

---

## EDITORIALE

---

Questo numero della *Rivista Sperimentale di Freniatria* è dedicato alla *cronicità*, concetto centrale non solo della psichiatria ma di tutta la medicina, utilizzato per indicare una condizione a lento e lungo decorso, per la quale non si prevedono modificazioni repentine a breve termine, sia in senso positivo che negativo, e che richiede (da parte del malato e di chi se ne prende cura) il raggiungimento di un nuovo equilibrio, da mantenere a tempo indeterminato.

Il tempo è dunque un elemento centrale della cronicità, parola il cui etimo è da rintracciarsi, non a caso, nel sostantivo greco χρόνος (chrónos), cioè «tempo», ad indicare la successione e scansione temporale esterna, quella dimensione temporale che nel corso della storia dell'umanità è stata progressivamente oggettivata e resa misurabile mediante clessidre, orologi e cronometri, divenendo base del Taylor-Fordismo e dell'organizzazione scientifica del lavoro, cardine del capitalismo moderno. L'istituzionalizzazione del lavoro nel sistema-fabbrica riecheggia nell'istituzionalizzazione del trattamento della follia all'interno del sistema manicomiale. L'accezione negativa che grava sul concetto di cronicità in medicina è forse dovuta proprio al rimando a questa dimensione temporale fredda, istituzionalizzata ed esterna rispetto alla relazione operatore-paziente, e all'incontro clinico.

Tornando alla classicità, è noto che i Greci indicavano la parola tempo con altri due sostantivi, oltre a quello già citato: Αἰών (Aión) e καιρός (kairós). Mentre il primo rimanda al tempo eterno, il secondo si riferisce al tempo come occasione, tempo opportuno o propizio: c'è una inestimabile possibilità trasformativa insita nel concetto di tempo-kairós, che non si coglie nella accezione cronologica (cronica) del tempo. Trasponendo questo discorso in clinica, potremmo dire che il tempo-kairós è quello in cui “qualcosa accade” (la terapia, il cambiamento, la trasformazione), mentre nel tempo cronico non accade più nulla (o quasi): in particolare, non c'è trasformazione, o cambiamento, ma solo un susseguirsi e ripetersi di atti che non tendono ad alcuna meta, positiva o negativa. Pare appartenere, a questa seconda dimensione, il concetto di *residualità*. Nel tempo cronico non è possibile *recovery*, per usare un termine oggi molto in voga, ma che rischia di essere svuotato anch'esso di significati – di cronicizzare – se non viene

contestualizzato in un tempo-occasione, un *kairós*. Quest'ultimo è quanto di più lontano dal tempo tecnicizzato e oggettivato (cronicizzato) della tecnica, vero "paradigma" contemporaneo (anche di cura); e nella tecnica non si dà cura, ma ripetizione, accumulazione, preservazione e quindi non-trasformazione. In una parola: cronicizzazione.

Nel momento in cui scegliamo di dedicare un fascicolo della *Rivista* alla cronicità, siamo consapevoli che questo vocabolo è demodé, nella psichiatria contemporanea; non solo: esso è *politically incorrect*, si cerca a tutti i costi di evitarlo ricorrendo a perifrasi, ad acronimi freddi e svuotati di contenuto umano ed emotivo (ad esempio, SEMI per indicare la condizione di *Severe and enduring mental illness*); ancora, cronicità è un punto di arrivo, una "visione che chiude", evocando così un'atmosfera manicomiale. Tuttavia, preme in questa sede e con questo fascicolo sottolineare come il concetto di cronicità (e una riflessione *sulla* cronicità) riconosca un bisogno, e individui come altrettanto problematica una visione che pone l'accento solo sulle prognosi positive, rischiando così di scotomizzare le condizioni più gravi e le persone più vulnerabili; in particolare, quelle affette da una condizione che, in passato, si sarebbe definita "cronica". L'enfasi sulla *recovery* e sugli esordi psicotici rischia di oscurare proprio queste situazioni, con il pericolo di ghettizzare i pazienti più vulnerabili.

Un esempio che può aiutare a contestualizzare questa riflessione nella clinica è rappresentato dalla diagnosi. L'immutabilità di certe diagnosi nei nostri servizi esprime bene infatti il risultato dei processi di cronicizzazione. Quando una cura funziona (e in psichiatria, spesso, la cura dura anni), è naturale aspettarsi che la diagnosi cambi (o, quantomeno, il livello di funzionamento). Quando questo non accade, è utile chiedersi cosa non stia procedendo per il verso giusto: se abbiamo preso il sopravvento meccanismi di cronicizzazione ascrivibili ad un disturbo di particolare gravità, o se piuttosto (o contemporaneamente) non siano in atto meccanismi iatrogeni di cronicizzazione. Infatti, se a quarant'anni esatti dalla Legge 180 siamo ancora a parlare degli effetti negativi che l'istituzionalizzazione può determinare, è forse perché il manicomio è in primo luogo un topos, un luogo della mente prima che un luogo fisico; un archetipo, insomma, dove la dimensione temporale prevalente è quella della cronicità-cronicizzazione, a discapito del tempo-opportunità – di incontro, trasformazione, evoluzione e cambiamento.

**Giuseppe Tibaldi** approfondisce il possibile contributo dei servizi ai processi di cronicizzazione, o meglio, di "cronicizzazione", termine coniato nella fase di superamento delle istituzioni manicomiali, per identificare le

pratiche tipiche del manicomio, che producevano malati “cronici”, cioè persone immobilizzate nel presente senza tempo dell’istituzione totale per eccellenza. Superato il manicomio, l’autore si interroga circa i possibili processi di cronicizzazione anche nel contesto della psichiatria di comunità contemporanea. In particolare, suggerisce come strategie di presa in carico e cura incentrate unicamente su modelli biologici, unite a pratiche che possono contribuire al disinvestimento progettuale, siano tra i principali fattori di cronicizzazione in grado di ostacolare la *recovery*.

E proprio a questo tema, quello della *recovery*, è dedicato il contributo di **Paola Carozza**, che propone una riflessione sull’approccio multidimensionale alla *recovery* nei disturbi mentali gravi, al fine di superare la cronicità. L’autrice sottolinea l’importanza di definire la *recovery* in termini di miglioramenti in aree specifiche (come controllo dei sintomi, funzione cognitiva, comportamenti psicosociali, qualità della vita), piuttosto che a livello globale e generalizzato. Ciò potrebbe consentire sia di utilizzare una terminologia più precisa, per facilitare la comunicazione tra professionisti, pazienti, famiglie, politici e amministratori, sia di superare l’equivalenza cronicità/immodificabilità, dato che la misurazione degli esiti riguarda dimensioni tra loro strettamente correlate. Inoltre, questa lettura consentirebbe di superare la concezione del paziente *totalmente* “cronico”, favorendo un inquadramento della persona come funzionale o disfunzionale a seconda delle aree specifiche interessate. Elemento fondante questo approccio è il principio dell’“assistenza centrata sulla persona”, contrapposta all’ “assistenza centrata sulla malattia”, da realizzarsi attraverso il “modello organizzativo integrato e orientato al destinatario”, strutturato in *team* interdisciplinari.

**Jacopo Santambrogio, Antonino Giancontieri, Giuseppe Sabucco, Massimo Clerici e Pietro R. Cavalleri**, presentano la storia di un giovane paziente ricoverato in una comunità ad alta protezione, ponendo alcune domande sulla “cronicità in psichiatria”. Gli autori si chiedono quale paziente possa dirsi effettivamente “cronico” e quale, invece, non lo sia ancora ma abbia dinnanzi a sé un “destino di cronicità”. Nel tentativo di rispondere a questo interrogativo, individuano alcuni fattori suggestivi per un “destino di cronicità”: una condizione di doppia diagnosi, l’antisocialità, un nucleo familiare estremamente fragile, un problema legale pendente, la dipendenza da sostanze, una rete di Servizi che mostra difficoltà a dialogare. Questo contributo rappresenta anche una riflessione attuale riguardante antisocialità, condotte antiggiuridiche e superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari; con esso, la Rivista inaugura una sezione (per quanto non formalizzata) dedicata ai “giovani psichiatri”. L’intento è quello di raccogliere contributi che hanno come primo autore un giovane collega, che presenta un caso clinico insieme a colleghi senior. Questa scelta è ispirata da un lato dalla

volontà di dare spazio a colleghi e colleghe che si affacciano sul mondo della professione, dall'altro di favorire un dialogo tra differenti generazioni di professionisti, in particolare in un momento storico in cui l'esercizio del dialogo e alla riflessione sembra particolarmente in crisi; infine, di promuovere una riflessione clinica attraverso la presentazione di un caso clinico incentrato su una tematica precisa. Riteniamo che ciò possa essere importante considerato che l'approccio *evidence-based* dominante di tipo eminentemente nomotetico, per quanto estremamente utile, rischia di mettere in secondo piano l'importanza e il calore della riflessione clinica.

**Paola Schiavi** propone una riflessione sulla cronicità nella malattia mentale, e sulle conseguenze di essa sugli operatori della psichiatria e sulle organizzazioni in cui lavorano. L'autrice sottolinea come i vissuti dei malati e dei familiari si amplifichino in senso negativo nella misura in cui manchino luoghi di elaborazione e contenimento degli aspetti emotivi. I servizi pubblici possono assumere questa funzione se accettano la consapevolezza che il contesto sociale oggi è profondamente cambiato, e che richiede ai Servizi stessi di svolgere una parte attiva, attivando risorse da valorizzare nel contesto e con l'aiuto delle comunità locali.

**Lorenzo Burti** affronta il tema del presente fascicolo dal versante della psicoterapia. L'autore sottolinea come in questo campo la cronicità può essere dovuta a diversi fattori, sia individuali che ambientali. Inoltre, la cronicità può essere favorita dalle modalità con cui viene effettuata la stessa psicoterapia: dalla durata (troppo breve o troppo lunga), dal modo in cui viene condotta (con o senza le necessarie competenze), dalla diagnosi iatrogena (cieca rispetto al possibile effetto patogeno del *setting* stesso), dalla eccessiva fiducia riposta nella ingenua convinzione che l'individuo, una volta ristabilito psicologicamente anche grazie alla psicoterapia, risulti definitivamente equipaggiato con il bagaglio necessario e sufficiente per vivere una vita piena e felice.

Nella suo contributo **Francesca Raisi**, dottoressa in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, racconta la sua esperienza di tirocinio universitario presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Partendo dal punto di vista della tirocinante che si trova alle prese con la realizzazione del suo primo progetto riabilitativo, approfondisce come tale vicenda abbia influenzato il suo approccio alla professione negli anni successivi all'università. Questo contributo fa parte della sezione "testimonianze", inaugurata sulla Rivista a partire dal secondo fascicolo del 2017 e procede sull'attuale numero offrendo un differente punto di vista sul mondo della salute mentale vissuto in prima persona: quello di una operatrice.

*Gian Maria Galeazzi, Giorgio Mattei*