
	1	1	6%
	2	4	22%
	3	4	22%
	4	7	39%
	5	2	11%
TOT		18	

***4**, J. Ciano, E. Ciriello, R. De Felice, M. Nardone, M. Sarra;*

Video 2.2 Gesto tecnico (GT) Bagher nella pallavolo: Il 39% dei soggetti ha ricevuto sulla scala Likert un punteggio pari a 4.

Video 3- GQ	Scala Likert	Soggetti	
	0	0	0
	1	0	0
	2	5	28%
	3	5	28%
	4	4	22%
	5	4	22%
TOT		18	

***5**, J. Ciano, E. Ciriello, R. De Felice, M. Nardone, M. Sarra;*

Video 3 Gesto Quotidiano (GQ) Scivolare su una buccia di banana: Il 28% dei soggetti ha ricevuto sulla scala Likert un punteggio pari a 2; il 28% pari a 3; 22% pari a 4 e 22% pari a 5.

Video 3.3 - GT	Scala Likert	Soggetti	
	0	0	0
	1	1	6%
	2	2	11%
	3	5	28%
	4	5	28%
	5	5	28%
TOT		18	

***6**, J. Ciano, E. Ciriello, R. De Felice, M. Nardone, M. Sarra;*

Video 3 Gesto Tecnico (GT) Scivolata nel calcio: il 28% dei soggetti ha ricevuto sulla scala Likert un punteggio pari a 3 – 4 – 5.

Risultati Nazione per Nazione:

Italia				
	sogge 1	sogg 2	sogg 3	sogg 4
Video 1	4	5	3	4
1.1 muro	4	2	3	3
video 2	3	3	2	1
2.2 bagher	4	2	4	3
Video 3	3	4	4	2
3.3 scivolata	5	4	5	1

***I**, J. Ciano, E. Ciriello, R. De Felice, M. Nardone, M. Sarra;*

ITALIA: I soggetti sono stati più bravi nei Gesti Tecnici, solo al Gesto Quotidiano 1 del raccogliere una foglia in alto su di un albero sono stati bravi, inutile dire che nella 3 su 4 soggetti hanno ricevuto un punteggio alto perché c'è una memoria ed è il loro sport.

Francia				
	sogg.1	sogg 2	sogg 3	sogg 4
video 1	2	3	4	5
1.1 muro	3	2	2	3
video 2	4	3	3	4
2.2 bagher	5	3	4	2
video3	4	4	2	5
3.3 scivolata	2	5	3	3

***II**, J. Ciano, E. Ciriello, R. De Felice, M. Nardone, M. Sarra;*

FRANCIA: I 4 soggetti sono stati più bravi nei Gesti Quotidiani e sono stati bravi anche nel Gesto tecnico del Bagher (2.2).

Spagna				
	sogg 1	sogg 2	sogg 3	sogg 4
vid 1	3	4	5	3
1.1 muro	4	4	5	3
vid 2	4	4	5	2
2.2 bagher	3	4	5	4
vid 3	3	5	5	3
3.3 scivolata	3	5	4	4

***III**, J. Ciano, E. Ciriello, R. De Felice, M. Nardone, M. Sarra;*

SPAGNA: I 4 soggetti sono stati più bravi nei Gesti Tecnici ma solo di un punto rispetto ai Gesti Quotidiani, è stata la squadra più Reattiva.

Argentina			
	sogg 1	sogg 2	sogg 3
vid 1	1	4	5
1.1 muro	4	4	5
vid 2	1	4	4
2.2 bagher	4	3	4
vid 3	3	2	5
3.3 scivolata	4	3	5

***IV**, J. Ciano, E. Ciriello, R. De Felice, M. Nardone, M. Sarra;*

ARGENTINA: I 3 soggetti sono stati più bravi nei Gesti Tecnici.(1.1-2.2-3.3)

Perù					
	sogg 1		sogg 2		sogg 3
vid 1	4		2		3
1.1 muro	3		3		2
vid 2	4		3		1
2.2 bagher	2		2		1
vid 3	2		3		2
3.3 scivolata	3		4		2

***V**, J. Ciano, E. Ciriello, R. De Felice, M. Nardone, M. Sarra;*

PERU': I 3 soggetti sono stati più bravi nei Gesti Quotidiani (1-2-3) e nei Gesti Tecnici (3.3) solo nella scivolata, poiché c'è una memoria ed è il loro sport.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Dall'esperienza ai Mondiali di calcio a 5 per pazienti psichiatrici è emerso che, il paziente con diagnosi di psicosi schizofrenica più di altri ha questa difficoltà nell'empatia ed una ridotta attività specchio, difatti, i soggetti che hanno preso parte alla prova non hanno impiegato tutti lo stesso tempo di reazione, poiché nei soggetti schizofrenici l'area della corteccia premotoria si attiva molto meno e risulta tanto meno attiva e "reattiva" quanto più gravi sono i sintomi della malattia. L'ipotesi progettuale è quella di inserire un programma di attività motoria dettagliato che migliori questo aspetto che poi va ad incidere su quello relazionale, con il supporto di una didattica semplessa (Berthoz, 2011)che può configurarsi come una possibile strategia orientativa che consente di decifrare e fronteggiare le complessità contestuali e socio-culturali, una didattica orientativa e finalizzata al successo formativo di tutti e non solo degli atleti più bravi. Dalla nostra sperimentazione è venuta fuori questa ridotta attività specchio e difficoltà di empatia, ma non abbiamo valori assoluti per la poca adesione, il poco tempo e la difficoltà linguistica. Le attività motorie e sportive quindi possono dare un contributo importante nell'aiutare ad integrare l'immagine del proprio sé corporeo e a percepirne le potenzialità. Inoltre, queste attività non hanno solo il pregio di influire positivamente sulla rappresentazione psichica del nostro corpo, ma incidono positivamente sulle varie dimensioni della persona, sull'area cognitiva/intellettiva, affettiva-emozionale, sull'area socio-relazionale e quindi sulla salute bio-psico-sociale. Se svolte in gruppo, non a caso è stato scelto il calcio a 5 , svolgono un ruolo determinate nel processo di socializzazione, tema fondamentale delle politiche sociosanitarie e degli interventi riabilitativi, che mirano all'inclusione e all'integrazione del soggetto nella realtà sociale ma non solo, il calcio a 5 a differenza del calcio a 11 è molto più veloce, devi essere reattivo, agire in fretta, captare ciò che l'altro ha intenzione di fare e stimola l'attivare questa dimensione, incidendo anche sull'aspetto relazionale aumentando conseguenzialmente il suo livello di relazioni e di empatia.

**Dottore di Ricerca in Sistemi, tecnologie e dispositivi per il movimento e la salute; Docente a c. AFA disagio psichico e sociale, Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale; Educatore Prof.le ASL.*

*** Dottoressa in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate, Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale.*

BIBLIOGRAFIA

A. Bandura, Self-efficacy. The exercise of control., 1st Edition. New York: Worth Pub, 1997 (Trad. It., Autoefficacia. Teoria e applicazioni., Trento: Erikson).

A. N. Meltzoff, M. K. Moore, Imitation of Facial and Manual Gestures by Human Neonates, in «Science», New Series, Volume 198, Issue 4312 (Oct. 7, 1977).

A. Berthoz 2011, La semplessità, Codice Edizioni.

A.N. Meltzoff, The Human Infant as Homo imitans, in T. R. Zentalle B. G. J. Galef (a cura di), Social Learning, Lawrence Erlbaum Associates, Hilssdale (NJ), 1988 in G. Hickok, The Mith of Mirror Neurons. The Real Neuroscience Of Communication and Cognition., 1St Edition. New York: W.W Norton & Co Inc (Trad. t., Il mito dei neuroni specchio. Comunicazione e facoltà cognitive. La nuova frontiera, Torino: Bollati Boringhieri Editore, 2015).

Bandura, Self-efficacy. The exercise of control., 1st Edition. New York: Worth Pub, 1997 (Trad. It., Autoefficacia. Teoria e applicazioni., Trento: Erikson).

C. Pierpaoli, Comportamento imitativo e connessione interemisferica, Università delle Marche, Tesi di dottorato, 2009.

Farneti, L. Savelli, La mente imitativa. Come e perché il nostro comportamento è influenzato dagli altri., Milano, FrancoAngeli, 2013.

G. Hickok (2014), The Mith of Mirror Neurons. The Real Neuroscience Of Communication and Cognition., 1st Edition. New York: W.W Norton (Trad. t., Il mito dei neuroni specchio. Comunicazione e facoltà cognitive. La nuova frontiera, Torino: Bollati Boringhieri Editore, 2015), p. 254-255.

G. Pellegrino, L. Fadiga, L. Fogassi, V. Gallese, G. Rizzolati, Understanding Motor Events: A Neurophysiological Study, in «Experimental Brain Research», 1992, p. 179.

G. Rizzolatti, C. Sinigaglia, "So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio", Milano, Raffello Cortina Editore, 2006, p. 81-82.

G. Rizzolatti, C. Sinigaglia, So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio, Milano, Raffello Cortina Editore, 2006.p. 122-123.

Gallese, V., Migone, P., & Eagle, M. N. (2006). La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicanalisi. FrancoAngeli Editore.

Kuhl e Meltzoff, Infant vocalitation in response to speech: vocal imitation and development change, in «Journal of Acoustic Society of America», 100, 1996.

L. Alberico, "Individuo e ambiente secondo la teoria cognitiva di Albert Bandura", 2009.

L. S. Vygotskij, Myšlenie i reč. Psichologičeskie issledovanija, Moskva-Leningrad: Gosudarstvennoe Social'no-Ekonomičeskoe Izdatel'stvo, 1934 (Trad. it. Pensiero e linguaggio. Bari: Editori Laterza, 2003).

M. Capurso, Prassi educativa e neuroscienze: ambienti di apprendimento per lo sviluppo umano, in «Didattica e apprendimento», 2011.

M. Merlo, Neuroni specchio, in «Medico e bambino», 2009, pp. 1-9.

Meltzoff e Decety, 2003, p. 494 in G. Hickok, The Mith of Mirror Neurons. The Real Neuroscience Of Communication and Cognition., 1St Edition. New York: W.W Norton & Co Inc (Trad. it., Il mito dei neuroni specchio. Comunicazione e facoltà cognitive. La nuova frontiera).

N. E. Miller, J. Dollard, Social learning and imitation, New Haven and London, Yale University Press, 1941 (Trad. It Imitazione e apprendimento sociale, Milano, FrancoAngeli, 1977).

P. Farneti, L. Savelli, La mente imitativa. Come e perché il nostro comportamento è influenzato dagli altri., Milano, FrancoAngeli, 2013, p. 13- 25.

S. J. Pawlby, Imitative interaction, in H. R. Shaffer (Ed.) Studies in mother-infant interaction, New York: Academic, 1977.

T. Adorno, Minima Moralia, Torino, Einaudi Editore, 1994.

COVID-19 e strutture residenziali nei servizi di Salute Mentale. Indicazioni per prevenire e limitare

Di Stefania Borghetti, Stefano Barlati**, Martine Vallarino***, Caterina Viganò**** e Direttivo Sirp Lombardia^*

PREMESSA

Le strutture residenziali per adulti ed adolescenti dei servizi di salute mentale si contraddistinguono per essere ambiti di condivisione di vita e di attività terapeutico-riabilitative che si esplicano attraverso una quotidianità caratterizzata da utilizzo di spazi comuni, attività di gruppo, prossimità relazionale e fisica tra utenti ed operatori, scambi continui ed attivi tra "il dentro ed il fuori" del dispositivo comunitario.

Queste caratteristiche rendono tali strutture particolarmente sensibili ai rischi di diffusione di malattie infettive sia in tempi ordinari che nell' attuale tempo straordinario della diffusione della pandemia SARS-COV-2 che ha colpito il nostro paese – e particolarmente la regione Lombardia - a partire dalla fine del mese di febbraio del 2020.

La drammatica esperienza della diffusione del virus in Lombardia insegna che una elevatissima e competente attenzione organizzativa non solo al livello intra-ospedaliero emergenziale ma anche alla organizzazione delle strutture socio-sanitarie territoriali – e a quelle residenziali in particolare- è non solo necessaria ma addirittura determinante rispetto all'andamento dello sviluppo della pandemia.

Nelle fasi iniziali della emergenza sanitaria in atto, l'ambito istituzionale ha infatti concentrato l'attenzione e fornito indicazioni procedurali prioritariamente riferendosi all'ambito ospedaliero, primo fronte emergenziale, ed in misura minore alle strutture socio-sanitarie territoriali, alla medicina di base ed all'ambito della assistenza domiciliare dei pazienti più fragili e cronici.

Le seguenti indicazioni sono frutto delle riflessioni nate dal lavoro sul campo di alcuni operatori lombardi dei servizi di salute mentale e dei componenti del Direttivo di SIRP Lombardia nel marzo2020, ed emergono dal confronto quotidiano in struttura residenziale durante i giorni più critici dello sviluppo della pandemia e dal recepimento dei documenti progressivamente emessi dai livelli governativo, regionale ed aziendale relativi alla emergenza Sars-Cov-2 in atto. Sono quindi da ritenersi indicazioni operative non esaustive e riferite alla fase in cui sono state elaborate.

Inoltre, tali indicazioni sono condizionabili dalle differenti normative particolari e locali e soprattutto dalla disponibilità di Dispositivi di Protezione Individuale la cui mancanza ha determinato e determina drammatici limiti nelle possibilità di protezione infettivologica di utenti, operatori e famigliari. Vanno quindi declinate nei limiti del possibile e delle specificità anche normative locali istituzionali, nonché dalle caratteristiche strutturali ed organizzative dei servizi a cui sono rivolte.

Ciò nonostante, si ritiene possa essere utile condividere in modo sintetico - e con un taglio operativo - alcune indicazioni e prassi che si sono fatte via via più chiare con il passare dei giorni e l'aggravarsi della pandemia.

FINALITÀ

Le indicazioni contenute in questo documento hanno le seguenti finalità:

1. Prevenire e limitare la diffusione del contagio da Covid-19 all'interno delle strutture residenziali , in ordine alla protezione infettivologica di pazienti, operatori e famigliari

2. Gestire con la massima sicurezza ed efficacia la comparsa di eventuali casi di Covid-19 tra pazienti ed operatori delle strutture residenziali

3. Promuovere ed assicurare il mantenimento del benessere e compenso psicopatologico dei pazienti tramite azioni mirate e pensate ad hoc rispetto alla emergenza sanitaria in atto

4. Promuovere ed assicurare il mantenimento delle funzioni terapeutico-riabilitative delle strutture residenziali

5. Promuovere ed assicurare il mantenimento del benessere psicologico degli operatori, nonché la loro sicurezza nel luogo di lavoro

RACCOMANDAZIONI

1. La raccomandazione principale riguarda prioritariamente la possibilità/necessità di evitare la permanenza di pazienti Covid-19 positivi all'interno della struttura residenziale, potendo accedere alla collocazione di tali pazienti in ambiti di isolamento adeguati ed esterni alla struttura stessa (es : SPDC-Covid laddove disponibile o in SPDC che abbia predisposto stanze per l'isolamento di pazienti Covid positivi) . Naturalmente tale indicazione risente di vincoli e possibilità/impossibilità organizzative – interne ed esterne alla struttura residenziale – che non possono essere ignorate dalle indicazioni che seguono e che possono rendere "obbligata" la permanenza di un paziente Covid-19 positivo in struttura residenziale solo ed esclusivamente se in assenza di reali alternative.

Dunque, se da una parte è necessario ribadire che la prima indicazione dovrebbe riguardare l'inammissibilità della permanenza di soggetti Covid-19 positivi all'interno della struttura, dall' altra va detto che nella impossibilità di attuare tale allontanamento, vanno fornite indicazioni al fine di limitare/abbattere il più possibile il rischio di contagio all'interno delle strutture che si trovassero nella impossibilità di collocare il paziente altrove. Non fornire alcuna indicazione in tal senso, lascerebbe una lacuna informativa che non potrebbe che aumentare esponenzialmente il rischio infettivologico all'interno delle strutture che si trovassero dis-informate e nella impossibilità assoluta – tutt'altro che remota - di dimettere il paziente. Qualora ci si trovi nella condizione obbligata di ospitare un paziente Covid-19 positivo in struttura residenziale, naturalmente è necessario procedere all'isolamento dello stesso ed alla protezione infettivologica degli operatori (utilizzo di idonei Dispositivi di Protezione Individuale, procedure di vestizione/svestizione, predisposizione di zona filtro) come più sotto specificato.

2. Se durante l'emergenza COVID-19 si organizza la struttura residenziale come un sistema temporaneamente chiuso agli esterni in cui il gruppo dei residenti conviventi rimane invariabile nel tempo e senza contatti con l'esterno, gli unici vettori di potenziale contagio sono gli operatori, che quindi devono stare in struttura tassativamente e in ogni istante indossare la mascherina chirurgica e devono effettuare una rigorosa auto-sorveglianza sanitaria (misurazione della temperatura corporea

ogni giorno ad inizio turno).

3. La presenza degli utenti all'interno delle strutture va ridotta in modo quantitativamente significativo quando la numerosità dei residenti non permetta di osservare il dovuto distanziamento fisico e la eventuale necessità di stanze singole in caso di isolamento.

Ciò si ottiene dimettendo temporaneamente – quando è possibile e in accordo con il paziente e la famiglia- un congruo numero di pazienti e limitando dunque la permanenza ai soli pazienti dal

compenso clinico scarso e/o senza possibilità di adeguata accoglienza/supporto al domicilio da parte dei familiari.

4. L'ingresso di nuovi pazienti va sospeso.

5. Per i pazienti dimessi temporaneamente, la continuità terapeutica va garantita, oltre che attraverso contatti telefonici, videochiamate ed altre modalità di telecomunicazione, anche da eventuali visite domiciliari da parte del personale del CSM (CPS) e/o della Struttura Residenziale con adeguati Dispositivi di Protezione Individuale.

6. Vanno annullate sino al termine dell'emergenza le attività di gruppo dei pazienti, preservando solo quelle necessarie ed inderogabili ed effettuabili secondo le modalità più sotto descritte. Altresì vanno annullate le riunioni di équipe e tutte le attività che implicano la presenza contemporanea di più persone, se non quelle necessarie alla manutenzione di alcune funzioni di base del gruppo curante e del gruppo dei pazienti. Le riunioni ineliminabili devono essere condotte solo in piccoli gruppi, solo in spazi ampi e arieggiati, presidiando rigorosamente il rispetto delle distanze di sicurezza e l'uso di mascherine chirurgiche.

INDICAZIONI GENERALI PER UTENTI ED OPERATORI

Nota bene: Indossare costantemente la mascherina chirurgica negli ambienti lavorativi (operatori) e farla indossare agli utenti che presentano sintomi respiratori (tosse, raffreddore), con o senza febbre è azione prioritaria. Ottimale e determinante sarebbe l'utilizzo costante, per quanto possibile, della mascherina da parte di tutti gli utenti in struttura residenziale. Si ricorda che la mascherina chirurgica ha la fondamentale funzione di limitare la diffusione del virus. Pertanto il suo uso costante da parte di utenti ed operatori limita/abbatte grandemente le possibilità di diffusione.

Di seguito, si riportano le raccomandazioni contenute nel documento "Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da sars-cov-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell'attuale scenario emergenziale sars-cov-2" (Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni Rapporto ISS COVID-19 , n. 2/2020 Rev. aggiornato al 28 marzo 2020) :

1. praticare frequentemente l'igiene delle mani con acqua e sapone o, se questi non sono disponibili, con soluzioni/gel a base alcolica. In ambito sanitario è raccomandato l'uso preferenziale di soluzioni/gel a base alcolica, in modo da consentire l'igiene delle mani al letto del paziente in tutti i momenti raccomandati (prima e dopo il contatto, prima di manovre asettiche, dopo il contatto con liquidi biologici, dopo il contatto con le superfici in vicinanza del paziente);

2. evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;

3. tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente

monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato;

4. indossare la mascherina chirurgica nel caso in cui si abbiano sintomi respiratori ed eseguire l'igiene delle mani dopo avere rimosso ed eliminato la mascherina;

5. evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori.

MODALITÀ OPERATIVE

Premessa 1

In struttura residenziale – data la promiscuità di vita - deve considerarsi soggetto meritevole di indagine per infezione da Covid-19 una persona che presenti segni/sintomi tra i seguenti: febbre ≥ 37,5°, tosse, mal di gola, affaticamento respiratorio, congiuntivite, anosmia, ageusia, dolori muscolari.

In caso di pazienti con malattie respiratorie croniche (es: BPCO, asma), si considera soggetto meritevole di indagine per infezione da Covid-19 una persona che riporti aggravamento di sintomi respiratori già presenti o insorgenza di febbre.

Premessa 2

Come precedentemente affermato, qualsiasi paziente sospetto o confermato Covid-19 dovrebbe poter essere collocato al di fuori della struttura residenziale, sia a diagnosi certa, che in attesa di diagnosi, che durante il corso della malattia che si dovesse esprimere in modalità anche pauci-sintomatica. Il rientro del paziente Covid-19 positivo in struttura dovrebbe essere previsto solo dopo la doppia verifica – al termine dell'isolamento o della quarantena o della malattia – della negatività al tampone diagnostico. Tale possibilità è insormontabilmente impraticabile in molti contesti , per motivi esterni alla struttura residenziale e da essa non dipendenti né modificabili. Per questo motivo si reputa necessario fornire indicazioni sulle modalità corrette di isolamento del paziente in struttura residenziale.

Premessa 3

Si intende per isolamento del paziente la sua collocazione in stanza singola, con uso esclusivo del bagno e secondo modalità operative più sotto descritte. L'isolamento è da effettuare in struttura residenziale laddove si rende impossibile la collocazione del paziente altrove. La valutazione della efficacia e fattibilità dell' isolamento deve includere anche la valutazione della capacità/adesione del paziente rispetto al rimanere in stanza per un periodo prolungato in un ambito– quello residenziale– caratterizzato da specifiche e limitate possibilità di contenimento. In altre parole, se si valuta che un paziente non è in grado di aderire all'isolamento in struttura residenziale, si deve considerare che l'isolamento debba essere effettuato altrove (es.: stanze adibite all' isolamento Covid-19 in SPDC o SPDC-Covid laddove esistenti?)

L'isolamento si rende necessario nei seguenti casi:

a. presenza di sintomi respiratori di recente insorgenza senza febbre, in attesa di esito di tampone diagnostico

b. presenza di sintomi respiratori con febbre, in attesa di esito di tampone diagnostico

c. paziente con esito positivo al tampone diagnostico

d. paziente che non ha potuto effettuare il tampone, ma che è stato a contatto con un caso Covid19-positivo

e. paziente che non ha potuto effettuare il tampone, ma con sintomi respiratori di recente insorgenza, con o senza febbre

Il paziente deve rimanere isolato:

a. per tutto il tempo di attesa dell'esito del tampone

b. per tutto il tempo necessario a raggiungere il doppio controllo del tampone alla fine della quarantena di 14 giorni (se tampone positivo)

c. per tutta la quarantena di 14 giorni in caso di non possibilità di effettuazione del tampone nel caso di sintomi suggestivi di Covid-19

d. per tutta la durata della quarantena di 14 giorni se il paziente è stato in contatto con caso di Covid-19 e non ha potuto effettuare il tampone che escluda il contagio

Modalità di esecuzione dell'isolamento:

a. il paziente deve stare in stanza singola

b. il paziente deve indossare la mascherina chirurgica quando un'altra persona interagisce con lui in stanza

c. il paziente deve utilizzare un servizio igienico in modo esclusivo, assumere le terapie in stanza, consumare i pasti in stanza con stoviglie e posate monouso.

d. durante ogni turno, il paziente deve interagire con un solo operatore dedicato, dotato dei Dispositivi di Protezione Individuale necessari al cui uso è stato addestrato e che vengono ripresi in dettaglio nella Appendice del presente documento (mascherina, camice monouso, copricapo, copri scarpe, occhiali o visiera, copricapo, doppi guanti monouso). La procedura di vestizione e svestizione dell'operatore dedicato al paziente in isolamento deve essere appresa tramite la visione di tutorial o tramite l'addestramento da parte di operatori già addestrati e deve avvenire in apposita "zona filtro" predisposta ad hoc con il supporto del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale.

Premessa 4

Il tampone faringeo per la ricerca di Covid-19 deve essere effettuato ai pazienti ospiti della struttura che presentino sintomi respiratori di recente insorgenza (tosse, raffreddore, dispnea) con o senza febbre. Nel caso di pazienti con sintomi respiratori cronici (BPCO, asma) il tampone va effettuato solo in presenza di febbre o all'aggravarsi dei sintomi. Il tampone deve essere effettuato secondo le modalità indicate dalle autorità mediche locali. Altamente preferibile, ove possibile, effettuare il tampone in modalità che evitino la collocazione del paziente in Pronto Soccorso .

NB: Il tampone è procedura altamente diffusiva, per cui deve essere effettuato da operatori addestrati e dotati di Dispositivi di Protezione Individuale ed in luogo isolato.

1. Gli operatori– già dotati di mascherina chirurgica prima dell'ingresso in struttura- effettuano la misurazione della temperatura all'inizio di ogni turno. Se la temperatura corporea è ≥ 37,5 °C, si mettono in atto le disposizioni indicate dai livelli regionale/aziendale. In ogni caso, l'operatore con tale

temperatura non può rimanere in servizio .

2. Va attuata una sorveglianza sanitaria giornaliera dei pazienti attraverso la rilevazione quotidiana della temperatura corporea e della presenza dei sintomi sopra descritti. Tali dati vanno tracciati.

3. In caso di paziente con esito positivo al tampone faringeo vengono avvisate le autorità mediche preposte (interne ed esterne alla struttura), il Medico di Guardia ed il Medico di Medicina Generale e i vigenti riferimenti telefonici regionali. Si possono quindi verificare diversi casi:

a. in assenza di sintomi somatici che necessitano di ospedalizzazione a detta dei sanitari competenti, il paziente deve essere dimesso al domicilio fornendo ai famigliari le istruzioni per l'isolamento domestico, quando il contesto famigliare risulti adeguato alla osservazione delle dovute prescrizioni e quando il compenso clinico del paziente lo consenta. Il paziente ed i famigliari vengono poi contattati periodicamente al telefono per verificare l'osservanza dell'isolamento, l'evoluzione clinica e psicopatologica del paziente.

b. in assenza di sintomi somatici che necessitano di ospedalizzazione a detta dei sanitari competenti ed impossibilità di trasferimento ad altro luogo, il paziente viene isolato in camera singola come sopra descritto e l'operatore dedicato procede ad ogni contatto diretto con lui solo dentro la stanza, riducendo al minimo indispensabile l'interazione diretta e solo utilizzando i Dispositivi di Protezione Individuale (vedi indicazioni relative all'isolamento).

Nel caso sopra descritto, viene predisposto un attento monitoraggio clinico in costante contatto con le autorità mediche competenti (misurazione temperatura corporea tre volte al giorno, misurazione della saturazione di ossigeno). Se i sintomi– costantemente tracciati e comunicati alle autorità mediche competenti - si modificano in senso peggiorativo, in accordo queste ultime si contatta il servizio di trasporto sanitario urgente e si trasporta il paziente in pronto soccorso seguendo le protezioni infettivologiche indicate dagli operatori di tale servizio.

c. in presenza di incapacità del paziente con tampone positivo a mantenere l'isolamento in struttura e di indimissibilità al domicilio, si valuta il ricovero in SPDC-Covid laddove disponibile o in SPDC che abbia predisposto stanze per l'isolamento di pazienti Covid-positivi.

d. in presenza di sintomi che necessitano di ospedalizzazione a detta delle autorità mediche competenti e verificate tramite accesso in Pronto Soccorso nella modalità sopra descritta, il paziente viene trattenuto in ospedale.

4. Preferibilmente, è indicato l'uso di mascherina chirurgica da parte dei pazienti costantemente ed anche in assenza di sintomi .

5. Gli operatori devono sempre utilizzare i Dispositivi di Protezione Individuale (mascherina chirurgica e guanti) ed in particolare i guanti durante dispensazione dei pasti, la dispensazione delle terapie e la distribuzione quotidiana di denaro e sigarette, laddove presente.

6. Durante i pasti va mantenuto il distanziamento, eventualmente organizzando più turni ed utilizzare posate, piatti e bicchieri monouso.

7. Le uscite esterne al perimetro della struttura vanno vietate salvo casi particolari che andranno verificati nello specifico (es: firma dai CC per pazienti in misure di sicurezza)e vanno effettuate secondo le normative vigenti. Prima dell'uscita dalla struttura, i pazienti vanno dotati di mascherina, autocertificazione (secondo le disposizioni del decreto governativo vigente e secondo eventuali

disposizioni regionali), di attestazione di ricovero in struttura ed eventuale attestazione medica riguardante la necessità della uscita. Alcune strutture hanno valutato di permettere uscite solo con accompagnatore, a prescindere dalla tipologia di paziente. L'uscita con accompagnatore può rendersi necessaria anche quando il paziente non sia psicologicamente in grado di tollerare la permanenza continuativa in struttura. Nel caso in cui un paziente non riesca a tollerare la permanenza in struttura nemmeno con uscite programmate, sporadiche e con accompagnatore, valutare la dimissione – se in buon compenso – o il ricovero in SPDC.

8. Nel caso in cui un paziente esca dalla struttura in modalità non concordata e rientri dopo ore senza dare verificabili garanzie del suo comportamento o della sua meta durante l'uscita, valutare l'isolamento e/o l'effettuazione del tampone o la dimissione al domicilio o ricovero in SPDC secondo le indicazioni al punto precedente.

9. Sono sospesi i rientri a casa, sia diurni che notturni.

10. L'accesso di visitatori alla struttura va drasticamente limitato ai casi di necessità inderogabile, permettendo al parente (solo uno) di sostare in un'area antistante l'ingresso della struttura, per un breve saluto alla distanza di almeno un metro e per consegnare effetti personali quali soldi e sigarette. Il mantenimento delle distanze di sicurezza va verificato dall'operatore in turno, il visitatore deve indossare mascherina chirurgica e guanti monouso, così come il paziente durante l'interazione.

11. Gli utenti presenti nella struttura vanno attivamente supportati nel rispetto delle norme di prevenzione, promuovendo attivamente il frequente lavaggio delle mani e l'uso della mascherina.

12. Vanno promosse le uscite individuali e la attività fisica dei residenti all' interno del perimetro della struttura laddove siano presenti cortili, giardini, aree esterne all'edificio, ma comunque di pertinenza della struttura.

13. Rispetto al rifornimento/acquisto di sigarette e articoli di generi alimentari e non alimentari necessari ai pazienti (es: prodotti per l'igiene, cibo, capi di abbigliamento, ecc), gli operatori raccolgono una lista degli acquisti per più pazienti ed escono dalla struttura per effettuare gli acquisti al posto dei pazienti, il minor numero di volte possibile.

14. Vanno promossi e sostenuti attivamente i contatti a distanza (telefonate, videochiamate, ecc) tra i pazienti e i loro amici e famigliari.

15. Va promosso il supporto psicoeducativo ed emotivo del gruppo dei pazienti ed il gruppo degli operatori in relazione alle ansie ed al disagio derivanti dalla diversa organizzazione della struttura e da tematiche correlate alla pandemia in corso.

In particolare :

a) supporto psicoeducativo:

si suggerisce di promuovere interventi di carattere psicoeducativo a cadenza periodica rivolti ai pazienti con la finalità di fornire contenimento emotivo rispetto alla pandemia in atto e informazioni corrette rispetto i comportamenti di protezione.

Alcune indicazioni possono riguardare:

- Comunicazioni contenenti messaggi che normalizzano le reazioni di ansia e disorientamento e che incoraggiano al supporto reciproco

- informazioni chiare, sintetiche ed accurate sul COVID-19 attraverso fonti informative affidabili (radio nazionali o bollettini istituzionali nazionali)
- indicazioni riguardo la limitazione del tempo speso alla ricerca di informazioni (1-2 volte al giorno.) e il tempo trascorso a guardare immagini ad alto contenuto di stress in TV e su internet
- indicazioni/suggerimenti sulla gestione della noia e della solitudine, ad esempio attraverso attività ricreative

b) supporto emotivo:

Alcune indicazioni rispetto ai possibili contenuti degli interventi di supporto emotivo possono riguardare:

- il benessere psicologico del gruppo di lavoro che va incoraggiato ad esplicitare vissuti emotivi postivi e negativi in momenti regolari ed esclusivamente dedicati a tale condivisione
- il monitoraggio della buona qualità della comunicazione ed aggiornamento sui temi riguardanti la pandemia in atto.
- garantire – nel limite del possibile - l'opportunità di rendere fruibili agli operatori i tempi necessari di riposo e di recupero di cui hanno bisogno.
- Evitare che si verifichino processi di stigmatizzazione sociale e discriminazione nei confronti delle persone contagiate, dei loro familiari e degli operatori in prima linea.
- Facilitare l'accesso degli operatori ai servizi di ascolto psicologico organizzati all'interno o all' esterno del proprio ambito lavorativo

15. Le raccomandazioni ed indicazioni sopra descritte vanno condivise con gli operatori della struttura e comunicate – anche in forma scritta - a pazienti, familiari, Amministratori di Sostegno e Tutori.

APPENDICE: UTILIZZO DPI DURANTE L' EMERGENZA COVID-19

Si intende per Dispositivo di Protezione Individuale (DPI) qualsiasi presidio destinato ad essere utilizzato dal lavoratore allo scopo di proteggerlo da uno o più rischi presenti in ambiente di lavoro. Non sono dispositivi di protezione individuale gli indumenti ordinari e le uniformi non specificamente destinati a proteggere la sicurezza e la salute del lavoratore. I dispositivi di protezione individuali sono impiegati quando i rischi non possono essere evitati o ridotti in misura sufficiente da provvedimenti tecnici di prevenzione.

Viste le Linee Guida dell'OMS in merito ai DPI, si precisa che le attività che comportano maggiore esposizione a rischio biologico da COVID-19 sono quelle che implicano la possibilità di entrare in contatto con AEROSOL/DROPLET di pazienti infetti , quali :

- broncoaspirazione
- intubazione naso-orotracheale
- broncoscopia

- igiene e cura del cavo orale (bocca e naso)
- assistenza a paziente con c-pap e ossigenoterapia
    - assistenza alimentazione orale
    - trattamento del cadavere

Il personale impegnato nelle procedure sopra elencate (che generano aerosol) deve indossare:

- guanti monouso (due paia, vedi vestizione)
- camice iodrorepellente
- visiera
- occhiali
- facciale filtrante ffp2-ffp3

Per tutte le altre attività (escluse quelle che generano AEROSOL), è necessario l'utilizzo della mascherina chirurgica.

Di seguito, alcune indicazioni specifiche per l'utilizzo di ciascun DPI.

Guanti

I guanti di protezione devono essere sempre indossati quando vi è o vi può essere contatto con l'agente biologico. Bisogna indossare i guanti prima di venire a contatto con i liquidi biologici, mucose o cute non intatta dei pazienti. Devono essere della giusta misura per permettere la maggiore sensibilità e destrezza nel movimento, ma soprattutto devono essere usati solo per il tempo strettamente necessario in quanto sono chiaramente poco resistenti alle forti sollecitazioni meccaniche. I guanti debbono essere sostituiti dopo ogni attività per e con il paziente. I guanti non devono essere indossati contemporaneamente ad anelli, poiché si rischia la rottura del guanto. Indossando i guanti è necessario prestare attenzione agli oggetti che si toccano (maniglie, telefono, penne ecc.), poiché si rischia di contaminare gli oggetti.

Attenzione: indossare i guanti non sostituisce la necessità di lavare le mani, poiché:

- I guanti possono presentare difetti invisibili o possono lacerarsi durante l'uso;
- Le mani possono contaminarsi durante la rimozione dei guanti;
- I guanti possono venire contaminati mentre si indossano Nel momento della rimozione dei guanti bisogna prestare attenzione affinché la cute delle mani non vada a toccare la superficie esterna del guanto (potenzialmente contaminata); è necessario seguire il procedimento "sporco con sporco".

Filtranti facciali

Per la protezione delle vie aeree degli operatori, durante le attività che generano aerosol/droplet, sono indispensabili i facciali filtranti P2 o P3 (FFP2- FFP3). Questi facciali assicurano una protezione per un

tempo variabile, rilevabile dalle informazioni che la ditta produttrice riporta come nota informativa e/o sulla confezione del DPI.

Precauzioni d'uso:

- la maschera deve coprire bene naso e bocca
- stringere bene la linguetta metallica stringinaso se presente
- fare la prova di tenuta coprendo la valvola se presente e inspirando profondamente: non deve passare aria
- durante l'utilizzo la maschera non deve essere toccata con le mani (con o senza guanti)
- il facciale deve essere rimosso tirando gli elastici dietro il capo
- dopo l'uso deve essere riposto nei contenitori per rifiuti speciali Servizio Prevenzione e Protezione 5 DPI COVID-19

Solitamente sulle confezioni delle maschere sono presenti le istruzioni d'uso specifiche, rilasciate dalla casa produttrice: è bene consultarle.

Mascherina chirurgica

Ai sensi del D.L. 9/2020 è consentito fare ricorso alle mascherine chirurgiche quale dispositivo idoneo a proteggere gli operatori sanitari. La mascherina chirurgica è indicata per contenere e filtrare le goccioline provenienti dal cavo oro-rinofaringeo. Sono utilizzate per i seguenti scopi:

- proteggere gli operatori sanitari da eventuali esposizioni a materiale biologico (es. secrezioni respiratorie);
- indossate dagli operatori, per proteggere il paziente, quando sono impegnati in procedure invasive che richiedono una tecnica sterile (es: posizionamento accessi vascolari, anestesia peridurale, rachicentesi, interventi chirurgici, etc);
- limitare la diffusione di secrezioni respiratorie infette dal paziente ad altri pazienti o/e operatori.

Corretto utilizzo: affinché la mascherina sia efficace

- deve coprire la bocca e il naso;
- deve essere legata con i lacci superiori legati dietro la testa e i lacci inferiori dietro la nuca;
- i lacci NON devono essere incrociati dietro la testa perché ciò deformerebbe la sagoma della mascherina sulle guance;
- deve essere ben adesa al volto;
- deve essere manipolata solo per i lacci o per gli elastici auricolari, evitando di toccare la parte frontale della maschera per mantenerla pulita;
- una volta indossata non deve essere mai abbassata;
- deve essere monouso;
- se la mascherina si bagna perde la sua capacità filtrante, quindi va sostituita;

- deve essere rimossa e gettata nel contenitore dei rifiuti potenzialmente infetti: o evitando di toccare la parte anteriore, o slacciando prima il laccio inferiore e poi quello superiore, in modo che la mascherina NON ricada sul collo o sul camice contaminandoli;
- dopo la rimozione effettuare l'igiene delle mani

Occhiali, visiere o schermi

Gli occhiali da vista non garantiscono una protezione adeguata perché non proteggono lateralmente l'occhio La visiera protegge anche le mucose della bocca e la cute del viso, ed è più indicata degli occhiali per tutte le manovre che potrebbero comportare schizzi di materiale biologico. Esistono dei modelli che possono essere indossati anche sopra gli occhiali da vista. Gli occhiali protettivi e le visiere riutilizzabili devono essere rimossi con guanti puliti e subito sanificati.

VESTIZIONE/SVESTIZIONE

Si raccomandano le seguenti procedure di vestizione/svestizione, rispettando le sequenze di seguito indicate. Si raccomanda di prendere visione delle procedure di vestizione/svestizione in tutorial on line o in modalità diretta da operatori già addestrati

Vestizione

1. togliere ogni monile e oggetto personale (bracciali, anelli, orologi, etc)
2. praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcoolica
3. controllare l'integrità dei dispositivi di protezione (non usare dispositivi non integri)
4. indossare un primo paio di guanti
5. indossare sopra la divisa il camice monouso
6. indossare il facciale filtrante
7. indossare gli occhiali di protezione
8. indossare un secondo paio di guanti svestizione

Svestizione

rispettare la sequenza:

1) rimuovere il camice monouso e i guanti più esterni e smaltirli nel contenitore

2) tenendo indossati i guanti più interni (il primo paio indossato) rimuovere gli occhiali e sanificarli

3) rimuovere la maschera filtrante maneggiandola dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore

4) rimuovere il secondo paio di guanti

5) praticare l'igiene delle mani con soluzione alcolica o con acqua e sapone

Nota bene:

- evitare qualsiasi contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute;
- i dpi monouso vanno smaltiti nell'apposito contenitore per rifiuti
- decontaminare i dpi riutilizzabili

Per informazioni più dettagliate sull'uso di DPI aggiornate al 28.03.2020, consultare il documento: **"Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da Sars-cov-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell'attuale scenario emergenziale sars-cov-2."** Gruppo di lavoro ISS prevenzione e controllo delle infezioni rapporto ISS covid-19 , n. 2/2020 rev. aggiornato al 28 marzo 2020.

**Psichiatra, Asst Ovest Milanese - Legnano (MI), Presidente Sirplo*
***Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST-Spedali Civili di Brescia; Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia*
****Psicologa, Dipartimento di Scienze Nervose e del Comportamento, Università degli studi di Pavia.*
*****Psichiatra, Dipartimento di Science Biomediche e Cliniche Luigi Sacco, Università degli studi di Milano*
^ Luca Tarantola, Raffaele Casamenti, Serena Borsani, Raffaella Caloni, Elisa Carobolante, Alessandro Carozzi, Giancarlo Cerveri, Elisabetta Denti, Claudio Di Lello, Lucia Fierro, Roberta Magnotti, Francesca Olivani, Matteo Rocchetti, Marta Romanò, Maristella Rossini, Roberto Truzoli, Elena Consonni, Renato Riposati.

Documento della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale – Sezione Regionale Lombarda del 31.03.2020.

Norme redazionali

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

Gli articoli: minimo 18000 massimo 27000 battute spazi inclusi.
Ogni articolo deve contenere:
Titolo

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

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

Nel corpo del testo indicare solo il numero corrispondente.

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

Evitare tassativamente di inviare materiale con programmi diversi da Word.
I contributi in formato Word vanno inviati al seguente indirizzo: cbellazzecca@hpg23.it.
Un'ulteriore copia cartacea dovrà essere inviata a: Cristina Bellazzecca – c/o CPS via Tito Livio 2, 24123 – Bergamo.
Si prega di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.
Si ricorda inoltre che: dopo virgola, punto e virgola, punto, va lasciato uno spazio, mentre prima non va lasciato alcuno spazio. Per le frasi e le parole tra parentesi: (testo tra parentesi) e non (testo tra parentesi).
I manoscritti non verranno restituiti.