

SUPSI

ìri·de

Rivista di
economia,
sanità
e sociale

Salute mentale e benessere

Editoriale

Luca Crivelli – p. 5

Intervista

Claudio Bassetti – p. 6

Potenziale e implicazioni della diagnosi precoce nelle demenze

Marina Boccardi – p. 9

Inserto – Un caos calmo dentro: frontiere cliniche e di ricerca della terapia assistita da psichedelici

Zefiro Mellacqua – p. 13

La gestione della rabbia in adolescenza tra consumismo e trasgressione

Mariano Cavolo – p. 17

Inserto – Sovraconsumo di psicofarmaci

Fabrizio Mazzonna – p. 20

“Ho il cervello in pappa”: come la genitorialità trasforma il cervello di mamma (e un po' anche di papà)

Valentina Rotondi – p. 23

Inserto – Pratiche di ascolto e parole che curano

Mauro Durini e Valentino Garrafa – p. 26

Nuovi orizzonti per la salute mentale: il ruolo dei pari per esperienza

Maria Caiata-Zufferey e Giada Danesi – p. 29

Un set di giochi per allenare e monitorare il declino cognitivo degli anziani

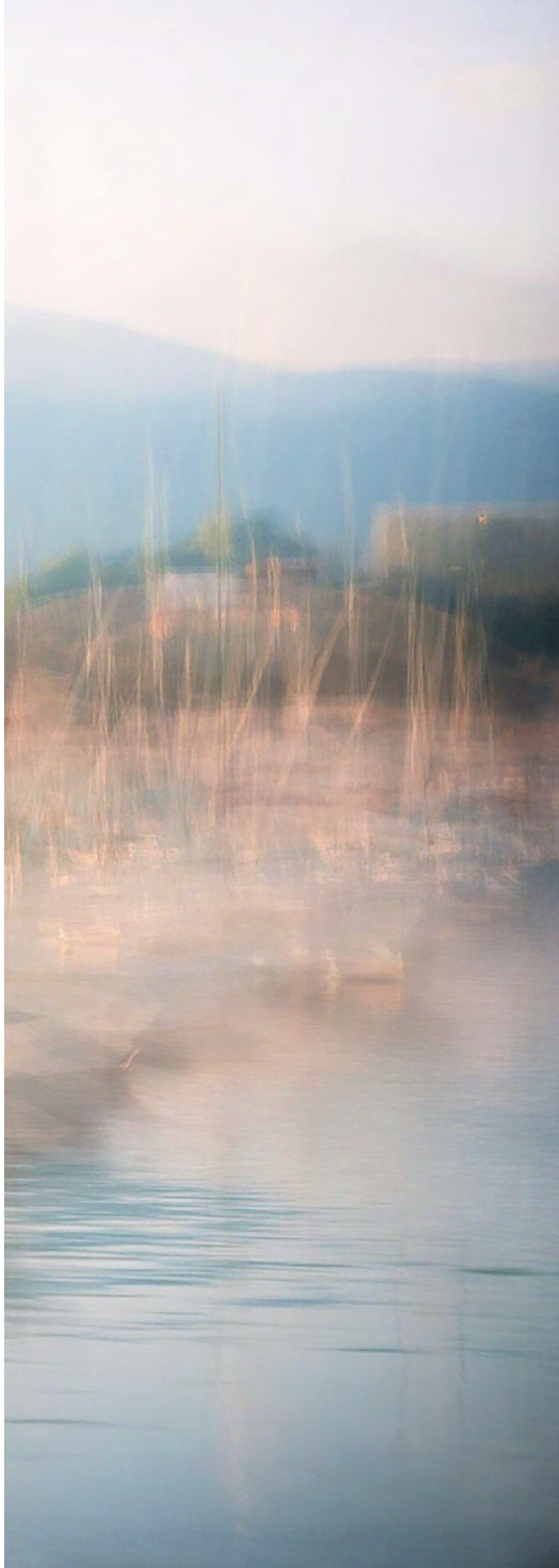
Sara Levati – p. 33

La riflessione attorno alla salute mentale passa anche dalla tragedia greca

Lorenzo Pezzoli – p. 37

Favorire il benessere al lavoro dando voce e spazio alle situazioni lavorative reali

Danuscia Tschudi – p. 41



ISSN 2504-2742 (stampa)

ISSN 3042-5077 (online)

Realizzazione

Antonio Amendola

Luca Crivelli

Elena Gerosa

Nash Pettinaroli

Progetto grafico

Istituto design

Editore

Scuola universitaria professionale

della Svizzera italiana

Dipartimento economia aziendale,

sanità e sociale

Immagini

Rebecca Bertero, Arianna Chiodo e Edoardo Pavoni

Stampa

Tipografia Torriani SA, CH-6500 Bellinzona

Tiratura

2'400 copie



Iride. Rivista di economia, sanità e sociale è una rivista della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) in open access distribuita con [Attribuzione- Condividi Allo Stesso Modo 4.0 Internazionale](#).

SUPSI

**Dipartimento economia aziendale,
sanità e sociale**

Stabile Piazzetta, Via Violino 11

CH-6928 Manno

T +41 (0)58 666 64 00

www.deass.supsi.ch

www.supsi.ch/go/rivista-iride

Concetto fotografie a piena pagina

Il benessere mentale è una questione di equilibri sottili. Vogliamo invitarvi in una passeggiata tra le pieghe della percezione, dove ogni passo attraversa non solo luoghi, ma anche stati d'animo. Le immagini raccolte sono paesaggi onirici e affettivi, in cui il reale si mescola all'intimo, sfumando i confini tra ciò che vediamo e ciò che sentiamo. La tecnica della doppia esposizione – qui usata come metafora visiva della complessità e della molteplicità interiore – sovrappone prospettive, pensieri, memorie e intuizioni. Ogni scatto è un riflesso, un dialogo tra dentro e fuori, un'immagine che non mostra ma suggerisce.

Le fotografie sono state generate attraverso intelligenza artificiale, guidata da una sensibilità umana e da un percorso tecnico preciso: prompt costruiti con cura, layering, gestione della luce e delle texture si fondono per evocare l'effetto analogico che la doppia esposizione tradizionale sa ancora regalare: una visione sospesa tra verità e sogno.

Perché, in fondo, ciò che vediamo è sempre una proiezione di ciò che siamo.



La salute mentale: un bene capitale individuale e collettivo

Nel 1972, l'economista statunitense Michael Grossman provò a spiegare la domanda di salute mediante un modello matematico (basato su 32 equazioni!) che ha lasciato una traccia nella storia dell'economia sanitaria^[1]. Applicando il cosiddetto "individualismo metodologico", Grossman rappresentò la salute come un bene durevole, uno stock di capitale che l'individuo eredita alla nascita e il cui valore si deprezza con l'età, che deve fare i conti con degli shock esogeni (un incidente, l'emergere di una malattia, ecc.) ed è influenzato da scelte razionali dei singoli individui che possono decidere di erodere questo capitale attraverso comportamenti nocivi alla salute (come un'alimentazione a base di eccessivi zuccheri, poca attività fisica, il consumo di alcool e sigarette), piuttosto che effettuare degli investimenti in salute per incrementarne nuovamente il livello (tra questi investimenti rientrano il consumo di prestazioni mediche e l'adozione di stili di vita salutistici). Da una prospettiva di salute pubblica questo modello, focalizzato sull'individuo e sulla sua razionalità, presenta moltissimi limiti, che sono ancor più evidenti nel caso della salute mentale. Tuttavia, l'idea che la salute sia un capitale che viene modificato tramite il ricorso a risorse salutogeniche, legate alla singola persona o al contesto sociale in cui è inserita, ci aiuta a cogliere un aspetto interessante della realtà.

Il 20 marzo 2025, in occasione della giornata mondiale della felicità, è stato pubblicato il tredicesimo *World Happiness Report*^[2]. Da anni queste pubblicazioni mettono in evidenza che la sofferenza psichica rappresenta la principale causa dell'infelicità nel mondo, risultando più importante della povertà e della malattia somatica. Quest'anno gli autori si soffermano su alcune risorse collettive che spiegano le differenze di felicità media tra i paesi, enunciando fattori che impattano sul benessere, ma che al contempo si ripercuotono sulla salute mentale. Essi sono: la gentilezza e la benevolenza attribuite ai propri concittadini, la convivialità (la frequenza con cui si condividono i pasti insieme ad altri piuttosto che consumare il cibo da soli), il fatto di vivere sotto lo stesso tetto con altre persone, la solidità dei legami famigliari e delle relazioni sociali e la frequenza di comportamenti pro-sociali che, a detta degli autori, avrebbero un effetto protettivo sulle cosiddette morti per disperazione (*deaths of despair*).

Il presente numero di Iride offre una varietà di contributi alquanto eterogenei, che propongono riflessioni intriganti e profonde sulla salute mentale e sulla cura di tali sofferenze, appoggiandosi su progetti di ricerca, esperienze di formazione e pratiche professionali pertinenti. L'accostamento tra salute mentale e felicità costituisce il binomio tematico a cui guarda con interesse il Congresso svizzero di salute pubblica, che si terrà per la prima volta in Ticino il prossimo 10 e 11 settembre in virtù della collaborazione tra SUPSI e USI.

Nel 2022, nei mesi in cui il pianeta stava uscendo da una pandemia che ha causato ingenti sofferenze psichiche alle popolazioni di mezzo mondo e in particolar modo alle giovani generazioni, nel dibattito scientifico è emerso un nuovo concetto, per certi versi simile e al contempo molto diverso dal modello di Grossman. Mi riferisco al termine *National Mental Wealth*^[3], che (parafrasando Adam Smith) potremmo tradurre in italiano con "ricchezza mentale delle nazioni". Anche in questo caso stiamo parlando di un bene patrimoniale, questa volta però di un capitale collettivo, che appartiene ad un'intera società, ad una nazione appunto. Anche questo capitale può venir dilapidato o incrementato tramite opportuni investimenti. Il frutto generato dalla ricchezza mentale delle nazioni sarebbe, così spiegano gli autori, una maggior resilienza sistemica, una prosperità nazionale dovuta non tanto (o non solo) alla potenza del sistema economico ma all'impiego di beni mentali collettivi, di infrastrutture sociali di supporto e, perché no, alla presenza di capitale narrativo. Il capitale narrativo è una risorsa preziosa, che diventa essenziale nei periodi di crisi e nei momenti di grandi cambiamenti. È quel patrimonio fatto di racconti, scritti, poesie, canti, a volte addirittura miti che sintetizza la grande storia, umana e sociale, di una nazione e delle persone che l'hanno fatta nascere e crescere e che aiuta a resistere collettivamente anche ai dazi doganali e alle guerre commerciali.

Luca Crivelli,

Direttore Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale SUPSI

[1] Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand of Health. *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.

[2] Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., et al. (Eds.). (2025). *World Happiness Report 2025*. University of Oxford: Wellbeing Research Centre. <https://worldhappiness.report/>

[3] Tran, K., J. Buchanan et al. (2022). A Mental Wealth perspective: crossing disciplines to understand the value of collective mental and social assets in the post-COVID-19 era. *International Journal of Mental Health Systems*. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00568-1>



Intervista a Claudio Bassetti

Claudio Bassetti, nato in Ticino, si è specializzato in neurologia a Berna e Losanna. Le sue competenze cliniche sono ampie. Il suo interesse principale è la relazione tra sonno e cervello in stati fisiologici e patologici. Ha fondato laboratori sperimentali del sonno a Zurigo, Lugano e Berna e il Neurocentro dell'EOC di Lugano. Fino al 2024 ha diretto il Dipartimento di neurologia dell'Ospedale universitario di Berna, Inselspital; attualmente

è Decano della Facoltà di medicina dell'Università di Berna. È inoltre Vice-President dello European Brain Council, Past-President della European Academy of Neurology e, dal 2023, Chair del neo-nato Swiss Brain Health Plan. L'intervista è a cura di Guenda Bernegger, docente-ricercatrice senior del Centro competenze pratiche e politiche sanitarie.

Oltre i silos: verso un approccio integrato alla salute cerebrale

In occasione del Congresso svizzero di salute pubblica che si terrà a Lugano il prossimo autunno, co-organizzato da SUPSI e USI, e che avrà per tema la salute mentale e il benessere, il Professor Claudio Bassetti presenterà il Piano svizzero per la salute del cervello, che ha istituito e che presiede. L'abbiamo intervistato per chiedergli di illustrarci, di spiegarci in che relazione siano la salute cerebrale e la salute mentale, e di indicarci quali azioni possono essere promosse per favorire il benessere a livello di società.

La salute del cervello è sempre più riconosciuta come un determinante fondamentale del benessere e della qualità di vita. Il Piano svizzero per la salute del cervello fornisce un importante contributo in merito, invitando a un approccio integrato. Com'è nato?

Il Piano svizzero per la salute del cervello è nato quasi per caso. Mentre ero presidente della Società europea di neurologia, sono stato avvicinato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) che stava preparando due documenti molto importanti, pubblicati poi nel 2022. È la prima volta che l'OMS ha riconosciuto ufficialmente la salute del cervello come prioritaria, mettendo in rilievo il *burden* legato a queste malattie, nonché la necessità di lavorare sulla prevenzione, oltre che sulla diagnosi precoce, sulla terapia e la riabilitazione. Questo mi ha dato lo stimolo per immaginare un piano specifico anche in Svizzera, a cui abbiamo nel frattempo dato vita e di cui andiamo orgogliosi: un piano che vuole essere olistico, perché non si può separare la mente dal cervello. Il Piano svizzero vorrebbe contribuire a una sensibilità globale: dovremmo non pensare più in termini di organi, perché la salute cerebrale è fondamentale per la salute e il benessere di

tutto l'individuo e, rispettivamente, molti sono i fattori che giocano un ruolo sul cervello e sulla salute cerebrale. Vogliamo portare l'attenzione sul fatto che è il cervello che ci permette di avere la capacità cognitiva per affrontare le situazioni, così come la capacità di provare emozioni e di esprimerle, di comunicare, di socializzare e di essere creativi e produttivi.

Attraverso il Piano spostate l'attenzione dalla malattia al *wellbeing*, alla promozione della salute e alla prevenzione, aspetti sempre più cruciali nelle strategie di salute pubblica. Quali sono i principali fattori che influenzano la salute cerebrale e quali i passi necessari affinché diventi una priorità politica, oltre che sanitaria?

Numerosi fattori incidono sulla salute cerebrale: l'attività fisica, l'alimentazione, il sonno, lo stress, le interazioni sociali. Tuttavia, molti di questi aspetti sono ancora sottovalutati: per esempio, il sonno, un comportamento biologico che chiaramente dipende dal cervello, di importanza fondamentale come modulatore della salute e del buon funzionamento, che di rado viene però considerato adeguatamente. Con il Piano, oltre alla ricerca sui de-

terminanti delle malattie e della salute, promuoviamo la prevenzione e l'educazione nelle scuole, per contrastare il *burden* delle malattie cerebrali che è in aumento.

Auspichiamo dunque un ampliamento della prospettiva, che porti a valorizzare la prevenzione tanto quanto la cura, abbandonando il vecchio approccio "a silos", dove ogni disciplina lavora separata dalle altre. Quello che ci sta a cuore è invece creare dei ponti tra le diverse discipline, favorire un approccio rispettoso della complessità, che è poi quella delle nostre vite, nelle quali tanti sono i fattori che concorrono al *wellbeing*.

Perché quest'attenzione particolare per la salute cerebrale oggi? Nuova urgenza o nuova sensibilità?

Direi entrambe le cose: c'è più sensibilità perché abbiamo più dati, e c'è però anche un aumento del problema. C'è una nuova attenzione verso la salute cerebrale, che è stata per lungo tempo assente dalle politiche sanitarie e preventive, perché oggi disponiamo di più dati che dimostrano che il *burden* di queste malattie è in aumento: il 30-40% della popolazione soffre di disturbi neurologici o mentali, e sappiamo che la loro incidenza è in crescita. Lo conferma anche il *Global Burden of Diseases Study*. C'è dunque una nuova urgenza e un'attualità, in parte legata a fattori come lo stress psicosociale e l'invecchiamento della popolazione – perché con l'aumentare della sopravvivenza si ha più tempo per sviluppare malattie neurodegenerative, e se includiamo pure le malattie mentali l'incremento è ancora più significativo.

Però io vorrei sottolineare anche un ulteriore aspetto della questione: abbiamo iniziato a capire che è possibile prevenire le malattie e promuovere la salute anche per quanto riguarda le malattie e la salute del cervello. E questo è il messaggio positivo.

Il concetto di "brain capital", che sta diventando sempre più rilevante nel dibattito pubblico, sottolinea l'importanza della salute cerebrale anche in termini di produttività. Che cosa significa valorizzare il cervello come risorsa fondamentale?

In un paese come la Svizzera, che non ha risorse naturali, il capitale più importante che abbiamo è il cervello dei nostri cittadini: investire nel promuovere la salute mentale cerebrale, nel buon funzionamento del cervello, significa investire in un futuro migliore. Nella società in cui viviamo, confrontata alla grande sfida della digitalizzazione, prevalgono attività di tipo cognitivo e di networking sociale, che richiedono le cosiddette *brain skills*, e in questo senso la trasformazione societaria nella quale ci muoviamo necessiterà sempre più di una buona salute cerebrale, di una presenza cognitiva, sociale ed emotiva adeguata. Vale la pena investire nella salute cerebrale e mentale perché questo deciderà anche della produttività della nostra società. Serve dunque una nuova prospettiva, che permetta di vedere la salute cerebrale non solo come assenza di malattia, ma come un bene prezioso da coltivare lungo tutto il corso della vita.

Salute mentale e salute cerebrale, mente-cervello: un binomio tanto caro al premio Nobel per la medicina Sir John Eccles, la cui memoria è tenuta viva dalla Fondazione che prende il suo nome, di cui lei è Presidente. In che rapporto stanno questi due termini? E come affronta la relazione tra essi il Piano svizzero per la salute del cervello?

Un problema che a tutt'oggi persiste è che la salute mentale viene spesso trattata senza considerare il cervello. La stessa OMS nella sua definizione di salute mentale non ha preso in considerazione gli aspetti cerebrali. Aspetti che evidentemente invece sono decisivi,

perché la salute mentale ha a che vedere con il cervello: "*no brain, no pain*". Al di là di tutta la riflessione filosofica sul rapporto tra cervello e psiche e sul dualismo che ha attraversato i secoli, il dato di fatto è che le funzioni mentali sono legate al cervello e risentono di un cervello malato: "*no health without brain health*". Ora, anche qui il Piano svizzero vuole creare ponti, ponti tra discipline che tendono ancora a restare scisse – pensiamo alla separazione della psichiatria dalla medicina somatica nel nostro Cantone. Per questo, io preferisco parlare congiuntamente di *neurological and mental health*. E credo che Sir John Eccles, che era un grande neuroscienziato, vedrebbe di buon occhio e apprezzerrebbe il nostro anelito a cercare di tenere assieme i due ambiti, lui che con Popper aveva anche postulato l'esistenza di giunzioni tra i due mondi. Lungi da me, dunque, il voler piegare tutto a una visione organicistica: la ricchezza nasce proprio da questo tentativo di sintesi.

Marina Boccardi si è laureata in Psicologia Sperimentale a Padova e ha ottenuto il Dottorato di ricerca in Neuroscienze all'Università di Medicina di Kuopio in Finlandia.

Ha un background clinico e di ricerca biomedica nel campo delle demenze sviluppato con continuità di contenuti attraverso Italia, Svizzera (Ginevra) e Germania.

Si è focalizzata nel migliorare la definizione e l'implementazione dei metodi usati nella ricerca traslazionale, per facilitare la transizione delle conoscenze dalla

teoria alla pratica clinica. Da novembre 2024 è Professoressa in Psicologia dell'invecchiamento presso il Centro competenze anziani.

Potenziale e implicazioni della diagnosi precoce nelle demenze

La scoperta dei biomarcatori della malattia di Alzheimer ha determinato una rivoluzione sia nelle possibilità diagnostiche che nello sviluppo di terapie farmacologiche. Malgrado le ancora numerose incertezze, un cambiamento radicale dell'approccio alle demenze mostra oggi orizzonti promettenti. Questo rapido sviluppo comporta anche una certa confusione su termini e concetti, con potenziali implicazioni pratiche, psicologiche ed etiche.

[1] I marcatori biologici, o biomarcatori/biomarker, sono misurazioni oggettive di parametri biologici (per es., proteine nel sangue), che indicano processi biologici normali o patologici. Vengono utilizzati per rilevare la presenza di malattie, del loro sviluppo o decorso, o della risposta ai farmaci.

[2] Le funzioni cognitive sono le capacità che ci permettono non solo di conoscere il mondo che ci circonda, ma anche di entrarne appropriatamente in relazione. Orientarsi nell'ambiente, ricordare elementi importanti sia in termini di informazioni che emotivi e di rilevanza sociale, saper regolare comportamenti appropriati nei diversi contesti e mettere in atto strategie capaci di raggiungere i nostri obiettivi sono permessi da integre funzioni cognitive. Si parla invece di "funzionalità" riferendosi alla capacità di svolgere le usuali attività quotidiane come vestirsi, lavarsi, prepararsi pasti adeguati, alle funzioni più complesse, come gestire le proprie finanze.

Che cosa sono le demenze

Con l'"invecchiamento" della nostra società, la demenza è divenuta una condizione comunemente nota. Sappiamo che essa è data frequentemente dalla malattia di Alzheimer, ma anche da altre patologie neurodegenerative o cardiovascolari. Il concetto di demenza, però, ha subito nell'ultimo decennio un'evoluzione rapida al punto di modificare il significato di molti termini ad esso correlati, rispetto all'utilizzo tradizionale.

La sindrome clinica della demenza presenta tipicamente un disorientamento spaziotemporale e altre disfunzioni cognitive che colpiscono memoria, ragionamento, linguaggio; spesso compromesse sono anche le capacità di interagire socialmente, o le funzioni psicomotorie. Il pattern di compromissione diviene progressivamente più esteso, fino a pregiudicare le capacità di svolgere le normali funzioni quotidiane e l'autonomia personale. La recente scoperta dei marcatori biologici^[1] per la malattia di Alzheimer ha permesso di capire come si sviluppa la malattia (patogenesi) lungo questa progressione graduale. Migliori teorie patogenetiche

permettono così di formulare, mediante l'analisi dei biomarcatori, una diagnosi in fasi sempre più precoci della malattia, cioè prima che la persona raggiunga l'elevato grado di compromissione cognitiva e funzionale^[2] che caratterizza la demenza. Questa fase intermedia fra salute e demenza è definita di *deterioramento cognitivo lieve*. In questi casi, l'individuo spesso è ancora attivo professionalmente, guida l'automobile e conduce una vita normale, seppur adombrata dalla preoccupazione legata ai cambiamenti cognitivi che per primo osserva in se stesso. Una visita specialistica può investigare i biomarker: se negativi, indicano che i sintomi percepiti sono probabilmente benigni (dati, ad esempio, da un eccesso di farmaci o da condizioni transitorie o curabili). Se positivi, indicano una neurodegenerazione destinata a peggiorare, come la malattia di Alzheimer. Se questo è il caso, la diagnosi precoce permette di accedere presto ai servizi medici e beneficiare di terapie, ancora non risolutive, ma comunque d'aiuto. Essa fornisce una spiegazione dei cambiamenti che la persona osserva interiormente, riducendo così una fonte di incertezza, e le permette di affrontare la situazione costruttivamente, pianificando la propria vita quando è ancora in grado di farlo. A livello terminologico e concettuale, questo utile avanzamento scientifico e clinico pone tuttavia una prima fonte di confusione: oggi, ricevere una diagnosi di *malattia di Alzheimer* in seguito a biomarker positivi *non significa necessariamente soffrire già di una demenza*.

La ricerca sui biomarcatori ha condotto anche ad evidenze inaspettate: le proteine anomale della malattia di Alzheimer cominciano ad accumularsi nel cervello anche *decenni prima* dei primi sintomi clinici. Questo significa che oggi possiamo formulare non solo una diagnosi precoce, come sopra descritto, bensì anche una diagnosi

pre-clinica, che identifica la malattia biologica in persone che da un punto di vista cognitivo e funzionale sono ancora perfettamente integre. Cosa implica questo?

Molti ricercatori, ma pochi clinici, sostengono che la possibilità di rilevare il processo biologico basta a formulare una diagnosi pre-clinica di malattia di Alzheimer. Il disaccordo rispetto all'opportunità di formulare una diagnosi pre-clinica è supportato da studi longitudinali di persone asintomatiche con biomarcatori positivi: circa il 30% non sviluppa alcun sintomo cognitivo nel corso dell'intera vita; qualcuno sostiene tuttavia, seppur senza evidenze, che prima o poi anche queste persone svilupperebbero demenza ad un certo punto di una vita abbastanza lunga.

Diagnosi e terapia

La posizione che clinici e ricercatori scelgono di sostenere riguardo all'utilità della diagnosi pre-clinica è collegata al panorama, pure in rapidissima evoluzione, delle opzioni terapeutiche. Sempre grazie alla disponibilità dei biomarcatori, anche in questo ambito abbiamo enormi progressi recenti. I nuovi farmaci anti-amiloide sono anticorpi che inducono il sistema immunitario a rimuovere attivamente l'amiloide dal cervello. Risultati spettacolari sono visibili al *neuroimaging*^[3]: maggiore la dose di farmaco somministrata, più chiara l'avvenuta rimozione di questa proteina tossica. È anche noto però che questi farmaci, oltre ad avere significativi effetti collaterali, sono molto costosi, non rimborsati dagli assicuratori malattia e approvati in modo disomogeneo dagli enti regolatori del mondo, con un atteggiamento particolarmente restrittivo in Europa. Effettivamente, questi farmaci riducono l'amiloide cerebrale, ma i sintomi clinici rimangono e la loro progressione non viene fermata. I sostenitori della diagnosi pre-clinica sono certi che cominciando prima il trattamento, o migliorando la capacità del cervello di assorbire il farmaco (ostacolato dalla barriera emato-encefalica)^[4], si osserverebbe anche un chiaro miglioramento clinico; questo non è però ancora stato confermato. I detrattori della diagnosi pre-clinica ritengono che, finché non sarà disponibile una terapia chiaramente efficace anche sui *sintomi cognitivi*, sicura ed accessibile, non sia utile diagnosticare la malattia a persone che potrebbero non sviluppare mai alcun sintomo.

I sostenitori della diagnosi pre-clinica credono fermamente che le teorie correnti sull'eziologia dell'Alzheimer siano corrette e che diagnosi pre-clinica e trattamento siano, o diventeranno presto, lo standard clinico. Non tutti hanno però nemmeno la certezza che queste teorie siano del tutto corrette. Se il processo patogenetico è chiaro nei casi di Alzheimer "familiare" dati da rarissime (ma esistenti) mutazioni genetiche, il quadro delle demenze "sporadiche", cioè non legate a mutazioni genetiche, è molto più eterogeneo e probabilmente dato da una combinazione di diversi processi patologici, in cui l'accumulo di amiloide è solo uno dei fattori. Questo panorama condurrebbe anche per le demenze, come accaduto in oncologia, alla cosiddetta *precision medicine*, ovvero alla necessità di identificare per ciascun paziente un *pattern* complesso e specifico di anomalie e un altrettanto specifico e complesso intervento terapeutico. Anche in prospettiva, comunque, alla data attuale, formulare una diagnosi pre-clinica non sembra utile.

A complicare il quadro è il fatto che oltre all'Alzheimer, anche le altre malattie che conducono a demenza, come la malattia a corpi di Lewy, il Parkinson e la malattia frontotemporale hanno uno sviluppo progressivo ed un accumulo pre-clinico di anomalie. Il problema descritto è chiaro per la malattia di Alzheimer, per cui abbiamo biomarcatori avanzati e iniziali soluzioni terapeutiche. Tuttavia, lo stesso tipo di ambiguità si pone per le altre.

Se questa descrizione non fornisce risposte definitive agli interrogativi che ci poniamo con sempre maggiore urgenza, chiarisce però la ragione delle frequenti incongruenze terminologiche e concettuali che si riscontrano sia nella letteratura divulgativa che, spesso, anche in quella scientifica.

La possibilità di fornire una diagnosi pre-clinica solleva questioni personali ed etiche di grande rilievo. L'impatto psicologico di una diagnosi di questo tipo, non solo potenzialmente infausta ma anche strettamente legata all'immagine di sé e spesso stigmatizzata, è enorme. Oltre a poter essere inutile, considerando che l'anomalia biologica osservata potrebbe non evolvere mai in un disturbo clinico, recherebbe disagio e svantaggi certi a chi la riceve. Accidentali comunicazioni su biomarcatori dell'Alzheimer positivi in persone cognitivamente integre a datori di lavoro, assicuratori, o altri attori sociali, potrebbero inoltre avere importanti e ingiustificati effetti negativi.

[3] Le tecniche di neuroimaging permettono di ottenere diversi tipi di visualizzazione del cervello, che evidenziano fondamentalmente tre aspetti: la morfologia (*neuroimaging* strutturale, per es. la risonanza magnetica o la TAC), la funzione (*neuroimaging* funzionale, come la PET o la risonanza magnetica funzionale), o la presenza di accumuli di proteine anomale, mediante ligandi radioattivi che le marcano e ne permettono il rilievo nella lastra, come nell'esempio del testo.

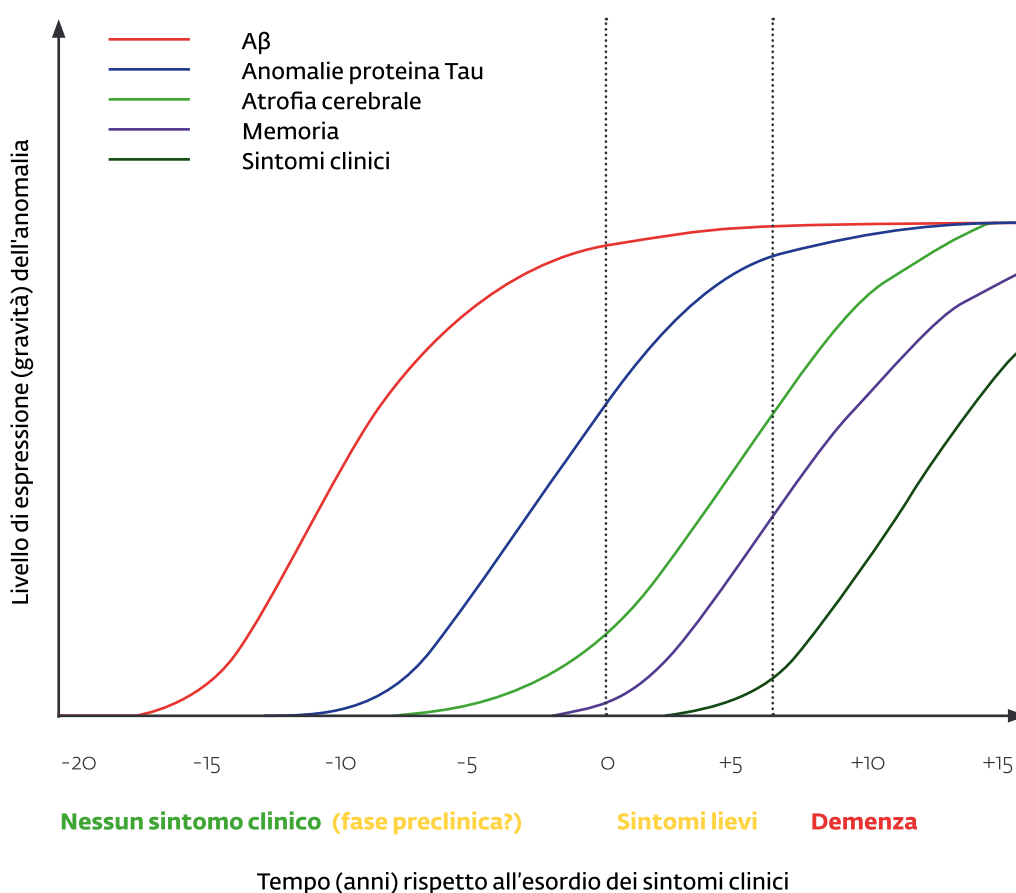
[4] Internamente, il cervello si protegge da agenti esterni che potrebbero immergersi attraverso la circolazione sanguigna mediante un sistema biologico che, mentre lascia passare molecole "buone", come glucosio o trasmettitori, filtra molte sostanze, nocive o ignote all'organismo, inclusi molti farmaci che immettiamo con obiettivi terapeutici.

Il ruolo della prevenzione

Rassicura sapere che, recentemente, sono numerosi i *trial* clinici che stanno finalmente ottenendo risultati positivi per possibili terapie, dopo davvero molti anni di esiti frustranti. Stupirà forse il fatto che, ad oggi, i risultati più convincenti di efficacia sono dati in realtà dalla effettiva possibilità di *prevenire la demenza mediante stili di vita più sani*. Più movimento fisico, un consumo adeguato di frutta e verdura, meno fumo e alcool, ma anche una vita sociale più gratificante sembrano essere i determinanti maggiori di una vita lunga e sana, anche a livello cognitivo. Negli ultimi decenni, le società occidentali hanno già registrato una diminuzione dell'incidenza di demenza, ovvero del *numero di nuovi casi ogni anno* rapportato alla popolazione di quell'età, in

seguito al miglioramento dello stile di vita della popolazione. Sebbene controintuitivo, dato che la nostra società invecchia e il numero assoluto di persone affette da demenza aumenta, le campagne preventive dei disturbi cardiovascolari hanno ridotto i fattori di rischio di varie condizioni insalubri, beneficiando anche il cervello e riducendo l'incidenza della demenza.

Questa è la decade che le Nazioni Unite dedicano all'“*healthy ageing*”, per sostenere progetti, campagne di sensibilizzazione e iniziative volti a migliorare la salute generale e prevenire i numerosi casi di disabilità e demenza: nella nostra società sempre più anziana, questi rappresentano purtroppo una criticità globale da affrontare con la stessa urgenza del cambiamento climatico.



[Fig.1] Modello di insorgenza delle anomalie biologiche, rilevabili coi biomarcatori diagnostici, rispetto al momento di insorgenza dei sintomi clinici, lievi (MCI, o deterioramento cognitivo lieve) o gravi (demenza). I biomarcatori evidenziano anomalie fino a decenni prima dell'esordio clinico, e permettono pertanto di formulare una diagnosi precoce (al primissimo esordio dei sintomi) o addirittura preclinica (nessun sintomo percepito). Oggi, l'eticità e l'utilità della diagnosi preclinica sono tema di acceso dibattito.

Figura modificata da: Jack, C.R., [...] & Trojanowski, J.Q. (2010). Hypothetical model of dynamic biomarkers of the Alzheimer's pathological cascade. *Lancet Neurol*, 9(1), 119-28.





Zefiro Mellacqua

Zefiro Mellacqua è medico, psichiatra, psicoterapeuta FMH e analista transazionale. Dal 2016 al 2023 è stato responsabile del primo team di psichiatria acuta domiciliare – home treatment – per l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) del Canton Ticino, per poi assumere, dal 2023, il ruolo di Direttore medico della Clinica psichiatrica cantonale (CPC) a Mendrisio.

Ha lavorato per anni a Londra come psichiatra presso il South London & Maudsley NHS Foundation Trust e come ricercatore onorario all'Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience del King's College. È autore de *Il Sé nudo: Analisi transazionale delle psicosi schizofreniche*. Nel 2024 ha ricevuto l'Eric Berne Memorial Award (EBMA) dell'International Transactional Analysis Association.

Un caos calmo dentro: frontiere cliniche e di ricerca della terapia assistita da psichedelici

La prima volta che presi sul serio la questione del possibile uso degli psichedelici in psichiatria fu nell'ottobre del 2009 dopo aver letto un articolo non su una rivista scientifica ma su un numero del *The Guardian* mentre ero sul bus in direzione dell' "Institute of Psychiatry" a Londra, luogo dove ho trascorso parte della mia formazione specialistica come psichiatra e psicoterapeuta. L'articolo letteralmente suonava: "Chieste le dimissioni del prof. David Nutt dopo le sue affermazioni secondo cui l'ecstasy e l'LSD sarebbero meno pericolosi dell'alcol".

Fino a quel momento non sapevo chi fosse David Nutt e di certo ero all'epoca erroneamente convinto, come lo erano moltissimi dei miei colleghi, che l'LSD e l'MDMA (più nota come ecstasy) fossero delle sostanze stupefacenti potenzialmente pericolose e come tali illegali. La successiva lettura di un articolo pubblicato nel medesimo anno e intitolato *Psychedelic drugs – a new era in psychiatry?* a firma dello stesso Nutt, già professore di Neuropsicofarmacologia presso l'Imperial College di Londra – ecco chi era David Nutt – mi consegnò a una nuova e allucinante, è proprio il caso di dirlo, prospettiva sullo studio del funzionamento della mente umana tanto nella salute quanto in condizioni di grave sofferenza psicopatologica.

Le origini della psichiatria psichedelica

Gli estratti del cactus peyote, contenenti mescalina, insieme agli estratti dei funghi magici, contenenti invece psilocibina, così come le piante presenti nel bacino amazzonico contenenti dimetiltriptamina (o DMT), sono utilizzati da millenni in varie culture del mondo, principalmente per scopi celebrativi, religiosi o curativi. Tuttavia, è solo a partire dalla fine del XIX secolo, con l'isolamento della mescalina da parte di Arthur Heffter nel 1897, e ancor più con l'inizio del XX secolo, che i composti psichedelici cominciarono a essere studiati per scopi clinici e di ricerca non appena vennero isolati da funghi e piante, o sintetizzati chimicamente in laboratorio. Infatti, la vera svolta nella scienza psichedelica avvenne proprio con il lavoro di Albert Hofmann, un chimico svizzero che tra il 1938 e il 1943 a Basilea, studiando in maniera sistematica una serie di composti derivati dagli alcaloidi della segale cornuta, la *Claviceps Purpurea*, finì per sintetizzare il 25° derivato della dietilammide dell'acido lisergico, poi indicato nella letteratura scientifica con il nome, dato dallo stesso Hofmann, di "LSD-25".

Fu proprio durante uno dei suoi esperimenti in laboratorio che un giorno Hofmann assunse deliberatamente circa 250

microgrammi di LSD-25 prima di far rientro a casa in bicicletta in preda agli effetti allucinogeni della sostanza. Era il 19 aprile 1943, che passerà alla storia come "il giorno della bicicletta". Con il passare delle ore, e la progressiva riduzione degli effetti psicotropi dell'LSD, egli fu gradualmente in grado di apprezzare e successivamente descrivere in dettaglio il suo "viaggio psichedelico" consegnando alla comunità scientifica, e più in generale all'umanità, il primo resoconto scritto degli effetti sulla psiche di una sostanza psichedelica nel suo libro intitolato *"LSD. Il Mio Bambino Difficile"*^[1].

A ottanta anni dalla scoperta della LSD-25

A circa ottanta anni dalla scoperta dell'LSD-25, in una conferenza sugli psichedelici tenutasi a Berna nell'aprile del 2024 ho incontrato insieme ad altri colleghi dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) uno psichiatra svizzero del Canton Soletta che è stato il primo medico al mondo al quale sia stato consentito dalle autorità elvetiche, dopo il 1971, di condurre alcuni studi sull'LSD e di utilizzarla nell'ambito della professione clinica privata. Si tratta infatti di Peter Gasser^[2], lo psichiatra al quale lo stesso Hofmann si riferì in una lettera indirizzata perfino a Steve Jobs, l'11 febbraio del 2007, e che suonava

come un vero e proprio appello in favore dell'utilizzo clinico degli psichedelici:

"Le scrivo per chiederle di sostenere lo studio proposto dallo psichiatra svizzero dott. Peter Gasser sulla psicoterapia unita all'LSD nei soggetti che soffrono di ansia causata da una malattia mortale. Sarà il primo studio dopo oltre trentacinque anni sulla psicoterapia con l'LSD. Spero che vorrà aiutarci a trasformare il mio bambino difficile in un bambino meraviglioso".

Negli ultimi vent'anni sono stati condotti numerosi studi pilota e studi randomizzati controllati di buona qualità che hanno utilizzato gli psichedelici – soprattutto la psilocibina e, solo più recentemente, l'LSD – in vari disturbi psichiatrici come il disturbo depressivo maggiore resistente al trattamento, il disturbo ossessivo compulsivo (OCD) grave, il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), l'ansia severa e la depressione in pazienti con malattia terminale, la dipendenza da alcol e, più recentemente, l'anoressia nervosa. I risultati preliminari stanno già fornendo prove incoraggianti, di sicurezza ed efficacia terapeutica, per quanto riguarda l'uso clinico degli psichedelici. Tuttavia, nonostante le crescenti evidenze sul potenziale ruolo terapeutico degli psichedelici nella psichiatria clinica, il numero di pazienti reclutati finora in questi studi rimane ancora significativamente basso.

"Bisogna avere ancora un caos dentro di sé per partorire una stella danzante."

Friedrich Nietzsche^[3]

Oltre alle barriere legali e normative, fortunatamente meno rigide in Svizzera rispetto ad altri Paesi, sono necessari disegni metodologici più adeguati per realizzare studi scientifici di buona qualità che riflettano la complessità dell'utilizzo clinico di queste particolari sostanze psicotrope.

La terapia assistita da psichedelici

A riprova di quanto complesso sia l'utilizzo degli psichedelici in ambito clinico, il trattamento psichedelico viene classicamen-

te distinto, e possibilmente erogato, in due modi o tipologie principali differenti: il metodo psicotropico e il metodo psichedelico propriamente detto.

Il *metodo psicotropico* prevede classicamente l'uso di dosi medio-basse e ripetute di sostanza psichedelica – di solito LSD e più recentemente psilocibina – a intervalli di 1-2 settimane, normalmente offerte per un periodo di tempo prolungato (mesi, se non un anno o addirittura di più). La terapia psicotropica è generalmente condotta sia in regime di ricovero che ambulatoriale, sotto controllo medico e psicologico e con l'assistenza di personale infermieristico. Il metodo psicotropico è stato originariamente sviluppato nel contesto convenzionale di un trattamento psicoanalitico tradizionale a lungo termine già in corso, con l'obiettivo di facilitare gradualmente il processo psicoterapeutico attraverso la riattivazione dei ricordi, degli stati cognitivi ed emotivi, e concentrandosi principalmente sui conflitti intrapsichici, di solito centrati nella teoria pulsionale della mente e del trattamento analitico che era prevalente al momento della sua introduzione.

Il *metodo psichedelico*, invece, è l'approccio principalmente utilizzato negli studi di ricerca contemporanei ed è oggi chiamato Terapia Assistita da Psichedelici (o PAT, cioè *Psychedelic Assisted Therapy*): questa metodologia prevede l'uso di dosi moderate-alte di sostanza psichedelica – principalmente psilocibina (15-25 mg a seduta) ma anche LSD (100-200 mcg o più a seduta) e in casi particolari anche ayahuasca – somministrata 3-4 volte l'anno nell'ambito di un trattamento psicologico, non necessariamente di tipo psicoanalitico. Lo staff che lavora con il metodo PAT (di solito psichiatri, infermieri in salute mentale, psicoterapeuti) è adeguatamente formato per assistere il paziente prima (attraverso 2-3 "sedute preparatorie"), durante (in ogni "seduta psichedelica") e dopo il trattamento psichedelico (attraverso "sedute di integrazione" in ogni giorno immediatamente successivo a una seduta psichedelica). In totale vengono somministrate 3-4 sessioni psichedeliche in un programma di trattamento della durata di 1 anno, con l'obiettivo di aiutare il paziente a consolidare ulteriormente

i risultati psicoterapeutici raggiunti. Alla fine dell'intero programma di trattamento viene normalmente effettuata una valutazione finale. Come tale, il metodo PAT può quindi essere facilmente integrato alla psicoterapia individuale del paziente e nel follow-up psichiatrico con il suo psichiatra e/o psicoterapeuta di riferimento.

Come funzionano gli psichedelici

In che modo agiscono gli psichedelici a livello neurobiologico? Quello che sappiamo del loro meccanismo d'azione proviene dalla neuropsicofarmacologia e dalle più moderne tecniche di *neuroimaging* (in particolare la PET, la risonanza magnetica funzionale o fMR), dall'elettroencefalografia (EEG) e dalla magnetoencefalografia (MEG).

Basti qui citare a titolo esemplificativo l'elegante studio condotto da Carhart-Harris e collaboratori all'Imperial College di Londra^[4]: proprio come aveva ipotizzato Hofmann, i dati di questo studio mostrano che l'LSD si lega con un'altissima affinità ai recettori della serotonina in specifiche aree cerebrali (come il talamo, la corteccia posteriore cingolata, la corteccia prefrontale mediale) che hanno in condizioni normali un'azione inibitoria generalizzata su aree più profonde della corteccia, ma anche della precorteccia e di zone interne del cervello. Allo stesso modo la psilocibina, legandosi con grande affinità ai recettori della serotonina situati nelle medesime aree e impedendo così alla serotonina di legarsi al suo recettore, inibisce temporaneamente questo meccanismo di fisiologica inibizione di altrettante aree cerebrali: il risultato di questa "inibizione dell'inibizione" è una sorta di "sblocco generalizzato", una temporanea "entropia" o "caos cerebrale" esemplificato nell'immagine, qui riportata, tratta da uno studio di Petri e collaboratori^[5]. Analizzando dal punto di vista matematico i dati della funzionalità cerebrale di 15 volontari, l'effetto sulle connessioni nervose, rispettivamente sotto placebo e psilocibina, è evidente nella medesima immagine qui sotto riportata in cui le aree cerebrali sono rappresentate da puntini colorati di varia grandezza e i collegamenti neurofisiologici tra di esse

sono resi con linee di vario e corrispettivo colore [Fig. 1].

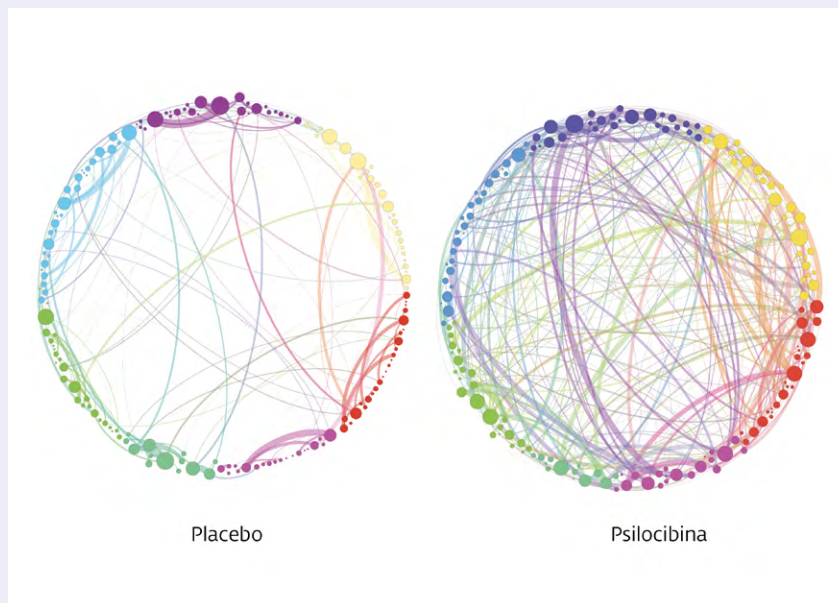
Il caos sotto l'effetto di psichedelici non è tuttavia un caos di per sé dannoso per la psiche: anzi è ciò che le psicoterapie, e alcune pratiche psicologiche di tipo meditativo, cercano di ottenere con altri mezzi: vale a dire l'interruzione di quei circoli viziosi, neurobiologici e psichici insieme, che sono alla base di molti disordini della soggettività in sindromi psichiatriche sempre più frequenti e invalidanti – come la depressione persistente, il disturbo ossessivo-compulsivo, le dipendenze, i disturbi della condotta alimentare, la sofferenza psichica nelle patologie oncologiche in fase terminale – condizioni spesso refrattarie alle terapie farmacologiche e psicologiche convenzionali.

Presente e futuro della terapia assistita da psichedelici in Svizzera

Il paradigma della terapia assistita da psichedelici continua a diffondersi a livello internazionale ma la sua applicazione, ora in ambito clinico, ora per scopi di ricerca scientifica, varia da nazione a nazione a dipendenza delle normative sanitarie e delle leggi governative del singolo Paese. Infatti, l'utilizzo degli psichedelici al di fuori dall'ambito della ricerca scientifica è tuttora ritenuto illegale nella maggioranza dei Paesi occidentali, compresa la Svizzera.

Vi è però in Svizzera un'importante eccezione: sul territorio elvetico dal 2014 le terapie assistite da psichedelici (PAT) sono possibili anche al di fuori di progetti di ricerca, previa autorizzazione da parte delle autorità sanitarie, cioè l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Anche il Canada e l'Australia prevedono trattamenti in casi eccezionali ed è verosimile che altri Paesi si aggiungeranno alla lista in cima alla quale continua a sveltare proprio la Svizzera.

Tra qualche anno gli psichedelici potrebbero essere farmaci autorizzati. Ciò richiederebbe degli standard di trattamento chiaramente descrivibili che possano essere utilizzati come guida per gli specialisti, le autorità sanitarie e di governo, le assicurazioni sanitarie, gli organi politici e il pubblico interessato.



[Fig.1]

A tal proposito gruppi di esperti per la PAT sono al lavoro in diversi cantoni della Svizzera per concepire un programma di formazione e training in terapia assistita da psichedelici che rispetti gli standard di qualità dell'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM).

Infine, con la fondazione di due nuove associazioni professionali – l'*Association Professionnelle Suisse pour les Psychédéliques en Thérapie* (ASPT) e la *Société Suisse de Médecine Psychédélique* (SSMP) – anche la Svizzera francofona e italiana sono ora organizzate in gruppi di specialisti, accanto alla già esistente quanto prestigiosa Associazione Medica Svizzera per la Terapia Psicolitica o SÄPT (Schweizerische Ärztegesellschaft für psycholytische Therapie) fondata nel 1985. Queste tre associazioni, insieme ad altre istituzioni svizzere che operano nel settore, fra cui la Fondazione Alaya in Canton Ticino, hanno fondato nel 2023 il Gruppo di Interesse Svizzero per la Terapia Assistita da Psichedelici, ovvero l'IG PAT. L'IG PAT intende ora proporre alle autorità nazionali competenti le prime linee guida sulla terapia assistita da psichedelici, un documento questo che getta basi nuove e aggiornate sulla scienza psichedelica in cui altri Paesi nel mondo possono trovare una illuminante ispirazione e punto di riferimento.

[1] Hofmann, A. (2015). LSD. Il mio bambino difficile. *Riflessioni su droghe sacre, misticismo e scienza*. Feltrinelli.

[2] Gasser, P., Kirchner, K., Passie, T. (2014), LSD-assisted psychotherapy for anxiety associated with a life-threatening disease. A qualitative study of acute and sustained subjective effects. *Journal of Psychopharmacology*, 29(1), 57-68.

[3] Nietzsche, F. (1973). *Così parlò Zarathustra* Adelphi.

[4] Carhart-Harris, R., [...] & Nutt, D.J. (2016), Neural correlates of the LSD experience revealed by multimodal neuroimaging. *PNAS*, 113(17), 4853-4858

[5] Petri, G., Expert, P., Turkheimer, F., Carhart-Harris, R., Nutt, D., Hellyer, P.J., Vaccarino, F. (2014). Homological scaffolds of brain functional networks. *Journal of the Royal Society Interface*, 11:20140873.



Mariano Cavolo è Responsabile della Formazione continua DEASS. Dopo una lunga esperienza professionale come Capo infermiere presso la Clinica psichiatrica cantonale e di insegnamento negli ambiti

della salute mentale e del management infermieristico presso la Scuola Specializzata Superiore in Cure infermieristiche, dal 2018 è attivo in SUPSI in qualità di Docente senior all'interno di diversi

percorsi di formazione continua dell'area sanità, tra cui il CAS in Pedopsichiatria. Oltre a coordinare il DAS in Gestione sanitaria, nel 2022 ha assunto il ruolo di Responsabile Formazione

continua dell'area sanità. È inoltre Vice-presidente dell'Associazione svizzera infermieri (ASI), Sezione Ticino.

La gestione della rabbia in adolescenza tra consumismo e trasgressione

William Shakespeare, nel suo "Racconto d'inverno" (1611), esprimeva il desiderio che non ci fosse un'età intermedia tra i dieci e i ventitré anni o che i giovani dormissero durante tutto questo periodo, poiché *"...non vi è nulla in questo intervallo se non mettere incinte le ragazze, disprezzare gli anziani, rubare e picchiarsi"*^[1]. Gli adolescenti di ogni epoca, infatti, sono spesso sfacciati, indisciplinati e aggressivi, anche se le manifestazioni della loro impulsività possono variare di generazione in generazione.

Da un punto di vista evolutivo, la tendenza alla trasgressione dei giovani non è riconducibile esclusivamente ai cambiamenti fisici e alla tempesta ormonale che li caratterizzano, ma anche a straordinarie trasformazioni cerebrali. Durante l'adolescenza, il cervello cambia molto e cresce rapidamente, diventando molto flessibile e pronto a essere influenzato dalle esperienze. Ci vuole molto tempo, circa un decennio, perché il cervello si perfezioni interamente e si riorganizzi attraverso un processo di sfortimento delle connessioni neurali che consente di acquisire buone capacità di controllo degli impulsi, un percorso che si completa dopo i vent'anni^[2]. Solo alla fine dell'adolescenza, infatti, i giovani "mettono la testa a posto" come si dice, riuscendo a fare ordine nei propri pensieri e desideri.

Una delle manifestazioni dell'impulsività negli adolescenti è la propensione ad atteggiamenti e comportamenti oppositivi, provocatori e aggressivi, con la rabbia come emozione di fondo. La rabbia è un'emozione di base come la paura, la tristezza, la gioia, l'eccitazione sessuale, l'accudimento o la tendenza a esplorare

e trovare risorse^[3] e, come tutte le altre pulsioni o emozioni, è al servizio della sopravvivenza, ovvero utile principalmente a proteggere la persona. È il segnale che bisogna agire per ripristinare un equilibrio turbato tra i propri bisogni interni e il mondo esterno. È una reazione istintiva che segnala la necessità di difendersi da minacce, reali o percepite: un nemico che attacca, una figura significativa che abbandona, un amico o partner sentimentale che tradisce. La rabbia può anche essere una reazione di poca pazienza di fronte alla frustrazione di un'aspettativa o di un desiderio non realizzato, come il capriccio per un oggetto che il genitore rifiuta, o per una maggiore indipendenza negata, o la manifestazione di una sofferenza per un affetto non ricambiato. Si può reagire con rabbia anche ad un sentimento di vergogna, al sentirsi intimamente umiliati e iniquamente svalorizzati, messi in una posizione percepita come una minaccia alla propria condizione sociale; spesso, soprattutto in adolescenza, la rabbia è usata come difesa della propria immagine in un movimento antagonista e competitivo, per affermare il proprio valore ed esigere rispetto dagli altri. In ogni caso, rabbia e trasgressività possono essere al servizio dello sviluppo, rappresentando un modo per garantirsi l'ingresso in un futuro percepito come bloccato e senza via d'accesso.

Qual è il rapporto dei giovani di oggi con la loro rabbia? La Generazione Z include i ragazzi nati dal 1997 in poi, cresciuti come nativi digitali e inzuppati nei fiumi della rete fin dalla nascita. Le ricerche psicosociali sulla "generazione internet" non indicano la rabbia come un'emozione predominante^[4]. Il loro ritratto è piuttosto quello di giovani tristi, che desiderano apparire ma allo stesso tempo si vergognano, che cercano follower e like e che temono soprattutto di essere esclusi socialmente e di non avere un fu-

[1] Tratto da: Maggiolini A. (2024). *Pieni di rabbia. Comportamenti trasgressivi e bisogni evolutivi negli adolescenti* (p. 7). Franco Angeli.

[2] Giedd, J.N. (2008). The teen brain: insights from neuroimaging. *The Journal of Adolescent Health*, 42(4), 335-43. 10.1016/j.jadoheal.2008.01.007

[3] Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind. Neuroevolutionary origins of human emotion*. W. W. Norton & Company.

[4] Twenge, J.M., Campbell, W.K. (2018). Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents. Evidence from a population-based study. *Preventive Medicine Reports*, 12, 271-283. 10.1016/j.pme-dr.2018.10.003

turo. La tristezza e la vergogna, quindi, più della rabbia, sono le emozioni che dominano questa generazione. Tuttavia, ci sono anche giovani pieni di rabbia, che esprimono il loro disagio protestando, provocando e aggredendo persone o demolendo oggetti. Quali sono le ragioni evolutive profonde di questi comportamenti? Lo psicologo ed educatore austriaco Siegfried Bernfeld (1892-1953), nel suo articolo intitolato "Il supplizio di Tantalo" paragonava già nel 1931 la condizione sociale degli adolescenti a quella di Tantalo, il protagonista di uno dei miti greci più noti, che a causa delle sue colpe è costretto nell'oltretomba a stare di fronte a cibi e bevande che non riesce a raggiungere. Questo supplizio, secondo Bernfeld, descrive bene il freno giovanile: ovvero adolescenti costretti a guardare con ambizione vorace beni di consumo dai quali sono esclusi, con un conseguente senso di frustrazione e rabbia. Se queste considerazioni erano valide per i giovani degli anni Trenta del secolo scorso, lo sono oltremodo nella società moderna che basa il proprio equilibrio sociale ed economico proprio sulla spinta a consumare e a svagarsi. Il consumismo, infatti, non è un derivato secondario del funzionamento dell'economia attuale, ma una sua componente importantissima, perché l'intero sistema funziona grazie a una continua sollecitazione dei desideri, spesso confusi ad arte in bisogni, ed una perenne stimolazione che serve a tenere attiva la domanda di beni di consumo: una nuova automobile, un nuovo telefonino, un nuovo abito, un nuovo paio di scarpe, desiderati a prescindere da ogni reale necessità, attribuiscono inevitabilmente a questi oggetti un valore di posizione sociale, che comunica chi siamo e quanto valiamo, al di là della loro funzione pratica. Un adolescente alla ricerca della propria identità, all'interno della società dei consumi, sarà inevitabilmente indotto a pensare che il proprio valore sociale dipenda da ciò che possiede, piuttosto che da ciò che è. Il complesso di Tantalo è in questo senso fortemente rappresentativo della società attuale.

È diffusa, invece, un'interpretazione opposta delle rivendicazioni degli adolescenti, basata sull'idea che da bambini essi abbiano avuto troppo e, per questo, non si rassegnino ad accogliere alcun limite ai loro desideri. Bambini viziati e coccolati, disabituati a sentirsi dire di no, le cui pretese crescono di pari passo con il loro sviluppo. Un'interpretazione, questa, fondata sull'idea che un adolescente voglia soprattutto continuare a dipendere in primo luogo dai genitori e in seguito dalla società. Al contrario,

una delle motivazioni evolutive più urgenti degli adolescenti descrive un fenomeno in opposizione con questa tesi, ovvero il desiderio di autonomia, di non dover più dipendere dagli adulti; la frustrazione e la rabbia spesso sono quindi espressione di un'insofferenza per la condizione di dipendenza.

Molto impattante sul rapporto tra generazioni è anche la componente economica. I giovani di oggi, per la prima volta da molte generazioni, non possono realisticamente aspettarsi di raggiungere un livello di benessere superiore a quello dei propri genitori. La combinazione di rallentamento della crescita economica ed aumento delle disuguaglianze, che caratterizzano la nostra società, rendono molto difficile per i giovani ottenere una condizione di stabilità e benessere economico. Oggi, ad esempio, è impossibile per un giovane adulto acquistare una casa di proprietà con i propri guadagni, obiettivo che era invece realizzabile per la generazione dei loro genitori. L'unica speranza realistica per i giovani è di ricevere aiuto dalla famiglia d'origine: una necessità, quindi, più che un desiderio o una pretesa.

Nel 2020, la soglia di povertà in Svizzera corrispondeva a 2.279 franchi al mese per una persona sola e a 3.963 franchi al mese per una famiglia con due figli di età inferiore ai 14 anni. In Svizzera, l'8,5% della popolazione vive in condizioni di povertà, ovvero 722.000 persone. Sempre nel 2020, la soglia del rischio di povertà corrispondeva a 30.072 franchi svizzeri all'anno per una persona sola. In Svizzera, questa situazione riguardava il 15,4% della popolazione^[5]. Oltre ai fattori principali che influenzano la trasmissione della povertà tra le generazioni (livello di istruzione, opportunità lavorative e risorse economiche), ci sono anche aspetti psicologici come bassa autostima, mancanza di fiducia, frustrazione, traumi, assenza di speranza e mancanza di progettualità, che contribuiscono al disagio e alla rabbia delle giovani generazioni. Tutti questi elementi sono aumentati anche a causa della pandemia, che ha avuto un impatto negativo soprattutto sui poveri e sui giovani in condizioni di povertà. Il complesso di Tantalo, quindi, non si manifesta solo nel desiderio di beni di consumo visti nelle vetrine dei negozi e ritenuti irraggiungibili, ma anche nelle relazioni tra generazioni, che ostacolano lo sviluppo sociale dei giovani più svantaggiati fino a creare una sorta di coscienza di classe. Oggi, i colossi dell'economia sono i padroni del web e la loro ricchezza è incommensurabile rispetto a quella delle persone con un lavoro, anche di classe media. L'idea

[5] Ufficio federale di statistica. (2020). *Povertà e deprivazione*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/situazione-economica-sociale-popolazione/situazione-sociale-benessere-poverta-poverta-deprivazione.html>

che un colpo di fortuna possa garantire il futuro più dell'acquisizione di competenze e professionalità è un sogno preadolescenziale diventato realtà. Nelle società con scarsità di risorse e instabilità sociale, i giovani sono visti come un rimedio e una speranza per il futuro. Invece, nelle società con un relativo benessere tra gli adulti, i giovani sono spesso percepiti come una minaccia. In tempo di guerra, per esempio, i ragazzi venivano mandati a combattere e morire, ed erano riconosciuti come eroi della patria, mentre in tempo di pace e prosperità sono descritti come una minaccia per le generazioni precedenti che temono la loro avidità, impulsività, arroganza, mancanza di rispetto e aggressività. Questa dinamica sociale varia ovviamente in base alle condizioni sociali della famiglia dell'adolescente. Un ragazzo che cresce in una famiglia agiata può aspettarsi che il suo futuro sia garantito dai genitori, che gli pagheranno gli studi, gli garantiranno una buona scuola e forse un Master costoso, oltre ad aiutarlo a sistemarsi. Un ragazzo proveniente da una famiglia povera, un minore non accompagnato o un immigrato di seconda generazione, difficilmente potranno contare sul supporto dei genitori per costruirsi un futuro: dovranno crescere in fretta, arrangiandosi da soli, con metodi legali e a volte illegali, devastati dalla rabbia verso una società che non garantisce un futuro e dall'invidia verso i "figli di papà", che hanno il supporto che a loro manca.

Il disagio sociale dei giovani inevitabilmente si trasforma anche in disagio mentale e i problemi che iniziano in infanzia o adolescenza, se non affrontati adeguatamente, tendono a cronicizzarsi e peggiorare in età adulta. In generale, il 10% dei minori tra i 5 e i 16 anni soffre di una condizione psicologica clinicamente significativa, e tra i problemi più comuni ci sono i disturbi del comportamento, l'aggressività e l'iperattività, oltre ai disturbi d'ansia e depressivi. Il Covid-19 ha peggiorato significativamente questa situazione. La pandemia è stata, senza dubbio, un trauma collettivo che ha avuto un impatto devastante non solo in termini di vittime, ma anche per le conseguenze del disagio mentale che ha lasciato. L'effetto traumatico è stato particolarmente rilevante nelle giovani generazioni, tanto che le percentuali di adolescenti che soffrono di ansia e depressione sono raddoppiate^[6]; oltre all'effetto traumatico della pandemia, si è intensificato il conflitto tra la pressione sociale al successo e la difficoltà di essere economicamente indipendenti, in particolare nei gruppi svantaggiati, che non dispongono di riserve

economiche per superare i periodi di crisi e riduzione del reddito. Le principali manifestazioni di questo disagio evolutivo e psicopatologico sono il ritiro sociale, i disturbi alimentari e i comportamenti autolesivi, in cui l'aggressività è rivolta verso sé stessi, oltre ai comportamenti violenti, in cui la rabbia è invece eterodiretta.

In Ticino, dal 2015 al 2020, sono stati in media 160 all'anno i minorenni ricoverati in cliniche psichiatriche o in ospedali acuti; nel 2021 sono stati 224: quasi il 40 % in più. Secondo gli esperti, si tratta di un incremento della sofferenza non sempre facilmente inquadrabile dal punto di vista medico. Ed è proprio in questo contesto che nel 2023 ha visto la luce il primo CAS in Pedopsichiatria del DEASS, in cui un aspetto irrinunciabile è sicuramente la formazione di professionisti che lavorano a stretto contatto con gli adolescenti, fornendo loro le competenze necessarie ad accompagnare i giovani nell'apprendimento di come gestire la propria rabbia.

Una sfida, questa, anche per le autorità penali. Una sofferenza che se portata all'estremo, in alcune circostanze può condurre a commettere dei reati, come abbiamo visto anche recentemente in alcuni casi di cronaca cantonale. L'aumento di minori con fragilità psichiche è un fenomeno con cui la società tutta, comprese le autorità penali, è chiamata a confrontarsi.

[6] Racine, N., McArthur, B.A., Cooke, J.E., Eirich, R., Zhu, J., Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During Covid-19. A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142-1150. 10.1001/jamapediatrics.2021.2482.



Fabrizio Mazzonna

Fabrizio Mazzonna è un economista applicato, Professore di Economia presso l'Università della Svizzera italiana. La sua ricerca si è focalizzata principalmente sui temi legati all'invecchiamento della popolazione e alla salute mentale.

Attualmente dirige il progetto quadriennale "Health and economic consequences of low-value mental health care: the case of benzodiazepines" finanziato dal Fondo Nazionale Svizzero (FNS) che indaga le conseguenze economiche dell'uso eccessivo di benzodiazepine.

Sovraconsumo di psicofarmaci

Negli ultimi decenni le diagnosi legate ai disturbi mentali sono aumentate in maniera significativa, diventando una delle principali sfide per la salute pubblica a livello globale. Parallelamente, il consumo di farmaci psicotropi, specialmente antidepressivi, è cresciuto in modo esponenziale. Eppure, nonostante l'incremento delle prescrizioni, non si riscontra una riduzione della prevalenza dei disturbi mentali. Questo articolo discute le ragioni di questo paradosso, valutando i rischi di un approccio terapeutico basato esclusivamente su soluzioni farmacologiche.

Negli ultimi decenni, i disturbi mentali sono diventati una delle principali sfide di salute pubblica a livello globale. I problemi di salute mentale figurano tra le cause principali di disabilità e mortalità in tutto il mondo, con effetti economici negativi su produttività e partecipazione al lavoro^[1]. Parallelamente, il consumo di farmaci psicotropi, specialmente antidepressivi, ha registrato un aumento esponenziale, soprattutto nei paesi occidentali. La pandemia di Covid-19 ha rafforzato questa tendenza, incrementando i livelli di stress e ansia nella popolazione, così come l'utilizzo di questi farmaci.

Una parte di questo aumento, sia nelle diagnosi che nel trattamento farmacologico, è riconducibile alla riduzione dello stigma intorno ai problemi mentali e ad una maggiore consapevolezza dell'importanza del benessere mentale. Per molto tempo, infatti, un numero considerevole di pazienti non riceveva alcun trattamento, e gli sforzi per aumentare la copertura terapeutica e migliorare la qualità di vita di chi soffre di disturbi psichiatrici sono stati importanti. Tuttavia, negli ultimi decenni la strategia adottata per ridurre tale divario si è basata quasi esclusivamente sull'utilizzo di farmaci psicotropi, spesso prescritti da medici di famiglia senza un consulto specialistico. Questa im-

postazione ha sollevato diverse questioni critiche, sia in termini di efficacia degli interventi, sia in relazione alle conseguenze a lungo termine sulla salute pubblica. Purtroppo, malgrado l'ampio ricorso a questi farmaci, non si riscontra una riduzione della prevalenza dei disturbi mentali: un fenomeno definito da alcuni ricercatori come un vero e proprio "paradosso"^[2].

La scarsità di specialisti in salute mentale e le politiche di contenimento dei costi sanitari hanno probabilmente contribuito a favorire il trattamento farmacologico rispetto ad altre forme di supporto, nonostante linee guida basate sull'evidenza scientifica suggeriscano nella maggior parte dei casi la psicoterapia come prima linea di intervento. Un esempio emblematico è quello delle benzodiazepine: se da un lato offrono un rapido sollievo dai sintomi di ansia e insonnia, dall'altro sono note per i rischi di dipendenza a lungo termine e per i gravi effetti collaterali^[3]. Malgrado le numerose campagne di sensibilizzazione che ne scoraggiano l'utilizzo, soprattutto a medio e lungo termine, le benzodiazepine rimangono tra i farmaci più prescritti nei Paesi OCSE^[4], in particolare dai medici di famiglia.

In questo contesto, esiste poi una notevole variabilità tra i medici nella ge-

stione dei pazienti con problematiche mentali, che si traduce spesso in differenze significative nel benessere dei loro assistiti. Tale variabilità può derivare da fattori quali la diversa capacità diagnostica, le convinzioni personali^[5] e, in alcuni casi, anche da incentivi finanziari che inducono a preferire un trattamento rispetto a un altro. Da questo punto di vista non va sottovalutato il ruolo delle aziende farmaceutiche. Le loro campagne di marketing, spesso aggressive, includono incentivi economici e la promozione di teorie scarsamente supportate dall'evidenza, come l'idea dello "squilibrio chimico", per giustificare l'uso diffuso di antidepressivi e di altri farmaci psicotropi. Questa pressione ha spinto nella direzione di un ricorso estensivo ai farmaci anche per disturbi mentali lievi o per altre patologie non psichiatriche, come i dolori cronici.

Uno dei temi più critici è l'uso crescente di farmaci psicotropi tra gli anziani, specialmente quelli istituzionalizzati. In molti casi, la prescrizione non risponde a reali necessità cliniche, ma viene adottata come strategia di gestione comportamentale che, nel lungo termine, può produrre effetti deleteri su salute e autonomia degli anziani. Questo fenomeno si inserisce in un quadro più ampio di medicalizzazione della società, in cui problematiche sociali e psicologiche vengono affrontate prevalentemente con soluzioni farmacologiche individuali, piuttosto che agendo sulle loro cause strutturali, frequentemente di natura sociale. Stress, precarietà, ritmi di lavoro spesso poco conciliabili con le esigenze familiari, in una società sempre più individualista, sono dei *trigger* che portano al peggioramento della salute mentale di molte persone. A questo si aggiungono la carenza di servizi di supporto, unita alla pressione che grava su medici di base e specialisti, che hanno alimentato tale tendenza, con un incremento costante delle prescrizioni anche in assenza di una valutazione approfondita delle alternative.

L'esperienza degli Stati Uniti con la crisi degli oppiacei è un esempio paradig-

matico di come un'eccessiva medicalizzazione, unita a incentivi finanziari inappropriati per medici e aziende farmaceutiche, possa sfociare in conseguenze drammatiche. L'uso massiccio di oppiacei, promosso come soluzione efficace per il dolore cronico, ha infatti contribuito a una delle peggiori crisi sanitarie della storia recente con centinaia di migliaia di morti ogni anno.

Anche se, nel caso degli antidepressivi, il rischio di dipendenza è assente, le evidenze più recenti suggeriscono che un uso inappropriato possa avere effetti negativi sulla salute e sulle prospettive economiche dei pazienti^[6]. In Svizzera, per esempio, l'incremento delle vendite di questi farmaci non ha migliorato le prospettive economiche delle persone trattate; al contrario, ha coinciso con un aumento dei ricoveri ospedalieri sia per problemi mentali sia per gli effetti collaterali dei farmaci stessi. Si tratta di un chiaro esempio di sovratrattamento e di cure inappropriate^[7].

Per migliorare la gestione della salute mentale è dunque necessaria una maggiore disponibilità di terapie non farmacologiche, come la psicoterapia, ma soprattutto un cambio di paradigma in ambito medico e sociale. Occorre superare la visione che riduce il benessere mentale a un problema individuale da risolvere con una pillola, e promuovere strategie più integrate che includano il supporto sociale, la prevenzione e un migliore accesso a trattamenti fondati sull'evidenza scientifica.

[1] James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., [...] & Briggs, A. M. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10159), 1789–1858.

[2] Ezawa, I. D., Robinson, N., & Hollon, S. D. (2024). Prevalence Increases as Treatments Improve. An Evolutionary Perspective on the Treatment – Prevalence Paradox in Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 20(1), 201–228.

[3] Soyka, M. (2017). Treatment of benzodiazepine dependence. *New England Journal of Medicine*, 376(12), 1147–1157.

[4] Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

[5] Cutler, D., Skinner, J. S., Stern, A. D., & Wennberg, D. (2019). Physician beliefs and patient preferences. A new look at regional variation in health care spending. *American Economic Journal: Economic Policy*, 11(1), 192–221.

[6] Currie, J. M. & MacLeod, W. B. (2020). Understanding physician decision making. The case of depression. *Econometrica*, 88(3), 847–878.

[7] Masiero, G., Mazzonna, F., & Steinbach, S. (2020). Happy Pills? Mental Health Effects of the Dramatic Increase of Antidepressant Use. *IZA Discussion Papers*, 13727

Valentina Rotondi è Professoressa presso la SUPSI e ricercatrice associata presso l'Università di Oxford. Le sue ricerche esplorano l'intersezione tra neuroscienze, scienze

sociali ed economia. Dopo una laurea triennale e magistrale presso l'Università di Pavia ed un anno di perfezionamento a Toulouse, ha conseguito un Dottorato di ricerca in Economia presso

l'Università Cattolica di Milano con un periodo di permanenza di un anno presso l'Università di Strasburgo. Ha quindi svolto i suoi periodi di postdoc presso il Politecnico di Milano, l'Università

Bocconi e l'Università di Oxford. Ha svolto ricerca sul campo e ha vissuto in Siria, Palestina, Etiopia, Cambogia, Panama e Vietnam. È mamma di tre bimbi che non si è meritata.

“Ho il cervello in pappa”: come la genitorialità trasforma il cervello di mamma (e un po’ anche di papà)

“Ho il cervello in pappa”. Quante volte abbiamo sentito questa frase pronunciata da neogenitori alle prese con una vita completamente diversa da prima? È un'espressione che, in poche parole, cattura l'intensità delle trasformazioni fisiche, emotive e mentali che accompagnano l'arrivo di un figlio. Ma cosa accade davvero a livello cerebrale? Le neuroscienze ci rivelano che la maternità non solo cambia la vita, ma anche la struttura del cervello, con effetti che possono durare decenni.

al finanziamento della fondazione Fidinam^[2], ha mostrato che, sorprendentemente, queste trasformazioni non sono temporanee^[3]: le madri, infatti, mostrano una densità di materia grigia maggiore in alcune aree chiave del cervello rispetto alle donne senza figli, anche a distanza di venti o trent'anni dal parto. Questi cambiamenti nel cervello delle mamme, inoltre, potrebbero offrire un effetto protettivo contro il naturale declino cognitivo legato all'età, suggerendo che la maternità lascia una “firma” duratura sul cervello.

Tuttavia, le ragioni di queste trasformazioni a lungo termine non sono ancora completamente comprese. Potrebbero derivare solamente da fattori biologici legati alla gravidanza e al parto, cosa che lo studio BRIDES sembra escludere, oppure essere influenzate dall'esperienza continua di prendersi cura di un figlio, che richiede un adattamento costante delle capacità cognitive ed emotive. Se questa seconda ipotesi fosse vera, e sembrerebbe esserlo, non è solo questione di biologia ma di cura, prospettiva che apre spazi di ricerca davvero interessanti.

In effetti, se si guarda alla letteratura sui padri^[4], che non presentano cambiamenti biologici ma che, comunque, vivono l'esperienza della cura, alcuni studi indicano un aumento della connettività in regioni cerebrali associate alla motivazione e al *caregiving*, soprattutto nei padri fortemente coinvolti nella cura quotidiana dei figli. Tuttavia, l'impatto sembra essere meno marcato rispetto a quello osservato nelle madri. Questa differenza potrebbe essere legata a fattori culturali e sociali che influenzano i ruoli genitoriali. Sebbene il tempo dedicato alla cura dai padri nelle società occidentali sia aumentato, i padri tendono ancora a ricoprire

[1] Halmans, S., Straathof, M., & Hoekzema, E. A. (2025). Dynamic brain plasticity during the transition to motherhood. *Trends in Cognitive Sciences*, 29(1), 10-11. doi.org/10.1016/j.tics.2024.10.011

Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., Soliva, J. C., Tobeña, A., Desco, M., Crone, E. A., Ballesteros, A., Carmona, S., & Vilarroya, O. (2016). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 20(2), 287-296. doi.org/10.1038/nn.4458

[2] La fondazione Fidinam è un soggetto senza scopo di lucro creato nel 2008 e sottoposto alla vigilanza della Confederazione Svizzera, esercitata dal Dipartimento federale dell'interno (DFI).

Diventare genitori è un'esperienza che ridefinisce l'esistenza. Le notti insonni, le responsabilità continue e le emozioni intense creano un nuovo equilibrio in cui le priorità cambiano radicalmente. Tuttavia, gli effetti della genitorialità non si fermano al piano emotivo o sociale: coinvolgono anche il cervello.

Numerosi studi neuroscientifici^[1] hanno rivelato che la maternità induce cambiamenti significativi nella struttura cerebrale. Durante la gravidanza e il periodo post-partum, le madri sperimentano alterazioni nella densità della materia grigia e nella connettività neuronale, specialmente in aree legate all'empatia, alla cognizione sociale e alla regolazione emotiva. Questi adattamenti sembrano preparare le madri a rispondere ai bisogni dei neonati in modo rapido ed efficace, potenziando abilità come l'intuizione emotiva e la gestione dello stress.

Lo studio BRIDES, condotto da un team internazionale coordinato dalla SUPSI grazie

un ruolo meno centrale nel *caregiving* rispetto alle madri, anche se questo sta cambiando rapidamente con l'aumento dei congedi di paternità e di una maggiore condivisione delle responsabilità domestiche.

"Le madri mostrano una densità di materia grigia maggiore in alcune aree chiave del cervello rispetto alle donne senza figli, anche a distanza di venti o trent'anni dal parto. Questi cambiamenti nel cervello delle mamme, inoltre, potrebbero offrire un effetto protettivo contro il naturale declino cognitivo legato all'età, suggerendo che la maternità lascia una "firma" duratura sul cervello."

Anche la scienza, dunque, sembra confermare un'intuizione che Fabrizio De André aveva espresso con straordinaria lucidità in una sua canzone intitolata Ave Maria: "femmine un giorno e poi madri per sempre". Il nostro studio va però oltre, suggerendo che i cambiamenti legati alla transizione alla maternità non si limitano alle strutture cerebrali, ma influenzano significativamente il benessere psicologico. In particolare, la maternità è associata a un aumento del senso di significato nella vita, una dimensione del benessere che riflette la percezione di uno scopo chiaro e profondo. Tuttavia, questo non implica necessariamente un aumento della felicità. La genitorialità comporta sfide significative, come la mancanza di sonno, lo stress e le preoccupazioni per il benessere dei figli. Questi fattori possono influire negativamente sull'umore e portare a un'esperienza emotiva ambivalente.

Nonostante i progressi compiuti, molte domande restano aperte. Quali sono i meccanismi esatti che collegano i cambiamenti cerebrali alla genitorialità? Perché alcune trasformazioni sembrano durare decenni? E quali fattori influenzano le differenze di genere nei cambiamenti cerebrali? Inoltre, come influenzano queste trasformazioni sul comportamento economico-sociale?

Il nostro progetto di ricerca, finanziato dalla Fondazione Fidinam e dalla Fondazione Ferdicasse, la Federazione Italiana delle Banche di Credito Cooperativo e Casse Rurali, in collaborazione con il Neurocentro della Svizzera Italiana e il reparto di Ginecologia e Ostetricia dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), esplora un aspetto innovativo: come la transizione alla genitorialità favorisca lo sviluppo

di competenze trasversali, in particolare quelle relazionali, che sono sempre più richieste nel mercato del lavoro ma difficili da automatizzare o da sostituire grazie all'uso di modelli di intelligenza non umana.

Parliamo di *soft skills* come l'empatia, la comunicazione efficace, la gestione dello stress e la capacità di *problem solving* in contesti complessi. Queste competenze, maturate nell'esperienza quotidiana di cura e gestione familiare, potrebbero avere un impatto positivo soprattutto nei ruoli *white collar*, contribuendo a migliorare – anziché ridurre – la produttività lavorativa. In altre parole, la genitorialità potrebbe non essere un ostacolo, ma un'opportunità o, meglio, una palestra per allenare abilità chiave sempre più richieste nel mondo del lavoro contemporaneo.

Per indagare questa ipotesi, adottiamo un approccio interdisciplinare che integra neuroscienze, psicologia, economia e sociologia. Utilizziamo un modello multi-metodo che include strumenti neuroscientifici avanzati, come la risonanza magnetica funzionale (fMRI) e giochi comportamentali con rilevazione dell'attivazione cerebrale, una raccolta dati longitudinale e uno studio qualitativo. L'obiettivo è osservare come queste competenze relazionali si sviluppino e si consolidino nel tempo e come possano essere trasferite dalla sfera familiare al contesto lavorativo.

Questo progetto ha, quindi, importanti implicazioni politiche e sociali. Se davvero la genitorialità o, ancora meglio, la cura favorisce lo sviluppo di competenze sociali avanzate e migliora la produttività lavorativa, allora promuovere l'assunzione dei genitori e sostenere le sfide che affrontano i *caregiver* potrebbe portare benefici significativi sia alla società sia alle aziende. In particolare, una politica che incoraggi l'occupazione dei genitori contribuirebbe a ridurre la disoccupazione, soprattutto quella femminile, mitigando la cosiddetta "penalità della maternità" che spesso colpisce le donne nel mercato del lavoro.

La penalità della maternità si riferisce alla diminuzione dei salari, delle opportunità di carriera e del riconoscimento professionale che molte donne sperimentano dopo essere diventate madri. Diversi studi dimostrano che le madri guadagnano mediamente meno rispetto alle donne senza figli e agli uomini, a parità di competenze e qualifiche. Questa penalità de-

[3] Rotondi, V., Allegra, M., Kashyap, R., Barban, N., Sironi, M., & Reverberi, C. (2024). Enduring maternal brain changes and their role in mediating motherhood's impact on well-being. *Scientific Reports*, 14(1). doi.org/10.1038/s41598-024-67316-y

[4] Abraham, E., Hendler, T., Shapira-Lichter, I., Kanat-Maymon, Y., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2014). Father's brain is sensitive to childcare experiences. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(27), 9792-9797. doi.org/10.1073/pnas.1402569111

Martínez-García, M., Paternina-Die, M., Cardenas, S. I., Vilarroya, O., Desco, M., Carmona, S., & Saxbe, D. E. (2022). First-time fathers show longitudinal gray matter cortical volume reductions. Evidence from two international samples. *Cerebral Cortex*, 33(7), 4156-4163. doi.org/10.1093/cercor/bhac333

riva da una combinazione di fattori. Da un lato, esiste una discriminazione di genere radicata nel mondo del lavoro: le madri vengono spesso percepite come meno impegnate o meno produttive a causa delle responsabilità familiari, il che può influire sulle decisioni di assunzione, promozione e valutazione delle performance. Dall'altro lato, alcune madri scelgono (o sono costrette) a ridurre l'orario di lavoro per conciliare le responsabilità familiari, il che incide sui guadagni e sulle opportunità di crescita professionale. Le pause per maternità o per la cura dei figli possono rallentare la progressione di carriera, limitando l'accumulo di esperienza e competenze professionali rispetto ai colleghi maschi. Inoltre, le madri tendono a spostarsi verso lavori più flessibili ma meno remunerativi per gestire meglio gli impegni familiari, contribuendo al divario salariale di genere.

Al contrario, i padri spesso sperimentano il fenomeno opposto, noto come bonus della paternità, che comporta un aumento dei salari e delle opportunità di carriera dopo essere diventati genitori. Questo avviene perché i padri vengono frequentemente percepiti come più affidabili, responsabili e motivati a mantenere un reddito stabile per la famiglia. La società tende a considerare gli uomini con figli come lavoratori più stabili e affidabili, premiando la loro "dedizione" al lavoro. Alcuni padri intensificano l'impegno lavorativo o accettano incarichi più onerosi per garantire sicurezza economica ai figli. A differenza delle madri, i padri raramente riducono l'orario di lavoro e spesso continuano a lavorare a tempo pieno o aumentano le ore lavorative. Inoltre, mentre alle madri viene chiesto di bilanciare lavoro e famiglia, ai padri viene spesso riconosciuta la dedizione al lavoro come parte del loro ruolo di "sostegno economico" della famiglia.

Questi fenomeni, profondamente radicati nelle norme culturali e sociali, anche se, fortunatamente, sempre meno, contribuiscono a rafforzare le disuguaglianze di genere sul lavoro. Mentre le madri affrontano penalità salariali e ostacoli alla carriera, i padri beneficiano di un'immagine professionale migliorata, perpetuando gli stereotipi di genere sui ruoli familiari e lavorativi.

Questa ricerca ha, dunque, il potenziale di aprire nuove prospettive su come sostenere i genitori e, più in generale i *caregiver*, non solo dal punto di vista del benessere psicologico, ma anche attraverso politiche aziendali che

valorizzino le competenze sviluppate durante la genitorialità. Comprendere come la transizione alla genitorialità influenzi il cervello, il comportamento e le dinamiche lavorative può fornire strumenti efficaci per promuovere una maggiore equità di genere e una cultura aziendale più inclusiva e produttiva, magari anche presso la nostra istituzione.

Il nostro obiettivo è continuare a esplorare queste connessioni, ampliando le conoscenze sui cambiamenti cerebrali e sociali legati alla genitorialità e alla cura in generale, e analizzando le loro implicazioni su produttività, benessere e relazioni sociali. In definitiva, vogliamo contribuire a una comprensione più profonda di come l'esperienza della cura possa plasmare non solo l'individuo ma anche la società, costruendo comunità più empatiche, collaborative e produttive.

Quindi sì, abbiamo davvero il cervello in pappa, ma forse è proprio questa trasformazione a renderci più umani, più empatici e, in fondo, anche più produttivi.



Mauro Durini e Valentino Garrafa

Mauro Durini è educatore e Coordinatore del Servizio di socioterapia dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) dal 2015. Collabora in qualità di formatore nella Formazione base e continua del DEASS in ambito lavoro sociale.

Valentino Garrafa è animatore socioculturale e educatore. È inoltre formatore nell'ambito della Formazione base del DEASS e membro del Consiglio di Fondazione Alice che si occupa di dipendenze.

Pratiche di ascolto e parole che curano

Il Club '74 e il Servizio di socioterapia dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) sono da oltre un decennio partner proattivi nell'ambito della formazione garantita dal Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale della SUPSI che fornisce strumenti di lavoro alle prossime generazioni di operatori sociali.

Il Club '74 è un'associazione che ha finalità socioterapeutiche, relazionali e inclusive.

Formalmente istituito nel 1974, ha contribuito in maniera importante alle riforme democratiche della sociopsichiatria ticinese, garantendo la partecipazione attiva ai processi decisionali delle persone che hanno delle problematiche di salute mentale. I principi ispiratori sono quelli della Psicoterapia Istituzionale di origine francese.

Seguendo i principi ispiratori dell'associazione, l'utenza (di seguito "membri del Club '74" o "persone") è direttamente coinvolta nei processi formativi del Bachelor in Lavoro sociale del DEASS, per esempio, raccontando e mettendo a "disposizione" degli studenti parti della propria vita, con testimonianze dirette che rivelano del disagio psichico, delle difficoltà riscontrate, del rapporto che hanno con le Istituzioni, di quello che è venuto a loro in aiuto, del rapporto con le famiglie, degli strumenti messi in atto per affrontare il disagio e ancora molti altri aspetti rilevanti.

Costruire rapporti basati sulla fiducia è un processo che richiede consapevolezza e reciproco rispetto: ogni relazione di cura ha necessità di questo presupposto.

Le parole, le emozioni e le sensazioni

che vengono condivise da parte dei membri del Club '74 (noi amiamo parlare di *regalo*) nel processo formativo richiamano degli aspetti che saranno fondamentali per le studentesse e gli studenti una volta terminata la formazione.

In sintesi, possiamo così evidenziare alcuni tratti che sono importanti nell'ambito della formazione in relazione alla salute mentale e al coinvolgimento della comunità del Club '74:

- **Il rapporto terapeutico (di cura) necessita di reciprocità e fiducia**

Distinguere i ruoli non presuppone una questione gerarchica (*io sono il curante, tu sei il curato, oppure, io sono detentore della verità e tu di un bisogno*).

La distinzione dei ruoli aiuta le persone coinvolte a situarsi in una data esperienza relazionale in cui vi è necessità di coinvolgimento. Si riconosce all'altro il reciproco sapere e il rispetto della propria *soggettività*.

- **Raccontare e condividere le esperienze che viviamo o abbiamo vissuto può essere trasformativo**

Nel raccontarsi, ognuno di noi ripercorre esperienze vissute e ha la possibilità di trasformare e dare una nuova lettura a quanto accaduto.

- **Praticare l'ascolto**

Le prassi degli operatori sociali dovrebbero includere l'allenamento all'ascolto. Vi è un certo fraintendimento che spesso inquadra gli operatori sociali nell'ordine del "fare" attività, svolgere mansioni, eseguire procedure.

Praticare l'ascolto nei confronti del proprio interlocutore (e dovremmo aggiungere anche di noi stessi) permette di affinare la capacità d'intervento.

A volte l'intervento è proprio l'ascolto: la persona ha la consapevolezza e la sicurezza di avere qualcuno al proprio fianco quando *sente* di essere ascoltata.

Grazie al coinvolgimento dei membri del Club '74, chi è in formazione ha la possibilità di confrontarsi con la *verità* delle persone: questa evidentemente include tutti quegli aspetti emozionali che aiutano a rendere l'iter formativo autentico. Non si tratta di un gioco di ruoli, di un apporto teorico, di parole. Si tratta della vita e delle esperienze autentiche che sono vissute dalle persone: praticare questa esperienza dona alla formazione la forza di quella che possiamo definire *verità*.

- **Praticare progettualità condivisa**

Spesso si parla – e si approfondisce a livello teorico – di centralità dell'utenza, di processi partecipativi, di saper cogliere le esigenze delle persone.

Il coinvolgimento diretto dei membri del Club '74 permette alle studentesse e agli studenti di vivere l'iter formativo anche con una prospettiva progettuale che mette in luce le *competenze*. Queste ultime non sempre seguono una gerarchia di ruolo, bensì confrontano i futuri operatori sociali con la possibilità di dare fiducia e le giuste responsabilità alle persone.

La complessità dei progetti promossi in collaborazione con il DEASS si traduce, per chi ne è coinvolto, in un'autentica esperienza formativa. Il percorso progettuale e "realizzativo" obbliga al confronto con ambiti apparentemente molto diversi: politico e sociale, istituzionale, relazionale, individuale, toccando anche aspetti legati alla sostenibilità e al monitoraggio dei processi in atto.

Questa complessità si traduce nell'esperienza unica e totale che vive chi è in formazione.

La progettualità condivisa in formazione e salute mentale non solo promuove un approccio terapeutico, ma favorisce anche la costruzione di un cambiamento culturale, di una rete solidale e di un maggiore rispetto per i temi della salute mentale. L'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle

persone coinvolge tutti gli attori presenti, anche e soprattutto i futuri operatori sociali.

Si tratta di progetti condivisi, interdipartimentali e trasversali come il modulo DEASS coordinato dal Prof. Lorenzo Pezzoli "Metodi e tecniche di intervento con il disagio psichico", che vede l'interazione di numerosi partner (Conservatorio della Svizzera italiana, Servizio di socioterapia OSC, Ingrado, Pro Mente Sana, ecc.) e si avvale da molti anni delle competenze acquisite nel tempo dalle persone che compongono il Club '74. Senza questa sinergia, le interazioni istituzionali sarebbero probabilmente troppo formali. La vicinanza e la "lettura" delle esigenze delle persone crea il giusto contatto con la realtà territoriale.

Riteniamo sia giunto il momento di riconoscere queste competenze attraverso un nuovo iter formativo e luoghi istituzionali che vogliano avvalersi di queste competenze professionali.



[Fig.1] Immagini dello spettacolo "Oltre la cenere" andato in scena il 13.12.2024 presso il Teatro sociale di Casvegno.

La messa in scena è realizzata e presentata dalle studentesse e dagli studenti del Bachelor in Lavoro sociale del DEASS grazie alla rinnovata collaborazione con il Club '74, le allieve e gli allievi del Conservatorio della Svizzera italiana, la fondazione Ingrado – servizi per le dipendenze, Pro Mente Sana Ticino e l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale.

Maria Caiata-Zufferey è Professoressa in Sociologia dei problemi socio-sanitari e Responsabile del Centro competenze pratiche e politiche sanitarie

I suoi interessi scientifici si focalizzano sulla gestione individuale del rischio in condizioni di malattia e devianza e più in generale sull'azione in contesti di incertezza.

Giada Danesi è ricercatrice con PhD in Scienze sociali della salute e Studi della scienza e della tecnologia al Centro competenze pratiche e politiche

sanitarie. Le sue ricerche si interessano alle conoscenze laiche e scientifiche nella gestione della malattia e dell'alimentazione, alle pratiche di cura e alla salute digitale.

Nuovi orizzonti per la salute mentale: il ruolo dei pari per esperienza

Da quando aveva 18 anni, Anne ha vissuto tra periodi di depressione e ospedalizzazioni, affrontando un lungo percorso di cura. Oggi, poco più che quarantenne, ha scelto di formarsi come *Pari per Esperienza in Salute Mentale* (PESM) per accompagnare altre persone nel loro cammino di recupero. Lavora a tempo parziale per un gruppo di aiuto e azione psichiatrica nella Svizzera romanda, offrendo ascolto, supporto e comprensione. Tra le sue attività vi è la conduzione di gruppi di parola per persone con problemi psichici, ruolo che in precedenza era ricoperto da una psicologa.

Yannick, ex policonsumatore cinquantenne, ha trasformato il suo vissuto con le sostanze in una risorsa professionale. Dopo una formazione come coach e una come PESH, è passato da paziente a membro del team in una clinica della Svizzera francese specializzata in disturbi alimentari e dipendenze. Nel lavoro con i pazienti sa mobilitare il proprio percorso, aiutandoli a riconoscere le proprie risorse e a fronteggiare le difficoltà. I pazienti apprezzano la sua presenza: si sentono compresi, condividono uno stesso vissuto e ritengono che "sa di cosa parlano". La direttrice lo descrive come un collante tra i professionisti della salute e i pazienti.

Una figura in crescita

La figura del *Pari per Esperienza in Salute Mentale* (PESH) è da tempo diffusa in diversi paesi euro-

pei. In Svizzera, il modello è in espansione: la certificazione per diventarlo, EX-IN (*Experienced Involvement*), è già attiva nella Svizzera tedesca^[1] ed è stata adattata nella Svizzera romanda dall'associazione Re-Pairs^[2].

In Ticino, l'integrazione di questa figura è ancora agli esordi^[3], sebbene l'interesse delle istituzioni stia crescendo. Pro Mente Sana offre da alcuni anni il corso "Alla scoperta del tuo *Recovery!*" a persone che hanno vissuto una crisi psichica e desiderano riflettere sul proprio percorso per rafforzare le proprie risorse personali^[4]. Tuttavia, manca ancora la formazione per ottenere una certificazione come PESH.

Nel resto della Svizzera, dove la formazione e l'integrazione dei PESH nelle istituzioni socio-sanitarie sono già consolidate, resta ancora limitata la loro presenza nei settori della ricerca e sviluppo e della formazione, così come nei processi decisionali a livello politico^[5].

Il valore dell'esperienza nei percorsi di cura

La figura del PESH nasce dalle trasformazioni nei modelli di cura e nei paradigmi della salute mentale. Negli ultimi anni, l'approccio socio-psichiatrico decentralizzato, focalizzato sul paziente e sulla comunità, si è affermato come uno dei paradigmi più promettenti per il miglioramento dei sistemi di salute mentale. Questo modello ha sostituito la visione della malattia mentale come condizione irreversibile con il concetto di *recovery*.

Il *recovery* non si limita all'assenza di sintomi, ma si concentra sul benessere globale della persona, promuovendone l'autonomia e la partecipazione nel proprio contesto sociale^[5]. Questo cambiamento di prospettiva ha portato a una maggiore

[1] <https://www.ex-in-schweiz.ch/>

[2] <https://www.re-pairs.ch/>

[3] Crivelli-Martins de Arce, M.E. (2022). *La malattia come risorsa. Gli esperti per esperienza in psichiatria. Lo sguardo di un'assistente sociale nel contesto ticinese* [Tesi di bachelor, SUPSI].

[4] <https://promentesana.ch/it/autonomia-e-cura/offerte-per-il-recupero/alla-scoperta-del-tuo-recovery>

[5] Burr, C., Jaeger, M., Suter, C., Berchtold, J., & Zwicknagl, A. (Eds.). (2022). *Prise de position. Travail pair et inclusion de l'expérience de la maladie et du rétablissement en psychiatrie. Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 3.

valorizzazione dell'esperienza vissuta da chi ha attraversato percorsi di cura, contribuendo a ridefinire il concetto stesso di guarigione: il focus non è più sull'eliminazione dei sintomi a tutti i costi, ma sulla costruzione di una vita significativa nonostante la loro possibile persistenza. In questo modello, il paziente diventa un protagonista attivo del suo processo di *recovery*, mentre l'operatore assume il ruolo di facilitatore^[6].

Questo cambio di paradigma ha favorito l'integrazione dei PESM nei servizi di salute mentale. Si tratta di persone che hanno affrontato un percorso di *recovery* dopo un disturbo psichico, alimentare o un problema di dipendenza e che, grazie a una formazione specifica, vengono impiegate nelle istituzioni socio-psichiatriche per supportare altri pazienti. È così riconosciuto il valore della loro esperienza nel promuovere percorsi di guarigione più inclusivi, partecipativi e orientati al benessere, contribuendo a rendere i servizi più vicini ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari.

Benefici per pazienti, professionisti e istituzioni

L'inclusione dei PESM nei percorsi di cura può generare numerosi benefici. Con la loro presenza, i PESM contribuiscono al miglioramento della qualità di vita dei pazienti, favorendo una maggiore autonomia e riducendo la stigmatizzazione. Nella misura in cui i pazienti si riconoscono nei trascorsi dei PESM e li percepiscono come un modello di riferimento^[7], si può anche assistere ad un consolidamento del senso di connessione e all'attenuarsi dell'isolamento sociale. Infine, queste figure possono contribuire a rendere l'ambiente terapeutico più accogliente e inclusivo, rendendo la comunicazione tra pazienti e operatori sanitari più efficace^[8].

Questo ruolo rappresenta un'opportunità per i PESM di trasformare il proprio vissuto di malattia in un'esperienza consapevole, dunque in una risorsa trasferibile in altri contesti e condivisibile con altre persone. Rielaborando il proprio percorso, i PESM ne ricavano significati, conoscenze e competenze che possono mettere al servizio degli altri, contribuendo attivamente ai processi di cura. Il loro inserimento lavorativo nel sistema sanitario favorisce la loro autostima e il loro senso di realizzazione personale^[9].

L'integrazione dei PESM può generare effetti positivi anche nelle istituzioni sanitarie che li accolgono. La loro presenza promuove un cambiamento culturale, ponendo maggiore attenzione alla prospet-

tiva dei pazienti e riducendo la distanza tra questi e i professionisti^[10]. Inoltre, la loro collaborazione con gli operatori sanitari e sociali agevola l'introduzione di idee innovative e promuove un approccio terapeutico centrato sul paziente, basato su una visione più olistica della sua condizione, migliorando così la sua partecipazione e, in ultima analisi, sostenendo il suo percorso di *recovery*^[11].

L'integrazione nelle istituzioni di cura: tra opportunità e sfide

Nonostante il grande potenziale, l'integrazione dei PESM nei servizi di cura non è priva di sfide. Questa figura costituisce "un nuovo anello nella catena dell'aiuto, né paziente né vero e proprio caregiver", secondo la definizione data da Iannis McCluskey, PESM e fondatore dell'Associazione Re-Pairs in Svizzera romanda^[12]. Questa condizione liminale genera ambiguità e interrogativi. La definizione del ruolo dei PESM nei team interprofessionali, il loro riconoscimento istituzionale, la definizione delle loro competenze e una formazione adeguata sono questioni che devono essere affrontate continuamente. Per garantire un'integrazione efficace di questi profili, è necessario inoltre predisporre misure di supporto per prevenire il rischio di sovraccarico emotivo^[8]. Gli studi evidenziano anche criticità legate alla stigmatizzazione dei PESM e alle difficoltà di collaborazione con gli altri professionisti sanitari^[5: 10; 13; 14]. Il rischio è forte, infine, di creare aspettative senza un effettivo riconoscimento della qualifica nel mercato del lavoro.

L'evidenza scientifica sui PESM rimane dunque ambivalente: da un lato, ne viene riconosciuto il potenziale nel migliorare i percorsi di cura; dall'altro, risulta difficile valutarne con precisione l'impatto, con diverse criticità ancora da affrontare^[7].

Le condizioni per un'integrazione sostenibile

Alla luce delle sfide evocate, è evidente che l'affermazione del modello dei PESM non sia scontata, ma richieda un equilibrio delicato tra diversi fattori. L'analisi del loro potenziale e delle criticità consente di delineare una prima riflessione sulle condizioni necessarie per una loro integrazione sostenibile nei servizi di salute mentale.

È essenziale in primis investire nella formazione dei PESM, affinché sviluppino competenze strutturate, preservando il proprio benessere emotivo e integrandosi nei team senza perdere la specificità

[6] Vita, A., Dell'Oso, L., Mucci, A., (2019). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale*. Volume 2. Giovanni Fioriti Editore.

[7] Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 123-128. doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009

[8] Thompson, D. M., Booth, L., Moore, D., & Mathers, J. (2022). Peer support for people with chronic conditions. A systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 22, 427. doi.org/10.1186/s12913-022-07816-7

[9] Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., Rinaldi, M., & Stamou, E. (2015). Introducing New Peer Worker Roles into Mental Health Services in England. Comparative Case Study Research Across a Range of Organisational Contexts. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(6), 682-694. doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z

[10] Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses. Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429-441. doi.org/10.1176/appi.ps.201300244

La salute mentale in Svizzera

In Svizzera, fino a un terzo della popolazione soffre ogni anno di un disturbo mentale e solo la metà di queste persone riceve un trattamento adeguato. Una persona su otto manifesta sintomi gravi, che comportano limitazioni nella vita quotidiana o pensieri suicidari. Inoltre, rispetto al periodo pre-pandemico, si è osservato un aumento significativo della sofferenza psicologica, con il 18% della popolazione che riferisce problemi di salute mentale nel 2022, rispetto al 15% nel 2017^[15].

Questi dati indicano che i disturbi mentali sono tra le patologie più diffuse e invalidanti. Essi influenzano tutti gli ambiti della vita, riducendone la qualità, incidendo sulle relazioni sociali e limitando la capacità lavorativa. Sebbene spesso non siano riconosciuti come tali, essi rappresentano un peso considerevole sia per le persone colpite che per i loro familiari. Migliorare i sistemi di salute mentale è quindi una priorità, sia a livello internazionale che in Svizzera.

del loro contributo esperienziale. Parallelamente, le istituzioni devono disporre di linee guida chiare per definire il ruolo di queste figure e le modalità di collaborazione e ingaggio. Tali indicazioni devono garantire flessibilità, tenendo conto delle specificità istituzionali e delle eventuali fasi di fragilità che queste persone potrebbero attraversare.

La piena integrazione dei PESM richiede anche un cambiamento culturale. È fondamentale sensibilizzare i professionisti della salute mentale affinché comprendano il valore aggiunto di queste figure, superando eventuali resistenze o pregiudizi legati al loro statuto ibrido. Anche il contesto territoriale deve essere preparato attraverso iniziative di sensibilizzazione rivolte non solo alle istituzioni sanitarie, ma anche alla società civile, alle associazioni di pazienti e familiari, e ai decisori politici.

Il consolidamento di queste figure passa infine da un finanziamento stabile e strutturato, che ne garantisca la continuità operativa e ne legittimi ulteriormente il ruolo, favorendo una piena integrazione nel sistema sanitario e sociale.

In questo processo complesso, la ricerca applicata e ricerca-azione può giocare un ruolo chiave nell'accompagnare e valutare l'inserimento dei PESM, fornendo evidenze sul loro impatto e individuando strategie efficaci per la loro integrazione. I risultati degli studi possono inoltre arricchire la formazione dei professionisti della salute e del lavoro sociale, favorendo una maggiore consapevolezza del valore di questa figura e fornendo gli strumenti per una collaborazione efficace.

Verso un modello di co-produzione della salute

L'integrazione dei PESM nelle istituzioni sanitarie, ma anche in campi di applicazione al di fuori delle istituzioni (per esempio nell'ambito dell'offerta indipendente di PESM, nel mondo associativo e/o nella promozione e prevenzione della salute), è un'opportunità per rendere il sistema di salute mentale più inclusivo e orientato al *recovery*. Affinché questo modello si affermi in modo efficace e duraturo, serve un approccio coordinato che coinvolga (ex) pazienti, operatori sanitari e sociali, istituzioni, società civile e, non da ultimo, il mondo della ricerca e della formazione, tutti orientati a collaborare per ridefinire e accompagnare pratiche e servizi, favorendo un approccio decentralizzato che avvicini l'assistenza ai bisogni reali delle persone. Ci si colloca qui in una logica di co-produzione della salute, dove l'esperienza dei pazienti è riconosciuta come una risorsa per la progettazione e l'erogazione dei servizi socio-sanitari^[9]. Solo un impegno congiunto potrà trasformare questa innovazione in una risorsa strutturale, capace di arricchire i percorsi di cura e promuovere un approccio più umano e partecipativo alla salute mentale.

[11] Lequin, P., Suter, C., Mazallon, R., Brodard, R., Abrahamyan Empson, L., Robalo, B., Conus, P., Nguyen, A., & Favrod, J. (2023). Integration of a peer practitioner in a hospital unit for patients with psychotic disorders. An exploratory qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 14. doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1244433

[12] <https://www.re-pairs.ch/a-propos>

[13] Bauer, S. (2024). Experienced Involvement (ExIn) in Social-Psychiatric Care of Germany – Challenges and Chances. *Sociology Study*, 14. doi.org/10.17265/2159-5526/2024.03.001

[14] Suter, C. (2020). Incarner le rétablissement. Les pairs praticiens en santé mentale. *Dépendances*, 67, 17-19. Disponibile da: <https://grea.ch/article-revue/5-incarner-le-retablissement-les-pairs-praticiens-en-sante-mentale/>

[15] Peter, C., Tuch, A., & Schuler, D. (2023). Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. *OBSAN Bericht*, 3. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2023-psychische-gesundheit-erhebung-herbst-2022>



Sara Levati è docente-ricercatrice senior al Centro competenze pratiche e politiche sanitarie ed è attiva nella didattica del Master in Cure infermieristiche e nella Formazione continua

per i prodotti legati al DAS Infermiere di famiglia e di comunità. Ha conseguito un Bachelor e Master in Scienze infermieristiche e ha ottenuto il Dottorato di ricerca in Complex health interventions

development alla Glasgow Caledonian University. I suoi interessi di ricerca includono lo sviluppo di interventi e servizi inerenti le cure domiciliari e le cure integrate, nonché la digitalizzazione della

sanità e lo sviluppo di metodologie di ricerca che coinvolgono attivamente pazienti e professionisti sanitari nello sviluppo di soluzioni atte a migliorare la qualità delle cure erogate.

Un set di giochi per allenare e monitorare il declino cognitivo degli anziani

In Svizzera possiamo ritenerci fortunati: l'aspettativa di vita è in continuo aumento, così come il numero di anni che si possono trascorrere attivamente e in salute dopo il pensionamento. Con il passare del tempo, però, così come il corpo invecchia, anche il cervello inizia a funzionare più lentamente, riducendo le prestazioni cognitive quali la memoria, le percezioni sensoriali, il linguaggio e la velocità di elaborazione delle informazioni. La buona notizia è che proprio come il corpo, anche il cervello può essere allenato.

Il progressivo invecchiamento della popolazione rende sempre più importante e diffuso il problema del declino cognitivo dovuto all'avanzare dell'età, anche perché il deterioramento delle capacità mentali spesso apre la porta a disturbi più seri, come le demenze senili^[1]. Le sfide legate al declino cognitivo vanno dalla mancata diagnosi alle scarse misure preventive, nonché all'assenza o all'inadeguatezza di un monitoraggio continuo da parte dei professionisti sanitari; si tratta di fattori che impediscono un adeguamento tempestivo dei piani di cura. Tuttavia, negli ultimi anni è stato dimostrato che appropriate modifiche allo stile di vita e la stimolazione delle funzionalità mentali costituiscono strumenti efficaci per promuovere la neuroplasticità cerebrale, ovvero la capacità del cervello di rigenerarsi e di conseguenza potenziare le capacità cerebrali delle persone. Nello specifico, uno strumento che si è dimostrato particolarmente efficace in tal senso sono i *serious games*, ovvero giochi (spesso digitali) che combinano caratteristiche ludiche a finalità "serie", come ad esempio quelle educative o informative^[2,3].

I *serious games* nell'ambito delle funzioni cognitive tendono ad essere utilizzati per stimolare le funzionalità residue oppure per effettuare la valutazione delle funzioni cognitive come alternativa ai più classici test cognitivi^[4,5]. Ad oggi, manca ancora la possibilità di effettuare un monitoraggio più costante, proprio perché gli strumenti di valutazione attualmente disponibili spesso risultano faticosi per le persone e onerosi per il personale. Il progetto SUPSI "Serious Game per l'allenamento e il monitoraggio delle funzioni cognitive delle persone anziane a domicilio" (SIGMA)^[6] è nato da un confronto con gli infermieri e le infermiere che lavorano presso i servizi di cura a domicilio e che hanno espresso frustrazione nel non poter fare di più per monitorare lo stato cognitivo dei propri assistiti. L'obiettivo principale del progetto è dunque quello di riuscire a preservare il più possibile le funzioni cognitive delle persone anziane grazie a una serie di giochi che possano stimolare le funzionalità e le capacità mentali in modo efficace e ludico, e che aiutino anche gli infermieri nei loro sforzi di monitoraggio ed erogazione di cure efficaci e di qualità. Per rispondere a questo obiettivo, il progetto ha sviluppato un sistema di *digital health* (salute digitale) composto da un insieme di giochi digitali volti ad allenare le funzioni cognitive e da una piattaforma web di monitoraggio. Lo sviluppo dei giochi si è basato su una revisione iniziale della letteratura scientifica disponibile, seguita da interviste condotte sia con gli infermieri che con le persone anziane per esplorare i loro bisogni e preferenze.

I serious games

L'applicazione per tablet beSerious racchiude sei giochi sviluppati dal team di ricerca interdisciplinare della SUPSI, che ha coinvolto ricercatori del DEASS e del DTI. Tra questi, uno dei più apprezzati è "Acchiappa la talpa", che consiste nel tocca-

[1] Bai, W., Chen, P., Cai, H., Zhang, Q., Su, Z., Cheung, T., Jackson, T., Sha, S., Xiang, Y.T. (2022). Worldwide prevalence of mild cognitive impairment among community dwellers aged 50 years and older. A meta-analysis and systematic review of epidemiology studies. *Age Ageing*, 51(8).

[2] Hill, N.T., Mows-zowski, L., Naismith, S.L., Chadwick, V.L., Valenzuela, M., Lampit, A. (2017). Computerized cognitive training in older adults with mild cognitive impairment or dementia. A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 174(4), 329-340.

[3] Abd-Alrazaq, A., Alajlani, M., Alhuwail, D., Toro, C.T., Giannicchi, A., Ahmed, A., Makhlof, A., Househ, M. (2022). The Effectiveness and Safety of Serious Games for Improving Cognitive Abilities Among Elderly People With Cognitive Impairment. Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Serious Games*, 10(1).

[4] Fukui, Y., Yamashita, T., Hishikawa, N., Kurata, T., Sato, K., Omote, Y., Kono, S., Yunoki, T., Kawahara, Y., Hatanaka, N., Tokuchi, R., Deguchi, K., Abe, K. (2015). Computerized touch-panel screening tests for detecting mild cognitive impairment and alzheimer's disease. *Internal Medicine*, 54(8), 895–902.

[5] Simões, M., Abreu, R., Gonçalves, H., Rodrigues, A., Bernardino, I., & Castelo-Branco, M. (2019). Serious games for ageing. A pilot interventional study in a cohort of heterogeneous cognitive impairment. 2019 IEEE 7th International Conference on Serious Games and Applications for Health (SeGAH), Kyoto, Japan, 1–8

[6] <https://sigma.supsi.ch>

[7] Khan, H. (2019). *People Powered Health Programme*. NESTA. <https://www.nesta.org.uk/project/people-powered-health/>

[8] Mader, L.B., Harris, T., Kläger, S., Wilkinson, I.B. & Hiemstra, T.F. (2018). Inverting the patient involvement paradigm. Defining patient led research. *Research Involvement and Engagement*, 4(1), 21.

[9] Mortier, R., Haddadi, H., Henderson, T., McAuley, D., Crowcroft, J. (2014). Human-Data Interaction. The Human Face of the Data-Driven Society. *SSRN Electronic Journal*. 10.2139/ssrn.2508051

re il più velocemente possibile la talpa che spunta dalle buche e permette di allenare l'attenzione sostenuta. Il più sfidante, invece, risulta essere "Trova la parola", in cui lo scopo è indovinare una parola di cinque lettere in un massimo di sei tentativi grazie agli indizi forniti ad ogni tentativo. Con questo gioco vengono stimolati vari aspetti delle funzioni esecutive, nonché l'attenzione divisa e selettiva e il linguaggio. Molto apprezzati sono anche i puzzle che stimolano le funzioni esecutive e il gioco "Ricorda la sequenza", un gioco in cui cinque carte si illuminano in modo casuale e bisogna memorizzarle e ripetere la sequenza ogni volta diversa. Con questo gioco viene principalmente allenata la memoria a breve termine. A completare la proposta ludica, si aggiungono un labirinto che prevede di trovare l'uscita e il gioco delle "Tre torri", il cui scopo è quello di ricreare l'immagine obiettivo proposta spostando una serie di dischi tra tre pioli (detti appunto torri). Questi ultimi giochi allenano principalmente le funzioni esecutive e l'attenzione selettiva.

La piattaforma web

Per garantire agli infermieri curanti una visione chiara, rapida e costantemente aggiornata sulle modalità e prestazioni di gioco dei propri assistiti, è stata sviluppata una piattaforma web. L'accesso alla piattaforma è riservato esclusivamente agli operatori dotati di credenziali, i quali possono visualizzare unicamente i dati relativi ai propri assistiti. Una volta effettuato l'accesso, per ogni assistito si accede a una pagina riassuntiva, una *dashboard* interattiva, che fornisce una panoramica delle statistiche più rilevanti sulle modalità e sui risultati di gioco dell'assistito. Questo consente agli operatori di individuare rapidamente eventuali variazioni significative nelle prestazioni di gioco. Ad esempio, la *dashboard* confronta le statistiche di gioco della settimana corrente con quelle della settimana precedente, includendo dati quali il tempo totale di gioco, il numero di giochi completati con successo, gli insuccessi (ovvero giochi non completati con successo) e il tempo di gioco per ciascuna attività. Inoltre, nella parte inferiore della pagina, un grafico a barre mostra il numero di giocate per ciascuno dei sei giochi ed è possibile accedere ad una visualizzazione grafica delle statistiche giornaliere per singolo gioco, che mostra le giocate vinte e perse, l'utilizzo di aiuti, le vittorie con e senza supporto, il numero di errori commessi, ecc.

Queste informazioni risultano particolarmente utili quando emergono discrepanze tra l'andamento della settimana precedente e quella in corso oppure se si evidenzia un progressivo peggioramento

delle prestazioni di gioco. Ad esempio, un aumento del numero di errori potrebbe indicare una difficoltà crescente nel completare il gioco. Anche se in modo indiretto, questi dati possono fornire informazioni preziose e longitudinali relativamente a diverse funzioni cognitive come la memoria, l'attenzione e le funzioni esecutive.

Un dispositivo funzionale

Il sistema sviluppato è stato testato da 18 anziani e 3 infermieri nel corso di 6 mesi. I risultati preliminari indicano che sia i giochi che il loro scopo sono stati ben accolti dai partecipanti, e il tablet è risultato funzionale e facile da usare. Le regole e la grafica sono giudicate chiare, e i giochi divertenti e stimolanti. Tutti i partecipanti consiglierebbero i giochi ad amici e conoscenti. Attività sociali limitate, isolamento sociale e stato cognitivo sembrano influenzare il coinvolgimento dei partecipanti e la frequenza di gioco. Le persone con meno attività ricorrenti e più isolate socialmente hanno giocato più spesso e per sessioni più lunghe, così come coloro che possedevano abilità cognitive integre rispetto ai partecipanti che presentavano iniziali segnali di declino cognitivo.

Gli infermieri hanno valutato la piattaforma di monitoraggio ritenendola intuitiva, con informazioni chiare e grafici di facile interpretazione. Inoltre, hanno considerato i dati clinicamente utili e preziosi anche per monitorare le abitudini degli utenti, grazie alle tendenze di gioco, alla frequenza e ai report settimanali proposti sulla piattaforma. Per esempio, gli infermieri hanno ritenuto utile la suddivisione oraria del tempo di gioco, che ha permesso loro di identificare utenti con potenziali disturbi del sonno tramite la frequenza di gioco durante le ore notturne.

Un approccio partecipativo innovativo

Caratteristica chiave del progetto è l'approccio metodologico utilizzato – denominato partecipativo o di co-design – che ha visto la partecipazione sin dalle prime fasi di infermieri e utenti del servizio di cure domiciliari ACD (Associazione Assistenza e Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio). Approcci innovativi come il *People Powered Health*, il *Patient-Led Care* e il *Patient-Generated Data*^[7, 8, 9] pongono l'accento sulla collaborazione tra operatori sanitari, pazienti e organizzazioni per creare assieme soluzioni basate sulle esperienze e sui bisogni dell'utenza. Questi modelli danno priorità a processi di ricerca inclusivi e alla co-creazione

dei risultati, sottolineando il valore del coinvolgimento dei pazienti nello sviluppo di progressi significativi in ambito sanitario. Questo approccio non solo responsabilizza gli stakeholder, ma promuove anche l'adozione di soluzioni sostenibili e innovative per affrontare sfide attuali e reali, assicurando che le proposte siano adatte alle reali necessità degli utenti. Nello specifico, il progetto SIGMA ha visto il coinvolgimento di figure e competenze diverse, dagli sviluppatori di software agli infermieri, dai neuropsicologi agli ingegneri, fino agli stessi utenti finali del prodotto (pazienti e infermieri). Tramite la conduzione di interviste, lo svolgimento di workshop, test e sessioni dedicate ai riscontri, è stato possibile definire preferenze ed esigenze sia di anziani che di infermieri, per rendere l'applicazione e la piattaforma realmente fruibile anche da una popolazione che non sempre ha dimestichezza con la tecnologia.

Nel novembre 2024 al progetto SIGMA è stato attribuito il premio "Age Innovation Prize 2024", riconoscimento attribuito dall'Institute for Ageing Research (IAF) della Scuola universitaria professionale della Svizzera orientale, che premia idee innovative con il potenziale di migliorare la vita degli anziani e promuoverne l'indipendenza e il benessere. Oltre all'innovazione tecnologica, la giuria ha apprezzato e valorizzato l'applicazione di un approccio partecipativo al design di innovazioni tecnologiche, specialmente destinate ad essere utilizzate da una popolazione anziana.

In prospettiva: un'estensione d'uso e una validazione

La prossima fase prevede l'analisi dei dati raccolti dallo studio e la presentazione dei risultati. Nel prossimo futuro l'obiettivo è quello di estendere e adattare l'uso di queste strategie di allenamento innovative ad altri contesti oltre a quello delle cure domiciliari, come ad esempio le case per anziani ed i centri diurni socio-assistenziali e terapeutici, e ad altre patologie più gravi, come ad esempio le demenze. Tra gli obiettivi, inoltre, vi è anche quello di validare scientificamente questi giochi al pari di altri test cognitivi attualmente in uso, in modo da poterli sfruttare come veri e propri strumenti per la valutazione dello stato cognitivo.



[Fig.1] L'applicazione per tablet beSerious racchiude sei giochi sviluppati dal team di ricerca interdisciplinare SUPSI.

La riflessione attorno alla salute mentale passa anche dalla tragedia greca

L'umano abita le regioni della malattia ma anche quelle della salute. A volte trova riparo nelle dimore del benessere, che è possibile incontrare in entrambe le regioni, stregato da un lato dall'idea di una guarigione non sempre possibile, ma alla quale tende ad aggrapparsi con tutte le sue forze, e richiamato dall'altro lato a una cura praticabile sempre (anche se purtroppo non sempre coltivata), la quale non solleva dalle malattie, ma incrementa in esse il benessere della persona. Salute, malattia, sofferenza, benessere, guarigione e cura sono le parole che "frequentano" il tema della salute mentale, parole che è importante entrino nel vocabolario e nella riflessione degli operatori sociali e non solo. Un'associazione, quella tra il sostantivo "salute" e l'aggettivo "mentale", che non è priva di complessità ma che costituisce una sfida didattica importante.

A volte, per spiegare concetti complessi, ci si affida al loro contrario. Qual è il contrario di salute mentale? Si potrebbe ipotizzare, con estrema semplificazione, che il contrario di salute mentale sia *malattia mentale*; se si preferisce un termine arcaico, è la follia che sta al polo opposto della salute mentale. E proprio la *follia*, in tutte le sue antiche declinazioni esplorate dalla tragedia greca e dalla medicina antica, può permettere uno sguardo originale e innovativo nei percorsi di formazione attorno alla salute mentale, che è qualcosa che appartiene all'umano così come gli appartengono la sofferenza, lo sconforto, l'effimera speranza, la tenace illusione o la caparbia volontà di stare meglio. L'illusione di uno stato perenne di salute mentale è fuorviante al pari della minaccia di una sua permanente compromissione. I pano-

rami interiori che nascono dal confronto con le questioni della vita sono mutevoli e cangianti, nel bene e nel male.

Partendo da questo assunto, la tragedia greca è parte integrante del percorso degli studenti del Bachelor SUPSI in Lavoro sociale che con essa si confrontano nel modulo di Salute mentale. Ci si potrebbe domandare a che giovi una attività didattica sui temi che sollevano questi testi antichi, legati all'umano nel suo volto lacerato e ferito, nel suo confronto con il limite, che sia della morte piuttosto che della follia. Si potrebbe dire che per parlare di salute mentale e della sua ombra (anche i concetti hanno un'ombra) rappresentata dal suo precipitare nella drammatica polarità della malattia, basterebbero i poderosi manuali che la nosografia ha costruito, che la pratica clinica ha consolidato e che la comunità scientifica ha validato. Una risposta alla nostra questione, forse un appiglio alla legittimazione, potrebbe nascondersi all'interno del coevo periodo di sviluppo che contraddistingue la medicina ippocratica con la nascita e lo sviluppo della tragedia, come se si trattasse dell'altra faccia di un'unica medaglia, come se avessimo a che fare con una sola moneta attraverso la quale si paga il passaggio, l'attraversamento, forse il pedaggio, di quel confine che l'uomo cerca di controllare e gestire tra la malattia e la salute, tra il senso e il non senso, tra la vita e la morte. Medicina ippocratica e tragedia sono come due sorelle che si tengono la mano, condividendone – attraverso il linguaggio e ciò che il linguaggio compone, ovvero le parole – i principi di fondo: la mania, con tutte le sue differenti pieghe, il male sacro per nulla divino per Ippocrate, e poi i deliri, le freniti, la melancolia, e via di questo passo, procedendo così, per dire che i mali dell'uomo sono molti, con molti volti e differenti nomi, e che il confronto con essi è sempre dietro l'angolo, nel mondo antico come oggi.

Nessuna esistenza ne è esente, nessun uomo può dirsi estraneo ad essi, non esiste il lasciarsi passare o una qualche immunità dal loro incontro, diretto o indiretto. Basterebbe questo sommario e impreciso catalogo per ricordare quanto la tragedia greca abbia tentato la difficile impresa di esplorazione delle Colonne d'Ercole della natura umana: morte e follia, comprensione e incomprensione, senso e perdita di senso, possibilità e limite, per citarne solo alcune.

"La follia, in tutte le sue antiche declinazioni esplorate dalla tragedia greca e dalla medicina antica, può permettere uno sguardo originale e innovativo nei percorsi di formazione attorno alla salute mentale."

La tragedia, in questo senso, rappresenta dunque un dispositivo didattico straordinario e speciale a suo modo. Da oramai tanti anni accompagna la formazione degli operatori sociali attorno ai temi della salute mentale. I partecipanti, ma non solo loro, attraversati dal sospetto di perdere tempo dinnanzi alle urgenze conoscitive, didattico-formative, di apprendimento di saperi, tecniche, strategie di intervento, ma anche di costruzione di una erudizione da spendere poi sul campo (illusoriamente incolto) della professione, se lo sono chiesto e se lo chiedono. Fanno bene a farlo. Porsi domande è un esercizio utile e buono anche se sarebbe importante investire uguale attenzione sulla loro formulazione oltre che sulle risposte. La tragedia stimola in questa direzione esplorativa perché richiama con insistenza alle domande, perché le suscita, le moltiplica e le stimola. Domande "giuste", quelle che mantengono in ricerca, sono a volte più preziose ed efficaci delle risposte rassicuranti, tranquillizzanti, risolutorie. In una parola risposte sedative, perché interrompono nel soggetto la produzione di interrogativi (e quindi di domande) sui grandi temi della vita, dando l'illusione che non ci sia altro da chiedere una volta ottenuta quella determinata risposta a quello specifico problema. Quali siano le domande giuste lo fa scoprire la vita. Coi suoi tempi. Tutte le domande hanno diritto di essere formulate. Tutto si può chiedere, non a tutto si può (né si deve) rispondere, parafrasando una massima junghiana. Ogni domanda svela qualcosa di sé o, detto altrimenti, è già una risposta su chi la formula. Scoprire e capire perché si pone una questione, perché sorge un interrogativo, può valere molto di più della risposta relativa ai contenuti della questione posta. In questo senso la tragedia è un dispositivo di moltiplicazione delle domande sulle questioni fondamentali dell'esistenza, della

propria in primis, a partire dalla sfida enorme del significato della sofferenza che nessun modulo accademico potrà mai risolvere né liquidare.

Anche per chi non lo capisce subito, il senso di fermarsi, chinandosi su faccende immaginarie raccontate duemilacinquecento anni fa, pian piano si svela. Non sempre basta un semestre accademico per capirlo a fondo, a volte occorre avere pazienza, dare tempo al tempo e permettere alle esperienze di sedimentarsi e parlare attraverso gli inaspettati canali di cui si serviranno per farlo. A volte sarà una situazione critica con un utente, altre volte una delusione, oppure l'incontro con una persona, magari anche un sogno o un viaggio. Da uno di questi pertugi (tra i tanti possibili) emergerà il senso dello studio della tragedia, dell'approfondimento di un suo tema, dell'esercizio della riformulazione del suo racconto, dell'ascolto delle emozioni provate e delle questioni affrontate nella dinamica con gli altri compagni di viaggio del modulo.

Il dispositivo didattico del lavoro con la tragedia viene sviluppato su diversi piani e tutti hanno un senso per la professione nelle relazioni di aiuto che si andrà a svolgere negli ambiti che toccano la salute mentale. Sono almeno quattro i registri pedagogici attivati: il primo è l'esercizio dell'incontro con qualcosa di non familiare quale è il testo della tragedia; il secondo attiene all'esperienza della condivisione e dell'ascolto mediato da altre letture e approcci al medesimo testo; il terzo si rifà al lavoro in équipe e alla condivisione di una progettualità con relative scelte che diventano partecipate; il quarto alla mediazione e alla condivisione pubblica, trasformando quanto compreso in un qualcosa capace di parlare a tutti.

Prima di tutto, quindi, c'è il lavoro individuale che ciascuno studente svolge con il testo della tragedia affidatagli. Un confronto non scontato e non immediato con un parlare di sofferenza diverso dal solito, un esprimersi attraverso forme inusuali, immagini sconosciute, con la necessità di fermarsi e rileggere, di consultare qualche altro testo per capire meglio, ma anche facendo i conti con quanto si fa spazio dentro di sé man mano che si comprende, via via che si coglie quello che viene raccontato. Tutto ciò compone e prefigura l'esperienza di come, anche sul piano professionale, l'incontro con l'altro (qualsiasi incontro) possa essere complesso e accidentato ma anche ricco e profondo, mediato e reso prezioso da uno sforzo continuo e da una tensione costante al comprendere prospettive e sguardi diversi filtrati da forme di comunicazione non familia-

ri. Soprattutto nell'ambito della salute mentale. A questo proposito vale ricordare l'immagine di Erwin Straus nel suo testo capitale "Il vivente, l'umano e la follia"^[1]. Lo psichiatra tedesco parlava, per quanto riguarda la malattia mentale, di confronti con dimensioni psichiche molto distanti da quelle abitualmente accostate, di esperienze di uscita dal familiare, di contatto con mondi "strani" (Befremdliche) che lasciano un senso di estraneità in chi li appropria a partire dal linguaggio usato. Proprio l'esercizio con il testo della tragedia accompagna allo sforzo (e alla sfida) della comprensione, dimostra come non sia scontato l'ascolto dell'altro, come se ci parlasse (e di fatto è così per la tragedia) da universi lontani, con linguaggi e immagini proprie, differenti dall'usuale, che impongono tempistiche *altre* di comprensione, divergenti da quelle (immediate e contratte) nelle quali ci si spende solitamente nel mondo e nelle relazioni. Purtroppo, e sempre più, anche in quelle nell'ambito della cura.

Il confronto con gli altri studenti del proprio gruppo di lavoro per condividere quanto si è colto, metterlo in comune, permette di allargare la comprensione attraverso lo sguardo altrui. Questo rappresenta il secondo dispositivo. Non solo, attraverso il proprio contributo di sguardo, si offre qualcosa, ma si è invitati a raccogliere quello altrui, magari scoprendo cose sfuggite o trascurate, dettagli tutt'altro che marginali che ampliano la conoscenza (anche di sé). Lo sforzo della condivisione ha qui due dimensioni: quella della trasmissione di quanto si è colto ed elaborato della sofferenza incontrata nel testo antico e ritrovata nell'attualità, e quella della ricezione. Quest'ultima esercita lo studente ad accogliere l'altro con la sua visione delle cose, aprendosi alla possibilità che il dargli cittadinanza dentro di sé possa riconfigurare la propria visione ampliando la personale sensibilità.

Quindi c'è il lavoro di scelta, di selezione e di cernita: cosa dire, quali filoni seguire, quali temi selezionare e quali accantonare. Ciascun partecipante al lavoro dovrà accettare di fare scelte che magari non sono propriamente quelle che inizialmente avrebbe voluto percorrere. Eppure, in questo processo di rinuncia e di adattamento, si costruisce una visione diversa e si impara a sostenere qualcosa che non necessariamente avrebbe rappresentato una propria scelta. Accompagnare decisioni che non sono le proprie, o lo sono in parte, che non si riescono a comprendere appieno o perfino che non si condividono, consente di fare esperienza di come, nel seguito di una presa a carico così come nella cura, ci si trovi a vivere

situazioni analoghe sul piano professionale, con la sfida a mantenere comunque la presenza e il sostegno, coltivare la progettualità, monitorare e vigilare sui processi e sulle possibili derive della relazione.

Ed infine c'è l'esperienza della testimonianza, del tradurre e portare al pubblico, alla comunità, al "sociale" (visto che di questo il Bachelor porta il nome: *Lavoro sociale* appunto) le tematiche della sofferenza, dello scacco, della fatica di vivere, della malattia, mettendo in guardia sui processi di marginalizzazione, di esclusione, se non di vera e propria espulsione di quanto la società fatica ad integrare, riducendo così possibilità di benessere che, anche nella malattia, potrebbero essere coltivate: per paura, per difesa, perché semplicemente è una società distratta e, nella distrazione, illusa di eludere la crisi.

In scena, perché il modulo prevede anche l'esperienza del palcoscenico, si configurano i grandi temi dell'attualità, stimolati dal pensiero antico che, come una freccia scoccata duemilacinquecento anni fa, arriva a bersaglio oggi, qui, in questo tempo. Arriva e colpisce nel segno attraverso gli occhi di giovani poco più che ventenni che, rileggendo Sofocle, Euripide, Eschilo, trovano parole di attualità per la loro vita, per la nostra, per la professione, per questo tempo di guerre e incertezze e per quello che dell'umano chiamiamo salute mentale. Nella formazione sui temi della salute mentale si ha bisogno proprio di esercitare riflessione e pensiero, si necessita di parole per dare forma ai vissuti, di condivisione per scongiurare il rischio dell'isolamento e dell'autoreferenzialità. Dal teatro, dalle voci degli studenti di Lavoro sociale che hanno attraversato il confronto con le antiche tragedie si svela una comprensione diversa dell'attualità, ma prima di tutto della propria interiorità, punto di partenza e di cura per potersi occupare, con onestà, di salute mentale.

[1] Straus, E.W. (2010). *Il vivente umano e la follia*. Quodlibet.

Danuschia Tschudi è ricercatrice senior presso il Centro competenze lavoro, welfare e società. Laureatasi in Relazioni internazionali all'Institut des Hautes Etudes

Internationales a Ginevra nel 2000, ha conseguito all'Università di Ginevra il DEA in Scienze della comunicazione e dei media nel 2002, e nel 2011 il CAS

en Etudes genre. I suoi temi di predilezione nella ricerca sono i seguenti: le carriere eque, le trasformazioni del mondo del lavoro, l'organizzazione del

lavoro, la salute al lavoro e la formazione professionale con un'attenzione alla dimensione di genere e alla dialettica tra uguaglianza e diversità.

Favorire il benessere al lavoro dando voce e spazio alle situazioni lavorative reali

La tutela della salute al lavoro implica di prendersi cura della situazione lavorativa. «La salute non è assolutamente sinonimo di assenza di malattia. Anzi, è proprio quando una situazione di lavoro non è “buona” per la salute che si finisce per “farne una malattia” (...)»^[1].

Cosa ci fa stare bene al lavoro? La risposta a questa domanda può variare a seconda delle preferenze personali ma è probabile che chi legge potrà riconoscersi in diversi elementi rilevanti per il benessere psichico identificati dall'approccio dell'Eudaimonia^[2] applicabili anche al contesto lavorativo: avere obiettivi nella vita, disporre di autonomia, poter crescere sul piano personale, avere la capacità di gestire il contesto nel quale si vive, allacciare relazioni positive con altre persone e avere la consapevolezza dei propri punti di forza e dei propri limiti. «Per raggiungere uno stato di pieno benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di realizzare i propri bisogni, di cambiare il proprio ambiente circostante e farvi fronte»^[3].

Il fatto di disporre, a fronte di richieste importanti, di un grado di autonomia elevato nella gestione del lavoro beneficiando del sostegno del team, come esplicitato nel modello domanda-controllo di R. Karasek e T. Theorell, e di vedere riconosciuto l'impegno che si è profuso nel lavoro come evidenziato da J. Siegrist, ha un effetto positivo sul benessere e la salute al lavoro. Non da ultimo, conta anche il fatto di aver voce in capitolo per discutere con i quadri e con la direzione del contesto lavorativo e della sua organizzazione. «Al lavoro, contrariamente alle apparenze,

non si vive in un contesto; si cerca di creare il contesto per vivere. Quando non ci si riesce, individualmente o collettivamente, abbastanza velocemente non si fa che sopravvivere nel contesto in questione»^[4].

Per garantire una situazione di lavoro sana, bisogna interessarsi al lavoro reale svolto dalle persone e non solo al lavoro prescritto dai processi e dai regolamenti. Nel lavoro quotidiano, qualsiasi sia il ruolo o la funzione esercitata, si è confrontati a imprevisti, a bisogni o richieste non pianificati ai quali si può rispondere grazie alle competenze individuali e al sapere collettivo sviluppato in seno al team o alla professione alla quale si appartiene. «Lavorare è colmare lo scarto tra il prescritto e il concreto»^[5]. Se le direzioni ne sono consapevoli possono valorizzare il senso dell'iniziativa del singolo o del team che ha saputo risolvere una situazione critica e basarsi sull'esperienza delle collaboratrici e dei collaboratori per aggiornare il lavoro prescritto modificando i regolamenti. Se invece non ne tengono conto, il rischio è grande di generare stress, sovraccarico, problemi di salute, demotivazione e un elevato turnover.

Nel corso della vita professionale, si incorre spesso in dilemmi che toccano la qualità del lavoro svolto. Ad esempio, negli ambiti professionali del lavoro sociale e della sanità, nei quali è stata implementata la nuova gestione pubblica, le logiche basate sull'efficienza e l'efficacia, spesso non tengono conto del tipo di lavoro svolto nei servizi pubblici. Di conseguenza, lavoratrici e lavoratori si trovano di fronte a ingiunzioni contraddittorie quali ad esempio: fare sempre di più con meno risorse; garantire una personalizzazione delle prestazioni e promuovere la qualità del lavoro, rispettando al contempo degli standard stabiliti per ridurre i costi.

[1] Clo, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Éducation & Didactique* [online], 1-1, 85. doi.org/10.4000/educationdidactique.106

[2] Ryff, C.D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28

[3] Conferenza internazionale sulla salute I, 1986, p.29. In Biancheri, R. (a cura di). (2014), *Genere e salute tra prevenzione e cura. Salute e società*, 1.

[4] Clot, Y. (2015). *Le travail a coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux* (p. 167). La Découverte.

[5] Dejours, C. (2005). La realtà della valutazione del lavoro. *Itinerari d'impresa*, 8, 147.

[6] Pons-Vignon, N., Schneck, J. & van Holten, K. (2024). *Putting workers at the heart of the promotion of quality care (Research Report)* (p. 62). DEASS-SUPSI.

[7] Linhart, D. (2012). Une approche sociologique des nouvelles pénibilités au travail. In *Risques du travail, la santé négociée* (pp. 215–231, p. 218). La Découverte. doi.org/10.3917/dec.court.2012.01.0215

[8] Gernet, I. (2012). Le métier de soignant, entre souffrance et plaisir. *Rivista per le Medical Humanities*, 23.

[9] Aeschlimann, B., Dauner Gardiol, I., Trede, I., Neuman, J., & Kriesi, I. (2018). *Personnes ayant quitté le domaine social. Dans le cadre de l'étude sur les carrières, les parcours professionnels des personnes actives dans des champs choisis du domaine social*. Observatoire suisse de la formation professionnelle OBS-IFFP.

Valutare il lavoro dell'assistente sociale sulla base del numero dei dossiers trattati o misurare il lavoro dell'educatrice o dell'educatore sociale sulla base dei minuti passati a svolgere ciascun tipo di attività (educativa, amministrativa, di trasporto, ecc.) rende invisibile il lavoro di cura, relazionale ed emozionale che è parte integrante del lavoro sociale. Analogamente, nelle strutture di cura acute o a lunga degenza, come ad esempio nelle case per anziani, spesso le collaboratrici e i collaboratori "non sopportano più le rigide tempistiche che li vincolano; le considerano esterne e sentono che la loro expertise è ignorata, perché sanno cosa dovrebbero fare (...)"^[6]. Alla pressione sul tempo di cura contribuiscono, da una parte, gli indicatori per il finanziamento che prendono maggiormente in conto le attività più facilmente misurabili come gli atti tecnici rispetto alla dimensione relazionale e, dall'altra, un controllo della cura che prevede un certo numero di minuti per attività come se la cura fosse un insieme di attività sequenziali prevedibili. Il problema è che la cura non è totalmente prevedibile e consiste in una sovrapposizione di attività in ambito relazionale, organizzativo, educativo e/o sanitario.

Di fronte a tali dilemmi che concernono la qualità del lavoro, si potrà obiettare che ci possono essere differenti modi di intendere il lavoro ben fatto da parte delle lavoratrici e dei lavoratori, delle direzioni e delle autorità politiche. È vero ed è proprio questo il nodo cruciale da affrontare. Il problema sorge quando non sussiste più la possibilità di confrontarsi su cosa sia un lavoro di qualità, quando i cambiamenti sono imposti dall'alto senza coinvolgere le collaboratrici e i collaboratori. Il lavoro cambia, poiché le sfide poste alla società e i bisogni delle persone evolvono. Capita spesso di fraintendere le domande da parte delle collaboratrici e dei collaboratori con una "resistenza al cambiamento", quando invece si tratta di una richiesta di poter partecipare alle trasformazioni nell'organizzazione del lavoro. "Se i nuovi contenuti del lavoro, la sua finalità, le sue nuove modalità, appaiono ai professionisti coinvolti, in contrasto oppure sfasati rispetto agli elementi fondamentali delle regole del mestiere, o alle regole esplicite o tacite secondo le quali si organizzava fino ad allora la vita al lavoro, il sentimento di fatica emergerà ancora con più forza. Se [le trasformazioni] sembrano arbitrarie o il risultato di una mancanza di fiducia nelle competenze o nell'atteggiamento dei lavoratori, predominerà il medesimo sentimento di fatica. E si verificherà lo stesso, se sono imposte senza alcuna

consultazione dei professionisti implicati e al di fuori di qualsiasi deliberazione rispetto alla validità dei cambiamenti e alle loro conseguenze"^[7].

Di fronte all'intensificazione e densificazione del lavoro trasversale a diversi ambiti lavorativi, è quindi centrale per la salute al lavoro riportare sia nelle organizzazioni sia sul piano politico la discussione sul lavoro reale e su cosa si intende per lavoro di qualità. In effetti, sul fronte del datore di lavoro, se non si considera il lavoro reale in tutte le sue sfaccettature può risultare che la stima del numero di collaboratrici e collaboratori necessario in un determinato ambito sia inferiore ai bisogni. Inoltre, sul fronte del personale curante può emergere la tendenza a lavorare al di fuori dei turni per compensare la differenza tra il tempo previsto per il lavoro prescritto e il tempo impiegato nel lavoro reale; può aumentare la tensione emotiva dovuta alle priorità da determinare in mancanza di tempo e dilemmi etici rispetto a queste scelte in relazione al benessere degli utenti^[8], e può emergere il sentimento di una perdita di senso del lavoro poiché non si riesce più a gestirlo al meglio nell'interesse delle persone delle quali ci si prende cura. Le conseguenze possono essere negative sia per la salute al lavoro sia per quanto concerne il grado di *turnover*. In un'indagine del 2018^[9] sulle motivazioni degli operatori e delle operatrici sociali alla base della decisione di lasciare il lavoro, si sono rilevati i seguenti fattori:

- Il desiderio di crescita sul piano professionale e di formarsi.
- Il mancato riconoscimento del lavoro svolto, le condizioni salariali, la mancanza cronica di personale, l'impossibilità di approfittare di offerte di formazione continua.
- L'esiguo margine di manovra e d'autonomia.
- La mancanza di sostegno da parte dei superiori e un clima di lavoro teso all'interno del team.
- L'emergenza di problemi di salute.
- Il desiderio di conciliare meglio vita familiare e professionale.

Nell'organizzare il lavoro per renderlo maggiormente efficace ed efficiente, secondo una

logica finanziaria, si tralasciano spesso due aspetti. In primo luogo, quelli che vengono considerati tempi improduttivi in un processo di lavoro, possono in realtà essere necessari per la salute; p.es. in una catena di montaggio, alzarsi per andare a prendere dei pezzi di ricambio può consentire di riposare le articolazioni, anche se a prima vista sembra tempo perso. Il secondo aspetto è che, per far fronte ai dilemmi che si incontrano nel lavoro così come a situazioni che implicano tensioni o un lavoro emozionale importante, bisogna avere del tempo per confrontarsi con le colleghe e i colleghi, per poter fare riferimento al sapere collettivo insito nella professione. "Non poter valutare la propria attività comparandola a quelle degli altri, che sono esse stesse parte della storia di un mestiere, porta a incorrere in dei rischi e a farne correre agli altri"^[10]. Ci vuole tempo per lavorare ma anche per regolare l'attività in modo collettivo. Diventa quindi importante ridiscutere la nozione di efficacia economica tenendo conto del benessere e del lavoro reale e valutando modelli economici alternativi a quelli che sono oggi prevalentemente basati sulla logica industriale o finanziaria^[11].

I datori di lavoro sono tenuti, in conformità alla Legge sul lavoro e alla Legge sull'assicurazione infortuni, ad attuare le azioni atte a prevenire i rischi per la salute e la sicurezza. Le leggi sono fondamentali, ma è altrettanto importante mettere al centro della discussione il lavoro reale e aprire il dialogo su cosa significhi fare un lavoro di qualità. Se di fronte ai rischi psicosociali, si evita il confronto sulle tensioni che emergono dal lavoro reale, non si affronta il cuore del problema. I rischi psicosociali sono dovuti ad aspetti critici legati all'organizzazione del lavoro, alla gestione del team, alle relazioni sociali, all'ambiente di lavoro che hanno un impatto negativo sulla salute psichica, sociale e fisica delle persone. Per affrontarli, come si può evincere dal modello *Job Demands-Resources model* di Demerouti e Bakker, è importante puntare sulle risorse del lavoro che si situano sul piano organizzativo (p.es. livelli salariali, opportunità di carriera e sicurezza del lavoro), sul piano interpersonale (il sostegno delle colleghe e dei colleghi e del/la responsabile, il clima positivo di lavoro), in relazione al ruolo (chiarezza dei ruoli, trasparenza nel processo decisionale, effettive possibilità di partecipazione) e alle caratteristiche dell'attività (p.es. margine di autonomia nella sua gestione). L'intervento sui processi e le strutture gestionali consente di agire sulle sei aree della vita organizzativa – il carico

di lavoro, il controllo, le ricompense, il senso di comunità, il senso di equità e i valori – nelle quali possono realizzarsi quelle discordanze tra persona e lavoro all'origine di diversi problemi di salute al lavoro^[12]. L'approccio organizzativo permette di prevenire il burnout sul piano personale e, sul piano collettivo, di evitare la disgregazione dei team disperdendo il loro *know-how* professionale.

"Di fronte all'intensificazione e densificazione del lavoro trasversale a diversi ambiti lavorativi, è centrale per la salute al lavoro riportare sia nelle organizzazioni sia sul piano politico la discussione sul lavoro reale e su cosa si intende per lavoro di qualità."

È una scelta strategica e un atto di responsabilità sociale tenere presente il lavoro reale nell'organizzazione del lavoro e prendersi cura delle situazioni lavorative dispiegando effetti positivi sul benessere, sui risultati e lo sviluppo di un ambiente di lavoro sano e motivante.

[10] Clot, Y. (2015). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux* (p. 80). La Découverte.

[11] Le Dilaquer, P.-Y. & De Gasparo, S. (2017). *Penser l'économie du temps dans une perspective Servicielle – Un enjeu de santé et de Performance économique. Revue économique et sociale*, 75(1), 25-41.

[12] Maslach, C., Leiter, M. P. (2011). *Prevenire il burnout e costruire l'impegno. In Maslach, C., Leiter, M.P. Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro.* (pp.99-120). Erickson.

da settembre 2025

Formazioni DAS dell'area sanitaria

Aperte le iscrizioni per l'edizione 2025/26 dei Diplomi of Advanced Studies (DAS) dell'area sanitaria e per due nuovi Short Advanced Studies (SAS) di approfondimento in epistemologia e ricerca per promuovere una infermieristica evoluta.

Maggiori informazioni: www.deass.supsi.ch/sanita



10 e 11 settembre 2025

Congresso svizzero di salute pubblica

Nel 2025 SUPSI e USI ospiteranno per la prima volta in Ticino il Congresso svizzero di salute pubblica "Salute mentale e benessere: Investire nella ricchezza mentale" organizzato dalla Swiss Society for Public Health e dalla Swiss School of Public Health (SSPH+).
Maggiori informazioni: www.supsi.ch/congresso-svizzero-di-salute-pubblica



da settembre 2025

EMBA

Al via la nuova edizione dell'Executive Master of Business Administration (EMBA), il programma post-universitario di alta formazione in General Management, composto da 3 Certificate of Advanced Studies (CAS): General Management and Financial Analysis; Business Management and Marketing; Leadership, Entrepreneurship and Innovation.
Maggiori informazioni: www.supsi.ch/emba



da settembre 2025

Aperte le iscrizioni al LLM in International Tax Law

Il Centro competenze tributarie e giuridiche (CCTG) amplia la propria offerta formativa con un nuovo percorso di Formazione continua sul diritto fiscale internazionale interamente offerto in lingua inglese, con la partecipazione di professori ed esperti di fama internazionale.
Maggiori informazioni: www.supsi.ch/en/llm-int-tax



da gennaio 2026

L'Assessment nel lavoro sociale: approcci, metodi e strumenti. Valutare per progettare, valutare per proteggere

L'assessment nel lavoro sociale è una fase cruciale per progettare interventi efficaci. Il corso mira a rafforzare le competenze dei professionisti, affrontando aspetti teorici e pratici, con focus specifici su minori, famiglie e adulti fragili, adattando gli strumenti ai diversi contesti d'intervento.
Maggiori informazioni: www.supsi.ch/go/assessment-lavoro-sociale

