



Azienda Ospedaliera
Ospedale S. Anna

www.hsacomo.org

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

LA VOCE DEL DSM

Notizie e progetti del Dipartimento di Salute Mentale - Supplemento all'house organ aziendale, febbraio 2012 Anno II numero 2

ANGELI ALL'INFERNO

In qualunque luogo entriamo i nostri sensi restano colpiti da tanti particolari che si depositano nella memoria e ci permettono di orientarci e sentire familiari luoghi prima sconosciuti: sono rumori, colori, odori che ci riportano a identificare funzioni, presenze umane, abitudini. Scrive Arthur Koestler in "dialogo con la morte": in carcere e' un rumore unico.

Le porte delle celle non hanno maniglie, ne di fuori ne di dentro; non possono venire chiuse se non sbattendole. Sono fatte di acciaio, spesse diversi centimetri, e tutte le volte che si chiudono si sente uno schianto come se fosse stato sparato un colpo di fucile. Ma questa detonazione si smorza senza eco alcuna. I rumori di una prigione sono tetri e privi di eco. Anche se la descrizione è un po' datata, la realtà dell'ambiente carcerario non è molto cambiata: chiavi e serrature la fanno ancora da padroni.

Per questo colpisce ancora di più sentire dei suoni che proprio non ci si aspetterebbe: voci di bambini. Come in molti carceri, anche a Como esiste uno spazio nido dove le mamme detenute possono tenere con loro i figli fino a tre anni. Provvedimento pensato anni fa nel cercare una soluzione per salvaguardare il rapporto madre figlio consente alle detenute di tenere con sé figli fino all'età di tre anni.

Ma cosa ricorderanno i bambini di quei tre anni di vita, cosa penseranno di quella madre, una volta distaccati, quando la torneranno a vedere qualche volta negli anni successivi? E dei compagni di gioco? E di quei cortili recintati? Racconta una detenuta del carcere di Rebibbia: "quando la sera chiudono le celle, il bambino comincia a dare calci alla porta corre dietro agli educatori perché ha capito che con loro può uscire. E cento volte al giorno mi prende la mano e mi dice: mamma, aria".

Gianmaria Formenti



SOMMARIO

Mai più bimbi in carcere

**Incontri di psicologia
al carcere di Como**

**Bimbi iperattivi (ADHD)
interventi multimodali**

Le bimbe dagli occhi belli

**Aiutare fa bene alla salute!
Supporto tra pari a Como**

La Rosa dei Venti

Schiacciavoci, un coro di applausi

Una schiacciata vincente

Prevenire è formare

MAI PIÙ BAMBINI IN CARCERE



A parere di tutti gli esperti in psicologia dell'età evolutiva, indipendentemente dalla scuola cui appartengono, i primi tre anni di vita sono fondamentali per lo sviluppo del bambino: dalla maturazione del sistema nervoso, che permette l'acquisizione di autonomie motorie ed il controllo volontario della muscolatura distale nei primi 12 mesi di vita, allo sviluppo cognitivo secondo gli stadi descritti da Jean Piaget, all'importanza della relazione madre-bambino di cui si sono occupati sia autori di formazione analitica come Rene' Spitz e Melanie Klein. Funzione materna, rapporti affettivi, stimoli esterni, varietà dell'ambiente, prime relazioni sociali sono fattori essenziali nell'influire sullo sviluppo della personalità. Nei penitenziari italiani vivono attualmente una settantina di bambini, di età fino ai tre anni, insieme alle loro madri detenute, in virtù della legge del 1975 di riforma dell'ordinamento penitenziario, pensata per salvaguardare il rapporto madre-figli, e che consente alle detenute di tenere con sé i figli fino a tale età. Più recentemente la legge n. 40 dell' 8 marzo

2001 (legge Finocchiaro) ha stabilito che le donne con i figli in età inferiore ai dieci anni hanno diritto alla sospensione della pena e possono trascorrere il periodo di detenzione in centri appositi.

La legge Finocchiaro – spiega Leda Colombini, presidente dell'Associazione “A Roma Insieme”, storica figura appena scomparsa del volontariato romano in carcere a favore delle detenute, già per diverse legislature parlamentare, ha più o meno risolto il problema per le italiane che, quando non recidive, possono usufruire di misure alternative al carcere, stabilendo che le donne con i figli in età inferiore ai dieci anni hanno diritto alla sospensione della pena e che possono trascorrere il periodo di detenzione in centri appositi sul modello della casa-famiglia Legge peraltro di difficile attuazione; a tutt'oggi in Italia e' presente un solo ICAM (Istituto a Custodia Attenuata per Madri detenute e i loro figli da 0 a 3 anni), realizzato a Milano grazie alla collaborazione tra PRAP (Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria), Comune di Milano e Regione Lombardia. Provvedimento inoltre che lascia irrisolto il problema della maggior parte delle detenute madri, in maggioranza extracomunitarie recidive, che stanno in carcere in attesa di processo o perché condannate in via definitiva: perché in relazione a questa tipologia di detenute esisterà sempre l'esigenza cautelare di eccezionale rilevanza o il pericolo di reiterazione di ulteriori delitti o quello di fuga che non consentirà loro di scontare la custodia cautelare o la reclusione presso un istituto a custodia attenuata o presso una casa famiglia. La detenzione del minore insieme alla madre pone di per sé il minore in una situazione oggettiva di rischio evolutivo.

I bambini in carcere soggiacciono alle stesse regole degli adulti: poche ore all'aria aperta e poi chiusura nelle celle dalle otto della sera, fino alla mattina dopo. In questa situazione l'immaginazione fatica a nascere e il mondo sembra una scatola a sbarre, piena di regole e di divieti, dove è meglio piangere piano, correre piano, strillare piano. I bambini crescono in luoghi dove le porte restano chiuse, le finestre hanno le sbarre, gli adulti

portano la pistola e la divisa. Vivono in un ambiente difficile e non adatto a un bambino: finestre con le sbarre, arredi essenziali ed anonimi, le frequenti liti tra detenute a cui assistono come inermi spettatori. Soffrono di disturbi legati al sovraffollamento ed alla mancanza di spazi, apatici ed inappetenti. La possibilità di stare con la propria madre, preferibile al completo allontanamento da essa, comporta lo sviluppo dell'infanzia in un contesto innaturale. La vita del bambino scorre in modo anomalo, tra rigidi orari del pasto, del sonno, dell'uscita all'aria della madre scanditi da una campanella che suona sempre allo stesso modo ed alla stessa ora. Per questi bambini, reclusi innocenti, ogni giorno che passa è sempre tristemente uguale. Gianni Biondi, psicologo dell'età evolutiva, analizzando il comportamento di un gruppo di bimbi affidati a familiari dopo aver vissuto i primi tre anni di vita in carcere con la madre, ha constatato che una buona percentuale di loro presenta disturbi più o meno gravi, tra i quali difficoltà ad addormentarsi, aggressività, scarsa socializzazione con gli altri bambini e compagni di scuola materna. Anche l'Unione Europea è intervenuta sul tema con una ricerca dal titolo "*Resolution on socio-labour reinsertion of female ex prisoners*" dove una maggiore attenzione alla condizione femminile nelle carceri viene indicata come obiettivo da perseguire dagli Stati europei: con l'indicazione che la detenzione per le donne debba essere considerata come ultima soluzione e che comunque sia necessario promuovere misure alternative e sostitutive alla detenzione in particolare per donne con bambini, favorendo i regimi detentivi aperti per le donne e che ogni stato membro dovrebbe promuovere ricerche, studi e riflessioni sui bisogni specifici delle donne detenute. Non di minore importanza è la separazione dalla madre compiuti i tre anni di età. Infatti questi bambini soffrono di un doppio trauma: quello della vita reclusa fino a tre anni e quello della separazione dalla madre in seguito. La nuova legge che entrerà in vigore dal primo gennaio 2014 porta da tre a sei anni l'età del figlio che può stare con la madre e viene incontro ai disagi psicologici

dei bambini che dopo i tre anni venivano allontanati dalle loro mamme. Ma questo nulla toglie all'accurato appello che lascia come eredità Leda Colombini: mai più bambini in carcere.

(gianmaria.formenti@hsacomo.org)

INCONTRI DI PSICOLOGIA AL CARCERE DI COMO



Quando mi è stato chiesto di fare degli incontri al "Bassone", mi sono domandata che senso potesse avere e se fosse possibile avere un dialogo con persone in una condizione di privazione completa della libertà personale. Alla luce di come si è svolta questa esperienza posso dire che sono stati momenti veramente arricchenti e soprattutto mi hanno messo di fronte a realtà a me sconosciute e aperto ad una visione meno legata a pregiudizi rispetto ad una condizione umana di grande sofferenza e nella quale è vitale la comunicazione con persone all'esterno dell'istituzione carceraria.

Quando si è trattato di individuare degli argomenti che potessero stabilire una vera comunicazione con i detenuti ho pensato a qualcosa da poter utilizzare concretamente nella loro vita quotidiana ed ho così proposto i seguenti temi:

1° Incontro

"PRENDERSI CURA DI SE" nel quale ho utilizzato la poesia di Garcia Lorca "Mattino". Il linguaggio poetico è una fonte immensa di immagini, sensazioni che arrivano direttamente al cuore e alla mente e quando si è aperti all'ascolto lasciano tracce profonde

nella psiche. Il dialogo con le persone presenti è stato subito vivace e di grande spessore umano. La vita spesso ci mette di fronte a prove apparentemente troppo dure da superare: malattie, perdite, conflitti aggressioni, possono indurci a dubitare della possibilità di ritrovare equilibrio e serenità, ma è proprio in questi momenti che abbiamo la possibilità di conoscerci veramente, di comprendere quanta forza può sprigionarsi dalla nostra interiorità, dal nostro sé, dalla nostra anima. Far emergere i ricordi e riviverne le diverse fasi in modo da non esserne più condizionati grazie ad un processo di accettazione e invocando la grazia del perdono è un grande aiuto che possiamo dare a noi stessi e anche ai nostri famigliari.

2° Incontro

“SUPERARE LA STORIA PERSONALE”, tutti abbiamo nella nostra storia personale ombre e luci, ferite da guarire, errori da riparare, ricordi che ci confortano ed altri che vorremmo lasciare, per questo è di grande importanza non identificarsi nelle esperienze che abbiamo vissuto. Se pensiamo di essere quello che ci è accaduto nel passato blocchiamo quel processo di accettazione e di integrazione che può liberarci dai pesi che ci fanno soffrire ed ostacolano la nostra crescita. E' possibile intraprendere un cammino di purificazione e di riconciliazione per avere una visione più positiva di noi stessi e della nostra vita, invocando la grazia del perdono ed entrando in uno stato di coscienza più libero attraverso la ripetizione di questo mantra: “Questa è la mia vita ma io non sono la mia vita”. Ricordando le nostre esperienze e ripetendo il mantra ci rendiamo consapevoli del fatto che siamo qualcosa di più grande e di più elevato rispetto alle stesse. Quando ci identifichiamo con le esperienze soffriamo perchè pensiamo di essere quello che ci è accaduto. L'essenza che ci costituisce, l'anima, è costituita da una Luce pura che permane tale nonostante le vicende della vita.

3° Incontro

“IL POTERE DEI SOGNI”, la ricerca scientifica moderna è arrivata dopo anni di studi di laboratorio a determinare ciò che nel mondo antico ed ancor oggi in alcune

popolazioni primitive si è sempre saputo cioè che i sogni sono un'attività fondamentale nella nostra vita psichica e necessari per la nostra salute mentale. La maggior parte dei sogni sono irrisolti, non ci danno risposte, spesso sono loro stessi delle domande che chiedono risposta. La funzione principale del sognare è creare la necessità di portare a soluzione dei problemi bloccati, di sviluppare potenzialità inesprese, di realizzare desideri relegati nell'inconscio, in una parola di dare espressione a parti della nostra psiche che l'Io cosciente spesso fatica a vedere o censura. La fonte dei sogni a volte usa immagini tratte dal passato per esortare il sognatore a un lavoro profondo nel presente che lo aiuti ad affrontare i problemi personali che lo assillano.

4° Incontro

“I SOGNI CHE CURANO”, ognuno di noi vive una parte della sua vita nei sogni e ne è più o meno cosciente. I sogni, così strani, confusi, misteriosi, sembrano lontani dalla realtà di tutti i giorni, qualcosa che accade, ma alla quale non sembra “logico” dare troppa importanza. In fin dei conti a che cosa può servire un sogno, una visione alla quale molte volte è difficile attribuire un significato o che ci fa vivere una situazione imbarazzante in cui ci sentiamo inadeguati o abbiamo paura del giudizio degli altri? Allora perchè parlare di questo aspetto della vita che ci introduce in un mondo dove si mescolano, ricordi, eventi, aspirazioni, fatti realmente accaduti o immaginati, traumi, passioni e contenuti rimossi della coscienza che affiorano con visioni a volte “illuminanti”? Il benessere fisico è strettamente collegato al benessere psichico, è provato che gli atteggiamenti mentali e gli stati emotivi positivi possono influire sull'attività biochimica dell'organismo, agevolando i processi di guarigione e il mantenimento della salute. I sogni sono degli “alleati” importanti della nostra salute perchè ci mettono in contatto con le parti più profonde della nostra psiche dove troviamo le energie e le forze necessarie per affrontare gli eventi, anche i più impegnativi, faticosi o dolorosi che la vita ci riserva.

Le persone presenti hanno dimostrato un

grande interesse per questi argomenti ed anche di avere buone conoscenze sui vari aspetti via via emersi negli incontri. Ciò ha permesso di creare una comunicazione molto aperta e coinvolgente e anche di pensare a una continuazione di questa esperienza nei mesi futuri.

(Dora Canzi)

BIMBI IPERATTIVI (ADHD) INTERVENTI MULTIMODALI

Ha 9 anni e frequenta la terza classe della Scuola primaria. Peter – un nome volutamente di fantasia - è simpatico e intuitivo, ma è un vero terremoto. Al mattino, quando prepara lo zaino per la scuola, si dimentica sempre qualcosa, il libro, i quaderni, i colori. Le insegnanti si lamentano che in classe non sta mai fermo, si dondola sulla sedia, si alza continuamente dal banco, parla con i compagni spesso disturbandoli. A volte sembra non ascoltare, è come perso nei suoi pensieri, e altre volte partecipa con entusiasmo. Durante la ricreazione si arrampica sulla ringhiera o su un muretto nel cortile, da dove è anche caduto una volta. A casa poi, per fare i compiti, è un continuo alzarsi e distrarsi; la mamma si arrabbia, perde la pazienza, perché vanno via interi pomeriggi senza mai riuscire a finire i compiti assegnati. Peter viene rimproverato da tutti per i suoi comportamenti inadeguati e sta rimanendo indietro su tutto il programma scolastico. Inoltre, Mario è un bambino che vive una profonda sofferenza interiore, disagio e frustrazione, perché viene escluso dalla maggior parte dei contesti: a causa della sua impulsività e dell'incapacità a rispettare semplici regole subisce spesso il rifiuto dei compagni.

Quello appena presentato è un tipico quadro clinico di ADHD (anche se esiste un'ampia variabilità nelle manifestazioni cliniche del disturbo). Mentre negli Stati Uniti e in gran parte dell'Europa tale sindrome è studiata e trattata da tempo, in Italia il suo riconoscimento è recente e non ha ancora ottenuto una definizione univoca.

Con l'etichetta diagnostica Disturbo da Deficit

di Attenzione/Iperattività si fa riferimento ad un quadro sintomatologico piuttosto ampio, all'interno del quale i sintomi cardine (impulsività-iperattività-disattenzione)

possono essere presenti in quantità e qualità variabili. Ad essi, poi, si associano una serie di problematiche secondarie (legate all'apprendimento, all'emotività, alle relazioni interpersonali) , che sono il risultato dell'integrazione tra le caratteristiche primarie del disturbo e l'ambiente. L'ADHD si configura, pertanto, quale disturbo bio-psico-sociale.

Nel dibattito odierno emergono alcune questioni fondamentali: le procedure diagnostiche devono consentire la distinzione di bambini semplicemente molto vivaci da altri per i quali l'irrequietezza motoria e l'incapacità a stare attenti compromettono in modo davvero significativo il processo di crescita. E' altresì necessario che le suddette manifestazioni sintomatiche non siano riconducibili ad altri tipi di patologie psichiatriche o a evidenti carenze socio-educative e ambientali.



Di fronte a un profondo e pervasivo disagio da parte del bambino che soffre della sindrome, si possono effettuare vari tipi di intervento per aiutarlo a far fronte alle proprie difficoltà. Accanto alla eventuale terapia farmacologica, le strategie cognitivo-comportamentali risultano essere particolarmente efficaci nel contenere i comportamenti disfunzionali e nello sviluppare le abilità nelle funzioni esecutive di cui questi bambini sono carenti. Inoltre, un approccio al problema di tipo multifattoriale

prevede la predisposizione un ambiente facilitante, che guidi il bambino ad acquisire gradualmente capacità autoregolatrici, e presuppone la formazione adeguata, attraverso il Parent Training e il Teacher Training, di tutte le figure che ruotano attorno al bambino; richiede altresì il coinvolgimento attivo e sinergico delle componenti della complessa organizzazione del sistema scuola e dei rapporti scuola-famiglia.

L'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Como è, insieme ad altri 17 centri, centro di riferimento della Regione Lombardia per lo studio e la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD. Oltre alla conferma della diagnosi e all'impostazione di una eventuale terapia farmacologica, una parte di attività è rivolta ai bambini a cui si insegnano abilità di autoregolazione e un'altra parte è centrata sui genitori, a cui si insegnano le strategie per gestire le varie difficoltà che si presentano.

(grazia.manerchia@hsacomo.org)

LE BIMBE DAGLI OCCHI BELLI



Era una fredda sera di gennaio quando si udì il primo ticchettio, il dott. Rett non si accorse, tanto era immerso nei suoi pensieri. A cosa pensava? Boh, chi lo sa! Tutto e niente, la sua giornata, i bambini che aveva visitato, in effetti l'ultimo gli aveva lasciato molte

perplessità, non capiva perché a 10 anni, un bambino così vivace ed intelligente, non sapesse leggere, pensava che avrebbe potuto avere dei problemi alla vista, chissà una miopia. Si ripromise che l'indomani avrebbe parlato con il suo collega della clinica oculistica. Si rese conto che qualcuno bussava alla porta solo dopo qualche minuto; tornò in sé e pensò che Natalina, la sua affezionata segretaria, avesse dimenticato qualcosa come spesso accadeva negli ultimi tempi. Si alzò infreddolito ed andò alla porta, ..ma.. non era Natalina, si trovò davanti una donna esile e non molto alta. È lei che vide per prima, era molto bella, dallo sguardo forte, deciso ma dolce, aveva due pomelli rossi sulle guance. Bèh in effetti faceva freddo! A Vienna a gennaio, la temperatura arriva anche a -10° C. Faceva tanto freddo. Fu solo dopo qualche secondo che si accorse di Giulia. Sì, è così che si chiamava quella ragazzona seduta sulla sedia a rotelle accanto alla bella signora. La donna illuminò con il suo sorriso tutto il pianerottolo sul quale erano ancora fermi ed il dottore non ne capì il motivo. La donna spiegò che avevano viaggiato tutto il giorno, disse di sapere che poteva aiutarli e che di sicuro aveva visto altri casi come quello di Giulia. Diceva questo mentre spingeva la carrozzina, e, riuscì ad entrare nello studio prima che Andreas potesse pensare qualsiasi cosa. Ciò che pensò il dottore è che avrebbe dovuto rimandare di indossare le sue calde pantofole di pelle di capra e bere il suo solito bicchiere di cognac davanti al camino. Ovviamente quando finì di balbettare che si occupava di bambini, che aveva appena terminato una dura giornata di lavoro, che..., la donna era già seduta davanti la sua scrivania e.. Giulia accanto a lei lo guardava come il dottore Andreas non si era mai sentito guardare in vita sua. E' così che inizia la storia della Sindrome di Rett, una storia che pochi conoscono, una storia di un dottore infreddolito perché la sua stufetta a olio faceva i capricci, la storia di una madre determinata. Voi direte: "non siamo qui per sentire storie"! ed in effetti avete ragione. Ma io sono qui per porre l'attenzione su una piccola parte del lavoro del neuropsichiatra infantile (ma che nome lungo ci hanno

dato!!): le malattie neurtologiche progressive, questa è la **Sindrome di Rett**. Una malattia molto rara: 1/10000, 1/15000 bambine nate vive, ma, seppur così rara, di bambine come Giulia, Marta, Cristina e Giovanna ce ne sono tante, tante. Le loro mamme le aspettano con gioia, crescono calde e tranquille nella loro pancia, nascono senza particolari problemi. Poi, come tante, iniziano a sorridere, piangere, si tirano su con il tronco, gattonano e iniziano a camminare, dicono qualche parolina, come tutte, ma, ecco che dopo il primo anno, qualcosa non procede come dovrebbe. A questo punto è difficile capire subito, è talmente sfumato e graduale il cambiamento, a volte v'è per gradini scatenato da malattie intercorrenti, altre volte è repentino, spaventoso. *La malattia procede in 4 fasi: dopo uno sviluppo apparentemente normale si assiste ad un rallentamento dello sviluppo psicomotorio (1° fase) con riduzione della crescita del perimetro cranico, segue (2° fase) un deterioramento delle funzioni già acquisite con inizio di movimenti stereotipati delle mani che ricordano il lavarle, perdita del linguaggio già acquisito, la 3° fase vede una stabilizzazione delle condizioni cliniche, nella 4° fase si assiste ad un miglioramento del contatto emotivo e spesso perdita delle funzioni motorie principali.*

E' devastante per un genitore vedere che la relazione con l'ambiente si altera, le bambine cessano di parlare, a causa di anomalie della postura presentano disturbi del movimento, spesso è presente ipotonìa muscolare. Molte bambine non camminano nell'arco di qualche anno, molte presentano andatura rigida e a base allargata. La caratteristica che colpisce in queste bambine è il fenomeno dell'eye point: anche se l'interesse per persone ed oggetti sembra limitato, il contatto con l'ambiente c'è ed è mantenuto vivo dagli occhi. Nel visitare Giulia il dott. Rett rivide altre delle sue piccole pazienti, colse molte caratteristiche comuni, colse quegli strani movimenti delle mani che iniziano da 1 a 3 anni che gli ricordarono il lavarsi le mani e di cui non sapeva spiegarne l'origine. Andreas rimase affascinato dal modo in cui bambine così silenziose comunicavano i loro bisogni tramite gli occhi. Nel 1966 il dottor Rett

riportò in un opuscolo tedesco le caratteristiche singolari delle 31 bambine che aveva conosciuto, e collegò erroneamente questi disturbi ad alterazioni del metabolismo dell'ammonio. Nel 1983, altri suoi colleghi, aggiungendo osservazioni alle sue, giunsero ad identificare in questi sintomi (regressione psicomotoria, riduzione della crescita del perimetro cranico, perdita dell'uso finalizzato delle mani, alterazione della deambulazione e del ritmo respiratorio, apnee), la Sindrome di Rett. Mi piacerebbe raccontare ad Andreas come sono stati fatti i grandi progressi che riguardano la sindrome che oggi porta il suo nome. Nel 2000 la ricerca neurogenetica ha identificato il gene responsabile della SR, si chiama MECP 2 e si trova nel braccio corto del cromosoma X. Andreas si sarà chiesto: perchè sono tutte bambine? ed i maschietti?. Ecco la risposta: i maschietti con questo difetto genetico non possono sopravvivere (è stato segnalato un solo maschio con sospetta SR). A me piacerebbe sottolineare un'abilità di queste bimbe: dopo il terribile periodo della regressione, la disabilità dà vita ad un'abilità molto importante: l'eye pointing, le bambine "parlano con gli occhi" in questo modo: se vogliono qualcosa a tavola, guardano l'adulto, poi l'oggetto, poi di nuovo l'adulto e così fin quando l'adulto addestrato riesce a cogliere il messaggio attraverso i loro occhi. Sono certa che non sembra facile, infatti occorre molto impegno, passione e sensibilità per riuscire a decifrare tali messaggi, l'interpretazione non è facile ed immediata, occorre che l'oggetto sia ben visibile nel campo visivo della bambina, occorre pazienza, occorre passione e amore. L'eye pointing è uno strumento molto utile che viene spesso utilizzato per la riabilitazione. Occorre passione per lavorare con bambine come Giulia, ma la passione è nulla se non viene supportata da studio, conoscenza, esperienza e curiosità. I terapeuti e tutti gli operatori della neuropsichiatria infantile possiedono tutte queste qualità e di sicuro anche tante altre che li rendono persone speciali, così come sono speciali i bambini e le loro famiglie con cui amorevolmente si confrontano ogni giorno. Adesso è più chiaro perchè "bimbe dagli occhi belli"?, le bambine attraverso gli occhi esprimono sentimenti,

stati d'animo, anche le bambine che hanno un repertorio comportamentale limitato, parlano con gli occhi.

AIUTARE FA BENE ALLA SALUTE! SUPPORTO TRA PARI A COMO



Il progetto “Supporto tra pari” ha avuto un lancio mediatico nel maggio del 2009, nel corso della 17ma Conferenza della rete degli ospedali promotori della salute (Health Promoting Hospitals) che si tenne in Grecia, nell'isola di Creta. In quell'occasione, un equipaggio di pazienti e operatori del DSM di Como, sponsorizzato oltre che dallo stesso DSM, dall'ASL e dall'Amministrazione Provinciale, navigando per 3 giorni e 3 notti da Atene a Creta, raggiunse, in barca a vela, la sede della conferenza, dove fu proiettato un film girato in navigazione. Obiettivi: promuovere con forza i temi dell'auto-mutuo-aiuto e del supporto tra pari e, soprattutto, rilanciare l'evidenza della possibilità di guarigione anche dai disturbi psichiatrici gravi. Resoconti dell'iniziativa sono stati da allora pubblicati; meno noto è il fatto che i pazienti, per noleggiare la barca a vela, dovettero dichiarare di essere medici che si recavano ad un congresso scientifico, perché le società di charter, come le compagnie di assicurazione mantengono, ancor oggi, clausole di esclusione per i soggetti che hanno sofferto di episodi psicotici, anche in caso di remissione dei sintomi.

Oltre la ‘legge 180’: ‘nessuno decida per noi senza di noi’

Per comprendere la portata innovativa del protagonismo degli utenti dobbiamo ricordare che il nostro paese è noto per aver portato a termine, dalla fine degli anni settanta, un radicale processo di superamento dei manicomi. In regione Lombardia, in particolare, si è realizzato un sistema compiuto di psichiatria di comunità con una forte enfasi sul coinvolgimento dei cittadini-utenti e dei loro familiari nella vita dei servizi. Molto però è stato fatto a favore e in nome degli utenti, la cui rappresentanza è stata delegata in larga misura ai rispettivi familiari; fatto comprensibile, dato il forte impatto sulla famiglia dei disturbi mentali in generale. Negli ultimi anni, tuttavia, accanto alla centralità ormai largamente riconosciuta delle associazioni dei familiari, si è via via affermato una maggiore volontà di partecipazione diretta degli utenti, in analogia con quanto è accaduto in altri paesi, che si esprime nella formula: ‘nessuno decida per noi senza di noi’ (‘Nothing about me without me’). Va detto che il movimento degli utenti nella nostra realtà, grazie anche alla posizione di attenzione e di apertura del DSM, si è sviluppato in piena armonia con le politiche dell'Azienda Ospedaliera e dell'ASL e con l'associazionismo dei familiari, a partire da una forte motivazione all'auto-mutuo-aiuto e da un'assunzione consapevole di responsabilità sociale.

Guarigione clinica e recupero pieno della propria vita

Una conseguenza dell'affermazione del punto di vista degli utenti è stata una divaricazione del modo di intendere la guarigione dai disturbi mentali. Se gli operatori hanno presente soprattutto la guarigione clinica, intesa come scomparsa dei sintomi, gli utenti sottolineano, invece, il pieno recupero della autonomia, e la possibilità di vivere in modo indipendente, al di là della presenza di sintomi residui e di possibili ricadute. L'enfasi viene posta, dai nuovi movimenti, sulla responsabilità e sulla inclusione sociale a partire dall'inserimento al lavoro. In altri termini non ci si limita a chiedere tolleranza ma si rivendica il diritto ad una vita piena

basata su un apporto attivo alla vita della comunità di appartenenza.

Supporto tra pari: 'ci sono passato anch'io'

Nel quadro sopra delineato, il senso del supporto tra pari è riassunto nell'espressione: 'ci sono passato anch'io', versione italiana dell'inglese: 'I have been there'. Di fatto, esiste ormai un'ampia letteratura scientifica sull'efficacia dell'aiuto offerto da pari, e sugli effetti positivi sulle stesse persone che forniscono l'aiuto: aiutare fa bene! Anche dal punto di vista di chi fornisce i servizi, il supporto tra pari consente di estendere la gamma dell'offerta di sostegno a chi soffre di disturbi psichici. Un aspetto meno noto delle esperienze di auto-mutuo-aiuto in genere è il miglioramento di qualità delle cure, in termini, ad esempio, di soddisfazione dell'utente.

Supporto tra pari certificato

Uno sviluppo importante, anche questo in sintonia con molte esperienze italiane e straniere, è la possibilità di certificare, anche giuridicamente quindi, la capacità di supporto dei propri pari, da parte di utenti ed ex-utenti che abbiano una particolare vocazione per questa attività ed abbiano seguito specifici percorsi formativi. Una sperimentazione di veri e propri servizi gestiti da pari, nel campo della cultura, dell'arte, del sociale e dello sport, è attualmente in corso nella realtà comasca, nell'ambito di programmi innovativi finanziati da Regione Lombardia.

LA ROSA DEI VENTI

Nell'ottica di un'assunzione di responsabilità "sociale" e rischio, nel 1997 la Fondazione Rosa dei Venti ha inaugurato la Comunità Terapeutica per adolescenti con disturbo di personalità accreditata dalla Regione Lombardia, la prima del privato sociale; allora era sita nella cittadina di Erba, nel Triangolo lariano, dal 2008 si è trasferita a Casnate con Bernate, nella zona di Como sud. In CT accogliamo otto adolescenti di entrambi i sessi, inseriti nell'età compresa tra i 13 e i 18 anni, e che possono *so-stare* da noi fino al massimo 21 anni di età (con eventuale proseguo amministrativo), che presentano difficoltà di carattere psichico e affettivo,

quelle psicopatologie diagnosticate come disturbi di personalità borderline che sono in costante aumento e che spesso sono vissute con scarsa tolleranza e timore dal pensare comune; abbiamo inoltre da poco anche 2 posti disponibili nel Centro Diurno "La Corte" (nella stessa sede della CT). Il compito primario della CT Rosa dei venti è di attivare e facilitare un processo di apprendimento dall'esperienza e di cura organizzata tramite la vita quotidiana del gruppo della CT e di offrire sia un contenitore sia un contenuto adeguati alle modalità e ai linguaggi degli adolescenti residenti.



La casa è stata scelta nel centro della cittadina e ben vicina alla città di Como, ai laghi e alle montagne, alla cultura ed alla natura. Nell'individuazione del luogo-casa idoneo ci hanno guidato differenti domande e riflessioni relative alla dimensione della città, al vicinato, alla vicinanza con luoghi socialmente utili o pericolosi, all'architettura ed organizzazione interna, al costo ed all'estetica....

Il tempo di permanenza in CT è limitato e temporaneo, al massimo tre anni (in media 2 anni): questo ci aiuta nel meglio definire e mantenere i confini di identità della comunità terapeutica per adolescenti come una struttura intermedia e di passaggio e, come ha detto un paziente al termine di una assemblea plenaria ultimamente: "qui si viene per imparare ad andarsene..."

Ogni CT la possiamo vedere come un sistema vivente; un sistema aperto e delimitato da una membrana/confine che la separa e la mette in contatto con il mondo sociale, dalla famiglia e parenti degli adolescenti ai servizi pubblici, ai cittadini; la cura ed il governo di questo

confine è fondamentale per la riuscita del trattamento di CT e per la salute del sistema curante. La CT è un luogo dove la difficile ed attuale sfida sociale del convivere è notevolmente amplificata dall'età in gioco e dalle problematiche personali degli adolescenti residenti.

La CT Rosa dei venti è un luogo di ricerca azione dove si cerca di integrare il fare educativo al pensare terapeutico e di sostenere e realizzare un progetto individuale e comune; le componenti della rete interne ed esterne sono coinvolte "ognuna a suo modo": dall'adolescente ai genitori, dai servizi invianti agli operatori della CT. Le azioni della rete curante hanno il proposito di diventare il contenitore delle parti disturbate e disturbanti della personalità degli adolescenti abitanti la CT, di rendere manifeste le potenzialità ed i livelli di autonomia e di favorire le reti di legami e la reintegrazione nel sociale. La CT Rosa dei Venti è dunque un microsistema complesso ed in continuo movimento, come anche l'adolescenza, ed è costituito di sottosistemi che si interrelazionano, inserito nel macro sistema sociale: l'intervento comprende dunque le dimensioni *io-gruppo ct-società*

La CT intende offrire all'adolescente uno spazio ed un tempo in cui *l'ascolto e l'espressione* delle dinamiche conflittuali consentano l'attivazione del processo di *contenimento e trasformazione* dei disturbi e dei traumi e la riduzione degli *acting out*.

L'intervento riabilitativo individualizzato si sintetizza nel Progetto e prende in considerazione tutte le voci e relazioni esistenti nel circuito dell'adolescente residente; particolare attenzione viene posta nella fase progettuale dell'inserimento e della dimissione, momenti assai delicati e potenzialmente "traumatici".

Nella co-costruzione del Progetto Terapeutico Individualizzato (P.T.I.) diamo importanza ai differenti livelli e linguaggi dell'essere umano: corpo, emozioni, mente. Cioè i segnali non solo razionali ma anche emozionali, analogici, corporei, inconsci. Il P.T.I. Intende esplorare e realizzare i possibili scenari che nascono dal lavoro con il residente e contemporaneamente offrire una metodologia

connessa all'apprendere a progettarsi in una possibile autonomia futura. L'andamento progettuale viene costantemente monitorato, aggiornato e condiviso con il residente e con la rete, come condivisa è la sua valutazione e le eventuali modifiche, aggiunte e trasformazioni necessarie alla vitalità del processo di cura e di crescita. E' previsto un follow-up da uno a cinque anni dopo la dimissione e la relativa analisi dei dati pervenuti e degli esiti.

La struttura offre una valutazione diagnostica dell'adolescente e del suo contesto di vita, un progetto terapeutico individualizzato che si articolerà nelle seguenti azioni ed attività proposte (i servizi), tenendo conto che la vita quotidiana costituisce l'aspetto primario del processo e percorso di cura:

Area clinica: prevede incontri e colloqui individuali e di piccolo/grande gruppo; mediazione corporea, musicoterapia, arteterapia, terapia psicomotoria, laboratori di genere, assemblea plenaria, incontri progettuali.

Attenzione al contesto di vita: periodici incontri con ogni famiglia ed incontri di scambio e sensibilizzazione alla cultura della ct con il gruppo di parenti e familiari.

Area pedagogico-artistica: attività corporea, educazione alla sensorialità ed alle emozioni, laboratorio teatrale, canto corale.

Azioni in natura: uscite periodiche in piccolo e grande gruppo in differenti contesti naturali: la natura diviene per il paziente luogo "terzo" tra la casa di origine e la comunità terapeutica (questo ad esempio è uno dei nostri settori di ricerca azione innovativa).

Area studio e lavoro: attività di studio ed inserimento lavorativo, scuola esterna, corsi professionali, tirocinio lavorativo.

Laboratori artigianali: produzione e vendita di manufatti, coltivazione di un orto.

Attività ricreative e culturali: uscite presso centri sportivi, musei, cinema, teatri, concerti, biblioteche, spazi sociali.

La selezione, formazione, supporto, valutazione del personale è gestita dal Direttore delle Risorse Umane con una procedura e modalità innovativa (support staff system). Supporto individuale al ruolo, formazione interna e con consulenti esterni

riguardante alcuni temi fondamentali per le ct per adolescenti quali: il conflitto, l'autorità ed il ruolo, la capacità decisionale e la leadership, l'assunzione di responsabilità, l'estetica della vita quotidiana, la trasgressione e la riparazione, l'intercultura, l'intelligenza del corpo.

Sono stati nostri supervisor (o formatori o consulenti: E. Pedriali, G. Foresti, M. Corulli, C. Freddi, R. Hinselwood, C. Weber, L. Brunner, Magistrato M. Bouchard.

Qualità: utilizziamo come base di valutazione il Manulae Standard Service Quality della Community of Communities(UK), riadattato al nostro contesto culturale. Utilizzo della Carta di Rete (Barone Bruschetta). Dal 1998 abbiamo costituito ed attivato in collaborazione con altre tre storiche CT pubbliche della Lombardia (A.O. Niguarda Ca' Granda, A.O. Desio, A.O. San Gerardo Monza), il Gruppo di Miglioramento, che si incontra regolarmente con il compito di scambiare, riflettere e valutare le metodologie utilizzate, le difficoltà incontrate e temi emergenti; tale gruppo ha organizzato in passato la visita ad ogni CT. Da un punto di vista dei riferimenti teorici la nostra pratica di CT integra il pensiero sistemico-dinamico(Klein, Bion, Bowlby, Winnicot, Tavistock Clinic, Psicosocioanalisi) alle nostre metodologie innovative e di ricerca.

L'articolo qui scritto contiene alcuni spunti tratti dal libro "Adolescenze difficili: autobiografia di una ct per adolescenti." Ananke ed. , da me scritto.

Luca Mingarelli
(rosa.deiventi@libero.it;
www.rosadeiventi.org)

SCHIACCIAVOCI, UN CORO DA APPLAUSI

"Non mi piace usare la parola guarigione, preferisco più semplicemente dire che quando si canta in coro si creano e si rafforzano contatti di fiducia che rendono unica questa esperienza e che aiutano molti pazienti ad affrontare meglio i loro problemi". Parola del maestro Vittorio Liberti, la vera anima del Coro Schiacciavoci, una formazione di una

trentina di persone (medici, educatori, infermieri e pazienti) che da anni collabora con la struttura psichiatrica di Cantù e che - tra le realtà più belle in Italia - riconosce nella musica una risorsa importante da utilizzare all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi.



- Maestro Liberti una bellissima esperienza...
"Sì, certo. E' ormai abbastanza chiaro sia da noi che all'estero che la musica è una componente positiva all'interno di percorsi di cura. Questo sia per chi la fa, sia per chi la ascolta: durante l'esecuzione succede qualcosa di straordinario, si creano legami affettivi, profondi, la musica cioè fa entrare con più facilità in contatto con le persone che sono in difficoltà, un contatto che va oltre al rapporto di fiducia medico-paziente".

- Il suo è un percorso che viene da lontano?
"Lavoro in questo campo da 12-13 anni, un lungo periodo nel quale ho incontrato tante persone e ho avuto la fortuna di fare molte esperienze. Ho incontrato persone chiuse che si sono aperte con la musica, ho visto accendersi scintille di speranza, ho percepito tanta collaborazione. Non mi piace parlare di guarigione, preferisco registrare cambiamenti giorno dopo giorno, serata dopo serata, nota dopo nota".

- Perché a Cantù?

"Perché le idee camminano con le persone, qui a Cantù ho avuto la fortuna di incontrare dottori con una mentalità molto aperta, un primario che ha creduto in questo progetto, responsabili lungimiranti che hanno fatto del Coro Schiacciavoci un investimento".

L'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia, nell'ambito del finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ha individuato nell'area del miglioramento dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie mentali un modulo dal titolo "Individuazione precoce dei disturbi mentali e valutazione degli interventi terapeutico-preventivi". Il Progetto di attuazione di questo modulo è stato coordinato direttamente dalla Direzione Generale della Sanità della Regione ed è stato realizzato da tre Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Ospedaliere di Milano Niguarda, Brescia e Como. Le linee fondamentali del Progetto consistono in una precoce individuazione degli stati mentali "a rischio", in trattamenti tempestivi del primo episodio, in interventi mirati all'individuo e al suo contesto e nella definizione di strumenti e metodi per l'individuazione e la valutazione. Il Progetto triennale dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia sul miglioramento dell'assistenza ai soggetti giovani affetti da malattie iniziato nel Gennaio 2002 è terminato, per il nostro Dipartimento di Salute Mentale, a Dicembre 2004 e ha funzionato da catalizzatore per aumentare la competenza clinica nei servizi ed è proseguito utilizzando le risorse disponibili, i protocolli di trattamento e le procedure di lavoro ridefinite e riorganizzate per identificare gli "stati mentali a rischio" di psicosi e per provvedere ai bisogni specifici dei soggetti al primo episodio psicotico con una equipe specifica che si occupa dell'intervento precoce nella popolazione giovane (18/30 anni) afferente ai servizi del DSM di Como. Tale equipe costituisce il nucleo operativo fondamentale del progetto innovativo "Intervento Precoce delle Psicosi: attivazione di una proposta integrata tra prevenzione e continuità delle cure" che ha condotto, con la collaborazione dell'UONPIA (estensione alla fascia di età 14/18 anni), all'apertura di un Centro Giovani e Adolescenti che rappresenta uno spazio operativo per l'equipe della Neuro Psichiatria

Infantile e l'equipe della Psichiatria che si occupa dell'Intervento Precoce degli esordi psicotici e dei soggetti giovani a rischio di psicosi (disturbi di personalità) come gruppo di lavoro dipartimentale per una risposta integrata tra prevenzione e continuità delle cure. Con l'intento di mettere a confronto le realtà che lavorano nell'ambito dell'intervento precoce, il nostro DSM ha organizzato un Convegno che permetterà di sviluppare sia un confronto di tipo metodologico ed epidemiologico tra le nostre esperienze, sia di fornire le conoscenze necessarie a migliorare l'approccio e il trattamento del paziente giovane a rischio di psicosi o al primo esordio psicotico. Il convegno sarà rivolto agli operatori (medici, psicologi, infermieri, educatori professionali) che prestano il loro operato nei Dipartimenti di Salute Mentale della regione Lombardia e, nello specifico, dei 13 DSM coinvolti: Como, Lecco, Pavia, Monza, Vimercate, Sondrio, Garbagnate, Legnano, Busto Arsizio, Milano-Niguarda, Milano-Sesto S. Giovanni, Milano-S. Paolo, Milano- San Carlo. Il Convegno avrà luogo il 27 febbraio con sede al Grand Hotel Como, Cernobbio.

Comiatato Promotore: DSM Como, DSM Lecco, Coordinamento Primari Lombardi.

Segreteria Scientifica: Dott. Antonio Lora, Dott. Giorgio Scorza, Dott.ssa Esterina Pellegrini.

Segreteria Organizzativa: Sig.ra Pinuccia Corti, Dott.ssa Elena Lai.

UNA SCHIACCIATA VINCENTE

Dal 7 al 13 Gennaio 2012 si è svolto a Tarvisio l'VIII edizione del torneo nazionale Anpis di pallavolo al quale ha partecipato anche la Dinamo Rossa, la squadra della Global Sport Lario. L'ANPIS e l'Associazione Nazionale delle Polisportive per l'Integrazione Sociale, l'ente che riunisce a livello nazionale le realtà che si occupano di sport in ambito psichiatrico e che da anni organizza tornei e vacanze estive e invernali. Alla manifestazione hanno partecipato circa 150 persone (operatori e utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale) provenienti

da una decina di centri da tutt'Italia. La squadra Dinamo Rossa, composta da soci dell'Associazione Sportiva Global Sport Lario (volontari, operatori e utenti del DSM dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como) si è classificata al terzo posto disputando delle ottime partite. Lo spirito e l'affiatamento non sono mai mancati e anche per questo si è riusciti ad ottenere questo splendido risultato nonostante la mancanza di cambi.



La classifica finale è stata la seguente:

- 1° RODARY VOLLEY MESTRE
- 2° FUORIC'ENTRO TRIESTE
- 3° DINAMO ROSSA COMO
- 4° IL GABBIANO ROMA dal
- 5° TULIPANEA ANCONA,
- 6° E' VENTO NUOVO UDINE,
- 7° CITTA' SOLIDALE BRINDISI,
- 8° LICEO BACHMANN TARVISIO.

Vorremmo ringraziare tutte le squadre per la loro sportività mostrata. A lato del Torneo è stata data la disponibilità di provare alcune attività relative agli sport invernali: passeggiata sulle ciaspole, sledog (slitte trainate da cani), sci alpino e fondo. Sono state effettuate anche gite in località vicine: Villach in Austria, Lubiana e Kranjska Gora

in Slovenia e al Lago di Fusine. E' stata molto apprezzata la gita al Santo Monte Lussari con il suo famoso santuario.

(info@globalsportlario.it)

PREVENIRE E' FORMARE

Questo contributo è il secondo punto di vista su un tema già trattato nel numero del dicembre 2011: nel primo articolo è stato sviluppato dalla figura professionale dell'infermiere, mentre in questo daremo la parola al gruppo dell'associazione Global Sport Lario.

Si è svolta la prima fase del corso di formazione "Prevenire è formare" nell'ambito del percorso formativo del gruppo "Individuazione e trattamento precoce dei sintomi psicotici". In queste due giornate sono state date nozioni per operare nelle scuole pratiche di prevenzione, lotta allo stigma e integrazione. Si è svolta poi la parte pratica del corso: una "due giorni di sport e sensibilizzazione" rivolta a circa 40 studenti di due classi dell'Istituto Tecnico Commerciale Statale "E. Vanoni" di Menaggio da parte di operatori e utenti del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como, anche nell'ottica di una diffusione della pratica sportiva con intento di integrazione. L'evento si è svolto a Porlezza con l'attuazione di due tornei di attività sportive comunemente praticate (calcio e pallavolo) con l'intento di un coinvolgimento pratico di utenti e studenti. Infatti il presupposto che la Psichiatria possa rivelarsi un'importante risorsa sociale è alla base della decisione di organizzare l'evento: si è valutato di sfruttare la competenza acquisita da alcuni utenti dei Servizi della Psichiatria in attività sportive meno comuni (judo, tiro con l'arco, scherma) rendendoli referenti e parte attiva nell'insegnamento e nel coinvolgimento degli studenti nella pratica di questi sport. Inoltre sono stati proposti due laboratori espressivi ("Arbitro...non solo cornuto" e delle interviste videofilmate), sempre con la presenza attiva di utenti. Il coordinamento della parte sportiva è stato curato dall'Associazione dilettantistica Global Sport Lario, in collaborazione con uno ampio

staff tecnico sportivo. Hanno condiviso e collaborato attivamente all'esperienza l'Associazione "Bellaria Cappuccini" di Pontedera e l'associazione "Clan-destino" di Saronno, con le quali sono frequenti momenti di scambio. Oltre a momenti di sport, sono stati organizzati per gli studenti incontri volti ad agevolare la comprensione delle problematiche della sfera psichica e ad illustrare azioni di prevenzione del disagio e di lotta allo stigma. E' stato proposto, per iniziare e per una conoscenza reciproca, il laboratorio "Emozioni in gioco". A seguire i ragazzi hanno partecipato a quattro workshop sulle seguenti tematiche: adolescenza, famiglia, psicosi e ansia. Lo staff scientifico, composto da psichiatri, psicologi, infermieri, educatori e peer supporter del D.S.M. dell'azienda ospedaliera Sant'Anna di Como, è stato coordinato dall'equipe del Progetto innovativo "Sintomi Precoci". Al fine di

verificare l'impatto dell'iniziativa sugli studenti, nei giorni precedenti la realizzazione del progetto è stato somministrato un questionario, ripetuto poi a pochi giorni di distanza con l'intento di sondare non tanto l'apprendimento nozionistico, quanto il cambio di atteggiamento dei ragazzi nei confronti del disagio mentale e di chi ne soffre. Punto di forza dell'iniziativa è stato riuscire a mettere veramente in rete istituzioni e associazioni: il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna, Comune di Porlezza, Istituto Tecnico Commerciale Statale "E. Vanoni", Ufficio di Piano e Associazione Sportiva Global Sport Lario, Associazione "Bellaria Cappuccini" di Pontedera, Associazione "Clan-destino" di Saronno.

(info@globalsportlario.it)

UN GIOCO DI SQUADRA PER LA VOSTRA NEWSLETTER

Monica Annese. Coordinatore infermieristico del Spdc, Crm, Urgenza territoriale Cps Como: è specializzanda in Scienze infermieristiche e ostetriche, svolge attività clinica dal 1995. (monica.annese@hsacomito.org)

Nicola Bianchi. Educatore presso il Centro Diurno di Como. Psicologo, referente scientifico dell'Associazione Sportiva Global Sport Lario. (info@globalsportlario.it)

Veronica Dall'Occhio. Psicologa collabora con l'Unità operativa di Psicologia clinica. Svolge attività di docenza presso l'Istituto Comprensivo di Cernobbio. (veronica.dalocchio@hsacomito.org)

Tiziana Ferrario, psichiatra psicoterapeuta, dal 1987 lavora nei servizi psichiatrici della provincia di Como, prima ad Appiano, poi a Como e Menaggio. Attualmente responsabile della struttura semplice di coordinamento dei servizi territoriali del Dsm e dei sistemi informativi. (tiziana.ferrario@hsacomito.org)

Gianmaria Formenti. Responsabile clinico Cps Uop Lario Occidentale, referente Dsm per gli interventi presso la Casa Circondariale di Como, referente medico Dsm per le attività delle Associazioni NèP e Global Sport Lario. Vicepresidente Associazione NèP. (gianmaria.formenti@hsacomito.org)

Carlo Fraticelli. Psichiatra e psicoterapeuta, è attualmente Direttore dell'Unità Operativa di Psichiatria di Cantù. Ha svolto attività clinica in maniera continuativa presso i servizi psichiatrici di comunità, orientati all'integrazione e alla collaborazione con la medicina generale del territorio e ospedaliera. (carlo.fraticelli@hsacomito.org)

Ornella Kauffmann. Consulente della Direzione del Dsm., referente per i Programmi Innovativi dipartimentali, coordinatrice del Programma Innovativo triennale "Un Patto per la Salute Mentale: il ruolo centrale degli utenti", referente dipartimentale per il Progetto "Lavoro&Psiche", (ornella.kauffmann@hsacomito.org)

Grazia Manerchia. Grazia Manerchia, psicologa e psicoterapeuta, svolge nel Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza attività clinica (presso le sedi di Cantù e Olgiate) e di supervisione, referente degli psicologi dell'età evolutiva all'interno dell'Unità Operativa di Psicologia Clinica. (grazia.manerchia@hsacomo.org)

Antonino Mastroeni. Primario Psichiatra dal 1994, ha svolto il ruolo di direttore dell'ex Ospedale Psichiatrico di Como impegnandosi nel progetto di superamento e di successiva chiusura della struttura completata nel 1999. Ha poi diretto l'Unità Operativa afferente ai distretti di Olgiate Comasco e Lomazzo/Fino Mornasco. Dal 2007 è consulente a contratto del DSM per l'area progettuale, con l'impegno di integrarne gli aspetti innovativi nella pratica quotidiana. (antonio.mastroeni@hsacomo.org)

Tommaso Salata. Ha una borsa di studio in ambito amministrativo, si occupa delle attività amministrative legate ai progetti e a supporto del Dipartimento. (tommaso.salata@hsacomo.org)

Alberto Tettamanti. Educatore presso il Centro Diurno di Como, promotore di progetti per la valorizzazione delle competenze degli utenti. (info@globalsportlario.it)

La newsletter è a cura del Crems (Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità)
dell'Università Carlo Cattaneo - LIUC