

**PROGETTO
MENCAP**

**20
25**

**DALLA VOCE AI DATI: EVIDENZE
PRELIMINARI SU CURA,
DIRITTI E DISUGUAGLIANZE
NEL DISTURBO BIPOLARE IN
ITALIA**

ASSOCIAZIONE ITALIANA BIPOLARI

REPORT

**Questo report è disponibile
in due lingue: italiano e
inglese. La versione inglese
è pubblicata
separatamente.**

**This report is available in
two languages: Italian and
English. The English version
has been published
separately.**

INDICE - dettagli

RINGRAZIAMENTI	1
1.INTRODUZIONE	7
Perché questo report: il modello “bottom-up”	7
Dal primo report al secondo	8
2.TIPOLOGIA DEI DATI PRESENTATI	11
2.1. Dati quantitativi	12
2.2. Dati qualitativi	14
Quadro metodologico e trasparenza	15
3.IL SONDAGGIO NAZIONALE SULLE PRATICHE SCORRETTE NELLA CURA PSICHIATRICA	17
Note metodologiche per il lettore: come leggere questi dati	20
3.1. Caratteristiche demografiche del campione	23
3.2. Accesso, diagnosi e continuità della cura – contesto e quadro di riferimento	27
3.2.1. Conclusione – Accesso, diagnosi e continuità della cura	35
3.3. Relazione clinica, comunicazione e consenso	37
3.3.1. Conclusione – Relazione clinica, comunicazione e consenso	42
3.4. Pratiche scorrette e violazioni dei diritti	44
3.4.1. Conclusione – Pratiche scorrette e violazioni dei diritti	46
3.5. Esiti soggettivi e conseguenze sulla salute	48
3.5.1. Conclusione – Esiti soggettivi e conseguenze sulla salute	50
3.6. Contesti delle pratiche scorrette	51
3.6.1. Conclusione – Contesti delle pratiche scorrette	54
3.7. Periodo, luogo e conseguenze dell’episodio segnalato	56
3.7.1. Conclusione – Periodo, luogo e conseguenze dell’episodio segnalato	58
3.8. Atteggiamenti ed esperienze con il personale sanitario	59
3.8.1. Conclusione – Atteggiamenti ed esperienze con il personale sanitario	67
4.BIPOLARE: SOTTO LA PUNTA DELL’ICEBERG – UN’ANALISI DELLE ESPERIENZE REALI	68
Metodo e struttura dell’analisi	71
<i>FASE 1: DEPRESSIONE – “PARLAMI SENZA ANNULLARMI”</i>	72
MACRO-TEMA 1: FRASI INVALIDANTI E COMUNICAZIONE DANNOSA	74
Sotto-tema 1.1: Minimizzazione del dolore	74
Sotto-tema 1.2: Colpevolizzazione e pressione al miglioramento	75
Sotto-tema 1.3: Svalutazione della diagnosi e della continuità	77
MACRO-TEMA 2: COMUNICAZIONE EMPATICA E CONNESSIONE RELAZIONALE	78
Sotto-tema 2.1: Presenza silenziosa e non giudicante	79
Sotto-tema 2.2: Accettazione e validazione emotiva	80
Sotto-tema 2.3: Valore personale separato dalla crisi	81
MACRO-TEMA 3: FRAGILITÀ RELAZIONALE E PAURA DELL’ABBANDONO	82

INDICE - dettagli

<i>FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI – “NON DIRE CHE ANDRÀ TUTTO BENE. RESTA, E BASTA.”</i>	84
MACRO-TEMA 4: COMUNICAZIONI CHE FANNO PIÙ MALE	86
Sotto-tema 4.1: Superficialità travestita da incoraggiamento	87
Sotto-tema 4.2: Giudizio morale travestito da consiglio	88
Sotto-tema 4.3: Rottura del legame affettivo	89
MACRO-TEMA 5: FRASI CHE MANTENGONO LA CONNESSIONE VIVA	90
Sotto-tema 5.1: Presenza reale e silenziosa	91
Sotto-tema 5.2: Valore anche nella crisi	92
Sotto-tema 5.2: Condivisione della vulnerabilità	93
MACRO-TEMA 6: LO STIGMA SILENZIOSO E IL LINGUAGGIO DEL SUICIDIO	94
Sotto-tema 6.1: Il silenzio imposto dallo stigma	95
Sotto-tema 6.2: Suicidio come fuga, non morte	96
Stigma, paura e ideazione suicidaria	98
<i>FASE 3: MANIA / IPOMANIA – “NON STO BENE PERCHÉ SORRIDO”</i>	100
MACRO-TEMA 7: COMUNICAZIONI CHE PEGGIORANO LA CRISI	103
Sotto-tema 7.1: Derisione e svalutazione del vissuto	103
Sotto-tema 7.2: Etichettamento patologizzante	104
Sotto-tema 7.3: Umore offensivo e paternalismo	104
Sotto-tema 7.4: Commenti superficiali sull'aspetto	105
MACRO-TEMA 8: COMUNICAZIONE EMPATICA E CONTENIMENTO EFFICACE	105
Sotto-tema 8.1: Validazione non giudicante dell'irritabilità	106
Sotto-tema 8.2: Riconoscere la fatica dietro l'energia	106
Sotto-tema 8.3: Contenimento gentile e relazionale	107
MACRO-TEMA 9: IDENTITÀ E VERGOGNA POST-EPISODIO	108
Intersezionalità dei temi nella fase maniacale e ipomaniacale	110
<i>FASE 4: EPISODIO MISTO – “DENTRO LA TEMPESTA: EUFORIA E DISPERAZIONE INSIEME”</i>	112
MACRO-TEMA 10: COMUNICAZIONI CHE DESTABILIZZANO NELLO STATO MISTO	114
Sotto-tema 10.1: Minimizzazione del conflitto interiore	115
Sotto-tema 10.2: Reazioni impaurite o frettolose	116
Sotto-tema 10.3: Semplificazioni dannose	117
MACRO-TEMA 11: COMUNICAZIONE REGOLANTE E PROTETTIVA	118
Sotto-tema 11.1: Riconoscere il caos interno	119
Sotto-tema 11.2: Comunicazione rallentata e stabile	119
Sotto-tema 11.3: Aiuto senza controllo	120
MACRO-TEMA 12: RELAZIONE COME FATTORE DI SICUREZZA CLINICA	121
Sotto-tema 12.1: Paura di essere un peso e paura dell'abbandono	122
Tra attivazione e disperazione: una lettura trasversale dello stato misto	125

INDICE - dettagli

FASE 5: PSICOSI – “NON DEVI CAPIRE TUTTO. DEVI RESTARE.”	127
MACRO-TEMA 13: Frasi che amplificano la crisi	130
Sotto-tema 13.1: Negazione della realtà soggettiva	130
Sotto-tema 13.2: Stigma e patologizzazione aggressiva	131
Sotto-tema 13.3: Linguaggio clinico utilizzato in modo inappropriato	131
MACRO-TEMA 14: Connessione e ancoraggio umano.....	142
Sotto-tema 14.1: Validare senza confermare	142
Sotto-tema 14.2: Riconoscere la paura e la vergogna	133
Sotto-tema 14.3: Ancorarsi alla relazione.....	133
MACRO-TEMA 15: RICOSTRUZIONE DELLA DIGNITÀ.....	134
Sotto-tema 15.1: Riscattare l'identità oltre la crisi	134
Quando la realtà si spezza: psicosi, relazione e rischio invisibile	136
Dall'ascolto all'azione: Integrare i bisogni comunicativi emersi nella pratica clinica, familiare e pubblica.....	138
5. CORPO, STABILITÀ E CURA INTEGRATE.....	143
5.1 Metodologia e contesto di raccolta dei dati.....	145
5.2. Il corpo come segnale precoce e spazio della cura	147
5.3. Sonno	150
5.4. Alimentazione, energia e cicli dell'umore	152
5.5. Movimento e accessibilità realistica	154
5.6. Effetti collaterali dei trattamenti	158
5.7. Disuguaglianze materiali.....	161
Corpo, implementazione della cura e sostenibilità dei percorsi: una lettura integrata dei dati.....	163
6. ACCESSO REALE ALLA CURA:IL CENSIMENTO DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE	166
Metodologia: un censimento relazionale e standardizzato.....	167
6.1. Risultati preliminari del censimento dei servizi di salute mentale.....	171
6.2. Risposta e silenzio come indicatori di accesso reale: lettura integrata dei risultati del censimento.....	175
6.3. Implicazioni operative per servizi, territorio e modelli di cura.....	177
7. CONCLUSIONI – LETTURA TRASVERSALE E SVILUPPI.....	180

Riconoscimenti

Questo report è il risultato di un lavoro collettivo strutturato, sviluppato nell'ambito delle attività di ricerca, raccolta dati, comunicazione e lavoro istituzionale **dell'Associazione Italiana Bipolari (AIBP) e della European Network for Bipolar (ENB)**. I contenuti presentati derivano da più progetti distinti ma interconnessi, coordinati all'interno di una strategia complessiva di monitoraggio, advocacy e produzione di evidenze bottom up.

Il coordinamento complessivo del report, così come la redazione finale, sono stati curati da Eleonora Caiazza, MSc Clinical Neurodevelopmental Sciences (King's College London), Vice Presidente e co-fondatrice dell'Associazione Italiana Bipolari (AIBP) e Presidente e co-fondatrice della European Network for Bipolar (ENB), responsabile del lavoro istituzionale dell'associazione, delle campagne e delle attività di raccolta e analisi dei dati. La campagna “Disturbo bipolare: sotto la punta dell'iceberg” e il progetto “Corpo, stabilità e cura integrate” sono stati realizzati attraverso i canali social dell'associazione. Per questi progetti, si ringrazia il team *Public Relations e Social Media*, che hanno svolto un ruolo centrale nella progettazione delle campagne informative, nella raccolta dei dati e nella diffusione dei contenuti, attività che si sono sviluppate nel corso

di diversi mesi e i cui risultati sono analizzati nel presente report. Il progetto **“Accesso reale alla cura: il censimento dei servizi di salute mentale”** è stato reso possibile dal lavoro del team *Contatti Ospedali*, che ha condotto un censimento sistematico dei servizi di salute mentale su base regionale. Questa attività si è svolta nell'arco di due anni, attraverso contatti diretti con strutture e servizi, e rappresenta una delle prime mappature dal basso dell'offerta di cura psichiatrica in Italia.

Il Sondaggio Nazionale sulle Pratiche Scorrette nella Cura dei Pazienti Psichiatrici e il suo protocollo di studio è stato ideato nell'ambito del *Progetto MENCAP*, con un team composto da: **Nina Sobierajska**, PhD student at neoLAB University of Cambridge, **Alina Khomenkova**, MSc Cognitive Neuroscience UCL, **Ilayda Demirdag**, Research Intern at University of Cambridge, Institute of Cognitive Neuroscience; MSc Cognitive Neuroscience UCL, **Noera Azimi**, Assistant Psychologist, MSc Clinical Neurodevelopmental Sciences King's College London.

Il team ha collaborato alla definizione del questionario, al protocollo di studio e all'impostazione metodologica e statistica del sondaggio, garantendo solidità scientifica, coerenza etica e

Riconoscimenti

attenzione agli aspetti di governance dei dati. Si ringrazia **Massimo Caiazza**, *avvocato e consulente internazionale in materia di protezione dei dati*, per il supporto fornito nella stesura e revisione della documentazione sulla privacy e sulla gestione dei dati, garantendo la conformità del sondaggio al GDPR e agli standard internazionali di tutela dei partecipanti. Un contributo fondamentale alla realizzazione tecnica del sondaggio, alla gestione degli strumenti digitali e al supporto operativo per la raccolta e l'organizzazione dei dati è stato fornito dal *gruppo Tech* dell'AIBP, coordinato da **Gabriela Stanciu**, *Segretaria del Direttivo AIBP e coordinatrice del gruppo Tech*. Il lavoro del gruppo ha garantito l'affidabilità tecnica, la sicurezza dei dati e la sostenibilità operativa del progetto.

Si ringrazia il **Direttivo dell'Associazione Italiana Bipolari**, per il supporto strategico, organizzativo e decisionale fornito lungo l'intero percorso progettuale, contribuendo alla coerenza istituzionale, alla supervisione delle attività e alla continuità del lavoro associativo.

Contattaci

Eleonora Caiazza: Vice Presidente AIBP;
Presidente ENB: eleonora.caiazza@aibp.it
Direttivo AIBP: direttivo@aibp.it

Si ringrazia il **Congresso Nazionale SIMA – Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza**, nell'ambito dell'evento *Salute mentale e medicina: percorsi di cura e di integrazione*, per aver invitato l'Associazione Italiana Bipolari a presentare il contributo *Corpo, mente e disturbo bipolare: dalla crisi alla cura integrata*, offrendo un'importante occasione di confronto con il mondo clinico sui temi dell'integrazione tra salute mentale, salute fisica ed esperienza vissuta.

Un ringraziamento finale va alla **rete europea European Network for Bipolar (ENB)** composta da *Bipolarité France (Francia)*, *Bipolarföreningen (Norvegia)*, *FinFami (Finlandia)*, *Bipolar Scotland (Scozia)*, *ADEB – Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolare (Portogallo)*, *DGBS – German Society for Bipolar Disorders e.V. (Germania)* e *Le Funambule asbl (Belgio & Lussemburgo)*, per il supporto al progetto del report e sondaggio, con l'Italia come Paese pilota. In particolare, si ringrazia **Bipolar Scotland** per aver sostenuto la presentazione e la discussione del modello associativo bottom-up sviluppato dall'AIBP alla conferenza *Time for Transformation (Edinburgo, 2025)*, successivamente adattato all'interno della rete europea ENB.

Il paradosso di un sistema di cura che allontana i pazienti

Immagina di chiedere aiuto perché stai male e scoprire che quello che succede oggi conta meno di quello che è già scritto nella tua cartella. I sintomi vengono letti attraverso una diagnosi precedente, le domande sono poche, gli approfondimenti ancora meno. Invece di una valutazione completa, hai la sensazione che le conclusioni siano già state tratte. Non è un caso isolato: *Il 58% delle persone riferisce di aver avuto la percezione che le valutazioni sulla propria salute siano state formulate esclusivamente sulla base della storia clinica pregressa, piuttosto che su un'analisi complessiva della situazione attuale.*

Nel frattempo il percorso è confuso e frammentato: professionisti che non si parlano, indicazioni poco chiare, nessuno che spieghi davvero quali siano i passaggi successivi. *Il 46,6% segnala una mancanza di coordinamento tra chi cura e il 44,8% una carenza di informazioni sui servizi.* In psichiatria, dove la cura dovrebbe tenere insieme aspetti biologici, psicologici e sociali, questa frammentazione pesa ancora di più. **Così si inizia a rimandare, a evitare la cura, non perché si stia meglio, ma per timore di peggiorare o di non essere presi sul serio: il 45% dichiara infatti di aver evitato o ritardato le cure per paura della qualità del trattamento. Il paradosso è questo: un sistema pensato per curare finisce per allontanare, aggravando i problemi delle persone e, nel tempo, il peso clinico e sociale delle cure stesse.**

Immagina di dover seguire istruzioni importanti scritte in piccolo, di fretta, mentre qualcuno ti dice che “non c’è tempo per spiegare”.

Ti viene prescritta una terapia farmacologica, senza sapere davvero cosa aspettarti: come ti farà sentire, se ti sederà, se altererà il tuo corpo o la tua mente, per quanto tempo dovrai prenderla o cosa succederà se non funziona. Segui le indicazioni perché ti fidi o perché non senti di avere alternative, ma senza una comprensione reale è difficile aderire alla cura, fare domande o segnalare effetti collaterali. *Il 38% dei pazienti riferisce di aver ricevuto trattamenti o esami senza spiegazioni sulla loro necessità e il 59% si è sentito sotto pressione ad accettare cure o farmaci con cui non si sentiva a proprio agio. In molti casi la cura si riduce ai soli farmaci (50%), dove opzioni alternative non vengono discusse (39%). Il consenso c’è, ma spesso resta solo formale.*

Quando la persona non comprende la cura, anche la relazione clinica si indebolisce. *Il 61% dei rispondenti riferisce scarso ascolto o mancanza di empatia da parte degli operatori, mentre il 41% riporta la sensazione di essere stato trattato/a più come un insieme di sintomi che come una persona. In oltre un caso su tre, i vissuti della persona sono stati messi in dubbio o minimizzati. A questo si aggiunge l’assenza di indicazioni chiare su cosa succederà dopo il trattamento, segnalata dal 70% dei rispondenti, e la mancanza di un supporto emotivo strutturato, che il 58,5% riferisce di non aver ricevuto. Il paradosso è evidente: senza comunicazione, ascolto e consenso realmente informato, anche le cure disponibili diventano più difficili da seguire e meno efficaci, trasformando la relazione clinica da strumento di cura a fattore di distanza.*



Non sapere di avere diritti, significa non poterli esercitare.

Quasi una persona su due (48%) riferisce di non essere stata informata dei propri diritti, inclusa la possibilità di rifiutare un trattamento o di esprimere un consenso realmente informato. In oltre un terzo dei casi, le decisioni vengono prese senza un coinvolgimento attivo della persona, in un clima paternalistico in cui “si decide per il tuo bene” senza spiegare né chiedere.

Questa mancanza di informazione e partecipazione può trasformarsi rapidamente in una perdita concreta di autodeterminazione. *Il 37% dei pazienti segnala di essere stato escluso dai processi decisionali, mentre il 32,3% riferisce che la diagnosi psichiatrica ha funzionato come un marchio permanente, capace di limitare diritti e credibilità. In quasi il 30% dei casi emergono forme di abuso di potere o coercizione psicologica, e per una persona su cinque i trattamenti sono avvenuti senza un consenso reale, anche quando formalmente legittimi. Queste esperienze non riguardano solo contesti eccezionali: compaiono nei servizi di primo contatto, negli ambulatori e nei luoghi della cura continuativa, fino ai contesti di ricovero e gestione della crisi. **Il paradosso è che pratiche paternalistiche, a lungo considerate normali e persino protettive, mostrano oggi di peggiorare gli esiti della cura: riducono l'autodeterminazione, indeboliscono il consenso e finiscono per compromettere proprio quella tutela e quell'efficacia che il sistema dichiara di voler garantire.***



Quando la cura lascia segni sulla salute e sulla vita quotidiana

Immagina di dover scegliere quale parte di te può stare peggio: la stabilità mentale, il tuo corpo, le relazioni, la vita sessuale. Anche quando una procedura finisce o un trattamento viene cambiato, gli effetti non sempre si fermano lì. Restano segni che accompagnano la vita quotidiana, spesso invisibili nei referti clinici, dati per scontati come “accettabili”, finché non sei tu a dover convivervi ogni giorno. Dalle risposte emerge che, per una parte delle persone, l’esperienza di cura è stata associata a conseguenze rilevanti sulla salute fisica e cognitiva.

Un terzo segnala una compromissione cognitiva persistente, mentre una persona su cinque riporta una disabilità fisica permanente. In altri casi vengono riferite disfunzioni metaboliche indotte dai trattamenti, come diabete o ipertensione, oppure problemi neurologici cronici. Anche quando il danno non è permanente, l’impatto può essere significativo: oltre il 40% delle persone descrive effetti collaterali temporanei ma debilitanti e circa il 30% alterazioni cognitive o motorie che interferiscono con il funzionamento quotidiano. Più di una persona su tre riferisce un peggioramento dell’autostima o dell’immagine di sé, mentre oltre un quarto segnala una riduzione del desiderio sessuale. In un caso su cinque viene riportato un isolamento sociale aggravato o insorto durante il percorso di trattamento, e per una parte delle persone compaiono disfunzioni sessuali che incidono sulla qualità della vita e sulle relazioni.

01. Introduzione

Perché questo report: il modello “bottom-up”

L'Associazione Italiana Bipolari (AIBP) è la prima e unica realtà nazionale in Italia fondata e guidata da persone con disturbo bipolare, con il supporto di familiari, professionisti sanitari e attivisti. AIBP nasce da un bisogno urgente e non soddisfatto nel panorama della salute mentale italiana: dare voce all'esperienza vissuta, costruire strumenti concreti di supporto e colmare un vuoto storico di rappresentanza reale delle persone con disturbo bipolare nei processi decisionali, informativi e di governance della cura.

Nel contesto italiano, le persone con disturbo bipolare sono state a lungo oggetto di narrazione clinica e di classificazione diagnostica, ma raramente soggetti attivi nella definizione delle priorità di cura, nella valutazione dei servizi o nella produzione di conoscenza sul sistema che le riguarda. AIBP nasce per invertire questa dinamica, assumendo l'esperienza vissuta non come elemento accessorio o testimoniale, ma come fonte primaria di conoscenza, capace di orientare interventi clinici, percorsi formativi e politiche sanitarie (modello bottom-up).

Nel lavoro quotidiano dell'associazione, AIBP raccoglie centinaia di testimonianze, accompagna le persone nei percorsi di cura, sviluppa strumenti di prevenzione e stabilizzazione, e realizza attività formative dal basso a partire dai bisogni reali degli utenti. Questo posizionamento consente di osservare in modo diretto e non filtrato ciò che funziona e ciò che manca nei servizi di salute mentale, non solo sul piano clinico, ma anche su quello relazionale, organizzativo e istituzionale.

A partire da questa esperienza sul campo, la raccolta di dati non rappresenta per AIBP un'attività separata o astratta, ma una naturale estensione del lavoro di supporto, advocacy e interlocuzione con il sistema. Raccogliere dati significa rendere visibile ciò che altrimenti resterebbe frammentato, individualizzato o non nominabile, e creare una base comune di conoscenza su cui costruire confronto, miglioramento e responsabilità condivisa.

01. Introduzione

Dal primo report al secondo

Da questo lavoro sul campo è emersa con crescente chiarezza una criticità strutturale: l'assenza, in Italia, di dati sistematici, indipendenti e comparabili sulle esperienze delle persone nei percorsi di cura psichiatrica, in particolare per quanto riguarda la qualità etico-relazionale della cura, il rispetto dei diritti, le disuguaglianze territoriali e l'impatto delle pratiche scorrette sulla fiducia nel sistema sanitario.

“ A oltre quarant'anni dalla Legge 180/1978, nota come Legge Basaglia, la riforma psichiatrica italiana — ispirata al lavoro di Franco Basaglia e alla Psichiatria Democratica — ha segnato il superamento del modello manicomiale e l'abolizione dell'ospedale psichiatrico come istituzione totale, introducendo un sistema di assistenza territoriale e ridefinendo il ruolo della psichiatria ospedaliera in termini di intervento limitato, non segregante e formalmente orientato alla tutela dei diritti. ”

Livello	Cosa è presente	Cosa manca
Normativo	La Legge 180/1978 (<i>Legge Basaglia</i>) definisce principi fondamentali di tutela dei diritti e limita le violazioni più gravi e manifeste (internamento, privazione arbitraria della libertà, istituzionalizzazione). ¹	Un quadro normativo aggiornato che riconosca e definisca forme di danno, abuso o scorrettezza non riconducibili all'internamento, ma legate alle pratiche cliniche, organizzative e relazionali della psichiatria contemporanea.
Attuazione del sistema	Organizzazione dei servizi strutturata su base regionale, con modelli territoriali differenziati.	Mancano strumenti e meccanismi omogenei per garantire l'effettiva applicazione dei diritti su tutto il territorio nazionale; persistono frammentazione, disuguaglianze regionali e difficoltà nel rendere l'accesso e la continuità realmente praticabili nella vita quotidiana delle persone ^{2 3} .

¹ Legge 13 maggio 1978, n. 180 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori), testo integrale vigente, Normattiva – Il portale della legge vigente: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-05-13;180>

² SOSPSICHE, Le disparità regionali in psichiatria: un ostacolo alla salute mentale in Italia, 27 giugno 2024. https://www.sospsiche.it/news-fisam/salute-mentale-news-in-dettaglio.html?tx_news_pi1%5Bnews%5D=134519

01. Introduzione

Dal primo report al secondo

Livello	Cosa è presente	Cosa manca
Dibattito scientifico e istituzionale	Analisi giuridiche sulla responsabilità professionale e sul consenso informato, studi empirici basati su dati amministrativi e indagini nazionali sull'esperienza nei servizi ^{4 5 6} .	Mancano analisi sistematiche e continuative delle esperienze vissute delle persone nei servizi, in particolare sulle dimensioni etico-relazionali, comunicative e sulla fiducia nel sistema, considerate come dati strutturali e non come testimonianze episodiche.
Monitoraggio	Raccolta di dati amministrativi e clinici su accessi, prestazioni e outcome ^{5 6} .	Meccanismi nazionali indipendenti di monitoraggio delle esperienze dei pazienti, capaci di distinguere tra episodi individuali e pattern strutturali di malfunzionamento del sistema.
Riconoscimento del danno	Le violazioni riconosciute giuridicamente restano prevalentemente circoscritte a casi estremi o formalmente tipizzati.	Resta fuori il riconoscimento di pratiche scorrette quotidiane, violazioni relazionali e disuguaglianze sistemiche, che continuano a essere trattate come casi isolati anziché come segnali di fragilità strutturale del sistema.

³ Cassano G.B., Sbrana A., Come migliorare e salvaguardare la legge psichiatrica in Italia, Journal of Psychopathology. <https://old.jpsychopathol.it/article/come-migliorare-e-salvaguardare-la-legge-psichiatrica-in-italia/>

⁴ Dalla Balla, F. (2019). I paradigmi normativi dell'amministrazione psichiatrica: servizi territoriali e strumenti per l'autodeterminazione terapeutica a quarant'anni dalla Legge Basaglia. BioLaw Journal, 1(1), 399–432. <https://teseo.unitn.it/biolaw/article/view/1334/1336>

⁵ Lasalvia, A., Bodini, L., Fin, V., et al. (2025). Lived experience in Italian mental health services: A national survey of peer support and co-production practices. BMC Health Services Research, 25, 1235. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13407-z>

⁶ Loretto, L., Nivoli, A., Milia, P., Depalmas, C., Piu, D., Taras, G., Riondino, L., & Nivoli, G. (2020). La responsabilità professionale in psichiatria: evoluzione e criticità. Rivista di Psichiatria, 55(Suppl. 1), S3–S8. <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3504/articoli/34899/>

01. Introduzione

Questo documento rappresenta il secondo report pubblico di AIBP e segna un passaggio fondamentale nel lavoro dell'associazione. Se il primo report era centrato prevalentemente sulla raccolta e restituzione delle testimonianze — con una funzione di denuncia, visibilità e rottura del silenzio — questo secondo report nasce dall'esigenza di trasformare l'esperienza vissuta in evidenza strutturata, senza snaturarne la complessità e senza ridurla a mero dato numerico.

Il presente report riunisce e analizza in modo coordinato diverse fonti di dati raccolte direttamente da AIBP nel corso degli ultimi anni, tra cui:

- **un sondaggio nazionale** online sulle pratiche scorrette, le disuguaglianze e le violazioni nella cura psichiatrica;
- **un'analisi qualitativa tematica** basata sulle narrazioni degli utenti;
- **dati utilizzati in contesti clinici e formativi** per il confronto con professionisti della salute mentale;
- **un censimento operativo dei servizi di salute mentale**, condotto centro per centro e regione per regione, che permette di osservare la struttura reale dell'offerta di cura sul territorio.

I dati presentati in questo report derivano da esperienze reali e hanno carattere preliminare e descrittivo. Non hanno lo scopo di sostituire la ricerca accademica né di produrre generalizzazioni statistiche sull'intera popolazione italiana.

**ASSOCIAZIONE ITALIANA BIPOLARI
SECONDO REPORT GENNAIO 2025**

Il loro valore risiede nella coerenza dei risultati e nella loro ripetuta ricorrenza: le stesse criticità emergono attraverso strumenti diversi e su più livelli di analisi, dall'esperienza individuale alle pratiche cliniche, fino all'organizzazione dei servizi. Questa convergenza di evidenze indica la presenza di problemi strutturali che incidono sulla qualità della cura, sulla fiducia nel sistema sanitario e sugli esiti di salute delle persone con disturbo bipolare. *Il report non nasce quindi da una riflessione teorica astratta, ma da un bisogno concreto e condiviso, emerso dall'osservazione delle esperienze quotidiane di chi vive, utilizza e lavora nei servizi di salute mentale.* Il lavoro si inserisce inoltre in continuità con modelli già adottati a livello internazionale, nei quali la raccolta di dati a partire dalle esperienze delle persone ha contribuito a rafforzare la responsabilità dei servizi, migliorare la qualità della cura e tutelare i diritti. Allo stesso tempo, *questo report rappresenta un punto di partenza per sviluppi futuri, tra cui l'ampliamento della raccolta dati, la collaborazione con professionisti e ricercatori, la validazione dei metodi utilizzati e la costruzione di strumenti condivisi per il monitoraggio della salute mentale.*

L'obiettivo è rendere queste evidenze accessibili e utilizzabili, affinché possano contribuire a orientare pratiche di cura più eque, efficaci e rispettose della dignità delle persone, in dialogo con chi le vive direttamente.

02. Tipologia dei dati presentati

Le evidenze analizzate nel presente documento derivano da strumenti e modalità di raccolta differenti, sviluppati e utilizzati dall'Associazione Italiana Bipolari (AIBP) nell'ambito delle proprie attività associative, formative e istituzionali.

In particolare, la raccolta si è basata su:

- sondaggi online diffusi tramite campagne mirate e canali associativi;
- partecipazione volontaria delle persone coinvolte;
- analisi quantitativa di tipo descrittivo e analisi qualitativa di tipo tematico;
- un censimento operativo dei servizi di salute mentale, condotto regione per regione e centro per centro.

Tutte le attività di raccolta dati sono avvenute al di fuori di contesti sperimentali o clinici controllati e non hanno previsto interventi, modifiche o influenze sui percorsi di cura delle persone coinvolte.

I dati sono il risultato di un lavoro pluriennale di raccolta, organizzazione e analisi svolto direttamente dall'AIBP a partire dall'osservazione dei bisogni emersi sul campo. Pur non essendo raccolti in ambito accademico o sperimentale, sono stati costruiti e analizzati all'interno di un quadro metodologico esplicito, coerente e dichiarato.

“ Considerate congiuntamente, queste informazioni consentono di osservare il funzionamento della cura psichiatrica da più prospettive: l'esperienza vissuta delle persone, la relazione clinica e la struttura concreta dei servizi sul territorio. Il loro valore non risiede nella dimensione numerica del campione, ma nella ricorrenza delle stesse criticità attraverso strumenti diversi, contesti differenti e livelli di analisi complementari. Questa convergenza consente di leggere le esperienze individuali non come episodi isolati, ma come segnali ripetuti di funzionamento — o di difficoltà — del sistema di cura. ”

Il report integra quattro principali tipologie di dati, raccolte con finalità e modalità differenti, ma analizzate in modo coerente all'interno di un'unica cornice interpretativa.

02. Tipologia dei dati presentati

2.1. Dati quantitativi

2.1.1. Sondaggio nazionale online

Il report include i risultati preliminari del **Sondaggio Nazionale sulle Pratiche Scorrette, le Disuguaglianze e le Violazioni nella Cura dei Pazienti Psichiatrici**, promosso dall'Associazione Italiana Bipolari (AIBP). Il sondaggio è stato diffuso online attraverso campagne mirate e canali associativi ed è stato progettato per raccogliere informazioni sulle esperienze di cura sia nel sistema pubblico sia in quello privato, lungo diverse fasi del percorso psichiatrico.

A differenza di altri strumenti utilizzati da AIBP, questo sondaggio è stato volutamente aperto a una platea più ampia, includendo:

- persone con disturbo bipolare;
- persone con altre diagnosi psichiatriche gravi;
- familiari e caregiver, intesi come persone che affiancano quotidianamente chi è in cura e ne osservano direttamente il rapporto con i servizi.

Questa scelta metodologica, descritta in modo dettagliato nel protocollo di studio del sondaggio⁷, risponde all'esigenza di analizzare le pratiche scorrette e le criticità del sistema non come problemi legati a una singola diagnosi, ma come dinamiche trasversali della cura psichiatrica. L'inclusione di punti di vista diversi consente inoltre di considerare fattori intersezionali — come ruolo familiare, carico assistenziale, condizioni sociali e contesto di accesso ai servizi — che possono influenzare in modo significativo l'esperienza di cura e amplificarne gli effetti. I dati presentati in questo report rappresentano una fase preliminare della raccolta e dell'analisi. Non costituiscono una validazione accademica definitiva, ma forniscono una base empirica strutturata e coerente per identificare pattern ricorrenti, orientare analisi successive e sviluppare approfondimenti metodologici futuri, come previsto dal protocollo di studio.

⁷ Associazione Italiana Bipolari, Protocollo di Studio Sondaggio Nazionale sulle Pratiche Scorrette, gli Abusi e le Discriminazioni nella Cura dei Pazienti Psichiatrici (maggio 2025) <https://associazioneitalianabipolari.it/wp-content/uploads/2025/05/Protocollo-di-Studio-Sondaggio-Nazionale-sulle-Pratiche-Scorrette-gli-Abusi-e-le-Discriminazioni-nella-Cura-dei-Pazienti-Psichiatrici-1.pdf>

2.1.2 Dati clinico-relazionali - Utilizzo formativo e congressuale

Una parte dei dati presentati deriva da raccolte e rielaborazioni utilizzate in contesti clinici e formativi, in particolare nell'ambito del congresso "Corpo, mente e disturbo bipolare: dalla crisi alla cura integrata⁸". Anche in questo caso, i dati provengono prevalentemente da persone con disturbo bipolare e sono stati utilizzati per esplorare il ruolo del corpo, dei segnali precoci, degli effetti collaterali e delle condizioni materiali nella stabilità dell'umore e nell'aderenza terapeutica.

Questi dati rappresentano una traduzione clinico-relazionale delle evidenze emerse dal lavoro associativo e consentono di dialogare direttamente con i professionisti, collegando l'esperienza vissuta a implicazioni pratiche per la cura.

2.1.3 Dati strutturali e sistemici - Censimento dei servizi di salute mentale

Infine, il report include dati derivanti da un lavoro sistematico di contatto dei servizi di salute mentale, condotto da AIBP centro per centro e regione per regione nel corso di due anni. In questo caso, non si tratta di dati auto-riferiti dagli utenti, ma di informazioni raccolte direttamente dall'associazione sui servizi esistenti, sulla loro risposta al contatto, sulla disponibilità al confronto e sull'avvio di collaborazioni.

Per le regioni incluse nel dataset, il lavoro ha raggiunto una copertura del 100% dei servizi presenti, configurandosi come un quasi-censimento piuttosto che come un campione. Questo materiale permette di osservare la struttura reale dell'offerta di cura e di collegare le esperienze riportate dagli utenti alle possibilità concrete offerte dal territorio. Questo tipo di dato consente di collegare le esperienze riportate dalle persone alla struttura reale dell'offerta di cura, rendendo visibili le disuguaglianze territoriali e organizzative.

⁸ Associazione Italiana Bipolari, Corpo, mente e disturbo bipolare: dalla crisi alla cura integrata (settembre 2025)
<https://associazioneitalianabipolari.it/wp-content/uploads/2025/12/Corpo-mente-e-disturbo-bipolare-dalla-crisi-alla-cura-integrata.pdf>

2.2. Dati qualitativi

Analisi tematica dell'esperienza vissuta

Il report integra un'analisi qualitativa tematica basata sulle narrazioni raccolte nell'ambito della campagna "Disturbo bipolare: sotto la punta dell'iceberg". Questo insieme di dati è composto esclusivamente da contributi di persone con disturbo bipolare e si concentra sui vissuti soggettivi, sui significati attribuiti alle esperienze di cura e sui pattern ricorrenti di criticità relazionali, comunicative e istituzionali.

Sebbene il numero di contributi sia limitato, l'analisi è stata condotta in modo sistematico e ha permesso di individuare temi ricorrenti che trovano riscontro anche nei dati quantitativi e nelle evidenze clinico-relazionali presentate nel report. Questo materiale non ha l'obiettivo di rappresentare l'intera popolazione, ma di offrire profondità interpretativa ai risultati numerici e di chiarire come e perché determinate pratiche, modalità comunicative o scelte organizzative possano produrre effetti negativi o, al contrario, protettivi sull'esperienza di cura.

In questo senso, i risultati raccolti costituiscono una base concreta per sviluppi futuri in ambito formativo ed educativo. L'obiettivo è utilizzare queste evidenze per costruire percorsi di formazione promossi dall'Associazione Italiana Bipolari e, in prospettiva, replicabili anche a livello internazionale attraverso la rete europea, qualora la raccolta dati venisse estesa su scala più ampia. Tali percorsi potrebbero essere rivolti a corsi universitari e a contesti di formazione professionale in psichiatria, psicologia e nelle professioni sanitarie e sociali, integrando i contenuti dei manuali diagnostici con indicazioni pratiche su come le persone hanno realmente bisogno di essere aiutate: quali parole facilitano l'alleanza terapeutica, quali frasi rischiano di peggiorare la situazione, e come il linguaggio utilizzato incida sull'efficacia della cura, oltre che sulla sua accettabilità.

Gli stessi dati possono inoltre essere impiegati per iniziative di contrasto allo stigma e per attività di educazione e sensibilizzazione sul disturbo bipolare. La raccolta è stata infatti strutturata distinguendo le diverse fasi ed episodi del disturbo, riconoscendo che ciò che può essere utile in un contesto — ad esempio durante una fase depressiva — può risultare inefficace o dannoso in un altro, come durante una fase maniacale. Questa articolazione consente di sviluppare strumenti comunicativi e formativi più mirati, realistici e aderenti all'esperienza vissuta delle persone.

Quadro metodologico e trasparenza

Questo report integra diverse attività di raccolta dati promosse dall'Associazione Italiana Bipolari (AIBP) nel corso del 2025, sviluppate all'interno delle proprie attività associative, formative e istituzionali. L'obiettivo è descrivere in modo complementare l'esperienza riferita delle persone nei percorsi di cura e alcuni aspetti osservabili del funzionamento concreto del sistema di salute mentale e della rete territoriale. Nel loro insieme, le attività si collocano in un disegno osservazionale e descrittivo. Le raccolte si sono svolte al di fuori di contesti sperimentali o clinici controllati e non hanno previsto interventi, manipolazione delle variabili né influenze sui percorsi di cura delle persone coinvolte. Il report non è stato concepito per testare ipotesi causali, ma per rendere osservabili pattern ricorrenti, criticità convergenti e traiettorie esperienziali che emergono dall'osservazione sistematica del lavoro sul campo.

Fonti di dati

Il report si basa su tre principali tipologie di dati, analizzate all'interno di una cornice interpretativa comune:

- Dati esperienziali raccolti dalle persone, tramite un sondaggio nazionale strutturato e raccolte esplorative sviluppate attraverso campagne tematiche sui canali social dell'associazione. La partecipazione è stata volontaria e non remunerata, con reclutamento prevalentemente veicolato attraverso i canali digitali e comunitari dell'AIBP, secondo un campionamento di convenienza coerente con la natura associativa e bottom-up del progetto. Il sondaggio nazionale è stato l'unico strumento guidato da un protocollo di studio formale e include, in modo distinto, anche la partecipazione di caregiver; le raccolte social hanno avuto una funzione esplorativa e generativa, orientata all'emersione di temi, linguaggi e bisogni ricorrenti.
- Dati qualitativi tematici, derivanti da contributi testuali e materiali spontanei, utilizzati per approfondire significati, dinamiche relazionali e vissuti soggettivi, in particolare nelle diverse fasi del disturbo. Questi materiali non sono stati progettati per fornire misurazioni sistematiche, ma per integrare e contestualizzare i risultati quantitativi.
- Dati strutturali e sistemici, derivanti dal censimento dei servizi di salute mentale condotto dall'AIBP tramite contatti standardizzati con le strutture. Questa componente osserva il funzionamento e la capacità di risposta dei servizi e viene utilizzata per collocare le esperienze riportate entro un quadro organizzativo e territoriale più ampio.

Quadro metodologico e trasparenza

Analisi e integrazione delle evidenze

Le modalità di analisi sono state definite in base alla natura dei dati raccolti. I dati del sondaggio sono stati sintetizzati mediante statistiche descrittive (conteggi e percentuali), al fine di osservare la frequenza con cui specifiche esperienze e criticità sono state riportate all'interno del campione. I materiali qualitativi sono stati analizzati con un approccio tematico, orientato all'identificazione di ricorrenze e pattern convergenti. L'integrazione tra componenti quantitative, qualitative e strutturali costituisce un elemento centrale del report. La componente quantitativa rende osservabili distribuzioni e frequenze interne al campione; la componente qualitativa chiarisce significati, dinamiche e contesti; il censimento dei servizi aggiunge un livello sistemico che consente di interpretare le esperienze individuali in relazione all'organizzazione concreta della cura.

Limiti del campionamento e ambito dei dati

I dati presentati in questo report derivano da una partecipazione volontaria e da un campionamento di convenienza. ***Questo significa che hanno risposto principalmente persone che avevano un motivo per partecipare, ad esempio perché avevano vissuto difficoltà, pratiche scorrette o esperienze negative nei percorsi di cura.***

È quindi probabile che siano sottorappresentate le persone che non hanno avuto problemi rilevanti con i servizi. Per questo motivo, ***il report non ha l'obiettivo di stimare la diffusione degli abusi in Italia, né di fornire percentuali rappresentative a livello nazionale, regionale o temporale. I dati non vanno letti come una fotografia completa del sistema, ma come un'analisi mirata di esperienze specifiche.***

Lo scopo del lavoro è diverso: capire, tra le persone che hanno riportato criticità, quali tipi di pratiche scorrette emergono più spesso, in quali contesti di cura si verificano e con quali conseguenze sul rapporto di fiducia, sull'alleanza terapeutica e sulla continuità della cura. In questo senso, il report non misura "quanto" il fenomeno sia diffuso, ma come si manifesta e dove si concentra. Il valore dei dati sta quindi nella possibilità di identificare pattern ricorrenti e problemi strutturali, rendendo visibili dinamiche che altrimenti resterebbero isolate o difficili da riconoscere. Il report si configura come uno strumento di analisi esplorativa e di chiarificazione dei fenomeni, utile per orientare il confronto con i servizi e sviluppare interventi futuri più mirati.

03. Il Sondaggio Nazionale sulle Pratiche Scorrette nella Cura Psichiatrica

Questo capitolo presenta le evidenze emerse dal Sondaggio Nazionale sulle Pratiche Scorrette, le Disuguaglianze e le Violazioni nella Cura dei Pazienti Psichiatrici, promosso dall'Associazione Italiana Bipolari (AIBP). Il sondaggio rappresenta il primo tentativo, su scala nazionale, di raccogliere in modo sistematico dati sulle esperienze di cura in ambito psichiatrico a partire dal punto di vista diretto delle persone coinvolte. L'iniziativa nasce dalla constatazione di una lacuna strutturale nel contesto italiano: l'assenza di dati indipendenti e comparabili in grado di osservare non solo gli esiti clinici, ma anche la qualità relazionale, comunicativa ed etica dei percorsi di cura, incluse pratiche scorrette, disuguaglianze di accesso e criticità nel consenso informato.

Il sondaggio è stato progettato come strumento descrittivo e osservazionale, con l'obiettivo di far emergere pattern ricorrenti nelle esperienze di cura, piuttosto che di misurare prevalenze o stabilire relazioni causali. La struttura del questionario, definita e documentata nel protocollo di studio, è stata costruita per coprire diverse aree chiave del percorso di cura psichiatrica, tra cui l'accesso ai servizi, il processo diagnostico, la continuità assistenziale, la relazione clinica, il consenso informato e gli esiti soggettivi dell'esperienza di cura.

A differenza di altri strumenti di raccolta dati utilizzati da AIBP, il sondaggio è stato deliberatamente aperto a una pluralità di soggetti: persone con disturbo bipolare, persone con altre diagnosi psichiatriche gravi e caregiver. Questa scelta metodologica risponde alla necessità di osservare le pratiche scorrette e le criticità sistemiche come dinamiche trasversali del sistema di cura psichiatrico, più che come fenomeni legati a una singola diagnosi.

03. Il Sondaggio Nazionale sulle Pratiche Scorrette nella Cura Psichiatrica

La raccolta dei dati è avvenuta su base volontaria tramite un questionario online, pubblicizzato da campagne mirate e canali associativi. Il Capitolo 3 presenta in modo strutturato i risultati del Sondaggio Nazionale sulle Pratiche Scorrette nella Cura dei Pazienti Psichiatrici ed è articolato nelle seguenti sezioni:

- **3.1 Caratteristiche demografiche del campione**, che descrive le principali variabili socio-demografiche, cliniche, identitarie e intersezionali dei rispondenti, consentendo di comprendere da quali posizioni esperienziali provengono le risposte e di contestualizzare correttamente le evidenze presentate nelle sezioni successive;
- **3.2 Accesso, diagnosi e continuità della cura** – contesto e quadro di riferimento, dedicata alle difficoltà incontrate nell'accesso ai servizi, ai problemi nel processo diagnostico e alla discontinuità della presa in carico nel tempo, analizzate come fasi interdipendenti del percorso di cura;
- **3.3 Relazione clinica, comunicazione e consenso**, che approfondisce le modalità di trattamento proposte, il coinvolgimento nelle decisioni, la chiarezza delle informazioni, la presenza di pressioni o di consenso solo formale, la qualità della relazione operatore-paziente, il supporto emotivo offerto e il ruolo del lavoro multidisciplinare;
- **3.4 Pratiche scorrette e violazioni dei diritti**, dedicata all'analisi delle violazioni dell'autodeterminazione e delle criticità istituzionali e sistemiche emerse dalle esperienze riportate.
- **3.5 Esiti soggettivi e conseguenze sulla salute**, che analizza gli impatti riportati dalle persone in termini di danni permanenti o temporanei alla salute e di conseguenze emotive, relazionali e sessuali associate all'esperienza di cura.
- **3.6 Contesto e fase del percorso in cui si sono verificate le pratiche scorrette**, che esamina i setting e i servizi in cui sono state vissute esperienze scorrette o inappropriate (servizi di primo contatto, ambulatoriali, ospedalieri, residenziali, interventi di emergenza) e la fase del percorso di cura in cui tali episodi si sono collocati;

03. Il Sondaggio Nazionale sulle Pratiche Scorrette nella Cura Psichiatrica

- **3.7 Periodo, luogo e conseguenze dell'episodio segnalato**, dedicata alla collocazione temporale e geografica delle esperienze riportate, alle eventuali azioni di segnalazione intraprese e alle conseguenze descritte in termini di salute, benessere e vita personale;
- **3.8 Atteggiamenti ed esperienze con il personale sanitario**, che analizza le percezioni e le valutazioni dei rispondenti relative al comportamento del personale sanitario, includendo aspetti quali rispetto, ascolto, disponibilità, comunicazione e vissuto emotivo dell'interazione di cura.

Nel loro insieme, queste evidenze offrono una prima fotografia strutturata delle esperienze riportate dai partecipanti al sondaggio e costituiscono una base concreta per il dialogo con servizi, professionisti e istituzioni. L'obiettivo non è attribuire responsabilità individuali, ma identificare dinamiche ricorrenti interpretabili come indicatori di fragilità sistemica.

Il numero di risposte considerate nelle diverse analisi può variare in base alla pertinenza delle domande, ai criteri di inclusione e alla completezza delle risposte. Per ciascun item o gruppo di item, i denominatori di riferimento sono indicati nelle relative tabelle e rappresentazioni grafiche.

Note metodologiche per il lettore: come leggere questi dati

Perché da questo studio non si possono trarre conclusioni causali

Questo studio è uno studio cross-sezionale.

Significa che i dati sono stati raccolti in un unico momento nel tempo, attraverso un questionario, chiedendo alle persone di riportare esperienze passate. In altre parole: non si segue un gruppo di persone nel tempo; e non si osserva cosa succede “prima” e “dopo”; si fotografa una situazione complessiva così come emerge al momento della raccolta dei dati.

Questo tipo di dati serve a:

- rendere visibili esperienze che spesso restano isolate o silenziose;
- mostrare che certe criticità non sono casi singoli;
- individuare pattern ricorrenti lungo il percorso di cura;
- indicare dove è necessario approfondire, ascoltare meglio, intervenire.

Se una persona oggi racconta:

“Ho vissuto una pratica scorretta e poi ho avuto un peggioramento della mia salute”

noi non possiamo osservare direttamente cosa è successo passo dopo passo nel tempo. ***Stiamo ascoltando un racconto ricostruito a posteriori, basato sulla memoria e sull'esperienza soggettiva.***

Questo significa che non stiamo seguendo le persone nel tempo, come accadrebbe in uno studio che osserva “prima” e “dopo” in modo continuo.

È un po' come guardare una fotografia:

vediamo cosa c'è nell'immagine, ma non possiamo ricostruire con certezza tutto il film che l'ha preceduta.

Allora perché questi dati sono importanti?

Perché questo studio non risponde alla domanda: “Che cosa ha causato esattamente cosa?”
Ma risponde a una domanda altrettanto fondamentale: “Che cosa stanno vivendo le persone, e quanto spesso?”

Note metodologiche per il lettore: come leggere questi dati

Esempi



Per esempio la distribuzione regionale delle segnalazioni riflette la provenienza geografica dei rispondenti e la localizzazione degli episodi da essi riportati, e non consente di stimare la frequenza reale delle pratiche scorrette nei diversi territori. Le percentuali osservate non rappresentano quindi un indicatore di prevalenza regionale, ma descrivono la concentrazione delle esperienze segnalate all'interno del campione.



La distribuzione delle segnalazioni per anno indica in quale periodo le persone collocano l'esperienza vissuta, non quante pratiche scorrette avvengano realmente in ciascun anno. Questi dati mostrano quanto certe esperienze sono diffuse tra chi ha risposto al sondaggio, ma non permettono di capire se il fenomeno stia aumentando o diminuendo nel tempo. Il fatto che molte segnalazioni riguardino anni recenti dipende soprattutto dal fatto che le persone ricordano meglio esperienze più vicine nel tempo e oggi riescono più facilmente a riconoscerle e raccontarle.

La prevalenza indica quante persone, in un determinato momento, riferiscono di aver vissuto una certa esperienza.

È come chiedere: "Quante persone, tra quelle che hanno risposto, dicono di aver vissuto questa situazione almeno una volta?"

Questo report misura la prevalenza delle esperienze riportate: descrive quanto sono diffuse tra i rispondenti, non quando sono iniziate né quante nuove situazioni si verificano ogni anno.

L'incidenza, invece, indica quanti nuovi casi si verificano in un certo periodo di tempo, ad esempio in un anno.

Per misurarla sarebbe necessario seguire le persone nel tempo e osservare quando un'esperienza compare per la prima volta. Questo tipo di informazione non può essere ricavato da un sondaggio compilato in un unico momento.

Note metodologiche per il lettore: come leggere questi dati

*Quando leggiamo un dato, viene spontaneo pensare:
"Se tante persone hanno vissuto questa situazione e poi quest'altra, allora la
prima ha causato la seconda".*

Un esempio semplice

Immaginiamo di chiedere a 200
persone:

"Hai avuto effetti collaterali importanti?"
"Hai smesso o ridotto i farmaci?"

Se scopriamo che molte persone
che hanno avuto effetti collaterali
hanno poi ridotto la terapia, non
possiamo dire automaticamente
che:

"Gli effetti collaterali hanno causato la
riduzione dei farmaci".

Perché potrebbero esserci molte
altre spiegazioni:

**Questi si
chiamano
fattori confondenti**

- la persona stava già pensando di sospendere;
- c'erano problemi lavorativi o familiari;
- il rapporto con il medico era fragile;
- i farmaci sono stati cambiati per altri motivi clinici.

***Il sondaggio ci dice che queste esperienze coesistono, non perché una
abbia prodotto l'altra.***

3.1 Caratteristiche del campione

Il presente capitolo si basa sulle risposte raccolte attraverso il Sondaggio Nazionale sulle Pratiche Scorrette nella Cura dei Pazienti Psichiatrici. Il campione analizzato è composto da 211 rispondenti adulti (N = 211). Nel testo, per chiarezza e coerenza formale, N indica il numero totale dei partecipanti al sondaggio, mentre n indica la numerosità dei singoli sottogruppi analizzati. In questa sezione vengono descritte in modo sistematico le principali caratteristiche socio-demografiche, cliniche e identitarie dei rispondenti, al fine di rendere trasparente il profilo del campione a cui si riferiscono le evidenze presentate nelle sezioni successive.

Posizione del rispondente rispetto alla diagnosi

Alla domanda relativa al possesso diretto di una o più diagnosi psichiatriche incluse nel sondaggio, il 60% dei rispondenti (n = 127) ha riferito di avere una o più delle diagnosi elencate. Il 34% (n = 72) ha indicato di aver compilato il questionario in qualità di persona vicina, familiare o rappresentante di una persona con una o più diagnosi psichiatriche. Una quota minoritaria del campione, pari al 5% (n = 11), ha riportato di non avere alcuna delle diagnosi incluse e di non rientrare nelle categorie precedenti.

Rapporto con la persona interessata

Tra i rispondenti che hanno compilato il sondaggio in riferimento a un'altra persona, il rapporto più frequentemente riportato è risultato essere quello di membro della famiglia o tutore legale (88%; n = 61), seguiti da partner o coniugi (13%; n = 9). Le risposte riconducibili a caregiver professionali e ad amici o conoscenti sono risultate residuali (n = 1 per ciascuna categoria).

Caratteristiche socio-demografiche di base

Il 9% dei rispondenti (n = 18) ha riportato un'età compresa tra i 18 e i 24 anni; il 22% (n = 45) rientrava nella fascia 25–34 anni; il 23% (n = 48) nella fascia 35–44 anni; il 21% (n = 43) tra i 45 e i 54 anni; il 17% (n = 35) tra i 55 e i 64 anni; e il 5% (n = 10) tra i 65 e i 74 anni.

Non sono state registrate risposte da parte di persone di età inferiore ai 18 anni né pari o superiore ai 75 anni. Per quanto riguarda l'identità di genere, l'80% dei rispondenti (n = 160) si è identificato come femmina e il 16% (n = 32) come maschio. Una quota pari al 2% del campione (n = 3) si è identificata come non binaria o di terzo genere, mentre un ulteriore 2% (n = 4) ha preferito non specificare la propria identità di genere. La quasi totalità dei rispondenti ha indicato l'italiano come prima lingua (97%; n = 193). Il restante 3% del campione (n = 6) ha riportato una lingua madre diversa; tuttavia, tutti i rispondenti appartenenti a questo sottogruppo hanno indicato di sentirsi adeguatamente sicuri nella comprensione del questionario.

Cosa sono i dati intersezionali e perché sono importanti

Osservare i dati in modo intersezionale significa tenere conto del fatto che le esperienze di cura non sono uguali per tutte le persone. Età, genere, livello di istruzione, lingua, condizioni di salute, status sociale o altre caratteristiche possono influenzare in modo significativo il modo in cui una persona accede ai servizi, viene ascoltata e vive il percorso di cura.

Analizzare questi elementi insieme permette di evitare letture semplificate e di comprendere meglio chi è maggiormente esposto a difficoltà o disuguaglianze. I dati intersezionali aiutano quindi a rendere visibili differenze che altrimenti resterebbero nascoste e a orientare interventi più equi e mirati.

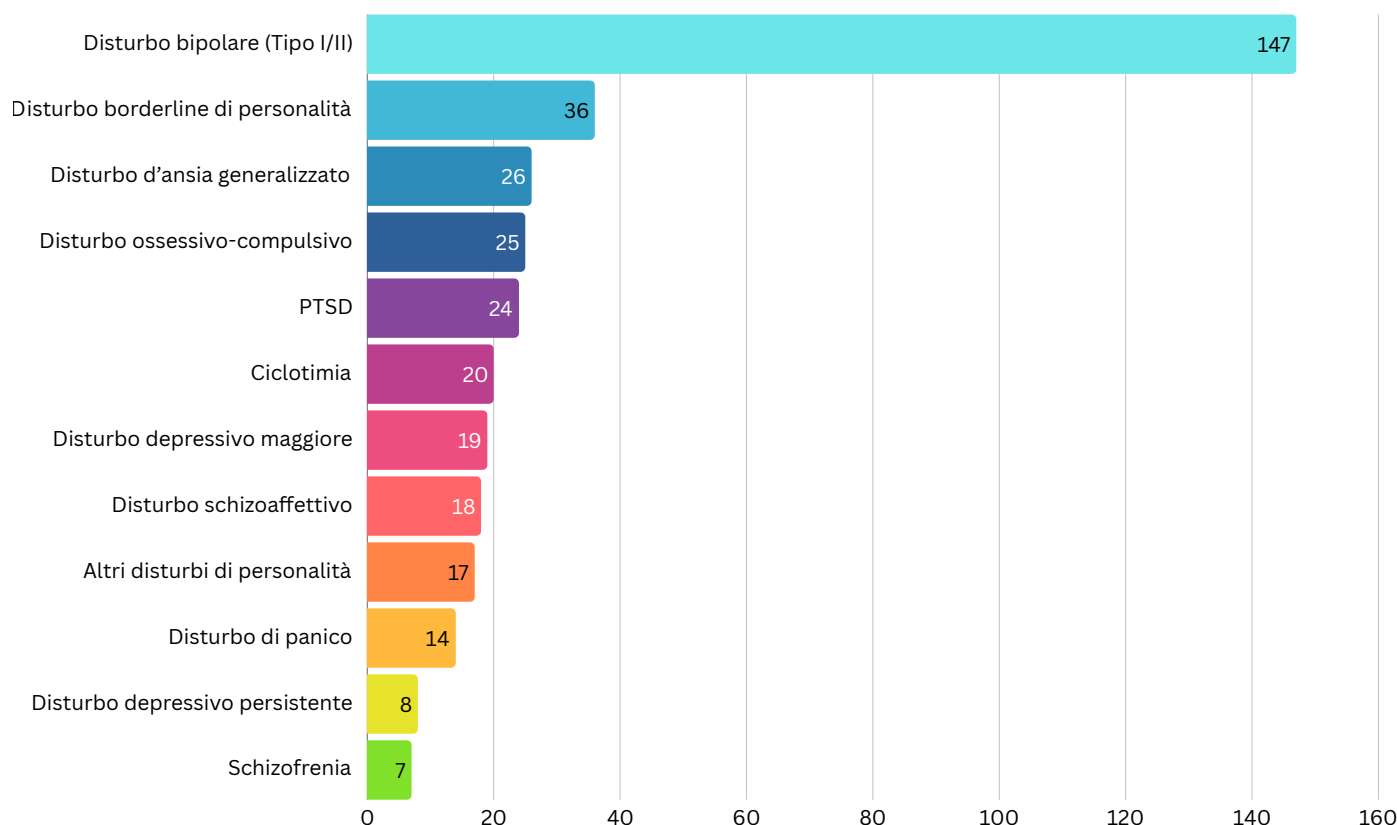
3.1 Caratteristiche del campione

Caratteristiche cliniche del campione

Tra i 211 rispondenti inclusi nel campione, il 69,7% (n = 147) ha riportato una diagnosi di disturbo bipolare di tipo I o II. Altre diagnosi psichiatriche frequentemente indicate hanno incluso il disturbo borderline di personalità (17,1%; n = 36), il disturbo d'ansia generalizzato (12,3%; n = 26), il disturbo ossessivo-compulsivo (11,8%; n = 25) e il disturbo da stress post-traumatico (11,4%; n = 24). Ulteriori diagnosi riportate hanno compreso la ciclotimia (9,5%; n = 20), il disturbo depressivo maggiore (9,0%; n = 19), il disturbo schizoaffettivo (8,5%; n = 18), altri disturbi di personalità (8,1%; n = 17), il disturbo di panico (6,6%; n = 14), il disturbo depressivo persistente (distimia) (3,8%; n = 8) e la schizofrenia (3,3%; n = 7).

Alla domanda relativa alla presenza di ulteriori diagnosi psichiatriche non incluse nell'elenco principale, il 23,1% dei rispondenti (n = 49) ha indicato la presenza di una o più ulteriori condizioni psichiatriche, mentre il 76,9% (n = 162) non ha riportato ulteriori diagnosi. Questo dato indica la presenza di diagnosi multiple in una quota rilevante del campione. Per quanto riguarda le condizioni di salute concomitanti, il 35,2% dei rispondenti (n = 70) ha riportato la presenza di ulteriori condizioni fisiche, neurologiche o neuropsichiche associate, mentre il 64,8% (n = 129) non ha indicato la presenza di condizioni di questo tipo.

Diagnosi della persona interessata



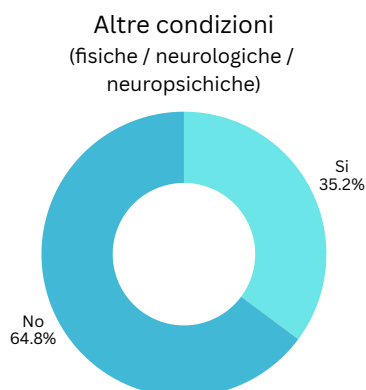
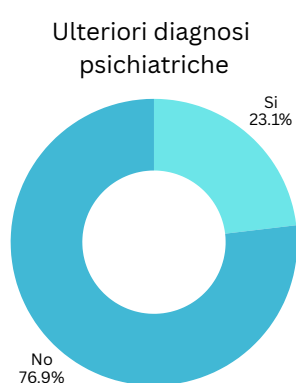
3.1 Caratteristiche del campione

Status giuridico e capacità decisionale

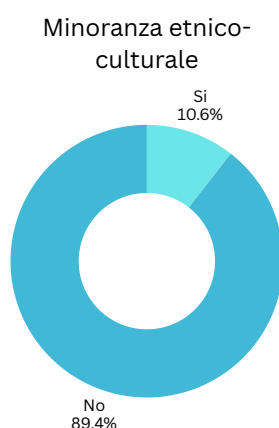
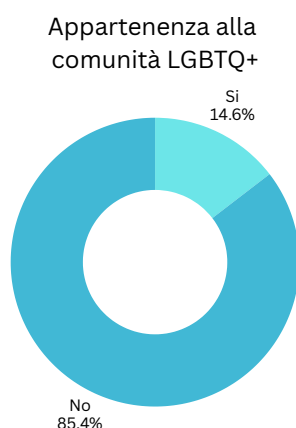
Una quota molto ridotta dei rispondenti (4 persone, pari al 2%) riferisce di aver vissuto un'esperienza di trattamento sanitario obbligatorio (TSO). La grande maggioranza (195 persone, 98%) dichiara di non averne mai fatto esperienza. In relazione alla capacità decisionale legale, il 93% dei rispondenti (n = 185) ha riferito di disporre di piena capacità decisionale al momento della compilazione del sondaggio. Una quota pari al 7% del campione (n = 14) ha invece indicato la presenza di limitazioni in tale ambito.

Variabili identitarie e intersezionali

Per quanto riguarda le variabili identitarie, l'11% dei rispondenti (n = 21) si è identificato come appartenente a un gruppo etnico o culturale minoritario, mentre l'89% del campione (n = 178) non si è riconosciuto in tale categoria. In relazione all'orientamento sessuale e all'identità di genere, il 15% dei rispondenti (n = 29) ha indicato di appartenere alla comunità LGBTQ+, a fronte dell'85% (n = 170) che non ha riportato tale appartenenza. Per quanto concerne lo status migratorio, il 5% del campione (n = 9) si è identificato come appartenente a una minoranza per status migratorio, mentre il 95% (n = 190) non ha riportato tale condizione.



CARATTERISTICHE CLINICHE DEL CAMPIONE (COMORBIDITÀ)

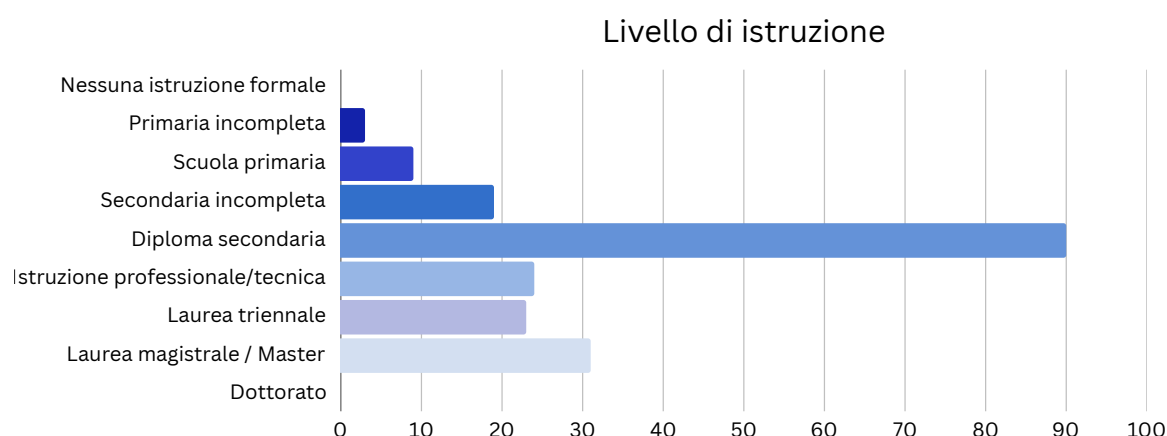


VARIABILI IDENTITARIE E INTERSEZIONALI

3.1 Caratteristiche del campione

Livello di istruzione

Il livello di istruzione del campione è risultato eterogeneo. Nessun rispondente ha dichiarato l'assenza di istruzione formale. Livelli di istruzione primaria risultano complessivamente poco rappresentati: l'1,5% del campione (n = 3) ha indicato una primaria incompleta e il 4,5% (n = 9) ha riportato come titolo più elevato il completamento della scuola primaria. Una scuola secondaria non completata è stata dichiarata dal 9,5% dei rispondenti (n = 19). Il titolo di studio più frequente è risultato il diploma di scuola secondaria, posseduto dal 45,2% del campione (n = 90). Un percorso di formazione professionale o tecnica è stato invece indicato dal 12,1% dei rispondenti (n = 24). Per quanto riguarda l'istruzione universitaria, l'11,6% (n = 23) ha dichiarato il conseguimento di una laurea triennale, mentre il 15,6% (n = 31) ha indicato una laurea magistrale o un master. Non sono stati riportati casi di dottorato di ricerca.



Credenze religiose o spirituali e loro considerazione nella cura

Una minoranza dei rispondenti ha dichiarato l'adesione a un credo religioso o spirituale (21%; n = 41), mentre la maggioranza ha indicato di non riconoscersi in alcuna forma di credenza di questo tipo (71%; n = 141). L'8% del campione (n = 17) ha scelto di non rispondere alla domanda. Tra i 42 rispondenti che hanno specificato il proprio credo o sistema di valori spirituali, l'identificazione più frequente è risultata quella cristiana (64,3%; n = 27). Il buddhismo è stato indicato dal 14,3% (n = 6), mentre il 19,0% (n = 8) ha riportato un riferimento spirituale diverso dalle opzioni elencate. Una singola persona (2,4%; n = 1) si è identificata come Testimone di Geova. Non sono state segnalate appartenenze musulmane, ebraiche, induiste o sikh. Con riferimento all'integrazione di tali dimensioni nel percorso di cura, il 71% dei rispondenti riferisce che ciò non è avvenuto. Solo il 10% indica che tali aspetti sono stati effettivamente considerati, mentre il 19% segnala che la domanda non era applicabile alla propria situazione.

3.2 Accesso, diagnosi e continuità della cura

Questa sezione analizza le esperienze riportate dai partecipanti in relazione all'accesso ai servizi di salute mentale, al processo diagnostico e alla continuità della presa in carico nel tempo.

Tali dimensioni sono considerate congiuntamente in quanto rappresentano fasi strettamente interconnesse dello stesso percorso assistenziale, nelle quali criticità che emergono in un momento possono influenzare in modo significativo lo sviluppo e la stabilità della cura nel lungo periodo.

L'accesso tempestivo ai servizi, la qualità della valutazione diagnostica e la capacità del sistema di garantire continuità assistenziale costituiscono elementi fondamentali per la costruzione di percorsi di cura coerenti e sostenibili, in particolare per le persone con condizioni cliniche complesse o di lunga durata.

Le analisi presentate in questa sezione si basano sulle risposte fornite dai partecipanti alle specifiche domande del questionario dedicate a queste aree. Il numero di risposte considerate può variare in base alla pertinenza delle domande, ai criteri di inclusione e alla completezza delle risposte.

3.2 Accesso, diagnosi e continuità della cura

Evitamento o ritardo nella ricerca di cure per timore della qualità del trattamento

Il 45% dei rispondenti (n = 95) ha riferito di aver evitato o ritardato la ricerca di cure per timore legato alla qualità del trattamento ricevuto. Il restante 55% (n = 116) ha indicato di non aver posticipato né evitato l'accesso alle cure per questo motivo.

Difficoltà nell'accesso alle cure di salute mentale (N = 58; risposta multipla)

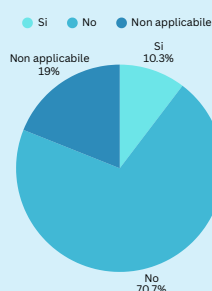
Tra i rispondenti che hanno segnalato difficoltà nell'accesso alle cure di salute mentale, la criticità più frequentemente riportata è risultata la mancanza di disponibilità di servizi specializzati, indicata dal 44,8% (n = 25). I vincoli economici sono stati segnalati dal 39,7% (n = 23), seguiti dai tempi di attesa prolungati, riportati dal 36,2% (n = 20).

Una quota rilevante dei rispondenti ha indicato lo stigma o la paura del giudizio come fattore ostacolante l'accesso alle cure (32,8%; n = 19). Altre difficoltà non specificate sono state riportate dal 25,9% (n = 15). Le barriere geografiche, quali la distanza da cliniche o ospedali, sono state indicate dal 17,2% (n = 10), mentre le barriere culturali o linguistiche sono risultate marginali (1,7%; n = 1).

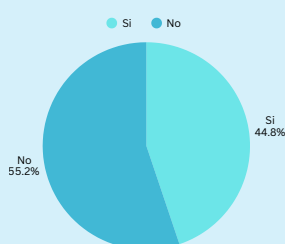
Cause di difficoltà nell'accesso alle cure di salute mentale
Risposte multiple



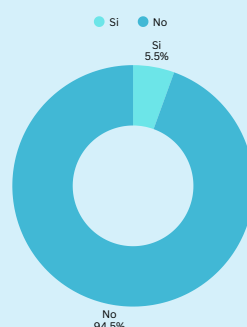
Valori culturali/personali considerati nel trattamento



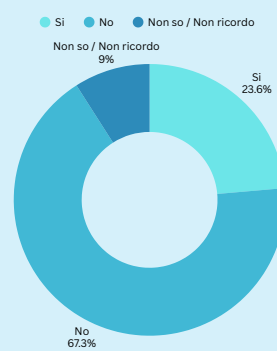
Hai evitato o ritardato la ricerca di cure per timore della qualità del trattamento?



Ti sono stati forniti materiali (es. opuscoli)?



Chiarezza su rischi e benefici del trattamento



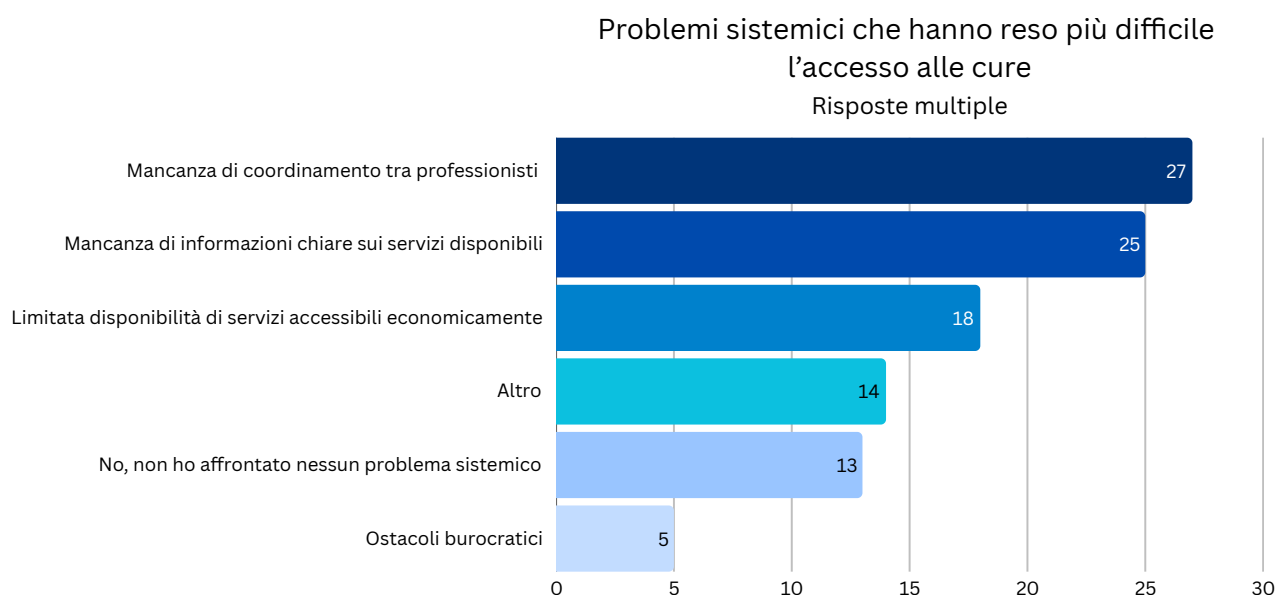
3.2 Accesso, diagnosi e continuità della cura

Problemi sistemici che hanno reso difficile l'accesso alle cure

Tra i rispondenti che hanno segnalato difficoltà di accesso, il problema sistemico più frequentemente riportato è risultato la mancanza di coordinamento tra professionisti, indicata dal 46,6% (n = 27). Una percentuale analoga, pari al 44,8% (n = 25), ha segnalato l'assenza di informazioni chiare sui servizi disponibili, con conseguenti difficoltà di orientamento all'interno del sistema di cura.

La limitata disponibilità di servizi economicamente accessibili è stata riportata dal 32,8% dei rispondenti (n = 18), mentre il 24,1% (n = 14) ha indicato la presenza di ulteriori problemi sistemici non specificati. Ostacoli di tipo burocratico, quali difficoltà legate ai sistemi di riferimento o alle coperture assicurative, sono stati segnalati dall'8,6% del campione (n = 5).

All'interno dello stesso sottogruppo, il 22,4% dei rispondenti (n = 13) ha riferito di non aver incontrato problemi sistemici nell'accesso alle cure.



3.2 Accesso, diagnosi e continuità della cura

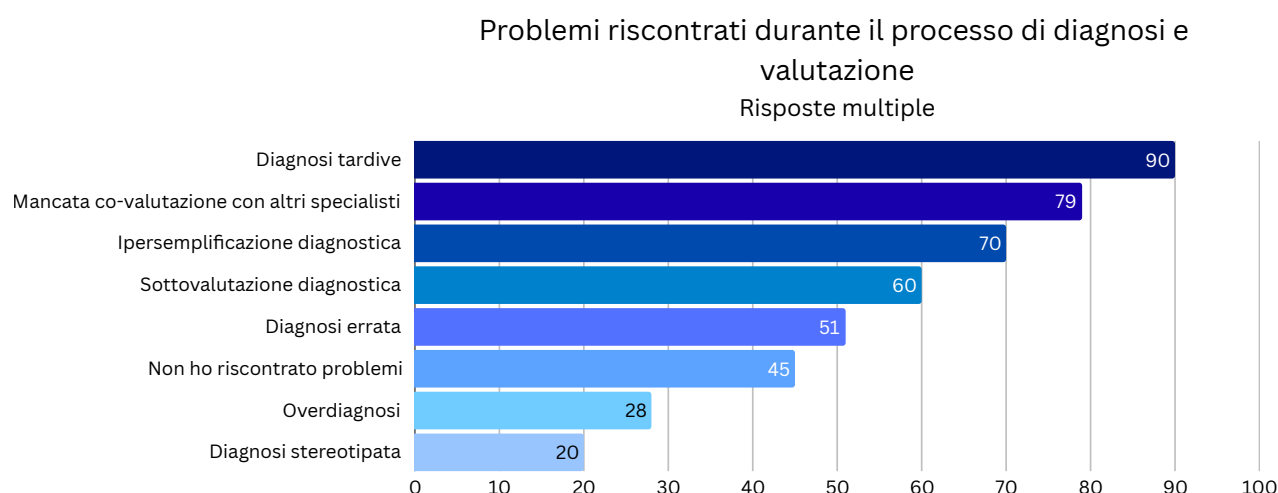
Problemi riscontrati durante il processo di diagnosi e valutazione (N = 197; risposta multipla)

Nel processo di diagnosi e valutazione sono emerse diverse difficoltà. L'elemento segnalato con maggiore frequenza riguarda la diagnosi tardiva, indicata dal 45,7% dei rispondenti (n = 90), a indicare ritardi nel riconoscimento o nella corretta interpretazione dei sintomi.

Una percentuale rilevante di partecipanti ha inoltre riportato l'assenza di una co-valutazione con altri specialisti (40,1%; n = 79), evidenziando una limitata integrazione multidisciplinare nella fase valutativa. L'ipersemplificazione diagnostica, ovvero la formulazione di diagnosi rapide basate su criteri rigidi e poco contestualizzati, è stata indicata dal 36,0% dei rispondenti (n = 71).

La sottovalutazione diagnostica, con l'attribuzione dei sintomi a condizioni preesistenti o a spiegazioni parziali, è stata riportata dal 31,0% (n = 61). Una diagnosi errata è emersa nel 26,4% delle risposte (n = 52). L'overdiagnosi, intesa come attribuzione di una diagnosi in presenza di comportamenti normali o reazioni comprensibili, è stata indicata dal 14,7% dei rispondenti (n = 29). Una diagnosi stereotipata, influenzata da pregiudizi legati al genere o ad altri fattori identitari, è stata riportata dal 10,7% (n = 21).

All'interno del campione, il 22,8% dei rispondenti (n = 45) ha riferito di non aver riscontrato difficoltà nel processo di diagnosi e valutazione.



3.2 Accesso, diagnosi e continuità della cura

Problemi riscontrati durante il processo di diagnosi e valutazione	Spiegazione
Sottovalutazione diagnostica	Attribuire i sintomi di una persona a una condizione o disabilità preesistente, trascurando la possibilità di problemi medici nuovi o concomitanti.
Ipersemplicificazione diagnostica	Diagnosi formulata troppo in fretta seguendo solo criteri scritti, senza considerare la storia personale o il vissuto della persona.
Overdiagnosi	Attribuire una diagnosi anche quando il comportamento è nella norma o rappresenta una reazione comprensibile a eventi difficili, come un lutto o un trauma.
Mancata co-valutazione con altri specialisti	Il medico non ha lavorato insieme ad altri professionisti (come psicologi, neurologi o medici di base) per comprendere meglio la situazione clinica.
Diagnosi stereotipata	Diagnosi influenzata da pregiudizi legati al genere, all'etnia o all'aspetto della persona, più che dai sintomi reali.
Diagnosi tardiva	Diagnosi arrivata in ritardo perché i sintomi non sono stati riconosciuti o sono stati sottovalutati, soprattutto quando la persona appariva "funzionare bene".

3.2 Accesso, diagnosi e continuità della cura

Problemi riscontrati durante il processo di trattamento clinico e terapeutico (N = 198; risposta multipla)

Nel corso del trattamento clinico e terapeutico sono stati riportati diversi problemi, spesso presenti in concomitanza. L'aspetto più frequentemente indicato riguarda la gestione degli effetti collaterali (57,1%; n = 113), con segnalazioni di un monitoraggio e di un intervento non sempre adeguati sugli effetti avversi dei trattamenti farmacologici. Un secondo elemento molto ricorrente è stata l'assenza di un approccio multidisciplinare (53,5%; n = 106), con una limitata integrazione tra interventi farmacologici, psicoterapeutici ed educativi. Il ricorso a trattamenti standardizzati e impersonali, non adattati ai bisogni individuali, è stato indicato dal 40,9% dei rispondenti (n = 81).

L'uso eccessivo o improprio della sedazione è stato riportato dal 35,9% (n = 71). La polifarmacoterapia non adeguatamente valutata è stata segnalata dal 33,8% (n = 67), mentre l'overmedicalizzazione — intesa come utilizzo di psicofarmaci in assenza di indicazioni cliniche solide o proporzionate — è emersa nel 33,3% delle risposte (n = 66). Il mancato o incompleto trattamento è stato indicato dal 28,3% dei rispondenti (n = 56). Interventi percepiti come forzati, inclusi ricoveri coatti o somministrazioni obbligatorie di farmaci, sono stati riportati dal 23,2% (n = 46). Trattamenti non aggiornati, basati su protocolli superati o non allineati alle evidenze più recenti, sono stati indicati dal 21,7% (n = 43). La contenzione fisica è stata segnalata dal 19,2% dei rispondenti (n = 38).

Una psicoterapia ritenuta inappropriata o dannosa è stata riportata dal 18,7% (n = 37). Eventi acuti che hanno messo in pericolo la vita della persona, quali overdose o gravi crisi cliniche, sono stati indicati dal 14,1% (n = 28). I casi di decesso della persona interessata sono stati segnalati dall'1,0% dei rispondenti (n = 2). All'interno di questo sottogruppo, il 12,6% dei rispondenti (n = 25) ha riferito di non aver riscontrato problemi nel processo di trattamento clinico e terapeutico.

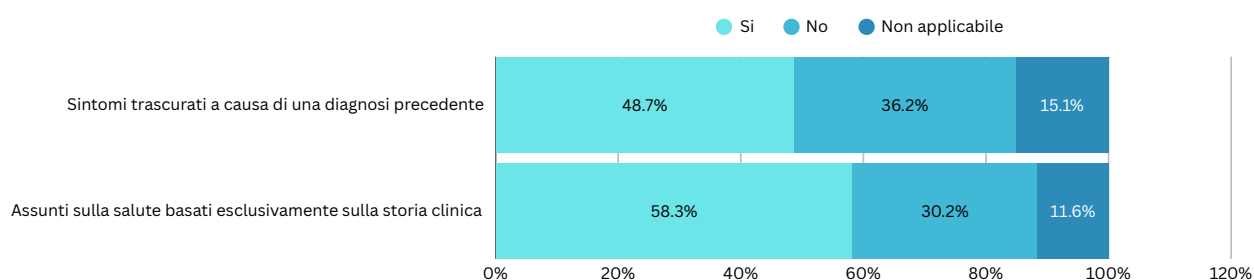
3.2 Accesso, diagnosi e continuità della cura

Sintomi trascurati a causa di una diagnosi precedente (N=199)

Il 49% dei rispondenti ha riferito che alcuni sintomi sono stati trascurati a causa di una diagnosi precedente. Il 36% ha indicato di non aver vissuto questa esperienza, mentre per il 15% la domanda non è risultata applicabile.

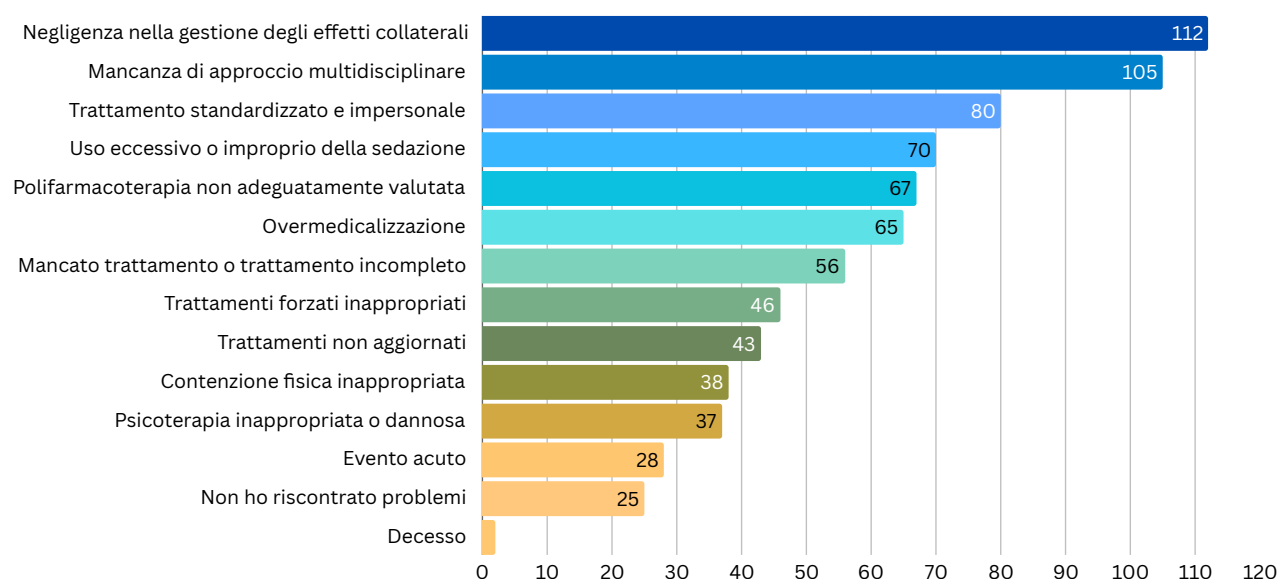
Assunti sulla salute basati esclusivamente sulla storia clinica (N=199)

Il 58% dei rispondenti ha riportato la percezione che siano stati formulati assunti sulla propria salute basandosi esclusivamente sulla storia clinica, senza ulteriori approfondimenti o indagini. Il 30% non ha riconosciuto questa esperienza, mentre il 12% ha indicato che la domanda non era applicabile.



Problemi durante il processo di trattamento clinico e terapeutico

Risposte multiple



3.2 Accesso, diagnosi e continuità della cura

Problemi riscontrati durante il processo di trattamento clinico e terapeutico	Spiegazione
Overmedicalizzazione	Uso eccessivo di psicofarmaci anche in assenza di una chiara evidenza clinica a supporto del trattamento.
Polifarmacoterapia non adeguatamente valutata	Prescrizione di più farmaci contemporaneamente senza un'adeguata valutazione degli effetti combinati e delle interazioni.
Trattamenti forzati	Ricoveri coatti, TSO o somministrazione di farmaci senza un consenso realmente informato.
Trattamenti non aggiornati	Utilizzo di protocolli superati o pratiche poco rispettose della dignità della persona, come il contenimento fisico prolungato o interventi non aggiornati.
Contenzione fisica	Immobilizzazione della persona senza una reale necessità clinica o utilizzata come forma di punizione.
Uso eccessivo o improprio della sedazione	Impiego di farmaci sedativi per "zittire" o "gestire" persone considerate difficili, invece di adottare strategie terapeutiche adeguate.
Trattamento standardizzato e impersonale	Assenza di adattamento del trattamento ai bisogni individuali della persona.
Mancanza di approccio multidisciplinare	Assenza di un lavoro integrato che includa psicoterapia, educazione, riabilitazione e/o interventi di tipo sociale.
Psicoterapia inappropriata o dannosa	Approcci colpevolizzanti, non validati scientificamente o imposti contro la volontà della persona.
Mancato trattamento o trattamento incompleto	Assenza di cure adeguate o interruzione precoce del trattamento, soprattutto quando la persona viene considerata "resistente" o "difficile".
Negligenza nella gestione degli effetti collaterali	Effetti collaterali (come disturbi extrapiramidali, disfunzioni sessuali, aumento di peso) trascurati, minimizzati o negati.
Evento acuto	Evento che ha messo in pericolo la vita della persona, come overdose o intossicazione da farmaci, che ha richiesto un intervento medico urgente.

3.2.1 Conclusione - Accesso, diagnosi e continuità della cura

Accesso, diagnosi e continuità della cura: quadro generale

Questa sezione raccoglie le esperienze riportate dai partecipanti riguardo all'accesso ai servizi di salute mentale, al percorso diagnostico e alla continuità della presa in carico nel tempo. Nel loro insieme, le risposte mostrano come queste fasi non siano separate, ma collegate tra loro lungo l'intero percorso di cura. I dati indicano che le difficoltà non si concentrano in un singolo momento, ma tendono a ripetersi e a influenzarsi reciprocamente, contribuendo a esperienze di cura spesso frammentate o discontinue.

Difficoltà nell'accesso ai servizi

Già nella fase di accesso ai servizi emergono criticità ricorrenti. Molti partecipanti segnalano ostacoli organizzativi, tempi di attesa prolungati e difficoltà nel capire a chi rivolgersi o come orientarsi all'interno del sistema. Una parte rilevante delle persone riferisce inoltre di aver evitato o rimandato la richiesta di aiuto per timori legati alla qualità delle cure. Tra chi ha incontrato ostacoli concreti, le difficoltà più frequenti riguardano la carenza di servizi specializzati, i costi economici e le lunghe attese, spesso accompagnate da informazioni poco chiare e da una sensazione di disorientamento. In questo contesto, la mancanza di coordinamento tra i diversi professionisti emerge come uno dei principali problemi sistemici che ostacolano l'accesso alle cure.

Criticità nel processo diagnostico

Anche la fase di diagnosi e valutazione presenta numerose difficoltà. Il problema segnalato più spesso riguarda il ritardo diagnostico, che può protrarsi per anni. A questo si aggiunge una scarsa integrazione tra professionisti e approcci diversi, con valutazioni percepite come troppo semplificate o poco attente alla storia complessiva della persona. Alcuni partecipanti riportano esperienze di sottovalutazione dei sintomi, diagnosi errate o formulate sulla base di stereotipi, piuttosto che su un'analisi approfondita. Una parte minoritaria del campione riferisce invece di non aver incontrato particolari problemi in questa fase.

Trattamento clinico e gestione terapeutica

Durante il trattamento, l'area più critica riguarda la gestione degli effetti collaterali, spesso descritta come insufficiente o poco monitorata nel tempo. A questa problematica si associano frequentemente l'assenza di un approccio multidisciplinare e l'utilizzo di trattamenti standardizzati, percepiti come poco adattati ai bisogni individuali. Con frequenza variabile, vengono inoltre riportate esperienze di sedazione eccessiva, polifarmacoterapia non adeguatamente valutata, overmedicalizzazione e trattamenti considerati incompleti o non aggiornati.

3.2.1 Conclusione - Accesso, diagnosi e continuità della cura

Interventi vissuti come forzati o non condivisi

Una parte dei partecipanti riferisce interventi vissuti come imposti, tra cui ricoveri o somministrazioni obbligatorie, che hanno avuto un impatto negativo sull'esperienza di cura. In una quota più ridotta emergono anche racconti di eventi clinici acuti o di esiti particolarmente gravi.

Continuità della presa in carico e passaggi tra servizi

Un ulteriore elemento critico riguarda la continuità della presa in carico nel tempo. Le esperienze raccolte evidenziano difficoltà nel mantenere riferimenti clinici stabili e nel gestire in modo efficace i passaggi tra diverse fasi o servizi del percorso di cura. Queste discontinuità incidono sulla percezione di coerenza e affidabilità dell'assistenza, rendendo più difficile costruire un rapporto di fiducia e una progettualità terapeutica condivisa.

Sottovalutazione dei sintomi e rigidità diagnostica

In modo trasversale a tutte le fasi del percorso di cura, emerge con forza la segnalazione di sintomi nuovi o rilevanti che vengono trascurati a causa di una diagnosi preesistente. Molti partecipanti descrivono la sensazione che le valutazioni siano state condizionate dalla storia clinica passata, senza ulteriori approfondimenti o aggiornamenti. Questo approccio contribuisce a una percezione di scarsa personalizzazione della cura e a un senso di mancato ascolto.

Nel loro complesso, i dati mostrano come le difficoltà nel percorso di cura in salute mentale non siano episodi isolati, ma attraversino in modo ricorrente l'accesso, la diagnosi e il trattamento. Ne emerge un quadro in cui la continuità, il coordinamento e la personalizzazione della presa in carico rappresentano nodi critici centrali, pur in presenza di esperienze diverse all'interno del campione.

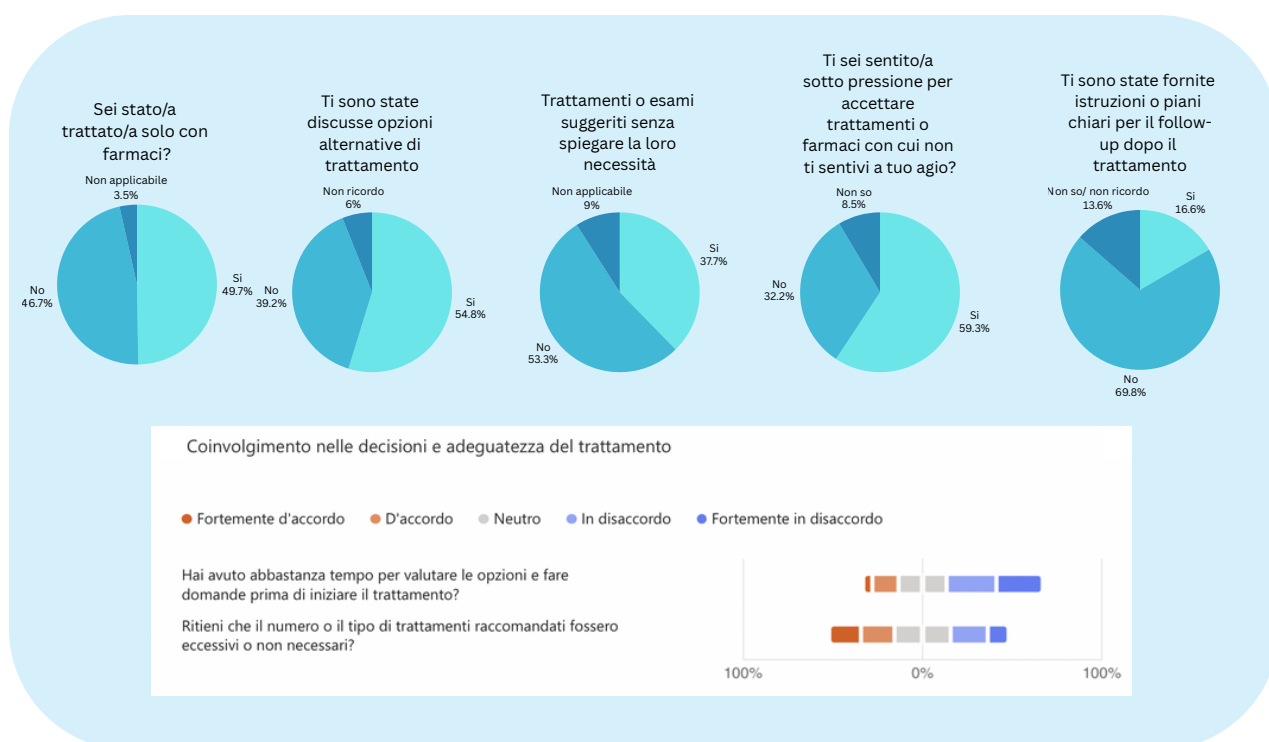
Le evidenze presentate si basano sulle risposte alle specifiche domande del questionario dedicate a queste aree; il numero di risposte considerate può variare in base alla pertinenza delle domande e alla completezza delle risposte fornite.

3.3 Relazione clinica, comunicazione e consenso

Questa sezione esamina le esperienze riportate dai partecipanti in relazione alla relazione clinica, alle modalità di comunicazione e al processo di consenso informato nel contesto della cura psichiatrica. La qualità della relazione tra la persona e i professionisti sanitari, insieme alla chiarezza delle informazioni fornite e al coinvolgimento nei processi decisionali, rappresenta un elemento centrale dell'efficacia, dell'aderenza e della sostenibilità dei percorsi di cura. Le evidenze presentate in questa sezione si basano sulle risposte alle domande del questionario dedicate a questi aspetti e consentono di osservare come la relazione clinica e la comunicazione vengano vissute dalle persone nei diversi contesti assistenziali. Il numero di risposte considerate può variare in funzione delle caratteristiche delle domande e della completezza delle risposte.

Trattamento esclusivamente farmacologico (N=199)

Il 50% dei rispondenti ha indicato di essere stato trattato esclusivamente con farmaci. Il 47% ha invece riferito di aver ricevuto anche altre forme di intervento, mentre per il 4% la domanda non è risultata applicabile. Per quanto riguarda la discussione di opzioni alternative di trattamento, il 55% dei rispondenti ha riportato che sono state prese in considerazione possibilità diverse dal solo intervento farmacologico, quali la psicoterapia o modifiche dello stile di vita. Il 39% ha indicato che tali opzioni non sono state discusse, mentre il 6% ha riferito di non ricordare se questo aspetto sia stato affrontato.



3.3 Relazione clinica, comunicazione e consenso

Coinvolgimento nelle decisioni e adeguatezza del trattamento (N=198)

Rispetto al tempo percepito per valutare le opzioni terapeutiche e porre domande prima dell'avvio del trattamento, il 19,7% dei rispondenti esprime accordo o forte accordo, mentre il 26,8% assume una posizione neutra. La maggioranza, pari al 53,6%, esprime invece disaccordo o forte disaccordo, indicando di non essersi sentita sufficientemente coinvolta nel processo decisionale.

Per quanto riguarda l'adeguatezza del numero o del tipo di trattamenti raccomandati, il 36,4% dei rispondenti esprime accordo o forte accordo, il 31,3% si colloca in una posizione neutra e il 32,3% manifesta disaccordo o forte disaccordo. Nel complesso, mentre una parte dei rispondenti valuta positivamente l'adeguatezza dei trattamenti proposti, una quota consistente riferisce un coinvolgimento decisionale limitato nelle fasi che precedono l'avvio del trattamento.

Pressione ad accettare trattamenti o farmaci

Il 59% dei rispondenti ha riferito di aver percepito una pressione ad accettare trattamenti o farmaci con cui non si sentiva a proprio agio. Il 32% ha indicato di non aver vissuto questa esperienza, mentre il 9% ha riferito di non sapere o di non ricordare.

Problemi nel rapporto tra operatore e paziente (N = 196; risposta multipla)

Nel rapporto tra operatore e paziente sono stati segnalati diversi elementi problematici, spesso presenti in concomitanza.

L'aspetto più frequentemente riportato riguarda la scarsa empatia o l'assenza di ascolto, indicata dal 61,2% dei rispondenti (n = 120), con relazioni descritte come fredde, giudicanti o distanti.

La mancanza di continuità nella cura, associata a cambi frequenti di terapeuti o all'assenza di un follow-up strutturato, è stata riportata dal 43,4% dei rispondenti (n = 85). Un approccio percepito come disumanizzante, centrato prevalentemente sui sintomi piuttosto che sulla persona, è stato indicato dal 41,3% (n = 81).

Aspetti legati alla comunicazione e al consenso emergono con frequenza rilevante. La percezione di un consenso informato non pienamente garantito, attraverso l'uso di linguaggio medico poco comprensibile o decisioni imposte, è stata riportata dal 37,2% dei rispondenti (n = 73). Episodi di colpevolizzazione del paziente sono stati indicati dal 36,7% (n = 72).

Il gaslighting clinico, inteso come minimizzazione o messa in dubbio dei vissuti riportati, è stato segnalato dal 31,1% dei rispondenti (n = 61). La difficoltà ad affrontare apertamente temi quali suicidio e autolesionismo, descritta come silenzio o presenza di tabù, è stata indicata dal 30,1% (n = 59). Differenze di trattamento legate allo status sociale o culturale risultano meno frequenti, ma comunque presenti, e sono state riportate dal 7,7% dei rispondenti (n = 15).

All'interno del campione, il 17,3% dei rispondenti (n = 34) ha riferito di non aver riscontrato problemi nella relazione con gli operatori sanitari.

3.3 Relazione clinica, comunicazione e consenso

Supporto emotivo o psicologico durante il trattamento (N=200)

Per quanto riguarda la presenza di supporto emotivo o psicologico durante il trattamento, il 58,5% dei rispondenti (n = 117) ha riferito di non aver ricevuto alcuna forma di supporto. Il 19,5% (n = 39) ha indicato di aver ricevuto supporto in modo spontaneo, senza doverlo richiedere, mentre il 17,5% (n = 35) ha riportato che il supporto è stato fornito solo a seguito di una richiesta esplicita. Per il 4,5% dei rispondenti (n = 9) la domanda non è risultata applicabile. Nel complesso, i dati indicano che per una parte ampia del campione il supporto emotivo o psicologico non ha rappresentato una componente rilevante del percorso di trattamento.

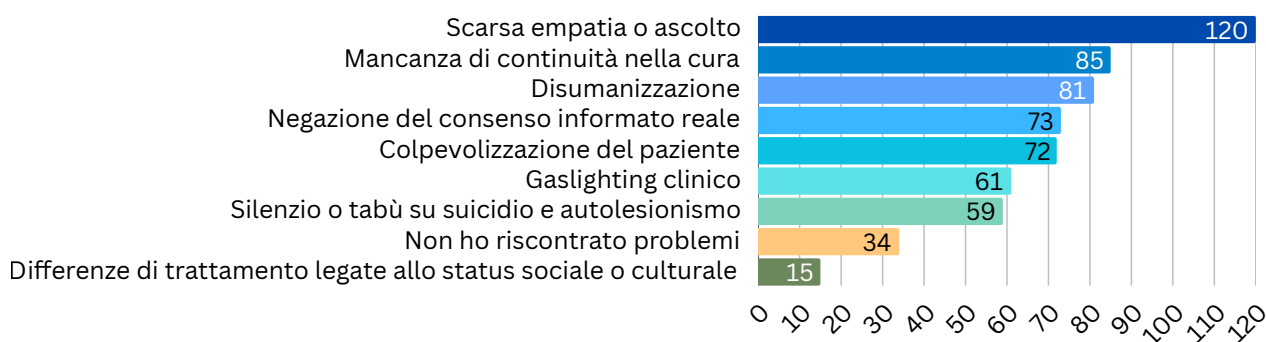
Ascolto, rispetto e centralità della persona (N=198)

In relazione alla considerazione dei valori personali, delle preferenze e delle necessità individuali nel trattamento, le risposte mostrano una prevalenza di posizioni neutrali o negative. Il 18,3% dei rispondenti esprime accordo o forte accordo nel ritenere che tali aspetti siano stati adeguatamente presi in considerazione, mentre il 33,0% assume una posizione neutra. Il 48,7% manifesta disaccordo o forte disaccordo, indicando una percezione limitata della centralità della persona nel percorso di cura.

Un andamento simile emerge rispetto al tempo dedicato dal professionista sanitario all'ascolto e alla gestione delle preoccupazioni della persona. In questo caso, il 24,8% dei rispondenti esprime accordo o forte accordo sulla sufficienza del tempo dedicato, il 23,2% si colloca in una posizione neutra e il 52,1% esprime disaccordo o forte disaccordo. In totale, oltre la metà dei rispondenti riporta valutazioni negative rispetto alla qualità e all'adeguatezza dell'ascolto ricevuto durante il percorso di trattamento.

Problemi nel rapporto tra operatore e paziente

Risposte multiple



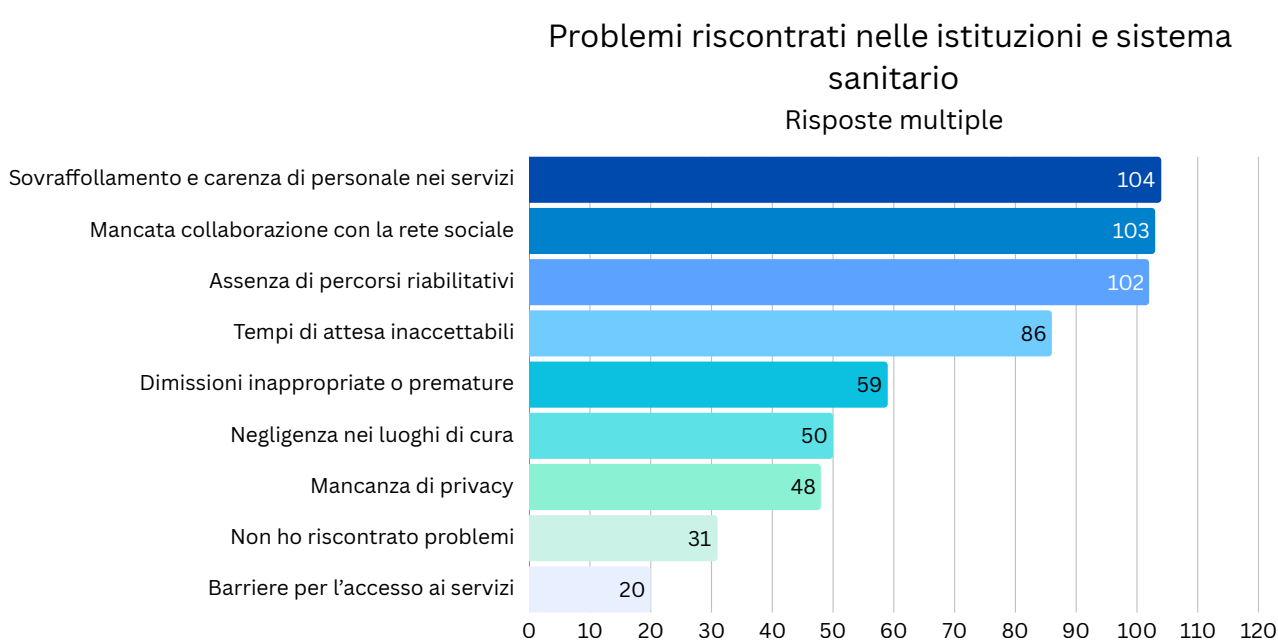
3.3 Relazione clinica, comunicazione e consenso

Problemi riscontrati nelle istituzioni e nel sistema sanitario (N=196; risposta multipla)

A livello istituzionale e di sistema sanitario sono stati segnalati diversi elementi di criticità. Il più frequentemente riportato riguarda il sovraffollamento dei servizi e la carenza di personale, indicati dal 53,1% dei rispondenti (n = 104), con ricadute sulla disponibilità di tempo e sulla qualità dell'assistenza.

Una percentuale analoga ha riportato la mancata collaborazione con la rete sociale di riferimento, inclusi familiari, amici e servizi territoriali (52,6%; n = 103), così come l'assenza di percorsi riabilitativi strutturati (52,0%; n = 102). Questi elementi indicano una presa in carico spesso limitata alla fase acuta del trattamento, con difficoltà nella continuità assistenziale. Tempi di attesa ritenuti inaccettabili, in particolare per le prime visite o per l'accesso ai servizi specialistici, sono stati segnalati dal 43,9% dei rispondenti (n = 86). Le dimissioni giudicate inappropriate o premature, con un rientro a domicilio senza un adeguato supporto, sono state riportate dal 30,1% (n = 59).

Ulteriori problematiche riguardano condizioni di negligenza nei luoghi di cura, quali ambienti non sicuri o standard igienici inadeguati, indicate dal 25,5% dei rispondenti (n = 50), e la mancanza di privacy, legata a una gestione non riservata delle informazioni cliniche o a colloqui svolti in contesti non protetti, segnalata dal 24,5% (n = 48). Barriere di accesso di tipo linguistico, economico, culturale o burocratico sono state riportate dal 10,2% dei rispondenti (n = 20). All'interno del campione, il 15,8% dei rispondenti (n = 31) ha riferito di non aver riscontrato problemi a livello istituzionale o di sistema sanitario.



3.3 Relazione clinica, comunicazione e consenso

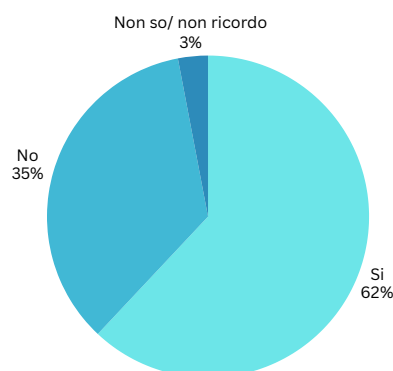
Coinvolgimento e utilità di più professionisti nella cura (n = 200; per la valutazione dell'utilità n = 149)

Per quanto riguarda il coinvolgimento di più professionisti sanitari nel percorso di cura, il 62,0% dei rispondenti (n = 124) ha indicato che la propria assistenza ha incluso più figure sanitarie. Il 35,0% (n = 70) ha invece riferito che la cura non ha previsto il coinvolgimento di più professionisti, mentre il 3,0% (n = 6) ha indicato di non sapere o di non ricordare.

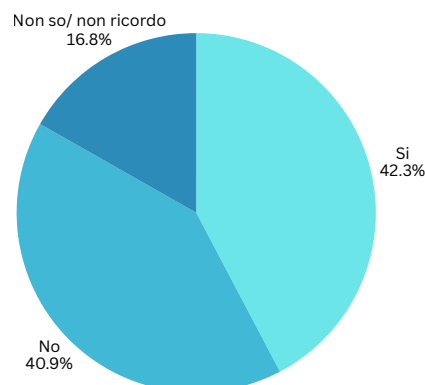
Tra i rispondenti che hanno valutato l'utilità del coinvolgimento di più professionisti, il 42,3% (n = 63) ha espresso una valutazione positiva, indicando che il lavoro multidisciplinare è stato utile per il trattamento. Il 41,0% (n = 61) ha invece riferito che tale coinvolgimento non è risultato utile, mentre il 16,8% (n = 25) ha indicato di non sapere o di non ricordare.

Nel complesso, i dati mostrano che, pur in presenza di un coinvolgimento relativamente frequente di più professionisti sanitari, il giudizio sulla sua utilità risulta eterogeneo, suggerendo che la presenza di un team multidisciplinare non si traduce necessariamente in un'esperienza percepita come efficace o coordinata.

Più professionisti sanitari sono stati coinvolti nella tua cura?



Se sì, il coinvolgimento di un team multidisciplinare è stato utile per il tuo trattamento?



3.3.1 Conclusione - Relazione clinica, comunicazione e consenso

Relazione clinica, comunicazione e consenso informato: quadro generale

I dati raccolti in questa sezione descrivono in modo dettagliato come i partecipanti hanno vissuto la relazione clinica, la comunicazione con gli operatori sanitari e il processo di consenso informato. Le risposte mostrano la presenza di pattern ricorrenti, ma anche una distribuzione non uniforme delle criticità segnalate, con esperienze molto diverse all'interno del campione.

Impostazione del trattamento e opzioni terapeutiche

Per quanto riguarda l'impostazione del trattamento, emerge una netta polarizzazione tra percorsi esclusivamente farmacologici e percorsi che includono anche altri tipi di intervento. La possibilità di discutere opzioni terapeutiche alternative al solo trattamento farmacologico è presente in una parte consistente delle esperienze riportate, ma non appare come una pratica sistematica. Una quota comparabile di partecipanti riferisce infatti che tali alternative non sono state discusse. Questo dato evidenzia una forte variabilità nelle modalità con cui le informazioni vengono fornite e nel grado di confronto sulle scelte terapeutiche.

Coinvolgimento nei processi decisionali

L'analisi del coinvolgimento nelle decisioni terapeutiche mostra che l'esperienza più frequentemente riportata riguarda la percezione di un tempo insufficiente per valutare le opzioni proposte e per porre domande prima dell'inizio del trattamento. Le valutazioni sull'adeguatezza dei trattamenti raccomandati risultano distribuite tra giudizi positivi, neutri e negativi, senza una chiara prevalenza di valutazioni favorevoli. Nel complesso, emerge come elemento centrale un coinvolgimento decisionale spesso limitato nelle fasi che precedono l'avvio del trattamento, indipendentemente dal giudizio espresso sull'adeguatezza finale delle terapie proposte.

Percezione di pressione e consenso informato

In continuità con quanto emerso sul coinvolgimento decisionale, la percezione di pressione ad accettare trattamenti o farmaci non pienamente condivisi rappresenta una delle esperienze più frequentemente segnalate in questa sezione. Questo elemento risulta tra i dati più prevalenti relativi alla comunicazione e al consenso informato e si distingue nettamente dalle risposte che indicano l'assenza di tale percezione.

Relazione con gli operatori sanitari

Per quanto riguarda il rapporto tra operatori sanitari e pazienti, l'analisi delle risposte multiple evidenzia una chiara gerarchia delle criticità riportate. L'aspetto segnalato con maggiore frequenza riguarda la carenza di empatia e di ascolto. Seguono, con frequenze inferiori ma comunque rilevanti, la mancanza di continuità nella cura e l'adozione di approcci percepiti come disumanizzanti, incentrati prevalentemente sui sintomi. Le problematiche legate alla comunicazione e al consenso informato occupano una posizione intermedia. In questo ambito

3.3.1 Conclusione - Relazione clinica, comunicazione e consenso

risultano diffuse le esperienze di consenso informato percepito come incompleto, di colpevolizzazione della persona e di minimizzazione dei vissuti riportati. La difficoltà ad affrontare apertamente temi come il suicidio e l'autolesionismo emerge con una frequenza leggermente inferiore. Le differenze di trattamento legate allo status sociale o culturale risultano invece meno frequentemente segnalate. Una quota minoritaria del campione riferisce l'assenza di problemi nella relazione con gli operatori.

Ascolto, rispetto e centralità della persona

Le risposte relative all'ascolto, al rispetto e alla centralità della persona confermano questo andamento generale. Le valutazioni neutre e negative risultano più frequenti rispetto a quelle positive sia per quanto riguarda la considerazione dei valori personali, delle preferenze e delle necessità individuali, sia per il tempo dedicato all'ascolto e alla gestione delle preoccupazioni. In entrambe queste dimensioni, le valutazioni positive rappresentano la quota meno frequente delle risposte.

Criticità a livello istituzionale e di sistema

A livello istituzionale e di sistema sanitario, le criticità più frequentemente riportate riguardano il sovraffollamento dei servizi e la carenza di personale. Subito dopo emergono, con frequenze simili, la mancata collaborazione con la rete sociale di riferimento e l'assenza di percorsi riabilitativi strutturati. I tempi di attesa giudicati inaccettabili occupano una posizione successiva, seguiti dalle dimissioni percepite come inappropriate o premature. Le condizioni di negligenza nei luoghi di cura e le problematiche legate alla tutela della privacy risultano meno frequenti. Le barriere di accesso di tipo linguistico, economico, culturale o burocratico rappresentano l'area meno segnalata. Anche in questa sezione, una quota minoritaria dei partecipanti riferisce l'assenza di problemi.

Coinvolgimento multidisciplinare

Infine, per quanto riguarda il coinvolgimento di più professionisti nel percorso di cura, i dati indicano che tale coinvolgimento viene riportato più frequentemente rispetto alla sua assenza. Tuttavia, tra coloro che ne hanno valutato l'utilità, le valutazioni positive e negative risultano distribuite in modo pressoché equilibrato. Questo dato segnala un'elevata eterogeneità delle esperienze riportate e una mancanza di uniformità nella percezione dell'efficacia del lavoro multidisciplinare.

3.4 Pratiche scorrette e violazioni dei diritti

Questa sezione analizza le esperienze riportate dai partecipanti in relazione a pratiche percepite come scorrette e a violazioni dei diritti nel corso dei percorsi di cura psichiatrica.

Il rispetto dell'autodeterminazione, dei diritti fondamentali e delle garanzie procedurali rappresenta un presupposto essenziale della cura, in particolare in contesti caratterizzati da asimmetrie di potere e da situazioni di vulnerabilità.

Le analisi presentate si basano sulle risposte fornite alle domande del questionario dedicate a questi temi e permettono di osservare come tali pratiche vengano vissute e interpretate dalle persone all'interno dei servizi di salute mentale. Il numero di risposte considerate può variare in base alla pertinenza delle domande e alla completezza delle risposte.

Violazioni dei diritti umani e dell'autodeterminazione (N = 192; risposta multipla)

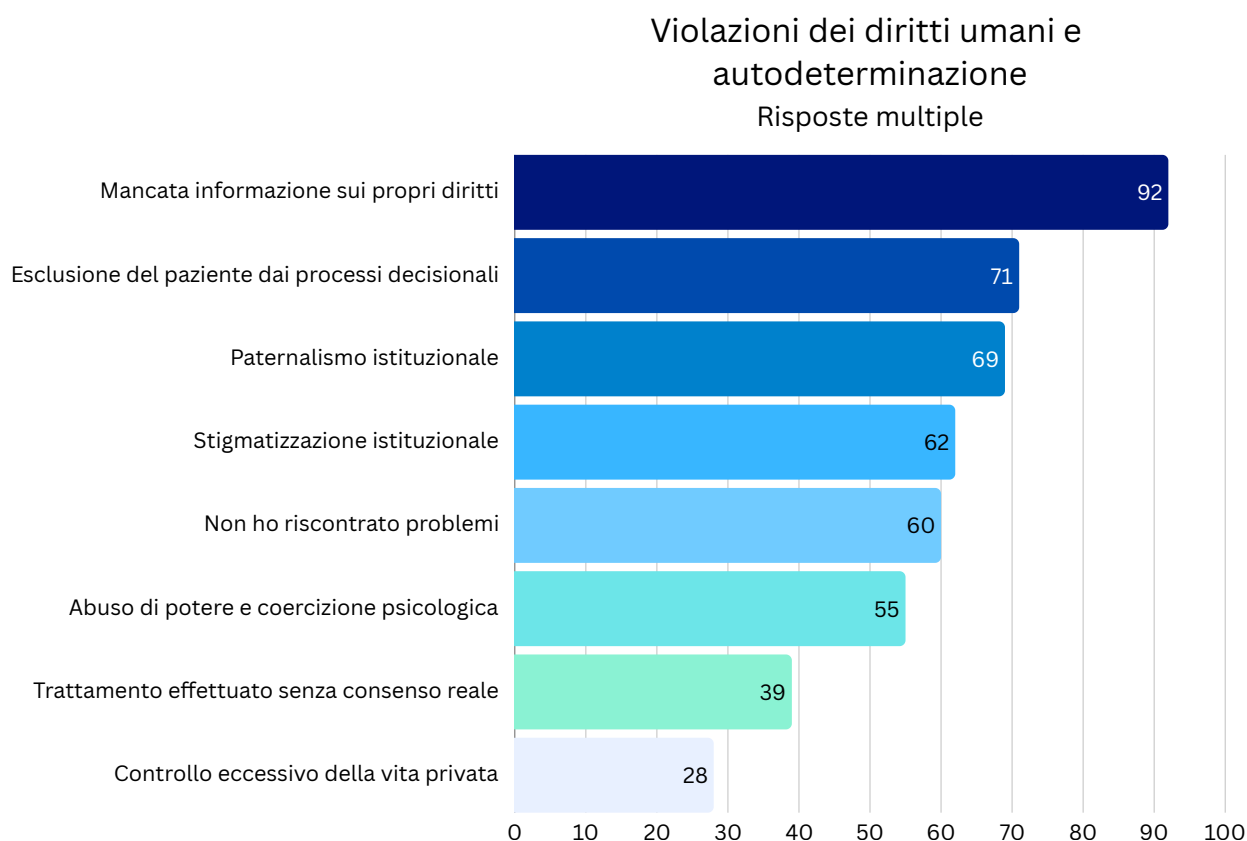
Tra i rispondenti sono state riportate numerose esperienze riconducibili a violazioni dei diritti umani e dell'autodeterminazione nel contesto delle cure. L'elemento segnalato con maggiore frequenza riguarda la mancata informazione sui propri diritti, indicata dal 47,9% dei rispondenti (n = 92).

L'esclusione della persona dai processi decisionali, con assenza di un coinvolgimento attivo nelle scelte di cura, è stata riportata dal 37,0% dei rispondenti (n = 71). Decisioni percepite come paternalistiche, assunte senza il coinvolgimento diretto della persona interessata, sono state indicate dal 35,9% (n = 69). Episodi di stigmatizzazione istituzionale, in cui la diagnosi psichiatrica ha condizionato l'accesso ai diritti o il trattamento ricevuto, sono stati segnalati dal 32,3% dei rispondenti (n = 62).

Esperienze di abuso di potere o coercizione psicologica, incluse pressioni implicite o minacce velate, sono state riportate dal 28,6% (n = 55). Trattamenti effettuati senza un consenso percepito come reale, anche quando formalmente legittimi, sono stati indicati dal 20,3% dei rispondenti (n = 39). Il controllo eccessivo della vita privata, con limitazioni delle relazioni o delle scelte personali, è stato segnalato dal 14,6% (n = 28).

Il 31,3% dei rispondenti (n = 60) ha riferito di non aver riscontrato violazioni dei diritti umani o dell'autodeterminazione. Nel complesso, i dati mostrano che molte persone hanno associato la propria esperienza di cura a pratiche percepite come limitanti l'autonomia, la dignità e la possibilità di partecipare attivamente alle decisioni che le riguardavano.

3.4 Pratiche scorrette e violazioni dei diritti



3.4.2 Conclusione - Pratiche scorrette e violazioni dei diritti

Pratiche percepite come scorrette e violazioni dei diritti

I dati di questa sezione descrivono come i partecipanti hanno vissuto e interpretato pratiche percepite come scorrette o come violazioni dei diritti e dell'autodeterminazione all'interno dei percorsi di cura psichiatrica. Le risposte mostrano una distribuzione articolata delle esperienze, con livelli di frequenza diversi a seconda delle tipologie segnalate.

Informazione sui diritti e partecipazione alle decisioni

L'aspetto riportato con maggiore frequenza riguarda la mancata informazione sui propri diritti. Questa dimensione risulta la più rappresentata tra le esperienze segnalate, indicando che l'assenza o l'insufficienza di informazioni formali, chiare e accessibili costituisce uno dei principali elementi emersi dai dati. Con una frequenza inferiore ma comunque rilevante, emergono l'esclusione dai processi decisionali e l'adozione di decisioni percepite come paternalistiche. Entrambe queste esperienze sono riconducibili a una partecipazione limitata della persona alle scelte che riguardano il proprio percorso di cura.

Stigmatizzazione istituzionale e squilibri di potere

Un ulteriore insieme di esperienze, collocato su un livello intermedio di frequenza, riguarda episodi di stigmatizzazione istituzionale. In questi casi, la diagnosi psichiatrica viene percepita come un elemento che condiziona l'accesso ai diritti o il trattamento ricevuto. All'interno dello stesso livello di frequenza rientrano anche situazioni descritte come abuso di potere o coercizione psicologica. Le segnalazioni fanno riferimento a pressioni implicite, minacce velate o dinamiche relazionali percepite come squilibrate, senza che siano necessariamente coinvolte misure formalmente coercitive.

Consenso percepito come non reale e controllo della vita privata

Con frequenze più contenute, ma comunque presenti all'interno del campione, vengono riportate esperienze di trattamenti effettuati senza un consenso percepito come realmente libero e consapevole, anche quando inseriti in una cornice formale di legittimità. Sono inoltre segnalate forme di controllo ritenute eccessive sulla vita privata della persona, come limitazioni delle relazioni personali o delle scelte individuali. Queste esperienze risultano meno rappresentate rispetto a quelle precedenti, ma contribuiscono a delineare la varietà delle modalità con cui le violazioni dell'autodeterminazione vengono vissute e interpretate.

Assenza di violazioni e variabilità delle esperienze

Accanto alle segnalazioni di pratiche percepite come scorrette, una quota non trascurabile di partecipanti riferisce di non aver riscontrato violazioni dei diritti o dell'autodeterminazione nel proprio percorso di cura. Questo dato evidenzia una marcata eterogeneità delle esperienze all'interno del campione.

3.4.2 Conclusione - Pratiche scorrette e violazioni dei diritti

Nel complesso, tra le persone che hanno riportato esperienze negative, le pratiche percepite come scorrette risultano concentrate soprattutto negli ambiti dell'informazione, della partecipazione alle decisioni e dell'equilibrio di potere nella relazione di cura. Le forme più dirette di controllo o limitazione della vita personale vengono invece segnalate con minore frequenza.

3.5 Esiti soggettivi e conseguenze sulla salute

Questa sezione esamina gli esiti soggettivi e le conseguenze sulla salute riportate dai partecipanti in relazione alle esperienze di cura vissute. Oltre agli esiti clinici tradizionalmente considerati, i percorsi di cura possono avere effetti significativi sul benessere psicologico, fisico, relazionale e sulla qualità della vita delle persone, sia nel breve sia nel lungo periodo. Le evidenze presentate in questa sezione si basano sulle risposte alle domande del questionario dedicate a questi aspetti e consentono di osservare tali impatti dal punto di vista diretto delle persone coinvolte. Il numero di risposte considerate può variare in funzione delle caratteristiche delle domande e della completezza delle risposte.

Impatti sulla salute e sul benessere della persona

Le risposte raccolte evidenziano conseguenze significative e diversificate sulla salute e sul benessere delle persone coinvolte, che interessano dimensioni fisiche, cognitive, emotive, relazionali e sessuali. Per quanto riguarda il danno permanente alla salute (N = 109), l'esito più frequentemente segnalato è una compromissione cognitiva persistente, riportata nel 33% delle risposte.

Seguono effetti permanenti non riconducibili a categorie specifiche (27%) e la disabilità fisica permanente (20%). Le disfunzioni metaboliche indotte da farmaci, come diabete o ipertensione, rappresentano il 14% delle segnalazioni, mentre i problemi neurologici cronici, inclusi disturbi del movimento o sindromi extrapiramidali, sono indicati nel 6% dei casi. Anche il danno temporaneo alla salute risulta ampiamente diffuso.

Tra gli esiti segnalati (N = 151), gli effetti collaterali reversibili ma fortemente debilitanti, quali nausea, vertigini o rapido aumento di peso, costituiscono la quota più elevata (42%). Le alterazioni temporanee della funzionalità cognitiva o motoria rappresentano il 30% delle risposte, mentre effetti temporanei non specificati rientrano nella categoria altro (12%). Le disfunzioni metaboliche transitorie associate ai trattamenti farmacologici sono indicate nel 9% dei casi, e le intossicazioni da farmaci con necessità di intervento medico urgente nel 6%.

Sul piano emotivo, relazionale e sessuale (N = 156), l'impatto più frequentemente riportato riguarda il peggioramento dell'autostima o dell'immagine di sé, indicato nel 34% delle segnalazioni. Seguono la riduzione o perdita della libido e del desiderio sessuale (27%) e l'isolamento sociale, aggravato o direttamente determinato dall'esperienza di cura, riportato nel 20% dei casi.

3.5 Esiti soggettivi e conseguenze sulla salute

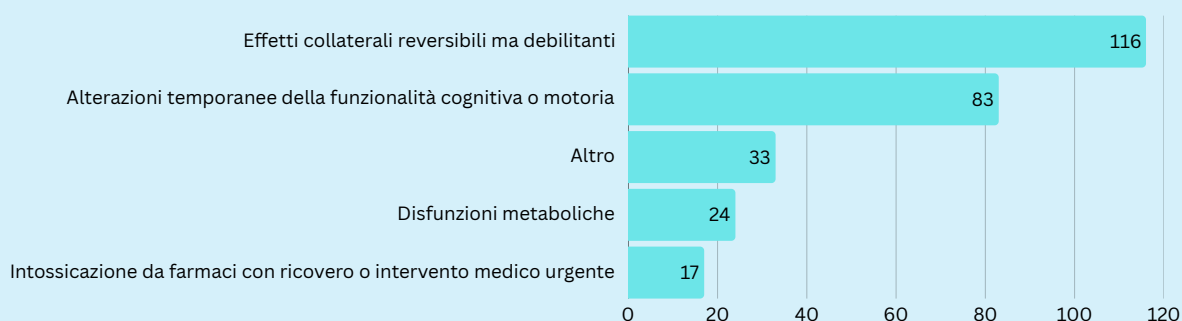
Danno permanente alla salute

Risposta multipla



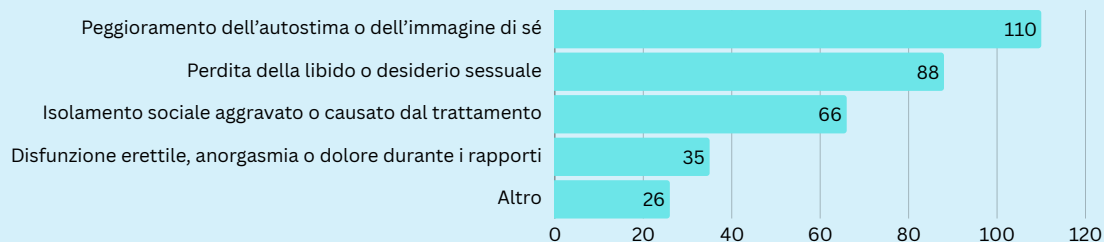
Danno temporaneo alla salute

Risposta multipla



Danno emotivo, relazionale o sessuale

Risposta multipla



3.5.1 Conclusione - Esiti soggettivi e conseguenze sulla salute

Esiti soggettivi e conseguenze sulla salute

I dati di questa sezione descrivono in modo articolato gli esiti soggettivi e le conseguenze sulla salute riportate dai partecipanti in relazione alle esperienze di cura vissute. Le risposte mostrano una distribuzione differenziata degli impatti sulle diverse dimensioni del benessere, con livelli di gravità e durata variabili.

Danno permanente alla salute

Per quanto riguarda il danno permanente alla salute, l'esito riportato con maggiore frequenza riguarda una compromissione cognitiva persistente. Questa tipologia rappresenta l'area più frequentemente segnalata tra gli esiti permanenti. Seguono, con una frequenza intermedia, effetti permanenti non riconducibili a categorie specifiche e forme di disabilità fisica permanente. Le disfunzioni metaboliche associate ai trattamenti farmacologici e i problemi neurologici cronici risultano meno frequentemente riportati, configurandosi come esiti presenti ma minoritari all'interno di questa area.

Danno temporaneo alla salute

Il danno temporaneo alla salute risulta ampiamente diffuso e caratterizzato da una varietà di manifestazioni. L'esito più frequentemente segnalato in questa categoria riguarda effetti collaterali reversibili ma fortemente debilitanti, come sintomi fisici intensi o variazioni di peso rilevanti. Con una frequenza inferiore emergono alterazioni temporanee della funzionalità cognitiva o motoria. Gli effetti temporanei non specificati e le disfunzioni metaboliche transitorie occupano una posizione successiva nella distribuzione delle risposte. Le intossicazioni da farmaci che hanno richiesto un intervento medico urgente rappresentano invece la categoria meno frequentemente riportata tra i danni temporanei.

Impatti emotivi, relazionali e sessuali

Sul piano emotivo, relazionale e sessuale, i dati mostrano una chiara gerarchia degli impatti segnalati. L'esperienza riportata con maggiore frequenza riguarda il peggioramento dell'autostima o dell'immagine di sé. Seguono la riduzione o la perdita della libido e del desiderio sessuale. Con una frequenza inferiore viene segnalato l'isolamento sociale, descritto come aggravato o associato all'esperienza di cura. Queste dimensioni delineano un insieme di conseguenze che si collocano prevalentemente nell'area del benessere soggettivo e delle relazioni interpersonali.

Nel complesso, l'analisi descrittiva dei dati mostra che le conseguenze riportate dai partecipanti si distribuiscono su più livelli di gravità e durata nel tempo. Emergono sia esiti permanenti sia effetti temporanei, con un impatto rilevante sulle dimensioni cognitive, fisiche ed emotivo-relazionali.

3.6 Contesti delle pratiche scorrette

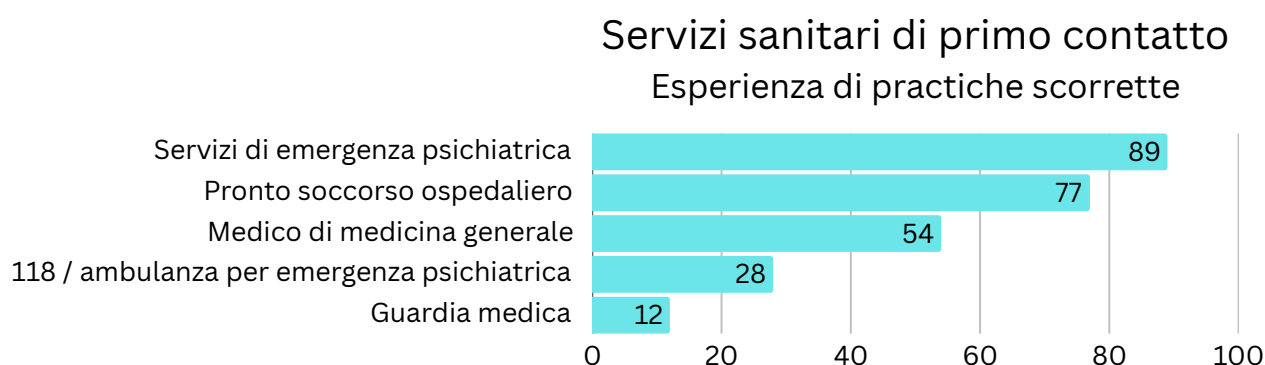
Questa sezione analizza i contesti assistenziali e le fasi del percorso di cura in cui i partecipanti collocano le esperienze di pratiche scorrette o inappropriate.

L'identificazione dei setting e dei momenti in cui tali episodi si verificano rappresenta un elemento rilevante per comprendere le dinamiche organizzative e istituzionali che possono favorirne l'insorgenza o limitarne il riconoscimento.

Le analisi presentate si basano sulle risposte alle domande del questionario dedicate a questi aspetti e consentono di osservare la distribuzione delle esperienze lungo i diversi servizi e le diverse fasi del percorso assistenziale. Il numero di risposte considerate può variare in base alla pertinenza delle domande e alla completezza delle risposte.

Servizi sanitari di primo contatto (N = 159; risposta multipla)

Le segnalazioni di pratiche scorrette risultano particolarmente presenti nei servizi sanitari di primo contatto, indicando che le criticità possono manifestarsi già nelle fasi iniziali di accesso alle cure. Il contesto più frequentemente indicato è quello dei servizi di emergenza psichiatrica, che concentra il 34% (n=89) delle segnalazioni. Seguono il pronto soccorso ospedaliero, indicato nel 30% dei casi (n=77), e il medico di medicina generale, segnalato nel 21% delle risposte (n=54). Le ambulanze per emergenza psichiatrica (118) rappresentano l'11% (n=28) delle segnalazioni, mentre la guardia medica è indicata nel 5% dei casi (n=12). Nel loro insieme, questi dati mostrano che le pratiche scorrette non sono circoscritte a contesti specialistici o di presa in carico avanzata, ma possono emergere già nei servizi di primo accesso, con potenziali effetti sull'andamento successivo del percorso assistenziale.



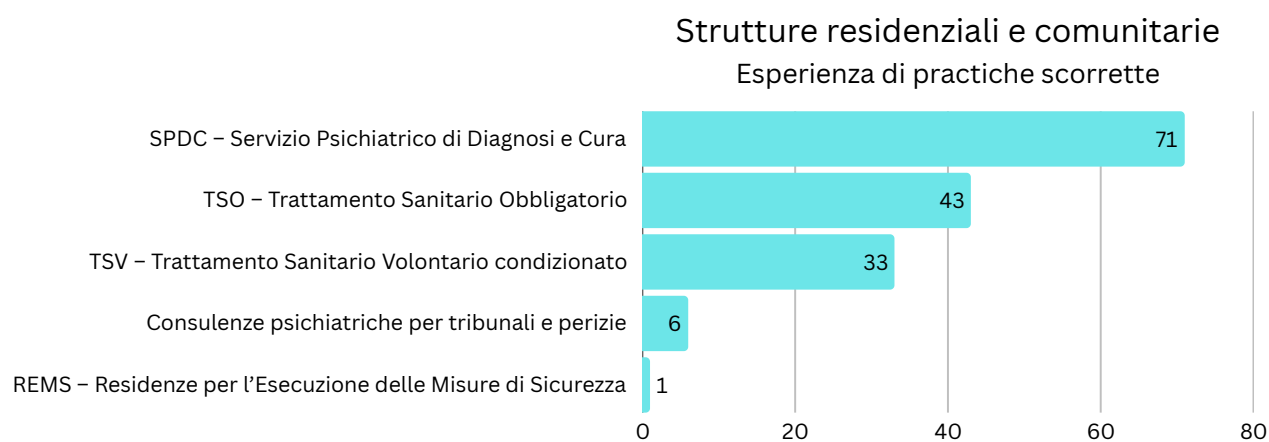
3.6 Contesti delle pratiche scorrette

Contesto ambulatoriale e specialistico (N = 172; risposta multipla)

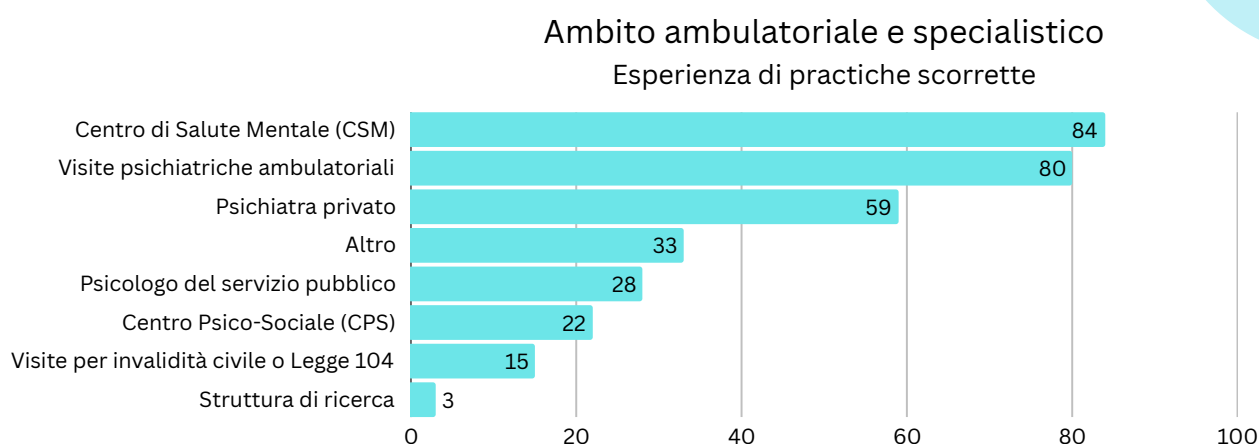
Nel contesto ambulatoriale e specialistico, le segnalazioni risultano distribuite in modo ampio e riguardano sia servizi pubblici sia privati. Il setting più frequentemente indicato è il Centro di Salute Mentale (CSM), che raccoglie il 49% delle segnalazioni (n=84). Seguono le visite psichiatriche ambulatoriali, pubbliche o private, indicate nel 47% dei casi (n=80), e le esperienze con psichiatri privati, segnalate nel 34% delle risposte (n=59). Quote più contenute riguardano lo psicologo del servizio pubblico (16%, n=28) e il Centro Psico-Sociale (CPS), indicato nel 13% dei casi (n=22). Le visite per invalidità civile o Legge 104 rappresentano il 9% delle segnalazioni (n=15), mentre le strutture di ricerca risultano marginali (2%, n=3). La categoria "altro" raccoglie il 19% (n=33) delle risposte e include contesti ambulatoriali non pienamente riconducibili alle opzioni proposte. Complessivamente, questi dati indicano che le pratiche scorrette sono presenti anche nei contesti di cura continuativa e specialistica, e non esclusivamente nelle situazioni di emergenza.

Strutture residenziali e comunitarie (N = 107; risposta multipla)

Nelle strutture residenziali e comunitarie, le segnalazioni di pratiche scorrette risultano maggiormente concentrate nei servizi deputati alla gestione delle fasi acute e delle misure coercitive. Lo SPDC – Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura rappresenta il contesto più frequentemente indicato, con il 46% delle segnalazioni (n=71). Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) è segnalato nel 28% dei casi (n=43), mentre il Trattamento Sanitario Volontario condizionato (TSV) nel 21% (n=33). Le consulenze psichiatriche per tribunali e perizie rappresentano il 4% (n=6) delle segnalazioni, mentre le REMS – Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza risultano residuali (1%, n=1). Nel complesso, i dati mostrano che le pratiche scorrette tendono a concentrarsi nei contesti residenziali legati alla gestione della crisi, del ricovero e delle misure restrittive, con implicazioni rilevanti per l'autodeterminazione e per l'esperienza soggettiva della cura.



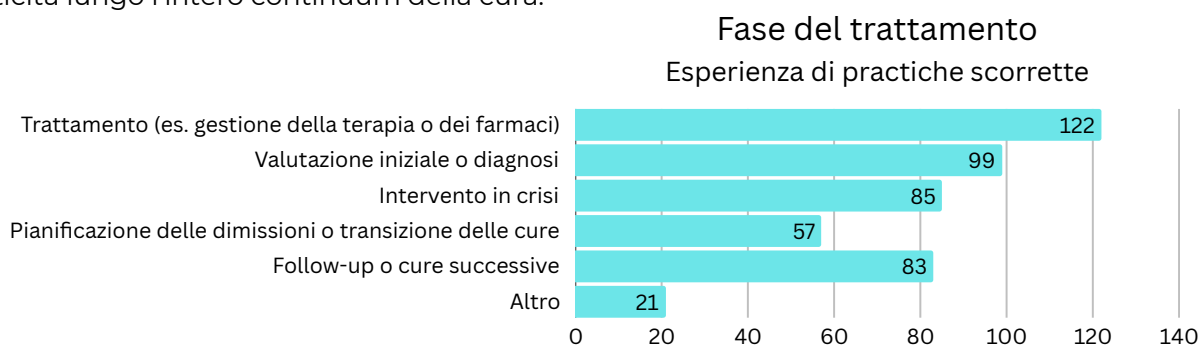
3.6 Contesti delle pratiche scorrette



Fase del percorso di cura in cui sono avvenute le pratiche scorrette (N = 177; risposta multipla)

Le risposte mostrano che le pratiche scorrette segnalate si distribuiscono lungo diverse fasi del percorso di cura, senza concentrarsi esclusivamente in un singolo momento. La fase più frequentemente indicata è quella del trattamento, inclusa la gestione della terapia o dei farmaci, segnalata dal 68,9% dei rispondenti (n=122). La valutazione iniziale o il processo diagnostico rappresentano un ulteriore momento critico, indicato dal 55,9% dei rispondenti (n=99), suggerendo che le difficoltà possono emergere già nelle prime fasi di contatto con i servizi. Le situazioni di intervento in crisi sono segnalate dal 48,0% dei rispondenti (n=85), mentre problematiche durante il follow-up o le cure successive sono riportate dal 46,9% (83 persone), indicando che le criticità possono persistere anche oltre la fase acuta del trattamento.

La pianificazione delle dimissioni o le transizioni tra servizi è indicata dal 32,2% dei rispondenti (n=57), mettendo in luce una vulnerabilità specifica nei momenti di passaggio e di riorganizzazione della presa in carico. Infine, il 11,9% dei rispondenti (n=21) fa riferimento ad altre fasi non riconducibili alle opzioni proposte. Nel complesso, i dati indicano che le pratiche scorrette non risultano circoscritte a una singola fase del percorso assistenziale, ma possono verificarsi in momenti diversi e talvolta sovrapposti, evidenziando una distribuzione delle criticità lungo l'intero continuum della cura.



3.6.1 Conclusione - Contesti in cui si sono verificate le pratiche scorrette

Contesti assistenziali e fasi del percorso di cura

L'analisi dei dati relativi ai contesti assistenziali consente di collocare le pratiche scorrette segnalate dai partecipanti all'interno di una pluralità di servizi e di momenti diversi del percorso di cura. Le segnalazioni non risultano concentrate in ambiti esclusivi o circoscritti, ma distribuite lungo contesti differenti dell'assistenza sanitaria.

Servizi sanitari di primo contatto

Nei servizi sanitari di primo contatto, le segnalazioni si concentrano soprattutto nei contesti dedicati alla gestione dell'urgenza. I servizi di emergenza psichiatrica rappresentano il contesto più frequentemente indicato, seguiti dal pronto soccorso ospedaliero. Il medico di medicina generale viene menzionato con una frequenza inferiore, mentre le ambulanze per emergenza psichiatrica e la guardia medica risultano meno frequentemente segnalate. Questa distribuzione mostra come le esperienze di pratiche scorrette vengano collocate già nelle fasi iniziali di accesso ai servizi, in contesti caratterizzati da un'elevata pressione operativa.

Setting ambulatoriale e specialistico

Nel setting ambulatoriale e specialistico, le segnalazioni risultano diffuse e non concentrate su un'unica tipologia di servizio. I Centri di Salute Mentale rappresentano il contesto più frequentemente indicato. Seguono le visite psichiatriche ambulatoriali, sia in ambito pubblico sia privato, e le esperienze con psichiatri privati. Con una presenza più contenuta vengono segnalati lo psicologo del servizio pubblico e il Centro Psico-Sociale. Le visite per il riconoscimento dell'invalidità civile o per la Legge 104, così come le strutture di ricerca, occupano una posizione marginale nella distribuzione delle risposte. La quota di risposte attribuite alla categoria "altro" segnala inoltre l'esistenza di contesti ambulatoriali eterogenei non pienamente riconducibili alle opzioni proposte nel questionario. Nel complesso, i dati indicano che le pratiche scorrette vengono collocate anche all'interno di servizi dedicati alla presa in carico continuativa.

Strutture residenziali e comunitarie

Per quanto riguarda le strutture residenziali e comunitarie, le segnalazioni si concentrano prevalentemente nei contesti deputati alla gestione della crisi e del ricovero. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura rappresenta il setting più frequentemente indicato. Seguono il Trattamento Sanitario Obbligatorio e, con una frequenza inferiore, il Trattamento Sanitario Volontario condizionato. Le consulenze psichiatriche in ambito giudiziario e le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza risultano raramente menzionate. Questa distribuzione colloca le esperienze segnalate soprattutto nei contesti caratterizzati da una maggiore intensità assistenziale e da un più elevato grado di restrizione.

3.6.1 Conclusione - Contesti in cui si sono verificate le pratiche scorrette

Fasi del percorso di cura

L'analisi delle fasi del percorso di cura mostra una dispersione delle pratiche scorrette lungo momenti diversi dell'assistenza. Il trattamento, inteso come gestione della terapia e dei farmaci, rappresenta la fase più frequentemente indicata. Seguono la valutazione iniziale o il processo diagnostico e gli interventi in situazioni di crisi. Le problematiche riferite al follow-up e alle cure successive risultano anch'esse ampiamente presenti. Le transizioni tra servizi e la pianificazione delle dimissioni vengono indicate con minore frequenza, mentre le altre fasi non riconducibili alle opzioni proposte costituiscono la quota residuale.

Nel loro insieme, questi dati descrivono una distribuzione delle pratiche scorrette segnalate che attraversa servizi di primo contatto, contesti ambulatoriali, strutture residenziali e diverse fasi del percorso assistenziale. Non emerge una concentrazione esclusiva in un singolo ambito, ma una presenza articolata lungo l'intero percorso di cura.

3.7 Periodo, luogo e conseguenze dell'episodio segnalato

Questa sezione esamina la collocazione temporale e geografica degli episodi segnalati dai partecipanti, nonché le conseguenze riportate in termini di salute, benessere e vita personale. La dimensione temporale e contestuale delle esperienze rappresenta un elemento importante per comprendere come tali episodi si inseriscano nella storia di cura delle persone e nel funzionamento dei servizi nel tempo. Le evidenze presentate si basano sulle risposte alle domande del questionario dedicate a questi aspetti e consentono di osservare tali dimensioni in modo sistematico. Il numero di risposte considerate può variare in funzione delle caratteristiche delle domande e della completezza delle risposte.

Anno in cui si è verificato l'episodio segnalato (N = 178)

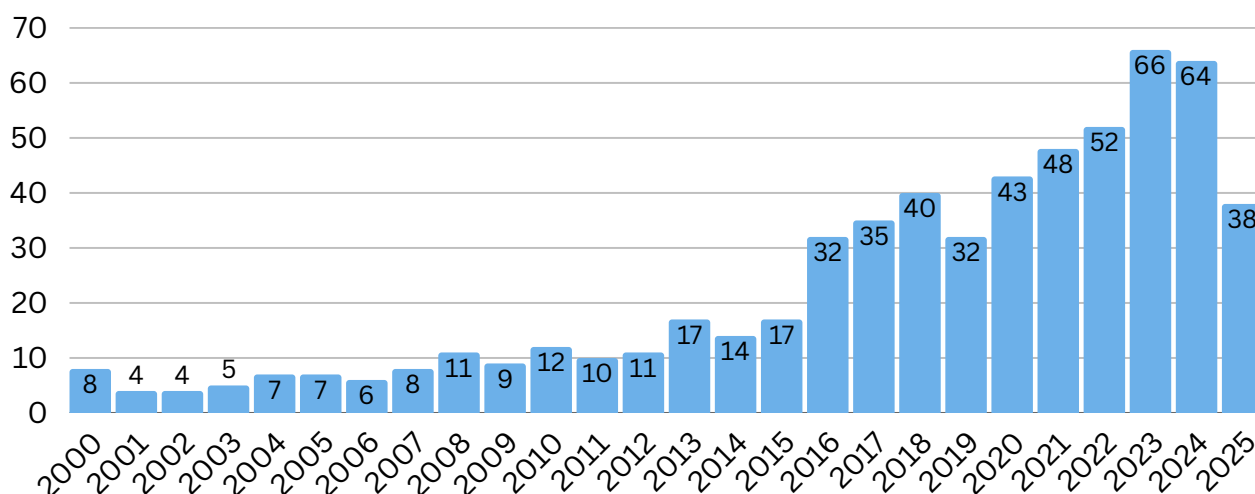
Le segnalazioni risultano distribuite lungo un ampio arco temporale, dal 2000 al 2025, con una concentrazione progressivamente maggiore negli anni più recenti. I primi anni Duemila raccolgono quote contenute: il 2000 è indicato nel 4,5% dei casi (n = 8), mentre il 2001 e il 2002 nel 2,2% ciascuno (n = 4). Il 2003 rappresenta il 2,8% (n = 5), il 2004 e il 2005 il 3,9% ciascuno (n = 7), il 2006 il 3,4% (n = 6) e il 2007 il 4,5% (n = 8). A partire dal 2008 si osserva un incremento graduale: il 2008 e il 2012 sono indicati nel 6,2% delle risposte (n = 11), il 2009 nel 5,1% (n = 9), il 2010 nel 6,7% (n = 12) e il 2011 nel 5,6% (n = 10). Nel periodo 2013–2015 le segnalazioni aumentano ulteriormente, con il 2013 e il 2015 indicati nel 9,6% dei casi (n = 17) e il 2014 nel 7,9% (n = 14). Dal 2016 in poi emerge una marcata concentrazione delle esperienze riportate: il 2016 e il 2019 raccolgono ciascuno il 18,0% delle segnalazioni (n = 32), il 2017 il 19,7% (n = 35) e il 2018 il 22,5% (n = 40). Gli anni più recenti mostrano le percentuali più elevate: il 2020 è indicato nel 24,2% dei casi (n = 43), il 2021 nel 27,0% (n = 48), il 2022 nel 29,2% (n = 52), il 2023 nel 37,1% (n = 66) e il 2024 nel 36,0% (n = 64). Il 2025, anno in corso al momento della raccolta, è indicato nel 21,3% delle risposte (n = 38). Nel complesso, la distribuzione temporale evidenzia una maggiore concentrazione delle esperienze riferite negli anni più recenti.

Regione in cui si è verificato l'episodio segnalato (N = 178)

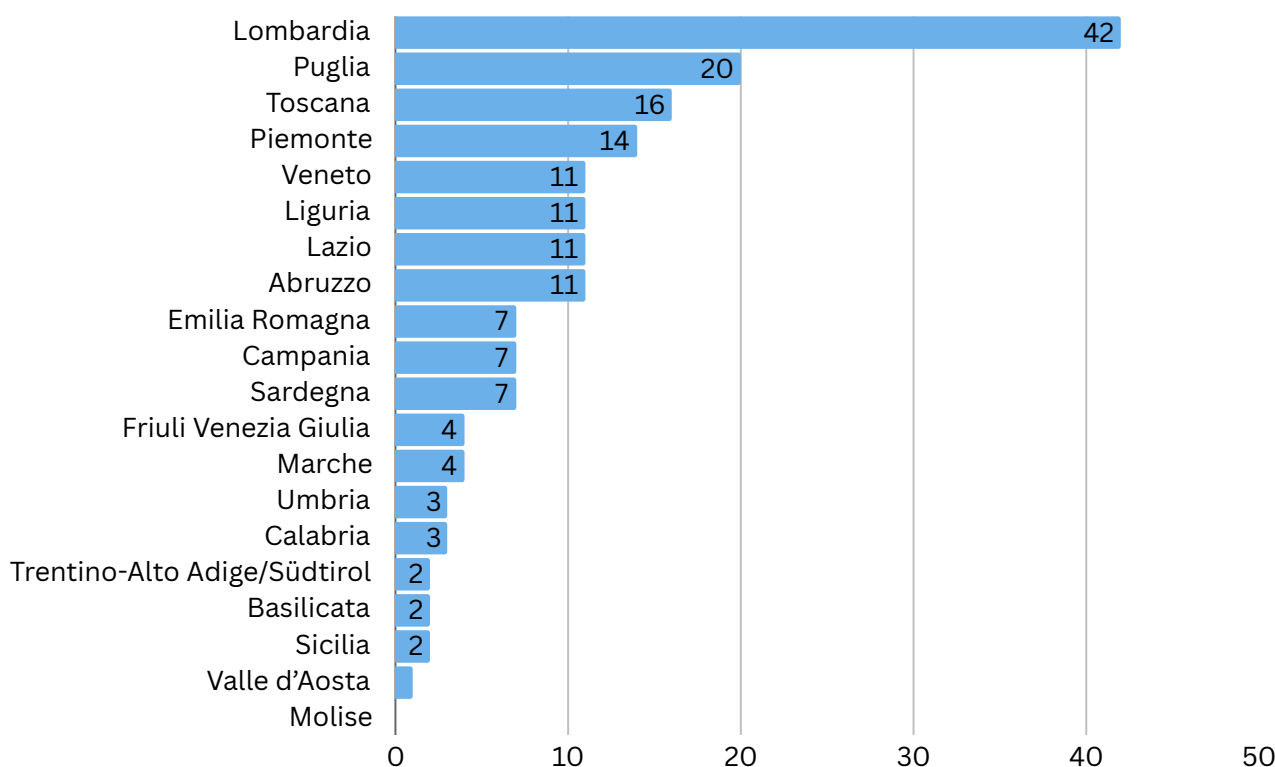
Le segnalazioni di pratiche scorrette o disservizi sanitari risultano distribuite su gran parte del territorio nazionale, con una maggiore concentrazione in alcune regioni. La Lombardia rappresenta la regione più frequentemente indicata, con il 23,6% delle segnalazioni (n = 42). Seguono la Puglia, indicata dall'11,2% dei rispondenti (n = 20), e la Toscana, con il 9,0% (n = 16). Il Piemonte raccoglie il 7,9% delle segnalazioni (n = 14). Un gruppo di regioni presenta percentuali simili: Veneto, Liguria, Lazio e Abruzzo sono ciascuna indicate dal 6,2% dei rispondenti (n = 11). L'Emilia-Romagna, la Campania e la Sardegna raccolgono ciascuna il 3,9% delle segnalazioni (n = 7). Percentuali più contenute riguardano il Friuli Venezia Giulia e le Marche (2,2% ciascuna; n = 4), l'Umbria e la Calabria (1,7%; n = 3), il Trentino-Alto Adige/Südtirol, la Basilicata e la Sicilia (1,1%; n = 2). La Valle d'Aosta è indicata in un singolo caso (0,6%), mentre per il Molise non risultano segnalazioni. Nel complesso, la distribuzione geografica mostra che le esperienze riportate non sono circoscritte a una singola area del Paese, ma coinvolgono numerose regioni, con una maggiore concentrazione nelle aree a più alta densità abitativa e maggiore volume di servizi sanitari.

3.7 Periodo, luogo e conseguenze dell'episodio segnalato

In quali anni la persona interessata ha vissuto pratiche scorrette?



In quale regione si è verificato l'episodio di malasanità o di disservizio sanitario?



3.7.1 Conclusione - Periodo, luogo e conseguenze dell'episodio segnalato

Distribuzione temporale e geografica delle segnalazioni

Dal punto di vista temporale, le segnalazioni risultano distribuite su un arco di tempo ampio, che va dai primi anni Duemila fino al periodo di raccolta dei dati. Le annualità iniziali concentrano un numero limitato di episodi, mentre a partire dalla fine degli anni Duemila si osserva una presenza progressivamente più consistente di segnalazioni riferite agli anni successivi. Questa tendenza risulta particolarmente evidente dal periodo 2016–2017 in poi, con una concentrazione crescente negli anni più recenti e una quota rilevante di esperienze collocate tra il 2020 e il 2024. Anche l'anno in corso risulta rappresentato, pur con un numero inferiore di segnalazioni rispetto agli anni immediatamente precedenti, tenendo conto del fatto che la raccolta dei dati non copre l'intera annualità. Nel complesso, i dati descrivono una distribuzione sbilanciata verso le annualità più recenti, pur includendo esperienze riferite a un periodo complessivo di oltre vent'anni.

Distribuzione geografica delle segnalazioni

Per quanto riguarda la collocazione geografica, le segnalazioni risultano diffuse su gran parte del territorio nazionale. Alcune regioni concentrano un numero maggiore di episodi riportati. La Lombardia rappresenta l'area più frequentemente indicata, seguita da un gruppo di regioni con una presenza intermedia, tra cui Puglia, Toscana e Piemonte. Un numero più ampio di regioni presenta quote simili e inferiori di segnalazioni, mentre altre risultano rappresentate da un numero molto limitato di casi o da singole segnalazioni. Nel loro insieme, i dati descrivono una distribuzione territoriale ampia e non circoscritta, che coinvolge regioni del Nord, del Centro e del Sud Italia, senza evidenziare una concentrazione esclusiva in specifiche aree geografiche.

Limiti interpretativi dei dati temporali e territoriali

È importante sottolineare che le informazioni temporali e geografiche raccolte descrivono esclusivamente l'anno e la regione in cui i rispondenti collocano l'episodio vissuto. Questi dati non consentono di ricostruire l'andamento reale del fenomeno nel tempo, né di stimare incidenze, prevalenze o variazioni annuali. Allo stesso modo, la distribuzione geografica non permette inferenze sulla diffusione effettiva delle pratiche scorrette a livello regionale, né confronti tra territori, in quanto riflette esclusivamente la localizzazione degli episodi segnalati dal campione che ha partecipato all'indagine.

Nel complesso, l'analisi descrittiva restituisce un quadro in cui le esperienze riportate si collocano prevalentemente negli anni più recenti e risultano distribuite su numerose regioni italiane. Ne emerge una diffusione temporale e territoriale ampia delle segnalazioni, che descrive la collocazione delle esperienze riferite dai partecipanti senza consentire interpretazioni sull'evoluzione del fenomeno né sulla sua distribuzione reale nei diversi contesti regionali.

3.8 Atteggiamenti ed esperienze con il personale sanitario

Questa sezione analizza le percezioni e le valutazioni riportate dai partecipanti in relazione agli atteggiamenti e ai comportamenti del personale sanitario incontrato nel percorso di cura. Aspetti quali rispetto, ascolto, disponibilità e modalità comunicative influenzano in modo significativo l'esperienza della cura, la fiducia nei servizi e la possibilità di costruire un'alleanza terapeutica efficace. Le analisi presentate in questa sezione si basano sulle risposte alle domande del questionario dedicate a questi temi e consentono di osservare come tali dimensioni vengano vissute dalle persone nei diversi contesti assistenziali. Il numero di risposte considerate può variare in base alla pertinenza delle domande e alla completezza delle risposte.

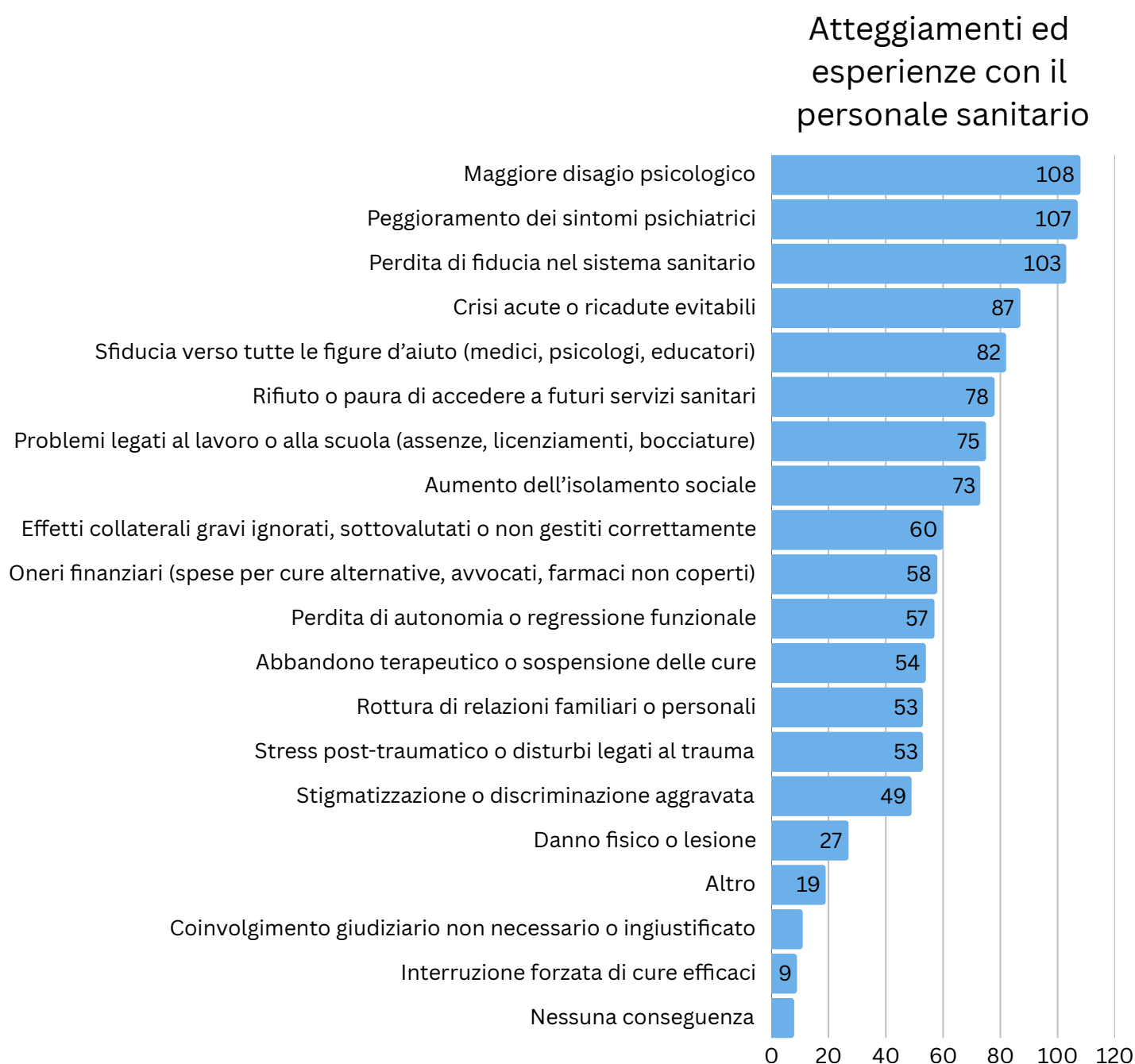
Conseguenze dirette delle pratiche scorrette sulla salute e sul benessere (N = 179, risposta multipla)

Le risposte indicano che le pratiche scorrette segnalate sono associate, nella maggior parte dei casi, a conseguenze rilevanti sul piano clinico, psicologico, sociale e relazionale. Gli esiti più frequentemente riportati riguardano la dimensione del benessere mentale: il 60,9% dei rispondenti segnala un aumento del disagio psicologico, mentre il 60,3% colloca l'esperienza in relazione a un peggioramento dei sintomi psichiatrici. Un impatto significativo emerge anche sul rapporto con il sistema di cura. La perdita di fiducia nel sistema sanitario è indicata dal 58,1% dei rispondenti, mentre la sfiducia estesa a tutte le figure di aiuto (medici, psicologi, educatori) riguarda il 45,8% del campione. Coerentemente, il 44,1% riferisce rifiuto o timore nell'accedere a futuri servizi sanitari, suggerendo una possibile compromissione della continuità assistenziale. Le risposte mostrano inoltre una frequente associazione con ricadute cliniche evitabili: il 49,2% indica la comparsa di crisi acute o ricadute, mentre il 34,1% segnala effetti collaterali gravi che sono stati ignorati, minimizzati o non adeguatamente gestiti. Il 30,2% riferisce esiti compatibili con disturbi legati al trauma o stress post-traumatico.

Le conseguenze sul funzionamento quotidiano e sulla vita sociale risultano ampiamente rappresentate. L'aumento dell'isolamento sociale è riportato dal 41,3% dei rispondenti, mentre il 41,9% segnala ripercussioni in ambito lavorativo o scolastico, incluse assenze prolungate, perdita del lavoro o interruzione del percorso di studi. La perdita di autonomia o regressione funzionale interessa il 32,4% del campione. Sul piano relazionale, il 30,2% riferisce una rottura di relazioni familiari o personali, mentre il 27,9% segnala una stigmatizzazione o discriminazione aggravata in seguito all'esperienza vissuta. L'abbandono terapeutico o la sospensione delle cure è indicato dal 30,7%, evidenziando un ulteriore elemento di vulnerabilità nel percorso di cura. Le conseguenze economiche non risultano marginali: il 33,0% dei rispondenti riporta oneri finanziari, legati a spese per cure alternative, farmaci non coperti o assistenza legale. Quote più contenute riguardano l'interruzione forzata di cure precedentemente efficaci (5,6%) e il coinvolgimento giudiziario ritenuto non necessario o ingiustificato (6,1%). Una minoranza pari al 4,5% dichiara di non aver riportato conseguenze, mentre il 10,6% indica altri esiti non riconducibili alle categorie proposte.

3.8 Atteggiamenti ed esperienze con il personale sanitario

Nel complesso, la distribuzione delle risposte evidenzia che le pratiche scorrette segnalate si associano, per la maggioranza dei rispondenti, a conseguenze multiple e concomitanti, che interessano sia la salute mentale sia il funzionamento sociale e il rapporto con i servizi.



3.8 Atteggiamenti ed esperienze con il personale sanitario

Empatia percepita nella relazione di cura (N = 177)

Alla voce “Il personale sanitario ha dimostrato empatia nei miei confronti”, le risposte delineano un quadro complessivamente critico sul piano relazionale. Le valutazioni negative prevalgono: il 27,3% dei rispondenti si dichiara fortemente in disaccordo e il 21,6% in disaccordo, per un totale del 48,9% che non riconosce empatia nel comportamento del personale. Le valutazioni positive risultano più contenute: il 19,9% è d'accordo e il 4,0% fortemente d'accordo (23,9% complessivo). Una quota non marginale si colloca in posizione intermedia (neutro: 27,3%), suggerendo esperienze percepite come ambivalenti, variabili o non chiaramente interpretabili in termini di supporto emotivo ricevuto.

Sospetto e sfiducia percepiti nel comportamento del personale sanitario (N = 177)

Alla voce “Il personale sanitario ha mostrato sospetto o sfiducia nei miei confronti”, le risposte indicano una presenza rilevante di atteggiamenti percepiti come diffidenti o non fiduciosi nella relazione di cura. Il 52,8% dei rispondenti si colloca su valutazioni di accordo (d'accordo: 33,3%; fortemente d'accordo: 19,5%), segnalando di aver percepito sospetto o sfiducia da parte del personale sanitario. Le valutazioni di disaccordo risultano decisamente più contenute: il 13,8% è in disaccordo e il 6,3% fortemente in disaccordo (20,1% complessivo), mentre il 27,0% esprime una posizione neutra.

Atteggiamenti giudicanti percepiti nella relazione con il personale sanitario (N = 177)

Alla voce “Il personale sanitario è apparso giudicante nei miei confronti”, emerge un quadro marcatamente sbilanciato verso valutazioni negative dell'esperienza relazionale. Il 59,1% dei rispondenti esprime accordo con l'affermazione (d'accordo: 30,1%; fortemente d'accordo: 29,0%), indicando la percezione di atteggiamenti giudicanti da parte del personale sanitario. Le risposte di disaccordo risultano minoritarie: l'11,9% si dichiara in disaccordo e il 5,7% fortemente in disaccordo (17,6% complessivo). Una quota pari al 23,3% si colloca in posizione neutra. La distribuzione delle risposte suggerisce che per una parte rilevante del campione l'interazione con il personale sanitario è stata vissuta come valutativa o stigmatizzante, con un possibile impatto negativo sulla qualità della relazione di cura, sulla comunicazione aperta e sulla disponibilità a esprimere bisogni, difficoltà o sintomi in modo autentico.

Comportamenti irrispettosi o degradanti percepiti da parte del personale sanitario (N = 177)

Alla voce “Il personale sanitario è stato irrispettoso o degradante nei miei confronti”, le risposte evidenziano una presenza consistente di esperienze percepite come lesive della dignità personale. Il 48,6% dei rispondenti esprime accordo con l'affermazione (fortemente d'accordo: 26,3%; d'accordo: 22,3%), indicando di aver vissuto comportamenti ritenuti irrispettosi o

3.8 Atteggiamenti ed esperienze con il personale sanitario

degradanti nel corso del trattamento. Le valutazioni di disaccordo risultano meno frequenti: il 18,3% si dichiara in disaccordo e l'8,6% fortemente in disaccordo (26,9% complessivo). Una quota pari al 24,6% si colloca in posizione neutra.

La distribuzione delle risposte suggerisce che una parte rilevante del campione ha percepito modalità comunicative o comportamentali incompatibili con un approccio rispettoso e centrato sulla persona, con potenziali ricadute sul senso di sicurezza, sulla fiducia nei confronti dei professionisti e sulla qualità complessiva della relazione di cura.

Minimizzazione o ignoranza dei sintomi riferiti (N = 177)

Per l'affermazione "Il personale sanitario ha minimizzato o ignorato i miei sintomi", la distribuzione delle risposte mostra una prevalenza netta di valutazioni concordi. Il 56,9% dei rispondenti si dichiara d'accordo o fortemente d'accordo (31,3% e 25,6%), indicando che oltre la metà del campione ha percepito una riduzione, svalutazione o mancata considerazione dei propri sintomi nel corso del trattamento. Le posizioni di disaccordo riguardano complessivamente il 21,0% (in disaccordo: 16,5%; fortemente in disaccordo: 4,5%), mentre il 22,2% esprime una valutazione neutra. Nel complesso, le risposte risultano distribuite in modo chiaramente sbilanciato verso le categorie di accordo, con una quota non marginale di posizioni intermedie e una minoranza che non riconosce questa esperienza.

Esagerazione dei sintomi riferiti da parte del personale sanitario (N = 177)

Per l'affermazione "Il personale sanitario ha esagerato i miei sintomi", la distribuzione delle risposte mostra una prevalenza delle valutazioni di disaccordo. Il 47,2% dei rispondenti si dichiara in disaccordo o fortemente in disaccordo (32,8% e 14,4%), indicando che quasi la metà del campione non riconosce un'amplificazione dei propri sintomi da parte del personale sanitario. Le valutazioni di accordo risultano meno frequenti: il 24,7% si colloca tra d'accordo e fortemente d'accordo (10,9% e 13,8%). Una quota pari al 28,2% esprime una posizione neutra.

Pressione percepita nel processo decisionale sul trattamento (N = 177)

Per l'affermazione "Mi sono sentito/a sotto pressione da parte del personale sanitario nel prendere decisioni sul mio trattamento", la distribuzione delle risposte mostra una prevalenza delle valutazioni di accordo. Il 50,3% dei rispondenti si colloca nelle categorie d'accordo o fortemente d'accordo (25,7% e 24,6%), indicando che circa la metà del campione riferisce di aver percepito una pressione nel processo decisionale relativo al proprio trattamento. Le risposte di disaccordo riguardano complessivamente il 21,1% (in disaccordo: 16,0%; fortemente in disaccordo: 5,1%), mentre il 28,6% esprime una posizione neutra.

3.8 Atteggiamenti ed esperienze con il personale sanitario

Adeguatezza della privacy nella comunicazione con il personale sanitario (N = 177)

Per l'affermazione "Ho avuto abbastanza privacy per parlare liberamente con il personale sanitario", le risposte risultano distribuite in modo eterogeneo tra le diverse categorie. Il 39,8% dei rispondenti esprime una valutazione positiva (d'accordo: 28,4%; fortemente d'accordo: 11,4%). Le valutazioni di disaccordo riguardano complessivamente il 32,9% del campione (in disaccordo: 17,6%; fortemente in disaccordo: 15,3%), mentre il 27,3% si colloca in posizione neutra.

Maltrattamenti fisici da parte del personale sanitario (N = 177)

Per l'affermazione "Ho subito maltrattamenti fisici da parte del personale sanitario (es. sono stato/a trattenuto/a fisicamente senza il mio consenso)", la distribuzione delle risposte mostra una prevalenza delle valutazioni di disaccordo. Il 65,9% dei rispondenti si colloca infatti nelle categorie in disaccordo o fortemente in disaccordo (22,0% e 43,9%), indicando che la maggioranza del campione non riferisce di aver vissuto questo tipo di esperienza. Le valutazioni di accordo riguardano complessivamente il 21,9% (d'accordo: 9,8%; fortemente d'accordo: 12,1%), mentre il 12,1% esprime una posizione neutra.

Maltrattamenti verbali da parte del personale sanitario (N = 177)

Per l'affermazione "Ho subito maltrattamenti verbali da parte del personale sanitario (es. essere stato/a chiamato/a con nomi offensivi)", la distribuzione delle risposte

mostra una prevalenza delle valutazioni di disaccordo. Il 58,1% dei rispondenti si colloca infatti nelle categorie in disaccordo o fortemente in disaccordo (23,0% e 35,1%). Le valutazioni di accordo riguardano complessivamente il 24,7% del campione (d'accordo: 13,2%; fortemente d'accordo: 11,5%), mentre il 17,2% esprime una posizione neutra.

Maltrattamenti emotivi da parte del personale sanitario (N = 177)

Per l'affermazione "Ho subito maltrattamenti emotivi da parte del personale sanitario (es. essere stato/a deriso/a o ignorato/a quando ho chiesto aiuto)", la distribuzione delle risposte mostra una prevalenza delle valutazioni di accordo. Il 50,6% dei rispondenti si colloca nelle categorie d'accordo o fortemente d'accordo (28,2% e 22,4%), indicando che circa la metà del campione riferisce di aver vissuto esperienze riconducibili a maltrattamenti emotivi nel corso del trattamento. Le valutazioni di disaccordo riguardano complessivamente il 35,1% (in disaccordo: 18,4%; fortemente in disaccordo: 16,7%), mentre il 14,4% esprime una posizione neutra.

Miglioramento percepito della salute mentale a seguito del trattamento (N = 177)

Alla domanda relativa al miglioramento della salute mentale, le risposte si concentrano prevalentemente nelle categorie di disaccordo. Quasi la metà del campione (49,7%) dichiara infatti di non aver osservato un miglioramento attribuibile al trattamento ricevuto (in disaccordo: 15,4%; fortemente in disaccordo: 34,3%). Le valutazioni positive

3.8 Atteggiamenti ed esperienze con il personale sanitario

risultano meno frequenti (29,1% complessivo), mentre una quota pari al 21,1% si colloca in una posizione neutra.

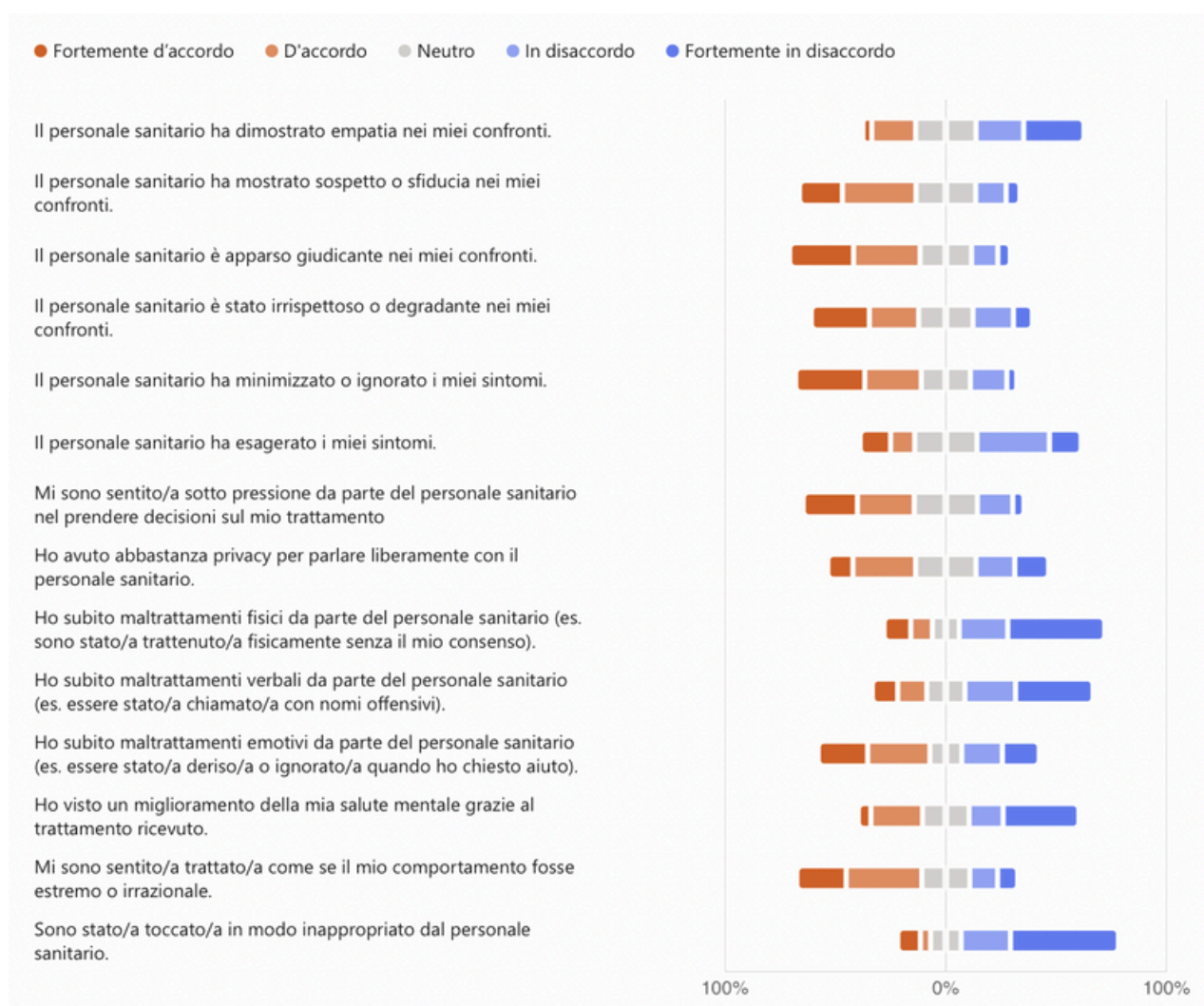
Percezione di etichettamento come comportamento estremo o irrazionale (N = 177)

In riferimento all'affermazione "Mi sono sentito/a trattato/a come se il mio comportamento fosse estremo o irrazionale", le risposte mostrano una netta concentrazione nelle categorie di accordo. Oltre la metà del campione (56,6%) si dichiara d'accordo o fortemente d'accordo (34,3% e 22,3%), mentre le valutazioni di disaccordo risultano più contenute (21,7% complessivo; in disaccordo: 12,6%; fortemente in disaccordo: 9,1%). Una quota pari al 21,7% esprime una posizione neutra.

Contatti fisici inappropriati da parte del personale sanitario (N = 177)

Alla dichiarazione "Sono stato/a toccato/a in modo inappropriato dal personale sanitario", la maggioranza delle risposte si colloca nelle categorie di disaccordo. Complessivamente, il 71,3% dei rispondenti indica in disaccordo o fortemente in disaccordo (22,4% e 48,9%), mentre le valutazioni di accordo risultano più contenute (14,9%; d'accordo: 4,6%; fortemente d'accordo: 10,3%). Una quota pari al 13,8% esprime una posizione neutra.

3.8 Atteggiamenti ed esperienze con il personale sanitario



3.8.1 Conclusione - Atteggiamenti ed esperienze con il personale sanitario

Atteggiamenti ed esperienze con il personale sanitario

L'insieme dei dati raccolti in questa sezione descrive come i partecipanti hanno percepito gli atteggiamenti, i comportamenti e le modalità relazionali del personale sanitario incontrato nel proprio percorso di cura. Le risposte mostrano una distribuzione articolata delle esperienze, con una prevalenza di valutazioni critiche in diverse aree, pur in presenza di posizioni differenziate all'interno del campione.

Conseguenze dirette delle pratiche scorrette sulla salute e sul benessere

Per quanto riguarda le conseguenze dirette delle pratiche percepite come scorrette sulla salute e sul benessere, la maggioranza dei partecipanti associa tali esperienze a esiti multipli e concomitanti. Le ricadute più frequentemente riportate riguardano il peggioramento del benessere mentale e dei sintomi psichiatrici. A questi esiti si affianca una compromissione significativa del rapporto con il sistema di cura. Risultano infatti particolarmente diffuse la perdita di fiducia nei servizi sanitari e l'estensione della sfiducia a tutte le figure di aiuto, insieme al timore o al rifiuto di rivolgersi nuovamente ai servizi. Accanto a questi elementi, una quota consistente di partecipanti segnala crisi acute o ricadute cliniche, effetti collaterali gravi non adeguatamente gestiti ed esiti riconducibili a condizioni di stress o trauma.

Ripercussioni sul funzionamento quotidiano e sulla vita sociale

Le ripercussioni sul funzionamento quotidiano emergono con elevata frequenza e interessano ambiti diversi. Tra gli esiti più spesso riportati figurano l'isolamento sociale e le difficoltà in ambito lavorativo o scolastico. Seguono la perdita di autonomia o forme di regressione funzionale. Sul piano relazionale vengono segnalate rotture di legami familiari o personali e un aggravamento di esperienze di stigmatizzazione o discriminazione. L'abbandono o la sospensione delle cure rappresenta un ulteriore esito ricorrente. Le conseguenze economiche, legate a spese sanitarie, farmaci o assistenza legale, risultano anch'esse ampiamente presenti. Le interruzioni forzate di cure precedentemente efficaci e il coinvolgimento giudiziario percepito come non necessario costituiscono invece le categorie meno frequentemente riportate. Una quota minoritaria del campione riferisce l'assenza di conseguenze o esiti non riconducibili alle opzioni proposte.

Empatia, fiducia e clima relazionale

Sul piano relazionale, le valutazioni relative all'empatia restituiscono un quadro complessivamente sbilanciato verso percezioni negative o ambivalenti. Una parte consistente dei partecipanti non riconosce comportamenti empatici da parte del personale sanitario, mentre le valutazioni positive risultano meno frequenti. La presenza di una quota non trascurabile di posizioni intermedie suggerisce esperienze percepite come variabili o incoerenti, a seconda dei contesti e degli operatori incontrati. Le percezioni di sospetto, sfiducia e atteggiamenti giudicanti emergono con particolare forza. In questi ambiti, le risposte

3.8.1 Conclusione - Atteggiamenti ed esperienze con il personale sanitario

di accordo risultano nettamente prevalenti rispetto a quelle di disaccordo, indicando che una parte significativa del campione ha vissuto la relazione di cura come improntata a diffidenza, valutazione o stigmatizzazione. Anche in questo caso, le risposte intermedie segnalano esperienze non univoche, ma il peso complessivo delle valutazioni critiche rimane predominante.

Comportamenti irrispettosi, pressione decisionale e privacy

Per quanto riguarda i comportamenti irrispettosi o degradanti, le segnalazioni indicano una presenza consistente di esperienze vissute come lesive della dignità personale, sebbene con una distribuzione più eterogenea rispetto ad altri ambiti. La percezione di un'esagerazione dei sintomi da parte del personale sanitario mostra invece una distribuzione più equilibrata, con una prevalenza di valutazioni di disaccordo e una quota rilevante di posizioni neutre, configurandosi come uno degli aspetti meno polarizzati. La percezione di pressione nel processo decisionale relativo ai trattamenti risulta al contrario ampiamente diffusa, collocandosi tra gli elementi più frequentemente segnalati in senso critico. Le valutazioni sulla tutela della privacy nella comunicazione mostrano un quadro misto, con una distribuzione relativamente bilanciata tra giudizi positivi, negativi e neutri, indicando esperienze molto variabili a seconda dei contesti assistenziali.

Maltrattamenti e percezione degli esiti del trattamento

Le risposte relative ai maltrattamenti fisici e ai contatti fisici inappropriati mostrano una prevalenza di valutazioni di disaccordo, suggerendo che tali esperienze non rappresentano la modalità più frequentemente riportata. Diversamente, i maltrattamenti emotivi risultano ampiamente segnalati e si collocano tra le esperienze relazionali più diffuse. I maltrattamenti verbali presentano una distribuzione intermedia, con una quota significativa di valutazioni critiche, ma meno marcata rispetto a quelle relative ai maltrattamenti emotivi. Infine, le valutazioni sul miglioramento della salute mentale a seguito del trattamento risultano prevalentemente negative. Una parte consistente del campione non riconosce un beneficio attribuibile alle cure ricevute. In modo coerente, la percezione di essere stati etichettati come persone con comportamenti estremi o irrazionali emerge come un'esperienza frequente, collocandosi tra gli aspetti più chiaramente segnalati in senso critico.

Nel complesso, i dati descrivono percezioni degli atteggiamenti e dei comportamenti del personale sanitario caratterizzate da una prevalenza di esperienze vissute come poco rispettose, giudicanti o coercitive, associate a conseguenze multiple sul benessere, sul funzionamento quotidiano e sul rapporto con i servizi. La distribuzione delle risposte evidenzia tuttavia una marcata eterogeneità delle esperienze all'interno del campione.

04. Bipolare: sotto la punta dell'iceberg - un'analisi delle esperienze reali

Affrontare il tema della comunicazione nel disturbo bipolare non è semplicemente utile: è una priorità clinica e umana. *Ancora oggi, molte persone affette da disturbi psichiatrici vengono trattate come pazienti con patologie fisiche acute, attraverso comunicazioni standardizzate, impersonali e spesso fredde.* Frasi rapide, protocollari, che potrebbero risultare neutrali in un contesto medico generico, possono invece generare un impatto negativo significativo sul benessere psichico della persona con disturbo bipolare.

Nel caso di una condizione fisica, come la frattura di un arto, la qualità della comunicazione ha certamente un peso sull'esperienza soggettiva del paziente, ma non modifica l'esito clinico diretto: il braccio, con il trattamento adeguato, guarisce. In ambito psichiatrico, invece, il modo in cui viene condotto il dialogo terapeutico incide profondamente sull'andamento della cura. *Una comunicazione percepita come fredda, giudicante o affrettata può destabilizzare emotivamente, aumentare la diffidenza verso i professionisti e, nei casi più delicati, innescare un peggioramento del quadro clinico.*

Nel disturbo bipolare, la dimensione relazionale e comunicativa è parte integrante della terapia. Non si tratta solo di informare, ma di creare una cornice sicura, accogliente e non stigmatizzante, dove il paziente possa sentirsi riconosciuto come persona, non ridotto alla diagnosi. L'empatia, il rispetto e il calore umano non sono elementi accessori: costituiscono le fondamenta di una relazione terapeutica efficace e sostenibile.

Una comunicazione di qualità facilita la fiducia, stimola la collaborazione e favorisce l'adesione al trattamento. Permette alla persona di esprimere ciò che sente realmente, di anticipare i segnali di crisi e di condividere con maggiore accuratezza le proprie esperienze, migliorando la qualità delle informazioni cliniche disponibili. Inoltre, contribuisce al mantenimento di un senso di dignità, identità e agency, spesso compromessi nei contesti di cura più istituzionalizzati.

04. Bipolare: sotto la punta dell'iceberg - un'analisi delle esperienze reali

Per i professionisti della salute mentale, affinare le proprie competenze comunicative specifiche significa ridurre il rischio di conflitti, migliorare l'efficacia clinica e prevenire situazioni critiche evitabili. Per i familiari, comprendere il valore di un ascolto autentico e non giudicante può fare la differenza nel rapporto quotidiano, specialmente nelle fasi più instabili del disturbo.

Riconoscere la centralità della comunicazione nel trattamento del disturbo bipolare significa superare una visione riduttiva della cura, in favore di un approccio integrato, che tenga conto della dimensione emotiva, relazionale e sociale della salute mentale. Significa affermare con chiarezza che la parola, il tono, l'ascolto e la presenza non sono strumenti collaterali, ma parte stessa della cura. Una comunicazione consapevole e attenta è il primo passo per costruire alleanze terapeutiche solide, sostenere percorsi di recupero autentici e contribuire alla dignità e al benessere delle persone che convivono con una condizione psichiatrica complessa.

La campagna “Bipolare: sotto la punta dell'iceberg” è la prima iniziativa nazionale promossa dall'Associazione Italiana Bipolari, nata proprio con l'obiettivo di migliorare la comprensione del disturbo bipolare e di costruire un dialogo concreto tra persone che convivono con questo disturbo, professionisti della salute mentale e società civile.

L'idea alla base della campagna nasce da una riflessione che ci accompagna fin dall'inizio: conoscere la definizione clinica del disturbo bipolare non significa comprenderne davvero l'esperienza. I professionisti sono spesso preparati a riconoscere i sintomi, ma meno abituati ad ascoltare le persone nella complessità del loro vissuto. Le fasi depressive, maniacali o miste vengono inquadrare in modo tecnico, ma raramente si tiene conto del contesto relazionale, della sofferenza invisibile e delle conseguenze identitarie che queste esperienze comportano.

Nel 2025, in collaborazione con il Telefono Amico, abbiamo avviato la progettazione di una formazione specifica per i volontari che rispondono durante le crisi. Il punto di partenza è stato un sondaggio pubblico rivolto alle persone con diagnosi di disturbo bipolare. Abbiamo raccolto centinaia di risposte su cosa aiuta e cosa peggiora durante le varie fasi del disturbo. Da questo materiale è emersa una quantità di contenuti preziosi, che abbiamo riorganizzato in un'analisi tematica strutturata. Da lì è nata la campagna.

04. Bipolare: sotto la punta dell'iceberg - un'analisi delle esperienze reali

“Bipolare: sotto la punta dell'iceberg” non è una campagna informativa tradizionale, ma uno spazio di ascolto e di restituzione. Non siamo partiti da cosa volevamo dire, ma da cosa le persone avevano bisogno di raccontare. Abbiamo scelto di dare centralità alle esperienze reali, alle frasi che feriscono o aiutano, ai modi in cui la comunicazione può influenzare il decorso, la fiducia e la possibilità di chiedere aiuto.

La campagna ha avuto una durata di un mese e si è svolta interamente online, attraverso il canale Instagram dell'Associazione Italiana Bipolari, che conta oltre 1800 followers. La partecipazione è stata volontaria e aperta, con l'obiettivo di raccogliere testimonianze dirette da persone con diagnosi di disturbo bipolare riguardo a cosa è stato utile e cosa invece ha avuto un impatto negativo durante le diverse fasi del disturbo.

Questa iniziativa si rivolge a diversi destinatari:

- **Alle persone con disturbo bipolare e ai loro familiari**, offre uno spazio per raccontare il proprio vissuto e sentirsi rappresentati in modo corretto, senza distorsioni o semplificazioni.
- **Ai professionisti della salute mentale**, propone uno strumento formativo gratuito, concreto e immediatamente applicabile, basato su dati reali.
- **Al pubblico generale**, permette di superare pregiudizi e disinformazione, avvicinandosi a una realtà spesso fraintesa.
- **Ai media**, suggerisce un nuovo linguaggio per raccontare il disturbo bipolare con rispetto e precisione, lontano da stereotipi.

L'obiettivo della campagna non è solo sensibilizzare, ma contribuire a cambiare concretamente il modo in cui il disturbo bipolare viene percepito e affrontato nei diversi contesti: clinico, familiare, sociale, educativo. Il titolo richiama proprio ciò che spesso rimane nascosto: le emozioni non dette, la comunicazione difficile, le ferite invisibili che si accumulano sotto la superficie.

Metodo e struttura dell'analisi

L'analisi presentata in questo capitolo si basa su materiali testuali raccolti attraverso domande aperte e contributi spontanei diffusi sui canali social dell'Associazione Italiana Bipolari. Questa modalità di raccolta ha consentito di intercettare un'ampia varietà di vissuti, linguaggi e bisogni espressi direttamente dalle persone con disturbo bipolare, in forma anonima e non mediata da un'interazione strutturata con il ricercatore. Il materiale è stato analizzato mediante un approccio di analisi tematica qualitativa, orientato all'individuazione di ricorrenze, categorie e pattern comunicativi rilevanti dal punto di vista emotivo e relazionale. Il focus non è stato posto sul contenuto clinico in senso stretto, ma sul significato attribuito alle parole ricevute e sull'impatto che specifiche modalità comunicative possono avere nelle diverse fasi del disturbo (depressione, mania/ipomania, stato misto, psicosi e pensieri suicidari).

La natura esplorativa e non strutturata della raccolta comporta alcune implicazioni metodologiche rilevanti. In particolare, l'analisi è fortemente dipendente dal modo in cui le persone hanno scelto di formulare e collocare le proprie risposte. Frasi linguisticamente simili possono comparire in macro-temi differenti — ad esempio tra comunicazioni percepite come dannose o come protettive — non per incoerenza analitica, ma perché utilizzate con intenzioni, contesti emotivi e significati diversi dai partecipanti stessi. Questo tipo di materiale non consente sempre di cogliere sfumature sottili legate al tono, all'ironia, alla relazione pregressa o al contesto situazionale in cui una frase è stata pronunciata. Una ricostruzione più approfondita di tali dimensioni richiederebbe l'utilizzo di interviste semi-strutturate o altri strumenti qualitativi più formalizzati, progettati per esplorare intenzionalità, contesto e significato in modo sistematico.

Di conseguenza, i temi presentati in questo capitolo non vanno intesi come categorie rigide o esaustive, ma come insiemi interpretativi costruiti a partire da pattern ricorrenti nelle narrazioni raccolte. La possibile riemersione di elementi simili in sezioni diverse riflette la complessità dell'esperienza vissuta e la natura intrinsecamente relazionale del linguaggio nella cura psichiatrica. L'obiettivo di questa analisi non è fornire una tassonomia definitiva della comunicazione nel disturbo bipolare, ma rendere visibili modalità linguistiche che, dal punto di vista delle persone coinvolte, risultano frequentemente associate a vissuti di protezione o di danno. In questo senso, il capitolo si configura come uno strumento pratico e formativo, costruito a partire dall'esperienza diretta, utile per orientare l'ascolto, la relazione e la consapevolezza comunicativa nei contesti di cura.

4.1. Fase 1: Depressione: “Parlami senza annullarmi”

Depressione: “Parlami senza annullarmi”

La fase depressiva del disturbo bipolare rappresenta una delle espressioni più complesse, dolorose e fragili della condizione psichiatrica. Non si tratta soltanto di un abbassamento dell'umore, ma di un crollo sistemico dell'energia vitale, del senso del sé e della possibilità dare senso alla realtà. In questa condizione, la comunicazione – da parte di familiari, amici, operatori sanitari o colleghi – assume un ruolo critico. Può diventare uno strumento di connessione e contenimento, oppure una forza disgregante che amplifica sofferenza, senso di esclusione e ideazione suicidaria.

L'analisi tematica che segue è frutto dell'esame sistematico di testimonianze dirette relative alla fase depressiva del disturbo bipolare, con particolare attenzione alle forme comunicative vissute come dannose o, al contrario, come sostenitive. I temi individuati non emergono come blocchi statici, ma come sistemi interconnessi che restituiscono un quadro stratificato della vulnerabilità depressiva: le parole ricevute possono invalidare l'esperienza soggettiva o restituirle dignità; possono spezzare il legame o salvarlo.

La struttura dell'analisi è articolata in tre macro-temi principali, ciascuno suddiviso in sotto-temi che illustrano modalità comunicative ricorrenti. Alla fine, un tema trasversale approfondisce il ruolo dell'identità e della vergogna nella relazione con l'altro durante la crisi. L'obiettivo non è soltanto descrittivo, ma interpretativo: si intende mostrare il funzionamento profondo di ogni modalità comunicativa, le sue conseguenze psicologiche e relazionali, e il modo in cui può incidere sulla traiettoria della sofferenza.



4.1. Fase 1: Depressione: “Parlami senza annullarmi”

I TEMI IDENTIFICATI

Macro-Tema	Nome Tema	Sotto-Tema	Descrizione	Esempi
1	Comunicazione dannosa e frasi invalidanti	<i>Minimizzazione del dolore</i>	Fraasi che sembrano rassicuranti ma negano la profondità dell'esperienza depressiva. Rafforzano l'auto-stigma e fanno sentire il dolore non visto.	“Dai che la vita è bella”, “Capita a tutti”, “C'è chi sta peggio di te”, “Fai meno storie”, “Non puoi vedere sempre tutto nero”
1	Comunicazione dannosa e frasi invalidanti	<i>Colpevolizzazione e pressione al miglioramento</i>	Trasformano la depressione in un fallimento morale, colpevolizzando chi soffre e aggravando la crisi emotiva.	“Non ti stai impegnando abbastanza”, “Datti una mossa”, “Basta solo forza di volontà”, “Riempiti le giornate”, “Non puoi vivere così”
1	Comunicazione dannosa e frasi invalidanti	<i>Svalutazione della diagnosi e della continuità</i>	Mettono in dubbio la credibilità del dolore, rompono il patto di fiducia e alimentano vergogna e isolamento.	“Ma stavi meglio fino a ieri”, “Mah, a me pareva che stessi meglio”, “Ancora? Ma stai sempre male!”
2	Comunicazione di supporto ed empatia relazionale	<i>Presenza silenziosa e non giudicante</i>	L'ascolto autentico non richiede parole giuste, ma una presenza reale e non giudicante che trasmetta accoglienza.	“Sono qui con te”, “Non diciamo niente”, “Vuoi che ti tenga la mano?”, “Se vuoi ci sono, anche se poi non parleremo”
2	Comunicazione di supporto ed empatia relazionale	<i>Accettazione e validazione emotiva</i>	Restituiscono dignità alla fragilità, normalizzando il dolore e offrendo uno spazio per la vulnerabilità.	“Non ti giudico”, “Piangi quanto vuoi”, “Anche gli altri piangono”, “Non sei anormale”, “Non sei solo/a”
2	Comunicazione di supporto ed empatia relazionale	<i>Valore personale separato dalla crisi</i>	Ricordano alla persona il suo valore e la sua identità anche durante la crisi, aiutando a rafforzare il senso di sé.	“Sei ancora la persona con cui preferisco parlare”, “Facciamo tutto insieme”, “Sei forte, ce la farai”
3	Fragilità relazionale e paura dell'abbandono	<i>La fragilità del legame</i>	Commenti dissonanti rispetto al vissuto interno possono generare timore di abbandono e rafforzare l'isolamento.	“Quando mi dite che sto meglio e non è vero, ho paura che mi abbandoniate.”

4.1. Fase 1: Depressione: “Parlami senza annullarmi”

MACRO-TEMA 1: Frasi Invalidanti e Comunicazione Dannosa

La comunicazione percepita come dannosa durante la fase depressiva non è necessariamente apertamente aggressiva. Al contrario, spesso si manifesta in forma velata, passiva, o addirittura apparentemente benevola. È proprio questa ambiguità che ne accresce la pericolosità: messaggi veicolati con intenzioni positive ma disallineati rispetto al vissuto interno producono una frattura significativa tra il sé e l'ambiente. I sotto-temi che compongono questo macro-tema mostrano le diverse sfaccettature con cui la sofferenza può essere negata, giudicata o colpevolizzata.

Sotto-tema 1.1: Minimizzazione del dolore

Una delle forme più comuni di comunicazione invalidante consiste nella minimizzazione della sofferenza. **Frasi come “Capita a tutti”, “Dai che la vita è bella”, o “C’è chi sta peggio di te” veicolano, spesso in modo implicito, l’idea che il dolore espresso dalla persona non sia sufficientemente rilevante da giustificare l’attenzione o la preoccupazione dell’interlocutore.** *L’impatto emotivo è duplice: da un lato, la persona si sente non vista, dall’altro si genera un senso di colpa per aver provato un’emozione così intensa da risultare “sproporzionata”.*

Nel contesto depressivo, dove il valore personale è già fortemente compromesso, queste frasi alimentano un ciclo di auto-invalidazione che può tradursi in ulteriore chiusura emotiva. *La sofferenza viene interiorizzata come segnale di debolezza, e la comunicazione futura tende a essere evitata, per paura di nuove invalidazioni. In alcuni casi, ciò può contribuire allo sviluppo di un dialogo interno autodistruttivo: “Se anche gli altri pensano che non è niente, allora sto davvero esagerando, sono io il problema”.*



4.1. Fase 1: Depressione: “Parlami senza annullarmi”

Fraasi frequentemente riportate dagli utenti:

- “Dai che la vita è bella”
- “Capita a tutti”
- “C'è chi sta peggio di te”
- “Fai meno storie”
- “Non puoi vedere sempre tutto nero”

Queste espressioni, apparentemente rassicuranti o pragmatiche, in realtà svalutano e minimizzano la sofferenza autentica della persona. Negare o sminuire la gravità della depressione implica che il dolore vissuto non sia degno di ascolto e comprensione.

Clinicamente, queste frasi possono rinforzare l'auto-stigma, portando l'individuo a percepirsi come debole o incapace, incrementando l'intensità di sentimenti di impotenza e pensieri suicidari passivi. Dal punto di vista relazionale, trasmettono un messaggio implicito di disinteresse o incomprensione che acuisce ulteriormente il senso di isolamento.

Sotto-tema 1.2: Colpevolizzazione e pressione al miglioramento

Questo sotto-tema evidenzia un approccio comunicativo devastante per la persona: il dolore psicologico viene trasformato in un fallimento personale o morale. La depressione, in questo schema interpretativo, è erroneamente concepita come una mancanza di volontà o come una scelta negativa consapevole, anziché una condizione neurobiologica e psicologica complessa. Il risultato diretto è l'intensificazione di un senso di colpa paralizzante che alimenta l'auto-disprezzo e blocca ulteriormente la persona in uno stato di inerzia emotiva e comportamentale. A livello sociale, queste frasi riflettono una cultura orientata alla produttività, suggerendo implicitamente che la persona depressa sia di scarso valore.

4.1. Fase 1: Depressione: “Parlami senza annullarmi”

Fraasi frequentemente riportate dagli utenti:

- “Non ti stai impegnando abbastanza”
- “Datti una mossa”
- “Basta solo forza di volontà”
- “Riempiti le giornate”
- “Non puoi vivere così”

Un'altra forma ricorrente di comunicazione dannosa è quella che trasforma la crisi depressiva in un problema morale, attribuendo alla persona la responsabilità del proprio stato. Fraasi come “Non ti stai impegnando abbastanza”, “Datti una mossa” o “È solo questione di forza di volontà” implicano che l'uscita dalla depressione dipenda interamente dalla volontà individuale.

*Questo tipo di messaggio produce effetti nocivi, in particolare quando il soggetto si trova in una fase di depressione grave, caratterizzata da incapacità di iniziativa, rallentamento cognitivo ed emotivo, e perdita di senso. **La pressione al miglioramento imposta dall'esterno risuona come un'accusa, e finisce per amplificare l'autocolpevolizzazione già presente nella mente depressa.***

***Il risultato è un irrigidimento del pensiero negativo: “Non solo sto male, ma è anche colpa mia”.** A livello relazionale, si rompe il patto di fiducia: il messaggio ricevuto è che il dolore non è comprensibile, ma fastidioso; non qualcosa da accogliere, ma da eliminare rapidamente.*

4.1. Fase 1: Depressione: “Parlami senza annullarmi”

Sotto-tema 1.3: Svalutazione della diagnosi e della continuità

La depressione bipolare si presenta spesso con andamenti non lineari, alternando fasi di apparente benessere a ricadute improvvise. Frasi come “Ma ieri stavi meglio”, “Ancora?” o “Stai sempre male” invalidano questa discontinuità, sottintendendo che la persona stia esagerando, fingendo, o comunque non meritando piena fiducia. Si tratta di un tipo di comunicazione che non solo nega la complessità del disturbo, ma mina la continuità narrativa dell'identità della persona. Le conseguenze sono profonde: la persona in crisi, già confusa dal proprio stato interno, si trova a dover difendere la legittimità del proprio dolore. Questo genera ulteriore stress, senso di isolamento, e la percezione che non ci sia uno spazio sicuro in cui condividere il proprio vissuto. Nei casi più gravi, può portare a un ritiro relazionale totale, con compromissione del legame anche con le figure più vicine.

Frasi frequentemente riportate dagli utenti:

- “Ma stavi meglio fino a ieri”
- “Mah, a me pareva che stessi meglio”
- “Ancora? Ma stai sempre male!”

*Questi commenti, pur potendo apparire innocui, hanno un impatto significativo perché invalidano la realtà soggettiva della persona depressa e rompono il patto di fiducia relazionale. **La depressione bipolare è caratterizzata da fluttuazioni spesso imprevedibili che generano confusione negli osservatori esterni. Sottolineare queste oscillazioni con frasi dubbiose contribuisce ad aumentare la paura di non essere creduti e favorisce l'insorgere di vergogna e isolamento relazionale, in quanto la persona può percepire di dover fingere un benessere che non corrisponde al proprio stato interno.***

4.1. Fase 1: Depressione: “Parlami senza annullarmi”

La fase depressiva rappresenta uno dei momenti più delicati e critici nel disturbo bipolare, caratterizzata da un intenso senso di disperazione, invisibilità, e da un profondo desiderio di essere accolti e compresi. Questa fase impone una riflessione approfondita sulla comunicazione, sia nei contesti clinici che relazionali, poiché il modo in cui ci si rivolge alla persona può influenzare significativamente il decorso della crisi e la percezione del sé.

MACRO-TEMA 2: Comunicazione Empatica e Connessione Relazionale

A fronte della comunicazione invalidante descritta nel macrotema precedente, emerge in modo netto un secondo insieme tematico: quello della comunicazione empatica, autentica e regolativa. In fase depressiva, e in particolare nelle fasi più gravi accompagnate da ideazione suicidaria, la presenza umana – anche solo implicita – può rappresentare una forma di intervento relazionale ad altissimo impatto terapeutico. La parola in sé non è necessariamente ciò che cura; è piuttosto la qualità della relazione che quella parola veicola: accettazione, ascolto, non giudizio, continuità.

Questo macrotema si compone di tre sotto-temi che mostrano come, in condizioni di sofferenza profonda, siano proprio le comunicazioni più semplici e prive di intento correttivo ad avere l'effetto più potente in termini di contenimento, riconoscimento e sostegno del senso di sé.



4.1. Fase 1: Depressione: “Parlami senza annullarmi”

Sotto-tema 2.1: Presenza silenziosa e non giudicante

Molti partecipanti hanno riferito che, nel mezzo della crisi depressiva, il desiderio principale non era quello di essere rassicurati o spronati, ma semplicemente di non essere lasciati soli. L'esperienza della presenza silenziosa – il sapere che qualcuno è lì, senza chiedere spiegazioni, senza pretendere miglioramenti – viene descritta come profondamente rassicurante e regolativa.

Espressioni come “Sono qui con te”, “Vuoi che restiamo in silenzio?”, “Ti tengo la mano?” non agiscono attraverso un contenuto semantico specifico, ma per ciò che rappresentano simbolicamente: uno spazio relazionale che non chiede nulla, che non giudica, e che offre contenimento senza invasione. In queste situazioni, la persona in crisi non è chiamata a giustificarsi, a mostrarsi “migliorata” o “adeguata”, ma può finalmente esistere nella propria fragilità.

Dal punto di vista psichico, la presenza silenziosa permette un abbassamento del livello di allerta e una temporanea sospensione del conflitto interiore. Non è necessario spiegare il dolore per essere accolti. Questo favorisce una riconnessione interna tra corpo, emozioni e mente, che nella depressione risultano spesso dissociati.

Frasi efficaci e apprezzate dagli utenti:

- “Sono qui con te”
- “Non diciamo niente”
- “Vuoi che ti tenga la mano?”
- “Se vuoi ci sono, anche se poi non parleremo”

La presenza silenziosa rappresenta una delle forme più alte di supporto in fase depressiva. Nella depressione, l'assenza di energia mentale rende estremamente faticosa la comunicazione verbale. L'offerta di un contatto umano silenzioso, stabile e autentico consente alla persona depressa di sentirsi accolta nella propria fragilità, senza la pressione di dover performare emotivamente o verbalmente. Questo approccio relazionale, noto nella psicologia come contenimento, permette una regolazione emotiva essenziale durante la crisi.

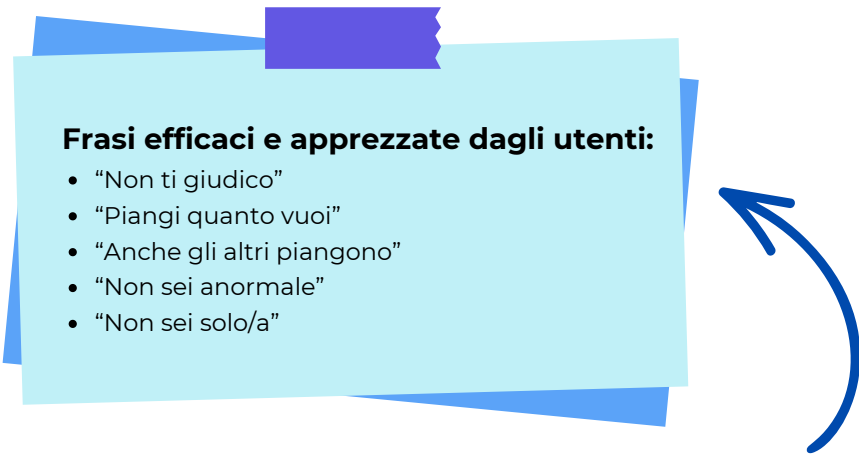
4.1. Fase 1: Depressione: “Parlami senza annullarmi”

Sotto-tema 2.2: Accettazione e validazione emotiva

Accettare il dolore di un'altra persona senza cercare di modificarlo o metterlo in discussione è un atto relazionale profondamente trasformativo. Le frasi che esprimono questa accettazione – come “Non ti giudico”, “Puoi piangere quanto vuoi”, “Non sei anormale”, “Non sei sola” – svolgono una funzione specifica: restituire legittimità all'esperienza emotiva e contrastare l'interiorizzazione dello stigma.

Durante la fase depressiva, il soggetto tende a percepire le proprie emozioni come eccessive, fastidiose, o patologiche. Il riconoscimento empatico da parte dell'altro consente di de-patologizzare momentaneamente questa percezione, offrendo un contesto in cui l'emozione può essere vissuta senza vergogna. Questo non significa “normalizzare” la crisi nel senso di sminuirla, ma renderla dicibile, comunicabile, condivisibile.

La validazione è un gesto relazionale che rompe l'isolamento. Nel momento in cui il dolore viene riconosciuto senza riserve, si genera uno spazio in cui anche la persona può iniziare a riconoscerlo e ad accettarlo, ponendo le basi per una rielaborazione. È un processo lento e fragile, ma essenziale per uscire dal silenzio che circonda la sofferenza psichica.



Frasi efficaci e apprezzate dagli utenti:

- “Non ti giudico”
- “Piangi quanto vuoi”
- “Anche gli altri piangono”
- “Non sei anormale”
- “Non sei solo/a”

La validazione emotiva restituisce dignità al dolore provato. Questi messaggi contribuiscono a normalizzare la sofferenza depressiva senza banalizzarla, permettendo alla persona di esprimere liberamente le proprie emozioni. Questo tipo di comunicazione rafforza il senso di connessione umana e offre una rassicurazione fondamentale: la vulnerabilità non è qualcosa di cui vergognarsi o che deve essere nascosta, ma un'esperienza comune e comprensibile.

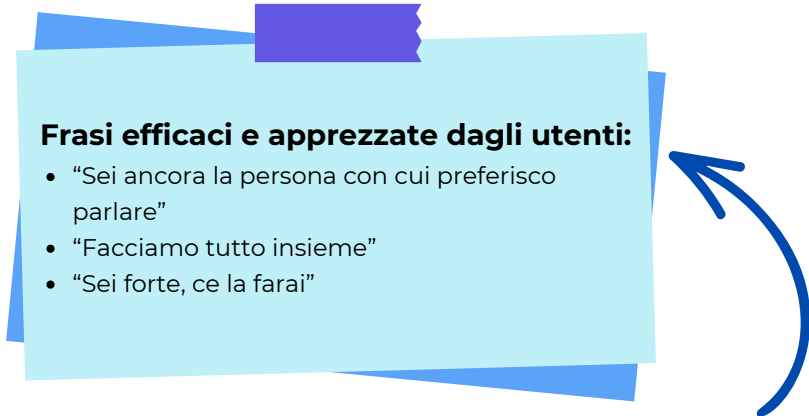
4.1. Fase 1: Depressione: “Parlami senza annullarmi”

Sotto-tema 2.3: Valore personale separato dalla crisi

Un altro elemento essenziale emerso nell'analisi è l'importanza di messaggi che ricordano alla persona il proprio valore al di là della crisi. Frasi come “Sei ancora la persona con cui preferisco parlare”, “Facciamo tutto insieme”, “Sei forte, ce la farai” non negano la sofferenza, ma la contestualizzano all'interno di una narrazione più ampia, dove la persona continua a essere riconosciuta nella sua interezza.

Durante la depressione, l'identità subisce una frammentazione: la persona non si riconosce più, si percepisce come assente, sbagliata, inutile. Ricevere un messaggio che ribadisce l'esistenza e il valore del sé, anche in quella condizione, aiuta a contrastare la sensazione di annullamento. Si tratta di messaggi che fungono da “specchio sano”, restituendo un'immagine positiva e coesa della persona che la depressione ha oscurato.

Questo tipo di comunicazione, se autentica e non forzata, può riattivare elementi identitari fondamentali, come il senso di appartenenza, la fiducia nella relazione, e la memoria di chi si è stati. In tal modo, diventa uno strumento essenziale non solo di supporto, ma di prevenzione dell'ideazione suicidaria, che spesso nasce proprio dalla perdita di senso e valore personale.



Frasi efficaci e apprezzate dagli utenti:

- “Sei ancora la persona con cui preferisco parlare”
- “Facciamo tutto insieme”
- “Sei forte, ce la farai”

Durante la depressione bipolare, l'identità personale si frattura, e l'autopercezione subisce profondi danni. Ricordare alla persona depressa che il suo valore è indipendente dallo stato attuale di sofferenza consente una riconnessione con parti vitali e intatte del sé, essenziale per mantenere un'identità integrata. Questi messaggi promuovono la resilienza emotiva e aiutano a prevenire l'auto-stigmatizzazione.

4.1. Fase 1: Depressione: “Parlami senza annullarmi”

MACRO-TEMA 3: Fragilità relazionale e paura dell’abbandono

La fase depressiva del disturbo bipolare è attraversata da una costante ambivalenza relazionale: da un lato, emerge un bisogno intenso di vicinanza, dall’altro una profonda paura di essere rifiutati o abbandonati. Questa dinamica non è semplicemente una questione affettiva, ma costituisce una vera e propria vulnerabilità strutturale della fase depressiva, con ricadute significative sul funzionamento interpersonale e sulla possibilità di ricevere supporto.

Una delle espressioni più emblematiche raccolte durante l’analisi è: “Quando mi dite che sto meglio e non è vero, ho paura che mi abbandoniate.” Questa frase racchiude una serie di dinamiche complesse: la discrepanza tra il vissuto interno e la percezione esterna, la paura che il miglioramento venga forzatamente attribuito dall’altro per alleggerire il carico relazionale, il timore che il riconoscimento della crisi venga revocato troppo presto. In questo contesto, persino le parole apparentemente positive, se non congruenti con la realtà interiore, possono attivare sentimenti di sfiducia, delusione e ulteriore isolamento.

La fragilità del legame si manifesta soprattutto nei momenti in cui la persona depressa si sente emotivamente trasparente: ogni tentativo esterno di ristrutturare la realtà o minimizzare l’intensità del dolore viene vissuto come una negazione profonda dell’esistenza stessa. *Il rischio percepito non è solo quello di essere “mal compresi”, ma di essere letteralmente lasciati soli nel momento più buio. Questo produce un ritiro difensivo che può compromettere anche le relazioni più stabili, lasciando spazio a interpretazioni catastrofiche (“non gliene importa davvero”, “mi vogliono solo fuori dai piedi”).*

In questa cornice, il modo in cui si comunica – tono, tempi, coerenza affettiva – ha un impatto potenzialmente salvifico. **L’esperienza relazionale positiva non si basa sull’evitare il dolore o sul tentare di correggerlo, ma sul rimanere. La continuità affettiva, quando autentica, rappresenta una forma di contenimento che aiuta la persona a regolare la paura dell’abbandono.** La comunicazione, dunque, deve diventare uno spazio protetto in cui la fragilità può essere espressa senza temere conseguenze punitive o il ritiro dell’amore e dell’attenzione altrui.

4.1. Fase 1: Depressione: “Parlami senza annullarmi”

Indicazioni operative utili, emerse in modo ricorrente nei dati analizzati, comprendono:

Da fare

- Utilizzare frasi aperte, aderenti alla realtà vissuta e non imposte
- Offrire una presenza autentica e continuativa, anche silenziosa
- Validare le emozioni senza forzarne la trasformazione
- Comunicare una disponibilità reale e stabile

Da evitare

- Frasi motivazionali generiche o automatiche
- Confronti con altre esperienze (“anch’io ho passato momenti difficili”)
- Minimizzazioni (“durerà poco”, “passerà”)
- Commenti sull’aspetto fisico come tentativo di rassicurazione (“sei bellissima, non puoi essere depressa”)

Il vissuto relazionale nella depressione non richiede spiegazioni complesse né soluzioni immediate. Richiede, invece, tempo, coerenza e il coraggio di restare presenti in una condizione che non offre certezze né gratificazioni immediate. Questa capacità relazionale – spesso sottovalutata – rappresenta una risorsa terapeutica fondamentale, anche al di fuori del contesto clinico.

FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

La depressione grave, specie quando associata a pensieri suicidari, rappresenta la condizione di massima vulnerabilità clinica e relazionale per la persona con disturbo bipolare. In questi momenti, il dolore psicologico diventa totalizzante, il senso del sé si disintegra e ogni prospettiva futura appare priva di significato o insostenibile.

È in questo scenario estremo che la comunicazione assume un ruolo potenzialmente salvifico o distruttivo. La qualità dello scambio verbale – o anche del solo atteggiamento comunicativo – può determinare un movimento minimo ma vitale verso il legame, oppure spingere definitivamente verso il silenzio, l'isolamento e la rinuncia.



FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

I TEMI IDENTIFICATI

Macro-Tema	Nome Tema	Sotto-Tema	Descrizione	Esempi
1	Comunicazioni che fanno più male	<i>Superficialità travestita da incoraggiamento</i>	Fraasi apparentemente rassicuranti che, in stato depressivo grave, risultano vuote e scollegate dalla realtà vissuta. Impongono una speranza non condivisa e amplificano la solitudine.	“Andrà tutto bene”, “Vedrai che passa”, “Devi solo pensare positivo”, “Riempiti le giornate”
1	Comunicazioni che fanno più male	<i>Giudizio morale travestito da consiglio</i>	Trasforma il dolore in colpa. Le fraasi implicano che la depressione sia frutto di scarsa volontà, aggravando l'autoaccusa e il rischio suicidario.	“Devi reagire”, “Non puoi vivere così”, “Datti una svegliata”, “Non vuoi fare un c***o”
1	Comunicazioni che fanno più male	<i>Rottura del legame affettivo</i>	Espressioni che confermano il timore di essere un peso, causando chiusura o isolamento. Spingono verso l'abbandono del contatto.	“Stai sempre male”, “Mi stai facendo impazzire anche a me”, “Non posso fare tutto io”
2	Fraasi che mantengono la connessione viva	<i>Presenza semplice, ma reale</i>	Fraasi brevi che trasmettono vicinanza e presenza incondizionata, senza richieste né soluzioni. Hanno un forte impatto regolativo.	“Ci sono io”, “Se vuoi ci sono, anche se poi non parleremo”, “Vuoi che stiamo in silenzio?”
2	Fraasi che mantengono la connessione viva	<i>Valore anche nella crisi</i>	Riconoscono la persona oltre il dolore, rinforzando l'identità frammentata e contrastando l'annullamento del sé.	“Sei ancora la persona con cui preferisco parlare”, “Facciamo tutto insieme”, “Non sei anormale, piangere è umano”
2	Fraasi che mantengono la connessione viva	<i>Condivisione della vulnerabilità</i>	Normalizzare emozioni considerate socialmente inaccettabili, come il pianto e il senso di impotenza, favorisce sollievo e alleanza.	“Vuoi un abbraccio?”, “Anche gli altri piangono”, “Piangi quanto vuoi, non sei solo/a”

FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

I TEMI IDENTIFICATI

Macro-Tema	Nome Tema	Sotto-Tema	Descrizione	Esempi
3	Lo stigma silenzioso e il linguaggio del suicidio	<i>Il silenzio imposto dallo stigma</i>	Il timore del giudizio porta le persone a nascondere il dolore. Anche le frasi vaghe possono mascherare sofferenza grave.	Vergogna per la diagnosi, Paura di essere esclusi, Minimizzazione del dolore per non spaventare
3	Lo stigma silenzioso e il linguaggio del suicidio	<i>Suicidio come fuga, non morte</i>	Il suicidio è spesso desiderio di sollievo, non di morte. Serve ascolto attento e capacità di nominare la crisi con delicatezza.	“Vorrei solo sparire”, “Mi sento di troppo”, “Non ce la faccio più”

MACRO-TEMA 4: Comunicazioni che fanno più male

Nel contesto della depressione grave, le modalità comunicative adottate da familiari, amici o professionisti possono assumere un peso specifico particolarmente rilevante. In fasi di intensa fragilità psichica, in cui il senso di sé risulta compromesso e l'accesso alla speranza ridotto, ogni parola acquisisce un potenziale trasformativo: può avvicinare o allontanare, contenere o frammentare, dare senso oppure negarlo.

Il quarto macro-tema riguarda proprio quelle forme comunicative che, pur non essendo apertamente aggressive o violente, risultano dannose sul piano soggettivo e relazionale. Si tratta spesso di espressioni percepite da chi le pronuncia come “normali”, “di buon senso” o addirittura “incoraggianti”, ma che nella concreta esperienza della persona depressa si rivelano invasive, svalutanti o disconfermanti. La loro pericolosità non sta solo nel contenuto, ma nella distanza che creano: trasmettono implicitamente l'idea che il dolore non sia legittimo, comprensibile o tollerabile.

FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

L'analisi tematica ha individuato tre principali configurazioni comunicative critiche: l'incoraggiamento superficiale, il giudizio morale mascherato da consiglio, e la rottura implicita del legame affettivo. Queste modalità producono effetti convergenti: amplificano il senso di solitudine, interrompono o indeboliscono i canali relazionali disponibili e ostacolano l'accesso a percorsi di cura o alla richiesta di aiuto. In alcuni casi, possono rappresentare veri e propri fattori scatenanti o aggravanti dell'ideazione suicidaria, specialmente quando vanno a colpire un'identità già compromessa.

Sotto-tema 4.1: Superficialità travestita da incoraggiamento

Nel materiale analizzato, si osserva con ricorrenza l'effetto negativo prodotto da **frasi apparentemente rassicuranti, come “Andrà tutto bene”, “Devi solo pensare positivo” o “Vedrai che passa”.** Queste espressioni, benché pronunciate spesso con intenzioni protettive o consolatorie, risultano **profondamente inadeguate nella fase acuta della depressione.**

La persona che le riceve non le percepisce come un segno di vicinanza, ma come un rifiuto implicito della propria esperienza emotiva. Il dolore, così come viene vissuto e comunicato, non trova spazio né riconoscimento: viene bypassato, neutralizzato o minimizzato. Questa forma di comunicazione produce un effetto di disconnessione e distacco. La persona si sente non solo non compresa, ma addirittura esclusa dalla possibilità stessa di essere ascoltata.

Il messaggio sottinteso – “non dovresti sentirti così” – trasmette l'idea che esista un modo “giusto” di reagire, e che chi non riesce a conformarsi ad esso sia inadeguato. L'effetto relazionale è una frattura: chi soffre può iniziare a evitare il dialogo, chiudendosi in un silenzio protettivo ma profondamente isolante. La relazione si incrina e il senso di solitudine aumenta. In alcuni casi, questa dinamica ha portato i partecipanti a interrompere rapporti significativi o a interrompere percorsi terapeutici, percepiti come inefficaci o giudicanti.



FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

Sotto-tema 4.2: Giudizio morale travestito da consiglio

Un altro insieme di espressioni problematiche emerse dall'analisi riguarda quelle che, pur presentandosi come suggerimenti costruttivi, veicolano un contenuto normativo e moralizzante. Frasi come “Datti una svegliata”, “Devi reagire”, “Non puoi continuare così” non solo non riconoscono la complessità della sofferenza, ma la trasformano in colpa individuale.

L'effetto principale di queste comunicazioni è una ridefinizione negativa dell'identità: il dolore non è più una condizione da attraversare, ma un fallimento personale, un difetto di carattere, un'assenza di volontà. Chi le riceve non si sente aiutato, ma accusato. Il messaggio implicito – “sei tu il problema, non la situazione” – finisce per intensificare la percezione di inadeguatezza e per alimentare vissuti di vergogna e autocondanna.

La pressione a “reagire” impone alla persona un movimento impossibile nel momento in cui ogni energia psichica è assorbita dalla sopravvivenza quotidiana. Quando l'atto stesso di alzarsi dal letto richiede uno sforzo estremo, sentirsi dire che basterebbe “volere di più” diventa una forma di violenza sottile ma penetrante. La persona interiorizza progressivamente l'idea che se non riesce a migliorare, è perché non è abbastanza forte, abbastanza motivata, abbastanza degna. Si costruisce così un circolo vizioso di colpa e disperazione che riduce ulteriormente le risorse disponibili.

Frasi frequentemente riportate dagli utenti:

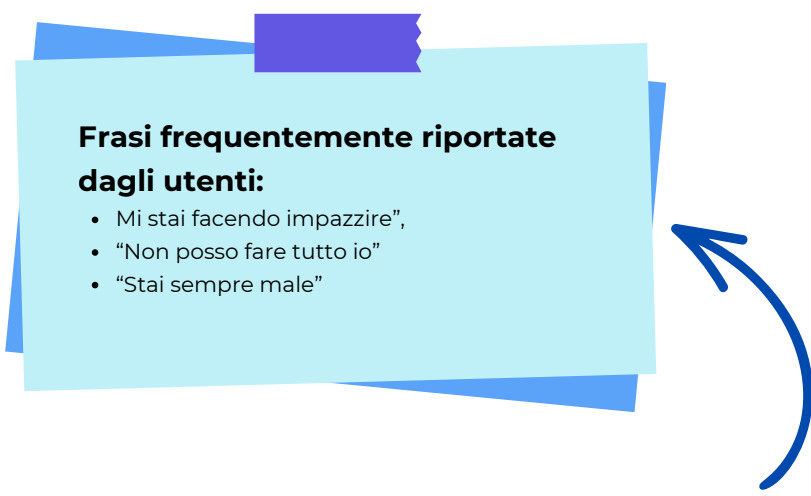
- “Datti una svegliata”
- “Devi reagire”
- “Non puoi continuare così”

FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

Sotto-tema 4.3: Rottura del legame affettivo

Il terzo insieme di comunicazioni problematiche riguarda quelle situazioni in cui la sofferenza viene percepita come intollerabile non solo da chi la vive, ma anche da chi la osserva. **Espressioni come “Mi stai facendo impazzire”, “Non posso fare tutto io”, “Stai sempre male” segnalano il punto di saturazione emotiva dell’interlocutore, ma al tempo stesso mettono in crisi la relazione stessa.**

Queste frasi non vengono necessariamente pronunciate con ostilità: spesso sono dettate dalla stanchezza, dalla frustrazione, dal senso di impotenza. Tuttavia, il loro effetto su chi è in crisi è dirompente. Il messaggio che viene recepito è chiaro: “la tua sofferenza è troppo per me, non ti reggo più”.



Frasi frequentemente riportate dagli utenti:

- “Mi stai facendo impazzire”,
- “Non posso fare tutto io”
- “Stai sempre male”

In un momento in cui la persona cerca contenimento e accettazione, sentirsi vissuta come un peso aggiuntivo aggrava il vissuto di colpa e può far emergere il desiderio di sparire non come scelta impulsiva, ma come atto “necessario” per alleggerire gli altri. L’identità si contrae ulteriormente attorno al senso di inadeguatezza, e la possibilità di fidarsi degli altri si riduce drasticamente.

In questi casi, ciò che manca non è la comprensione razionale del problema, ma la disponibilità emotiva a sostenere, anche solo temporaneamente, un dolore che non può essere risolto con una soluzione pratica. Quando il legame viene meno proprio nel momento in cui ce ne sarebbe più bisogno, l’effetto non è solo una ferita relazionale, ma un peggioramento tangibile della condizione clinica.

FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

MACRO-TEMA 5: Frasi che mantengono la connessione viva

Questo tema evidenzia una dimensione relazionale centrale nei momenti più critici della depressione grave, soprattutto quando compaiono pensieri suicidari. ***In queste fasi, la comunicazione può diventare molto difficile: parlare richiede uno sforzo enorme, e anche percepire affetto o sentirsi parte di un legame può risultare impossibile. Tuttavia, proprio in questi momenti, alcune frasi semplici possono avere un effetto profondo.***

Non sono parole elaborate né consigli, ma messaggi brevi e autentici che riescono a trasmettere continuità, accoglienza e stabilità. Frasi che non giudicano, non chiedono di reagire o di cambiare, ma che fanno sentire che l'altro c'è, e continuerà a esserci.

Il valore di queste comunicazioni sta nella loro capacità di interrompere la logica del fare – quella che chiede di migliorare, di rispondere, di “funzionare” – per lasciare spazio a una logica diversa: quella del “restare accanto”. In un momento in cui la persona si percepisce inutile, colpevole o persino dannosa, sentirsi riconosciuta e accompagnata nella propria fragilità può fare la differenza.

Questo tipo di presenza non cerca di risolvere la sofferenza, ma di condividerla. I dati suggeriscono che si tratta di un cambiamento importante anche sul piano culturale e clinico: spostarsi da un approccio orientato ai risultati a un approccio centrato sulla relazione, sulla co-esistenza e sulla regolazione emotiva condivisa.

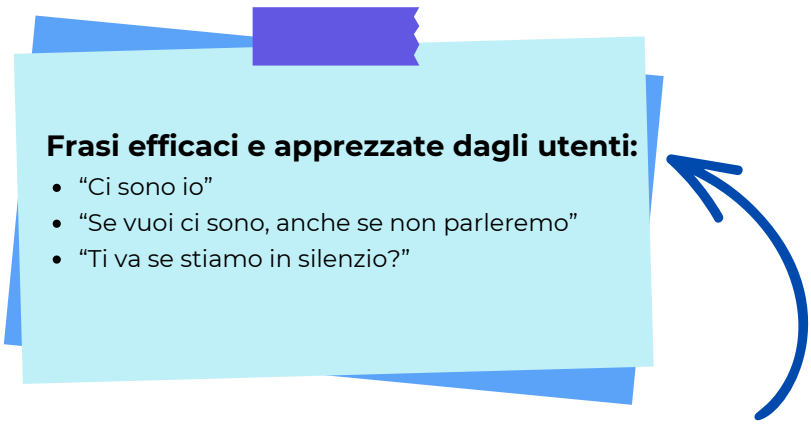


FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

Sotto-tema 5.1: Presenza reale e silenziosa

Un elemento che emerge con forza è l'importanza della semplice presenza, anche senza parole. Frasi come “Ci sono io”, “Se vuoi ci sono, anche se non parleremo” o “Ti va se stiamo in silenzio?” mostrano una modalità relazionale diversa: non spingono a parlare né a spiegare, ma offrono uno spazio in cui la persona può esistere senza dover essere attiva, produttiva o comunicativa.

Nella fase più acuta della depressione, anche parlare può essere troppo difficile. In queste situazioni, la continuità della presenza, senza richieste o aspettative, rappresenta una forma potente di cura. La persona sente che l'altro resta accanto anche nel silenzio, nella chiusura, nella sofferenza.



Frasi efficaci e apprezzate dagli utenti:

- “Ci sono io”
- “Se vuoi ci sono, anche se non parleremo”
- “Ti va se stiamo in silenzio?”

Questo tipo di presenza comunica accettazione incondizionata. Non si interrompe davanti alla difficoltà o all'assenza di risposta. I dati suggeriscono che proprio questa stabilità, silenziosa e non invasiva, può diventare una fonte di contenimento emotivo: aiuta a non sentirsi soli, senza chiedere nulla in cambio.

In alcuni casi, sospendere il linguaggio verbale permette una connessione più autentica, liberata dalle pressioni sociali di “dover dire qualcosa”. È una forma di comunicazione essenziale, ma profondamente umana.

FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

Sotto-tema 5.2: Valore anche nella crisi

Un altro tema forte riguarda la percezione di perdita di valore personale che spesso accompagna le fasi depressive più gravi. In questo contesto, frasi come “Sei ancora la persona con cui preferisco parlare”, “Hai valore anche ora” o “La tua presenza conta” hanno un impatto significativo.

Non si limitano a rassicurare: offrono un riconoscimento profondo, un modo per restituire alla persona un senso di identità e di dignità, proprio nel momento in cui lei stessa non riesce più a vedersi così.

Queste frasi contribuiscono a costruire una narrazione alternativa alla voce interna distruttiva tipica della depressione. Affermare che si ha valore “anche ora” aiuta a mantenere un filo di continuità tra il sé “prima” e quello “durante” la crisi. Il dolore non viene negato, ma collocato dentro una relazione che lo accoglie e lo attraversa.

Questa dimensione ha anche una portata più ampia. In una società che spesso collega il valore personale alla produttività, alla positività e all'efficienza, riconoscere valore nella vulnerabilità diventa un atto profondamente contro culturale. I dati mostrano una tensione tra il vissuto soggettivo della crisi – come perdita totale di significato – e la possibilità, attraverso la relazione, di mantenere uno sguardo capace di rispetto e riconoscimento.



FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

Sotto-tema 5.3: Condivisione della vulnerabilità

Infine, emerge con forza l'importanza delle frasi che permettono di esprimere emozioni difficili in modo sicuro. Dichiarazioni come “Vuoi un abbraccio?”, “Piangi quanto vuoi, non sei solo/a”, “Anche gli altri piangono” hanno un effetto normalizzante e umanizzante.

Queste parole aiutano a rompere l'isolamento, a contrastare il senso di vergogna, e a rendere più accettabili emozioni che spesso vengono nascoste o giudicate. Non si tratta solo di conforto, ma di veri e propri gesti di riconoscimento: l'altro mi vede, accoglie il mio dolore, non si spaventa, non mi rifiuta.

Fraasi efficaci e apprezzate dagli utenti:

- “Vuoi un abbraccio?”
- “Piangi quanto vuoi, non sei solo/a”
- “Anche gli altri piangono”

Dire “anche gli altri piangono” crea un legame orizzontale. La sofferenza non è più un segno di fallimento individuale, ma qualcosa che può essere condiviso. Questo aiuta la persona a sentirsi di nuovo parte dell'umanità comune, a sottrarsi alla narrazione secondo cui solo chi è forte, razionale e in controllo ha valore.

Le implicazioni sono importanti anche a livello più generale. Qui il dolore non è visto come un errore da correggere, ma come un'esperienza umana legittima. La relazione diventa un luogo in cui il dolore può essere espresso, accolto e attraversato insieme, senza bisogno di soluzioni immediate, ma con l'offerta di una vicinanza autentica.

FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

MACRO-TEMA 6: Lo stigma silenzioso e il linguaggio del suicidio

Il sesto macro-tema affronta una delle aree più delicate emerse dalle testimonianze: il modo in cui le persone comunicano – o non riescono a comunicare – la propria sofferenza legata all'ideazione suicidaria. **Nei dati raccolti si evidenzia una tensione continua tra il bisogno di esprimere il dolore e la paura delle reazioni che questo potrebbe generare. Il linguaggio utilizzato è spesso indiretto, sfumato, e si muove ai margini del dicibile. Il suicidio viene evocato, suggerito, mai pienamente dichiarato.**

Questa modalità comunicativa non è legata a un'effettiva volontà di nascondere, ma piuttosto a un contesto sociale e relazionale che rende difficile nominare apertamente il desiderio di non esistere più. *Lo stigma che circonda il suicidio genera infatti un duplice silenzio: quello di chi soffre, che non trova le parole o non si sente autorizzato a pronunciarle, e quello di chi ascolta, che spesso evita l'argomento per paura, imbarazzo o senso di impotenza.*

In questo contesto, il linguaggio si trasforma in uno strumento di sopravvivenza. Le parole diventano velate, ambigue, ma restano segnali importanti da saper cogliere. Quando il dialogo diretto sembra impossibile, queste espressioni implicite rappresentano spesso l'unico modo per tentare un contatto. Riconoscerle e accoglierle può fare la differenza tra solitudine e connessione, tra chiusura e possibilità di apertura.

Molte delle frasi raccolte non esprimono direttamente l'intenzione di togliersi la vita, ma lasciano intuire una profonda stanchezza, un bisogno di tregua o il desiderio di scomparire. In queste espressioni si riflette una forma di linguaggio “protetto”, più accettabile, che però rischia di restare inascoltato o mal interpretato.

Lo stigma non colpisce solo chi vive il dolore, ma anche chi ascolta: spesso l'interlocutore non sa cosa dire, ha paura di peggiorare la situazione o si rifugia nel silenzio. Questo doppio silenzio, da entrambe le parti, può creare un vuoto relazionale pericoloso. Interromperlo, anche solo con una domanda o una presenza disponibile, può rappresentare un gesto decisivo di cura e prevenzione.

FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

Sotto-tema 6.1: Il silenzio imposto dallo stigma

Espressioni come “Mi sento di troppo”, **“Non voglio essere un peso”** o **“Vorrei solo sparire”** emergono nei dati come segnali ricorrenti, pronunciati con tono sommesso, a volte accennati di sfuggita, altre volte ripetuti con insistenza. **Non si tratta di dichiarazioni esplicite di intenti suicidari, ma di indicatori di un dolore che si fatica a esprimere pienamente. Queste frasi costituiscono un linguaggio alternativo, spesso l'unico disponibile per chi sente di non poter parlare apertamente. Alla base di questo silenzio c'è lo stigma, inteso non solo come condanna sociale, ma come clima emotivo che circonda la sofferenza psicologica.** Chi vive pensieri suicidari spesso interiorizza l'idea di essere inaccettabile, sbagliato, fragile o colpevole. La paura del giudizio – di essere visti come egoisti, ingrati, pericolosi o addirittura manipolatori – porta a nascondere ciò che si prova. Il rischio, però, è che questo silenzio venga rinforzato anche dall'esterno.



I dati mostrano che spesso chi ascolta non sa come rispondere, cambia discorso, minimizza o si irrigidisce. Non per mancanza di empatia, ma per l'assenza di strumenti, per la paura di “fare danni”, o per il peso emotivo dell'argomento. Si crea così un doppio silenzio: la persona che non si sente autorizzata a parlare e l'altro che non riesce ad accogliere.

Questa dinamica genera un vuoto comunicativo denso di tensione. Il rischio principale è che i segnali lanciati restino inascoltati o vengano banalizzati, aumentando il senso di invisibilità e solitudine. Riconoscere l'importanza di queste frasi, anche quando non sono esplicite, significa offrire alla persona la possibilità di essere vista e accolta nella propria realtà emotiva, senza costringerla a una comunicazione che potrebbe non essere ancora possibile.

FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

Sotto-tema 6.2: Suicidio come fuga, non morte

Un elemento centrale emerso è che le frasi legate al desiderio di morire vanno comprese all'interno del contesto esistenziale e relazionale della persona. Espressioni come “Non ce la faccio più”, “Vorrei sparire”, o “Basta, non voglio più sentire nulla” non devono essere interpretate alla lettera, ma lette come richieste di tregua, di sollievo, di sospensione da un dolore percepito come intollerabile.

Nei dati, il suicidio non appare quasi mai come desiderio reale di morte, ma piuttosto come estrema possibilità di fuga da una condizione di sofferenza continua. È l'idea di “non dover più sentire”, più che quella di “non vivere più”, a emergere con forza. In questa prospettiva, il pensiero suicidario può essere compreso come una strategia di sopravvivenza: un modo per immaginare una via d'uscita, anche solo temporanea, dal peso dell'esperienza.



Parlare apertamente di questi pensieri, se fatto con delicatezza, rispetto e ascolto, può avere un effetto profondamente protettivo. I dati indicano che domande dirette come “Hai pensieri di farla finita?” non aumentano il rischio, ma al contrario, creano un senso di connessione. Nominare il dolore, anziché evitarlo, consente di interrompere l'isolamento e costruire uno spazio relazionale più autentico.

Affrontare il tema con onestà e presenza trasmette alla persona un messaggio chiaro: “possiamo parlare anche di questo, non mi spaventa”. È proprio questa apertura, questa possibilità di condividere ciò che solitamente resta indicibile, che può trasformare il pensiero suicidario da minaccia silenziosa a voce ascoltata, contenuta e accompagnata.

FASE 2: DEPRESSIONE GRAVE E PENSIERI SUICIDARI: “Non dire che andrà tutto bene. Resta, e basta.”

MACRO-TEMA TRASVERSALE: Identità, vergogna e senso di sé

Un filo comune attraversa tutti i racconti: il modo in cui la depressione grave intacca l'identità personale. In molte testimonianze emerge un senso di dissoluzione del sé. Le persone raccontano di sentirsi svuotate, spezzate, irriconoscibili. Non solo tristi, ma inesistenti, private di valore e di significato. Questo vissuto colpisce profondamente la percezione di sé, spesso alimentando vergogna, auto-disprezzo e desiderio di sparire.

In questo scenario, il linguaggio – e più in generale la comunicazione con l'altro – assume un ruolo cruciale. Le parole ricevute possono avere un impatto diretto sul senso di identità: alcune feriscono, confermando la convinzione di essere sbagliati o di “dare fastidio”; altre invece riescono a conservare, o addirittura a ricostruire, una parte intatta dell'identità ferita.

I dati mostrano che frasi che affermano la continuità del legame, che ribadiscono la dignità anche nella crisi, possono agire da elementi protettivi. Non servono grandi discorsi, ma la scelta di parole che riconoscano l'altro nella sua umanità, anche quando non riesce a riconoscersi. In questo senso, la comunicazione diventa uno strumento di sostegno identitario: non solo si sta vicino alla sofferenza, ma si aiuta la persona a ricordare chi è, oltre il dolore.

Al contrario, parole giudicanti, impazienti o svalutanti rinforzano la frattura del sé. In un momento in cui tutto vacilla, anche un'espressione apparentemente neutra può avere un effetto destabilizzante. Questo macro-tema evidenzia come la qualità dello scambio comunicativo possa fare la differenza tra un'identità che si sgretola e una che, pur nella crisi, riesce a mantenere un nucleo vitale, riconosciuto e rispettato.

La vergogna, quando non trova risposta né contenimento, diventa distruttiva. Ma quando viene accolta in uno spazio relazionale che riconosce e protegge, può trasformarsi in terreno di contatto e ricostruzione. In questo senso, ogni parola diventa una scelta etica e relazionale, con un potenziale trasformativo che va oltre il momento in cui viene pronunciata.

Stigma, Paura e Ideazione Suicidaria

Lo stigma silenzioso e interiorizzato gioca un ruolo chiave nella complessità della comunicazione con persone in crisi suicidaria. Molti tendono a minimizzare o nascondere il proprio dolore per paura del giudizio e dell'esclusione sociale. Questo silenzio autoimposto genera una sofferenza aggiuntiva e crea una barriera spesso insormontabile all'espressione aperta del disagio e alla ricerca di aiuto. È quindi fondamentale che professionisti della salute mentale e familiari siano consapevoli che dietro frasi vaghe o ambigue può celarsi una sofferenza molto più profonda e critica.

In questo contesto, comprendere i pensieri suicidari come tentativi di fuga da un dolore percepito come insopportabile è cruciale per una comunicazione efficace e salvavita. Espressioni implicite come "Vorrei sparire" o "Non ce la faccio più" richiedono un ascolto attento e delicato. La capacità di nominare l'ideazione suicidaria con rispetto e senza paura consente di rompere il silenzio stigmatizzante e facilita l'accesso tempestivo a interventi clinici e relazionali adeguati. L'analisi tematica evidenzia come una comunicazione autentica, non giudicante ed empatica rappresenti un potente fattore protettivo nella gestione delle crisi depressive gravi con ideazione suicidaria. Un approccio comunicativo consapevole e umanamente coinvolto non è soltanto auspicabile, ma clinicamente necessario per garantire dignità, speranza e sostegno nelle fasi più delicate del disturbo bipolare.

In questa prospettiva, i macro-temi e sotto-temi emersi dall'analisi della fase depressiva del disturbo bipolare delineano un quadro complesso e profondamente interconnesso. Le modalità comunicative invalidanti — come la minimizzazione del dolore, la colpevolizzazione e la svalutazione della diagnosi o della continuità della sofferenza — non agiscono in modo isolato, ma si rafforzano reciprocamente, contribuendo a creare un clima in cui la persona depressa non si sente ascoltata, compresa né creduta. Questo ambiente comunicativo compromette la fiducia nelle relazioni e produce effetti a cascata sul decorso clinico, aumentando il rischio di cronicizzazione della crisi depressiva e l'emergere di ideazioni suicidarie passive.

Al contrario, i sotto-temi relativi a una comunicazione empatica — quali la presenza silenziosa, l'accettazione emotiva e il riconoscimento del valore personale indipendente dalla crisi — costituiscono una rete di sostegno integrata capace di attenuare il vissuto di solitudine, l'isolamento e la paura di abbandono. Questi elementi non operano separatamente, ma agiscono in sinergia, dando forma a una relazione terapeutica che diventa essa stessa un fattore stabilizzante. Tale rete relazionale consente alla persona di recuperare gradualmente fiducia in sé, negli altri e nella possibilità di superare la crisi.

Stigma, Paura e Ideazione Suicidaria

In questo senso, l'analisi è coerente con i dati del sondaggio, che mostrano come esperienze di gaslighting clinico, scarsa empatia, paternalismo medico e silenzio o tabù nel parlare di suicidio costituiscano elementi ricorrenti nella relazione di cura e contribuiscano a rafforzare lo stigma interiorizzato e la difficoltà a esprimere apertamente la sofferenza e l'ideazione suicidaria. Coerentemente con queste evidenze, il modello formativo adottato dall'Associazione Italiana Bipolari pone particolare attenzione alla riduzione dello stigma e della paura nel parlare di suicidio.

I volontari vengono formati a non evitare l'argomento, ma a parlare in modo diretto, rispettoso e non giudicante della presenza di pensieri suicidari, riconoscendo che chiedere direttamente a una persona se ha pensieri suicidari non aumenta il rischio di suicidio; al contrario, può ridurre il senso di isolamento, favorire la condivisione e facilitare l'accesso all'aiuto. Questo approccio è supportato dalla letteratura internazionale e adottato da organizzazioni con comprovata efficacia nella prevenzione del suicidio, come The Listening Place nel Regno Unito, che basa il proprio intervento sull'ascolto aperto, esplicito e privo di tabù delle ideazioni suicidarie.

Esaminando queste intersezioni con particolare attenzione al ruolo dei professionisti della salute mentale e dei familiari emergono ulteriori considerazioni. I professionisti hanno la responsabilità di costruire una comunicazione non solo tecnicamente accurata, ma anche emotivamente consapevole e relazionalmente sensibile. Un approccio empatico e rispettoso favorisce la fiducia e la collaborazione terapeutica, mentre una comunicazione inadeguata rischia di compromettere l'alleanza di cura e di indurre vissuti di sfiducia e abbandono terapeutico. I familiari, a loro volta, si trovano spesso in una posizione complessa e vulnerabile e possono ricorrere involontariamente a frasi invalidanti per paura, frustrazione o mancanza di strumenti. Comprendere l'importanza della validazione emotiva e della presenza silenziosa consente loro di superare il timore di "non sapere cosa dire" e di offrire un sostegno autentico, contribuendo a creare un ambiente domestico più sicuro e protettivo. Acquisire competenze comunicative specifiche non significa diventare terapeuti, ma imparare a essere presenti nella crisi.

Nel loro insieme, questi elementi indicano che le intersezioni tra i temi emersi delineano con chiarezza che la qualità della comunicazione non è un aspetto marginale, ma un fattore cruciale che attraversa e condiziona il successo o l'insuccesso di ogni intervento terapeutico e relazionale. Riconoscere e valorizzare questa dimensione rappresenta un passaggio essenziale per una gestione della depressione bipolare realmente efficace e umanamente rispettosa.

Fase 3: Mania/Ipomania - "Non sto bene perché sorrido"

La fase maniacale o ipomaniacale nel disturbo bipolare è spesso caratterizzata da irritabilità, accelerazione del pensiero e del comportamento, impulsività e una percezione esterna di energia positiva fuorviante. Tuttavia, dietro il sorriso e l'apparente energia, si cela frequentemente un profondo disagio interno, una stanchezza estrema e una vulnerabilità che raramente viene compresa da chi osserva dall'esterno.

La fase maniacale o ipomaniacale del disturbo bipolare è probabilmente la più fraintesa dall'esterno. A differenza della depressione, che rende la sofferenza visibile attraverso il ritiro, il pianto o l'immobilità, la mania si presenta spesso con un'apparente vitalità: aumento dell'energia, loquacità, rapidità del pensiero, sorriso frequente, iniziativa costante. Proprio per questo motivo, il disagio interno viene spesso ignorato, banalizzato o addirittura interpretato come un miglioramento.

Le testimonianze raccolte mostrano invece un quadro molto diverso. Dietro l'attivazione comportamentale si nascondono spesso una forte tensione interna, insonnia, sovraccarico cognitivo, irritabilità intensa e una perdita progressiva di controllo. La persona non si sente "bene": si sente accelerata, spinta, disorganizzata, spesso spaventata da sé stessa. Il sorriso, quando presente, non è espressione di benessere, ma una maschera sociale che contribuisce a rendere invisibile la sofferenza.

In questa fase, la comunicazione gioca un ruolo particolarmente delicato. Le parole ricevute possono amplificare la disorganizzazione, aumentare la rabbia e la vergogna, oppure contribuire a contenere l'attivazione e preservare il legame. L'analisi tematica evidenzia come proprio il fraintendimento relazionale sia uno dei fattori più destabilizzanti durante la mania e l'ipomania.



Fase 3: Mania/Ipomania - "Non sto bene perché sorrido"

I TEMI IDENTIFICATI

Macro-Tema	Nome Tema	Sotto-Tema	Descrizione	Esempi
1	Comunicazioni che peggiorano la crisi	<i>Svalutazione e derisione del vissuto maniacale</i>	Fraasi che ridicolizzano l'episodio maniacale, rompono il rapporto di fiducia e spingono alla chiusura.	"Dai, smettila di esagerare", "Stai solo avendo una delle tue crisi", "Hai preso troppo sole", "Siamo tutti un po' bipolari"
1	Comunicazioni che peggiorano la crisi	<i>Etichettamento patologizzante</i>	Fraasi violente che trasformano la persona in un oggetto clinico da contenere, peggiorando la crisi.	"Sembri una pazza", "Serve lo psichiatra subito", "Prenditi le tue gocce, va"
1	Comunicazioni che peggiorano la crisi	<i>Umorismo offensivo o paternalismo</i>	Commenti ironici o minimizzanti che invalidano il vissuto e amplificano la sofferenza interna.	"Hai preso tutte le pastiglie?", "Dai, va' a fare una passeggiata", "Che bella energia, ti invidio!"
1	Comunicazioni che peggiorano la crisi	<i>Commenti sull'apparenza</i>	Fraasi superficiali sull'aspetto fisico che negano il malessere interno.	"Ti vedo benissimo", "Ma se pesi 36kg, come fai a star male?"

Fase 3: Mania/Ipomania - "Non sto bene perché sorrido"

I TEMI IDENTIFICATI

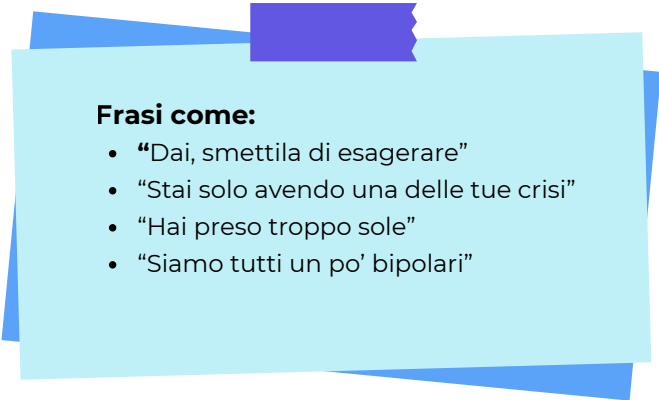
Macro-Tema	Nome Tema	Sotto-Tema	Descrizione	Esempi
2	Comunicazione empatica e contenimento	<i>Validazione non giudicante dell'irritabilità</i>	Riconoscere che l'irritabilità è un sintomo e non un problema caratteriale, con tono calmo e non reattivo.	"Sembra che tu abbia molta tensione dentro, ti va di parlarne?"
2	Comunicazione empatica e contenimento	<i>Riconoscere la fatica dietro l'energia</i>	Evitare lodi superficiali e riconoscere la disorganizzazione e la fatica dietro l'apparente iperattività.	"Sembra che tu abbia mille pensieri in testa", "Riesci a dormire un po'?"
2	Comunicazione empatica e contenimento	<i>Contenimento gentile</i>	Offrire presenza calma e stabile senza imporsi, per regolare emotivamente e non perdere la connessione.	"Ti va di prendere qualcosa insieme?", "Ora sei agitato, ma io sono qui con te"
3	Identità e vergogna post-episodio	<i>Fraasi che aumentano la vergogna post-mania</i>	Commenti duri che riducono l'intera identità al comportamento episodico, ostacolando il recupero e il perdono.	"Hai fatto solo casini", "Hai rovinato tutto", "Guarda cosa hai combinato"

Fase 3: Mania/Ipomania - "Non sto bene perché sorrido"

MACRO-TEMA 7: Comunicazioni che peggiorano la crisi

Durante la fase maniacale o ipomaniacale, alcune modalità comunicative risultano particolarmente dannose perché colpiscono un punto vulnerabile specifico: la discrepanza tra ciò che la persona prova e ciò che gli altri vedono. Quando il disagio interno viene ridicolizzato, patologizzato o negato sulla base dell'apparenza esterna, la persona sperimenta una profonda frattura relazionale che può tradursi in rabbia, chiusura o escalation della crisi.

Sotto-tema 7.1: Derisione e svalutazione del vissuto



Fraasi come:

- "Dai, smettila di esagerare"
- "Stai solo avendo una delle tue crisi"
- "Hai preso troppo sole"
- "Siamo tutti un po' bipolari"

Vengono vissute come profondamente invalidanti. Non solo minimizzano la sofferenza, ma la ridicolizzano, trasformando un'esperienza destabilizzante in un tratto caratteriale o in una stranezza passeggera. Questo tipo di comunicazione rompe il senso di sicurezza relazionale e genera una risposta emotiva intensa, spesso sotto forma di irritabilità o rabbia, che viene poi ulteriormente stigmatizzata.

Molti partecipanti descrivono una sensazione di solitudine amplificata: il messaggio implicito è che il loro vissuto non merita attenzione o rispetto. In una fase in cui il controllo interno è già fragile, la derisione contribuisce ad aumentare la disorganizzazione e riduce drasticamente la possibilità di chiedere aiuto in modo esplicito.

Fase 3: Mania/Ipomania - "Non sto bene perché sorrido"

Sotto-tema 7.2: Etichettamento patologizzante

Un secondo gruppo di comunicazioni dannose riguarda l'uso di etichette cliniche o pseudo-cliniche in modo aggressivo o svalutante. Frasi come:

Frasi come:

- "Sei pazzo/a"
- "Serve il TSO"
- "Prenditi le tue gocce"

trasformano la persona in un problema da contenere, anziché in un individuo che sta vivendo una fase di sofferenza. Anche quando pronunciate con tono ironico o esasperato, queste espressioni hanno un forte impatto disumanizzante. La persona non si sente più interlocutrice, ma oggetto di controllo o di minaccia. **Le testimonianze mostrano che questo tipo di linguaggio aumenta la confusione, alimenta la paura e può intensificare la perdita di fiducia nelle relazioni, comprese quelle di cura.** In alcuni casi, l'etichettamento patologizzante contribuisce a rafforzare la resistenza ai trattamenti o il rifiuto del contatto con i servizi, perché associato a esperienze di umiliazione o coercizione.

Sotto-tema 7.3: Umore offensivo o paternalismo

Commenti apparentemente leggeri come:

"Hai preso tutte le pastiglie?"

"Che bella energia, ti invidio!"

vengono spesso utilizzati con l'intento di sdrammatizzare. Tuttavia, **nella fase maniacale o ipomaniacale, l'umorismo può diventare uno strumento di invalidazione. L'energia osservata dall'esterno viene celebrata o ironizzata, mentre la fatica, l'ansia e l'insonnia che la accompagnano restano invisibili. Questo tipo di comunicazione rafforza l'idea che la persona "dovrebbe stare bene", aumentando il divario tra vissuto interno e riconoscimento esterno.** Ne deriva un senso di incomprensione profonda, che può spingere la persona a isolarsi o a esasperare il proprio comportamento nel tentativo, spesso inconscio, di farsi finalmente vedere.

Fase 3: Mania/Ipomania - "Non sto bene perché sorrido"

Sotto-tema 7.4: Commenti superficiali sull'aspetto

Un'ulteriore forma di invalidazione riguarda i commenti basati sull'apparenza fisica:

Fraasi come:

- "Ti vedo benissimo"
- "Sei tutta truccata"
- "Ma come fai a stare male?"

Queste frasi negano implicitamente la possibilità che una persona possa soffrire pur apparendo funzionale, curata o attiva. **L'effetto è particolarmente dannoso perché rinforza uno stereotipo molto diffuso: l'idea che il disagio mentale debba essere visibile per essere credibile.**

Le persone riportano di essersi sentite costrette a "performare" il malessere, o al contrario a nascondere del tutto. In entrambi i casi, la comunicazione basata sull'aspetto contribuisce a una perdita di autenticità e a un aumento della distanza relazionale.

MACRO-TEMA 8: Comunicazione empatica e contenimento efficace

In contrasto con le modalità descritte, emerge un insieme di pratiche comunicative capaci di ridurre l'escalation, preservare la relazione e offrire un contenimento emotivo reale. Nella fase maniacale o ipomaniacale, l'obiettivo non è correggere il comportamento né spegnere l'energia, ma creare un contesto relazionale sufficientemente stabile da permettere una regolazione progressiva.



Fase 3: Mania/Ipomania - "Non sto bene perché sorrido"

Sotto-tema 8.1: Validazione non giudicante dell'irritabilità

Uno degli elementi più ricorrenti nelle testimonianze è il bisogno di vedere riconosciuta l'irritabilità come sintomo, non come difetto personale. Frasi come:

Frasi come:

- "Sembra che tu abbia molta tensione dentro"
- "Ti sento molto agitato, deve essere faticoso"

permettono di nominare ciò che accade senza colpevolizzare. **La validazione non implica approvazione del comportamento, ma riconoscimento dello stato interno.** Questo tipo di comunicazione riduce la reattività e apre uno spazio di ascolto reciproco, fondamentale per evitare escalation conflittuali.

Sotto-tema 8.2: Riconoscere la fatica dietro l'energia

Un altro aspetto centrale è il riconoscimento della stanchezza nascosta dietro l'attivazione. Frasi come:

Frasi come:

- "Sembri avere mille pensieri insieme"
- "Riesci a dormire un po'?"

spostano l'attenzione dalla performance esterna al vissuto interno. **Questo aiuta la persona a sentirsi vista nella sua complessità e non solo nella sua manifestazione più evidente.** Riconoscere la fatica legittima il bisogno di rallentare, senza imporlo.

Fase 3: Mania/Ipomania - "Non sto bene perché sorrido"

Sotto-tema 8.3: Contenimento gentile e relazionale

Il contenimento efficace in questa fase passa attraverso una presenza calma, coerente e non intrusiva. Espressioni come:

"Ora sei molto agitato, ma io sono qui"

"Ti va di fare una cosa semplice insieme?"

trasmettono stabilità senza controllo. **Non impongono limiti in modo rigido, ma offrono un punto di riferimento relazionale.** Questo tipo di comunicazione favorisce una regolazione condivisa e mantiene aperto il legame, anche quando il comportamento è disorganizzato.

MACRO-TEMA 9: Identità e vergogna post-episodio

Una dimensione particolarmente delicata, spesso trascurata, riguarda ciò che accade dopo la fase maniacale o ipomaniacale. **Molti partecipanti descrivono un ritorno alla lucidità accompagnato da un'intensa vergogna retrospettiva. Le azioni compiute durante l'episodio vengono rilette con durezza, l'immagine di sé risulta compromessa e l'identità personale appare improvvisamente fragile, incoerente, difficile da ricomporre.**

In questa fase, il rischio maggiore non è solo il disagio emotivo immediato, ma la ricaduta depressiva. La vergogna, il senso di colpa e la ruminazione su ciò che si è detto o fatto durante l'episodio possono trasformarsi rapidamente in auto-disprezzo, ritiro relazionale e perdita di speranza. **Molte testimonianze mostrano come il passaggio dalla mania alla depressione non sia solo biologico, ma anche profondamente relazionale: il modo in cui l'ambiente reagisce al "dopo" può facilitare un recupero graduale oppure accelerare una caduta depressiva.**

Fase 3: Mania/Ipomania - "Non sto bene perché sorrido"

Fraasi come:

- "Hai fatto solo casini"
- "Hai rovinato tutto"
- "Guarda cosa hai combinato"

Agiscono come fattori di rischio. Amplificano la vergogna, cristallizzano l'identità attorno all'episodio e impediscono un processo di integrazione dell'esperienza. Ridurre l'intera persona ai comportamenti messi in atto durante la crisi rafforza l'auto-disprezzo e rende più difficile distinguere tra responsabilità e colpa, aumentando il senso di fallimento globale.

Al contrario, *una comunicazione che distingue la persona dall'episodio – riconoscendo l'impatto delle azioni senza trasformarle in una condanna identitaria – favorisce la ricostruzione del senso di dignità e rappresenta un fattore protettivo rispetto alla successiva fase depressiva.* **Le testimonianze mostrano quanto sia cruciale, in questo momento, poter contare su parole che aiutino a “rimettere insieme i pezzi”: non parole assolutorie, ma parole capaci di tenere insieme complessità, responsabilità e umanità.**

La possibilità di perdonarsi, infatti, raramente nasce in solitudine. Passa spesso attraverso lo sguardo dell'altro: uno sguardo che non nega ciò che è accaduto, ma che non riduce la persona a ciò che è accaduto. In questo senso, la comunicazione post-episodio non è solo riparativa sul piano relazionale, ma svolge una funzione preventiva fondamentale, riducendo il rischio che la vergogna si trasformi in silenzio, isolamento e depressione.



Fase 3: Mania/Ipomania - "Non sto bene perché sorrido"

Indicazioni operative utili, emerse in modo ricorrente nei dati analizzati, comprendono:

Da fare

- Riconoscere l'irritabilità come segnale di sofferenza
- Usare un tono calmo, stabile e non reattivo
- Dare spazio al vissuto interno, non solo al comportamento
- Offrire presenza senza controllo o minaccia

Da evitare

- Ironia, sarcasmo o battute sullo stato mentale
- Commenti basati sull'apparenza esterna
- Etichette cliniche usate in modo svalutante
- Rimproveri o rievocazioni punitive post-episodio

Il vissuto relazionale nella fase maniacale o ipomaniacale non richiede correzioni immediate né interventi reattivi. Richiede, piuttosto, una presenza capace di riconoscere la sofferenza che si manifesta attraverso l'irritabilità, l'attivazione e la disorganizzazione, senza ridurla a un problema comportamentale. In questa fase, ciò che fa la differenza non è "far calmare", ma offrire un contesto emotivo stabile in cui l'intensità possa essere contenuta senza essere giudicata o derisa. Un tono calmo, l'attenzione al vissuto interno e una disponibilità non controllante permettono di preservare il legame proprio quando è più fragile. Questa qualità relazionale, spesso messa alla prova dalla fatica e dall'incomprensione, rappresenta un fattore protettivo essenziale: riduce il rischio di escalation, limita le fratture relazionali e crea le condizioni perché la crisi possa attraversarsi senza trasformarsi in colpa, vergogna o isolamento.

Intersezionalità dei temi nella fase maniacale e ipomaniacale

Nella fase maniacale e ipomaniacale, i temi emersi dall'analisi non si organizzano attorno alla negazione del dolore in quanto tale, come avviene nella depressione, ma attorno a una frattura più sottile e pericolosa: la distanza tra ciò che la persona vive internamente e ciò che viene letto dall'esterno. È proprio questa discrepanza a rendere la comunicazione un fattore clinico centrale, capace di orientare la crisi verso una regolazione progressiva oppure verso un'escalation emotiva e relazionale.

Derisione, etichettamento patologizzante e commenti superficiali non rappresentano semplici forme di stigma, ma modalità che agiscono direttamente sulla struttura dell'esperienza maniacale. L'ironia e il sarcasmo, spesso utilizzati per "alleggerire" l'attivazione, producono un effetto paradossale: aumentano l'intensità emotiva e la reattività, rafforzando l'idea che il disagio non sia serio o legittimo. L'etichettamento patologizzante, soprattutto quando anticipatorio o minaccioso, interrompe il senso di continuità del sé e trasforma la relazione in uno spazio di controllo, favorendo risposte difensive o oppositive. I commenti basati sull'apparenza o sull'energia osservabile negano la sofferenza interna e costringono la persona a scegliere tra due strategie ugualmente disfunzionali: esasperare il comportamento per essere creduta o ritirarsi per non essere derisa.

Queste modalità comunicative non operano in modo isolato, ma si rinforzano reciprocamente. La persona si sente esposta nei comportamenti ma invisibile nel vissuto, osservata ma non riconosciuta. In questa condizione, la comunicazione diventa un ulteriore stimolo destabilizzante, che si somma all'attivazione neurobiologica già presente, aumentando il rischio di perdita di controllo, rotture relazionali e decisioni impulsive.

All'opposto, le strategie di comunicazione empatica e di contenimento gentile non agiscono come semplici "buone pratiche", ma come veri e propri dispositivi regolativi. La validazione non giudicante dell'irritabilità, il riconoscimento esplicito della fatica nascosta dietro l'attivazione e una presenza relazionale stabile consentono di ridurre l'intensità della crisi senza entrare in una logica correttiva o punitiva. In questa fase, il valore della comunicazione non sta nel chiarire o normalizzare, ma nel mantenere un ancoraggio relazionale che limiti la disorganizzazione e preservi il legame.

Intersezionalità dei temi nella fase maniacale e ipomaniacale

Un elemento cruciale di intersezione riguarda il tempo: le parole pronunciate durante la fase maniacale o ipomaniacale non esauriscono il loro effetto nel momento in cui vengono dette, ma continuano a operare nella fase successiva. La vergogna post-episodio rappresenta uno snodo fondamentale. Quando la persona recupera consapevolezza, le frasi derisorie, giudicanti o riduttive vengono interiorizzate e rilette come conferma di un'identità "sbagliata" o "ingestibile". È in questo passaggio che il rischio di ricaduta depressiva aumenta significativamente: la vergogna si trasforma in ritiro, auto-disprezzo e perdita di speranza.

Al contrario, una comunicazione capace di distinguere la persona dall'episodio svolge una funzione preventiva essenziale. Non si tratta di negare l'impatto dei comportamenti, ma di evitare che l'intera identità venga inglobata dalla crisi. Questo processo di separazione tra sé e sintomo rappresenta una delle principali condizioni per la riparazione identitaria e per la transizione verso una fase di maggiore stabilità.

In questa cornice, il ruolo dei professionisti della salute mentale e delle reti familiari assume caratteristiche specifiche. Per i professionisti, la comunicazione non è solo strumento di alleanza, ma parte integrante della gestione del rischio: un linguaggio frettoloso, ironico o anticipatamente patologizzante può aumentare l'instabilità tanto quanto una scelta farmacologica inadeguata. Per i familiari, la sfida non è semplicemente "dire la cosa giusta", ma tollerare una fase che mette alla prova la relazione stessa, senza rispondere con controllo, derisione o ritiro emotivo.

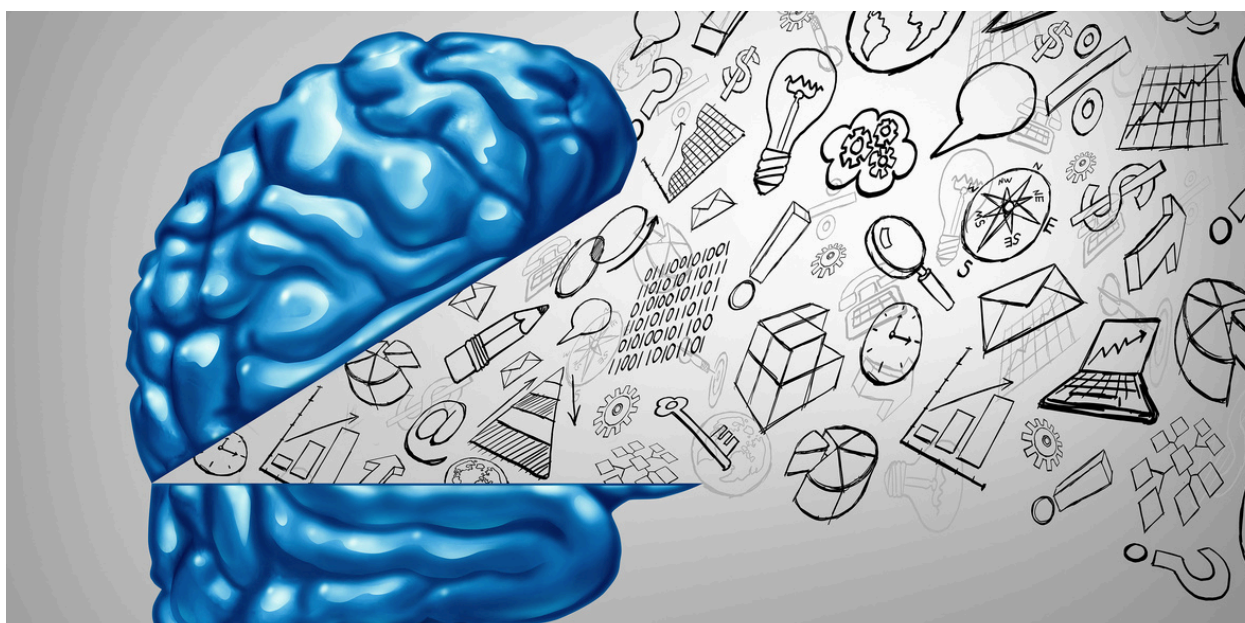
Nel loro insieme, i temi analizzati delineano una configurazione chiara: nella mania e nell'ipomania, la comunicazione non è neutra né accessoria, ma un fattore che interagisce direttamente con l'attivazione emotiva, l'identità e il decorso successivo. Un approccio consapevole, regolante e rispettoso della complessità interna non solo riduce il danno immediato, ma contribuisce a prevenire la vergogna, la rottura del legame e la successiva caduta depressiva. È in questa continuità – tra fase acuta e ciò che viene dopo – che la comunicazione rivela tutta la sua rilevanza clinica e umana.

Fase 4: Episodio Misto: “Dentro la tempesta: euforia e disperazione insieme”

Lo stato misto nel disturbo bipolare rappresenta una delle configurazioni cliniche più complesse e ad alto rischio, sia sul piano diagnostico sia sul piano relazionale. A differenza delle fasi “pure”, esso non è definito solo dalla presenza contemporanea di sintomi depressivi e maniacali, ma dalla loro interferenza reciproca: l'energia non allevia la disperazione, l'attivazione non interrompe il senso di vuoto, l'impulsività coesiste con la perdita di speranza.

L'esperienza soggettiva è caratterizzata da una disorganizzazione interna profonda, in cui stati emotivi opposti non si alternano in modo ordinato, ma si sovrappongono. La persona può sentirsi simultaneamente spinta ad agire e priva di motivazione, irritabile e disperata, lucida a tratti e subito dopo travolta dal caos emotivo. Questa condizione produce un vissuto difficilmente comunicabile e facilmente frainteso dall'esterno, dove l'apparente attivazione viene letta come “energia” o “volontà”, mentre la sofferenza depressiva sottostante resta invisibile.

In questa fase, il rischio clinico non deriva esclusivamente dalla gravità dei sintomi, ma dalla loro combinazione specifica: impulsività elevata, sofferenza depressiva intensa e perdita del contenimento relazionale. È proprio su quest'ultimo elemento che la comunicazione assume un ruolo determinante, potendo funzionare come fattore di aggravamento o, al contrario, come elemento di protezione.



Fase 4: Episodio Misto: “Dentro la tempesta: euforia e disperazione insieme”

I TEMI IDENTIFICATI

Macro-Tema	Nome Tema	Sotto-Tema	Descrizione	Esempi
1	Comunicazioni che destabilizzano	<i>Minimizzazione del conflitto</i>	La persona si sente divisa internamente, e frasi che confermano la contraddizione negano questa esperienza e aumentano l'isolamento.	“Sei contraddittorio/a”, “Stai esagerando”, “Non capisco cosa vuoi”
1	Comunicazioni che destabilizzano	<i>Reazioni impaurite</i>	Le reazioni spaventate o impulsive da parte dell'altro sono vissute come un abbandono o un giudizio, e possono far precipitare la crisi.	“Dobbiamo chiamare lo psichiatra”, “Hai bisogno di aiuto”, “Ora basta, non ce la faccio più”
1	Comunicazioni che destabilizzano	<i>Semplificazioni</i>	Chiedere alla persona di decidersi o calmarsi semplifica una condizione che è per natura complessa e contraddittoria, aggravando la percezione di inadeguatezza.	“Calmati”, “Decidi cosa vuoi”, “Non fare così”
2	Comunicazione regolante e validante	<i>Riconoscere il caos interno</i>	Chi vive uno stato misto cerca parole che rendano dicibile la propria esperienza. Riconoscere l'ambivalenza aiuta a contenere.	“Sembra che dentro di te ci sia un conflitto”, “Puoi provare rabbia e paura insieme, è legittimo”
2	Comunicazione regolante e validante	<i>Comunicazione rallentata, ma ferma</i>	Un tono calmo, parole brevi e nessuna richiesta immediata aiutano la persona a sentirsi contenuta senza essere sovrastata.	“Respiriamo insieme”, “Non devi decidere adesso”, “Io resto qui”
2	Comunicazione regolante e validante	<i>Aiuto senza controllo</i>	Offrire presenza senza controllo o forzature lascia spazio per respirare e aiuta la regolazione emotiva.	“Vuoi stare in silenzio?”, “Ti va se mi siedo con te?”
3	Relazione come salvezza	<i>Paura di non essere sopportabili</i>	Chi è in crisi teme di essere insopportabile. Serve un messaggio relazionale chiaro: 'ti vedo anche adesso, anche così'.	“Sto distruggendo tutto”, “Non mi sopporteranno mai così”, “Io vedo te, non solo la tempesta”

Fase 4: Episodio Misto: “Dentro la tempesta: euforia e disperazione insieme”

MACRO-TEMA 10: Comunicazioni che destabilizzano nello stato misto

Nello stato misto, la comunicazione assume un peso clinico particolarmente critico perché interviene in una condizione in cui la persona è contemporaneamente attivata e disperata, impulsiva e priva di speranza. In questo assetto, le parole non vengono solo interpretate: vengono amplificate. Ogni richiesta di coerenza, ogni reazione impaurita o ogni tentativo di semplificazione entra in risonanza con il conflitto interno già in atto, aumentando la disorganizzazione emotiva e la sensazione di essere ingestibili.

A differenza delle fasi depressive o maniacali “pure”, nello stato misto la persona non dispone né della lentezza della depressione né della spinta unidirezionale della mania. Le comunicazioni che chiedono di scegliere, calmarsi o spiegarsi presuppongono una capacità di integrazione che in questa fase è temporaneamente assente. Il risultato non è solo incomprensione relazionale, ma un aumento concreto del rischio clinico: escalation emotiva, comportamenti impulsivi, rottura del contenimento e intensificazione della disperazione.



Fase 4: Episodio Misto: “Dentro la tempesta: euforia e disperazione insieme”

Sotto-tema 10.1: Minimizzazione del conflitto interiore

Fraasi come:

“Sei contraddittorio/a”

“Stai esagerando”

“Non capisco cosa vuoi”

sono particolarmente dannose nello stato misto perché colpiscono il punto più fragile dell'esperienza: la simultaneità di vissuti opposti.

Chi attraversa uno stato misto non è indeciso né confuso nel senso comune del termine. È una persona che sperimenta, nello stesso momento, una forte attivazione emotiva e una sofferenza depressiva intensa, senza che una delle due riesca a compensare l'altra.

Dal punto di vista soggettivo, questo si traduce in una sensazione di lacerazione interna: il desiderio di agire convive con la perdita di speranza, l'urgenza con l'impotenza, la rabbia con il vuoto. *Quando l'ambiente risponde attribuendo questa esperienza a incoerenza o “esagerazione”, il messaggio implicito è che il problema risieda nella persona, non nella fase clinica che sta attraversando.*

Questo tipo di comunicazione ha conseguenze precise. Sul piano interno, aumenta la sensazione di essere sbagliati e incapaci di spiegarsi. **La persona può iniziare a dubitare della legittimità del proprio vissuto e sentirsi sola nel caos che sta vivendo. Sul piano clinico, questa invalidazione può intensificare la disperazione e rendere più pericolosa la fase, perché la persona perde la possibilità di nominare ciò che accade e di chiedere aiuto in modo comprensibile.**

Per professionisti e persone care, è fondamentale comprendere che *nello stato misto non c'è una versione “giusta” delle emozioni da scegliere. Chiedere coerenza equivale a chiedere qualcosa che, in quel momento, non è disponibile.*

Fase 4: Episodio Misto: “Dentro la tempesta: euforia e disperazione insieme”

Sotto-tema 10.2: Reazioni impaurite o frettolose

Fraasi come:

“Dobbiamo chiamare subito lo psichiatra”

“Ora basta, non ce la faccio più”

“Hai bisogno di aiuto immediato”

nascono spesso da una preoccupazione autentica, ma nello stato misto vengono vissute come segnali di rottura del legame. **Chi si trova in questa fase è spesso consapevole, almeno a tratti, di essere difficile da gestire e teme profondamente di essere un peso o una minaccia per gli altri.**

Quando l'altro reagisce con paura, urgenza o stanchezza esplicita, questo timore viene confermato. *La persona può sentire che la propria presenza è diventata ingestibile, che la relazione non regge più. In uno stato già caratterizzato da forte instabilità emotiva, questa percezione può far precipitare la crisi.*

Dal punto di vista clinico, la perdita del contenimento relazionale è uno dei fattori più critici nello stato misto. L'attivazione emotiva può aumentare rapidamente, portando a comportamenti impulsivi, a decisioni affrettate o a gesti pericolosi per sé. Nei casi più gravi, queste dinamiche possono culminare in interventi coercitivi vissuti come traumatici, con effetti duraturi sulla fiducia e sulla disponibilità futura a farsi aiutare.

Per professionisti e familiari, questo non significa ignorare il rischio, ma mantenere una presenza che non si lasci travolgere dalla paura. La sicurezza passa anche dalla capacità di reggere emotivamente la crisi senza trasmettere l'idea di fuga o di rifiuto.

Fase 4: Episodio Misto: “Dentro la tempesta: euforia e disperazione insieme”

Sotto-tema 10.3: Semplificazioni dannose

Fraasi come:

“Calmati”

“Decidi cosa vuoi”

“Non fare così”

sono particolarmente problematiche nello stato misto perché presuppongono una capacità di regolazione emotiva che, in questa fase, è compromessa. Chiedere di calmarsi implica che la persona possa ridurre volontariamente l'attivazione interna; chiedere di decidere presuppone un orientamento stabile verso il futuro. Entrambe queste richieste risultano irrealistiche nello stato misto.

L'effetto soggettivo è spesso quello di un fallimento totale: la persona non solo sta male, ma non riesce nemmeno a fare ciò che le viene chiesto per “stare meglio”. Questo aumenta frustrazione, rabbia e senso di inutilità, e può spingere verso risposte opposte o verso una chiusura completa.

Sul piano relazionale, le semplificazioni comunicano mancanza di comprensione della complessità della fase. Sul piano clinico, possono peggiorare la disorganizzazione emotiva e rendere più difficile qualsiasi intervento successivo, perché la persona si sente costantemente inadeguata rispetto alle aspettative dell'altro.

Fase 4: Episodio Misto: “Dentro la tempesta: euforia e disperazione insieme”

MACRO-TEMA 11: Comunicazione regolante e validante nello stato misto

Nello stato misto, “comunicazione regolante” non significa parlare bene o essere gentili in modo generico. Significa svolgere una funzione precisa: ridurre l'intensità e la velocità della crisi, senza aggiungere pressione, senza chiedere coerenza e senza trasformare la relazione in un braccio di ferro. In questa fase, infatti, la persona vive due forze opposte contemporaneamente: un'energia che spinge ad agire e un dolore depressivo che spinge a scomparire. È proprio questa combinazione a rendere lo stato misto così rischioso.

Per questo motivo, molte strategie comunicative abituali falliscono. Spiegare, convincere, “far ragionare”, chiedere di scegliere o di calmarsi presuppone una stabilità interna che in quel momento manca. La comunicazione regolante, al contrario, agisce su ciò che è davvero disponibile: tono, ritmo, semplicità, presenza, e soprattutto il messaggio implicito: “non devi risolvere adesso, non sei sola/o, non ti sto giudicando”.

Per i professionisti, questo significa anche evitare che la conversazione diventi una prova di realtà o una negoziazione immediata: nello stato misto la priorità è abbassare il carico emotivo e decisionale. Per le persone care, significa imparare a non rispondere all'urgenza con urgenza: lo stato misto trascina chi sta intorno a reagire in fretta, e proprio questa fretta spesso alimenta la crisi.



Fase 4: Episodio Misto: “Dentro la tempesta: euforia e disperazione insieme”

Sotto-tema 11.1: Riconoscere il caos interno

Frasi come:

- “Sembra che dentro di te ci sia un conflitto”
- “Puoi provare rabbia e paura insieme”

funzionano perché fanno una cosa specifica: tolgono alla persona l'obbligo di essere lineare. **Nello stato misto, la persona spesso tenta disperatamente di spiegarsi, ma qualunque frase può sembrare contraddittoria anche a chi la pronuncia.** Quando l'altro riconosce l'ambivalenza senza giudicarla, la persona smette di difendersi e può iniziare a “stare” nell'esperienza senza doverla rendere subito razionale.

Questo non è solo un sollievo emotivo. È un passaggio clinicamente rilevante perché riduce uno dei motori dell'escalation: la lotta per essere capiti e creduti. Per i clinici, è anche un modo per raccogliere informazioni senza irrigidire la persona; per i familiari, è un modo per non trasformare la conversazione in un interrogatorio.

Sotto-tema 11.2: Comunicazione rallentata e stabile

Frasi come:

- “Non devi decidere adesso”
- “Facciamo un passo alla volta”
- “Io resto qui”

non sono frasi “belle”: sono frasi che cambiano il ritmo. *Nello stato misto, il ritmo interno è spesso accelerato e doloroso: pensieri rapidi, urgenza, irritabilità, insieme a disperazione e svuotamento.* **Una comunicazione rallentata e coerente introduce dall'esterno un ritmo alternativo che può essere “agganciato”.**

Per i professionisti, questo significa evitare di sovraccaricare la persona con spiegazioni lunghe, elenchi, opzioni multiple o richieste di decisioni immediate. *Meglio frasi brevi, domande semplici, e soprattutto la disponibilità a rinviare la scelta quando non è necessaria. Per le persone care, significa ridurre le discussioni, non inseguire ogni contraddizione, non “correggere” sul momento: l'obiettivo è stabilizzare, non vincere la discussione.*

Fase 4: Episodio Misto: “Dentro la tempesta: euforia e disperazione insieme”

Sotto-tema 11.3: Aiuto senza controllo

Offrire aiuto senza imporre soluzioni o condizioni – ad esempio:

Fraasi come:

- “Vuoi stare in silenzio?”
- “Ti va se mi siedo con te?”

funzionano perché combinano due cose: disponibilità e rispetto. **Nello stato misto, il controllo esterno può essere vissuto come un'aggressione, ma l'assenza totale di guida può essere vissuta come abbandono.** L'aiuto “senza controllo” si colloca in mezzo: offre supporto, ma lascia alla persona micro-scelte che restituiscono un senso minimo di sicurezza.

Per i professionisti, questo significa anche proporre interventi in modo non minaccioso (“possiamo valutare insieme”, “ti spiego cosa sto facendo”) e mantenere coerenza nei messaggi del team. Per i familiari, significa evitare ultimatum e pressioni (“se non fai X allora...”), perché nello stato misto la pressione spesso si traduce in fuga o in scontro.



Fase 4: Episodio Misto: “Dentro la tempesta: euforia e disperazione insieme”

MACRO-TEMA 12: Relazione come fattore di sicurezza clinica

Nello stato misto, la relazione non è solo “supporto”: è spesso la linea che separa il contenimento dalla perdita di controllo. Questo avviene perché la persona vive simultaneamente sofferenza depressiva (che porta isolamento e pensieri di morte) e attivazione/impulsività (che porta urgenza e rischio di azioni rapide). In altre parole, nello stato misto il dolore non resta fermo: può trasformarsi in azione.

In questo contesto, la paura di essere insopportabili non è un semplice timore emotivo, ma un’esperienza concreta: la persona vede la propria irritabilità, la propria confusione, il proprio disordine, e teme che chi è vicino smetta di esserci. Quando l’altro si spaventa, si arrabbia, si ritira o minaccia, questo conferma l’idea di essere “troppo” e può aumentare drasticamente il rischio: la persona può sentirsi spinta a fare qualcosa “per chiudere la tempesta”, per punirsi, o per smettere di pesare sugli altri.



Fase 4: Episodio Misto: “Dentro la tempesta: euforia e disperazione insieme”

Sotto-tema 12.1: Paura di essere un peso e paura dell’abbandono

Fraasi come:

- “Sto distruggendo tutto”
- “Non mi sopporteranno mai così”

mostrano che nello stato misto la sofferenza è anche un giudizio su di sé. La persona non teme solo la crisi: teme la propria identità dentro la crisi. Questo alimenta vergogna e disperazione e può favorire il ritiro oppure comportamenti estremi per “mettere fine” all’esperienza.

Per professionisti e familiari è fondamentale cogliere che, in questa fase, la persona spesso interpreta ogni segnale relazionale (tono, silenzio, distanza, sospiri, nervosismo) come prova di rifiuto. Non perché “esagera”, ma perché lo stato misto altera la capacità di sentirsi al sicuro.

Messaggi che separano la persona dalla tempesta (riparazione e prevenzione)

Fraasi come:

- “Io vedo te, non solo la tempesta”
- “Questa fase passerà, e io ci sono”
- “Non sei un problema, stai vivendo un momento molto difficile”

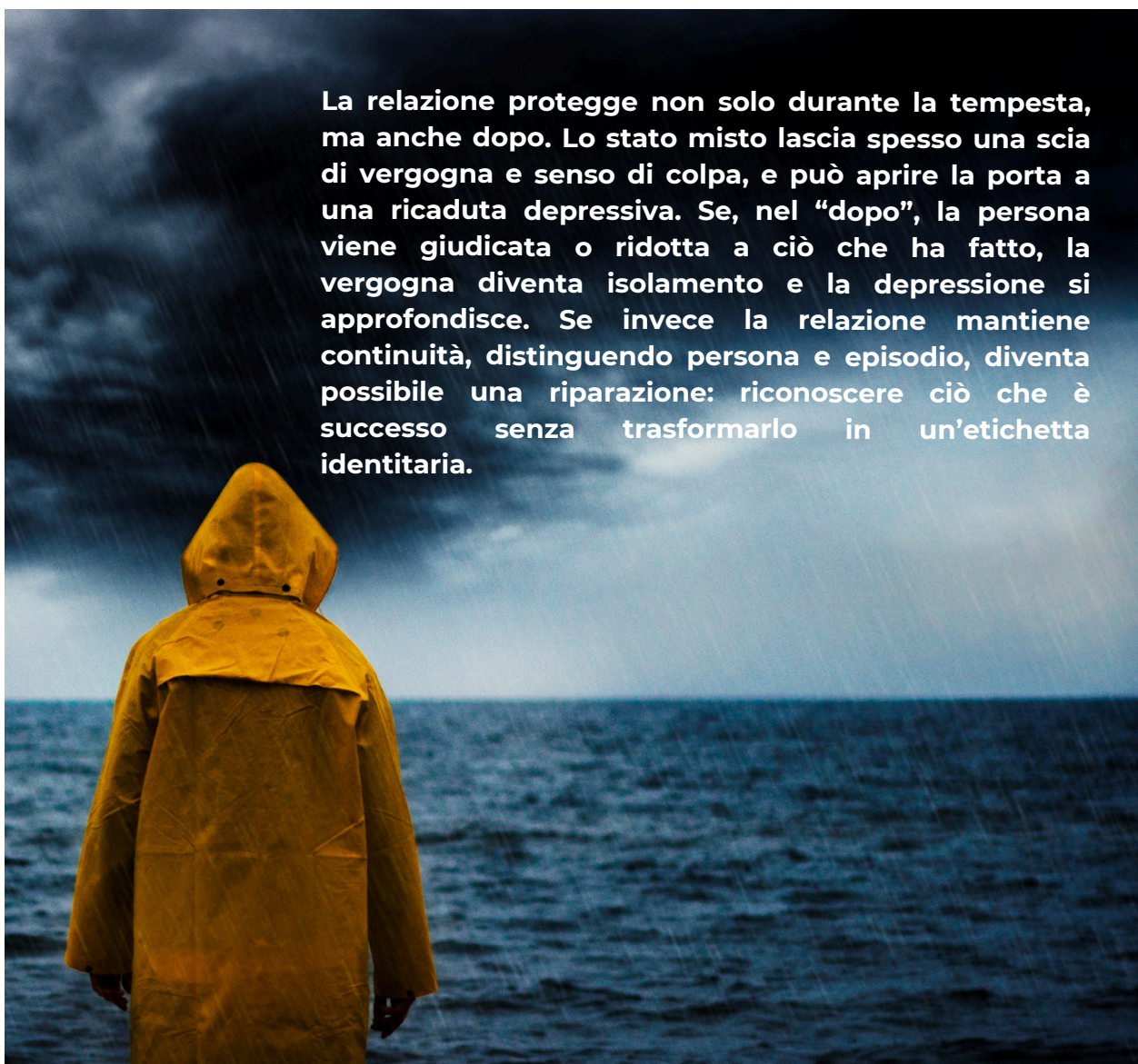
non servono a “tirare su il morale”. Servono a separare identità e sintomi, evitando che la crisi diventi una condanna personale. Questa distinzione è un fattore protettivo perché riduce vergogna e auto-disprezzo e aiuta a mantenere il legame, che nello stato misto è parte integrante della sicurezza.

Per i professionisti, questo significa mantenere un atteggiamento non punitivo anche quando il comportamento è difficile, e comunicare in modo coerente tra équipe. Per le persone care, significa un compito molto concreto: restare presenti senza discutere, senza umiliare, senza rinfacciare. Anche un semplice “sono qui” detto con calma può essere più efficace di qualsiasi spiegazione.

Fase 4: Episodio Misto: “Dentro la tempesta: euforia e disperazione insieme”

Il “dopo” come parte della sicurezza (vergogna e rischio depressivo)

La relazione protegge non solo durante la tempesta, ma anche dopo. Lo stato misto lascia spesso una scia di vergogna e senso di colpa, e può aprire la porta a una ricaduta depressiva. Se, nel “dopo”, la persona viene giudicata o ridotta a ciò che ha fatto, la vergogna diventa isolamento e la depressione si approfondisce. Se invece la relazione mantiene continuità, distinguendo persona e episodio, diventa possibile una riparazione: riconoscere ciò che è successo senza trasformarlo in un’etichetta identitaria.



Fase 4: Episodio Misto: “Dentro la tempesta: euforia e disperazione insieme”

Indicazioni operative utili, emerse in modo ricorrente nei dati analizzati, comprendono:

Da fare

- Riconoscere il conflitto interno come segnale di sofferenza, non come incoerenza
- Usare un tono calmo, fermo e rallentato, riducendo urgenza e richieste
- Dare spazio all'ambivalenza emotiva senza chiedere chiarezza o decisioni
- Offrire una presenza stabile e disponibile, senza controllo o pressioni

Da evitare

- Frasi che chiedono di scegliere, calmarsi o “mettersi d'accordo”
- Reazioni impaurite, allarmistiche o frettolose
- Semplificazioni del vissuto (“stai esagerando”, “decidi cosa vuoi”)
- Ultimatum o minacce relazionali esplicite o implicite

Il vissuto relazionale nello stato misto non richiede spiegazioni lineari né soluzioni immediate. Richiede la capacità di tollerare una complessità che non può essere risolta sul momento. In questa fase, l'obiettivo non è riportare ordine, ma offrire contenimento; non è chiarire, ma rallentare. Una comunicazione stabile, che non chieda coerenza né decisione, permette di ridurre l'escalation emotiva e di preservare il legame proprio quando la persona teme di perderlo. Questa qualità relazionale rappresenta un fattore di sicurezza clinica essenziale, perché limita il rischio che la sofferenza depressiva, unita all'impulsività, si trasformi in azioni irreversibili.

Tra attivazione e disperazione: una lettura trasversale dello stato misto

Lo stato misto è una delle fasi meno conosciute e più fraintese del disturbo bipolare, e proprio per questo una delle più pericolose. A differenza della depressione, in cui il dolore tende a rallentare la persona, e della mania, in cui l'attivazione è spesso priva di consapevolezza del rischio, nello stato misto sofferenza ed energia convivono. Il dolore non è statico: si muove, spinge, agita. La disperazione non blocca, ma corre insieme all'impulsività.

Questa combinazione rende lo stato misto particolarmente insidioso. La persona può sentirsi senza speranza e, allo stesso tempo, avere l'energia per agire. È in questo spazio che il rischio suicidario aumenta in modo significativo: non perché il desiderio di morire sia necessariamente più intenso, ma perché la sofferenza non resta ferma abbastanza a lungo da essere contenuta. In questo contesto, la comunicazione non è un dettaglio relazionale: diventa un elemento che può rallentare o accelerare la crisi.

I macro-temi emersi mostrano come molte risposte abituali risultino inefficaci o addirittura dannose. Le comunicazioni che chiedono coerenza, calma o decisione partono da un presupposto errato: che nello stato misto esista una direzione interna chiara da seguire. In realtà, la persona vive emozioni opposte nello stesso momento, senza riuscire a integrarle. Quando questo viene letto come contraddizione, esagerazione o confusione evitabile, il messaggio implicito è che il problema non sia lo stato, ma la persona. Il dolore, così, si trasforma anche in vergogna.

Le reazioni impaurite o frettolose hanno un effetto simile. Anche quando nascono da preoccupazione sincera, possono essere vissute come segnali di rifiuto: “sei troppo”, “non ti reggo”, “così non posso stare con te”. Nello stato misto, dove la paura di perdere le relazioni è già molto presente, questo tipo di risposta può far precipitare la crisi. La persona non si sente solo in difficoltà, ma anche un peso, e può cercare di “chiudere tutto” rapidamente per smettere di far soffrire chi le sta intorno.

A emergere con forza è quindi il ruolo della comunicazione regolante. Nello stato misto non serve chiarire, spiegare o convincere. Serve contenere. Riconoscere il caos interno senza pretendere ordine, rallentare il ritmo delle interazioni, ridurre le richieste, offrire una presenza stabile e non minacciosa. Questo tipo di comunicazione non risolve il conflitto interno, ma lo rende più sopportabile. Permette alla persona di non sentirsi costretta a scegliere una parte di sé per essere creduta o accolta.

Tra attivazione e disperazione: una lettura trasversale dello stato misto

La relazione, in questa fase, diventa un vero fattore di sicurezza. Molte testimonianze mostrano quanto la paura di essere insopportabili attraversi lo stato misto dall'interno. Frasi come “sto distruggendo tutto” o “non mi sopporteranno mai così” non sono solo espressioni emotive, ma tentativi di dare senso a una crisi che mette in discussione l'identità stessa. Messaggi che distinguono la persona dallo stato — “io vedo te, non solo quello che sta succedendo” — hanno un valore protettivo concreto: riducono l'auto-disprezzo, contengono il rischio di rottura relazionale e aiutano a rallentare l'escalation.

Un aspetto trasversale fondamentale riguarda ciò che accade dopo. Lo stato misto spesso lascia dietro di sé vergogna, senso di colpa e paura di aver danneggiato irreparabilmente le relazioni. Se questa fase viene seguita da giudizi, rimproveri o riduzioni della persona a ciò che ha fatto durante la crisi, il rischio è quello di scivolare in una depressione profonda e silenziosa. Al contrario, una comunicazione che riconosce la difficoltà dell'episodio senza trasformarlo in un'etichetta identitaria permette una riparazione: rende possibile parlare, capire, ricostruire, senza cancellare la dignità della persona.

Nel loro insieme, i temi analizzati mostrano che nello stato misto non esiste una “coerenza da recuperare”, ma una complessità da attraversare con attenzione. La comunicazione, quando è consapevole e regolante, non elimina la crisi, ma può impedirle di diventare travolgente. Per i professionisti della salute mentale e per le persone care, sviluppare questa competenza non è un optional: è una forma concreta di prevenzione, di cura e di tutela della vita.

Fase 5: Psicosi: “Non devi capire tutto. Devi restare.”

La fase psicotica nel disturbo bipolare rappresenta una delle esperienze più destabilizzanti e incomprese, sia per chi la vive sia per chi vi assiste. **È una condizione in cui la percezione della realtà condivisa si altera in modo profondo: pensieri, convinzioni, immagini e voci assumono un carattere di assoluta evidenza soggettiva, anche quando risultano irrazionali o incomprensibili per l'esterno. Deliri, allucinazioni e convinzioni incrollabili non sono semplici “idee strane”, ma esperienze vissute come reali, urgenti e cariche di significato.**

A differenza di altre condizioni psicotiche, come la schizofrenia, la psicosi nel disturbo bipolare è spesso strettamente legata allo stato dell'umore. In fase maniacale può assumere forme grandiose, messianiche o di potere; in fase depressiva può essere dominata da colpa, rovina, punizione o disperazione. Questa congruenza con l'umore rende la psicosi bipolare particolarmente difficile: **le convinzioni deliranti non sono percepite come estranee, ma come coerenti con ciò che la persona “sente di essere” in quel momento.**

Dal punto di vista soggettivo, l'esperienza psicotica non è solo una perdita di contatto con la realtà, ma una trasformazione radicale del senso di sé e del mondo. La persona può sentirsi investita di un ruolo speciale, perseguitata, osservata, responsabile di eventi catastrofici, o colpevole di colpe irreparabili. Il confine tra pensiero, emozione e realtà esterna si assottiglia fino a diventare indistinto. In questo stato, il dubbio viene meno: ciò che si pensa o si percepisce non è vissuto come un'interpretazione, ma come un fatto.

Questa caratteristica rende la comunicazione estremamente fragile. Tentativi diretti di correggere, contraddire o “riportare alla realtà” la persona non solo risultano inefficaci, ma possono essere vissuti come minacciosi o persecutori. La persona non si sente aiutata, ma attaccata, non capita, o addirittura tradita. Il rischio relazionale è elevato: la psicosi può rompere legami, generare paura reciproca e alimentare una distanza che persiste anche dopo la risoluzione dei sintomi.



Fase 5: Psicosi: “Non devi capire tutto. Devi restare.”

Il rischio clinico, in questa fase, non deriva solo dalla presenza di deliri o allucinazioni, ma dalla loro interazione con il contesto relazionale. La perdita di fiducia negli altri, la sensazione di non essere creduti o di essere ostacolati, e l'isolamento che ne consegue possono aumentare l'agitazione, la paura e, in alcuni casi, il rischio di comportamenti pericolosi per sé o per gli altri. In particolare, quando i contenuti psicotici sono permeati da colpa, punizione o disperazione, il rischio suicidario può diventare elevato, soprattutto se la persona si sente sola e incompresa/abbandonata.

In questo quadro, la comunicazione assume un ruolo cruciale. Non può basarsi sulla logica, sulla persuasione o sulla confutazione diretta, ma deve puntare a preservare il legame, ridurre la minaccia percepita e offrire contenimento emotivo. Riconoscere l'esperienza senza confermare il delirio, distinguere la sofferenza dalla verità dei contenuti, mantenere una presenza stabile e non giudicante diventa fondamentale per attraversare la fase psicotica senza produrre ulteriori fratture.

La psicosi, nel disturbo bipolare, non è solo un evento clinico acuto: è un'esperienza che può lasciare tracce profonde sul piano identitario e relazionale. Comprenderla nella sua complessità, senza ridurla a “perdita di contatto con la realtà”, è il primo passo per costruire interventi comunicativi e relazionali che non aumentino il trauma, ma favoriscano la sicurezza, la fiducia e il recupero.

Fase 5: Psicosi: “Non devi capire tutto. Devi restare.”

I TEMI IDENTIFICATI

Macro-Tema	Nome Tema	Sotto-Tema	Descrizione	Esempi
1	Frasi che amplificano la crisi	<i>Negazione della realtà soggettiva</i>	Negare l'esperienza psicotica, anche se incongruente con la realtà condivisa, genera isolamento e frattura della fiducia.	“Non è reale”, “È tutto nella tua testa”, “Ma dai, che dici?”
1	Frasi che amplificano la crisi	<i>Stigma e patologizzazione aggressiva</i>	Usare etichette stigmatizzanti o offensive spezza la dignità e rafforza la vergogna, aumentando il rischio di dissociazione.	“Serve il TSO”, “Stai dando di matto”, “Non sei normale”, “Sei da ricovero”
1	Frasi che amplificano la crisi	<i>Linguaggio clinico usato male</i>	Termini diagnostici detti senza contesto relazionale possono risultare minacciosi, freddi o invalidanti.	“Hai deliri”, “Sei psicotico”, “Stai avendo un episodio”
2	Connessione e ancoraggio umano	<i>Validare senza confermare</i>	Accettare la realtà soggettiva senza alimentare il contenuto psicotico aiuta a mantenere la relazione e contenere l'angoscia.	“Capisco che per te è vero. Io sono qui.”, “Anche se non capisco tutto, sono qui”
2	Connessione e ancoraggio umano	<i>Riconoscere la paura e la vergogna</i>	Dare spazio alla paura e alla vergogna che accompagnano la crisi, anche post-episodio, rafforza il valore personale.	“So che può fare paura”, “Il tuo vissuto ha valore”, “Non sei solo/a in questo”
2	Connessione e ancoraggio umano	<i>Ancorarsi alla relazione</i>	Mantenere la relazione anche quando la realtà condivisa è perduta può aiutare a regolare e rassicurare.	“Io sono qui e ti ascolto”, “Non devi avere paura di me”
3	Ricostruzione della dignità	<i>Riscattare l'identità oltre la crisi</i>	Riconoscere la continuità della persona anche nel delirio aiuta a ricostruire un senso di sé dopo la crisi.	“Quello che hai vissuto non ti definisce”, “Anche quando sei stato in crisi, eri ancora tu”

Fase 5: Psicosi: “Non devi capire tutto. Devi restare.”

MACRO-TEMA 13: Frasi che amplificano la crisi

Nella fase psicotica, la comunicazione ha un impatto particolarmente potente perché interviene su un'esperienza in cui la realtà soggettiva della persona è vissuta come assolutamente vera. In questo contesto, alcune frasi non si limitano a essere inefficaci, ma contribuiscono attivamente ad aumentare la paura, la confusione e la rottura del legame relazionale. Le modalità comunicative che negano, stigmatizzano o medicalizzano in modo freddo la crisi finiscono per amplificarla, rendendo più difficile qualsiasi forma di contenimento e di aiuto.

Sotto-tema 13.1: Negazione della realtà soggettiva

Frasi come:

- “Non è reale”
- “È tutto nella tua testa”
- “Ma dai, che dici?”

negano l'esperienza vissuta dalla persona, anche quando l'intento è quello di rassicurare o correggere. **Nella psicosi, però, ciò che viene detto o percepito non è vissuto come un'interpretazione, ma come un fatto. Mettere in discussione direttamente questa realtà soggettiva produce un effetto di forte isolamento: la persona non si sente aiutata, ma esclusa da ogni possibilità di comprensione.**

Sul piano relazionale, questa negazione può generare chiusura, diffidenza e perdita di fiducia. Sul piano clinico, può aumentare l'angoscia, rafforzare vissuti persecutori e rendere la persona meno disponibile a qualsiasi intervento, proprio perché si sente non creduta o ridicolizzata.

Fase 5: Psicosi: “Non devi capire tutto. Devi restare.”

Sotto-tema 13.2: Stigma e patologizzazione aggressiva

Frasi come:

- “Serve il TSO”
- “Stai dando di matto”
- “Non sei normale”
- “Sei da ricovero”

non comunicano cura o protezione, ma giudizio e minaccia. Anche quando pronunciate in momenti di paura o stanchezza, queste espressioni spezzano la dignità della persona e rafforzano lo stigma, spesso già interiorizzato. La crisi viene trasformata in una colpa o in una colpa identitaria: non “stai male”, ma “sei sbagliato/a”.

Questa modalità comunicativa aumenta la vergogna e può favorire reazioni di ritiro, opposizione o disperazione. Nei casi più gravi, contribuisce a rendere l'esperienza psicotica più traumatica e a compromettere la fiducia futura nei servizi e nelle relazioni di aiuto.

Sotto-tema 13.3: Linguaggio clinico usato male

Frasi come:

- “Hai deliri”
- “Sei psicotico”
- “Stai avendo un episodio”

quando vengono utilizzate senza mediazione relazionale, possono risultare fredde, minacciose o invalidanti. In una fase di grande vulnerabilità, il linguaggio clinico diretto e non contestualizzato rischia di ridurre la persona alla diagnosi, facendola sentire osservata e classificata più che accompagnata.

Questo tipo di comunicazione accentua la distanza emotiva e può aumentare la confusione e il senso di perdita di controllo. La persona non si sente più un soggetto in relazione, ma un oggetto di intervento, con un impatto negativo sia sul decorso clinico sia sulla possibilità di ricostruire un'alleanza.

Fase 5: Psicosi: “Non devi capire tutto. Devi restare.”

MACRO-TEMA 14: Connessione e ancoraggio umano

In una fase psicotica, la comunicazione non può basarsi sugli stessi presupposti delle fasi non psicotiche. La perdita del contatto con la realtà condivisa rende inefficace qualsiasi tentativo di confronto diretto, spiegazione razionale o correzione dei contenuti. In questo contesto, la funzione primaria della comunicazione non è chiarire cosa sia vero o falso, ma ridurre la paura, mantenere il legame e offrire un punto di continuità in un'esperienza profondamente disorganizzante.

I dati mostrano che, quando la realtà esterna non è più accessibile in modo condiviso, la relazione diventa il principale – e talvolta l'unico – ancoraggio possibile. La qualità della presenza dell'altro incide direttamente sull'intensità dell'angoscia, sulla percezione di minaccia e sulla possibilità di attraversare la crisi senza ulteriori rotture relazionali o traumatiche.

Sotto-tema 14.1: Validare senza confermare

Frasi come:

- “Capisco che per te è vero. Io sono qui.”
- “Anche se non capisco tutto, resto con te.”

rappresentano una delle competenze comunicative più delicate e complesse nella gestione della psicosi. **Validare senza confermare significa riconoscere la realtà soggettiva dell'esperienza senza rafforzare il contenuto delirante.** *Questa distinzione è fondamentale: la persona non viene contraddetta né ridicolizzata, ma nemmeno intrappolata in una conferma che renderebbe il delirio più rigido e pervasivo.*

Dal punto di vista clinico, questo tipo di comunicazione riduce la tensione e l'iperattivazione emotiva, perché interrompe la lotta per essere creduti o smentiti. Dal punto di vista relazionale, preserva la fiducia e mantiene aperto un canale di contatto che sarà essenziale anche nelle fasi successive del percorso di cura. Per la persona, sentirsi riconosciuta senza essere “assecondata” permette di restare in relazione senza percepire l'altro come una minaccia o un antagonista.

Fase 5: Psicosi: “Non devi capire tutto. Devi restare.”

Sotto-tema 14.2: Riconoscere la paura e la vergogna

Fraasi come:

- “So che può fare paura.”
- “Il tuo vissuto ha valore.”
- “Non sei solo/a in questo.”

danno voce a due dimensioni emotive centrali nella psicosi: la paura e la vergogna. **La paura è spesso presente già durante la fase acuta**, legata alla sensazione di perdita di controllo, di minaccia o di persecuzione. **La vergogna, invece, può emergere progressivamente, soprattutto quando la persona inizia a recuperare consapevolezza e a confrontarsi con ciò che è accaduto.**

Riconoscere apertamente queste emozioni ha un valore clinico e umano rilevante. Permette di evitare che la paura venga letta solo come “sintomo” e che la vergogna resti silenziosa e non elaborata. I dati mostrano che *la mancata legittimazione di questi vissuti aumenta il rischio di isolamento emotivo, ritiro e chiusura comunicativa, creando le condizioni per successive ricadute depressive o per una rottura duratura del rapporto con le figure di cura.*

Sotto-tema 14.3: Ancorarsi alla relazione

Fraasi come:

- “Io sono qui e ti ascolto.”
- “Non devi avere paura di me.”

spostano intenzionalmente il centro della comunicazione dalla realtà condivisa alla relazione come spazio sicuro. **In una fase in cui il mondo può apparire minaccioso, frammentato o incomprensibile, la presenza coerente dell'altro diventa un riferimento stabile**, capace di contenere l'angoscia anche quando i contenuti psicotici persistono.

Questo tipo di comunicazione non ha l'obiettivo di “risolvere” la psicosi, ma di evitare che la crisi diventi una frattura relazionale irreparabile. La relazione, mantenuta nel tempo e attraversata senza giudizio, costituisce il terreno su cui potrà avvenire, successivamente, un recupero più integrato del senso di realtà e di sé.

Fase 5: Psicosi: “Non devi capire tutto. Devi restare.”

MACRO-TEMA 15: Ricostruzione della dignità

La fase psicotica non si esaurisce con la riduzione dei sintomi acuti. Anche quando deliri e allucinazioni si attenuano, molte persone restano confrontate con una profonda ferita identitaria. Vergogna, confusione, paura di essere definiti dalla crisi e timore del giudizio altrui rappresentano vissuti frequenti e spesso sottovalutati. In questa fase, la comunicazione assume una funzione riparativa cruciale.

La modalità con cui l'episodio viene nominato, ricordato o rievocato dall'ambiente circostante può favorire un processo di integrazione oppure consolidare uno stigma interno difficile da superare.

Sotto-tema 15.1: Riscattare l'identità oltre la crisi

Fra si come:

- “Quello che hai vissuto non ti definisce.”
- “Anche quando eri in crisi, eri ancora tu.”

agiscono direttamente sul piano identitario. Separare la persona dall'episodio permette di ricostruire una continuità del sé, *evitando che l'esperienza psicotica venga vissuta come una prova di perdita definitiva di valore, affidabilità o dignità.*

Dal punto di vista clinico, questo processo di riscatto identitario è fondamentale per il recupero a lungo termine: riduce l'auto-stigma, facilita l'adesione ai percorsi di cura e rende meno minacciosa l'idea di chiedere aiuto in futuro. Dal punto di vista relazionale, permette di riparare il legame e di reintegrare l'esperienza della crisi nella storia personale senza cancellarla né trasformarla in un marchio permanente.

Fase 5: Psicosi: “Non devi capire tutto. Devi restare.”

Indicazioni operative utili, emerse in modo ricorrente nei dati analizzati, comprendono:

Da fare

- Riconoscere l'esperienza soggettiva senza confermare i contenuti deliranti
- Mantenere una presenza calma, coerente e non giudicante
- Ancorarsi alla relazione piuttosto che alla correzione della realtà
- Proteggere dignità e identità anche nella fase post-episodio

Da evitare

- Negare o ridicolizzare ciò che la persona vive come reale
- Usare linguaggio clinico freddo o minaccioso
- Etichette stigmatizzanti o riferimenti punitivi al ricovero
- Pressioni a “tornare alla normalità” o a ricordare in modo forzato

Il vissuto relazionale nella fase psicotica non richiede di convincere né di correggere. Richiede di preservare il legame quando la realtà condivisa è temporaneamente perduta. In questa fase, la comunicazione non può basarsi sulla logica o sulla confutazione, ma sulla riduzione della minaccia e sulla continuità della presenza. Ancorarsi alla relazione permette di contenere paura e disorganizzazione senza aumentare la distanza o il trauma. Anche dopo la risoluzione dei sintomi, parole capaci di distinguere la persona dalla crisi sono fondamentali per ricostruire dignità, fiducia e senso di sé. Questa funzione relazionale rappresenta una componente centrale della cura, non un elemento accessorio.

Quando la realtà si spezza: psicosi, relazione e rischio invisibile

L'analisi trasversale dei macro-temi emersi nella fase psicotica del disturbo bipolare evidenzia con chiarezza un elemento centrale: la psicosi non è solo un'alterazione del pensiero o della percezione, ma anch'essa un'esperienza profondamente relazionale. Il modo in cui l'ambiente risponde – attraverso parole, toni, silenzi e reazioni – incide direttamente sull'andamento della crisi, sul livello di sofferenza e sulle possibilità di recupero successivo.

A differenza di altre fasi del disturbo, nella psicosi il problema non è semplicemente “stare male”, ma non condividere più la stessa realtà degli altri. Questa frattura produce un senso di vulnerabilità estrema: la persona vive esperienze che per lei/lui sono indiscutibilmente reali, ma che vengono spesso negate, corrette o ridicolizzate dall'esterno. Quando ciò accade, la crisi non viene contenuta, ma amplificata. La negazione della realtà soggettiva, lo stigma e l'uso aggressivo o freddo del linguaggio clinico non rappresentano solo errori comunicativi, ma veri e propri fattori di rischio relazionale e clinico.

I macro-temi mostrano come queste modalità comunicative agiscano in modo cumulativo. La negazione del vissuto rompe la fiducia; la patologizzazione aggressiva spezza la dignità; il linguaggio clinico non mediato riduce la persona a una diagnosi. Insieme, queste risposte creano un contesto in cui la persona si sente non solo confusa, ma anche non creduta, non vista e potenzialmente pericolosa. Questo clima favorisce isolamento, paura e chiusura, e può rendere più probabili reazioni di difesa, opposizione o disperazione.

Al contrario, la comunicazione centrata sulla connessione e sull'ancoraggio umano emerge come un potente fattore protettivo. Validare senza confermare, riconoscere paura e vergogna, e ancorarsi alla relazione piuttosto che alla realtà condivisa non significa rinunciare alla cura o alla sicurezza, ma scegliere un altro punto di accesso. Quando la realtà non è più un terreno comune, la relazione può diventarlo. La presenza stabile dell'altro, non giudicante e non minacciosa, riduce la percezione di pericolo e permette alla crisi di attraversarsi senza trasformarsi in un'esperienza traumaticamente isolante.

Un aspetto trasversale di particolare rilevanza riguarda il rischio suicidario nella fase psicotica. Questo rischio non è sempre espresso in modo diretto o riconoscibile, soprattutto quando i contenuti psicotici sono permeati da colpa, punizione o missioni deliranti. In questi casi, la persona può agire spinta da convinzioni vissute

Quando la realtà si spezza: psicosi, relazione e rischio invisibile

come inevitabili o necessarie, senza la possibilità di verbalizzare un'intenzione suicidaria nel modo atteso dall'esterno. Quando a questa condizione si aggiungono isolamento relazionale, stigma e perdita di fiducia, il rischio aumenta ulteriormente, spesso in modo silenzioso.

La fase post-psicotica rappresenta un altro nodo cruciale. La riduzione dei sintomi non coincide con la fine della sofferenza. Molte persone si confrontano con vergogna intensa, paura del giudizio, frammenti di memoria confusi e il timore di essere definiti per sempre dall'episodio. Se l'ambiente risponde con imbarazzo, silenzio, rimozione o rievocazioni punitive, la ferita identitaria si approfondisce. In questi casi, la psicosi non viene integrata come esperienza di un disturbo, ma interiorizzata come prova di perdita di valore personale.

I temi emersi mostrano invece quanto sia fondamentale una comunicazione capace di riscattare l'identità oltre la crisi. Distinguere la persona dall'episodio, riconoscere la continuità del sé anche nei momenti più disorganizzati, e mantenere una narrazione non stigmatizzante dell'accaduto rappresentano passaggi essenziali per il recupero. Questa funzione riparativa non è accessoria, ma parte integrante della cura, perché incide direttamente sulla possibilità di fidarsi di nuovo, chiedere aiuto e affrontare eventuali crisi future senza paura.

Nel loro insieme, i macro-temi analizzati delineano un quadro chiaro: nella psicosi, la comunicazione non è neutra. Può diventare fattore di aggravamento, di trauma e di rottura, oppure strumento di contenimento, sicurezza e riparazione. Per i professionisti della salute mentale, questo implica una responsabilità che va oltre la competenza tecnica: riguarda il modo in cui si parla, si nomina e si accompagna l'esperienza psicotica. Per le persone care, implica il bisogno di strumenti e supporto per restare presenti senza farsi travolgere dalla paura.

Dall'ascolto all'azione

Integrare i bisogni comunicativi emersi nella pratica clinica, familiare e pubblica

Le sezioni precedenti del report hanno presentato, fase per fase, i principali macro-temi e sotto-temi emersi dall'analisi tematica qualitativa delle testimonianze raccolte. Questi risultati descrivono in modo coerente ciò che le persone con disturbo bipolare hanno vissuto come utile, dannoso o determinante nella comunicazione durante le diverse fasi del disturbo.

Questa sezione finale non introduce nuovi dati né riformula i risultati già presentati. Il suo obiettivo è fornire una traduzione operativa trasversale di quanto emerso, con l'intento di sostenere stakeholder, professionisti, familiari e attori istituzionali nell'implementazione concreta di queste indicazioni nella pratica quotidiana. Il passaggio dall'ascolto all'azione non implica una riduzione della complessità, ma un lavoro intenzionale di integrazione tra esperienza vissuta, prassi esistenti e contesti reali di cura.

Pur nella specificità delle diverse fasi del disturbo, l'analisi ha evidenziato alcuni principi ricorrenti che attraversano tutte le esperienze raccolte:

- la distinzione tra la persona e la condizione clinica, come elemento centrale per preservare il senso di identità;
- il riconoscimento esplicito del vissuto emotivo, distinto dall'approvazione del sintomo o del comportamento;
- l'impatto diretto della comunicazione sul senso di vergogna, colpa e isolamento;
- il ruolo della comunicazione come fattore di rischio o di protezione nei momenti di maggiore vulnerabilità;
- la necessità di continuità relazionale prima, durante e dopo la crisi.

Questi principi non costituiscono indicazioni astratte, ma rappresentano il terreno comune su cui le persone hanno percepito una maggiore possibilità di essere ascoltate, comprese e sostenute.

Dall'ascolto all'azione: Integrare i bisogni comunicativi emersi nella pratica clinica, familiare e pubblica

I divario tra bisogni espressi e pratica quotidiana

Le testimonianze mostrano con chiarezza ciò che le persone con disturbo bipolare desidererebbero ricevere in termini di comunicazione. Allo stesso tempo, familiari e professionisti operano spesso in contesti caratterizzati da stress, urgenza, carichi emotivi elevati, vincoli di tempo e responsabilità cliniche. Il divario tra bisogni espressi e pratica quotidiana nasce in larga parte da queste condizioni, più che da una mancanza di attenzione o di competenza. Questa distanza tra bisogni comunicativi e pratiche reali trova riscontro anche nei dati quantitativi del sondaggio, dove una quota rilevante dei rispondenti segnala difficoltà sistematiche legate alla mancanza di tempo, continuità e ascolto nei servizi, indicando che il problema non riguarda singoli episodi isolati ma condizioni strutturali ricorrenti del contesto di cura.

Molte delle frasi percepite come dannose non derivano da cattiva volontà, ma da automatismi comunicativi consolidate che emergono soprattutto in situazioni di pressione, impotenza o rischio. Rendere esplicito questo meccanismo consente di spostare il focus dal giudizio sulle intenzioni alla possibilità di trasformare pratiche comunicative già esistenti. I dati del sondaggio rafforzano questa lettura, mostrando come pratiche comunicative percepite come colpevolizzanti, minimizzanti o giudicanti siano riportate con frequenza significativa, spesso in associazione a contesti di crisi, interventi urgenti o percorsi frammentati, suggerendo che tali modalità emergano soprattutto quando il sistema opera in condizioni di pressione e scarsità di risorse.

Colmare questo scarto significa riconoscere che i bisogni comunicativi espressi dagli utenti sono legittimi e informativi, e che le difficoltà di chi cura o accompagna sono reali e strutturali. L'obiettivo non è scegliere tra queste due dimensioni, ma costruire modalità operative che permettano di tenerle insieme. In questo senso, le risposte al sondaggio indicano che la mancata integrazione dei bisogni comunicativi non produce solo vissuti di invalidazione soggettiva, ma si associa anche a esiti concreti come perdita di fiducia nel sistema di cura, riduzione dell'adesione ai percorsi terapeutici e timore di rivolgersi nuovamente ai servizi, rendendo questo scarto un nodo clinico e organizzativo rilevante.

Dall'ascolto all'azione: Integrare i bisogni comunicativi emersi nella pratica clinica, familiare e pubblica

Strategie di implementazione: rendere praticabili le indicazioni emerse

Le indicazioni emerse dall'analisi tematica non richiedono la creazione di nuovi protocolli, ma l'adattamento consapevole delle prassi già in uso. Un'implementazione efficace implica tre passaggi fondamentali:

- rendere visibili gli automatismi comunicativi più frequenti;
- riconoscerne l'impatto dal punto di vista della persona che li riceve;
- individuare alternative realistiche, compatibili con il contesto operativo e con i ruoli coinvolti.

La necessità di rendere questi passaggi concretamente praticabili è rafforzata dai dati del sondaggio, che mostrano come una parte consistente dei partecipanti riferisca di non essersi sentita adeguatamente informata, coinvolta o ascoltata nei momenti decisionali, descrivendo percorsi di cura percepiti come standardizzati, impersonali o poco attenti ai vissuti soggettivi. Le risposte indicano inoltre che pratiche comunicative giudicate fredde, giudicanti o disumanizzanti non producono effetti solo sul piano clinico, ma si associano a un aumento dello stress, della sfiducia e del ritiro emotivo, con ricadute che spesso si estendono anche alla sfera relazionale e familiare. In questo senso, i dati quantitativi confermano quanto emerso dall'analisi qualitativa: la comunicazione non rappresenta un elemento accessorio della cura, ma una leva centrale che incide sulla sostenibilità delle relazioni di aiuto, sull'alleanza terapeutica e sulla tenuta complessiva dei percorsi di cura.

In ambito clinico, ciò può tradursi in una revisione del linguaggio utilizzato nelle fasi di valutazione, restituzione diagnostica o follow-up, senza modificare contenuti tecnici o decisioni cliniche. Anche brevi aggiustamenti comunicativi possono ridurre vissuti di colpa, vergogna o invalidazione, rafforzando l'alleanza terapeutica. In ambito familiare e informale, l'implementazione passa attraverso una maggiore consapevolezza del modo in cui la preoccupazione viene espressa: riconoscere il confine tra cura e pressione consente di mantenere il sostegno senza trasformarlo in richieste implicite di miglioramento o attribuzioni di responsabilità. Le testimonianze mostrano inoltre che una comunicazione più rispettosa e contenitiva tutela non solo la persona in fase depressiva, ma anche chi la sostiene, riducendo l'escalation emotiva, la frustrazione reciproca e il senso di fallimento relazionale di familiari e professionisti. In questa prospettiva, l'implementazione delle indicazioni emerse non rappresenta un carico aggiuntivo, ma una strategia di sostenibilità della relazione di cura, in grado di prevenire burnout, chiusura emotiva e progressivo allontanamento dal rapporto di aiuto.

Dall'ascolto all'azione: Integrare i bisogni comunicativi emersi nella pratica clinica, familiare e pubblica

Differenze di contesto e responsabilità

Le indicazioni emerse assumono forme diverse a seconda del contesto in cui vengono applicate.

In ambito familiare e informale, la comunicazione svolge prevalentemente una funzione di accompagnamento e di mantenimento del legame. In ambito clinico, gli stessi principi si integrano con responsabilità specifiche legate alla valutazione del rischio, alla definizione del piano di cura e alla sicurezza della persona. Nel contesto pubblico e mediatico, il linguaggio contribuisce a costruire rappresentazioni sociali che possono ridurre o rafforzare lo stigma.

Rendere esplicite queste differenze consente di evitare applicazioni improprie delle indicazioni emerse e di adattare in modo coerente ai diversi ruoli, senza tradire il loro significato di fondo.

Il report come strumento formativo e istituzionale

I risultati presentati in questo report possono costituire una base per:

- percorsi di formazione e aggiornamento rivolti a professionisti sanitari;
- materiali di supporto e orientamento per familiari e caregiver;
- iniziative di sensibilizzazione per il pubblico generale e i media;
- processi di co-progettazione tra servizi, associazioni e persone con esperienza vissuta.

Ancorare la formazione all'esperienza diretta delle persone consente di trasformare i bisogni espressi in competenze comunicative concrete, rafforzando la qualità della relazione di cura e la sostenibilità dei sistemi di supporto. Integrare ciò che le persone con disturbo bipolare chiedono in termini di comunicazione non significa inseguire un ideale irrealistico, ma riconoscere che la qualità delle parole e delle relazioni costituisce una componente strutturale della cura.

Questa sezione intende offrire una cornice condivisa per trasformare l'ascolto in azione, mantenendo al centro l'esperienza vissuta degli utenti e accompagnando in modo realistico chi, ogni giorno, si trova a operare nei contesti complessi della cura, del supporto e della rappresentazione pubblica della salute mentale.

Dall'ascolto all'azione: Integrare i bisogni comunicativi emersi nella pratica clinica, familiare e pubblica

L'implementazione delle indicazioni comunicative emerse non richiede l'abbandono delle prassi esistenti, ma la loro integrazione consapevole.

01

Un primo livello di intervento riguarda l'inserimento sistematico di elementi di validazione e riconoscimento all'interno delle interazioni già previste. Anche in contesti caratterizzati da tempi ridotti, brevi passaggi comunicativi possono modificare in modo significativo la percezione di ascolto e rispetto, senza interferire con la valutazione clinica o con le decisioni operative.

02

Un secondo livello riguarda la consapevolezza degli automatismi comunicativi. Molte frasi percepite come dannose emergono in situazioni di stress, impotenza o urgenza. Rendere visibile il loro impatto, così come emerso dalle testimonianze, consente di sostituirle con formulazioni alternative compatibili con il contesto e con il ruolo di chi parla.

03

Un terzo livello riguarda il sostegno a chi sostiene. L'adozione di modalità comunicative meno colpevolizzanti e più contenitive non beneficia solo la persona in sofferenza, ma contribuisce a ridurre il carico emotivo, il conflitto relazionale e il senso di fallimento di familiari e professionisti. In questo senso, l'implementazione delle indicazioni emerse rappresenta anche una strategia di prevenzione del burnout e dell'allontanamento emotivo.

05. CORPO, STABILITÀ E CURA INTEGRATE

Nel disturbo bipolare, la dimensione corporea è parte integrante della valutazione clinica e della gestione a lungo termine, e viene esplicitamente richiamata nelle principali linee guida internazionali come elemento da monitorare insieme alla psicopatologia⁸. Le raccomandazioni cliniche sottolineano che il trattamento ottimale richiede non solo la valutazione dei sintomi affettivi, ma anche il monitoraggio regolare della salute fisica, dei ritmi di sonno-veglia, degli effetti collaterali dei trattamenti e dei fattori di stile di vita, in quanto questi aspetti influenzano sicurezza, qualità di vita, aderenza terapeutica e esiti clinici complessivi^{9 10}.

All'interno di questa cornice, alcuni domini corporei assumono un rilievo clinico particolare. Il sonno e i ritmi circadiani, ad esempio, sono riconosciuti nella letteratura specialistica come dimensioni strettamente connesse alla regolazione dell'umore e alla stabilità funzionale: alterazioni della continuità o della regolarità sonno-veglia possono precedere cambiamenti di stato e sono associate a una maggiore instabilità dell'umore, motivo per cui la gestione dei ritmi è indicata come elemento rilevante nella pratica clinica integrata¹¹. Un secondo dominio riguarda gli effetti collaterali e, più in generale, il "costo corporeo" dei trattamenti. La necessità di monitorare in modo proattivo peso corporeo, parametri metabolici, funzione sessuale e altri eventi avversi è ricorrente nelle raccomandazioni cliniche, in parte perché gli effetti collaterali percepiti come gravosi sono tra i fattori più frequentemente associati alla non-aderenza o all'interruzione dei farmaci stabilizzanti dell'umore^{12 13}.

In parallelo, un'ampia letteratura indica che le persone con disturbo bipolare presentano una elevata prevalenza di comorbidità fisiche e rischi cardiometabolici, con implicazioni dirette su funzionamento quotidiano, esiti clinici e gestione terapeutica^{14 15}. Queste evidenze rafforzano l'esigenza di una presa in carico che consideri il corpo come parte del quadro clinico complessivo, non come ambito separato o secondario.

Tutti questi elementi si inseriscono nei principi della patient-centred care e dei modelli di cura integrata che enfatizzano il valore dell'ascolto dei bisogni individuali, della continuità assistenziale e della condivisione delle decisioni terapeutiche tra persona e professionista. In psichiatria, ciò implica non soltanto riconoscere in teoria la rilevanza di sonno, ritmi, salute fisica ed effetti collaterali, ma tradurre queste conoscenze in pratiche cliniche realmente orientate alla persona, evitando approcci frammentati o puramente farmacocentrici. Nonostante queste raccomandazioni, nella pratica clinica quotidiana molte di queste dimensioni vengono affrontate in modo medicalizzato o ridotto a prescrizioni astratte¹⁶:

05. CORPO, STABILITÀ E CURA INTEGRATE

Il sonno può essere trattato principalmente con aggiustamenti farmacologici senza considerare pattern e contesto di vita, l'aumento di peso può essere affrontato con indicazioni generiche come “devi dimagrire”, e le raccomandazioni su dieta o movimento raramente tengono conto di barriere materiali, contesto sociale e preferenze individuali. Questo scarto tra conoscenza teorica delle linee guida e applicazione pratica può ridurre l'efficacia complessiva delle cure e non rispondere appieno alle esigenze corporee reali della persona con disturbo bipolare. Alla luce di questa cornice, la presente sezione del report propone una lettura strutturata dei dati esperienziali raccolti da AIBP su segnali corporei precoci, sonno, alimentazione, movimento, effetti collaterali e barriere materiali o relazionali nella cura del corpo.

Le sezioni dedicate al corpo non descrivono aspetti accessori dell'esperienza del disturbo bipolare, ma permettono di osservare in modo concreto come la cura venga effettivamente tradotta nella pratica quotidiana. Letti insieme, i dati su segnali corporei precoci, sonno, alimentazione, movimento, effetti collaterali e disuguaglianze materiali mostrano che il nodo centrale non è la mancanza di conoscenze cliniche, ma la difficoltà strutturale di rendere la cura sostenibile nel tempo. Questa lettura è coerente con quanto emerge dalle sezioni precedenti del report. Le difficoltà comunicative, la frammentazione dei percorsi, l'assenza di follow-up chiari e la perdita di fiducia nel sistema costituiscono il contesto entro cui la dimensione corporea assume significato clinico. Il corpo diventa così un indicatore trasversale delle stesse fragilità sistemiche che attraversano l'intero percorso di cura.

⁸ National Institute for Health and Care Excellence, Bipolar disorder: assessment and management (NICE Clinical Guideline 185, updated 2025) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185> accessed 28 Jan 2026.

⁹ National Institute for Health and Care Excellence, Bipolar disorder: assessment and management (NICE Clinical Guideline 185, updated 2025) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185> accessed 28 Jan 2026.

¹⁰ Goodwin GM et al, Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder (BAP Guideline 2016) – physical health to be considered in clinical assessment and treatment planning (monitoring of weight, cardiovascular risks).

¹¹ Jonathan Scott et al, A systematic review and meta-analysis of sleep and circadian rhythm disturbances in bipolar disorders (2022).

¹² National Institute for Health and Care Excellence, Bipolar disorder: assessment and management (NICE Clinical Guideline 185, updated 2025) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185> accessed 28 Jan 2026.

¹³ Goodwin GM et al, Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder (BAP Guideline 2016).

¹⁴ D E Kemp and colleagues, Cardiometabolic health in bipolar disorder: metabolic syndrome, obesity and cardiovascular disease (2012).

¹⁵ D Vancampfort et al, A Meta-Analysis of Prevalence Rates and Moderators of Metabolic Syndrome in Bipolar Disorder (2013).

¹⁶ K N Fountoulakis et al, Challenges in the development of treatment guidelines for bipolar disorder: gaps between research recommendations and clinical practice (Frontiers in Psychiatry, 2025) — evidenzia il gap tra evidenze e implementazione pratica.

5.1 Metodologia e contesto di raccolta dei dati

Disegno e modalità di raccolta dei dati

I dati presentati in questa sezione derivano da una raccolta esperienziale condotta dall'Associazione Italiana Bipolari (AIBP) attraverso sondaggi online diffusi sui propri canali di comunicazione. La raccolta è stata realizzata nel contesto della preparazione dell'intervento "Corpo, mente e disturbo bipolare: dalla crisi alla cura integrata", presentato al Congresso Nazionale SIMA – Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza, con l'obiettivo di esplorare il rapporto tra dimensione corporea, stabilità dell'umore e sostenibilità della cura nel disturbo bipolare.

La partecipazione ai sondaggi è avvenuta su base volontaria e anonima. Il campione è composto da circa 30 rispondenti, numero coerente con la natura esplorativa e non epidemiologica dell'iniziativa. Le domande sono state formulate per indagare alcune aree ritenute clinicamente rilevanti in base alla letteratura e alla pratica: segnali corporei precoci, sonno e ritmi quotidiani, alimentazione, movimento, effetti collaterali dei trattamenti farmacologici e presenza di ostacoli materiali o relazionali nella cura del corpo.

La raccolta dei dati non ha previsto criteri di selezione clinica formali né verifiche diagnostiche esterne, e si basa esclusivamente sull'auto-riferimento delle persone partecipanti.

Natura esplorativa e limiti dei dati

I dati presentati hanno natura esplorativa e descrittiva. La dimensione del campione e le modalità di raccolta non consentono generalizzazioni né inferenze causali. Le percentuali riportate hanno una funzione illustrativa e servono a rendere visibile la distribuzione delle esperienze all'interno del gruppo considerato. Il valore dei dati risiede nella possibilità di mettere in evidenza pattern ricorrenti, criticità pratiche e aree di scarto tra raccomandazioni teoriche e vissuti quotidiani, offrendo spunti utili per la riflessione clinica e per il miglioramento delle pratiche di presa in carico.

Aree esplorate e struttura delle domande

Le domande sono state organizzate in aree tematiche, ciascuna introdotta da una frase chiave utile a contestualizzare il focus clinico.

01

Corpo come segnale precoce di instabilità

- Percezione dei segnali corporei prima di una crisi
- Ruolo del corpo come sistema di allerta

02

Sonno

- Cambiamenti del sonno come segnale di instabilità
- Differenza percepita tra quantità e qualità del sonno

03

Alimentazione, energia e ciclo umore-corpo

- libertà reale di scelta alimentare
- stress, colpa, accessibilità

04

Movimento e accessibilità realistica

- fallimento percepito rispetto all'esercizio
- ruolo della presenza di altri
- accessibilità economica e ambientale

05

Effetti collaterali dei trattamenti

- effetto collaterale più difficile
- pensiero/interruzione dei farmaci

06

Disuguaglianze materiali

- ostacoli economici e ambientali
- libertà reale di scelta

5.2 Corpo come segnale precoce di instabilità

Nel disturbo bipolare, la possibilità di intercettare segnali precoci di instabilità rappresenta un elemento centrale per la prevenzione delle ricadute e per la gestione a lungo termine. Oltre alle variazioni dell'umore riferite soggettivamente, il corpo può funzionare come sistema di allerta anticipato, attraverso segnali fisici e somatici che precedono o accompagnano i cambiamenti di stato. Tuttavia, tali segnali non sempre vengono riconosciuti, valorizzati o integrati sistematicamente nella valutazione clinica.

Questa sezione esplora in che misura le persone con disturbo bipolare riferiscono la presenza di segnali corporei prima di una crisi e come tali segnali vengano percepiti e interpretati.

Alla domanda "Ti capita di avvertire segnali fisici prima di una crisi dell'umore?" La grande maggioranza dei rispondenti indica la presenza di segnali corporei anticipatori:

- Sì, spesso: 80%
- Sempre: 5%
- Quasi mai: 12%
- Mai: 3%

Nel complesso, **l'85% del campione riferisce di avvertire spesso o sempre segnali fisici prima di una crisi dell'umore.**

Un dato complementare emerge dalla domanda "Hai mai avuto dolori fisici o sintomi somatici liquidati come 'solo psicologici'?"

- Sempre: 24%
- A volte: 61%
- Raramente: 5%
- Mai: 10%

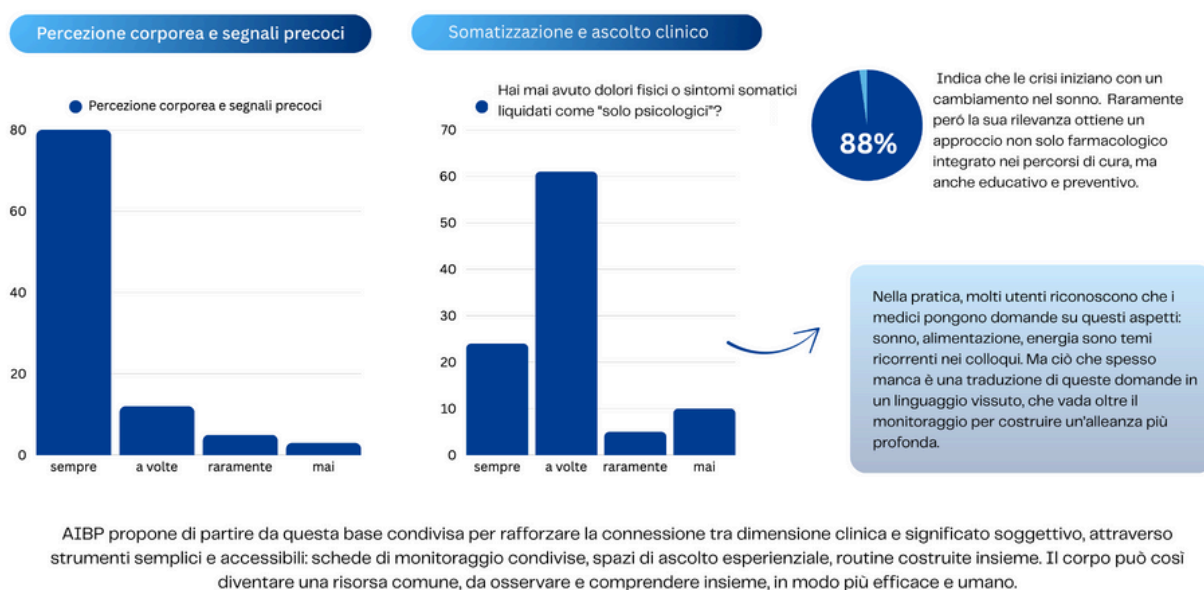
Nel complesso, **l'85% dei rispondenti riferisce di aver vissuto almeno occasionalmente un'esperienza di svalutazione o minimizzazione dei propri sintomi fisici.**



5.2 Corpo come segnale precoce di instabilità

Lettura dei risultati

I dati mostrano che, per la grande maggioranza delle persone coinvolte, il corpo rappresenta un sistema di allerta precoce dell'instabilità dell'umore. La frequenza con cui vengono riferiti segnali fisici anticipatori indica che tali segnali non sono episodici, ma integrati nell'esperienza soggettiva della crisi.



A questo dato si affianca un secondo elemento critico: l'elevata percentuale di persone che riferisce esperienze di minimizzazione o svalutazione dei propri sintomi fisici. Questa frattura tra esperienza corporea e risposta del sistema di cura non è neutra. Quando i segnali corporei vengono liquidati come "solo psicologici", diminuisce la probabilità che vengano condivisi in modo tempestivo e utilizzati come strumenti di monitoraggio clinico.

La convergenza con i dati del sondaggio nazionale rafforza questa lettura. La perdita di fiducia nel sistema e l'evitamento dell'accesso alle cure emergono come esiti frequenti di esperienze ripetute di invalidazione. In questo senso, il corpo risulta spesso "ascoltato" dalla persona prima che lo sia dal sistema di cura, con la conseguenza di perdere opportunità di intervento precoce e di prevenzione delle ricadute.

5.2 Corpo come segnale precoce di instabilità

Implicazioni per la pratica clinica

- **Integrare sistematicamente i segnali corporei nella valutazione:** chiedere attivamente della presenza di segnali fisici precoci può arricchire la comprensione del decorso individuale e supportare strategie di prevenzione personalizzate.
- **Riconoscere la legittimità dei segnali somatici:** evitare la svalutazione dei sintomi fisici come “solo psicologici” può favorire una maggiore fiducia e una comunicazione più aperta tra persona e professionista.
- **Costruire un linguaggio condiviso sul corpo:** lavorare insieme alla persona per identificare e nominare i propri segnali corporei può trasformare il corpo da fonte di confusione o vergogna a strumento di monitoraggio condiviso.
- **Utilizzare i segnali corporei come risorsa clinica, non come rumore:** la loro integrazione nei piani di cura può contribuire a una presa in carico più tempestiva, sostenibile e centrata sulla persona.

In fase di visita o follow-up, può essere utile includere sistematicamente una domanda breve e standardizzata sui segnali corporei, ad esempio chiedendo se la persona ha notato cambiamenti fisici che in passato hanno preceduto fasi di instabilità. Questo tipo di domanda può essere integrato nella valutazione clinica ordinaria senza allungare significativamente i tempi della visita.

Un secondo intervento concreto riguarda la documentazione dei segnali corporei rilevanti per il singolo paziente. Annotare in cartella, in forma sintetica, uno o due segnali fisici ricorrenti riferiti dalla persona consente di creare nel tempo un riferimento condiviso, utile sia per il monitoraggio sia per il riconoscimento precoce di eventuali cambiamenti di stato.

I dati indicano inoltre l'importanza di evitare la minimizzazione dei sintomi fisici. Riconoscere esplicitamente che i segnali corporei possono avere valore clinico, anche in assenza di marcatori oggettivi immediati, può favorire una comunicazione più aperta e ridurre la tendenza a non riferire sintomi nelle fasi iniziali di instabilità.

Infine, l'uso di materiali di restituzione aggregata, come sintesi di esperienze ricorrenti raccolte da associazioni di utenti, può supportare il lavoro clinico offrendo una cornice condivisa per discutere segnali corporei e vissuti difficilmente verbalizzabili. Questo approccio consente di integrare l'esperienza vissuta senza trasferire sul singolo professionista l'onere di una raccolta qualitativa estesa.

Nel loro insieme, queste indicazioni mirano a rendere i segnali corporei parte integrante della valutazione clinica ordinaria, migliorando la tempestività degli interventi e la continuità della cura senza introdurre complessità aggiuntive nei contesti assistenziali.

5.3 Sonno

Nel disturbo bipolare, il sonno rappresenta una delle dimensioni corporee più strettamente connesse alla regolazione dell'umore e alla stabilità nel tempo. Cambiamenti nella durata, nella continuità o nella qualità del sonno possono precedere variazioni dell'umore e accompagnare le fasi di instabilità. Nonostante questo riconoscimento teorico, nella pratica clinica il sonno viene spesso affrontato come un sintomo da "correggere" piuttosto che come indicatore dinamico di equilibrio o squilibrio.

Questa sezione esplora come le persone con disturbo bipolare percepiscono il ruolo del sonno nella propria esperienza di crisi e instabilità, con particolare attenzione al suo valore come segnale precoce.

Alla domanda "Le tue crisi iniziano spesso con un cambiamento nel sonno?" Le risposte mostrano una forte concentrazione su un'esperienza condivisa:

- Assolutamente sì: 88%
- Raramente: 11%
- Mai: 2%

Nel complesso, **l'88% dei rispondenti indica che i cambiamenti nel sonno rappresentano un elemento ricorrente e riconoscibile all'inizio di una fase di crisi.**

La formulazione della domanda e le risposte raccolte suggeriscono inoltre una distinzione implicita tra quantità e qualità del sonno: il cambiamento rilevante non è necessariamente riducibile al "dormire di più o di meno", ma riguarda spesso la perdita di regolarità, continuità o riposo percepito.

I dati indicano che, per la grande maggioranza dei rispondenti, il sonno è uno dei primi ambiti corporei a modificarsi in prossimità di una crisi dell'umore. L'elevata percentuale di risposte affermative suggerisce che il sonno venga vissuto come un segnale affidabile e riconoscibile, più che come un sintomo accessorio.

Questo risultato rafforza l'idea che il sonno non sia soltanto un bersaglio di intervento farmacologico, ma una variabile clinica informativa, utile per monitorare l'andamento del disturbo nel tempo. La discrepanza tra il ruolo attribuito al sonno dalle persone e il modo in cui esso viene talvolta trattato nella pratica clinica (come parametro da normalizzare rapidamente) può contribuire a una perdita di informazioni rilevanti sul decorso individuale.

5.3 Sonno

Implicazioni per la pratica clinica

- **Valorizzare il sonno come segnale, non solo come sintomo:** chiedere attivamente se e come il sonno è cambiato rispetto alla norma individuale può fornire indicazioni utili sull'evoluzione dello stato dell'umore.
- **Distinguere tra quantità e qualità del sonno:** domande mirate sulla continuità, sul riposo percepito e sulla regolarità possono essere più informative del solo numero di ore dormite.
- **Integrare il monitoraggio del sonno nel follow-up ordinario:** il sonno può diventare un indicatore stabile da rivedere nel tempo, senza necessità di strumenti tecnici o scale strutturate.
- **Evitare una gestione esclusivamente farmacologica:** l'aggiustamento dei farmaci può essere necessario, ma rischia di essere insufficiente se non accompagnato da una comprensione del ruolo che il sonno svolge nell'equilibrio complessivo della persona.

In fase di visita, può essere utile chiedere esplicitamente se il sonno è cambiato rispetto al funzionamento abituale, e non solo se la persona “dorme abbastanza”. Una domanda focalizzata sul cambiamento consente di intercettare precocemente segnali di instabilità.

Un secondo intervento pratico consiste nel definire con la persona una “baseline di sonno” individuale, anche in forma descrittiva (ad esempio: orari abituali, continuità, sensazione di riposo). Questo riferimento può essere richiamato nei follow-up successivi per valutare scostamenti significativi.

È inoltre utile annotare in cartella eventuali pattern ricorrenti legati al sonno che, per quella persona, hanno preceduto fasi di crisi in passato. Anche annotazioni minime possono facilitare il riconoscimento precoce di situazioni a rischio.

Infine, i dati suggeriscono l'importanza di riconoscere il sonno come esperienza soggettiva, evitando di ridurlo a un parametro puramente quantitativo. Questo approccio può favorire una comunicazione più efficace e una maggiore adesione alle strategie concordate, contribuendo a una gestione più tempestiva e centrata sulla persona.

5.4 Alimentazione, energia e ciclo umore-corpo

Nel disturbo bipolare, l'alimentazione e l'energia corporea rappresentano dimensioni strettamente intrecciate al funzionamento quotidiano e alla stabilità dell'umore. Al di là degli aspetti nutrizionali in senso stretto, il rapporto con il cibo è influenzato da fattori emotivi, cognitivi, ambientali e materiali, che possono variare nelle diverse fasi del disturbo. In questo contesto, l'alimentazione non costituisce soltanto una variabile comportamentale, ma una dimensione corporea e relazionale che incide sulla percezione di controllo, libertà e benessere.

Questa sezione esplora il grado di libertà percepita nella scelta alimentare e il carico emotivo associato al mangiare, come indicatori indiretti della sostenibilità della cura nella vita quotidiana.

Alla domanda “Quanto ti senti libero/a di scegliere cosa mangiare in base a ciò che ti fa stare bene?” Le risposte mostrano una distribuzione articolata:

- Totalmente libero/a: 29%
- Mi stressa: 30%
- Pochissimo: 23%
- Per nulla: 18%

Nel complesso, **il 71% dei rispondenti indica una limitazione, una fonte di stress o una mancanza di libertà nella scelta alimentare, mentre meno di un terzo riferisce una piena libertà decisionale.**

Le risposte suggeriscono che, per una parte rilevante del campione, il rapporto con l'alimentazione è caratterizzato da tensione, vincoli o fatica, piuttosto che da un'esperienza neutra o funzionale al benessere.

I dati indicano che l'alimentazione viene vissuta da molte persone con disturbo bipolare come un ambito complesso e carico di stress, più che come una risorsa facilmente accessibile per la cura di sé. La prevalenza di risposte che segnalano stress, limitazione o assenza di libertà suggerisce l'esistenza di ostacoli che vanno oltre la semplice informazione nutrizionale.

Questi risultati sono coerenti con una lettura dell'alimentazione come spazio di intersezione tra energia corporea, vissuti emotivi e condizioni materiali. La difficoltà nel “scegliere cosa mangiare in base a ciò che fa stare bene” può riflettere vincoli economici, fluttuazioni dell'energia, effetti collaterali dei trattamenti, o pressioni normative implicite sul modo “corretto” di alimentarsi. I dati suggeriscono quindi che il problema non risiede tanto nella mancanza di indicazioni, quanto nella scarsa accessibilità reale di scelte alimentari compatibili con il benessere e con le risorse disponibili.

5.4 Alimentazione, energia e ciclo umore-corpo

Implicazioni per la pratica clinica

È opportuno **evitare approcci prescrittivi astratti o eccessivamente standardizzati: indicazioni su “cosa mangiare” che non tengono conto dello stress, dell’energia disponibile e delle condizioni materiali della persona** rischiano di risultare inefficaci e di aumentare il senso di pressione o inadeguatezza. Le raccomandazioni alimentari, spesso derivate da evidenze costruite su campioni controllati, necessitano di adattamenti continui per essere applicabili nella vita reale.

Un elemento centrale riguarda il **riconoscimento del carico emotivo legato all'alimentazione. Il cibo può diventare fonte di colpa, frustrazione o fallimento percepito, interferendo con l'aderenza e con il benessere complessivo.** In questo contesto, è fondamentale evitare letture moralizzanti delle difficoltà alimentari e non attribuirle automaticamente a mancanza di motivazione o scarsa adesione.

In fase di visita, può essere utile **orientare la valutazione alla fattibilità concreta, chiedendo se le indicazioni alimentari ricevute risultano sostenibili nella vita quotidiana, piuttosto che concentrarsi esclusivamente sulla loro correttezza teorica.** Questo consente di individuare precocemente fonti di stress o di fallimento percepito.

Un ulteriore intervento rilevante consiste nel **riconoscere e valorizzare i miglioramenti non perfetti, validando esplicitamente anche passi intermedi o parziali**, come la riduzione di un singolo alimento percepito come dannoso o l'introduzione occasionale di un alimento nutriente. Tali cambiamenti, pur lontani dagli standard teorici, rappresentano progressi significativi nel percorso di cura.

È quindi indicato **lavorare su obiettivi minimi, cumulativi e flessibili, concordati con la persona, che tengano conto delle fluttuazioni dell'energia, dell'umore e delle risorse disponibili, piuttosto che su schemi rigidi difficilmente mantenibili nel tempo.** In questa prospettiva, risulta utile ridefinire il concetto di aderenza, includendo anche forme parziali, intermittenti o informali di cura di sé, quando costituiscono un miglioramento rispetto al punto di partenza.

Infine, i dati suggeriscono l'importanza di **integrare l'alimentazione in una visione più ampia del ciclo umore-corpo, riconoscendo che le variazioni dell'energia e del benessere corporeo influenzano in modo diretto il rapporto con il cibo e la possibilità di prendersene cura.**

5.5 Movimento e accessibilità realistica

Nel disturbo bipolare, il movimento viene frequentemente proposto come componente della cura, sia per i suoi potenziali benefici sul benessere fisico sia per il suo ruolo nel funzionamento quotidiano. Tuttavia, tra raccomandazione e possibilità concreta di praticare movimento esiste spesso uno scarto rilevante. Fattori quali energia disponibile, condizioni ambientali, risorse economiche e vissuti emotivi influenzano in modo diretto la possibilità di muoversi in modo regolare e sostenibile.

Questa sezione esplora come il movimento venga vissuto dalle persone con disturbo bipolare, con particolare attenzione alla percezione di fallimento, alle barriere materiali e al ruolo del contesto relazionale.

L'idea di fare esercizio fisico ti ha mai fatto sentire fallito/a?"

- Sì, perché me lo fanno notare: 30%
- Sì: 12%
- A volte: 27%
- No: 32%

Nel complesso, **il 69% dei rispondenti riferisce di essersi sentito almeno occasionalmente fallito rispetto al movimento o all'esercizio fisico.**

"Hai mai voluto seguire una dieta o fare sport ma ti sei scontrato/a con ostacoli economici o ambientali?"

- Sì, certo: 66%
- A volte: 19%
- Mai: 15%

In totale, **l'85% dei rispondenti segnala la presenza di barriere economiche o ambientali.**

"È più facile fare una passeggiata se qualcuno ti aspetta?"

- Sì: 79%
- No, mai: 18%
- Non ho nessuno: 3%

La maggioranza dei rispondenti indica che la presenza di un'altra persona facilita significativamente il movimento.

5.5 Movimento e accessibilità realistica

I dati indicano che il movimento, per molte persone con disturbo bipolare, non è un ambito neutro o facilmente accessibile, ma uno spazio carico di pressione, giudizio e fallimento percepito. La frequenza con cui vengono riportate sensazioni di fallimento suggerisce che le raccomandazioni sull'esercizio fisico possano risultare difficili da integrare quando non tengono conto delle condizioni reali della persona.

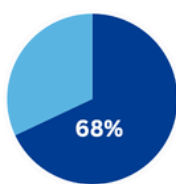
Parallelamente, l'elevata percentuale di rispondenti che segnala ostacoli economici o ambientali evidenzia che la difficoltà nel muoversi non è riducibile a una mancanza di motivazione, ma riflette vincoli strutturali concreti.

Il dato relativo alla presenza di altri suggerisce inoltre che il movimento sia fortemente influenzato dal contesto relazionale: la possibilità di muoversi aumenta quando l'attività è condivisa o sostenuta, mentre l'assenza di supporto può costituire un ulteriore fattore di esclusione.

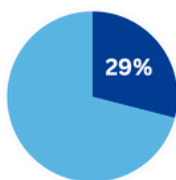
Nel loro insieme, questi risultati indicano che il problema non è il movimento in sé, ma l'accessibilità reale delle proposte di movimento.

La cura del corpo non è solo una questione individuale

Esercizio fisico e sensi di colpa



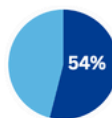
Solo un terzo delle persone vive l'attività fisica senza disagio. Per il restante 68%, l'esercizio è fonte di pressione o colpa. Questo rivela quanto la comunicazione su "stili di vita sani" debba essere delicata, non giudicante e personalizzata.



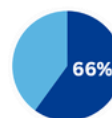
Solo il 29% si sente davvero libero di seguire ciò che lo fa stare bene. Per la maggioranza, il cibo è legato a stress, restrizione o giudizio. È un ambito spesso trascurato ma fortemente influenzato da cultura, stigma e contesto socioeconomico.

8 SU 10 

Per quasi 8 persone su 10, la presenza di un'altra persona migliora la capacità di prendersi cura di sé. Questo evidenzia l'importanza di relazioni significative, gruppi e alleanze terapeutiche, anche nei percorsi di salute fisica.



Il 54% ha riferito di aver ricevuto suggerimenti medici – come fare sport, seguire percorsi di mindfulness, accedere a terapie o cure specifiche – che però non poteva permettersi.



Il 66% avrebbe voluto seguire una dieta o praticare attività fisica ma si è scontrato con ostacoli economici o ambientali.

5.5 Movimento e accessibilità realistica

Implicazioni per la pratica clinica

È necessario rivedere il modo in cui viene proposto il movimento: **raccomandazioni generiche, performative o orientate a standard elevati possono aumentare il senso di fallimento anziché favorire il benessere.** Il movimento non dovrebbe essere considerato un comportamento neutro, ma un ambito spesso carico di giudizio e pressione.

Un aspetto centrale riguarda il **riconoscimento delle barriere materiali e ambientali, che devono essere considerate parte integrante del quadro clinico.** Ostacoli economici, logistici o contestuali limitano concretamente l'accesso al movimento e non possono essere interpretati come mancanza di volontà o motivazione. In fase di visita, può essere utile **esplorare come viene vissuta la proposta di movimento, indagando eventuali vissuti di fallimento, pressione o confronto con standard irrealistici.** Questo consente di adattare le indicazioni ed evitare effetti controproducenti sull'alleanza terapeutica.

È opportuno **ridefinire il concetto stesso di movimento in modo inclusivo, valorizzando anche forme minime, non performative e integrate nella vita quotidiana, compatibili con l'energia disponibile. Attività come camminare per pochi minuti, muoversi in casa o svolgere compiti domestici possono rappresentare forme significative di attivazione corporea.**

Analogamente a quanto osservato per l'alimentazione, risulta clinicamente rilevante riconoscere e validare i miglioramenti non perfetti, valorizzando passi intermedi e discontinui come parte del percorso di cura. Obiettivi minimi, cumulativi e flessibili, concordati con la persona, possono favorire una maggiore sostenibilità nel tempo.

La valutazione dovrebbe includere in modo esplicito le barriere economiche e ambientali, evitando di suggerire attività o servizi non accessibili. Quando possibile, è utile orientare verso opzioni gratuite o integrate nella routine quotidiana. Infine, i dati suggeriscono di valorizzare il supporto relazionale, riconoscendo che il movimento risulta più praticabile quando è condiviso o sostenuto da altri. **Incoraggiare modalità di movimento accompagnate o collettive, quando coerenti con il contesto della persona, può rappresentare uno strumento concreto per ridurre l'isolamento e rendere l'attività più sostenibile.**

Esperienze pilota e prospettive applicative: l'approccio dell'alimentazione gentile

In continuità con quanto emerso dai dati sull'accessibilità reale dell'alimentazione e del movimento, l'Associazione Italiana Bipolari ha sperimentato in via pilota un percorso di educazione alimentare gentile, rivolto inizialmente a volontari e partecipanti motivati. Il percorso non è stato concepito come una dieta né come un insieme di prescrizioni, ma come uno spazio educativo orientato alla riduzione del carico emotivo associato al cibo, alla valorizzazione di scelte realistiche e alla costruzione di abitudini sostenibili nel tempo. L'alimentazione è stata proposta come elemento di benessere, varietà e piacere, piuttosto che come ambito normativo o performativo.

Dal punto di vista operativo, il percorso ha privilegiato:

- strumenti visivi semplici e non giudicanti (ad esempio modelli cromatici orientativi);
- esempi concreti di pasti componibili e flessibili;
- ricette accessibili, già pronte e accompagnate da istruzioni visive passo per passo;
- assenza di divieti o obiettivi rigidi, a favore di micro-scelte cumulabili.

I riscontri informali raccolti durante il pilot suggeriscono una buona partecipazione e una percezione di maggiore accessibilità, in particolare da parte di persone che avevano precedentemente sperimentato stress, colpa o fallimento in relazione alle indicazioni alimentari tradizionali. In modo analogo, è attualmente in fase di riflessione lo sviluppo di strumenti motivazionali collettivi per il movimento, ispirati a modelli di rinforzo progressivo e basati su obiettivi minimi, cumulativi e simbolici. L'idea è valorizzare micro-obiettivi quotidiani compatibili con l'energia disponibile (ad esempio pochi minuti di camminata o forme di movimento integrate nella vita domestica), eventualmente condivisi in un contesto di gruppo, al fine di ridurre l'isolamento e il vissuto di fallimento. Queste iniziative sono da intendersi come progettualità sperimentali e complementari, non sostitutive delle indicazioni cliniche. L'obiettivo è sviluppare strumenti applicativi che possano aumentare la sostenibilità delle raccomandazioni nella vita reale, mantenendo un dialogo aperto con professionisti della nutrizione, del movimento e della salute mentale interessati a una co-progettazione basata sui bisogni emersi dai dati.

*Un elemento emerso indirettamente dai dati riguarda il modo in cui vengono riconosciuti i cambiamenti nel tempo. **Le raccomandazioni su alimentazione e movimento risultano spesso orientate a standard di aderenza completi o ideali, che non riflettono i percorsi gradualisti e non lineari attraverso cui le persone modificano concretamente i propri comportamenti.***

La valorizzazione di miglioramenti anche minimi o parziali può rappresentare un fattore protettivo rilevante. Riconoscere questi progressi contribuisce a ridurre il vissuto di fallimento, a sostenere la motivazione e a contrastare dinamiche di tipo "tutto o nulla", che risultano frequentemente controproducenti nel disturbo bipolare.

5.6 Effetti collaterali dei trattamenti

Nel disturbo bipolare, i trattamenti farmacologici rappresentano un pilastro fondamentale della gestione clinica. Tuttavia, gli effetti collaterali associati ai farmaci possono incidere in modo significativo sulla qualità di vita, sull'immagine corporea, sul funzionamento quotidiano e sulla disponibilità a proseguire la terapia nel tempo. In questo senso, il corpo può diventare il luogo in cui il beneficio clinico della stabilizzazione entra in tensione con costi percepiti come gravosi o difficili da accettare.

Questa sezione esplora quali effetti collaterali vengono vissuti come più problematici e in che misura tali cambiamenti corporei influenzano il rapporto con la terapia farmacologica.

Alla domanda “Qual è stato l'effetto collaterale più difficile da accettare?” Le risposte si distribuiscono come segue:

- Aumento di peso: 51%
- Sedazione: 29%
- Acne: 3%
- Altro: 17%

L'aumento di peso emerge come l'effetto collaterale più frequentemente indicato come difficile da accettare, seguito dalla sedazione.

“Hai mai pensato di sospendere i farmaci per i cambiamenti che vedevi nel tuo corpo?”

- Sì, e l'ho fatto: 30%
- Ci ho pensato ma non l'ho fatto: 32%
- A volte: 14%
- No, mai: 24%

Nel complesso, **il 76% dei rispondenti riferisce di aver pensato almeno una volta di sospendere i farmaci a causa dei cambiamenti corporei osservati, e il 30% dichiara di aver effettivamente interrotto la terapia.**

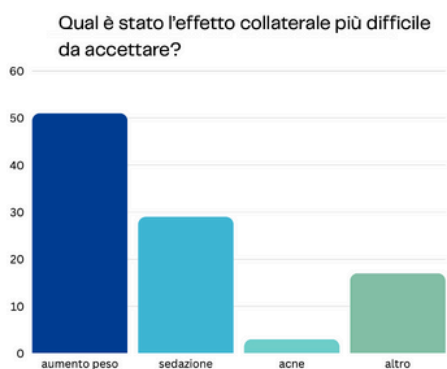
I dati indicano che gli effetti collaterali corporei rappresentano un elemento centrale nell'esperienza del trattamento farmacologico. La prevalenza dell'aumento di peso e della sedazione come effetti difficili da accettare suggerisce che i costi percepiti della terapia si concentrino su dimensioni che incidono direttamente su energia, identità corporea e funzionamento quotidiano.

5.6 Effetti collaterali dei trattamenti

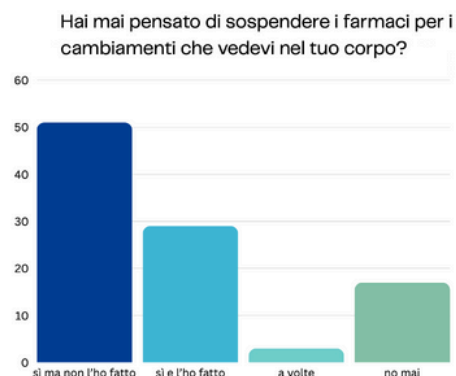
La percentuale elevata di persone che hanno pensato di sospendere i farmaci — e, in una quota significativa, lo hanno fatto — evidenzia come il corpo possa diventare un fattore critico di tenuta della cura, più che un elemento secondario. Questi dati suggeriscono che la non-aderenza non possa essere interpretata esclusivamente come mancanza di consapevolezza o scarsa collaborazione, ma vada letta anche come risposta a cambiamenti corporei vissuti come insostenibili.

Nel loro insieme, i risultati indicano che la gestione degli effetti collaterali è una componente essenziale della continuità terapeutica, e che la mancata integrazione di questa dimensione può compromettere l'efficacia complessiva del trattamento.

Effetti collaterali: quando il corpo diventa motivo di rinuncia



Non si tratta solo di un problema clinico, ma relazionale e identitario. Il corpo, già segnato dal disturbo, può diventare un luogo di conflitto, vergogna o distanza. Molte persone ci dicono di non sentirsi ascoltate quando parlano degli effetti collaterali, o di aver imparato a minimizzarli per non sembrare "poco collaborative".



AIBP propone di integrare sistematicamente la dimensione corporea nella relazione terapeutica, non solo come monitoraggio, ma come spazio di dialogo. Riconoscere questi vissuti, esplorare alternative terapeutiche insieme e co-costruire strategie di tollerabilità può rafforzare l'alleanza e ridurre il rischio di abbandono dei trattamenti.

5.6 Effetti collaterali dei trattamenti

Implicazioni per la pratica clinica

I risultati emersi indicano alcune implicazioni rilevanti per la pratica clinica:

- **Considerare gli effetti collaterali come parte integrante della valutazione clinica**, non come elementi secondari rispetto alla stabilizzazione dell'umore.
- **Riconoscere l'impatto soggettivo dei cambiamenti corporei**, evitando di minimizzarli o di interpretarli esclusivamente in termini di tollerabilità farmacologica.
- **Leggere la non-aderenza in chiave multifattoriale**, includendo il ruolo del corpo e dell'identità corporea nel rapporto con la terapia.
- **Integrare il tema degli effetti collaterali nella comunicazione clinica ordinaria**, riducendo il rischio che questi vengano taciuti o affrontati solo in fase di crisi.

In fase di visita, può essere utile chiedere esplicitamente se i cambiamenti corporei stanno influenzando il rapporto con la terapia, includendo domande dirette su peso, sedazione ed energia. Questo consente di intercettare precocemente segnali di disagio che potrebbero portare a interruzioni non concordate.

È importante **normalizzare il tema degli effetti collaterali, rendendolo parte stabile del dialogo clinico, piuttosto che un problema da affrontare solo quando diventa critico**. Una comunicazione esplicita può ridurre la tendenza a sospendere i farmaci senza confronto.

Quando emergono difficoltà significative, è utile **valutare insieme alla persona possibili strategie di adattamento, che possono includere aggiustamenti terapeutici, monitoraggi mirati o ridefinizione degli obiettivi di cura, tenendo conto del bilancio tra benefici e costi corporei**.

Infine, i dati suggeriscono l'importanza di riconoscere il corpo come luogo di esperienza della cura, integrando la gestione degli effetti collaterali in una visione più ampia di sostenibilità del trattamento e continuità assistenziale.

5.7 Disuguaglianze materiali

Nel disturbo bipolare, la possibilità di prendersi cura del corpo non dipende esclusivamente dalla motivazione individuale o dalla consapevolezza clinica, ma è fortemente condizionata dalle risorse materiali disponibili. Costi economici, accessibilità dei servizi, contesto abitativo e disponibilità di supporti incidono in modo diretto sulla fattibilità delle raccomandazioni cliniche e sulla continuità della cura.

Questa sezione esplora in che misura le persone con disturbo bipolare si scontrano con ostacoli economici o ambientali nel tentativo di seguire indicazioni legate alla cura del corpo, e come tali ostacoli influenzino la sostenibilità dei percorsi terapeutici.

“Hai mai voluto seguire una dieta o fare sport ma ti sei scontrato/a con ostacoli economici o ambientali?”

- Sì, certo: 66%
- A volte: 19%
- Mai: 15%

Nel complesso, **l'85% dei rispondenti riferisce di aver incontrato almeno occasionalmente barriere economiche o ambientali nel tentativo di prendersi cura del proprio corpo.**

“Ti è mai stato suggerito qualcosa dal medico che non potevi permetterti?”

- Sì: 54%
- Raramente: 25%
- No: 21%

In totale, **il 79% dei rispondenti riferisce di aver ricevuto almeno una volta indicazioni cliniche non compatibili con le proprie possibilità economiche o materiali.**

I dati indicano che le disuguaglianze materiali rappresentano una variabile strutturale nell'esperienza di cura di molte persone con disturbo bipolare. La frequenza con cui vengono segnalati ostacoli economici o ambientali suggerisce che la difficoltà nel seguire indicazioni su alimentazione, movimento o supporti non sia episodica, ma ricorrente.

Il dato relativo alle indicazioni non accessibili economicamente evidenzia uno scarto tra raccomandazioni cliniche e condizioni reali di vita, che può tradursi in frustrazione, senso di inadeguatezza o rinuncia. In questo contesto, la mancata adesione alle indicazioni non riflette necessariamente una scarsa collaborazione, ma una impossibilità concreta di applicazione. I risultati suggeriscono quindi che le disuguaglianze materiali non siano un fattore esterno alla cura, ma un elemento che ne condiziona direttamente l'efficacia e la sostenibilità.

5.7 Disuguaglianze materiali

Implicazioni per la pratica clinica

I risultati emersi indicano alcune implicazioni rilevanti per la pratica clinica:

- **Integrare la valutazione delle risorse materiali nella presa in carico**, riconoscendo che accessibilità economica e ambientale influenzano l'aderenza e gli esiti.
- **Evitare raccomandazioni standard non contestualizzate**, che rischiano di aumentare il senso di fallimento o distanza dal percorso di cura.
- **Riconoscere le disuguaglianze come determinanti clinicamente rilevanti**, e non come variabili marginali o "sociali" esterne alla competenza sanitaria.
- Rafforzare l'alleanza terapeutica attraverso indicazioni compatibili con le possibilità reali della persona.

Alla luce dei dati, l'integrazione delle disuguaglianze materiali nella pratica clinica può avvenire attraverso interventi concreti e sostenibili.

In fase di visita, può essere utile chiedere esplicitamente se le indicazioni proposte sono economicamente e logisticamente praticabili, normalizzando la possibilità che non lo siano. Questa domanda può prevenire incomprensioni e rinunce silenziose.

È opportuno privilegiare opzioni a basso costo o integrate nella vita quotidiana, evitando di suggerire servizi o attività che richiedono risorse non disponibili. Quando possibile, orientare verso alternative gratuite o pubbliche può rendere le indicazioni più realistiche.

Un ulteriore passo consiste nel considerare le disuguaglianze come informazione clinica, da documentare e rivedere nel tempo, poiché le condizioni materiali possono cambiare e incidere diversamente sulla cura.

Infine, i dati suggeriscono l'utilità di collaborazioni strutturate con il territorio e con associazioni di utenti, che possono offrire supporti informativi, orientamento e risorse complementari, contribuendo a una presa in carico più equa e sostenibile.

Corpo, implementazione della cura e sostenibilità dei percorsi: una lettura integrata dei dati

Le sezioni dedicate al corpo non descrivono semplicemente aspetti aggiuntivi dell'esperienza del disturbo bipolare, ma permettono di osservare, da un'angolatura concreta, come le raccomandazioni cliniche vengono effettivamente tradotte – o non tradotte – nella pratica quotidiana. Letti insieme, i dati su segnali corporei, sonno, alimentazione, movimento, effetti collaterali e disuguaglianze materiali indicano che il nodo centrale non è la mancanza di conoscenze cliniche, ma la difficoltà strutturale di rendere la cura sostenibile nel tempo.

Questo quadro è coerente con quanto emerge nelle altre parti del report. Le criticità di accesso, la discontinuità dei percorsi, la frammentazione dei servizi e le difficoltà comunicative descritte nelle sezioni precedenti costituiscono il contesto entro cui i dati corporei assumono significato. Il corpo, in questo senso, diventa un indicatore trasversale delle stesse fragilità sistemiche che attraversano l'intero percorso di cura.

Il corpo come punto di intersezione tra prevenzione, continuità e fiducia

I dati mostrano che segnali corporei e cambiamenti del sonno vengono frequentemente riconosciuti dalle persone come precoci rispetto alle fasi di instabilità. Questo elemento dialoga direttamente con i problemi di continuità della cura descritti nel report: quando i riferimenti clinici cambiano spesso, i follow-up sono discontinui o l'accesso è irregolare, diventa

difficile costruire nel tempo una lettura condivisa dei segnali individuali di allarme.

In assenza di continuità, il corpo perde la sua funzione preventiva e diventa visibile solo quando la crisi è già conclamata. Questo contribuisce a una percezione di imprevedibilità del disturbo e rafforza la sensazione, riportata in altre sezioni del report, di un sistema che interviene tardi e in modo reattivo, piuttosto che anticipatorio. La dimensione corporea, quindi, non è separabile dal tema della continuità assistenziale: senza stabilità relazionale e organizzativa, anche i segnali più chiari restano clinicamente inutilizzati.

Sonno e over-semplificazione clinica: un esempio emblematico

Il sonno rappresenta un caso paradigmatico del divario tra evidenza e implementazione. La letteratura e le linee guida internazionali riconoscono da tempo il ruolo centrale dei ritmi sonno-veglia nella regolazione dell'umore e nella prevenzione delle ricadute. Tuttavia, i dati mostrano che, nella pratica, il sonno tende a essere gestito prevalentemente come variabile da normalizzare rapidamente, spesso attraverso interventi farmacologici, piuttosto che come segnale dinamico da monitorare nel tempo.

Questo approccio si intreccia con altre criticità emerse nel report: sedazione eccessiva, difficoltà nella gestione degli effetti collaterali, comunicazione percepita come poco sintonizzata. In questo quadro, il

Corpo, implementazione della cura e sostenibilità dei percorsi: una lettura integrata dei dati

sonno smette di essere uno strumento di prevenzione e diventa un punto di accumulo di problemi: aumento della polifarmacoterapia, riduzione dell'energia, peggioramento della qualità di vita e, nei casi più critici, incremento della sfiducia nei confronti delle scelte terapeutiche.

Effetti collaterali e discontinuità: quando il corpo segnala un fallimento del percorso

I dati sugli effetti collaterali e sui pensieri di interruzione dei farmaci mettono in luce un aspetto che attraversa tutto il report: la fragilità dell'alleanza terapeutica nel tempo. La percentuale di persone che ha pensato di sospendere o ha sospeso i farmaci per motivi corporei si collega direttamente alle sezioni che descrivono difficoltà comunicative, percezione di scarsa centralità della persona e limitata condivisione delle decisioni.

In questa prospettiva, la non-aderenza non può essere letta come problema individuale, ma come segnale di un equilibrio terapeutico che non riesce a reggere nel tempo. Il corpo diventa il luogo in cui questo squilibrio si manifesta per primo, spesso prima che venga verbalizzato sul piano psicologico o relazionale. Ignorare o minimizzare questi segnali significa perdere un indicatore precoce di possibile rottura del percorso di cura.

Alimentazione, movimento e disuguaglianze: il punto cieco dell'implementazione

Le sezioni dedicate ad alimentazione, movimento e barriere materiali rendono visibile un altro nodo trasversale già presente nel report: la distanza tra raccomandazioni standard e condizioni reali di vita. I dati mostrano che una parte rilevante delle persone incontra ostacoli economici, ambientali e sociali nel seguire indicazioni cliniche formalmente corrette.

Questo elemento si intreccia con le analisi su accesso e disuguaglianze: quando il sistema non riesce a tenere conto delle risorse disponibili, le raccomandazioni rischiano di produrre effetti controproducenti, come vergogna, senso di fallimento e progressivo disimpegno. In questo senso, il corpo diventa un punto di frizione tra la norma clinica e la realtà sociale, rendendo visibile come le disuguaglianze materiali si traducano in esiti clinici concreti.

Professionisti e sistema: il problema non è la conoscenza, ma la traducibilità

È importante sottolineare che i dati non indicano una carenza di competenze o di attenzione da parte dei professionisti. Al contrario, il quadro che emerge è compatibile con quanto descritto nel resto del report: carichi assistenziali elevati, carenza di tempo, frammentazione dei servizi e difficoltà di coordinamento rendono complessa l'applicazione coerente di modelli di cura centrati sulla persona.

Corpo, implementazione della cura e sostenibilità dei percorsi: una lettura integrata dei dati

In questo contesto, la dimensione corporea funziona come stress test del sistema: quando il sistema è sotto pressione, è proprio il corpo (sonno, energia, effetti collaterali, accessibilità) a essere gestito in modo più riduttivo o standardizzato. Questo non per mancanza di volontà, ma per limiti strutturali che influenzano le decisioni cliniche quotidiane.

Il ruolo delle reti territoriali e delle organizzazioni di utenti

La lettura integrata dei dati suggerisce che una parte della sostenibilità della cura si giochi necessariamente fuori dall'incontro clinico. Territorio, reti informali e organizzazioni di utenti possono contribuire a colmare lo scarto tra indicazioni cliniche e vita reale, offrendo spazi di supporto, orientamento e continuità che il sistema sanitario fatica a garantire da solo.

In questo senso, il contributo delle organizzazioni non è sostitutivo della clinica, ma complementare: rendere visibili pattern ricorrenti, facilitare la comunicazione tra esperienza vissuta e pratica professionale, e sostenere la continuità nei momenti di maggiore fragilità del percorso.

Nel loro insieme, i dati mostrano che il corpo non è una dimensione aggiuntiva della cura del disturbo bipolare, ma il luogo in cui si manifestano precocemente i limiti e le potenzialità dei percorsi di cura. La distanza tra evidenze disponibili e pratiche reali non riguarda tanto il “sapere cosa fare”, quanto

il “riuscire a farlo” in contesti complessi. Integrare sistematicamente la dimensione corporea significa quindi lavorare sulla sostenibilità, sulla continuità e sulla fiducia, elementi che attraversano l'intero report e che rappresentano una condizione necessaria per migliorare gli esiti nel tempo.

06. Accesso reale alla cura: Il censimento dei servizi di salute mentale

Questa sezione presenta i risultati preliminari di un censimento operativo dei servizi di salute mentale condotto dall'Associazione Italiana Bipolari nel corso degli ultimi due anni.

A differenza delle analisi basate su fonti amministrative o database istituzionali, il censimento si fonda su un contatto diretto e sistematico con i servizi, realizzato centro per centro, regione per regione, includendo sia contesti urbani sia piccoli comuni.

L'obiettivo del censimento non è esclusivamente descrittivo, ma duplice:

- **osservare la struttura reale dell'offerta di cura sul territorio, così come si presenta dal punto di vista dell'accesso concreto;**
- **valutare la disponibilità dei servizi a collaborare con il terzo settore, in particolare con un'associazione nazionale di utenti, come indicatore indiretto di apertura, integrazione e sostenibilità del sistema.**

Il censimento nasce quindi come strumento di analisi dell'accesso reale, inteso non soltanto come la comunicazione ai servizi dell'esistenza formale di un'offerta gratuita e orientata alla collaborazione — con l'obiettivo di alleggerire il carico dei centri — ma anche come possibilità concreta di costruire reti di supporto effettive attorno alla persona.



Metodologia: un censimento relazionale e standardizzato

Il censimento è stato condotto da un team di volontari formati, attraverso un protocollo di contatto uniforme, applicato a tutti i servizi, indipendentemente dalla regione o dalla tipologia di struttura.

Ogni centro è stato contattato individualmente via email con una comunicazione standardizzata, che aveva una duplice funzione:

- presentare l'Associazione Italiana Bipolari, il suo ruolo nazionale e i servizi offerti;
- proporre una collaborazione strutturata, finalizzata ad alleggerire il carico dei servizi e offrire ai pazienti e ai familiari risorse gratuite, accessibili e continuative.

Il testo di presentazione, volutamente non valutativo né rivendicativo, è stato pensato come offerta di supporto e non come richiesta di adesione formale, per osservare in modo non coercitivo il grado di risposta e interesse dei servizi.

Ambito di copertura e stato attuale del censimento

Il censimento è stato concepito con l'obiettivo di coprire il 100% del territorio nazionale. Al momento della redazione del presente report, il progetto è ancora in corso, ma ha già raggiunto una copertura estesa e significativa.

Ad oggi, il censimento ha coinvolto servizi nelle seguenti regioni:

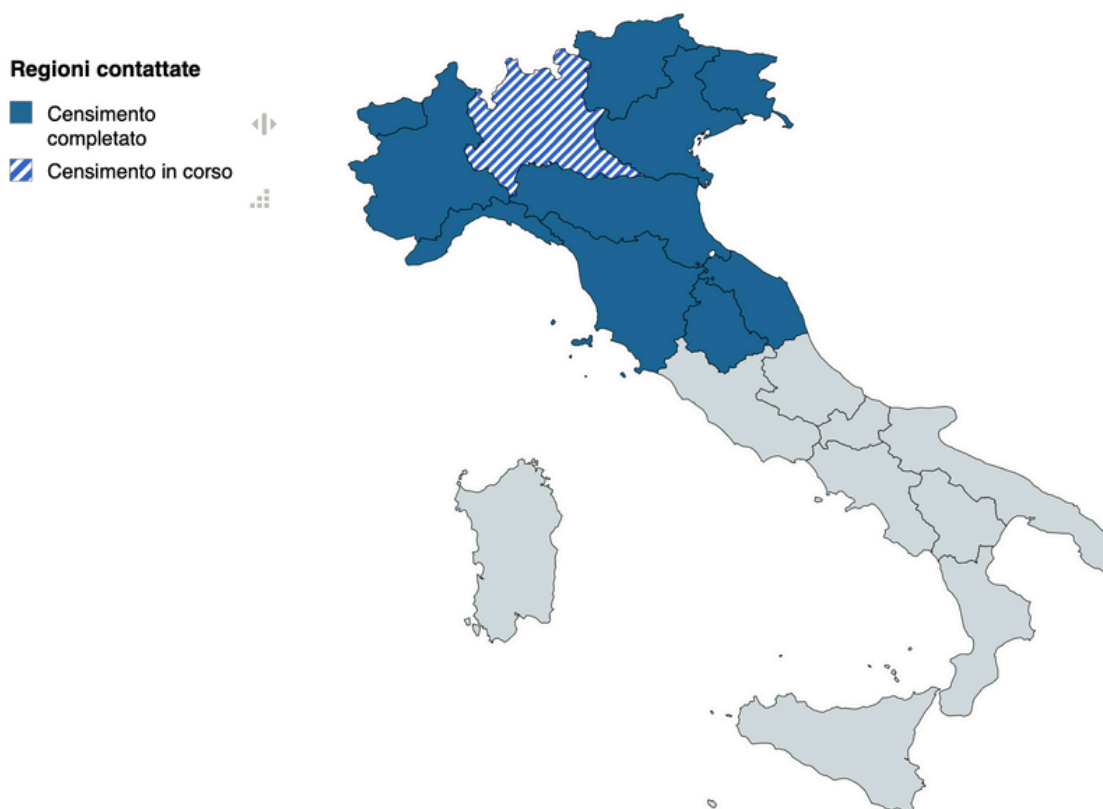
- Liguria
- Emilia-Romagna
- Friuli Venezia Giulia
- Marche
- Piemonte
- Trentino-Alto Adige
- Toscana
- Valle d'Aosta
- Veneto
- Lombardia

Per ciascuna regione sono stati contattati tutti i servizi identificabili, includendo:

- Centri di Salute Mentale / CPS / CSM
- Servizi ospedalieri (SPDC)
- Strutture ambulatoriali pubbliche
- Ospedali e cliniche con servizi psichiatrici

Metodologia: un censimento relazionale e standardizzato

Il contatto ha incluso sia grandi città sia realtà territoriali minori, permettendo una lettura non distorta dal solo contesto urbano.



Dati raccolti

Per ogni servizio contattato sono state registrate in modo sistematico le seguenti variabili:

- tipologia di servizio
- nome del centro
- indirizzo e città
- data del contatto
- presenza o assenza di risposta
- disponibilità dichiarata alla collaborazione

Il censimento non valuta la qualità clinica degli interventi, né formula giudizi sui singoli servizi. I dati raccolti riguardano esclusivamente l'accessibilità relazionale e organizzativa dei servizi rispetto a una proposta di collaborazione orientata al supporto dei pazienti.

Metodologia: un censimento relazionale e standardizzato

Il progetto di censimento prevede, per ciascun servizio, fino a tre tentativi di contatto prima di classificare la struttura come non collaborativa o non rispondente.

Alla data attuale, tutti i servizi inclusi nel database sono stati contattati una prima volta, e il processo di follow-up è in corso.

Questo aspetto è rilevante dal punto di vista metodologico:

i dati presentati in questa sezione rappresentano una fotografia intermedia, ma già sufficientemente ampia da restituire una visione dettagliata dello stato del sistema e delle sue dinamiche di risposta.

Perché questo censimento è rilevante per l'analisi dell'accesso

Il censimento consente di osservare dimensioni dell'accesso che raramente emergono nei dati istituzionali:

- la rintracciabilità reale dei servizi;
- la capacità di risposta a contatti esterni qualificati;
- la disponibilità a collaborare con attori che possono supportare pazienti e familiari fuori dal tempo clinico stretto.

In questo senso, la mancata risposta o il rifiuto sistematico di collaborazione non vengono interpretati come colpa del singolo servizio, ma come indicatore di pressione, sovraccarico o isolamento organizzativo, coerente con quanto emerso nelle altre sezioni del report in termini di carenza di risorse, frammentazione e difficoltà di integrazione territoriale.

Metodologia: un censimento relazionale e standardizzato

Collegamento con le sezioni precedenti del report

I risultati preliminari del censimento forniscono una cornice strutturale alle esperienze riportate nelle sezioni precedenti:

- le difficoltà di accesso e continuità riferite dalle persone trovano riscontro nella disomogeneità dell'offerta e della risposta dei servizi;
- il carico percepito dai professionisti si riflette nella limitata capacità di attivare collaborazioni esterne, anche quando queste potrebbero alleggerire il lavoro clinico;
- le disuguaglianze territoriali emergono non solo nella presenza dei servizi, ma nella loro apertura relazionale e capacità di fare rete.

Il censimento rende quindi visibile un livello spesso invisibile dell'accesso alla cura: la possibilità di costruire alleanze operative attorno alla persona, oltre l'incontro clinico formale.

Valore strategico del censimento

Nel contesto italiano, questo censimento rappresenta uno strumento innovativo perché:

- integra analisi dal basso e visione sistemica;
- osserva il sistema in azione, non solo sulla carta;
- produce dati utili non solo per advocacy, ma per programmazione, collaborazione e policy.

I risultati sono finalizzati quindi anche alla comprensione delle condizioni reali in cui si muovono pazienti, professionisti e servizi, offrendo una base concreta per riflettere su modelli di integrazione più sostenibili.

6.1. Risultati preliminari del censimento dei servizi di salute mentale

Alla data attuale (21 gennaio 2026), **18 strutture su 725 (pari al 2,48% delle strutture contattate)** hanno espresso una disponibilità esplicita alla collaborazione. Questo dato rappresenta una fotografia intermedia del censimento, ma già sufficiente a evidenziare pattern rilevanti nella risposta dei servizi.

Distribuzione regionale della disponibilità alla collaborazione

La disponibilità alla collaborazione mostra una **marcata variabilità regionale**, con **tassi di risposta complessivamente bassi in tutte le aree coinvolte**.

- **Toscana** presenta il numero più elevato di strutture disponibili (4 su 74), con un tasso di risposta del 5,4%.
- **Lombardia e Liguria** seguono con 3 strutture disponibili ciascuna, rispettivamente su 62 (4,8%) e 67 (4,5%) strutture contattate.
- **Veneto** registra 3 strutture disponibili su 128 contatti (2,3%).
- **Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Piemonte** presentano una sola struttura disponibile ciascuna, con tassi inferiori all'1-3%.
- In **Marche, Trentino-Alto Adige, Umbria e Valle d'Aosta** non è stata registrata alcuna risposta positiva alla collaborazione nella prima fase del censimento.

Nota

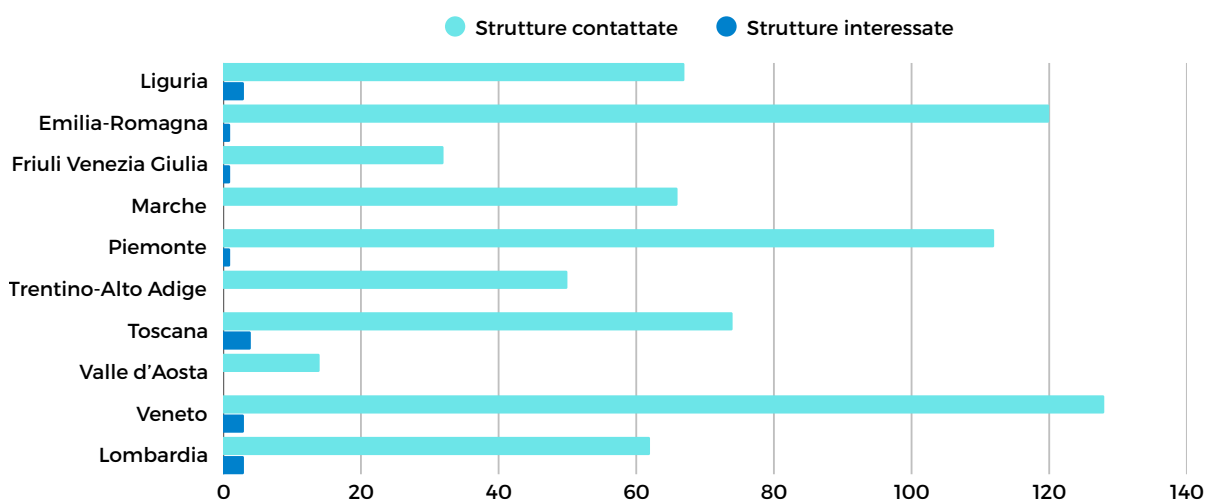
Nel caso della Valle d'Aosta, un singolo interesse alla collaborazione è emerso attraverso una richiesta esterna e non a seguito del contatto standardizzato del censimento; per questo motivo, il dato è riportato come informazione qualitativa e non è incluso nel conteggio quantitativo delle strutture collaboranti.

6.1. Risultati preliminari del censimento dei servizi di salute mentale

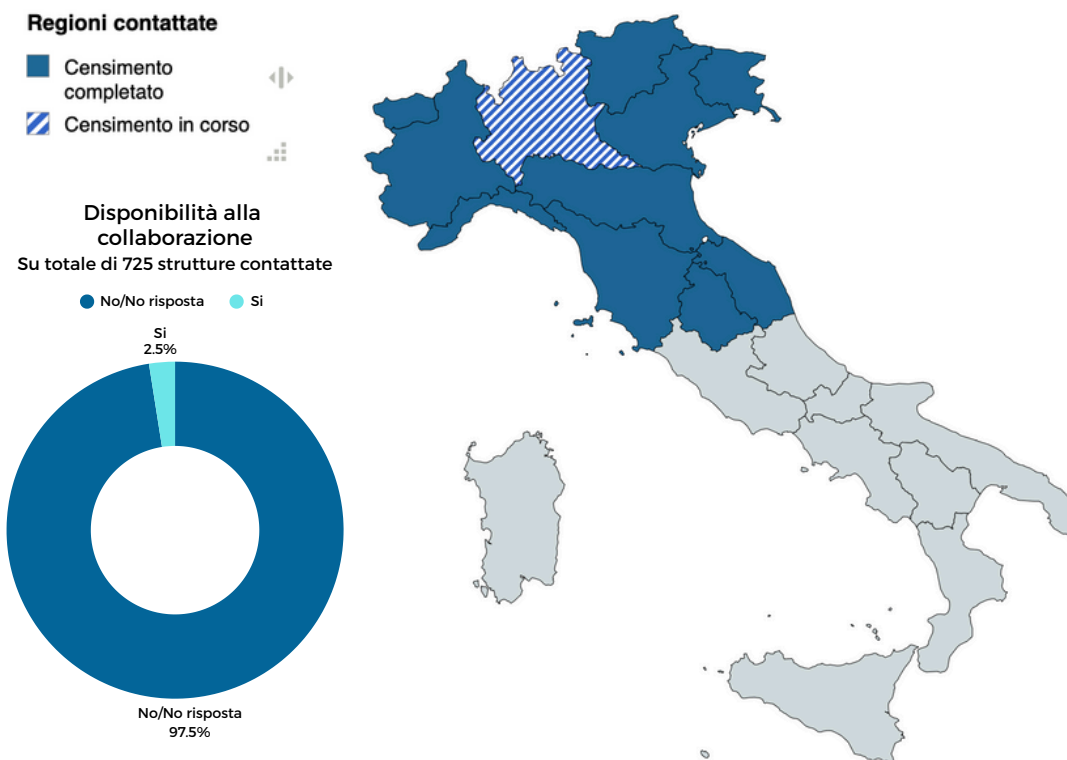
STRUTTURE CONTATTATE UNA SINGOLA VOLTA SU DUE FOLLOW UP PREVISTI NEL FUTURO

Regione	Strutture contattate (N)	Strutture disponibili (N)	% risposta	Stato censimento
Liguria	67	3	4.5%	Completato
Emilia-Romagna	120	1	0.8%	Completato
Friuli Venezia Giulia	32	1	3.1%	Completato
Marche	66	0	0.0%	Completato
Piemonte	112	1	0.9%	Completato
Trentino-Alto Adige	50	0	0.0%	Completato
Toscana	74	4	5.4%	Completato
Valle d'Aosta	14	0	0.0%	Completato
Veneto	128	3	2.3%	Completato
Lombardia	62	3	4.8%	In corso

Percentuale di strutture collaboranti per regione Percentuale calcolata sul numero di strutture contattate per regione.



6.1. Risultati preliminari del censimento dei servizi di salute mentale



In tutte le regioni in cui è pervenuta almeno una risposta, la maggioranza delle strutture rispondenti ha dichiarato disponibilità alla collaborazione. Questo potrebbe indicare che la principale criticità non riguarda l'interesse dei servizi, ma la probabilità stessa di intercettare una risposta al primo contatto.

Fattori confondenti e spiegazioni alternative da considerare

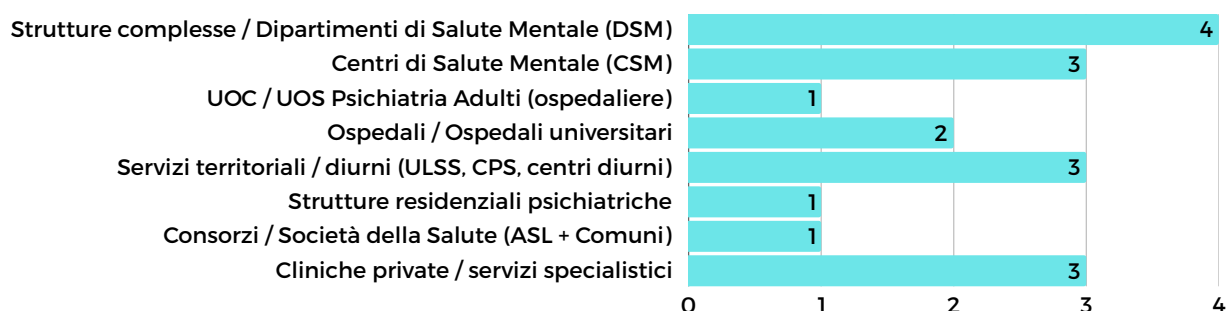
- **Fattori di canale e deliverability:** email istituzionali generiche, caselle non monitorate, filtri antispam, assenza di protocolli interni per gestire richieste esterne.
- **Identificazione del destinatario:** la risposta può dipendere dall'avere (o non avere) un referente nominativo, oppure dal fatto che la mail arrivi a una segreteria senza mandato operativo.
- **Differenze organizzative regionali e aziendali:** alcune regioni/aziende sanitarie possono avere maggiore formalizzazione delle collaborazioni con il terzo settore; altre possono richiedere passaggi autorizzativi più complessi, rallentando o inibendo la risposta.
- **Tipologia di struttura:** servizi territoriali, ospedalieri, residenziali e privati possono avere gradi diversi di autonomia e procedure differenti per accogliere collaborazioni; questo può generare variabilità indipendente dall'interesse clinico.
- **Fase del progetto e follow-up non completati:** nella fotografia intermedia, una quota di non risposte potrebbe trasformarsi in risposte ai contatti successivi; la prima ondata tende a sottostimare la "risposta tardiva".
- **Ambiguità percepita sul perimetro della collaborazione:** alcuni servizi possono interpretare la richiesta come comunicazione istituzionale formale, richiedendo passaggi amministrativi prima di esporsi; altri potrebbero temere implicazioni reputazionali o di responsabilità.

6.1. Risultati preliminari del censimento dei servizi di salute mentale

NUMERO E TIPOLOGIA DI STRUTTURE AD AVER ESPRESSO DISPONIBILITÀ A COLLABORARE

Tipologia di struttura	Numero strutture	Regioni coinvolte
Strutture complesse / Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)	4	Liguria, Toscana
Centri di Salute Mentale (CSM)	3	Liguria, Piemonte
UOC / UOS Psichiatria Adulti (ospedaliera)	1	Emilia-Romagna
Ospedali / Ospedali universitari	2	Toscana
Servizi territoriali / diurni (ULSS, CPS, centri diurni)	3	Veneto, Lombardia
Strutture residenziali psichiatriche	1	Friuli Venezia Giulia
Consorzi / Società della Salute (ASL + Comuni)	1	Toscana
Cliniche private / servizi specialistici	3	Veneto, Lombardia
Totale strutture collaboranti	18	—

Numero e tipologia di strutture ad aver espresso disponibilità a collaborare



6.2. Risposta e silenzio come indicatori di accesso reale: lettura integrata dei risultati del censimento

I risultati del censimento dei servizi di salute mentale acquistano un significato più chiaro se letti alla luce dei dati emersi dal Sondaggio Nazionale sulle Pratiche Scorrette nella Cura dei Pazienti Psichiatrici, che documenta in modo sistematico difficoltà ricorrenti nell'accesso, nella continuità e nella qualità della presa in carico, nonché conseguenze rilevanti sul piano della fiducia e della sostenibilità dei percorsi.

Nel sondaggio emergono criticità che descrivono un accesso "formale ma non pienamente praticabile": orientamento insufficiente, frammentazione dei percorsi, discontinuità tra fasi di cura, e difficoltà a intercettare risorse territoriali e supporti non strettamente clinici. In questo quadro, il censimento non rappresenta una valutazione della qualità clinica dei singoli servizi, ma fornisce un dato complementare: la capacità del sistema di rispondere e attivare reti di supporto attorno alla persona, anche attraverso collaborazioni esterne che possono sostenere il paziente tra un contatto clinico e l'altro.

Un elemento trasversale che emerge dai risultati del censimento è la bassa probabilità di ricevere una risposta esplicita al contatto iniziale, a fronte di una proposta di collaborazione standardizzata e priva di oneri per i servizi. A fronte di oltre settecento strutture contattate, solo una quota molto ridotta ha fornito una risposta formale, positiva o negativa. Tra le risposte pervenute, la maggioranza delle strutture ha espresso disponibilità alla collaborazione, mentre una minoranza ha dichiarato esplicitamente la propria indisponibilità. Tuttavia, la componente numericamente più rilevante del dato resta rappresentata dalle mancate risposte, che costituiscono la modalità prevalente di esito del contatto.

Dal punto di vista analitico, il silenzio non può essere interpretato in modo univoco. Esso può riflettere sovraccarico organizzativo, assenza di tempo o risorse dedicate, ma anche una scelta consapevole di non attivare collaborazioni esterne senza formalizzare un rifiuto. In assenza di una risposta esplicita, non è possibile distinguere tra queste ipotesi. Ciò che risulta invece osservabile è l'effetto sistemico di questa dinamica: la difficoltà di attivare collaborazioni strutturate tra servizi di salute mentale e risorse associative che offrono supporto continuativo, informazione e accompagnamento ai pazienti al di fuori del tempo clinico. Indipendentemente dalle motivazioni sottostanti, la mancata risposta comporta la non attivazione di tali risorse, con ricadute dirette sulla continuità della cura e sull'esperienza delle persone seguite dai servizi. In questa prospettiva, la risposta – o la sua assenza – diventa un indicatore rilevante dell'accesso reale alla cura, non in termini di disponibilità formale dei servizi, ma di possibilità concreta di costruire reti di supporto attorno alla persona.

Letti insieme, censimento e sondaggio convergono su un punto: l'accesso reale non coincide con l'esistenza di un servizio, ma con la possibilità effettiva di entrare in un percorso continuativo e sostenibile, in cui informazione, supporto e orientamento siano disponibili anche fuori dal perimetro dell'atto clinico. Il censimento misura una dimensione specifica e spesso invisibile: la permeabilità relazionale e organizzativa dei servizi rispetto a una proposta di collaborazione finalizzata a colmare bisogni che il sondaggio descrive come ricorrenti (continuità, supporto, accompagnamento, orientamento, fiducia).

6.2. Risposta e silenzio come indicatori di accesso reale: lettura integrata dei risultati del censimento

Allo stesso tempo, è importante delimitare il significato del dato: la mancata risposta non consente di distinguere, da sola, tra indisponibilità, mancanza di canali adeguati, o sovraccarico. Il punto non è attribuire intenzioni, ma descrivere che, qualunque ne sia la causa, l'esito pratico è la non attivazione di una rete complementare, e questa non attivazione è coerente con esiti negativi e vissuti di discontinuità riportati nel sondaggio.

Anche includendo i fattori confondenti, rimane un elemento centrale: quando l'esito prevalente è la mancata risposta, il sistema mostra una difficoltà strutturale nel trasformare una risorsa disponibile in un supporto effettivamente attivato. Dal punto di vista dei pazienti, questo non è un dettaglio amministrativo: significa che strumenti gratuiti di supporto, orientamento e continuità restano spesso "fuori dal percorso", proprio nei punti in cui il sondaggio descrive maggiore vulnerabilità (perdita di fiducia, discontinuità, senso di abbandono, difficoltà a mantenere aderenza e stabilità) .

In altre parole, il censimento rende osservabile un possibile meccanismo che aiuta a spiegare, sul piano sistemico, perché molte delle criticità riportate nel sondaggio non si risolvono anche quando esistono risorse complementari: non vengono attivate, non perché siano assenti, ma perché l'interfaccia tra servizi e territorio è fragile, disomogenea o non strutturata.

Questi risultati suggeriscono che una parte dell'accesso reale alla cura dipende da un'infrastruttura di rete che spesso manca o funziona in modo intermittente: procedure minime per rispondere, indirizzare, integrare, segnalare risorse, e co-costruire continuità. Quando questa infrastruttura non regge, la cura tende a restringersi all'atto clinico e alla gestione reattiva delle fasi acute, lasciando scoperti ambiti che nel sondaggio appaiono centrali per la sostenibilità: supporto nel tempo, orientamento, empowerment pratico, e ricostruzione della fiducia .

Nel loro insieme, i dati indicano che il nodo non è soltanto "quanti servizi esistono", ma quanto il sistema sia in grado di costruire continuità attorno alla persona, anche attraverso alleanze operative che alleggeriscono il carico clinico e migliorano l'esperienza di cura. Il censimento fornisce un indicatore concreto e replicabile di questa capacità: la risposta (o non risposta) a una proposta standardizzata di collaborazione orientata al supporto dei pazienti.

6.3. Implicazioni operative per servizi, territorio e modelli di cura

I risultati del censimento, letti in integrazione con i dati del sondaggio nazionale, suggeriscono che una parte rilevante delle criticità nell'accesso reale alla cura non dipende esclusivamente dalla disponibilità dei servizi o dalla qualità dell'intervento clinico in senso stretto, ma dalla difficoltà di costruire continuità e reti di supporto attorno alla persona nel tempo.

Questa sezione non intende proporre nuovi protocolli clinici né soluzioni standardizzate, ma individuare aree di miglioramento realistiche, coerenti con le evidenze emerse e con i vincoli organizzativi dei servizi.

01

Rendere visibile e tracciabile la collaborazione con il territorio

Il censimento mostra che la collaborazione con risorse associative e di supporto continuo non è sistematicamente strutturata né facilmente attivabile. Un primo passo operativo consiste nel rendere queste collaborazioni esplicite, tracciabili e riconoscibili all'interno dei servizi, anche attraverso procedure minime (es. referenti nominati, indirizzi dedicati, materiali informativi condivisi). Dal punto di vista dei pazienti, ciò può tradursi in una maggiore chiarezza su dove trovare supporto tra un contatto clinico e l'altro, riducendo il senso di frammentazione e abbandono riportato nel sondaggio.

02

Integrare risorse esterne come parte del percorso, non come “extra”

I dati suggeriscono che molte delle difficoltà vissute dalle persone con disturbo bipolare emergono al di fuori del tempo clinico: gestione quotidiana della condizione, segnali precoci, aderenza, orientamento, supporto emotivo e pratico. In questo contesto, le risorse associative non dovrebbero essere considerate come elementi opzionali o informali, ma come componenti complementari del percorso di cura, capaci di sostenere aspetti che i servizi, per loro natura, faticano a coprire in modo continuativo. Un'integrazione più strutturata può contribuire a ridurre il carico sui professionisti, migliorando al contempo l'esperienza complessiva del paziente.

6.3. Implicazioni operative per servizi, territorio e modelli di cura

03

Migliorare la continuità informativa e l'orientamento

Dal sondaggio emerge una difficoltà diffusa nell'orientarsi tra servizi, interventi e risorse disponibili. Anche in presenza di una presa in carico clinica, molte persone riferiscono di non sapere a chi rivolgersi per bisogni non urgenti o non strettamente medici. Un'azione operativa concreta consiste nel rafforzare l'orientamento all'interno dei servizi, includendo in modo sistematico informazioni su risorse territoriali e associative affidabili, con particolare attenzione alle fasi di transizione (diagnosi, dimissioni, cambi di setting).

04

Riconoscere il valore clinico del supporto non strettamente sanitario

I risultati del sondaggio mostrano che supporto emotivo, confronto tra pari, informazione accessibile e accompagnamento pratico hanno un impatto significativo sulla percezione di sicurezza, sulla fiducia nel sistema e sulla sostenibilità dei percorsi di cura. Questi elementi non sostituiscono l'intervento clinico, ma ne rafforzano l'efficacia nel tempo. Riconoscere il valore di tali dimensioni implica superare una visione della cura limitata all'atto sanitario e considerare la salute mentale come un processo che si costruisce anche nella vita quotidiana della persona.

6.3. Implicazioni operative per servizi, territorio e modelli di cura

05

Ridurre la distanza tra raccomandazioni teoriche e pratiche reali

Le linee guida e i modelli di people-centred care raccomandano da tempo un approccio integrato e centrato sulla persona. Tuttavia, i dati del censimento e del sondaggio indicano che la traduzione pratica di questi principi rimane disomogenea. Intervenire su questo scarto non richiede necessariamente nuove evidenze o nuovi modelli, ma una riflessione operativa su come rendere applicabili tali raccomandazioni nei contesti reali, tenendo conto di risorse, carichi di lavoro e vincoli organizzativi.

06

Il ruolo delle associazioni come infrastruttura di continuità

In questo quadro, le associazioni di utenti e familiari possono svolgere un ruolo specifico: non come attori sostitutivi dei servizi, né come semplici iniziative di advocacy, ma come infrastrutture di continuità, capaci di offrire supporto stabile, informazione e accompagnamento nel tempo. Il censimento evidenzia che questo potenziale è ancora parzialmente inesplorato o non pienamente integrato. Rafforzare il dialogo tra servizi e associazioni può rappresentare una leva concreta per migliorare l'accesso reale alla cura, senza aumentare il carico clinico e senza introdurre soluzioni irrealistiche.

07. CONCLUSIONI - LETTURA TRASVERSALE E SVILUPPI

Questo capitolo ricompone in un quadro unitario i risultati del Report AIBP 2025, mettendo in relazione tre livelli di evidenza: i dati quantitativi del sondaggio, l'analisi qualitativa delle esperienze e i risultati preliminari del censimento dei servizi di salute mentale. La lettura trasversale proposta non ha l'obiettivo di ripetere ciò che è già stato descritto nelle singole sezioni, ma di chiarire come le criticità emerse si concatenino lungo l'intero percorso di cura e come producano conseguenze secondarie, spesso evitabili, che finiscono per indebolire proprio gli elementi che rendono possibile la stabilizzazione: fiducia, continuità, aderenza, tempestività dell'accesso e sostenibilità quotidiana del trattamento.

La lettura si sviluppa in continuità con il Report AIBP 2024, assumendolo come punto di partenza. Nel 2024 l'associazione aveva reso visibili nodi spesso marginalizzati o non sistematizzati nei documenti istituzionali: diritti, consenso informato, relazione di cura, disuguaglianze territoriali, distanza tra cura e vita reale, ruolo delle associazioni come infrastruttura di supporto. Il lavoro del 2025 non si limita a reiterare quei temi: li sottopone a verifica empirica e, soprattutto, ne mostra la dinamica. Il dato centrale che emerge è che molte criticità non restano circoscritte al singolo episodio, ma tendono a propagarsi nel tempo, modificando il modo in cui le persone si presentano ai servizi, che cosa raccontano, quando chiedono aiuto e con quale disposizione emotiva. In questa prospettiva, "qualità della cura" non è una categoria astratta: è un determinante operativo degli esiti.

7.1 Dal Report 2024 al Report 2025: dalla denuncia alla misurabilità

Il Report 2024 aveva formulato una richiesta chiara: riconoscere che la cura in salute mentale non è riducibile alla correttezza di una diagnosi o alla prescrizione di un trattamento, ma dipende anche da diritti, continuità, accesso equo, coordinamento tra servizi, qualità della comunicazione e partecipazione di risorse territoriali competenti, incluse le associazioni. In quel contesto, l'integrazione tra sistema sanitario e risorse esterne veniva indicata come una direzione necessaria, ma ancora fragile e spesso lasciata alla buona volontà dei singoli.

Il Report 2025 compie un passaggio ulteriore: mostra che le criticità descritte nel 2024 non sono soltanto “problemi di esperienza” o “difficoltà relazionali”, ma fattori che incidono in modo misurabile su elementi chiave della traiettoria di cura. Quando una quota rilevante di persone riferisce di aver evitato o ritardato l'accesso alle cure per timore della qualità del trattamento (44,8%), o quando il 70% segnala di non aver ricevuto istruzioni o piani chiari per il follow-up dopo il trattamento, diventa evidente che la cura non fallisce solo per mancanza di interventi, ma anche per assenza di condizioni minime di continuità e leggibilità. In altre parole: la cura può esistere formalmente, ma risultare di fatto difficile da seguire, da comprendere e da mantenere nel tempo.

Il confronto 2024–2025 chiarisce quindi una cosa: ciò che nel 2024 veniva nominato come “spazio di collaborazione” o “bisogno di integrazione” nel 2025 emerge anche come “spazio di rischio” quando rimane vuoto. La domanda non diventa “chi ha ragione”, ma “dove si interrompe la cura nella vita reale, e con quali conseguenze prevedibili”.

7.2 Dalla soggettività alla struttura: quando l'esperienza diventa dato

Una delle discontinuità più importanti tra i due report riguarda lo statuto dell'esperienza vissuta. Nel Report 2024 le testimonianze avevano soprattutto la funzione di rendere visibile ciò che raramente trova spazio negli indicatori tradizionali: invalidazione, confusione, paura, perdita di fiducia, solitudine nel rapporto con i servizi. Nel 2025 l'esperienza non è più trattata come elemento aneddotico o “solo soggettivo”: viene osservata come indicatore di funzionamento del sistema.

L'integrazione tra dati quantitativi e analisi qualitativa mostra che alcune dimensioni si ripresentano con una coerenza tale da configurare pattern riconoscibili: difficoltà comunicative, scarso ascolto, percezione di paternalismo, mancanza di spiegazioni, scarsa chiarezza su rischi e benefici, assenza di follow-up, gestione incompleta degli effetti collaterali, barriere di orientamento e coordinamento. La ricorrenza di questi temi non è un dettaglio narrativo: è un segnale che alcune criticità non sono distribuite in modo casuale, ma tendono a emergere nei medesimi punti del percorso di cura e a produrre reazioni adattive prevedibili.

Questo passaggio ha implicazioni operative. Quando l'esperienza riferita dalle persone mostra con continuità un indebolimento dell'alleanza e della fiducia, il dato non descrive solo "come ci si sente", ma indica un punto critico lungo la traiettoria di cura: la persona impara a proteggersi riducendo disclosure, ritardando il contatto, selezionando ciò che racconta, o ricorrendo ai servizi solo in fase avanzata di crisi. Nel 2024 questa dinamica era intuibile; nel 2025 diventa osservabile anche attraverso indicatori di accesso e continuità.

In questa prospettiva, i dati esperienziali non competono con gli indicatori clinici: li completano. Rendono visibili dimensioni centrali della cura (comprensibilità, sicurezza relazionale, continuità tra i contatti) che restano invisibili se non vengono deliberatamente osservate.

7.3 Comunicazione, consenso e relazione di cura come determinanti degli esiti

Il Report AIBP 2025 conferma con chiarezza che comunicazione e relazione non sono un contorno "soft" del trattamento, ma una componente operativa che incide su aderenza, fiducia, continuità e appropriatezza dell'uso delle risorse. I dati indicano un profilo ricorrente: una parte significativa delle persone descrive un sistema in cui il consenso esiste formalmente, ma spesso non si traduce in comprensione, tempo, dialogo e possibilità concreta di porre domande. Nel campione, il 38% riferisce di aver ricevuto trattamenti o esami senza spiegazioni sulla loro necessità; il 59% si è sentito sotto pressione ad accettare cure o farmaci con cui non si sentiva a proprio agio; in molti casi la cura viene percepita come ridotta ai soli farmaci (50%) e le opzioni alternative non vengono discusse (39%). A questo si sommano criticità relazionali esplicite: il 61% riporta scarso ascolto o mancanza di empatia; una quota rilevante riferisce di essere stata trattata più come un insieme di sintomi che come una persona, e oltre un caso su tre descrive vissuti messi in dubbio o minimizzati.

Questi elementi non sono "problemi di stile". Diventano determinanti perché incidono su un nodo cruciale: la disponibilità della persona a restare nel percorso di cura e a renderlo informativamente ricco. Quando l'esperienza del contatto è percepita come poco sicura, poco comprensibile o poco partecipata, aumenta la probabilità che la persona ometta segnali di peggioramento, ritardi l'accesso o si presenti solo in condizioni di maggiore gravità. In un ambito come la salute mentale, dove alleanza e continuità sono variabili centrali degli esiti, questo effetto cumulativo ha un impatto diretto anche sulla sostenibilità del sistema: la cura diventa episodica, difensiva e più costosa nel medio periodo. Il punto critico che emerge nel 2025 è che queste dinamiche si attivano soprattutto nelle fasi di maggiore vulnerabilità. Proprio quando sarebbe necessario un linguaggio più calibrato, una maggiore chiarezza e un consenso realmente informato, tendono a prevalere automatismi comunicativi e organizzativi che accelerano la distanza.

7.4 Il corpo come punto di frattura tra teoria e pratica (e come fattore di continuità)

Un asse trasversale del Report 2025 riguarda la dimensione corporea come luogo in cui lo scarto tra principi teorici e pratica quotidiana diventa particolarmente evidente. Sonno, energia, alimentazione, movimento, effetti collaterali e impatti metabolici sono riconosciuti come centrali nella gestione del disturbo bipolare; tuttavia, i dati mostrano che la loro integrazione nei percorsi reali di cura resta spesso parziale, standardizzata o trattata come elemento secondario rispetto alla prescrizione.

Il punto decisivo del 2025 è che il corpo non emerge solo come tema di benessere, ma come driver della continuità. Gli esiti riportati descrivono conseguenze fisiche, cognitive ed emotivo-relazionali con gradi diversi di durata e severità. Sul versante del danno permanente, una quota significativa segnala compromissione cognitiva persistente (33% delle risposte in quell'area), insieme a disabilità fisica permanente (20%) e disfunzioni metaboliche indotte da farmaci (14%). Sul versante del danno temporaneo, il dato più frequente riguarda effetti collaterali reversibili ma fortemente debilitanti (42%), seguiti da alterazioni temporanee della funzionalità cognitiva o motoria (30%). Sul piano emotivo e relazionale, emerge con forza l'impatto identitario: peggioramento dell'autostima o dell'immagine di sé (34%), riduzione o perdita della libido e del desiderio sessuale (27%), isolamento sociale aggravato o causato dall'esperienza (20%).

Questi numeri non descrivono semplicemente "effetti collaterali": descrivono fattori che cambiano la relazione con la cura. Se la persona non viene preparata a cosa aspettarsi, se rischi e benefici non vengono discussi con chiarezza, se gli impatti corporei vengono minimizzati o trattati come inevitabili, aumenta la probabilità di disinvestimento e di interruzione autonoma, con conseguenze dirette su stabilità e prevenzione delle ricadute. In questa prospettiva, integrare il corpo nella cura non significa aggiungere un capitolo: significa proteggere l'aderenza e rendere il trattamento praticabile nel tempo.



7.5 Accesso reale alla cura: quando il sistema è difficile da attraversare

Il Report 2025 mostra che il tema dell'accesso non può essere letto solo in termini di presenza formale dei servizi. Accesso reale significa attraversabilità: sapere a chi rivolgersi, capire cosa aspettarsi, poter contare su una rete minima tra un contatto e l'altro, incontrare un sistema leggibile e coordinato.

Dal punto di vista delle persone, emergono barriere concrete e ricorrenti: tra chi ha segnalato difficoltà di accesso, la mancanza di disponibilità di servizi specializzati è indicata dal 44,8%, i vincoli economici dal 39,7% e i tempi di attesa lunghi dal 36,2%. Lo stigma o la paura del giudizio continuano a pesare (32,8%), segnalando che l'accesso è anche un fenomeno relazionale e culturale. A questo si aggiunge un livello meno visibile ma decisivo: la frammentazione del sistema. Nel sottogruppo che riferisce problemi sistemici, la mancanza di coordinamento tra professionisti è indicata dal 46,6% e l'assenza di informazioni chiare sui servizi disponibili dal 44,8%. Questi dati descrivono un sistema in cui l'accesso può fallire anche quando un servizio esiste, perché la persona non riesce a orientarsi, non comprende i passaggi, o non sa come mantenere continuità.

L'elemento più critico, trasversalmente, è la carenza di una "struttura di prosecuzione": il 70% riferisce assenza di istruzioni o piani chiari per il follow-up dopo il trattamento. In psichiatria, dove la continuità è parte dell'intervento, questa mancanza non è neutra: produce un vuoto operativo che la persona tende a colmare con rinuncia, attesa passiva o accessi tardivi. È in questo senso che l'accesso non è un momento iniziale: è una dimensione che attraversa l'intero percorso.

7.6 Il censimento dei servizi: l'accesso reale osservato dal lato del sistema

Il censimento dei servizi aggiunge al report un livello di lettura strutturale: osserva il sistema "in azione", cioè nella sua capacità di rispondere e di fare rete, non solo di esistere sulla carta. I risultati preliminari mostrano che, su 725 strutture contattate, 18 hanno espresso una disponibilità esplicita alla collaborazione (2,48%). Il dato varia per regione, ma resta complessivamente basso in tutte le aree considerate. In alcune regioni non è stata registrata alcuna risposta positiva nella prima fase.

Questo dato non va interpretato in modo moralizzante e non consente inferenze univoche sulle motivazioni: può riflettere sovraccarico, assenza di referenti dedicati, canali istituzionali non monitorati, filtri tecnici, mancanza di procedure interne per gestire richieste esterne o scelte organizzative non formalizzate. Tuttavia, al di là delle cause, l'effetto osservabile è chiaro: la non risposta equivale alla non attivazione di una risorsa potenzialmente utile per persone e professionisti.



Letti insieme, i dati del censimento e quelli del sondaggio convergono su un punto: molte esperienze soggettive di “accesso difficile”, disorientamento e discontinuità trovano riscontro in una difficoltà strutturale del sistema nel costruire alleanze operative attorno alla persona. Il censimento rende visibile un livello spesso invisibile dell'accesso: la capacità del sistema di dialogare, di collegare risorse e di attivare reti territoriali.

7.7 Associazioni e territorio: da risorsa informale a infrastruttura di continuità

Il confronto tra 2024 e 2025 chiarisce con maggiore precisione il ruolo delle associazioni e del territorio. Nel 2024 questo ruolo era descritto come risorsa potenzialmente integrabile, ma spesso marginalizzata. Nel 2025 emerge che le funzioni territoriali non sono accessorie: coprono proprio gli spazi in cui la cura tende a interrompersi.

Una parte significativa delle difficoltà, infatti, non si colloca nel singolo incontro clinico, ma tra un contatto e l'altro: attese, incertezza sui passi successivi, gestione quotidiana degli effetti collaterali, bisogno di orientamento, rielaborazione delle esperienze negative, necessità di un contenimento non giudicante che permetta di restare nel percorso senza vergogna o rinuncia. Se questi spazi restano scoperti, aumentano sfiducia, evitamento e discontinuità, con effetti potenzialmente rilevanti sulla stabilità.

In questo contesto, il contributo associativo non coincide con la clinica e non compete con essa: è complementare e strategico. Informazione accessibile, supporto tra pari, orientamento, continuità, spazi di elaborazione e accompagnamento sono funzioni che possono ridurre la frattura tra “cura prescritta” e “cura praticabile”. Il censimento, però, mostra che questa integrazione è ancora scarsamente formalizzata: la probabilità di attivare un dialogo stabile tra servizi e associazioni resta bassa, suggerendo che il limite non è la presenza di risorse territoriali, ma l'assenza di meccanismi operativi che ne consentano l'uso sistematico e replicabile.

Il passaggio chiave rispetto al 2024 è quindi questo: ciò che allora appariva come possibilità oggi si configura come necessità strutturale. Se il sistema non presidia gli spazi tra i contatti, quei vuoti diventano clinicamente rilevanti perché aumentano la probabilità di frattura.

7.8 Responsabilità sistemica e confini dell'attribuzione di colpa

I risultati del Report 2025 richiedono un chiarimento esplicito sul tema della responsabilità. Le criticità emerse non possono essere lette come eventi eccezionali o come somma di colpe individuali. I dati descrivono piuttosto assetti sistemici che rendono probabili alcune dinamiche: consenso formale senza comprensione, comunicazione compressa dalla pressione organizzativa, follow-up non strutturato, frammentazione del coordinamento, integrazione territoriale affidata all'iniziativa personale.

Chiarire i confini della colpa non significa attenuare la portata critica dei risultati. Al contrario, consente di spostare l'attenzione su ciò che è modificabile. Se i problemi fossero solo individuali, le soluzioni resterebbero episodiche. Il fatto che emergano pattern ripetuti apre spazi di intervento realistici: formazione mirata sulla comunicazione nelle fasi ad alta vulnerabilità, standard minimi di consenso informato e comprensibilità, piani di follow-up chiari, monitoraggio strutturato degli effetti collaterali, meccanismi semplici ma stabili di rete territoriale e collaborazione.

In questa prospettiva, la responsabilità sistemica non è un'accusa: è una leva. Significa rendere visibili condizioni che producono sofferenza evitabile e trasformarle in punti di miglioramento misurabili.



7.9 Conclusione generale e prospettive

Nel suo insieme, il Report AIBP 2025 restituisce una fotografia coerente del funzionamento reale della cura per le persone con disturbo bipolare in Italia, mostrando che molte criticità attraversano l'intero percorso: dalla fase valutativa, alla relazione di cura, alla gestione del corpo e degli effetti collaterali, fino all'accesso reale e alla capacità del sistema di costruire continuità. Il confronto con il 2024 evidenzia una continuità netta nei nodi segnalati, ma anche un salto di qualità: oggi non osserviamo solo "criticità", osserviamo la traiettoria con cui queste criticità producono esitazioni, rinuncia, sfiducia e discontinuità.

Un messaggio trasversale emerge con particolare chiarezza: la frattura tra principi dichiarati e pratica quotidiana non è un problema teorico, ma un determinante degli esiti. Se la persona non comprende, non è coinvolta, non riceve indicazioni chiare per il dopo, o sperimenta una gestione incompleta del corpo e degli impatti del trattamento, la cura diventa difficile da sostenere. Quando questo accade in modo ripetuto, l'effetto cumulativo modifica il comportamento di accesso e la relazione con l'intero sistema.

In questo contesto, il territorio e le associazioni emergono come una risorsa strategica ancora poco attivata. Molte criticità si concentrano negli spazi non presidiati dal tempo sanitario; se questi spazi restano vuoti, aumentano la probabilità di frattura e la fragilità della continuità. Rafforzare le connessioni territoriali e costruire partnership replicabili non è un'aggiunta opzionale, ma una condizione per rendere i percorsi davvero praticabili.

Le prospettive future non richiedono soluzioni semplicistiche, ma una direzione chiara: investire in strumenti indipendenti di raccolta e analisi dei dati esperienziali, integrarli con indicatori di continuità e qualità della relazione di cura, e usare queste evidenze per co-progettare miglioramenti realistici con servizi, decisori e territorio. In salute mentale, ascoltare sistematicamente l'esperienza delle persone non è un gesto accessorio: è parte della cura e parte della governance della qualità.

