

Dossier

Vecchie e nuove sfide
per la psichiatria

a cura di Massimo Campedelli

Studium EDITRICE
edizioni LA SCUOLA

ISSN 1828-4582 - Anno XLI

Vecchie e nuove sfide per la psichiatria

n. 6
febbraio
2024

anno XLI

Psychiatry: old and new challenges

A cura di Massimo Campedelli

Introduzione

La pandemia da Covid-19, e le conseguenze sanitarie e sociali tuttora fortemente impattanti, rappresentano uno snodo sia dal punto di vista dei problemi, vecchi e nuovi, che da quello delle risposte, carenti prima e ora ancor di più, inerenti alla salute mentale. Molte evidenze, insieme all'esperienza quotidiana degli operatori del settore e delle famiglie coinvolte, confermano che la pandemia ha determinato un senso di vulnerabilità diffuso e profondo; ha favorito-accentuato patologie mentali più o meno latenti; ha imposto distanziamenti tra pazienti e servizi, insieme a confinamenti che hanno interrotto, o fortemente limitato, relazioni sociali e attività terapeutico-riabilitative; ha reso più complessa la presa in carico di nuovi pazienti; ha favorito il *riversamento nel digitale*, in particolare nei social, del disagio conseguente; ecc. Tutto ciò è avvenuto a partire da un quadro già fortemente critico dei nostri servizi neuropsichiatrici per l'infanzia e psichiatrici per adulti. L'obiettivo di questo inserto è quello di offrire alcuni spunti per interpretare quanto sta accadendo.

Il primo, di Peppe dell'Acqua, psichiatra e protagonista di quell'avventura fondamentale per la trasformazione del sistema della salute mentale pas-

sata sotto il nome di "Riforma Basaglia", ricostruisce quanto accadde cinquant'anni fa all'interno dell'allora ospedale psichiatrico di Trieste. La sua memoria "riflessiva" mostra chiaramente quanto la psichiatria, da disciplina del controllo, avesse di fronte la sfida della prevenzione, cura e riabilitazione della sofferenza mentale. E questo insieme al fatto che il lavoro, da ergoterapia, diveniva diritto e generatore di cittadinanza. Ed i servizi psichiatrici, da istituzioni totali, si disseminavano nei territori incontrando nella quotidianità il disagio per generare risposte abilitanti le persone e le comunità in cui questo si manifestava.

Il secondo, di Cristina Ugolini, economista sanitaria, sottolinea quanto il disagio mentale, da sempre marginale negli investimenti di tutti i paesi occidentali, non possa continuare ad essere tale. Nel ricostruire come si sia evoluta l'assistenza psichiatrica in Italia, e di quali siano i principali nodi ancora da sciogliere affinché la salute mentale esca dall'angolo in cui è confinata, il contributo mette inoltre a disposizione un quadro del ruolo che essa ricopre nella progettazione europea.

Il terzo, di Massimo Campedelli, sociologo, descrive come la transizione digitale incroci il presente e il futuro del disagio psichico e delle relative risposte. Una transizione che rappresenta una sfida ra-

dicale per i sistemi di welfare sia dal punto dei nuovi rischi che determina (sociali, sanitari, mentali, ecc.), che da quello delle risposte-prestazioni e dell'organizzazione dei servizi. La grande debolezza del sistema della salute mentale italiano non permette di prevedere come la digitalizzazione impatterà sulla domanda crescente di aiuto che differenti popolazioni stanno ponendo al Servizio sanitario nazionale, alla scuola, ai servizi sociali, ecc.

Di certo essa svolgerà, nel bene e nel male, un ruolo chiave e per questo è indispensabile che tutti gli attori interessati ne abbiano la maggiore consapevolezza possibile.

Massimo Campedelli
Direttore UP Umanapersone –
Impresa sociale R&S

Il lavoro e la cura. Dall'ergoterapia alla cittadinanza

n. 6
febbraio
2024

anno XLI

Work and care. From occupational therapy to citizenship

Peppe Dell'Acqua

Sono passati cinquant'anni da quando, all'interno dell'allora ospedale psichiatrico di Trieste, iniziava un'avventura fondamentale per la trasformazione del sistema della salute mentale. La psichiatria, da disciplina del controllo, accettava la sfida della prevenzione, cura e riabilitazione della sofferenza men-tale. Il lavoro, da ergoterapia, diveniva diritto e generatore di cittadinanza. I servizi psichiatrici, da istituzioni totali, si disseminavano nei territori, incontrando nella quotidianità il disagio per generare risposte abilitanti le persone e le comunità in cui questo si manifestava. Protagonista di quegli eventi e di quanto da essi è scaturito, l'Autore propone una memoria "riflessiva" improntata a dare indicazioni per l'incerto presente della salute mentale italiana.

Fifty years have passed since, inside the then Trieste Psychiatric Hospital, a fundamental adventure in the transformation of the mental health system began. Psychiatry, from a discipline of control, accepted the challenge to become prevention, treatment, and rehabilitation of mental suffering. Labor, from occupational therapy, became the right an originator of citizenship. Psychiatric services, from total institutions, spread out in the territories, facing the discomfort in everyday life to generate enabling responses to the people and communities in which is present. A protagonist of those events and of what came out of them, the Author proposes a "reflective" memoir with the purpose of give indications for the uncertain situation of the Italian mental health system.

Parole chiave

Servizi psichiatrici; cooperazione sociale; lavoro; cura; cittadinanza.

Keywords

Psychiatric services; social cooperation; work; care; citizenship.

✉ Corresponding author: peppedellacquats@gmail.com

1. Alle origini della cooperazione sociale

È stata dirompente, e nel ricordo lo diventa ancora di più, la nascita della prima cooperativa nell'ospedale psichiatrico di san Giovanni di Trieste che, da poco diretto da Franco Basaglia, cominciava ad aprire le porte. Nelle assemblee del giovedì, nella primavera del '72, si cominciò a parlare di lavoro. Furono gli stessi internati-lavoratori, quelli dell'ergoterapia, a proporre il tema. Con una sorta di pudore chiedevano un maggior riconoscimento del loro lavoro: nei reparti, in cucina, nel grande parco, negli immensi cameroni dormitorio. Ormai, dicevano, tutti i ricoverati godono di benefici che fino a poco tempo prima solo a loro, lavoratori e lavoratrici, erano concessi: entrare e uscire dal reparto con una certa libertà, frequentare luoghi in genere vietati agli altri, ricevere la merenda in spazi appartati, al di fuori della bolgia del camerone soggiorno.

La critica all'ergoterapia divenne quanto mai evidente. Gli internati lavoratori non avrebbero continuato a lavorare a quelle condizioni.

Non era tanto il salario l'oggetto della protesta - prima il conio di rame, la moneta autarchica del manicomio, e poi quelle poche lire che permettevano di comprare il pacchetto di sigarette Alfa e la bottiglia di spuma al piccolo spaccio. Rivendicavano il riconoscimento di una loro acquisita diversità: non malati come gli altri ma lavoratori. Anche se ricoprivano un ruolo servile nella gerarchia dell'istituzione. Ricordo le voci e le parole che risuonavano nelle assemblee del giovedì: le prime affermazioni di sé che io ascoltavo nel manicomio. Una labile consapevolezza che cominciava a formarsi e che potevo riconoscere in tanti altri momenti, passaggi, lacerazioni che vivevamo. In questo senso non posso non dare al lavoro, alla formazione, all'inserimento lavorativo, le pratiche che hanno accompagnato, la cultura e la pratica del cambiamento.

E poi ci fu lo sciopero.

Prima che fosse firmato il contratto tra l'Amministrazione provinciale e la 'Cooperativa lavoratori uniti' che intanto si era costituita superando ostacoli politici, amministrativi, burocratici, inimmaginabili oggi, l'assemblea del giovedì proclamò lo sciopero. La legge sulla cooperazione sociale arriverà quasi venti anni dopo (l.381/91).

Lo sciopero coinvolgeva tutti gli internati-lavoratori, ai quali si aggiungeva per solidarietà un numero crescente di infermieri. Si era creata una forte saldatura tra le rivendicazioni degli internati e

quelle degli infermieri che cominciavano a richiedere mansioni più vicine alla funzione sanitaria. Come a dire "nel momento in cui i pazienti saranno riconosciuti come lavoratori, e svolgeranno a pieno titolo la pulizia nei reparti, noi potremo diventare finalmente infermieri...".

Il giorno dello sciopero gli internati si rifiutarono di svolgere i soliti lavori nella cucina generale, nella lavanderia, nel magazzino/guardaroba, nei dormitori; non ci furono pasti da distribuire né piatti da lavare. Lo stop ai lavori, non svolti nemmeno dagli infermieri per solidarietà, paralizzò la vita dell'ospedale. Si dimostrò in tal modo che quella non era "terapia", ma un vero e proprio lavoro, non pagato, che contribuiva a tenere in piedi l'organizzazione dell'istituzione. L'amministrazione fu costretta ad appaltare per due giorni a una ditta esterna il servizio di catering. Fu quasi una festa. Una novità assoluta.

Basaglia rimase in una posizione d'attesa: non poteva appoggiare lo sciopero degli infermieri, mentre s'impegnava con l'Amministrazione provinciale e con il presidente della Provincia Zanetti per concludere al più presto la trattativa.

Lo sciopero fu un passaggio chiarificatore per tutti noi che stavamo affrontando la questione del "lavoro dei matti". Una spinta decisiva se la considero ora alla luce degli sviluppi successivi. Nel momento stesso della firma del contratto gli internati assumevano un'altra identità, si liberavano dall'immagine unica e piatta del malato di mente: per la prima e unica volta ho visto *guarire* sessanta persone in un solo momento...

2. Riconoscere e riconoscersi cittadini

Il contratto metteva in gioco ogni cosa: diritto di cittadinanza, capacità degli internati, ora persone, di stipulare un contratto nel vendere la propria forza lavoro, ingresso "impensabile" in un campo di democrazia e di civiltà. I senza diritto, astenendosi dal lavoro, rivendicano il diritto a scioperare, entrano in conflitto con l'istituzione, ricominciano ad essere cittadini!

La firma del contratto porta a compimento il ciclo avviato da Basaglia dieci anni prima a Gorizia, spazza via ogni ulteriore equivoco di pedagogia istituzionale e apre il campo al percorso che sarà poi la rotta che orienterà tutto quanto accadrà dopo. Un passaggio ricco di significati, che non posso non accomunare all'uscita quasi contemporanea in città di Marco Cavallo.

Il cavallo di legno e cartapesta alto quasi 4 metri, nato nel primo reparto vuoto trasformato in un singolarissimo laboratorio condotto da Giuliano Scabia e Vittorio Basaglia, esce e si porta dietro quasi 700 internati. Il corteo che Marco Cavallo conduce è metafora della riacquisizione di una timida singolare presenza: gli internati divengono "padroni" delle proprie parole e dei propri sguardi, indecisi e timorosi, mentre si espongono allo sguardo degli altri. Quel giorno a uscire dalle mura dell'ospedale sono *settecento poveri cristi* che, camminando per le strade, sembrano dire "prima o poi usciremo"!

Il cavallo azzurro è una metafora, allude a bisogni radicali; lo sciopero, il lavoro, è un passaggio di vertiginosa concretezza.

Lo sciopero per il lavoro è il primo atto in cui prende forma un pensiero, e in cui la guarigione viene realizzata attraverso un vero e proprio spostamento, un'affermazione di status. Di colpo tutto ciò che si era detto e scritto ne "l'istituzione negata" - teoria dello stigma, sottrazione dei diritti, negazione dei bisogni, oggettivazione - tutto insomma si materializza in un atto di restituzione in cui la presenza del denaro, del salario riconosciuto, della pensione non lascia equivoci sul fatto che per la prima volta non siamo più di fronte a un evento simbolico o, peggio, "terapeutico", ma a una proposta vera, concreta come di più non si sarebbe potuto.

Viste oggi, nella prospettiva storica, le scene successive sembrano perdere spessore, un tempo che si accorcia. Dopo quel momento così formidabile c'è una caduta: la stessa cooperativa che si è formata sconta subito l'eccezionalità, l'originalità della sua invenzione, l'isolamento e il deserto. Erano gli anni '70, non era tempo di welfare, né di cooperative sociali o 'finalizzate'. Intorno non c'è nulla: c'è la Lega delle cooperative che fa da sponda all'esperimento, e nient'altro. Il dado è tratto, non di meno qualcosa è accaduto. Anche il ruolo degli infermieri che s'impegnano nella cooperativa ai suoi esordi è formidabile, e tuttavia risente del retaggio culturale: sono infermieri bravi, avanguardie, ma formati nell'istituzione. In manicomio abitano ancora più di 900 persone e la legge 180 è ancora lontana. La cultura resta in fondo paternalistica.

Così, per quasi un decennio prevale una situazione di stallo sul fronte del lavoro. Ma se non accade niente di nuovo sul fronte del lavoro, molto accade sugli altri versanti.

3. Dal manicomio al territorio

Siamo in una fase di transito "tra una casa che non c'è più e quella che non c'è ancora", come diceva Basaglia. I Centri di salute mentale ora sono pensati e cominciano a trovare un loro posto in città. È uno sforzo che a ripensarlo oggi sembra ciclopico, una costruzione anche qui nel deserto: senza leggi, senza norme, senza punti di riferimento.

I Centri di salute mentale (Csm) nel '72 già fanno parte del piano programmatico della Provincia proposto da Basaglia, nel '74 cominciano a essere disegnati, nel '75 si attestano in sedi ancora molto povere nell'urgenza di cominciare a presidiare il "territorio", nel '76 si strutturano meglio spazi, organizzazioni, dispositivi, finché nel '77 esplodono, quando ormai tutto diventa più chiaro: il manicomio chiude.

Il problema ora diventa spostare il campo dell'agire nella città. Il tema del lavoro e della cooperativa si ripropone ora con maggiore concretezza e adesione ai bisogni delle persone che vanno liberandosi dall'istituzione. È evidente che procurare un reddito alle persone ricoverate non può essere soddisfatto dal lavoro che tocca solo una piccola minoranza anche se molto numerosa. Dovevamo aprire vertenze, trattative e vere e proprie lotte per garantire un salario alle persone, il riconoscimento di una pensione minima per gli anni passati in manicomio, forme di tutela e uso delle risorse residue che pure gli internati avevano in deposito nella cassa dell'economato del manicomio. Bisognava impegnarsi nella costruzione di un reddito minimo di base, che dovrà, fuori dall'istituzione, assicurare che le persone potranno quantomeno tentare di sopravvivere, non essere immediatamente schiacciate da una condizione di disparità e di totale completa disuguaglianza.

Da un lato c'è la cooperativa, dall'altra la politica del sussidio, dall'altra ancora la ricerca della casa sia nel rapporto che si stabilisce con l'Istituto case popolari, che nei contatti che vengono avviati con i privati: una sorta di welfare artigianale. Al culmine di questa difficile ricerca per le abitazioni, nel fallimento di ogni nostro tentativo di coinvolgere gli enti pubblici, si arriverà nel febbraio del '77 all'occupazione della Casa del Marinaio. L'edificio, di proprietà di un ente dichiarato inutile, vuoto, era stato individuato dal gruppo di lavoro di quella zona e già erano in piedi trattative dell'amministrazione Zanetti per acquisirla. Operatori, utenti, cittadini, studenti decidono di occupare. Basaglia non aderisce. L'occupazione, che vuole

denunciare la mancanza di coinvolgimento degli enti pubblici sul problema della casa e del reddito, per una settimana provoca discussioni, schieramenti, prese di posizioni politiche e sindacali, adesione degli operai della cartiera. Lo stesso gruppo di lavoro rischia di spaccarsi. Dopo una settimana, lo sgombero con l'arrivo della polizia.

L'occupazione sembra aver donato vigore e nuove motivazioni. Si apre un periodo di grande ricchezza e crescita del lavoro nel territorio. Con la legge del '78 può dirsi completata la costruzione della rete dei servizi, Centri di salute mentale operanti sulle ventiquattro ore nella città. L'investimento sulla cooperazione sociale diventa un'idea guida. La formazione, l'inserimento lavorativo devono assumere nuovo e diverso spessore. Franco Rotelli allora direttore insiste sullo sviluppo della cooperativa e sembra quasi negare lo sforzo che vanno facendo gli operatori dei servizi territoriali. Si rischia una paradossale spaccatura.

Nell'agosto dell'ottanta muore Basaglia e sarà Franco Rotelli ad assumere il compito, gravoso, di realizzare la rete dei servizi, sostenere lo sviluppo della cooperazione sociale, restituire il grande parco di San Giovanni alla città.

Nei primi mesi di quello stesso anno il servizio psichiatrico di diagnosi e cura avvia la sua attività in stretta integrazione con i centri territoriali. Da subito porte aperte e assenza di contenzione (come peraltro accadeva in manicomio dall'arrivo di Basaglia in avanti). Nell'ottantaquattro il Csm di Barcola, dove io lavoro, come gli altri centri appare già consolidato nelle sue componenti organizzative; l'équipe è impegnata sulla questione del terapeutico nell'intervento territoriale. Le modalità di risposta alla crisi e il lavoro con le famiglie sono solo i punti di spicco di una pratica molto avanzata, una riflessione più calma e profonda sulla presenza nel territorio ora diventa possibile. Il lavoro con gli infermieri è intensissimo: non passa giorno che non si faccia una riunione di almeno due ore in cui si discute in dettaglio tutto quel che accade, entrando in una situazione di grande risonanza e armonia. Lo spazio del centro, una villa del primo Novecento, è abitato da molti soggetti che vi operano, ricchissimo di presenze e di scambi, e proprio in questo momento il tema del lavoro e della cooperazione sociale sembra assumere un valore dominante.

Il paradossale "conflitto" *tra quelli per la cooperativa e quelli per il centro* alla lunga si sviluppò in chiave dialettica, come doveva essere, senza mai rischiare di ostacolare lo sviluppo dei servizi, delle reti territoriali, del lavoro riabilitativo. Non così in

tante regioni dove le cooperative sociali diventarono più numerose dei servizi di salute mentale. Mentre i Csm aperti sulle ventiquattro ore ritardavano ad arrivare e nel corso del tempo non sono mai arrivati.

4. Cura come cambiamento di status

Credo che nessuno di noi pensi che la terapia *si faccia* attraverso il lavoro; ognuno di noi ha un'idea molto più indefinibile e complicata della cura, se è vero - come prima dicevo - che la guarigione è la possibilità per la persona di 'cambiare status': trasformare, cioè, la propria capacità di esercitare dei ruoli socialmente riconosciuti, in cui si articolano e si differenziano i sistemi di aspettative nel rapporto con l'ambiente. In questo senso prima citavo come esemplare lo sciopero dei ricoverati del '72: non si trattava solo di ottenere un lavoro, ma attraverso il lavoro l'accesso ai diritti di cittadinanza, il riconoscimento delle singolari soggettività.

Trovo tra le carte che sto sfogliando per scrivere questo articolo la presentazione del corso di formazione indirizzato a pazienti giovani. Il corso fu organizzato dal dipartimento di salute mentale: "Villa Prinz. Laboratorio permanente per la pratica della cittadinanza". Vi era scritto:

«"Villa Prinz" è un percorso formativo e abilitativo rivolto a persone che hanno avuto, hanno o hanno superato problemi di sofferenza mentale. Che essi diventino attori e protagonisti del loro successo è l'idea che sostiene il corso.

Chi ha vissuto la sofferenza mentale, chi per un momento della sua vita ha perduto il contatto con la realtà, chi si è sentito irrimediabilmente sconfitto o al contrario onnipotente vincitore, chi ha sentito il mondo ostile e nemico, chi si è visto costretto a rinunciare per questa e per altre ragioni ai suoi sogni, ai suoi progetti ha dovuto imparare a costringere la sua inquietudine, ad annullare la sua curiosità, a cancellare la sua creatività, a rinunciare alle relazioni.

Dopo esperienze di tal genere si trova il vuoto intorno. Gli strumenti culturali si sono impoveriti. Si fa fatica a leggere la realtà. Si è distanti dai luoghi dello scambio e delle relazioni.

Il linguaggio, le capacità comunicative, le abilità lavorative si sono ristrette o non sono più adeguate.

Il programma Villa Prinz vuole prestare attenzione a questo momento particolare e cercare di dare valore alla fatica quotidiana (del vivere), di non tradire le aspettative, le attese che ancora resistono.

Il corso vuole scoprire strumenti per leggere la realtà intorno a noi, costruire opinioni proprie, cercare assieme agli altri il coraggio per schierarsi. Sopportare il conflitto

che è nelle cose e nelle relazioni. Avere consapevolezza della propria realtà, della propria storia, dei propri limiti è di per sé un elemento che genera capacità nuove, risorse utili per raggiungere la propria indipendenza, identificare un proprio stile di vita e il piacere della comunicazione».

Quel che a Trieste cominciò a realizzarsi con l'emancipazione delle persone, sarebbe stato impensabile al di fuori di tutto il corteo dei percorsi educativi e formativi, le borse di formazione/lavoro, i *valori d'uso* messi in gioco nei laboratori espressivi, gli spazi e le attività informali.

Credo sia questo il punto: il lavoro (in quanto idea-lavoro, obiettivo-lavoro, polo-lavoro) ha contribuito ad aprire un campo di tensione molto ampio. Lo spettro delle possibilità si è esteso negli ultimi anni. Non è più una dicotomia: tra servizi e coopera-

tive, tra malato/disoccupato e sano/lavoratore. È un campo molto largo di tensioni identitarie, che va dalla cura di sé, al saper usare la scrittura, il linguaggio, l'espressione, alle piccole attività di formazione che orientano alla possibile acquisizione di capacità per affrontare l'incontro con il lavoro vero e proprio. Nuove identità possibili emergono, la piatta identità del "malato di mente" tende a sbiadire. Non credo si debba caricare il lavoro di aspettative risolutorie, ma che costituisca uno dei passaggi centrali del percorso di rimonta o, se vogliamo dire così, della guarigione...

*Peppa Dell'Acqua, psichiatra
già direttore del Dipartimento di salute mentale,
Trieste*

La salute mentale nella prospettiva del welfare di comunità

n. 6
febbraio
2024

anno XLI

Mental health services in the perspective of community welfare

Cristina Ugolini

Con maggiore intensità a seguito degli effetti prodotti dalla pandemia COVID-19, le malattie mentali, da sempre ultime negli investimenti economici dei sistemi sanitari di tutti i paesi occidentali, richiedono di non essere più marginali nei programmi di investimento nazionali. L'intento di questo saggio è quello di offrire al lettore un quadro ampio, seppur non esaustivo, del ruolo che la salute mentale ricopre nella progettazione europea, di come si sia evoluta l'assistenza psichiatrica in Italia e di quali siano i principali nodi ancora da sciogliere perché il tema della salute mentale esca dall'angolo in cui da sempre viene purtroppo confinato.

Parole chiave

Salute mentale; politiche pubbliche; integrazione; welfare; comunità.

With greater intensity following the effects produced by the COVID-19 pandemic, mental illnesses, which have always been the last in the economic investments of the Western health care systems, require to be no longer so marginal in national investment programs. The intent of this essay is to offer the reader a broad, albeit not exhaustive, picture of the role that mental health plays in European planning, how psychiatric care has evolved in Italy, and which are the main knots still to be resolved for the issue of mental health to come out of the corner in which it has always been unfortunately confined.

Keywords

Mental health; public policies; integration; welfare; community.

✉ Corresponding author: cristina.ugolini@unibo.it

1. Premessa

Fin dalla Carta di Ottawa negli anni Ottanta l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha proposto un modello di salute «che mette in valore le risorse sociali e individuali»¹, descrivendo le condizioni necessarie per una efficace promozione della salute: l'elaborazione di una adeguata politica pubblica, la creazione di ambienti di cura favorevoli, il rinforzo dell'azione della comunità e una riorganizzazione dei servizi sanitari che, oltre all'erogazione delle cure, preveda un'educazione in merito ai fattori protettivi e predisponenti al benessere². In linea con questo approccio e a seguito di allarmanti rapporti sul peso psicologico, affettivo, economico delle disabilità sulle famiglie, sulle comunità e sui sistemi sanitari, l'OMS e l'Unione Europea (UE) hanno messo da tempo la salute mentale fra le loro priorità. Con maggiore intensità a seguito degli effetti prodotti dalla pandemia COVID-19, le malattie mentali, da sempre ultime negli investimenti economici dei sistemi sanitari di tutti i paesi occidentali, richiedono di non essere più marginali nei programmi di investimento nazionali. Anche in Italia c'è assoluta necessità di rafforzare la programmazione integrata delle politiche pubbliche nella consapevolezza che, anche se le malattie mentali non sono quelle più diffuse, esse certamente comportano un elevatissimo carico assistenziale, sulle persone malate ma anche sulla comunità che le assiste³. L'intento di questo saggio è quello di offrire al lettore un quadro ampio, seppur non esaustivo, del ruolo che la salute mentale ricopre nella progettazione europea, di come si sia evoluta l'assistenza psichiatrica in Italia e di quali siano i principali nodi ancora da sciogliere perché il tema della salute mentale esca dall'angolo in cui da sempre viene purtroppo confinato.

2. La salute mentale in Europa

Prima della pandemia, in Europa, 84 milioni di persone (1 persona su 6) soffriva di disturbi mentali, 165 mila morti all'anno erano dovute a malattie mentali o suicidio, un numero che posizionava le

condizioni di salute mentale al quinto posto tra le cause di morte più comuni e al secondo posto tra le malattie non trasmissibili più invalidanti. Si stima che più del 27% degli europei adulti una volta nella vita sia afflitto da almeno un tipo di patologia mentale, i problemi più comuni sono i disturbi legati all'ansia (5.529 casi per 100.000 abitanti) e la depressione (4.367 casi per 100.000 abitanti) che si prevede diventerà presto la causa di malattia più frequente nei paesi industrializzati, seguite da bipolarismo, disturbo dello spettro autistico e schizofrenia (337 per 100.000 abitanti). Attualmente nell'UE muore annualmente per suicidio un numero di cittadini superiore al numero annuo di morti causate da incidenti stradali, omicidi o HIV/AIDS, con il suicidio sesta causa di morte nella popolazione di età inferiore ai 70 anni e quarta causa di morte nella popolazione sotto i 20 anni. Almeno il 50% dei disturbi mentali si manifesta prima dei 15 anni e anche il bullismo, che colpisce migliaia di bambini e adolescenti europei, rappresenta un importante fattore di rischio per i disturbi mentali.

La pandemia e le sue conseguenze hanno messo a dura prova i servizi di salute mentale. Le interruzioni dell'assistenza sanitaria che hanno interessato le persone affette da patologie mentali preesistenti costituiscono una parte significativa dell'impatto negativo che la pandemia ha prodotto sulla salute mentale⁴. Inoltre, l'edizione del 2020 della relazione *Health at a Glance: Europe* ha rilevato come la pandemia di COVID-19 e la conseguente crisi economica abbiano inciso in modo crescente sul benessere psichico dei cittadini, con un chiaro aumento dei tassi di stress, ansia e depressione soprattutto tra i giovani e le persone appartenenti alle fasce a basso reddito.

La salute mentale è da molti anni un tema rilevante per l'UE e il mandato di intervenire nel settore della salute pubblica è stabilito dall'articolo 152 del trattato CE, a norma del quale «nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana». L'intervento dell'Unione integra le politiche nazionali volte al miglioramento della sanità, alla prevenzione di malattie, all'informazione e all'educazione in tema di salute, nonché a ridurre gli effetti nocivi derivanti dall'uso di stupefacenti e promuove la cooperazione tra gli Stati membri in questi settori, mentre gli Stati membri hanno la competenza esclusiva per

¹https://cipesalute.org/cedo/allegati/contenuti/documenti/materiali_e_m_anuali/OMS/carta_ottawa.pdf

² F.L. Aru, et. al, *Modelli di integrazione tra psicologia e assistenza sanitaria primaria: verso la concreta costruzione di una assistenza psicologica di base*, «Giornale italiano di psicologia», 1, (2) (2019), pp. 179-200.

³ F. Scotti, *Salute mentale e servizi per la salute mentale*, «Sistema salute. La Rivista Italiana di educazione sanitaria e promozione della salute», 56 (2) (2012), pp. 151-157.

⁴ https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-12/2020_healthatglance_rep_en_0.pdf

l'organizzazione dell'assistenza e dei servizi sanitari⁵.

Il lavoro della Commissione europea sulle malattie non trasmissibili e la salute mentale si basa sui quadri strategici internazionali, in particolare gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite⁶ e i 9 obiettivi globali volontari stabiliti dall'OMS in materia di malattie non trasmissibili⁷. A partire dal 2018 è stato istituito il gruppo direttivo per la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e la gestione delle malattie non trasmissibili (SGPP) composto da rappresentanti dei ministeri della salute dei paesi dell'UE, formalmente istituito per aiutare gli Stati membri a conseguire gli obiettivi di sviluppo sostenibile in campo sanitario, con la salute mentale considerata un ambito prioritario per l'applicazione delle migliori pratiche su cui far convergere azioni comuni e risorse. I lavori sono iniziati nel 2021 con l'azione comune ImpleMENTAL, che si occupa di come riformare i servizi per la salute mentale e della prevenzione dei suicidi, e il progetto Best dell'Alleanza europea contro la depressione. Nel 2022, nel quadro dell'Anno europeo dei giovani, sono stati aggiunti due nuovi progetti per migliorare la salute mentale dei bambini, dei giovani e delle loro famiglie in situazioni di vulnerabilità, mentre, nel contesto del programma EU4Health la Commissione ha mobilitato 9 milioni di euro per aiutare le persone in fuga dall'Ucraina che hanno urgente bisogno di assistenza psicologica.

Nel giugno 2022 la Commissione ha presentato l'iniziativa *Healthier Together* per aiutare i paesi UE a individuare politiche e azioni efficaci per ridurre l'onere delle principali malattie non trasmissibili e in questo contesto salute mentale e disturbi neurologici costituiscono uno dei cinque principali filoni dell'iniziativa, con interventi programmati fino al 2027⁸. In linea con questo impegno, nel discorso sullo stato dell'UE nel settembre 2022 la presidente della Commissione ha annunciato l'intenzione di presentare nel corso del 2023 un nuovo approccio globale alla salute mentale⁹, per la quale l'UE stima un costo totale per i 27 paesi UE superiore al 4% del PIL (oltre 600 miliardi di euro)¹⁰.

⁵ https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_it

⁶ <https://unric.org/it/agenda-2030/>

⁷ https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2087

⁸ https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_en

⁹ <https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/von-der-leyen-promises-eu-strategy-on-mental-health/>

¹⁰ <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>

Dal 2017 *The European House Ambrosetti e Angelini Pharma* costruiscono un indice (*Mental health index*) che in un'ottica multidisciplinare unisce all'aspetto clinico sanitario l'importanza di programmi e politiche pubbliche per la promozione e il mantenimento di un buono stato di salute mentale nei diversi paesi europei. Nella classifica ottenuta per l'anno 2022, l'Italia ottiene un punteggio elevato nella misura della qualità dell'assistenza sanitaria alle persone affette da un disturbo mentale, mentre raggiunge valori inferiori alla media europea per quanto riguarda la disponibilità di operatori sanitari destinati a questo tipo di assistenza e risulta uno degli ultimi paesi europei, sopra solo a Estonia e Bulgaria, per quel che concerne la percentuale di spesa sanitaria destinata alle malattie mentali: in Italia solo il 3,5% delle risorse viene destinato in modo specifico alla salute mentale, un valore modesto rispetto alla Germania (11,3%), Svezia (10%) e Regno Unito (9,5%) che superano ampiamente la media generale¹¹. Vediamo come in Italia queste risorse vengono impiegate.

3. In Italia: la Legge Basaglia dopo 45 anni

Fino al 1978 l'assistenza psichiatrica coincideva con gli ospedali psichiatrici, i manicomi, che ospitavano circa 70.000 persone, mentre pochissime erano le esperienze territoriali esterne ai manicomi e di carattere sempre sperimentale¹². Nel 2021 quasi 800mila pazienti hanno ricevuto assistenza presso i servizi specialistici psichiatrici¹³ a dimostrazione che in questi 45 anni molti passi avanti sono stati fatti. La riforma psichiatrica del 1978, la legge 180 nota come Legge Basaglia che ha abrogato la precedente legge 36 del 1904¹⁴, fu una legge molto

¹¹ https://www.angelinipharma.es/media/xahawdh3/211005_headway-2023_report_def.pdf

¹² A partire dagli anni Sessanta si avvia la psichiatria di comunità con l'apertura dei Centri di igiene mentale (CIM) attraverso la Legge 431 del 1968. L. Ferrannini, *La psichiatria di comunità in Italia: una storia importante*, in V.D. Tozzi, G. Pacileo (a cura di), *Salute mentale in Italia. Sfide e prospettive manageriali nella sanità che cambia*, Egea, Milano 2017; A. Fioritti et al., *The Reform, Said or Done? The Case of Emilia-Romagna within the Italian Psychiatric Context*, «The American Journal of Psychiatry», 154 (1) (1997), pp. 94-98; A. Fioritti, *Trent'anni di 180: le politiche di salute mentale tra passato e futuro*, «Autonomie locali e servizi sociali», 3 (2008), pp. 417-428.

¹³ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3282_allegato.pdf

¹⁴ Nell'Italia di fine Ottocento esistevano più di 120 strutture dedicate all'assistenza psichiatrica, tra cui 43 manicomi pubblici, ma non esisteva una legge che regolamentasse, unificandole, le diverse realtà, pubbliche e private. Nel febbraio 1904 viene promulgata la Legge che porta il nome del Ministro dell'Interno dell'epoca, Giovanni Giolitti, basata sulla relazione tra malattia mentale e pericolosità sociale e che delegava al direttore del manicomio un potere decisionale assoluto sui pazienti ricoverati.

sentita e partecipata, ma al tempo stesso anche molto dibattuta e controversa, tanto che nei successivi 45 anni di vita repubblicana i disegni di legge presentati in Parlamento per la sua riforma sono stati parecchie decine¹⁵. La legge fu il frutto di un movimento trasversale che riteneva inaccettabile il modo con cui l'Italia aveva gestito fino a quel momento il tema della salute mentale, denunciava le istituzioni manicomiali come luoghi di detenzione e non di cura e identificava nel territorio il terreno adatto per disegnare un nuovo sistema integrato di servizi per la presa in carico delle malattie mentali. Di fatto la legge Basaglia cambiò la natura stessa dell'intervento poiché i manicomi dipendevano dalle Prefetture e quindi erano strumenti di gestione dell'ordine pubblico mentre con la sua approvazione la psichiatria esce dalle mura del manicomio e diventa psichiatria di comunità, espandendosi fino ad abbracciare un numero sempre maggiore di condizioni di malattia e di sofferenza presenti nella quotidianità per le quali si offrono risposte alternative alla istituzionalizzazione¹⁶. Emerge la consapevolezza che ogni cura di disturbi psichiatrici è di lunga durata ed è nella vita quotidiana, nel proprio contesto abitativo e sociale, nella propria comunità che il paziente che soffre va mantenuto e sostenuto¹⁷.

A partire dal 1978 si procede verso il progressivo superamento dei manicomi e degli istituti per l'infanzia, avviando la creazione di servizi specializzati dedicati all'handicap mentale, la neuropsichiatria infantile, le dipendenze patologiche e la psichiatria adulti, per la quale furono avviati i Centri di salute mentale ed i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura. L'applicazione della legge 180 ha richiesto numerosi interventi normativi nazionali e regionali e le sue implementazioni sono state molto diverse tra le regioni, in molti casi anche frammentarie e lacunose, accentuando quel fortissimo divario interregionale che negli anni Ottanta ha riguardato non solo la salute mentale ma tutte le prestazioni sanitarie. Nella seconda metà degli anni Novanta, con i due Progetti obiettivo salute mentale

nazionali (1994-96 e 1998-2000), declinati poi nelle diverse realtà regionali, la programmazione nazionale recupera energia e si sviluppano servizi differenziati di Psichiatria adulti e di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, ospedalieri) e si procede nell'istituzione e nel consolidamento dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)¹⁸. In questo periodo procedono gli sforzi di qualificazione degli interventi, anche grazie all'introduzione dell'accreditamento, e comincia ad assumere un ruolo rilevante l'apporto delle associazioni e il coinvolgimento degli utenti e familiari nei momenti di programmazione, monitoraggio e verifica delle politiche pubbliche e dei progetti locali. A vent'anni dalla sua introduzione, le valutazioni empiriche riconoscono il successo della riforma Basaglia sotto vari parametri che vanno dalla qualità e diversificazione dei contesti di cura, qualità della vita delle persone in cura, esiti delle malattie mentali, efficacia ed efficienza delle cure¹⁹, mentre comincia a serpeggiare tra gli operatori di questo settore un sentimento di disagio per la posizione di evidente marginalità che la salute mentale ricopre rispetto alle altre aree dell'assistenza sanitaria. I primi due decenni della riforma hanno prodotto, sebbene non in maniera uniforme, servizi votati al territorio, alla individualizzazione dei percorsi di cura e di assistenza, al dialogo ed alla collaborazione interprofessionale ed interistituzionale. In questo quadro generale, i DSM diventano le strutture portanti della nuova assistenza psichiatrica in Italia, nati con l'obiettivo di superare i confini tra ospedale e territorio, assicurare la programmazione, la gestione unitaria e il coordinamento dei servizi erogati nel proprio territorio di competenza²⁰.

Con la riforma del Titolo V del 2001 la programmazione nazionale si interrompe e la scelta dei modelli organizzativi passa alle regioni che programmano in modo autonomo i DSM, acuendo i già profondi divari interregionali rispetto ai modelli di organizzazione della parte ospedaliera del DSM

¹⁵ La legge Basaglia venne applicata solo pochi mesi fino all'approvazione della legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che conteneva al suo interno (con alcune modifiche) quasi gli stessi articoli della legge 13 maggio 1978, n.180; A. Fioritti, *Trent'anni di 180: le politiche di salute mentale tra passato e futuro*, «Autonomie locali e servizi sociali», 3 (2008), pp. 417-428.

¹⁶ V.D. Tozzi, *Risultati e lezioni apprese*, in V.D. Tozzi, G. Pacileo (a cura di), *Salute mentale in Italia. Sfide e prospettive manageriali nella sanità che cambia*, Egea, Milano 2017.

¹⁷ F. Scotti, *Salute mentale e servizi per la salute mentale*, «Sistema salute. La Rivista Italiana di educazione sanitaria e promozione della salute», 56 (2) (2012), pp. 151-157.

¹⁸ La legge 180/78 aveva previsto che i servizi di salute mentale fossero collegati tra loro in forma dipartimentale ma la prima formulazione del DSM è contenuta nella L. 502/92; A. Fioritti, *Trent'anni di 180: le politiche di salute mentale tra passato e futuro*, «Autonomie locali e servizi sociali», 3 (2008), pp. 417-428.

¹⁹ G. De Girolamo, M. Cozza, *The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective*, «International Journal of Law and Psychiatry», 23 (2000), pp. 197-214; G. De Girolamo, et. al., *The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lesson to learn*, «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience», 257 (2) (2007), pp. 83-91.

²⁰ F. Scotti, *Salute mentale e servizi per la salute mentale*, «Sistema salute. La Rivista Italiana di educazione sanitaria e promozione della salute», 56 (2) (2012), pp. 151-157.

(Servizi psichiatrici di diagnosi e cura), della residenzialità psichiatrica di area sanitaria e di tutte le attività di integrazione sociosanitaria, differenziando anche le caratteristiche dei DSM rispetto alla loro collocazione e al ventaglio dei servizi offerti a livello territoriale.

L'intervento dello Stato nel delineare i principi fondamentali all'interno dei quali si esercita la potestà legislativa delle regioni è ripreso a partire dal 2010 con l'emanazione di piani dedicati alla salute mentale, raccomandazioni e atti di intesa che hanno avviato una generale riorganizzazione dei processi di cura. In particolare, si approvano le Linee di indirizzo nazionale per la salute mentale, il Dpcm sulla sanità penitenziaria e sul superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, il Piano nazionale autismo, i documenti della Conferenza delle regioni e si avvia il Sistema informativo nazionale per la salute mentale (SISM). Parallelamente al rinnovato intervento da parte centrale, i processi di riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali verso modelli organizzativi sempre più orientati all'integrazione verticale o alla logica delle reti integrate²¹ hanno prodotto Aziende e quindi DSM sempre più grandi, non di rado con bacini di utenza che superano il milione di abitanti²², complicando l'analisi dei bisogni territoriali e rendendo spesso l'integrazione sociosanitaria per i servizi di salute mentale estremamente difficoltosa.

Enormi sono stati gli sforzi dedicati negli ultimi vent'anni a sviluppare una psichiatria di comunità, spostando il centro dell'assistenza dall'ospedale al territorio. Purtroppo, l'integrazione dei DSM con le cure territoriali è ancora carente, il coinvolgimento con i medici di famiglia largamente insufficiente, il ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio spesso eccessivo e permane una grande difficoltà ad affrontare le richieste di aiuto provenienti da nuovi bisogni emergenti, ad esempio migranti e senzatetto. Nonostante le difficoltà, il modello psichiatrico italiano è conosciuto e ammirato nel mondo, assunto dall'OMS come punto di riferimento²³ ma ancora moltissimo va fatto perché

«praticare una politica di salute mentale è cosa ben diversa. Significa innanzitutto esaminare accuratamente quali sono i bisogni di salute mentale di una comunità, identificare una strategia che massimizzi il beneficio per tutti con le risorse disponibili, collegarsi strettamente con le amministrazioni sociali e sanitarie, affrontare problemi e bisogni sempre nuovi»²⁴.

4. La salute mentale nel welfare di comunità

La trasformazione sociale degli ultimi trent'anni si interseca con la crisi profonda del nostro modello di welfare. I mutamenti riguardanti le determinanti demografiche, la trasformazione dei nuclei familiari, una crescente terzizzazione e flessibilizzazione dei rapporti di lavoro, le conseguenze della globalizzazione e del progresso tecnologico fanno emergere l'esigenza di un complessivo riadattamento dei sistemi di welfare, caratterizzati oggi da una domanda più differenziata di tutela a cui dovrebbe corrispondere un diverso indirizzo della protezione sociale, capace di superare gli schemi di protezione resi obsoleti dai processi di cambiamento e in grado al tempo stesso di contenere le risorse pubbliche investite²⁵. In questo ambito la prospettiva adottata dall'UE si identifica con l'approccio dell'investimento sociale²⁶. Comune denominatore di questi interventi è lo sforzo che lo stato deve compiere per assicurare una adeguata funzione preventiva per ridurre i rischi individuali (politiche attive) e promuovere la formazione di capitale umano, (stimolando salute, istruzione, aggiornamento professionale, ricerca) e di capitale sociale (stimolando la società civile nelle sue molteplici forme organizzative), entrambi considerati un motore della crescita economica e dello sviluppo sociale nel medio lungo termine. In questa logica, i sistemi di welfare europei si stanno riadattando per differenziare le risposte date ai vecchi rischi sociali, quelli tradizionalmente coperti dagli schemi di protezione sociale più rodati, rispetto ai nuovi rischi sociali per i quali devono invece trovare nuove soluzioni organizzative e nuove modalità di finanziamento. Le nuove proposte dell'investimento sociale chiedono di abbandonare un modello di intervento pubblico centralizzato (*welfare state*) per sperimentare forme diverse di *welfare society* in

²¹ C. Ugolini, *Costruire la sanità del futuro attraverso reti forti*, Atti terzo convegno nazionale di contabilità pubblica, *Dall'emergenza sanitaria alla stabilizzazione finanziaria della sanità pubblica*, Editoriale Scientifica, Napoli 2023 - in corso di pubblicazione.

²² C. Mencacci, L. Ferrannini, F. Starace, *Introduzione*, in V.D. Tozzi, G. Pacileo (a cura di), *Salute mentale in Italia. Sfide e prospettive manageriali nella sanità che cambia*, Egea, Milano 2017, pp. 11-14.

²³ L. Ferrannini, *La psichiatria di comunità in Italia: una storia importante*, in V.D. Tozzi, G. Pacileo (a cura di), *Salute mentale in Italia. Sfide e prospettive manageriali nella sanità che cambia*, Egea, Milano 2017, pp. 15-22.

²⁴ A. Fioritti, *Trent'anni di 180: le politiche di salute mentale tra passato e futuro*, «Autonomie locali e servizi sociali», 3 (2008), p. 424.

²⁵ C. Ugolini, *Sostenibilità economica dei modelli di Welfare*, in M. Moruzzi, R. Prandini (a cura di) *Modelli di welfare. Una discussione critica*, Vite Parallele, Franco Angeli, Milano 2020, pag. 133-56.

²⁶ A. Giddens, *The third way: the renewal of social democracy*, Blackwell, Cambridge 1998.

cui si supera l'univoca relazione tra sistema pubblico e stato sociale: oltre al pubblico, anche i privati (singoli individui, famiglie e altre organizzazioni formali) sono chiamati a svolgere un ruolo importante a livello allocativo e redistributivo, integrando l'intervento pubblico che ne agevola e incentiva lo sviluppo in chiave sussidiaria e complementare.

La risposta iniziale alla crisi del welfare tradizionale negli anni Novanta è un modello "neoliberista" denominato welfare mix in cui gli enti pubblici conservano il monopolio della committenza ma rinunciano, in tutto o in parte, all'erogazione dei servizi per i quali si avvalgono della collaborazione dei produttori privati attraverso una crescente esternalizzazione produttiva. Negli anni Duemila però, l'insoddisfazione verso i risultati prodotti dal welfare mix riorienta il sistema di protezione sociale verso la costruzione di un modello di welfare maggiormente plurale - denominato welfare comunitario o di comunità-, in cui alle organizzazioni della società civile viene consentito di partecipare anche al processo di programmazione degli interventi e all'adozione delle conseguenti scelte strategiche. Colozzi, Bassi *et al.*²⁷ definiscono il welfare di comunità come «l'insieme delle azioni (interventi, progetti, norme, policy) che istituzioni, imprese, società civile organizzata e famiglie realizzano per creare un senso condiviso di benessere o di vita buona»²⁸. Le dimensioni in cui si articola il welfare di comunità non si limitano all'assistenza, alla sanità e all'integrazione tra le due, ma prevedono anche la dimensione culturale e ambientale.

Le caratteristiche di fondo del welfare di comunità sono quelle di: essere plurale, cioè costituito da una pluralità di attori, ciascuno dei quali deve superare la tendenza alla chiusura autoreferenziale per aprirsi ad una piena collaborazione favorita dall'attore pubblico, che esercita così principalmente la funzione di regista degli interventi; essere progettato e valutato assieme dai cittadini-utenti (co-progettazione e validazione comune dei risultati); perseguire gli obiettivi di risposta ai bisogni specifici valorizzando le relazioni sociali esistenti ma anche promuovendo la costruzione di relazioni sociali nuove. In questa prospettiva, il benessere di una comunità non è solo la somma del benessere di tutti i cittadini ma dipende anche dalle relazioni che si stabiliscono tra i soggetti e il territorio in cui

essi vivono. Dal punto di vista dei servizi offerti, il modello di welfare di comunità si distingue dal welfare tradizionale e dal welfare mix perché, diversamente dal primo non offre prestazioni standardizzate e, diversamente dal secondo, non offre prestazioni che tendono a favorire l'individualizzazione e la privatizzazione del servizio, cioè quel processo di frammentazione e isolamento che ha caratterizzato soprattutto gli anni Novanta²⁹. Alcuni esempi. Se la risposta del welfare tradizionale al bisogno dell'abitare assistito dell'anziano non autosufficiente è stata prevalentemente il ricovero in casa di riposo, creando situazioni di istituzionalizzazione isolazionistiche sul piano sociale, quella del welfare mix, invece, è stata l'offerta di servizi domiciliari, gratuiti se forniti dal Comune ma spesso a pagamento, provocando l'isolamento di molti anziani all'interno delle loro abitazioni e la diffusione del fenomeno del badantato. La risposta del welfare comunitario è una diversa idea dell'abitare, in cui sono comprese plurime forme di co-housing (ad esempio gli alloggi assistiti o le case-famiglia) e le esperienze di portinariato sociale e di social street, accomunate dal tentativo di accoppiare la domiciliarità con la sicurezza e il rafforzamento delle reti di supporto. Se la risposta del welfare tradizionale ai problemi di salute mentale era l'istituzionalizzazione in manicomio, gli anni Novanta hanno cercato di dare risposte cliniche spostando l'assistenza dall'ospedale al territorio attraverso i Centri di salute mentale, primo riferimento per i cittadini con disagio psichico ma purtroppo in modo spesso isolato rispetto ai servizi territoriali. A partire dagli anni Duemila i servizi per salute mentale sono stati tra i primi servizi a costruire percorsi di presa in carico dei pazienti capaci di coinvolgere gli aspetti clinici, riabilitativi e di inserimento sociale, dialogando in una prospettiva integrata con molteplici attori coinvolti nel processo di cura, non solo integrando sanità e sociale attraverso la multidisciplinarietà dei professionisti coinvolti ma anche coinvolgendo i servizi pubblici dedicati alle politiche abitative e all'inserimento nel mondo del lavoro, ma anche le tante associazioni di volontariato, cooperative sociali, fondazioni, imprese sociali e associazioni di familiari e utenti impegnati sul territorio, con un approccio alle cure di lungo periodo tipico della dimensione cronica che spesso i problemi di salute

²⁷ I. Colozzi, A. Bassi, *et al.*, *Il Progetto culturale della Scuola Achille Ardigo sul welfare di comunità*, <https://www.comune.bologna.it/scuola-ardigo/documenti/progetto-culturale-scuola-achille-ardigo-welfare-comunita/>, 2021.

²⁸ http://informa.comune.bologna.it/iperbale/media/files/documentocoinclusivotriennioscuolaardigo_1.pdf

²⁹ I. Colozzi, A. Bassi, *et al.*, *Il Progetto culturale della Scuola Achille Ardigo sul welfare di comunità*, <https://www.comune.bologna.it/scuola-ardigo/documenti/progetto-culturale-scuola-achille-ardigo-welfare-comunita/>, 2021.

mentale comportano³⁰. A dimostrazione di questa grande capacità innovativa, occorre ricordare che è proprio nell'ambito della salute mentale che sono state avviate le prime esperienze del budget di salute³¹, uno strumento di integrazione sociosanitaria a sostegno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuali (PTRI) di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie individuate e messe in rete al fine di migliorare la salute, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità. È in Regione Campania che durante i primi anni Duemila parte la sperimentazione di questo budget che permette alla persona con disagio psichico di ricevere un servizio più attento alle proprie caratteristiche, progettato mettendo in campo non solo i servizi pubblici disponibili ma tutte le risorse professionali e finanziarie che la comunità può generare. Dall'esperienza campana, altre regioni più recentemente si sono unite con interesse con propri decreti e disposizioni di legge³².

Negli ultimi anni, a fronte di disturbi mentali gravi, ma di tipo "tradizionale" a cui si cerca di rispondere con progetti di cura innovativi quali il budget di salute, si presentano crescentemente disturbi completamente nuovi e diversificati come il disagio adolescenziale e giovanile, i disturbi del comportamento alimentare o i disturbi mentali nella popolazione migrante, solo per citarne alcuni. Questi bisogni richiedono di disegnare in modo diverso per ciascuno un nuovo approccio di salute mentale di comunità che non coincide più con la sola psichiatria ma impone di costruire una risposta pubblica personalizzata e integrata non solo tra servizi sanitari e servizi sociali - perché gran parte di questi disturbi si interseca a profondi bisogni di carattere assistenziale³³- ma che si estende alle politiche abitative, ai servizi per l'infanzia, alla scuola, alle politiche attive per la formazione professionale e l'inserimento nel mercato del lavoro e che non può non tenere conto della presenza della società civile attiva nella comunità in cui il bisogno si manifesta.

³⁰ F. Longo, *Prefazione*, in V.D. Tozzi, G. Pacileo (a cura di), *Salute mentale in Italia. Sfide e prospettive manageriali nella sanità che cambia*, Egea, Milano 2017, pp. 7-10.

³¹ A. Santuari, *Il budget di salute e la presa in carico delle persone fragili*, Franco Angeli, Milano 2022 - scaricabile open access su https://www.francoangeli.it/Ricerca/scheda_libro.aspx?id=27718

³² *Ibidem*

³³ La relazione tra disuguaglianze socioeconomiche e salute mentale è nota da tempo. Già nel 1858 l'epidemiologo americano Jarvis dimostrò che nella classe sociale più bassa si avevano 64 volte più casi di malattia mentale rispetto a quelli che si avevano nelle classi sociali più agiate e anche oggi emerge come non solo negli strati sociali più svantaggiati aumenta la morbilità psichiatrica ma crescono anche i tassi di disturbi depressivi e ansiosi (Amaddeo e Dionisi, 2012).

5. Conclusioni

Ci ricorda Longo³⁴ come oggi i servizi per la salute mentale rappresentano un "gigante" con i piedi di argilla dentro il SSN. Un gigante perché sono stati tra i primi servizi a lavorare in una prospettiva psicosociale, a costruire un reale processo di de-istituzionalizzazione dei pazienti che ha spostato da molto tempo il luogo della cura dall'ospedale al territorio ma un gigante anche fragile, soprattutto per la consapevolezza più recente che la "gestione" della salute mentale non può essere circoscritta dentro i muri dei DSM che non ne hanno affatto il monopolio ma devono operare in collaborazione con il sistema dei servizi pubblici connessi al benessere dell'individuo nella prospettiva integrata che oggi l'OMS chiama *One Health*³⁵. Troppo spesso il DSM viene percepito come un mondo a sé stante, come una questione "a parte" dentro il SSN: paradossalmente proprio il mondo da cui per prima è partita l'integrazione intersettoriale dei percorsi e la condivisione delle competenze e dei servizi rischia di vivere isolato in un momento storico in cui si cerca di estendere alla totalità delle cure territoriali tutto quello che si è già fatto nell'ambito della salute mentale.

In un contesto come quello attuale di profonda scarsità di risorse finanziarie e professionali, diventa cruciale migliorare innanzitutto il coordinamento e l'integrazione all'interno dei diversi livelli sanitari, in particolare tra gli specialisti in psichiatria e i medici di assistenza primaria, al fine di individuare tempestivamente il bisogno psichiatrico occultato e garantire un approccio alla cura centrato sui bisogni globali del paziente³⁶. È infatti nell'ambito delle cure primarie che l'integrazione dello psichiatra o dello psicologo nel team dei professionisti territo-

³⁴ F. Longo, *Prefazione*, in V.D. Tozzi, G. Pacileo (a cura di), *Salute mentale in Italia. Sfide e prospettive manageriali nella sanità che cambia*, Egea, Milano 2017, pp. 7-10.

³⁵ https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1

³⁶ In Italia, la possibilità di integrare l'assistenza psicologica nelle cure primarie proponendo la figura dello «Psicologo di Base» è stata introdotta per la prima volta nel 2000. La modalità d'intervento utilizzata è quella dell'affiancamento, in cui medico e psicologo collaborano insieme nella fase del consulto (Aru et al., 2019). A Bologna, a partire da aprile 2015 è stato avviato il progetto sperimentale «Lo psicologo nella Casa della Salute» attraverso il quale è stata introdotta la possibilità di un'assistenza psicologica di base nel contesto sanitario di primo livello, favorendo il contatto tra MMG e i professionisti del Dipartimento di Salute Mentale nell'ambito delle Case della salute con l'obiettivo di dotare la medicina generale di nuove strategie di identificazione precoce e gestione delle problematiche emotive attraverso l'inserimento di una specifica figura professionale all'interno di un luogo di cura con bassa soglia di accessibilità (Chiri et al., 2016); F. Scotti, *Salute mentale e servizi per la salute mentale*, «Sistema salute. La Rivista Italiana di educazione sanitaria e promozione della salute», 56 (2) (2012), pp. 151-157.

riali può consentire nuove possibilità di cura in grado di intercettare le forme di sofferenza lieve non ancora strutturata, di fornire trattamenti psicologici specifici e precoci e di promuovere tra gli individui la diffusione di comportamenti proattivi di tutela e cura dello stato di salute. Scrive Liuzzi:

«Se si vuole un sistema di cure primarie utile ed efficace, l'attenzione alla salute mentale è fondamentale. E non si tratta solo di offrire cure al disturbo psicologico o trattare la malattia mentale in modo individuale. Si tratta di occuparsi del benessere e della salute psicofisica dei cittadini di un territorio, dei membri di una comunità [...] in modo equo ed accessibile, per fornire a tutti indistintamente cura e terapia ma anche per promuovere consapevolezza, promozione di salute e adozione di comportamenti positivi»³⁷.

La necessità, resa ancora più evidente dall'emergenza Covid, è quella di investire sulla prevenzione e potenziare i servizi psicologici all'interno del sistema sanitario con l'obiettivo di intercettare i bisogni di assistenza psicologica prima che si aggravino in un vero e proprio disturbo clinico. Fondamentale quindi la riorganizzazione della Psicologia clinica e di comunità mediante la costituzione di unità operative in capo al Dipartimento di Cure Primarie e l'introduzione, non più solo sperimentale, della figura dello psicologo nelle Case della Comunità, valorizzando sempre più l'approccio multidisciplinare e integrato (medico di medicina generale, psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale) per la gestione del disagio psichico; percorsi di cura a gradini allineando interventi psicologici di base, interventi medici generali e interventi specialistici di salute mentale; implementazione della prevenzione e dell'intercettazione dei bisogni anche grazie alla nuova figura professionale, introdotta con Legge 77/2020, dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC). I grandi cambiamenti in corso nel sistema delle cure territoriali delle aziende sanitarie italiane verso logiche di gestione trasversali che vanno dalla progettazione di percorsi assistenziali incentrati sul paziente allo sviluppo delle cure intermedie tra ospedale e territorio devono essere anche un'occasione per ripensare il ruolo dei DSM in una prospettiva di vera integrazione multiprofessionale e multidisciplinare capace di farli uscire dall'isolamento che spesso li caratterizza perché:

³⁷ M. Liuzzi, *La psicologia nelle cure primarie*, Il Mulino, Bologna 2016, p. 35.

«la malattia mentale nasce tra noi, e dentro di noi, nessuno può considerarla roba d'altri. Il malato di mente, oggetto di una legislazione separata, non esiste. Esiste, semmai, la malattia mentale, che deve essere affrontata con gli altri problemi di salute. Ed esistiamo noi, i cittadini, che possiamo ammalarci di una malattia mentale come, purtroppo, di qualsiasi altra malattia.»³⁸

Soprattutto con l'aumento dei soggetti affetti da patologie croniche, spesso in un contesto di multi-morbilità, cresce la consapevolezza che la cura della salute mentale non può avvenire in modo disgiunto rispetto alle cure rivolte al corpo di quegli stessi pazienti³⁹.

Purtroppo però, a differenza della salute fisica che spesso richiede la già difficile definizione di percorsi di integrazione tra sanitario e sociale, la salute mentale, influenzata dalla predisposizione genetica, dal contesto socioeconomico, dalle esperienze negative vissute durante l'infanzia, dalle patologie croniche, oppure dall'abuso di alcol o droghe, impone di mettere a sistema non solo le politiche sanitarie e sociali ma tutte le politiche pubbliche per la definizione di un approccio globale alla salute mentale che non può assolutamente prescindere dal coinvolgimento della comunità in cui il disagio psichico si manifesta, per attuare interventi che siano realmente efficaci per affrontare le sfide in questo campo.

Cristina Ugolini
Scuola superiore di politiche per la salute
Dipartimento di Scienze Economiche
Università di Bologna

³⁸ L. Ferrannini, P. Peloso, *I passaggi normative più rilevanti per l'attuazione della legge 180*, in N. Falcitelli, G.F. Gensini, M. Trabucchi (eds), *1978-2008. 30 anni di Fondazione SmithKline e 30 anni di Servizio sanitario nazionale*, Bologna, Il Mulino 2008, p. 241.

³⁹ V.D. Tozzi, *Risultati e lezioni apprese*, in V.D. Tozzi, G. Pacileo (a cura di), *Sfide e prospettive manageriali nella sanità che cambia*, Egea, Milano 2017.

Digitalizzazione e salute mentale. Nella transizione

n. 6
febbraio
2024

anno XLI

Digitization and mental health. In the transition

Massimo Campedelli

Accentuata dall'impatto di Covid-19 e dal conseguente Long Covid sociale e sanitario, tutt'altro che indolore è la transizione digitale che stiamo vivendo. Essa rappresenta una sfida radicale per i sistemi di welfare, sia dal punto dei nuovi rischi che determina (sociali, sanitari, mentali, ecc.), che da quello delle risposte-prestazioni e dell'organizzazione dei servizi. In un quadro di grande debolezza del sistema della salute mentale italiano, ad oggi è difficile prevedere come la digitalizzazione impatterà sulla domanda crescente di aiuto che differenti popolazioni stanno ponendo al Servizio sanitario nazionale, alla scuola, ai servizi sociali, ecc. Essendo evidente che il processo difficilmente si potrà fermare il contributo intende offrire una panoramica delle dinamiche in corso al fine di permetterne la maggiore consapevolezza possibile.

Accentuated by the impact of Covid-19 and the Long Covid social and health consecutive, the digital transition we are experiencing is certainly not painless. It poses a radical challenge to the welfare systems, both from the point of view of the new risks it poses (social, health, mental, etc.) and from the point of view of the responses/performances and the service organization. Considering the weakness of the Italian mental health system, as of today it is difficult to foresee how digitization will impact the growing demand for help that the different populations are placing on the National Health Service, schools, social services, etc. Since it is clear that the process is unlikely to be halted, this contribution aims at offering an overview of the ongoing dynamics in order to allow the greatest possible awareness.

Parole chiave

Transizione digitale; rischi digitali; salute mentale; welfare digitalizzato; welfare digitale.

Keywords

Digital transition; digital risks; mental health; digitized welfare; digital welfare.

✉ Corresponding author: direttore@umanapersone.it; massimocampedelli@gmail.com

1. Nella transizione¹

Rilevante e ineludibile è il processo, in corso già da alcuni decenni², che chiamiamo *transizione digitale*. La pandemia da Covid-19 e il c.d. *Long Covid* sanitario³ e sociale⁴ ne hanno determinato una notevole accelerazione con forti ricadute in merito alla *socializzazione e mutazione comportamentale e cognitiva* in atto, accentuando un tratto distintivo della nostra contemporaneità: la progressiva identificazione *tra ciò che siamo con ciò che connettiamo*⁵.

Le componenti fondamentali delle relazioni umane vengono *mediatizzate*, ovvero trasformate e potenziate da tastiere, *smartphone*, assistenti virtuali, ologrammi, Intelligenza artificiale (IA), ecc. Grazie a ciò, ogni superficie può divenire uno schermo su cui vedere ed essere visti, leggere ed essere letti, ascoltare ed essere ascoltati. Una transizione epocale come poche altre, tutt'altro che indolore⁶.

Basti pensare a quanto la connessione stia sostituendo la memorizzazione e gli algoritmi⁷ l'organizzazione del sapere. A come domotica, *ambient assisted living*, robotica e IA stiano riconfigurando la gestione e controllo della casa, gli spostamenti, la preparazione dei pasti, il monitoraggio/cura a distanza di patologie croniche o meno, il lavoro e i sistemi di produzione⁸, l'acquisto di

beni e servizi, le attività finanziarie, la sicurezza, il tempo libero, ecc.

In campo internazionale, controllo dell'innovazione e difficoltà del suo governo da parte degli stati, nuove forme del capitalismo (delle piattaforme), relativi problemi occupazionali e di riconfigurazione delle policies formative, sono alcuni dei terreni della competizione-conflitto tra i nuovi blocchi geopolitici emergenti dalla crisi dell'ultima globalizzazione. Mentre a livello dei sistemi democratici la digitalizzazione sta divenendo fattore di ulteriore fragilizzazione dell'esercizio delle funzioni fondamentali, come in campo giudiziario (con l'uso di algoritmi e la profilazione dei cittadini), della tutela dei diritti fondamentali (in particolare nella protezione dei dati personali), della gestione delle frontiere e delle migrazioni, dell'accesso ai servizi sociali ed educativi, del condizionamento nella formazione dell'opinione pubblica, del superamento della funzione dei corpi intermedi sostituiti da *social media*, ecc.

Nelle pratiche quotidiane di welfare, siano queste scolastiche, sanitarie, sociosanitarie, di servizio sociale, psicoterapeutiche, ecc. siamo in presenza di cambiamenti profondi nei modelli di intervento, nei processi organizzativi, nei contenuti delle mansioni e delle competenze di base e specialistiche richieste a operatori, management e utilizzatori finali. E a seconda delle soluzioni utilizzate e delle aree di intervento implicate, vengono a crearsi veri e propri cluster linguistici che tendono a identificare specifiche comunità professionali.

Accompagnato da una retorica di efficientismo, di aspettative di contenimento dei costi e da una visione per lo più deterministica, sempre grazie a Covid-19, da prospettiva considerata *prossima*, il digitale rappresenta quindi un determinante del *presente* e, insieme, un *driver* potente a breve e, tanto più, a medio termine.

¹ Le considerazioni espone in questo contributo riprendono, sintetizzando e integrando, quanto espresso in M. Campedelli e P. Vesan (2023) in corso di pubblicazione. Si rinvia ad esso per la bibliografia utilizzata qui non citata nonché per l'approfondimento di considerazioni qui necessariamente solo accennate.

² Se con digitalizzazione intendiamo la conversione del reale sulla a cui si rinvia per ulteriori approfondimenti base di un codice binario grazie al quale, attraverso reti e archivi telematici, e' possibile trasmettere, stoccare e, successivamente, riconvertire di nuovo in reale in ogni parte del mondo interconnesso, la transizione digitale conseguente si può fa partire dagli anni '60 del 900 quale risposta alle esigenze di natura militare – Guerra Fredda – ovvero quando, con Internet, si è cominciato a mettere in comunicazione computer posizionati in luoghi diversi del pianeta (Baricco 2018)

³ C. Caporale. C. Collicelli, L. Durst (a cura di), *Dopo la pandemia. Appunti per una nuova sanità*, Cnr Edizioni, Roma 2022.

⁴ A. Brandolini, *La pandemia da Covid-19 e la disuguaglianza economica in Italia*, «Politiche sociali/Social policies», IX (2) (2022), pp. 181-210; Oxfam, *La pandemia della disuguaglianza*, «Oxfam briefing paper» gennaio 2022, Roma: https://www.oxfamitalia.org/wp-content/uploads/2022/01/Report_LA-PANDEMIA-DELLA-DISUGUAGLIANZA_digital2022_definitivo.pdf

⁵ S. Rodotà, *Vivere la democrazia*, Laterza, Bari-Roma 2018; S. Rodotà, *Tecnologie e diritti*, Il Mulino, Bologna 2021.

⁶ A. Gutierrez, *90 secondi alla mezzanotte. Rapporto del segretario generale delle Nazioni Unite, all'Assemblea Generale sulle priorità per il 2023*, «Il regno dei documenti», LVIII, 1385 (5) 1° marzo 2023;

⁷ Gli algoritmi sono procedimenti che permettono la soluzione di un problema o lo svolgimento di una azione tramite un insieme finito di istruzioni capaci di identificare modelli ovvero relazioni tra dati di per sé non previste.

⁸ MBOPartners - <https://www.mbopartners.com/#> - è una piattaforma che dal 1996 offre servizi per lavoratori autonomi negli Usa e non

solo. In un suo report del 2022 viene descritta la situazione dei *digital nomads*. Emerge in particolare che «The MBO Partners 2022 State of Independence research study found that 16.9 million American workers currently describe themselves as digital nomads, increasing 9% from 2021 and a staggering 131% from the pre-pandemic year 2019. Let loose by the shift to remote work during the pandemic, digital nomads work and live remotely, anywhere in the Internet-connected world. Organizations of all sizes now work with digital nomads and find that untethering work from fixed locations can be a win-win proposition. Workers work when and where they want; organizations get access to top talent who are satisfied with their lifestyle».

2. Apprendimenti *digital* e investimenti nella scuola

In generale, il *lessico del digitale*, giorno dopo giorno, si arricchisce di nuovi termini o nuovi significati per quelli già in uso, trasformando la comunicazione quotidiana di chiunque. Ciò pone esigenze di *alfabetizzazione mediatica e digitale*.

Miglioramento della fruizione di media (televisione, radio, stampa, inclusi diversi canali di distribuzione compresi Internet e i social media) e capacità di accedere, gestire, comprendere, integrare, comunicare, valutare e creare informazioni in modo sicuro e appropriato attraverso tecnologie digitali, sono divenuti obiettivi fondamentali che la Commissione Europea si è posta al fine di aumentare l'empowerment dei cittadini, la loro consapevolezza e capacità di contrasto degli effetti delle campagne di disinformazione e delle fake news che si diffondono attraverso i media digitali⁹.

Questo è particolarmente importante per l'Italia. In un recente rapporto Istat si afferma:

«Le competenze digitali rientrano nel piano d'azione del pilastro europeo dei diritti sociali e in quello per l'istruzione digitale. L'obiettivo target fissato per il 2030 è l'80% di cittadini (utenti di Internet negli ultimi 3 mesi e tra i 16 e i 74 anni) con competenze digitali almeno di base (per tutti i 5 domini individuati dal framework 2.0, ossia "alfabetizzazione all'informazione e ai dati", "comunicazione e collaborazione", "creazione di contenuti digitali", "sicurezza" e "risoluzione dei problemi"). Nel 2021 tale quota a livello europeo è pari al 53,9%. Il divario tra i diversi Paesi europei risulta piuttosto elevato [...]. In fondo alla graduatoria si colloca la Romania con il 27,8%, preceduta dalla Bulgaria (31,2%), dalla Polonia (42,9%) e dall'Italia (45,7%) [...]. Per raggiungere il medesimo obiettivo il nostro Paese dovrà far registrare nei prossimi anni un incremento medio annuo di 3,8 punti percentuali. Si tratterebbe di un incremento piuttosto elevato in un lasso di tempo limitato, che si è finora registrato per l'indicatore sull'uso regolare della rete durante gli anni della pandemia (2020-2021) dove la quota è passata dal 76,4% al 80,1 [...]. Dall'analisi delle singole regioni italiane emerge un forte gradiente tra Centro-nord e Mezzogiorno, con l'eccezione della Sardegna che si attesta sul valore medio [...]. In Italia, come negli altri paesi europei, le competenze digitali sono caratterizzate da forti divari associati alle caratteristiche socioculturali della popolazione. Nel 2021 il 61,7% dei ragazzi di 20-

24 residenti in Italia che ha usato internet negli ultimi 3 mesi ha competenze digitali almeno di base. Tale quota decresce rapidamente con l'età per arrivare al 41,9% tra i 55-59enni e attestarsi al 17,7% tra le persone di 65-74 anni. Per tutte le coorti considerate, persino tra le più giovani, si evidenziano valori nettamente inferiori a quello medio EU27. [...] Questo livello di competenze risulta caratterizzato da una forte disparità a favore degli uomini, che nel nostro Paese è di 5,1 punti percentuali mentre è più contenuta a livello europeo (3,3 punti percentuali). Va però evidenziato che tali disegualianze sono proprie delle classi di età più anziane. [...] Le competenze digitali sono ancora una prerogativa delle persone con titoli di studio elevati. [...] Differenze sensibili si riscontrano anche considerando la condizione occupazionale»¹⁰.

Non è casuale quindi che nel PNRR¹¹, date le sue finalità, la transizione digitale rappresenti, insieme a quella ecologica, un asse prioritario:

«Italy is the main beneficiary, in absolute terms, of the two main NGEU instruments, the Recovery and Resilience Facility (RRF) and REACT-EU. The RRF has allocated to Italy resources amounting to €191.5 billion, to be used over the period 2021- 2026. The Italian government has supplemented this with an additional €30.6 billion through the Complementary Fund, financed directly by the State, giving a total of €222.1 billion. In line with the EU's strategy for recovery, the final goal of Italy's National Resiliency and Recovery Plan's (NRRP) is to "install" long-term and pervasive transformation in Italian public administrations, industry, academia and society at large. This includes repairing the economic and social damage caused by the pandemic crisis, addressing the structural weaknesses of the Italian economy and leading the country along the path of digital and environmental transition. The NPRR commits Italy to implementing 190 measures (58 reforms and 132 investments) and hitting 525 targets in 5 years. Out of a total of 6 missions composing the NPRR, three are directly concerned with digitalisation. Mission 1 ("Digitisation, Innovation, Competitiveness, Culture") allocates a total of €49.2 billion (of which €40.7 billion from the RRF Facility and €8.5 billion from the Complementary Fund) to promoting the country's digital transformation, supporting innovation in the production system, and investing in tourism and culture. Mission 4 ("Education & Research") allocates a total of €31.9 billion (€30.9 billion from the RRF Facility and €1 billion from the Complementary Fund) to strengthening the education system, digital and technical-scientific skills, research and technology transfer. Mission 6 ("Health") allocates a total of €18.5 billion (€15.6 billion from the RRF Facility and €2.9 billion from the

⁹ Per quanto riguarda la situazione italiana Cfr. <https://docs.italia.it/italia/mid/strategia-nazionale-competenze-digitali-docs/it/1.0/quadro-generale/risultati-attesi.html>. Nell'ambito di tale strategia è disponibile il nuovo Piano Operativo versione 2.0 del settembre 2022 <https://assets.innovazione.gov.it/1665067145-piano-operativo-versione-2.pdf>

¹⁰ ISTAT, Cittadini e competenze digitali, Roma, 22 giugno 2023: <https://www.istat.it/it/files/2023/06/cs-competenzedigitali.pdf>

¹¹ Cfr. <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/home.html>

Complementary Fund) to strengthening local prevention and health services, modernising and digitising the health system and ensuring equal access to care»¹².

La descrizione della Missione 4, relativa appunto ad Istruzione e Ricerca, aiuta a comprendere l'articolazione di tali interventi. Essa risulta suddivisa in due componenti: Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle università (M4C1) con 19,44 mld€ stanziati e *Dalla ricerca all'impresa* (M4C2) con 11,44 mld€¹³. Per quanto riguarda la M4C1, è articolata in 10 riforme e 13 investimenti. Lo stanziamento per la M4C2 mira a sostenere gli investimenti in ricerca e sviluppo, a promuovere l'innovazione e la diffusione delle tecnologie e a rafforzare le competenze. È strutturata in 11 investimenti e 3 linee di intervento per l'intera copertura della filiera del processo di ricerca e innovazione, dalla ricerca di base al trasferimento tecnologico. Di competenza del solo Ministero dell'Istruzione¹⁴ sono previste 6 riforme e la gestione di 11 linee di investimento¹⁵. Esse fanno parte del programma *Futura - La scuola per l'Italia di domani*, il cui obiettivo è quello di realizzare un nuovo sistema educativo per garantire il diritto allo studio, le competenze digitali e le capacità necessarie ad affrontare le nuove sfide, superando disparità e contrastando la dispersione scolastica, la povertà educativa e i divari territoriali. Quelle degli istituti tecnici e professionali, degli istituti tecnici superiori, della riforma dell'orientamento e della istituzione di una scuola di alta formazione continua per il personale docente, sono 4 delle 6 riforme che hanno a che fare con la digitalizzazione. Tra gli investimenti, con il programma *Scuola 4.0*, il cui budget è di 2,1 mld€, si intende favorire la transizione digitale del sistema scolastico italiano adattando, secondo una logica di spazi virtuali di apprendimento, aule scolastiche e laboratori alla

didattica digitale in funzione dello sviluppo di competenze digitali e di uso dell'intelligenza artificiale adeguate all'accesso nel mercato del lavoro.

Soluzioni di IA generativa¹⁶ – tipo chatbot GPT per intenderci – utilizzate come strumenti automatizzati per la valutazione, la personalizzazione del materiale didattico, il tutoring, la personalizzazione dei programmi scolastici, l'estrazione di indicatori predittivi di rischio di abbandono, ecc., sono in ogni caso già disponibili. Condivisa è l'idea che esse possano migliorare l'inclusività scolastica attraverso l'adozione di soluzioni multisensoriali finalizzate a favorire apprendimento e relazioni nei bambini con disturbi dello spettro autistico, o supportare allievi con Bisogni Educativi Speciali (BSE) e Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA).

3. Dei nuovi rischi digitali

A fronte delle potenzialità su cui poi torneremo, sul versante dei bisogni/domande di welfare, la transizione digitale implica un incremento, ampliamento e, in alcuni casi, riconfigurazione dei rischi (sociali, sanitari, educativi, psicologici, ecc.) a cui sono sottoposti soggetti e collettività. Questo si riflette nell'esigenza di disporre di nuove categorie e criteri di analisi così da poter leggere in modo critico e non emotivamente condizionato quanto si sta manifestando¹⁷.

Sinteticamente, partiamo dal dare per acquisito che il cambiamento delle relazioni tra umani, sempre più de-corporizzate, veda l'*interattività* oggetto-device avere progressivamente il sopravvento sull'*interazione* interpersonale. Ciò accentua le disuguaglianze tradizionali e ne determina di nuove (*digital divide*); trasforma il senso di appartenenza ed espone a fenomeni di vulnerabilità reputazionale e di *cyberviolenza*, stabilisce subalternità e di-

¹² G. Sgueo, *Italy's Digital Strategy*, in Secchi C., Gili A. (a cura di), *Digitalisation for Sustainable Infrastructure: The Road Ahead*, ISPI - Ledipublishing, Milano 2022, p. 247 -254

¹³ <https://www.mur.gov.it/pnrr/missione-istruzione-e-ricerca>

¹⁴ <https://pnrr.istruzione.it>

¹⁵ Di cui 6 per le infrastrutture - nuove scuole, asili nido e scuole di infanzia, mense e strutture per lo sport, messa in sicurezza, scuole 4.0 - e 5 per le competenze - riduzione divari, ITS, didattica digitale, nuove competenze, estensione tempo pieno.

¹⁶ L'intelligenza artificiale (IA) è una disciplina che studia se e in che modo si possano realizzare sistemi informatici intelligenti in grado di simulare la capacità e il comportamento del pensiero umano: agire e pensare in modo analogo e razionalmente, secondo un processo logico che porti a risolvere un problema ottenendo il miglior risultato atteso date le informazioni a disposizione. L'intelligenza artificiale generativa (IA generativa) aggiunge a tali capacità quella di generare testi, immagini, video, musica o altri media utilizzando modelli statistici generativi, come ad esempio modelli linguistici di grandi dimensioni LLM che producono dati a partire da un *dataset* di addestramento utilizzato per crearli. Tra i sistemi di intelligenza artificiale generativa abbiamo *ChatGPT* (chatbot creato da OpenAI), Bard di Google, Bedrock di Amazon, Ernie Bit di Baidu, Pangu-Σ di *Huawei*, Claude di *Anthropic* e Poe di *Quora*. Vi è poi Dolly 2.0 interamente *open source*, creato da Databricks. Esistono, inoltre, sistemi capaci di generare immagini 3D come *Stable Diffusion*, *Midjourney* e *DALL-E*.

¹⁷ M. Campedelli, P. Vesan, *Welfare digitalizzato, welfare digitale e nuovi rischi digitali: un'introduzione*, «Politiche sociali/Social policies» (2023), in corso di pubblicazione.

pendenza rispetto alla potenza e pervasività del medium con connesso ritiro sociale (*hikikomori*)¹⁸.

Utilizzare/interagire con/nel digitale poi *stressa*, altera o modifica i funzionamenti, sia a livello corporeo che cerebrale e mentale, favorendo lo sviluppo di stati patologici e/o di minori capacità di apprendimento critico.

Il corpo viene sottoposto a tensioni muscolo-scheletriche che possono comportare patologie della schiena e del collo. Mentre carenze di idratazione dell'occhio, e quindi di difficoltà di messa a fuoco, sono correlate all'esposizione prolungata a schermi retroilluminati. L'uso compulsivo o quasi-compulsivo degli smartphone o altri *devices* altera il ciclo del sonno, riducendone la durata e la qualità.

L'*iperconnessione* determina una *sovrabbondanza comunicativa permanente* superiore alla capacità di processarla e di darle senso. A ciò si associano forme di espropriazione del controllo del tempo legate ad attività di messaggistica istantanea, fruizione di video, partecipazione attiva o passiva ai social network, scambio di immagini, video e video giochi, ecc.

La *sovrastimolazione* rende poi difficile elaborare adeguatamente le informazioni ricevute, sottopone a maggiore emotività e a prediligere gratificazioni immediate, limita la capacità di concentrazione e quindi lo sviluppo di ragionamenti complessi. A livello cerebrale si possono manifestare fenomeni paragonabili a quelli della stimolazione da sesso, cibo, acqua, ascolto della musica o uso di sostanze stupefacenti¹⁹. E questo, attraverso l'alternanza dell'invio di contenuti inaspettati e gratificanti – *ricompensa variabile* –, quale conseguenza voluta del modo con cui si progettano le piattaforme social.

4. Sul digitale come *risorsa*

A fronte dei *rischi* citati, e dei *danni* che effettivamente determinano, il digitale rappresenta altresì una *risorsa* per le persone, i gruppi-comunità e i servizi, un determinante della salute e del benessere

¹⁸ A. Minutillo, et al. (a cura di), *Dipendenze da Internet*, Rapporti ISTISAN 22/5, Istituto Superiore di Sanità, Roma 2022.

¹⁹ Per quanto riguarda i funzionamenti cerebrali, a fronte dei rischi/danni richiamati, risulterebbe altresì dimostrato che l'utilizzo di internet, di videogiochi e di altre applicazioni online, sia in grado di attivare i circuiti neuronali, migliorare le capacità cognitive, ridurre l'ansia, aumentare il rilassamento durante il sonno (Small et al., 2020). Non è difficile immaginare che, data la capacità di adattamento del nostro cervello, queste risultanze possano essere considerate i prodromi di una evoluzione in atto (Natoli, 2022).

re²⁰. Ovvero, un complesso di soluzioni a vario titolo diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, educative, ecc., rilevante non solo nella scuola, ma pure o ancor più in sanità²¹, nel sociosanitario e praticamente in tutti gli altri comparti di welfare.

Da una parte, esse facilitano un approccio ecosistemico integrativo/integrato tra diversi attori – fruitori finali, *caregiver* formali e informali, ecc. – favorendo l'accesso, le risposte, il monitoraggio e la valutazione delle condizioni delle persone seguite. Supportano la programmazione delle policies, la formazione dei *professional*, l'*accountability* nei confronti degli stakeholders. Semplificano, accelerano, riducono le distanze e l'impegno del personale dedicato. Facilitano la comunicazione interna ai sistemi di erogazione e ampliano la comunicazione esterna agli stakeholders. Ottimizzano l'erogazione delle prestazioni e, al contempo, sollecitano i modelli di servizio/intervento verso adattamenti né facili e neppure automatici. In ogni caso non ne cambiano la natura sostanzialmente relazionale e *labour intensive*. Svolgono cioè una *funzione complementare e strumentale* al potenziamento quanti-qualitativo delle prestazioni erogabili, digitalizzando l'esistente (*welfare digitalizzato*). Dall'altra, senza soluzione di continuità, svolgono in *autonomia*, non necessariamente indipendente-

²⁰ G. Costa, et al. (a cura di), *L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Fondazione Smith Kline, Franco Angeli Editore, Milano 2014.

²¹ Recenti risultati dell'*Osservatorio Sanità Digitale della School of Management del Politecnico di Milano* riportano che in Italia la spesa per la sanità digitale nel 2022 sia stata pari a 1,8 mld € (+ 7% rispetto al 2021). Tra le aziende sanitarie coinvolte nella indagine il 58% ha dichiarato che sta investendo in cybersecurity, il 54% nella Cartella clinica elettronica e il 51% nell'integrazione con sistemi regionali e/o nazionali. Mentre la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico è in fase di rallentamento: solo il 35% degli Italiani, contro il 33% rilevato nel 2022, lo ha utilizzato almeno una volta, e poco più della metà per funzionalità legate all'emergenza Covid. Al contempo, è in crescita la richiesta di nuovi prodotti e servizi: a fronte dell'utilizzo di app per la salute da parte del 38% dei pazienti cronici o con problematiche gravi, o di dispositivi indossabili per monitorare i parametri clinici (29%), il 49% dichiara interesse alle tecnologie di realtà virtuale o aumentata, ed il 47% agli assistenti vocali che forniscono informazioni e supporto in ambito salute. Per quanto riguarda l'IA, crescente è la preoccupazione tra i medici di un possibile utilizzo inappropriato da parte dei pazienti, mentre meno di 1/5 teme che possa sostituire, anche in parte, il proprio lavoro. Tra le applicazioni di AI più diffuse, e considerate più promettenti per il futuro, vi sono quelle per l'analisi di immagini e segnali ad uso diagnostico o di trattamento (29% delle strutture sanitarie ha avviato prime sperimentazioni). Inoltre, 1 medico su 10 dichiara di aver utilizzato *chatbot* basati su IA per cercare riferimenti scientifici rispetto a una determinata patologia. Le app o le piattaforme di comunicazione dedicate sono ritenute valide dalle diverse figure sanitarie (33% dei medici specialisti, 38% dei Mmg e 40% degli infermieri). Permane comunque consolidato il ruolo di strumenti digitali tradizionali e aspecifici, come e-mail e WhatsApp. Cfr. <https://www.osservatori.net/it/ricerche/osservatori-attivi/sanita-digitale>; le informazioni citate riguardano un abstract di sintesi di un convegno svoltosi a Milano il 18 maggio 2023, dal titolo "*Sanità digitale: vietato fermarsi!*"

mente e sempre più in interazione con gli umani, l'erogazione delle stesse o di altre prestazioni/servizi grazie all'utilizzo dell'IA generativa (*welfare digitale*). Un esempio, la predisposizione autonoma di soluzioni farmacologiche a costi e in tempi assolutamente più contenuti di quelli standard²².

Interconnesse e integrate in una filiera che va dalle terapie intensive al *wellness*, sono in grado di presidiare aree di bisogno che si intrecciano con, e integrano in, domini che toccano la vita indipendente, l'assistenza, il lavoro, il tempo libero, la mobilità, la socialità, la sanità, ecc. La figura 1, ripresa da uno studio del 2010 in buona parte ancora attuale, esemplifica tale dinamica.

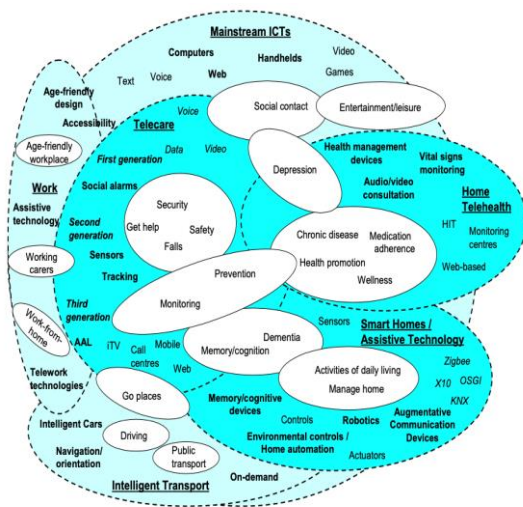


Figura 1: Kubitschke e Cullen 2010, 5.

²² «L'applicazione dell'intelligenza artificiale in campo farmaceutico sta compiendo passi da gigante negli ultimi mesi. Dalla scoperta di nuovi composti alla riprogettazione di altri, il potenziale di tale tecnologia ci lascia sempre più sorpresi. E dalla creazione del composto farmaceutico al suo utilizzo nelle sperimentazioni, il passo è sempre più breve. [...] La società biotecnologica di Hong Kong Insilico Medicine ha avviato una delle prime sperimentazioni umane con il farmaco "INS018_055", il primo interamente scoperto e progettato dall'Intelligenza Artificiale. [...] Piattaforme di Intelligenza Artificiale come quelle di Insilico Medicine potrebbero potenzialmente dimezzare i tempi di scoperta dei farmaci e ridurre i costi di immissione sul mercato dei medicinali. Alcuni colossi del settore farmaceutico come Sanofi, Fosun e Johnson & Johnson hanno già stipulato accordi di partnership con Insilico Medicine. L'obiettivo è di accedere alla sua tecnologia. Le piattaforme di Intelligenza Artificiale sono in grado di analizzare grandi quantità di dati per identificare rapidamente i bersagli dei farmaci – ossia proteine del corpo associate a particolari malattie – e le molecole che possono essere trasformate in farmaci. Peraltro, Insilico Medicine è seguita a ruota da altre aziende concorrenti. Inoltre, diverse aziende come tra cui Exscientia, Verge Genomics e Recursion Pharmaceuticals hanno annunciato di aver scoperto o sviluppato farmaci con l'Intelligenza Artificiale, raggiungendo il traguardo della sperimentazione clinica» (Mischitelli 2023)

5. Il digitale e le patologie della psiche e del cervello

Come in altri campi, anche in quelli inerenti alla mente (neurocerebrale, cognitivo, psicologico, psichiatrico, ecc.) abbiamo soluzioni che intervengono sia a livello diagnostico, terapeutico-riabilitativo, assistivo che di supporto diretto ai *professional*.

Nella diagnostica, ad oggi la più digitalizzata tra le diverse pratiche sanitarie²³, l'evoluzione dell'utilizzo dell'IA risulta particolarmente avanzata, come conferma la quantità di studi pubblicati in questi ultimi anni sulle riviste mediche scientifiche²⁴. Con l'IA è altresì possibile diagnosticare precocemente alcune malattie neurodegenerative. Per esempio, attraverso la chatbot GPT-3 si può utilizzare il linguaggio naturale (compromesso) come un indicatore biologico correlato con l'Alzheimer²⁵. Al contempo, utilizzando i risultati delle risonanze magnetiche di routine rielaborate con un complesso insieme di algoritmi e ampi set di dati è possibile rilevare la stessa malattia indipendentemente da altre variabili come l'età, permettendo diagnosi precoci in contesti clinici reali²⁶. Altri esempi riguardano la prognosi degli esiti neurologici nei pazienti con disturbi di coscienza prolungati, quali il coma e lo stato vegetativo: utilizzando i referti delle valutazioni attualmente in uso, l'IA è in grado di migliorare la prognosi che si otterrebbe usando la classificazione convenzionale, ovvero predire l'evoluzione delle condizioni dei pazienti²⁷. Oppure la diagnosi precoce dell'autismo in bambini che si trovano ancora nella fase preverbale, sempre grazie a un metodo di elaborazione delle immagini di risonanza magnetica funzionale basato su un algo-

²³ Da evidenziare, a proposito della velocità dei processi inerenti alla transizione digitale, che un recentissimo studio (Rao *et al.*, 2023) ha testato l'utilizzo della chatbot ChatGPT sull'intero ciclo dell'intervento sanitario, dalla prima consulenza al paziente alla gestione della terapia, dimostrando un livello di accuratezza – cioè di capacità di identificare come positivi i soggetti affetti da una data malattia e come negativi i soggetti che non lo sono - pari a quello di un neolaureato in medicina: 72% accuratezza generale, 77% formulazione della diagnosi finale, 60% formulazioni di diagnosi differenziale.

²⁴ A. Laghi (a cura di), *I sistemi di intelligenza artificiale come strumento di supporto alla diagnostica*, Consiglio Superiore di Sanità, Sessione LII (2019-2022), Ministero della Salute, Roma, 9 novembre 2021.

²⁵ F. Agbavor, H. Liang, *Predicting dementia from spontaneous speech using large language models*, «PLOS Digital Health», 1, (12) (2022).

²⁶ Cfr. https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmacologia/articolo.php?articolo_id=111725#:~:text=6%20marzo%20%20D%20Un%20gruppo%20di,per%20la%20la%20malattia%20neurodegenerativa.

²⁷ Cfr. https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2023-07-21/fondazione-don-gnocchi-intelligenza-artificiale-indici-predittivi-il-recupero-post-coma-e-ictus-180254.php?uuid=AFBpFRJ&refresh_ce=1

ritmo che riesce ad individuare biomarcatori in regioni cerebrali con funzionamento atipico²⁸.

Anche in ambito terapeutico sono in atto cambiamenti profondi, al punto che si è arrivati a definire una nuova categoria di trattamenti, le *terapie digitali*. Con essa si intende l'insieme degli interventi basati:

«sulla codifica digitale di programmi personalizzati che agiscono sugli stili di vita, a cominciare da alimentazione ed esercizio fisico, o sull'applicazione, sempre digitale, di terapie cognitivo-comportamentali condivise nel mondo della psicoterapia. In questo senso possiamo dire che il software è il principio attivo. Una delle caratteristiche fondamentali delle terapie digitali è la capacità di coinvolgere il paziente, spesso usando quelle componenti ludiche che i farmaci tradizionali non hanno [...]. La lista delle aree mediche in cui all'estero sono disponibili terapie digitali è lunga e comprende le malattie croniche, come diabete e ipertensione, le malattie mentali, come ansia e depressione, la riabilitazione, la qualità del sonno e le dipendenze, da fumo o da altre sostanze. Una nostra revisione [...] sistematica ci ha permesso di sostenere che esse possono assumere la forma di app, per il 42%, videogiochi, per il 9, sistemi web-based, per il 26 e sistemi di realtà aumentata o realtà virtuale, per il 5%. Dal punto di vista regolatorio rientrano tra i dispositivi medici, sebbene alcune caratteristiche li differenzino da questi [...]»²⁹.

Per quanto riguarda la salute mentale, la qualità della ricerca, a tutt'oggi, presenta più di un problema. Un recente studio dell'OMS rileva uno sbilanciamento verso patologie quali i disturbi depressivi, la schizofrenia e altri disturbi psicotici; scarsa trasparenza dei dati; difetti significativi nel modo in cui le applicazioni di IA elaborano le statistiche; e rischi di parzialità nella valutazione dei risultati³⁰. In ogni caso sappiamo che le applicazioni digitali sono in forte espansione³¹. Basti pensare che su 136 studi inerenti all'utilizzo delle terapie digitali registrati su ClinicalTrials.gov e revisionati lo scorso anno, il 35% riguarda la salute mentale, il 13% le dipendenze e il 9% i disturbi del sonno. Gli esempi di soluzioni sono, ovviamente, vari. Nel

2009 Deprexis è stata la prima piattaforma ad offrire un intervento cognitivo-comportamentale efficace nel trattamento della depressione. Successivamente sono state realizzate ReSET, un'app per la terapia cognitivo-comportamentale della dipendenza e abuso di oppiacei; Omada Health, programma on line per aiutare a perdere peso diminuendo il rischio cardiaco; Endeavor, primo videogioco terapeutico, per bambini affetti da sindrome da deficit di attenzione e iperattività. Recentemente sono state autorizzate due app interattive/dialoganti con i pazienti: Kalmeda, che tratta l'acufene attraverso una terapia cognitivo-comportamentale personalizzata, e Velibra utilizzabile per sintomi di disturbo d'ansia generalizzato, disturbo di panico o disturbo d'ansia sociale. Abbiamo poi soluzioni che adottano tecnologie immersive come la realtà virtuale, grazie alla quale si offrono terapie cognitivo-comportamentali auto-guidate e a basso costo³². Realtà virtuale e realtà aumentata possono essere inoltre utilizzate come supporto psicosociale per pazienti in condizione di confinamento domestico³³.

Sul versante delle disabilità-lungo assistenze (LTC), non meno significative sono le soluzioni disponibili. Definite *tecnologie assistive*, esse sono riconducibili a ciò che comunemente chiamiamo ausili e sono composte da un insieme di hardware e software, sotto forma di dispositivo autonomo, come ad esempio uno smartphone adattato, o soltanto di un software, in forma di app, realizzati per sopperire a disabilità specifiche. La loro finalità è quella di mantenere – aumentare l'autonomia personale e, al contempo, creare un ambiente *potenziato* per l'erogazione delle prestazioni garantite da caregivers informali o professionali³⁴.

²⁸ E. Santoro, *Interventi psicologici su Internet e terapie digitali nell'ambito della salute mentale: siamo pronti?*, «Recenti Prog Med» 113 (2022), pp. 231-233.

³³ L. Mucchi, et al., *6G Technology as Enabler of Psychophysical Well-being & Social Inclusion Services for Citizen 4.0*, «2023 IEEE 17th International Symposium on Medical Information and Communication Technology (ISMICT)» 2023, pp. 1-6 - <https://ieeexplore.ieee.org/document/10152090/authors#authors>

³⁴ Convinzione diffusa è che, se focalizzate sulle reali necessità degli assistiti e delle famiglie, tali soluzioni migliorino la qualità di vita, permettendo di vivere in modo più indipendente, sicuro, favorendo una migliore gestione delle capacità fisiche e cognitive residue. Rimane, ad oggi, però la necessità di verificare sul medio lungo periodo, e con *follow up* numericamente adeguati, una serie di elementi chiave, quali: gli ostacoli alla confidenza con le tecnologie; il loro effettivo e concreto supporto per il mantenimento dell'autonomia residua e di una vita quanto più possibile indipendente e relazionalmente significativa; l'efficacia rispetto ai rischi connessi all'ambiente domestico (cadute, disidratazione, malnutrizione, fughe di gas, ecc.); il monitoraggio dei fattori che incidono maggiormente sull'evoluzione dello stato di salute, complessivamente intesa, al fine di progettare l'elaborazione di algoritmi ad hoc; la valutazione dell'impatto che esercitano sul livello

²⁸ Cfr. <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/notizie-flash/2023-09-04/algoritmi-ia-diagnosi-precoc-autismo-scientifica-venture-capital-round-investimento-start-up-quantabrain-153126.php?uuiid=AFsYutj>

²⁹ Intervista a E. Santoro, responsabile del Laboratorio di Informatica medica all'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri Irccs di Milano, pubblicata da M.D. Medicinae Doctor - Anno XXX numero 4 – 2023, <http://www.passonieditore.it/md.html>

³⁰ R. Tomero-Costa, et al., *Methodological and Quality Flaws in the Use of Artificial Intelligence in Mental Health Research: Systematic Review*, «JMIR Ment Health» (2023).

«Nella percezione culturale attuale, Tecnologie Assistive (Assistive Technologies) è un termine generico per indicare qualsiasi prodotto o servizio basato sulla tecnologia in grado di facilitare persone con limitazioni funzionali di ogni età nella vita quotidiana, nel lavoro e nel tempo libero. Questa definizione non include solamente prodotti progettati appositamente per persone disabili, il confine tra tecnologie “assistive” e “di largo consumo” (mainstream) è difficile da delineare, visto che spesso è possibile realizzare soluzioni a problemi individuali di autonomia assemblando tecnologie di uso comune. In italiano il termine Tecnologie Assistive è di fatto utilizzato come sinonimo di ausili, anche all’interno delle principali normative riguardanti la disabilità. È bene infine notare come in generale, la soluzione ad un bisogno individuale potrebbe esigere qualcosa di più che non un solo ausilio. Spesso è necessario il concorso di più prodotti provenienti sia dal circuito commerciale del largo consumo, sia dal mondo delle Tecnologie Assistive, il cui assemblaggio e configurazione possono variare da un individuo all’altro»³⁵.

6. ... e per gli/le operatori/trici?

Last but not least, le soluzioni tecnologiche possono svolgere un’importante funzione di supporto nel mantenimento del benessere mentale degli/le operatori/trici. Due esempi.

Il primo riguarda una particolare modalità di intervento per situazioni di disagio psichico, chiamata *psicoeducativa*, che, potenziata attraverso la realtà virtuale, può ridurre stress e ansia di fronte a condizioni estreme come la risposta emergenziale data dagli operatori sanitari nelle fasi più critiche della epidemia da Covid-19. In uno studio relativo ai risultati dell’utilizzo di una applicazione predisposta a tal fine, si legge che:

«As underlined in a recent article, several characteristics make virtual reality particularly interesting in the prevention and treatment of stress and anxiety, especially during this historical moment linked to the COVID-19 pandemic. Among these characteristics, one of the most relevant is that virtual reality can help people acquire coping skills useful for managing stress and anxiety, including relaxation techniques, and mindfulness training. Indeed, this technology has proven to be effective at inducing relaxation, eliciting positive emotions in users.

di benessere complessivo nonché sul suo senso di sicurezza e di appartenenza alle reti primarie e amicali vs il rischio di un maggiore confinamento (esclusione relazionale e insufficienza di tutela e assistenza); l’effettivo supporto per i *caregiver* formali ed informali, soprattutto nell’ottica di una presa in carico del bisogno efficace e personalizzata (Santoro, 2022).

³⁵ A. Davalli, *et al.*, *Tecnologie assistive. Strumenti e percorsi*, Inail, Roma 2018, p. 21.

In particular, the visual presentation of a relaxing virtual scenario can facilitate the practice of patients and the consequent mastery of relaxation techniques, making the experience more vivid and real than both photos/videos and using one’s imagination and memory»³⁶.

Un secondo esempio, sempre inerente alla gestione dello stress e del disagio in contesti di lavoro, è collegato ai risultati di una ricerca qualitativa che ha interessato un gruppo ristretto di docenti inglesi di scuola superiore e con una consolidata anzianità di servizio. Nelle considerazioni finali si legge:

« [...] the participants were nearly unanimous in their willingness to give a particular stress-relieving or prevention technology a try should the school ever promote such a technology. This could partly be a reflection of the high rate of participant use of well-being technology, which was already present in our sample (12 out of 14 participants), but it was also a clear expression of their trust in the school leadership. [...] Current use of technology by teachers demonstrated the potential for combining self-management of stress and organizational promotion of well-being. [...] Of the 12 participants who reported using technology to support their well-being, 8 participants reported having a wearable band or watch. The real-time feedback and actionable insights of the wearables were felt to be useful and empowering, enabling positive decisions to be taken to manage stress indicators. These included undertaking a breathing exercise to lower an elevated heart rate or planning more exercise. Feedback on and insight into sleep quality were mentioned by several people as provoking a change in behavior. These examples correlate with the approach of empowerment through meaningful data, facilitating participants to make changes in a way that also respects their autonomy»³⁷.

³⁶ F. Pallavicini, *et al.*, *Virtual Reality Psychoeducational Experience on Stress and Anxiety for the Psychological Support of Healthcare Workers Involved in the COVID-19 Pandemic*, «Frontiers», (2021) - <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/frvir.2021.620225/full>

³⁷ J. Manning, *et al.*, *How contextual constraints shape midcareer high school teachers’ stress management and use of digital support tools: qualitative study*, «JMIR Ment Health», 7, (4) (2020) - <https://mental.jmir.org/2020/4/e15416/>

7. Telepsichiatria e servizi di salute mentale: quale futuro?

Fin qui una panoramica dei processi in atto dal punto di vista delle persone e dei gruppi, operatori compresi, e delle soluzioni digitali disponibili nonché del loro impatto, potenziale o reale, sulle/sugli stesse/i.

Prima di concludere è doveroso porre attenzione anche sullo stato dell'offerta di prestazioni e, più in generale, dei servizi direttamente o indirettamente preposti a dare risposte alle diverse forme di disagio.

Come richiamato in apertura, Covid-19 e *Long Covid sociale e sanitario* rappresentano, senza soluzione di continuità, un passaggio chiave sia dal punto di vista dei problemi che da quello delle risposte inerenti alla salute mentale.

La pandemia ha determinato un senso di vulnerabilità diffuso e profondo; favorito-accentuato patologie mentali più o meno latenti; imposto distanziamenti tra pazienti e servizi, insieme a confinamenti che hanno interrotto, o fortemente limitato, relazioni sociali e attività terapeutico-riabilitative; reso più complessa la presa in carico di nuovi pazienti; favorito il *riversamento nel digitale*, in particolare nei social, del disagio conseguente; ecc. A partire da un quadro tutt'altro che confortante, sul versante della neuropsichiatria infantile³⁸ come su quello dei servizi psichiatrici per adulti.

Nel decennio antecedente lo scoppio della pandemia vi è stato infatti un raddoppio degli utenti seguiti nei servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA). Nessun'altra area della medicina ha subito un aumento degli accessi ai servizi di tale portata. Già prima della pandemia il 20% dei bambini e ragazzi italiani, poco meno di 2 milioni di minorenni, presentava un disturbo neuropsichico. Di questi solo il 30% riusciva ad accedere ad un servizio territoriale di NPIA e la metà – 15% – ad ottenere risposte terapeutico-riabilitative appropriate. Tenuto conto della mancanza di un sistema informativo nazionale per la salute mentale dei minori, un indicatore evidente della carenza di risposte appropriate era ed è dato dai ricoveri.

Della popolazione minorile richiamata, lo 0,7% ha potuto accedere al pronto soccorso e lo 0,5% essere ricoverata per un disturbo neurologico o psichiatrico. Di questi solo 1/5 in un reparto di NPIA mentre il resto – 4/5 – è stato ricoverato in reparti non appropriati, di cui 1/5 in reparto psichiatrico per adulti. Nel solo biennio 2017-18, vi è stato un aumento dei ricoveri per disturbi neurologici tra 0 e 17 anni dell'11% e quelli per disturbi psichiatrici del 22%. A fronte di ciò, grave risultava la disomogeneità e lo scarso coordinamento delle reti dei servizi di NPIA nelle diverse regioni italiane: mancanza di posti letto dedicati – nel 2021 erano solo 325 quelli di NPIA; di strutture semiresidenziali terapeutiche; di presenza adeguata di team multidisciplinari necessari per i percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi; di difficoltà nel garantire la presenza anche solo delle figure mediche indispensabili, ecc. La pandemia, e le prime strategie indispensabili per il suo contenimento³⁹, hanno poi reso impraticabili le soluzioni di tamponamento antecedenti, sia dai singoli che dalla collettività:

«In alcune realtà si è assistito ad un raddoppio degli accessi per tentati suicidi o atti autolesivi gravi, in altre le richieste sono in aumento, ma paiono ancora compatibili con il trend precedente. È ancora difficile prevedere le effettive conseguenze della pandemia sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti, sia nell'immediato che in futuro, ma certamente è già evidente che la tipologia e qualità delle risposte messe in atto e delle concrete esperienze di vita incontrate in questo anno così complesso determinano differenze molto significative»⁴⁰

Il sottofinanziamento risulta un tratto rilevante anche sul versante dei servizi per adulti. Nonostante nel 2000 si fosse stabilito che almeno il 5% del Fondo Sanitario Nazionale dovesse essere destinato alla salute mentale, negli anni dal 2015 al 2018 la media è variata tra il 3,5 e il 3,6%, mentre nel 2019 è sceso al di sotto del 3% (- 600 mln €). Correlato il calo degli organici, con un -1,6% tra il 2015 e il 2019 in generale, ovvero il passaggio da 57,7 operatori x 100.000 abitanti >18 anni nel 2015 a 56,8 x 100.000 nel 2019, a fronte dello

³⁸ Cfr. Conferenza Unificata "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza" (Atti n. 70/CU del 25 luglio 2019) https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5621_0_file.pdf.

³⁹ Cfr. ISS "Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19", Rapporto COVID-19 n. 43/2020 https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1j82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n-43-2020-indicazioni-ad-interim-per-un-appropriato-sostegno-della-salute-mentale-nei-minori-di-età-durante-la-pandemia-covid-19-versione-del-31-maggio-2020

⁴⁰ A. Costantino, Lettera al presidente del Consiglio dei ministri prof. M. Draghi et al., 21 aprile 2021 - <https://sinpia.eu/wp-content/uploads/2021/04/SINPIA-lettera-PNRR-2021.pdf>

standard minimo di 66,6 × 100.000 stabilito dal Progetto-Obiettivo “Tutela della Salute Mentale” 1998- 2000⁴¹. Nell’insieme i Dipartimenti di Salute Mentale risultavano in grado di rispondere appropriatamente solo al 55,6% della domanda espressa, ovvero al 55% delle diagnosi di schizofrenia, al 47% delle diagnosi di disturbo bipolare, al 58% delle diagnosi di depressione. Ciò innescava, e innesca, circoli viziosi caratterizzati da: insufficiente continuità di rapporto di cura; aumento degli interventi urgenti; necessità di terapie farmacologiche ad alto dosaggio - tra il 2015-2018 + 44% dei pazienti trattati con farmaci neurolettici; aumento di ricoveri ospedalieri inappropriati; soglie elevate di accesso ai Dipartimenti di salute mentale (DSM) delle persone con disturbi psichiatrici cd. minori quali ansia, sindromi distimiche, ecc.⁴²; aumento del 38,1% delle giornate di presenza nelle strutture residenziali e contemporanea riduzione del numero di persone ivi ricoverate. Evidenze dimostravano inoltre una relazione statisticamente significativa tra il carico assistenziale dei DSM e il numero di Trattamenti sanitari obbligatori (TSO) per residenti. Ovvero, al di là dei modelli organizzativi regionali solo la presenza di personale competente e motivato, in condizioni di poter stabilire una relazione fiduciaria e di promuovere la volontarietà del trattamento, rappresenta l’antidoto all’uso di pratiche coercitive⁴³.

La pandemia ha altresì incoraggiato la diffusione nell’uso della telepsichiatria⁴⁴. Al pari di altre specialità, questa branca della telemedicina utilizza le varie soluzioni tecnologiche già citate per interventi di telediagnosi, *counselling*, prescrizioni farmacologiche, trattamenti digitali individuali o di gruppo, monitoraggio e valutazione dei trattamenti, ecc. Seppur trascorsi diversi decenni dai primi tentati-

vi⁴⁵, nella comunità scientifica, e proprio a fronte di quanto si è manifestato con la pandemia, vi è chi ritiene che il suo sviluppo e le evidenze disponibili siano ancora in una fase embrionale. In un recente *Consensus statement*, redatto da un pool internazionale di esperti⁴⁶, a sostegno di questa tesi si portano problemi di metodo e di contenuto sia per la ricerca che nella pratica di *e-mental health*⁴⁷. A partire dalla necessità di approntare modelli valutativi transdisciplinari e partecipativi, al progettare studi randomizzati focalizzati su popolazioni e con gruppi di controllo ampi, al privilegiare contesti clinici reali, al predisporre *follow up* di medio lungo periodo, ecc., è loro convinzione che:

«Well-executed e-mental health assessments and interventions have the potential to be meaningful to individuals and their care teams. Rather than replacing health professionals, digital technologies have a potential to support the human therapeutic process in a scalable format (for example, by providing interactive psychoeducation and monitoring material). With this expert consensus, we aim to provide guidance on best practice when preventing or improving the state of mental illness using e-mental health interventions. The target group with its needs and wishes should be placed in the foreground to achieve this. Of paramount importance are high ethical standards, transparency, respect for patients’ rights, data protection, the special consideration of vulnerable groups, and the explicit clarification of any non-human interactions. In the dynamic field, it is also necessary to rethink the classical statistical methods of development and evaluation of digital

⁴¹ Nello specifico, i medici risultano passati da 4.931 nel 2015 (di cui 3.772 psichiatri) a 5.341 nel 2019 (di cui 3.436 psichiatri) e gli psicologi da 2.213 nel 2015 e 2.009 nel 2019.

⁴² Secondo Istat a fronte di un 5,7% della popolazione adulta che riceve la diagnosi di ansia e/o depressione, quella che afferisce ai DSM corrisponde a circa lo 0,6%.

⁴³ F. Starace, *Il finanziamento pubblico della Salute Mentale e la necessità di un intervento straordinario*, «Quotidianosanità», 9 maggio 2022, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=104573

⁴⁴ N. Di Biasio (a cura di), *Telepsichiatria per affrontare l’incertezza. L’essere vulnerabili nella pandemia riguarda sia me-dici sia pazienti ed è da questo pari livello che parte la relazione di cura*, «Forward», 22, luglio 2021 - <https://forward.recentiproggressi.it/it/rivista/numero-22-prossimita/articoli/telepsichiatria-per-affrontare-l-incertezza/>; Giordano B., et al., *Reshaping mental health care delivery during COVID-19: a register-based study on service re-sponse and telepsychiatry*, «Nat. Mental Health», 1 (2023), pp. 514-523 - <https://doi.org/10.1038/s44220-023-00089-x>

⁴⁵ I primi utilizzi della telemedicina in psichiatria rinviano alla metà degli anni '50 quando, presso l’Università del Nebraska, fu utilizzato un sistema video a doppio circuito chiuso a scopi educativi e medici. Qualche anno dopo, modalità di videoconferenza furono usate per la psicoterapia di gruppo per adulti, e nel 1973, venne proposto il termine telepsichiatria per descrivere i servizi di teleconsulenza forniti dal Massachusetts General Hospital di Boston. La telepsichiatria fu poi adottata per bambini e adolescenti in carico a New York City. Con gli anni '80 e '90, grazie ai progressi tecnologici, alla riduzione dei costi delle attrezzature e all’aumento dei finanziamenti da parte delle agenzie governative, negli Usa vi è stato un salto di qualità nella diffusione di tali programmi. Cfr. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/history-of-telepsychiatry>

⁴⁶ C. Seiferth, et al., *How to e-mental health: a guideline for researchers and practitioners using digital technology in the context of mental health*, «Nat. Mental Health» 1 (2023), pp. 542-554 - <https://doi.org/10.1038/s44220-023-00085-1>

⁴⁷ «The term e-mental health covers four types of digital service: (1) information provision, (2) assessment for screening and monitoring, (3) intervention and (4) social support. More specifically, this includes digital solutions in a comprehensive way, including mobile and web-based apps, digitally delivered interactions with clients via, for example, video calls and chats, chatbots and devices for assessing and monitoring health (for example, wearables and smart-watches). Since the field is so dynamic, and constantly renews itself, we refrain from focusing on specific devices, data collection, analysis or interaction methods, but aim to provide overarching and enduring recommendations» (Seiferth et al. 2023, p. 543).

tools in order to not to lag behind the market in practice. It may be advisable to include flexible, iterative, built-in behavioral digital assessments and process monitoring and to collaborate with companies to provide exploitation and implementation with a viable business model, as digital intervention's availability and sustainable quality of digital intervention depend on it»⁴⁸.

Nonostante queste critiche, e sulla base di altre evidenze, vi è chi sostiene che la telepsichiatria garantisce un valore aggiunto, rispetto ai servizi psichiatrici tradizionali, in contesti di emergenza e urgenza, di segregazione e/o di difficile accessibilità per il personale sanitario, quali le carceri. Questo grazie al fatto di rendere comunque possibile la presa in carico e il trattamento, riducendo sia gli ostacoli all'accesso, che i correlati costi di personale, di trasporto, di utilizzo inappropriato dei servizi di Pronto Soccorso e ospedalieri, ecc.⁴⁹. E benché non tutti i quadri patologici siano eleggibili per trattamenti di questo tipo, grazie all'innovazione e alla progressiva differenziazione e finalizzazione, risultano in fase di sperimentazione soluzioni che potrebbero superare alcuni degli ostacoli che oggi si presentano. Un ulteriore esempio riguardante bambini e adolescenti con patologie dello spettro autistico è dato dalla sperimentazione di una app, "Ai Coach", con funzioni di coach virtuale di IA, la cui funzione è quella di supportare i comportamenti adattivi e le autonomie personali nei vari ambiti di vita. Un applicativo, in due versioni utenti e caregiver, utilizzabile su dispositivi mobili in grado di sollecitare, raccogliere, misurare, apprendere, elaborare e restituire informazioni utili al rafforzamento delle competenze e dell'autodeterminazione della persona e alla rete di sostegno, famiglia e operatori. Grazie agli aggiornamenti e ai feedback, l'assistente virtuale valuta e verifica le informazioni raccolte, aggiorna il profilo dell'utilizzatore e fornisce indicazioni sui progressi e cambiamenti rilevanti nel comportamento/preferenze della persona e, quindi, sull'efficacia degli interventi. L'applicazione viene costantemente aggiornata con la compilazione, anche attraverso l'utilizzo di simboli, immagini, stimoli vocali e visivi, di due strumenti: una "tavola delle situazioni", all'interno della quale si possono indicare le modalità con cui la persona solitamente preferisce svolgere le proprie attività quotidiane; una "carta/passaporto della comunicazione" volta a racco-

gliere le modalità di comunicazione preferite, il vocabolario delle espressioni più comunemente utilizzate, i significati associati, i comportamenti per comunicare ed il modo in cui la stessa riceve sostegno, o predilige ricevere sostegno, nei vari ambienti che frequenta⁵⁰.

Nel mezzo il già citato PNRR, il quale non cita mai espressamente la salute mentale quale suo target anche se, indirettamente⁵¹, non poche azioni possono avere – il condizionale è d'obbligo – ricadute positive sul sistema di offerta. Coerentemente con l'impianto a due Componenti previsto nella Missione 6 relativa alla salute, il disegno complessivo che si vuole realizzare entro il 2026 intende: a) riconfigurare la rete di assistenza sanitaria territoriale⁵²; b) innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio sanitario nazionale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario.

Ciò che risulta maggiormente sfidante per la sanità pubblica italiana è legato alle misure e sub-misure della Componente a). La sua riuscita viene considerata condizione imprescindibile per la sostenibilità futura, in primis economica, di tutto il SSN. E, in essa, riforma strutturale e digitalizzazione sono indissolubili. In particolare, per quanto riguarda i supporti tecnologici nella gestione della continuità ospedale-domicilio e nella adozione di un approccio centrato sulla telemedicina, come previsto dall'azione 15 del DM 77 Ministero della Salute approvato a maggio 2022. Si può dire che insieme alla territorialità, e in coerenza con tutto il PNRR, sia la digitalizzazione il fulcro portante il disegno di tale *policy*.

Nello specifico, la telemedicina deve: essere considerata modalità preferibile di erogazione delle prestazioni, a parità di sicurezza per il paziente e di migliore rapporto costo-efficacia rispetto a quelle tradizionali, che possono essere così integrate; supportare l'attuazione dei percorsi assistenziali integrati afferenti all'area sanitaria e a quella dei servizi sociali e dell'assistenza territoriale; essere adottata seguendo standard nazionali, nella massima condivisione dei dati tra i professionisti e con procedure certificate per la gestione del rischio clinico e protocolli per fronteggiare le criticità, misurare le prestazioni e gli esiti, realizzare audit clinici, garantire la comunicazione con l'assistito e con il

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹

<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/return-on-investment>

⁵⁰ Cfr. <http://www.anffas.net/it/progetti-e-campagne/ai-coach/>

⁵¹ Cfr. <https://forward.recentiproggressi.it/it/rivista/numero-25-ripresa-resilienza/interviste/la-salute-mentale/>

⁵² G. Banchieri, *Pnrr. I conti non tornano...*, «Quotidianosanità», 15 maggio 2023 - https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113743

caregiver, nonché la formazione continua del personale, ecc.⁵³.

Se da una parte la struttura riformatrice del Decreto è oggetto, mentre scriviamo, di possibile revisione nel quadro delle richieste di ridisegno del PNRR presentate a Bruxelles dal Governo Meloni, dall'altra non pochi sono gli interrogativi che in ogni caso rimangono aperti rispetto alla natura

ambivalente e sfidante della digitalizzazione della sanità territoriale, in particolare per i contesti/settori più deboli e deprivati di offerta, tra cui, come abbiamo visto, proprio il sistema della salute mentale.

Massimo Campedelli
Direttore UP Umanapersone
Impresa sociale R&S

Bibliografia di approfondimento

Baricco A., *The game*, Einaudi, Torino 2018.

Mischitelli L., *I primi farmaci fatti con l'Intelligenza Artificiale: a che punto siamo*, «Agenda Digitale», 30 marzo 2023, <https://www.agendadigitale.eu/sanita/intelligenza-artificiale-per-lo-sviluppo-di-nuovi-farmaci-gli-ultimi-traguardi/>

Kubitschke L., Cullen K. (a cura di), *ICT and Ageing; European study on users, markets and technologies*, European Commission Report, 2010: <https://www.ifap.ru/library/book400.pdf>

Natoli S., *Il posto dell'uomo nel mondo. Ordine naturale, disordine umano*, Feltrinelli, Milano 2022.

Rao A., et al., *Assessing the utility of ChatGPT throughout the entire clinical workflow: development and usability study*, «National Library of Medicine», 2023 - <https://doi.org/10.1101/2023.02.21.23285886> (preprint).

Santoro E., *Strumenti di digital health nell'assistenza all'anziano: quali sono efficaci?*, «Ricerca&Pratica», 38 (2) (2022), pp. 72-73.

Small G.W., et al., *Brain health consequences of digital technology use*, «Dialogues in clinical neuroscience», 22, (2) (2020), pp. 179-187.

⁵³ Nonché con standard relativi a: l'interoperabilità dei sistemi nazionali e regionali a supporto dell'assistenza sanitaria; il superamento della frammentazione tra i sistemi; l'omogeneizzazione delle interfacce e degli strumenti e l'integrazione con i sistemi di profilazione (quali lo SPID); la messa a disposizione di servizi uniformi e dotati di elevati livelli di sicurezza; ecc.