

Conferenza SIEP Torino

giovedì 23 aprile 2026 17:00

Giuseppe Tibaldi

Forti asimmetrie nell'offerta del SSN; diritto all'equità negato.
Compressione dei diritti di coloro che afferiscono ai servizi di SM.
Legami con esperti per esperienza e fruitori dei servizi.

Fabrizio Starace

Flessibilità dei servizi. Quali modelli da adottare.
Italia al 2,69%
Si tratta di un decimo delle persone che ne avrebbero beneficio.
Legge 62 sulla disabilità che prevede un progetto personal e partecipato 2027
Aumento allarmante di prassi di TSO mascherato (via amm di sostegno)
Conflitto con i principi convenzione ONU diritti delle persone con disabilità
Poco o nulla attenzione su performance clinica
L'autonomia differenziata rischia il collasso del SSN (LEP/LEA)
Proposta: revisione qualitativa (metriche recovery), governance condivisa (da ministero a DSM), allocazione su dati (fabbisogno epidemiologico reale e NON sulla spesa storica).
Inazione istituzionale non più giustificabile.
Migrare da silos istituzionali a ecosistemi di comunità
Silos: il sistema rigetta automaticamente i casi che non rientrano nel suo storico
Migrare da silos a DSM 3.0: macro-dipartimenti integrati, BdS, domiciliarità, prossimità, Case della comunità, Flexible ACT/Open Dialogue/Recovery, copertura epidemiologica reale ed esiti di salute (vs. conteggio posti letto e TSO)
La cura si sposta dalla struttura fissa al domicilio del pz (1 team integrato ogni 25-30mila abitanti)

Nadia Magnani

Salute Mentale Adulti Grosseto

Ricerca SIEP sui trattamenti coercitivi in psichiatria
TSO in Europa; in Italia 10 ogni 100mila ab.
Marcata variabilità regionale, stabile nel tempo.
Obiettivi: raccogliere dati accurati e completi
identificare i fattori associati ai TSO e contenzione meccanica (organizzazione/struttura, atteggiamento degli operatori verso la coercizione, numero e caratteristiche delle misure coercitive)
Usata scala SACS (15 items, autosomministrata, 2008)
Fattore 1: coercizione come offensiva
Fattore 2: cura e sicurezza
Fattore 3: terapeutico
22% di partecipazione associazioni familiari con SPDC
Durata mediana TSO 7gg; nel 22,7% dei casi TSO rinnovato oltre 7gg
5 soggetti hanno fatto ricorso contro il TSO
Prevalenza maschi 57.9%
1,5% minori
15.1% < 25a
21,3% first ever
DP 11%, bipolare 20,6%, schizofrenia e delirio 49%
Contenzione meccanica 18% su 220 TSO
3 SPDC nessuna; alcuni 59%.
Divario estremo: impatto determinante di modelli organizzativi e culture assistenziali
Gli SPDC con spazi comuni hanno un tasso molto inferiore alla contenzione meccanica; anche gli spazi di ascolto riducono molto
Maschi oltre il doppio di rischio di contenzione meccanica
DBP 3 volte più probabile rispetto a deliri
Operatori: media 50a, 69,3% donne, 22a esperienza, infermieri 47,5%
TSO e contenzione rispondono a fattori diversi.

Alessia De Stefano

REMS

Raccolta dati su base regionale; ministero Sanità anziché Giustizia
Legge 81/2014 chiusura OPG e apertura REMS
Responsabilità ai DSM
Abbandono della segregazione in favore di cura, dignità e responsabilità condivisa
Principi chiave: territorialità, numero chiuso e eliminazione della coercizione
Alcune REMS hanno stanze di de-escalation o di contenzione
www.rapportoantigone.it
REMS operative 31, 606 pz, 24% stranieri 11% donne
Liste d'attesa 690 persone ma meno del 40% necessita di REMS
SMOP creare una base informativa omogenea e aggiornabile
Stranieri in crescita da 79/2020 a 145/2024
Campione PRIN 2025
Maschi 88%
Doppia diagnosi 34,4%
Tempi d'attesa 228gg/2019, 319,3gg/2025
Permanenza 500gg/2019, 738,9gg/2025
Psicosi 48%
DP 28%
Presa in carico integrata: centralità della persona, risorse comunitarie, evitare istituzionalizzazione

Diritti e salute mentale

Dott. Alberto Siracusano - ministero Salute

Poca attenzione e ascolto; mancanza di credibilità verso la persona con disagio psichico. Mancanza di rispetto per la sua sofferenza. Ignoranza sulla sofferenza psichica.
Dott.ssa Olga Kalina (utente)
Mancanza di diritti su autonomia e libertà; violazione dei diritti legali. I legali seguono le convenzioni europee, vecchie; ci vorrebbero regolamenti orientati alla protezione dei diritti dei malati psichiatrici; devi conoscere bene la burocrazia per vedere riconosciuti i tuoi diritti.
Dott.ssa Rossella Monti
Presidente AIPESP - rete nazionale ESP
OMS considera la SM un diritto umano fondamentale: ogni individuo ha diritto al più alto standard di salute.

Venerdì 24 aprile 2026

XVI Congresso SIEP

Direttore generale

Dobbiamo creare la fine del percorso di salute, così che il cittadino abbia avuto un'esperienza positiva.
Trovato persone competenti, atteggiamento di compliance, linguaggio inclusivo.
Il grazie alla fine è il risarcimento che vi qualifica.
Cure primarie e psicologo nelle case di comunità (medicina di prossimità).
Circa 100 strutture del territorio (Torino), non sono ospedali né RSA.
Dopo di noi dobbiamo lasciare qualcosa.

Antonio Preti - Neuroscienze

I contesti della crisi: vulnerabilità biologica e ambientale - il crescente impatto dei disturbi psichici in età evolutiva
Disturbi mentali una delle principali cause di disabilità nei giovani
Aumento di ansia, depressione, disregolazione emotiva
E' una crisi di modello.
Il SSN è ancora reattivo: interviene quando il sintomo supera una soglia diagnostica
La vulnerabilità non nasce all'improvviso
Spostare lo sguardo dall'evento alla traiettoria
La diagnosi è solo la parte visibile di un accumulo
Crisi come esito di vulnerabilità che si consolidano lungo il tempo e spesso attraverso le generazioni
Rischio genetico: probabilità aumentata
Familiarità indicatore di rischio
Assortative mating (tendenza di individui con tratti psicopatologici simili a formare coppie) possono amplificare la concentrazione di vulnerabilità all'interno della stessa famiglia
Il contesto sociale può amplificare o attenuare la predisposizione biologica
Età evolutiva elevata plasticità: si strutturano i sistemi di regolazione di stress, emozione, attenzione e risposta sociale
A regolazione emotiva si costruisce nella relazione. Co-regolazione nei primi anni di vita è fondamentale.
Deprivazione esperienziale: scarsa capacità di esprimere la competenza genitoriale. Iperprotezione ostacola lo sviluppo di resilienza e capacità di coping
La fase perinatale rappresenta una finestra di massima plasticità.
NPAA attenzione all'aspetto dimensionale della psicopatologia (sintomi espressivi introiettivi ambiti costellazioni, anziché categorie diagnostiche)
Quindi attenzione al contesto familiare e non al solo singolo.
Contatto sistematico con i servizi sanitari. La traiettoria è visibile e modificabile se la prevenzione riguarda anche i familiari.
Supportare la genitorialità
Intervenire sui pattern di regolazione
Se guardiamo alla diagnosi, vediamo la fine della storia.
Gap NPAA->CSM problema di organizzazione e di pensare in modelli. I desideri di un ragazzo sono diversi dall'adulto. Necessità di rispettare i limiti. Capire sia cosa è andato storto, ma capire la persona, cosa vuole da sé e cosa può volere dal SSN. Occorre investire.

Gilberto Di Petta - SPDC

Sostanze d'abuso e psicopatologia
Epidemica diffusione di sostanze psicoattive
Simultaneità di sintomi psicotici e abuso di sostanze
Elevata intensità assistenziale senza percorso specifico
Pz non si rivolgono ai SERD perché non si considerano tossici
Psichiatri abituati a trattare pz naïf o nature, già farmacologicizzati
Continuano a usare sostanze sulla terapia
Difficoltà a formulare una diagnosi
Chi deve curarli?
Doppia diagnosi: quando il pz smette le sostanze, viene preso in carico dalla psichiatria pur non essendo un pz psichiatrico
La diagnosi psichiatrica è descrittiva e si riferisce ad una etiopatogenesi endogena
Nell'abuso c'è un insulto esogeno che interagisce con la base organica, situazionale e personale
Perché per i dementi non si parla di doppia diagnosi?
Occorre formulare una diagnosi unica, quindi parlare di una sintomatologia psichiatrica indotta e sostenuta da sostanze
Se le droghe ci sono sempre state, perché adesso è un'emergenza?
Esplosione del concetto di io svincolato dal noi della comunità.
Subcomunità controculturali e imbalsamazione nell'essere-come-se
Innesto tecnologico sulla produzione di sostanze ed enorme potenziamento dei principi attivi
La presenza sballata: salvacondotto alla disinvoltura dell'identità liquida
Differenza fra eroina (quindi AIDS e conseguente scelta di via diversa dalla parenterale) a chimica, da cui psichiatria.
Differenza fra follia endogena e follia chimica.
L'io critico si lateralizza; se è tossico si inizia una trattazione. La vera esperienza psicotica non ha spettatori.
Delirio primario (allucinazioni), secondario (delusione)

Angelo Barbato sostituisce Favaretto - IRF Mario Negri

Dott. Roberto Beneduce - Antropologia

vecchie; ci vorrebbero legali orientati alla protezione dei diritti dei malati psichiatrici; devi conoscere bene la burocrazia per vedere riconosciuti i tuoi diritti.

Dott.ssa Rossella Monti

Presidente AIPESP - rete nazionale ESP

OMS considera la SM un diritto umano fondamentale; ogni individuo ha diritto al più alto standard di salute, dignità, protezione contro lo stigma e rifiuto dei trattamenti coercitivi. Diritto dei pz psichiatrici ad essere riconosciuti come persone in grado di prendere decisioni sulla propria vita.

Dott. Baglioni - Itaca

18 città in Italia. Punti: Formazione, prevenzione e inclusione sociale. Comunità inclusive. Cultura inclusione accoglienza ascolto all'interno delle nostre comunità. Che risultato può dare avere delle scuole e famiglie inclusive dal punto di vista della SM, educatori formati e sensibili.

Dott.ssa Monica Lo Cascio - Assessore

Diritto all'ascolto: bisogni della persona, diritto a desiderare, a vedere accolte le proprie emozioni. Superare pregiudizi, infantilizzazione delle persone con fragilità, la non conformità, la protezione, libertà di errore.

Assistente sociale

Base etica e giuridica sulla quale si fonda l'intervento dell'assistente sociale. SM: lotta allo stigma, promozione recovery e empowerment, contrastare esclusione e abuso. Nel DSM l'attività è la capacità di costruire percorsi di cura e non solo LEP.

Domanda: quale impegno concreto?

Kalina

Responsabilità di connessione fra i membri dell'associazione e l'Europa. Connessione con le linee guida OMS.

Molti membri sono in attesa di linee guida aggiornate. Informazione e organizzazione. Identificare gli elementi e processi attuali pericolosi e fare controproposte.

Siracusano

Come università proseguire con la formazione, nuove competenze. Organizzazione: piano d'azione nazionale -> decreto di riparto

La SM è al centro di tante problematicità e richiede unione negli operatori. Coinvolgere ETS. Correggere la disuguaglianza di accesso alle cure con un lavoro comune.

Monti

Garantire la qualità dei percorsi di formazione per ESP. Organizzare formazione permanente per ESP. Adottare codice etico focalizzato sul rispetto della persona, la riservatezza e il limite del ruolo. Attività di advocacy individuale e collettiva per la riduzione dello stigma.

Baglioni

SM valore di tutti. Itaca si è ingrandita negli ultimi anni; continuare a coinvolgere le famiglie. Creare una cultura diffusa sulla SM. Raccolta di fondi.

Lo Cascio

Personalizzazione degli interventi. Collaborazione costante con la ASL di Torino, lavorando in forma complementare.

Assistente sociale

Essere garante di parlare di persona o di cittadino e non di paziente. Spostarsi dalla prestazione al diritto.

Roberto Keller

ADHD

Sintomi non-DSM

Disregolazione emotiva

Attività mentale incessante

Facile frustrazione

Prescolare: iperattività

Scolare: disattenzione

Adolescenza: irrequietezza

Adulti: disattenzione e impulsività, sviluppo strategie di compenso

Test: valutare il profilo cognitivo e non solo il QI

I test sono tarati al maschile.

Comorbidità: nell'adulto sono la regola. I disturbi comportamentali hanno una base organica (controllare i disturbi gastrointestinali)

Il 6,69% degli autistici ha una vita indipendente

Modello di intervento sperimentato su 500 adulti.

La barca a vela permette di migliorare la capacità di collaborazione e di coesione

Dott.ssa Salaris

Dati regione ER psicopatologie ultimi 10 anni

Sistema CURE

NPIA non c'è un sistema informativo nazionale

Paolo Stagi

Documento del 2008

20% minori soffre di malattie mentali

50% dei disturbi negli adulti proviene dall'adolescenza

Disturbo mentale disabilitante: interferisce con la partecipazione, criterio fondamentale per valutare gli outcome degli interventi in SM.

Quello che c'è -> efficienza -> Quello che si fa -> efficacia -> quello che si ottiene

14,5a picco di massima probabilità di esordi psicopatologici

A 18a il 90% dei disturbi del neurosviluppo è manifesto.

ADHD presente 5 volte fra i reclusi rispetto ai non reclusi.

Negli ultimi 10-15 anni aumento patologie 30-70%

Silvana Lerda

Progetto Cantiere Giovani (16-24a)

Riconosciuto come una delle principali emergenze sanitarie e sociali del XXI sec

Fenomeno complesso, multidimensionale e strutturale, che richiede risposte integrate e sistemiche

Disagio mentale -> questione di salute pubblica globale

Focus su prevenzione, intervento precoce, diritti, qualità dei servizi

I modelli storici non funzionano per i giovani.

Riorientare i servizi su servizi accessibili, integrati, non stigmatizzanti, pensati per il disagio subclinico

Integrated Youth Services (modello Headspace)

Non tutto il disagio va medicalizzato ma va riconosciuto

Giovani co-progettisti dei servizi

Delirio primario (allucinazioni), secondario (delusione)

Angelo Barbato sostituisce Favaretto - IRF Mario Negri

Dott. Roberto Beneduce - Antropologo

Fattori di fragilizzazione negli immigrati.

Negli anni '90 un sociologo algerino rilevava che troppo spesso di migrazione si parla come burocrazia (possesso della cittadinanza ecc); l'esperienza umana viene banalizzata. A rendere più complesso il quadro, cosa significa per tanti immigrati vivere l'esperienza quotidiana di sentirsi problema o addirittura minaccia.

Come intervenire per ridurre l'impatto devastante sugli immigrati.

Riconoscere il persistente razzismo delle nostre società. Anche istituzionale. Episodi violenti come in USA, così come da noi, non devono farci pensare che sia generalizzato. Se sono solo loro a dover contestualizzare questo fiume di violenza, si rovescerà contro di noi.

Principio del diniego e finzione legale: nelle colonie gli psichiatri pretendevano di curare gli indigeni dimenticando che gli eserciti torturavano uccidevano o stupravano.

Basaglia dice che la condizione del colonizzato non è diversa dal pz.

Dobbiamo esplorare i vizi di fondo di questa cecità.

Il diritto nei confronti delle donne adotta una prospettiva iniqua quando non riconosce valore alle esperienze delle donne nei processi per violenza. Siamo di fronte a una vera emarginazione ermeneutica quando abbiamo l'arroganza di attribuire un ingiusto deficit di credibilità alle donne vittime di abusi.

Anche gli immigrati devono misurarsi con questo giudizio di mancanza di credibilità.

Incontri marcati dal sospetto della falsità o della manipolazione.

Persistente tratto del passato coloniale. Colonialità: modo in cui l'esperienza coloniale continua a orientare formule, diagnosi, atteggiamenti.

Analisi critica dell'uso delle diagnosi psichiatriche.

In USA sospetto diagnostico sui neri di essere schizofrenici. Gerarchizzazione della sofferenza e mascheramento del conflitto.

Francia: pazienti schizofreniche fine anni '60 diagnosticate perché non corrispondevano ai modelli egemonici del comportamento. La psichiatria e le diagnosi non sono mai state oggettive.

Mills parla di epistemologia dell'ignoranza: nelle nostre società razziste

abbiamo la pretesa di diagnosticare o curare problemi da noi generati.

Vedere deliri persecutori in questi pz serve a motivare le diagnosi errate. Le colonie erano basate sulla persecuzione.

La psichiatria non deve più essere la disciplina del comportamento dell'altro, ma deve occuparsi dell'esperienza culturale dell'altro.

Non banalizzare il ruolo fondamentale delle lingue.

Curare i nostri automatismi.

Psichiatria come scienza delle transizioni cliniche, culturali e istituzionali.

Poco tempo dedicato all'incontro con utenti che parlano altre lingue, che causa nostra ignoranza delle loro dimensioni.

Manca una geopolitica della sofferenza.

Al di là della competenza culturale, occorre una competenza strutturale, attenta a dimensioni politiche economiche e di classe.

Lottare contro la violenza strutturale e iatrogena dei CPR.

Soggetti di diritto e non solo fruitori dei servizi
@kaukokaipuu
Passaggio da un disagio individuale (-> isolamento) ad una dimensione collettiva. Promuovere coesione sociale
Interventi fuori dai CSM, tematiche di vita comuni oltre la sintomatologia
Erogazione regionale 300mila euro

Dott.ssa Pacilli

Necessità di azione sistemica, integrata e multilivello (scuola, famiglia, servizi sanitari, comunità)
Tempestività dell'intervento indispensabile.
Italia:
16mio disturbi medio-gravi
Giovani 700mila under-25
1 adolescente su 7 presenta un disturbo mentale
NSSI in forte crescita
Disturbi alimentazione in aumento fasce 12-15 anni

Dott.ssa Romano

Disturbi mentali e uso di sostanze (doppia diagnosi) - Modelli integrati di intervento
Esperienza dagli anni 2mila.
L'intervento più efficace è l'intervento integrato (golden standard)
Tempo di latenza da inizio abuso a richiesta al servizio 8 anni.
Priorità fascia 14-25

Alessandro Vento - CSM D7 ASL RM2

Uso di sostanze e vulnerabilità psicopatologica: correlazioni neurobiologiche
Accessi massivi al SERD principale cocaina (crack) e cannabis (alto THC, HHC, 10-idrossi-HHC)
Prevalenza trattamenti più della metà con oppiacei
75mila minorenni binge drinking
IRISA: I nuclei della base si sensibilizzano con la sostanza.
Con l'alcool l'attività dei lobi frontali si attenua. Comportamenti automatizzati abbastanza controllati. In adolescenza basta un minimo per slatentizzare comportamenti atroci.
Non esiste il quantitativo, basta la presenza.
Es. abuso di vitamina C esagera funzioni del cervello
Sostanze inerti possono diventare tossiche.
Necessario individuare il tipo di patologia e associarlo con il farmaco adatto: non generalizzare.
Necessità di progressività nel sospendere abusi.
La parte sottocorticale si sviluppa prima. Asincronia nello sviluppo dei lobi.
Attualmente oltre 4300 molecole di droghe presenti sul mercato.
Super-agonisti: molecole che attivano più recettori. Attivano la cascata di traduzione del segnale.
Danno luogo a psicosi acute simili alla schizofrenia.

Stimoli di tipo ascendente; se stimolano verso la corteccia a 1-3Hz; se sotto 1Hz, la persona resta con la testa sulle nuvole e pensa ad altro. Sopra i 3Hz: eccessiva ansia.
Con l'abuso alcune aree del cervello si atrofizzano.
Restituire centralità agli adolescenti permette di avere maggiore contatto e dialogo.
Promozioni di salute: quelli che si raccontano riescono ad imporsi ai coetanei.
I giovani apprezzano informazione precisa e competenza.

Dott. Michele Sanza

Uso di sostanze e disturbi di personalità
Disturbi mentali meglio definiti come traiettorie. Interazione che crea situazioni di rischio.
Gli esordi non esistono: sono il frutto maturo che cade dall'albero. Sono le diagnosi non formulate al momento, quindi sono il segno del fallimento di una traiettoria.
Rif. interventi EB ultimi 30 anni. Linee guida ER: non c'era pieno accordo, si temeva di dover trattare situazioni non sostenibili, responsabilità professionale (suicidio).
C'è una storia nella psichiatria per cui i DP stanno fuori. Già nel DSM-III compare l'asse 2 (separato quindi).
E' cambiata la psicopatologia. I DP interessano perché c'è sofferenza, perdita delle skill sociali, della libertà di accedere alla propria via verso il benessere. Problema suicidio altissimo nel DBP. Le persone con DBP muoiono prima delle persone non-DBP. Gap di 4:1. Problema di salute pubblica.
C'è stata diffidenza e timore del servizio verso i DP. Ora non possiamo permettercelo.
Sono una grande occasione di indagine e ricerca.
Uso di sostanze è intralcio allo sviluppo dell'adolescente. La traiettoria è influenzata dalla sua interazione con l'ambiente.
Linee guida ER: riuniscono NPIA, dipendenze e CSM.
Stepped care del DBP
1 informazione
2 persone 16-22a, strutturazione del disturbo, NSSI, disregolazione emotiva; case management esperto e DBT-ST
3 psicoterapia individuale
4 Residenzialità se ci sono abusi
5 riduzione del danno; case mgmt, terapia supportiva (*guarire quando possibile, curare sempre*)
Shelley McMain; studio comparativo fra DBT e GPM. Non c'erano differenze. Quindi strutturazione del setting, idea chiara del trattamento, empatia, set di valori (capacità decisionale del pz, empowerment, riconoscere gli errori). I trattamenti funzionano perché ben strutturati.
Molti pz richiedono un lavoro di prossimità e riduzione del danno, perché non disposti alla psicoterapia.

Dott. Ruggero Gatti - direttore DSM ASL Cuneo 2

Vecchie e nuove sostanze
Nuove droghe: sostanze sintetizzate appositamente per ottenere molecole nuove, simili a vecchie droghe illegali
Vendute come sostituti legali delle droghe illecite di cui mimano gli effetti (cannabis, ecstasy-amfetamine, cocaina o allucinogeni)
Possono avere effetti differenti
Le NPS non sono riscontrabili ai drug test
Non sono "controllate" a livello internazionale
Sono una sperimentazione sull'uomo
Hanno maggiore redditività e trasportabilità
Estrema eterogeneità del prodotto sul mercato (sintesi, adulterazione, vendute al posto di altre, modalità di assunzione)
Vecchie manifestazioni: dipendenza fisica e tolleranza (tremori sudore da eroina), psicosi tossica temporanea (paranoia da cocaina), flashback (ritorni dell'esperienza - LSD)

Nuove: stato crepuscolare (scollegamento), dissociazione grave, vissuti del tremendo (angoscia cosmica), polidipendenza (insieme con dipendenza da social ecc...)

Psicosi sintetica: disturbo psicopatologico e comportamentale complesso, chimico, indotto da una sostanza che non ha più le caratteristiche di reversibilità delle psicosi modello/sperimentali

Agiscono su una vulnerabilità predisponente.

Anni fa l'eroina si assumeva sui 20 anni; ora iniziano molto prima e le sostanze intercettano il cervello in crescita; potrebbe manifestare una psicopatologia in futuro ma viene alterato.

Quindi le sostanze intercetteranno una popolazione ampia prima che la vulnerabilità psicobiologica possa trasformarsi in una patologia.

Cannabinoidi sintetici: fino a 800 volte più del THC.

Intervengono su più aspetti, es. stimolanti + allucinogeni