

Il dialogo aperto negli esordi psichiatrici. L'esperienza nel DSM di Caltagirone. Una ricerca sugli esiti

a cura di Raffaele Barone ed Elisa Gulino

Durante il “27° Meeting della Rete Internazionale per il Trattamento della Psicosi”, tenutosi a Roma dal 31 agosto al 3 settembre 2023 (HopenDialogue, 2023), è nata l’idea di condividere l’esperienza clinica del dipartimento di salute mentale di Caltagirone-Palagonia. In tale occasione abbiamo portato i dati su tutti i casi seguiti in questi anni con l’open dialogue, un approccio innovativo all’esordio psicotico. Tale lavoro ci ha reso consapevoli dell’enorme potenzialità dei dati grezzi in nostro possesso. Da qui l’idea, già in parte maturata in noi, di avviare una ricerca sugli esiti, contattando tutte le famiglie e intervistandole attraverso una scheda di raccolta informazioni.

Il dialogo aperto a Caltagirone

Il dialogo aperto arriva a Caltagirone nel 2015, allorquando viene coinvolto in un Progetto CCM del 2014, dal titolo “*Il dialogo aperto, un approccio innovativo nel trattamento delle crisi psichiatriche d’esordio. Definizione e valutazione degli strumenti operativi ed organizzativi per la trasferibilità del dialogo aperto nei DSM Italiani*”, uno studio pilota a cura dell’Unità di coordinamento ASL-T01 e dell’Unità di Valutazione ISTC-CNR. All’epoca si era deciso di puntare sul dialogo aperto perché gli studi di applicazione dell’approccio nel contesto dove è stato ideato da Jaakko Seikkula, nella Lapponia Occidentale, hanno dato risultati sorprendenti. Circa l’80% delle persone è tornata attivamente alle proprie attività, studio o lavoro, e soltanto il 20% ha avuto bisogno di una pensione d’invalidità, a fronte di un utilizzo modesto di farmaci antipsicotici. Tutti gli studi compiuti sinora appaiono fortemente promettenti per affrontare le psicosi e le gravi crisi psichiatriche d’esordio. (Seikkula, 2023)

Caltagirone è un comune italiano di 35.709 abitanti della città metropolitana di Catania. Fa parte del Calatino Sud Simeto, un comprensorio formato da quindici comuni della Sicilia centro-orientale con una popolazione di circa 140 mila abitanti e una superficie di 1.543 km. Il Dipartimento di Salute Mentale comprende due distretti, Caltagirone e Palagonia, un SPDC no-restraint con 8 posti letto, ubicato all’interno del P.O. Gravina di Caltagirone, una comunità

terapeutica democratica con 10 posti letto, ubicata nella frazione di Santo Pietro, due REMS, sette ambulatori territoriali, un centro diurno, un SILS (Servizio di Inclusione Socio Lavorativo), una rete di comunità alloggio, gruppi appartamento, Housing sociale e due fattorie sociali. Nel 2022 gli utenti in carico al DSM di Caltagirone-Palagonia sono stati 2.717 e le prestazioni eseguite 11.919.

Nel nostro Servizio, il dialogo aperto non è più una pratica innovativa, ma, nonostante le difficoltà di pensionamento del personale già formato, di riduzione delle piante organiche, nonostante tutto o forse proprio per questo, il dialogo aperto è un approccio ben radicato nella nostra realtà territoriale per cui concentriamo le nostre energie sui casi di esordio e ciò ci permette di evitare il cronicizzarsi della patologia e il vedere a vita quelle persone. Ci permette, inoltre, di superare il burn-out associato alla cronicità e quel senso d'impotenza spesso diffuso per cui il nostro intervento può essere utile ma sicuramente non decisivo.

Oggi siamo sempre più convinti che il dialogo aperto può essere, se usato in modo aderente al modello, un approccio rivoluzionario che porta le famiglie a trovare le loro traiettorie di soluzione ai problemi che affrontano in quel preciso momento. Ciò necessita, contemporaneamente, di una rivoluzione epistemologica del nostro modo di pensare, di presentarci, di lavorare, di visitare le famiglie.

Ci siamo accorti in questi anni di applicazione dell'approccio che il cosiddetto paziente designato, chi porta il sintomo, è solo l'elemento più sensibile del sistema familiare e permette a tutto il nucleo familiare, e spesso anche alla famiglia allargata, di prendersi cura di sé. Quest'accezione è risaputa in ambito sistematico relazionale, ma con il dialogo aperto emerge con più forza e in più breve tempo. Ci è capitato tantissime volte che già al primo incontro, un altro membro della famiglia, diverso da quello per cui hanno chiesto aiuto, ci racconti un trauma personale o familiare.

Nel 2007, il premio Nobel per la letteratura, Doris Lessing, scriveva, nel suo più celebre romanzo *“Il taccuino d'oro”*: *“Due persone legate da un qualsiasi rapporto: madre e figlio; padre e figlia; due amanti; non ha importanza. Uno dei due ha una nevrosi acuta, e la trasmette all'altro (o all'altra), che ne è contagiat. Il malato guarisce, e il sano si ammala... Ricordo che Mamma Zuccherò (la psicoanalista) mi ha raccontato la storia di un suo paziente. Un giovane era andato da lei convinto di essere in una situazione psicologica disperata. Non riuscì a trovare in lui niente che non funzionasse. Così gli chiese di mandargli suo padre. Uno dopo l'altro tutti i membri della famiglia, cinque in tutto, passarono per il suo studio. Ritrovò tutti normali. Poi venne la madre. In apparenza "normale", era in realtà estremamente nevrotica, e conservava l'equilibrio trasmettendo la sua nevrosi agli altri della famiglia, e soprattutto al figlio più giovane. Alla fine, Mamma Zuccherò mise sotto il trattamento la madre, anche se fu terribilmente difficile convincerla a sottoporsi al trattamento. Il ragazzo, che era venuto per primo, scoprì che la pressione si allentava.*

Ricordo che Mamma Zucchero diceva: "Sì, spesso in una famiglia o in un gruppo è la persona più normale quella che è malata sul serio; ma, per il semplice fatto di avere una forte personalità, sopravvive; le altre personalità, più deboli, esprimono la sua malattia". (Lessing, 2012)

La formazione

L'invito a presentare un lavoro al Meeting Internazionale di Roma dal titolo “*Trasformare un servizio passo dopo passo*”, (HopenDialogue, 2023) ci ha permesso di fermarci a pensare su cosa in questi anni ha consentito un'evoluzione di tutto il nostro servizio in una realtà dialogica. In primo luogo, ci siamo resi conto che questa trasformazione è stata possibile grazie ad una formazione continua, anno dopo anno, che ci ha permesso di approfondire molti aspetti, ma anche di confrontarci sulle difficoltà, di pensare strategie diverse adattate a momenti diversi.

Perché di fatto il nostro servizio funziona e opera avendo incarnato i 7 principi del dialogo aperto:

1. l'aiuto immediato: chiunque arrivi per la prima volta al nostro Servizio viene preso in carico in brevissimo tempo;
2. la prospettiva di rete sociale: tutte le visite e gli incontri vengono fatte in modalità gruppale e ove possibile coinvolgendo la rete familiare ma anche quella sociale;
3. la flessibilità e la mobilità: l'organizzazione del Servizio è molto flessibile per cui, ad esempio, se un operatore si ferma un po' di più per effettuare un incontro di dialogo aperto può recuperare quelle ore quando gli è più necessario e con molta facilità, senza il bisogno di ordini di servizio e quant'altro;
4. la responsabilità: tutti gli operatori che si occupano dell'accoglienza, si assumono la responsabilità di ascoltare le persone che hanno di fronte e subito dopo coinvolgono gli altri colleghi ritenuti utili per affrontare la preoccupazione in esame. Insieme poi concordano l'incontro dialogico e invitano la rete familiare e sociale;
5. la continuità psicologica: chi prende in carico una persona la segue nel suo iter terapeutico, anche se ad esempio necessita di un ricovero ospedaliero. Ciò è favorito dal fatto che medici e psicologi turnano sia negli ambulatori che in reparto;
6. la tolleranza dell'incertezza: è sicuramente il più ostico dei principi dialogici, forse perché la nostra cultura, i nostri studi ci hanno indotti a pensare che tutto è molto definito, va programmato, va incasellato in rigidi protocolli, così come avviene in molti centri di salute mentale del nord Europa. Essere allenati a tollerare l'incertezza è invece una marcia in più che ti permette di vivere il qui ed ora, di seguire la traiettoria delineata dalle persone che hai di fronte senza un obiettivo da raggiungere, perché è la loro traiettoria e tu li devi solo affiancare nel tragitto. Questo ti permette di lavorare con le spalle alleggerite, non devi salvare nessuno, nessuno ti chiede “la soluzione” di tutti i loro problemi, non dipende da te, o solo da te, la salvezza del mondo. Tollerare l'incertezza è come surfare: aspetti l'onda e segui il mare fin dove ti porta.

7. il dialogo e la polifonia: qualsiasi incontro, visita o riunione che venga fatta è improntata al dialogo, al rispetto, al non giudizio e soprattutto si fa in modo che tutti abbiano la possibilità di esprimere la propria opinione, aumentando la polifonia.

La formazione è iniziata nel 2015, quando due operatori hanno partecipato ad un corso tenuto dai finlandesi ed in collaborazione con il CNR. Successivamente sono stati formati altri operatori del servizio, tra cui psichiatri, assistenti sociali, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri. Nel corso del 2017 è stato svolto un corso di formazione di dialogo aperto con incontri mensili a cui hanno partecipato 40 operatori. Questo primo corso di formazione è stato voluto perché l'idea di fondo era che dovevano partecipare le persone realmente interessate all'approccio, curiose e che volevano investire sul dialogo aperto. Nel primo semestre del 2018, in attesa che partisse il corso ufficiale, sono stati tenuti incontri mensili di formazione e intervisione. Nel 2019 sono partiti due corsi di formazione aziendali in parallelo, uno di approfondimento per gli operatori già formati nel 2018 ed un altro gruppo ex novo. Inoltre, con la collaborazione dell'Istituto di Sociologia Luigi Sturzo di Caltagirone è stato possibile estendere la formazione ad altri operatori degli enti locali, del privato sociale, delle associazioni di volontariato e ai facilitatori sociali, comportando così una maggiore polifonia.

Nel 2020 e nel 2021, durante il periodo della pandemia da COVID-19, la formazione non si è interrotta e ha approfittato della modalità virtuale con incontri di co-visione quindicinali. Nel 2021 è stato, inoltre, organizzato un corso on-line dal titolo *“Time Out, una nuova declinazione delle pratiche dialogiche”*, sull'approccio fondato da Kai Alhanen, che rappresenta un modo innovativo per generare un dialogo costruttivo con persone di diverso background al fine di acquisire una comprensione più approfondita dell'argomento trattato, per affrontare una difficoltà o sia richiesto un incontro fra pari. (Sitra, 2023)

Nel 2022 e nel 2023 sono stati attivati dei corsi aziendali di *“Intervisione delle pratiche gruppali in salute mentale. Focus su open dialogue, gruppi multifamiliari e dialoghi anticipatori nei servizi socio-sanitari”*. A maggio del 2022 abbiamo avuto l'onore di ospitare Tom Arnkil per un evento formativo intitolato *“I dialoghi anticipatori. Pratiche dialogiche nei servizi socio-sanitari e salute mentale”* che ha visto una vasta partecipazione sia degli operatori del nostro Servizio, sia degli enti locali e del privato sociale. Quest'ultimo è stato successivamente coinvolto in un percorso formativo sulle pratiche dialogiche. Infine, nel 2022 e nel 2023, sono stati avviati due corsi on line, in collaborazione con l'Istituto di Sociologia e con l'Associazione Ponti di Vista (Ponti di Vista, 2023), rivolti a specializzandi in psichiatria o neo specializzati di tutta Italia.

Anche l'utilizzo della mindfulness è stato un altro aspetto fondamentale che ha insegnato agli operatori del Servizio a praticare la gentilezza, in primo luogo, verso sé stessi ma anche con gli altri, colleghi e utenti. L'idea di formarci con la mindfulness nasce dal fatto che ci ha sempre colpito, nei vari libri e articoli che abbiamo letto sul dialogo aperto, l'importanza di essere

consapevoli delle proprie sensazioni corporee durante il team riflessivo. Partendo da questa premessa, nel 2018, mentre eravamo a Modena per un incontro nazionale sul dialogo aperto, dove abbiamo conosciuto per la prima volta Tom Arnkil, nasce l'idea di organizzare un corso di 8 settimane, un corso base, a Catania, condotto da un collega agrigentino istruttore mindfulness. Al corso hanno partecipato 30 operatori del nostro Servizio.

La pratica della consapevolezza, una volta appresa, è entrata a far parte del nostro operare quotidiano. Tutte le mattine la nostra giornata lavorativa inizia con un esercizio di mindfulness, così come tutte le riunioni d'équipe e le formazioni svolte nei vari Servizi italiani dove abbiamo disseminato il dialogo aperto. La meditazione ci permette di fermarci e contemporaneamente di sintonizzarci come gruppo.

Un altro fattore, a nostro avviso importante è stato la fertilità e la storia democraticamente orientata che caratterizza il nostro territorio. Già dagli anni '80 si registravano a Caltagirone, in concomitanza con la chiusura degli ospedali psichiatrici, le prime esperienze di case-famiglia e di comunità terapeutiche democratiche.

La formazione itinerante e il genogramma familiare

In questi anni, diversi Servizi in tutta Italia ci hanno chiamato per formare gli operatori dei servizi al dialogo aperto. Abbiamo conosciuto diverse realtà da Agrigento a Prato, da Mantova a Parma e a Padova. Avere la responsabilità di disseminare un nuovo approccio, che non è una tecnica ma uno stile di vita, ci ha permesso ogni volta di approfondire diversi aspetti sia teorici che pratici. Ad esempio, il concetto espresso sopra, ossia le traiettorie di guarigione, nasce da una formazione avvenuta a Castiglione delle Stiviere con gli operatori di Mantova e provincia. Le traiettorie, intese in fisica come l'insieme dei punti attraverso i quali passa un punto materiale durante il suo moto, seguono un moto non definito aprioristicamente, ma influenzabile da diversi fattori quali il tempo, la gravità, un evento occasionale.

Inoltre, la formazione ha fatto focalizzare meglio la nostra attenzione sull'importanza di lavorare sul genogramma degli operatori. Troppo spesso, nelle nostre storie personali, familiari, transgenerazionali ci sono dei traumi o come dice Seikkula, degli *"episodi emotivamente stressanti che ci precludono l'incontro autentico e genuino con l'altro"* (Seikkula, 2023). Proprio per questo ogni formazione che iniziamo prevede una sezione sul genogramma familiare. Inoltre, questo strumento può essere molto prezioso anche nel lavoro con le famiglie in open dialogue perché permette di vedere ridondanze generazionali e stereotipie comportamentali che si ripetono nelle generazioni. Permette alle nuove generazioni di allacciarsi alla storia familiare che spesso non conoscono.

Un altro aspetto approfondito nei vari corsi di formazione è stata l'intervisione. Questa modalità dialogica che parte dalle preoccupazioni dei curanti per aprire spazi di confronto e di riflessione e

permette a tutti di toccare le proprie storie che risuonano durante l'incontro è stata molto coinvolgente, emotivamente intensa e molto d'aiuto per i curanti. In particolare, vorremmo citare un'esperienza fatta all'ASP di Agrigento. Avevamo chiesto ad un'équipe di lavoro di portare le loro preoccupazioni circa un caso iniziato o in fase di avvio con il dialogo aperto. Si sono presentati tre operatori che avevano portato il caso di una ragazza con disturbi alimentari, in atto ricoverata in SPDC per una persistente ideazione suicidaria. A quattro colleghi avevamo chiesto di vestire i panni della famiglia (madre, padre, utente e fratello) che ascoltavano le preoccupazioni e le difficoltà del gruppo dei curanti. Inoltre, avevamo chiesto ad altri colleghi di sperimentarsi come team riflessivo mentre Elisa Gulino e Raffaele Barone, in qualità di formatori, conducevano l'incontro. L'attivazione era partita con le preoccupazioni dei curanti. Aveva iniziato la psichiatra con la storia del perché siamo qui oggi. Su sollecitazione del conduttore ad un certo punto inizia a raccontare la sua risonanza personale su malattia e morte. Il clima iniziava a scaldarsi. Poi aveva parlato la psicologa che seguiva l'utente da più tempo. Ed infine veniva introdotto il maschile tramite un infermiere che lavorava in SPDC. Anche lui aveva colto un aspetto che era in risonanza con la sua storia, ossia la paura della morte e il tornare "fra i vivi", che fa ancora una volta vibrare e commuovere il gruppo. Successivamente avevamo interpellato la famiglia sulle riflessioni che hanno fatto sentendo i curanti parlare di loro. Anche il fratello aveva iniziato a sviluppare un concetto fondamentale e cioè il sentirsi solo e non visto da questi genitori che sono tutti presi dai problemi della sorella, ma la sensazione era che non stava solo interpretando un ruolo ma dentro c'era molto della sua storia personale. Era arrivato il tempo di parlare con il team riflessivo. Tutti gli interventi erano fatti partendo dalle proprie storie personali che sono risuonate con quello che era avvenuto. In particolare, ci avevano colpito una riflessione sul tema del perdono, ossia il perdonare gli altri ma anche perdonare sé stessi. L'incontro si era chiuso con le riflessioni della famiglia e dello staff dei curanti sulle nostre riflessioni.

Ripensando oggi a quanto accaduto in quell'occasione ci viene la pelle d'oca ricordando quante parti di noi abbiamo avuto l'opportunità di mettere in gioco, di mettere in parole e quindi di elaborare. E con naturalezza associamo il lavoro di Russell Razzaque che, settimanalmente fa le interviste con questa modalità (Razzaque, 2022). Quanto lavoro può essere fatto, con quanta intensità ma soprattutto con quale beneficio per gli operatori della salute mentale che spesso non trovano il tempo e lo spazio per ritagliarsi uno spazio di benessere personale perché oramai è chiaro che non possiamo aiutare nessuno a stare bene se non stiamo bene noi. E trovare, anzi no, garantirci questi spazi di benessere è indispensabile.

Lo stato dell'arte

Inizialmente utilizzavamo il dialogo aperto con gli esordi psicotici. Successivamente ci siamo accorti della sua utilità anche con altre tipologie di utenti. Ad esempio, l'utilizzo dell'approccio dialogico nei disturbi alimentari si è rilevato di straordinaria efficacia, tanto che nell'ambulatorio per i disturbi alimentari, oggi, viene usato in modo costante.

Inoltre, negli ultimi anni abbiamo notato una riduzione degli esordi psicotici ma un innalzarsi di casi multiproblematici e complessi in cui l'utilizzo del dialogo aperto si è dimostrato notevolmente efficace. Ecco alcuni esempi.

Caso 1

Sempre più spesso ci troviamo ricoverati in SPDC giovani adolescenti, quindi non ancora maggiorenni, che hanno tentato il suicidio, che praticano con regolarità il cutting, che non riescono a dialogare né con gli amici né con i familiari, ma al primo incontro di dialogo aperto viene fuori che la madre non ha ancora superato il lutto del padre morto diversi decenni fa e non riesce neanche ad accennare qualcosa su quest'uomo fortemente idealizzato, poi emerge che il padre ha un grave problema di dipendenza da gioco e la sorella che sembra tanto carina e ben educata, si fa i beveroni di alcol prima di andare in discoteca perché i cocktail sono troppo cari e ha fatto diversi incidenti stradali, quasi mortali. A questo punto di chi dobbiamo prenderci cura? Della persona che ha tentato il suicidio? Della madre depressa? Del padre giocatore? Della sorella? Con il dialogo aperto può essere dato spazio al malessere e al momento di difficoltà che ognuno sta attraversando.

Caso 2

Un altro caso che ci sovviene alla mente è quello di un collega infermiere che qualche mese fa ha tentato il suicidio. Senza il dialogo aperto, senza uno spazio di dialogo su quello che è indicibile in altro luogo, non avremmo avuto una possibilità di aiutare, ma soprattutto stare accanto al nostro collega.

Oggi, da un punto di vista operativo ci muoviamo in modo differente rispetto a quanto raccontato nello scorso articolo in cui descrivevamo un approccio territoriale con delle équipe dedicate. Infatti, a causa dei numerosi pensionamenti, gli operatori del nostro servizio formati al dialogo aperto si sono drasticamente ridotti, per cui non è più possibile ad oggi mantenere la matrice della suddivisione territoriale che inizialmente ci eravamo dati. Di fatto, però, la presenza di operatori dialogici spalmati nell'arco della settimana, fra mattino e pomeriggio, ci permette di dare una risposta, forse in modo anche più tempestiva, alle richieste che ci arrivano. Proprio per far fronte alla diminuzione degli operatori nel nostro servizio abbiamo iniziato a disseminare i principi del dialogo aperto negli operatori del privato sociale e ciò si è rivelata una risorsa importantissima.

Allorquando arriva una richiesta d'aiuto, ci si guarda un po' intorno per vedere chi c'è e chi può liberarsi da impegni pregressi e si organizza l'incontro. È pur vero che nel difficile periodo pandemico gli interventi domiciliari si sono drasticamente ridotti. E se in un primo momento abbiamo fatto degli incontri online, seppur con tutti i limiti di questi strumenti, pur di dare una

risposta, successivamente gli incontri sono stati fatti al servizio. Finalmente abbiamo ripreso a farli a domicilio. Tale differenza di contesto nell'incontro ci ha fatto capire quanto sia importante andare a "visitare" la famiglia, vedere l'habitat, i colori, gli odori, gli animali domestici.

Un altro elemento fondamentale, a nostro avviso, è il gruppo di intervisione mensile che facciamo fra gli operatori che trasversalmente lavorano con l'approccio dialogico: SPDC, CTD, territorio, SILS. Durante questi incontri un gruppo di operatori porta le preoccupazioni rispetto ad un caso, in genere, due facilitano e alcuni colleghi fanno il team riflessivo. Questi incontri permettono a tutti noi di lavorare e quindi far diminuire le nostre preoccupazioni, ma anche di approfondire il lavoro sul genogramma familiare chiedendo il perché del caso e cosa risuona in te rispetto a questa famiglia. Seguiamo il modello dei tre momenti:

- il primo dedicato a chi porta le preoccupazioni rispetto ad un caso;
- il secondo momento è dedicato al team riflessivo che porta le sue riflessioni su ciò che ha sentito, visto e su ciò che gli è risuonato;
- infine, un terzo momento dedicato alle riflessioni degli operatori che hanno portato le loro preoccupazioni, un dono per l'intero gruppo. Infine, viene data parola a tutti gli altri che non hanno avuto un ruolo attivo nell'intervisione, ma possono comunque condividere pensieri, emozioni, riflessioni.

Questo modo di lavorare in intervisione, partendo dalle nostre preoccupazioni, usando la cassa di risonanza del team riflessivo, ci permette di lavorare andando in profondità e sprigionando delle cariche emotive fortissime che si riverberano positivamente nel lavoro successivo.

In questi anni ci siamo chiesti che cosa rende "magico" l'incontro di dialogo aperto. L'idea che ci siamo fatti è che in ogni incontro ad un certo punto scatti una scintilla che permette di scaldare il clima emotivo dell'incontro e di accendere un cambiamento. Spesso la scintilla è legata alla condivisione, durante il team riflessivo, della storia personale e familiare di un operatore in risonanza a quanto raccontato dalla famiglia.

La ricerca

I casi seguiti in open dialogue dal 2016 al 2022, sono stati in totale 221 e sono stati effettuati circa 720 incontri. La tabella 1 mostra come questi casi sono distribuiti negli anni, con un'evidente riduzione nel periodo pandemico.

Casi open dialogue

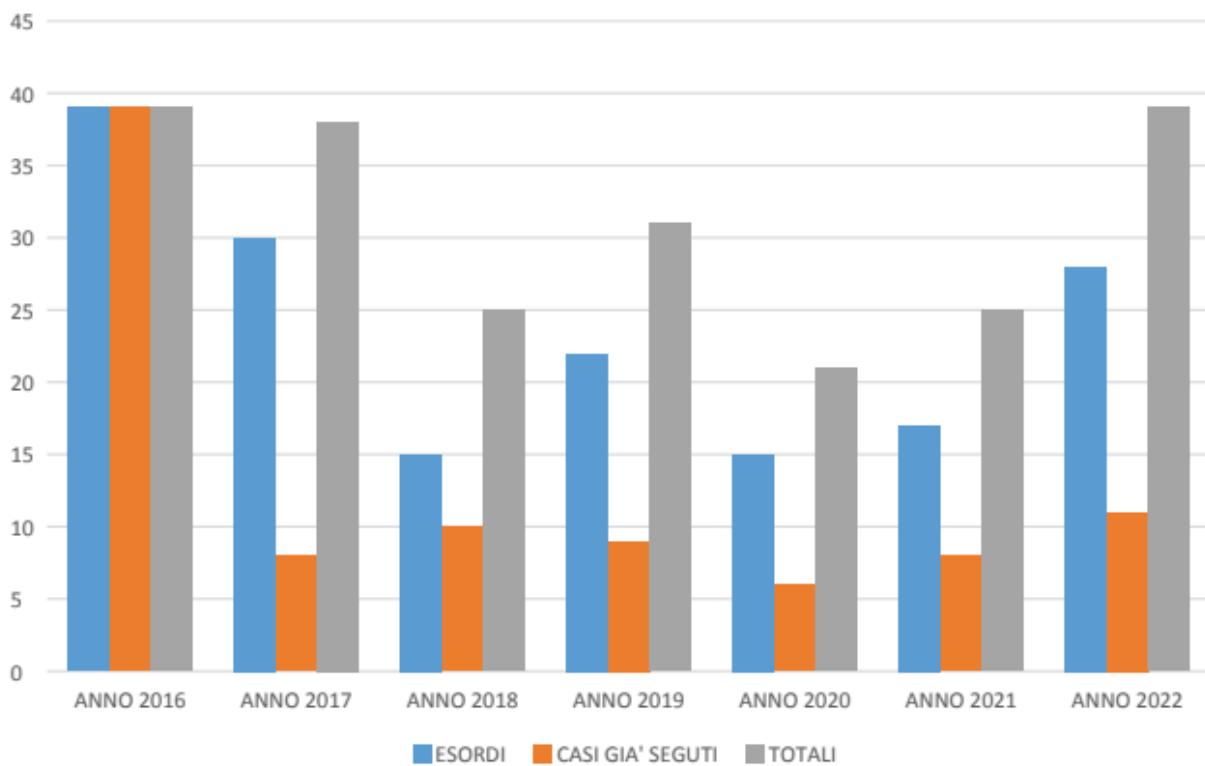


Tabella 1 Casi trattati a Caltagirone

Le famiglie sono state intervistate telefonicamente tramite l'utilizzo di una scheda di raccolta dati, attraverso la Tabella 2, che abbiamo utilizzato per raccogliere le informazioni, a nostro avviso, rilevanti. Questa scheda è divisa in cinque aree:

1. area socio-demografica: rileva età e istruzione;
2. area clinica: rileva VGF (scala di valutazione globale del funzionamento), diagnosi, ricovero in strutture sanitarie, successivi ricoveri in SPDC, assunzione di psicofarmaci;
3. area sociale: fornisce informazioni su dove e con chi viva l'utente, esplora inoltre le relazioni amicali e familiari e l'ambito lavorativo;
4. area spirituale: rileva se per l'utente il credo religioso è stato d'aiuto per superare il momento di crisi;
5. area dialogo aperto: gli items valutano quanto il soggetto si sia sentito ascoltato e valorizzato durante gli incontri rispondendo su una scala Likert a tre punti (poco-sufficientemente-molto).

1 AREA SOCIO – DEMOGRAFICA		4 AREA SPIRITUALE	
Età _____			
Istruzione/Qualifica _____			
2 AREA CLINICA		5 DIALOGO APERTO	
VGF		Negli incontri di dialogo aperto, ti/vi sei/siete sentiti ascoltati?	
Diagnosi _____		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Sufficientemente <input type="checkbox"/> Molto 	
Ricoveri in strutture sanitarie _____		Negli incontri di dialogo aperto, ti/vi sei/siete sentiti valorizzati?	
Ha avuto ricoveri in SPDC dopo l'ultimo intervento di DA?		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI 	
Assume farmaci?		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI 	
Se SI indicare quali _____		Quanti incontri sono stati fatti? _____	
3 AREA SOCIALE		Quanti familiari e persone della rete sociale hanno partecipato? _____	
Dove vive?		Quanti operatori hanno partecipato? _____	
Con chi vive?			
Frequenta amici, la scuola o qualche familiare?			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI 			
Se SI indicare chi _____			
Ha un lavoro? _____			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI 			

Tabella 2 Scheda intervista telefonica alle famiglie

Come precedentemente riportato, i casi seguiti durante questi anni sono 221, tra questi i nuovi utenti sono in totale 145 poiché il resto risulta essere già seguito dal Dipartimento di Salute Mentale. Il questionario è stato somministrato ad un campione di 165 soggetti: 145 famiglie hanno accettato di partecipare allo studio, 3 famiglie non hanno voluto aderire allo studio e 17 sono non rintracciabili (irreperibili al cellulare, numeri inesistenti).

Area sociodemografica		N	%
Genere	M F	86 47	60% 40%
Classi d'età (anni)	15-25 26-35 36-45 46-55 >56	27 51 30 20 15	19% 36% 21% 14% 10%
Scolarità	Analfabeta Licenza elementare	0 5	0% 4%

	Licenza di scuola media inferiore	51	36%
	Diploma di maturità	71	50%
	Laurea	14	10%
Provenienza	Sicilia	131	92%
	Altra Regione	12	8%

Tabella 3 Area socio-demografica

L'indagine effettuata ci ha permesso di analizzare vari ambiti di vita quotidiana degli utenti.

Più della metà del campione (60%) sono uomini, la maggior parte ha un'età compresa tra i 15 e i 45 anni, per un totale del 73% degli utenti. Questo dato sottolinea come nel nostro Servizio il dialogo aperto non venga utilizzato solo con gli esordi psicotici in senso stretto, ma anche con tutti quegli esordi psichiatrici e multifattoriali dei giovanissimi.

Inoltre, una grossa percentuale, quasi il 50%, ha un attestato di Diploma superiore, il 10% una laurea, il 36% la Licenza di scuola Media Inferiore e il 4% la Licenza di scuola Elementare. L'8% del nostro campione non vive in Sicilia.

Area clinica		N	%
Valore VGF	100-91	1	1%
	90-81	30	21%
	80-71	32	23%
	70-61	38	27%
	60-51	26	18%
	50-41	11	8%
	40-31	1	1%
	30-21	1	1%
	>20	0	0%
Esordi	Sì	74	52%
	No	69	48%
Ricoveri attuali presso strutture sanitarie	Sì	2	1%
	No	141	99%
Ricoveri in SPDC dopo gli Open Dialogue	Sì	34	25%
	No	109	75%
Uso di farmaci	Sì	92	63%
	No	51	37%

Tabella 4 Area clinica

Dall'area clinica si denota che solo 2 utenti si trovano attualmente ricoverati presso strutture sanitarie, in quanto sono stati presi in carico con l'approccio open dialogue in seguito a precedenti trattamenti tradizionali; solo il 23% del nostro campione è stato nuovamente ricoverato in SPDC dopo gli incontri di open dialogue; il 70% degli utenti ha una VGF compresa tra 90 e 61, ciò significa che possono presentare alcuni sintomi lievi (ad es. umore depresso o insonnia lieve) o non presentarne affatto, o possono avere una leggera compromissione del funzionamento sociale, professionale o scolastico, ma generalmente sono appagati della vita. Inoltre, analizzando il campione generale, il 52% degli utenti, al momento della presa in carico con l'approccio open dialogue, era un esordio psichiatrico, di questi il 16% era un esordio psicotico. Nessuno dei soggetti con esordio psicotico trattati con l'open dialogue si trova ad oggi ricoverato in strutture residenziali.

Per quanto riguarda i farmaci, come si evince dalla tabella 4, il 63% è sotto un trattamento psicofarmacologico. In generale si evidenzia comunque una riduzione dell'utilizzo dei farmaci non quantificabile che probabilmente richiederebbe una ricerca specifica.

Area sociale		N	%
Stato civile	Single	79	55%
	Impegnato/coniugato	64	45%
Attività lavorativa	Sì	62	44%
	No	81	56%
Rete sociale	Presente	114	80%
	Assente	28	20%
Area spirituale	Rilevante	13	10%
	Non rilevante	129	90%

Tabella 5 Area sociale

Come viene evidenziato dai dati, il 55% di utenti è single mentre il 45% è sposato o impegnato in una relazione. Inoltre, l'80% del nostro campione ha una rete sociale attorno a sé in controtendenza con i dati riferiti da molte ricerche che evidenziano come gli utenti psichiatrici e le loro famiglie vivono in modo drasticamente isolato a livello sociale. Questo dato, a nostro avviso, è in controtendenza proprio perché sin dal primo momento viene coinvolta non solo la famiglia ma anche tutta la rete sociale che attivamente diventa una risorsa per superare il momento di crisi. Un dato da non trascurare, inoltre, riguarda l'attività lavorativa, il 56% è disoccupato. Dalle ricerche scientifiche emerge che la disoccupazione è un fattore di rischio per

l'insorgenza di problemi legati alla salute mentale (Weich & Lewis, 1998) (Pfeti & Miotto, 1999).

Per fronteggiare ciò, il nostro Servizio utilizza il metodo dell'IPS (Individual Placement and Support), un approccio che prevede l'inclusione socio-lavorativa degli utenti. L'IPS considera il lavoro un punto cardine per la recovery, motivando la persona ad ottenere dei traguardi che sanciscono l'inclusione sociale e che siano beneficiari per la salute mentale, la famiglia e la società. I risultati inerenti all'area spirituale mostrano che per la maggior parte degli utenti, il 90%, la fede non ha avuto un ruolo determinante nel superamento del momento di crisi.

Dialogo aperto		N	%
Tutti gli incontri Open dialogue		736	
Durante gli incontri ti sei sentito/a ascoltato/a	Poco Sufficientemente Molto	7 23 112	5% 17% 78%
Durante gli incontri ti sei sentito/a valorizzato/a	Poco Sufficientemente Molto	7 30 105	5% 21% 74%

Tabella 6 Area dialogo aperto

Riassumendo i dati che appartengono all'area dell'open dialogue si evidenzia che in questi anni sono stati svolti ben 736 incontri di dialogo aperto. Inoltre, emerge un alto gradimento da parte dalle famiglie. Il 78% del campione si è sentito molto ascoltato e il 74% si è sentito molto valorizzato durante gli incontri dialogici. Accorpando le percentuali positive (sufficientemente e molto) salgono al 95%.

Conclusioni

Per concludere, riportiamo una mail, pubblicata nel libro di Seikkula "Il dialogo guarisce, ma perché?", scritta dallo psichiatra spagnolo Jordi e indirizzata a Seikkula:

“Carissimo Jaakko,
ci siamo incontrati a Madrid al seminario sul dialogo aperto. A pranzo abbiamo discusso della possibilità di applicare il metodo del dialogo aperto nel mio centro di salute mentale. Mi sembrava che mi avessi incoraggiato a provare. Bene, l'abbiamo fatto. Abbiamo iniziato con i primi casi subito dopo il seminario. Un caso riguardava una giovane donna che aveva avuto la sua prima esperienza psicotica. Il team era composto da un assistente sociale, un infermiere e io. In alcune conversazioni, era presente anche uno psicologo. Abbiamo avuto venti sedute con la paziente, la sua famiglia e la sua rete. Il risultato è scioccante. Abbiamo

sospeso il farmaco dopo 4 mesi (20 mg di olanzapina). Ha trovato un nuovo lavoro dopo tre mesi, ha preso la patente e da poco ha iniziato gli studi universitari. Ora abbiamo lavorato con lo stile open dialogue in otto casi. Diversi team hanno 2 assistenti sociali, 2 psichiatri e uno psicologo. Abbiamo uno psicologo senior, un terapeuta familiare, come supervisore del lavoro, Ti scrivo questa lettera nell'auspicio che tu o il tuo team vogliate condividere delle informazioni sulle nostre esperienze e per sapere se c'è una rete di team che lavorano allo stesso modo. Come possiamo apprendere di più sul vostro approccio?

Cordiali saluti, Jordi" (Seikkula, 2023).

Condividiamo appieno l'affermazione di Jordi, "*il risultato è scioccante*". Nella nostra esperienza clinica abbiamo visto moltissimi casi di giovani con esordi psicotici tornare alla loro vita precedente sociale e relazionale, riprendere a lavorare. È come se una parentesi si fosse aperta, manifestando la crisi, ma dopo gli incontri si fosse chiusa! In conclusione, vorrei ricordare le parole di Ivan, che quando l'ho contattato per questa ricerca mi ha detto "*Dott.ssa se devo essere sincero non ricordo molto di quel periodo, non ricordo cosa sia successo, non mi ricordo neanche di lei, ma quello che mi ricordo è il calore che sentivo nella stanza durante quegli incontri, sia da parte dei miei familiari e dei miei amici che hanno partecipato, ma anche da parte vostra*". Vincenzo invece mi ha detto "*il dialogo aperto serve, serve...negli incontri dicevate delle cose durante il team riflessivo a cui pensavo per giorni e in particolare mi facevate vedere delle cose che erano sotto il mio naso ma non riuscivo a vederle. Ora sono sposato, lavoro, ho una figlia*".

L'utilizzo di questo stile innovativo ci ha permesso di notare dei cambiamenti sia all'interno del nostro Servizio, sia nel trattamento degli utenti. Il Servizio, nei casi di esordio, grazie anche alla collaborazione di tutti gli operatori, riesce ad attivare un incontro dialogico in tempi brevissimi, entro 24/48 ore, e la partecipazione continua dell'utente e della rete familiare e sociale ha contribuito a dei miglioramenti di vita che una semplice terapia psicofarmacologica non avrebbe apportato.

Bibliografia

Barone, R., 2020. *Benessere mentale di comunità. Teorie e pratiche dialogiche e democratiche.* Milano: FrancoAngeli.

Barone R, Barone L. 2024 La scintilla dialogica Lecce Pensa Multimedia.

Razzaque, R., 2022. *Psichiatria Dialogica: Una Guida Per L'insegnamento E La Pratica Del Dialogo Aperto.* s.l.: Independently published.

Seikkula, J., 2023. *Il dialogo guarisce Ma perche?* Lecce: Pensa Multimedia.