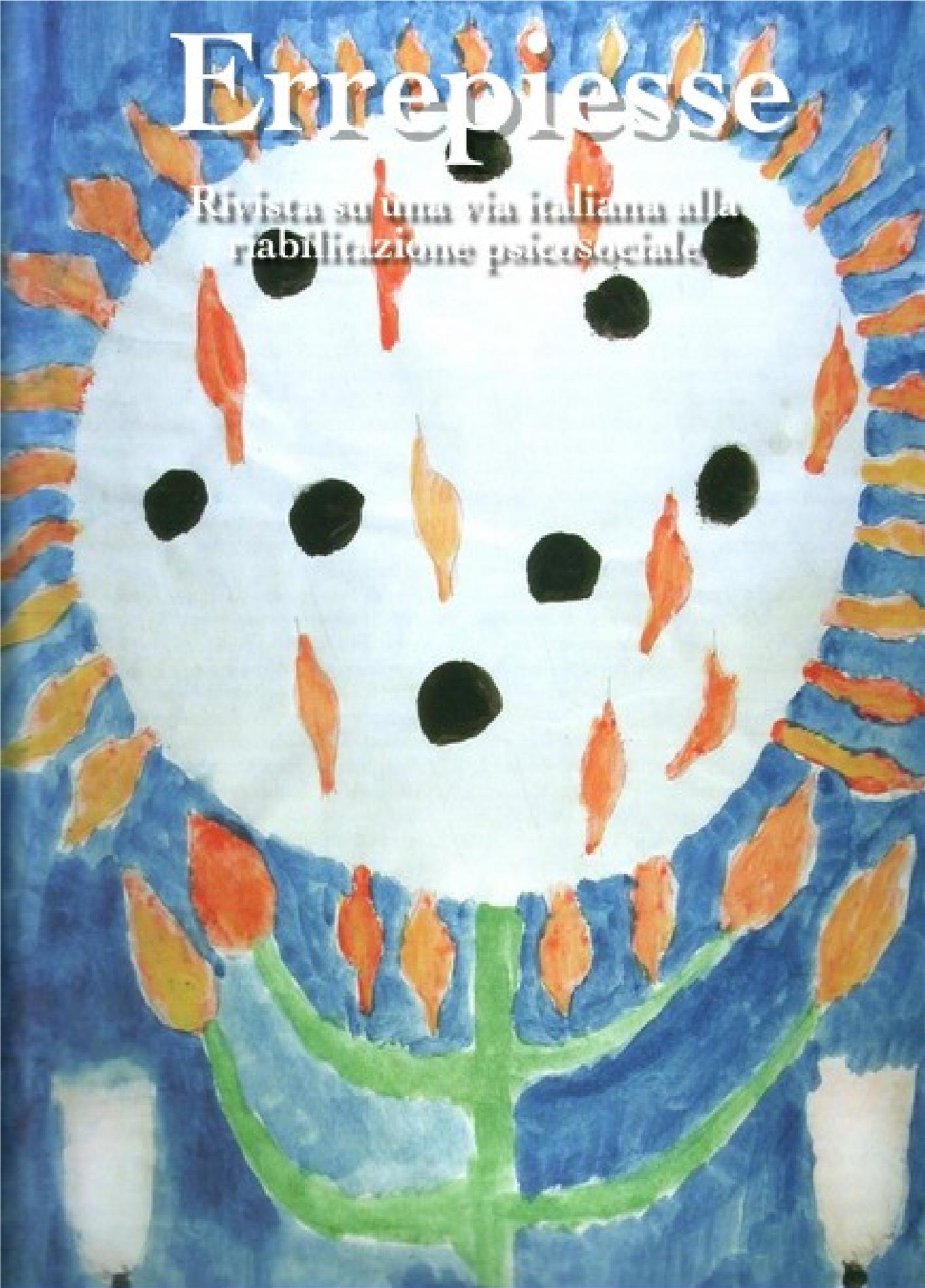


Errepiesse

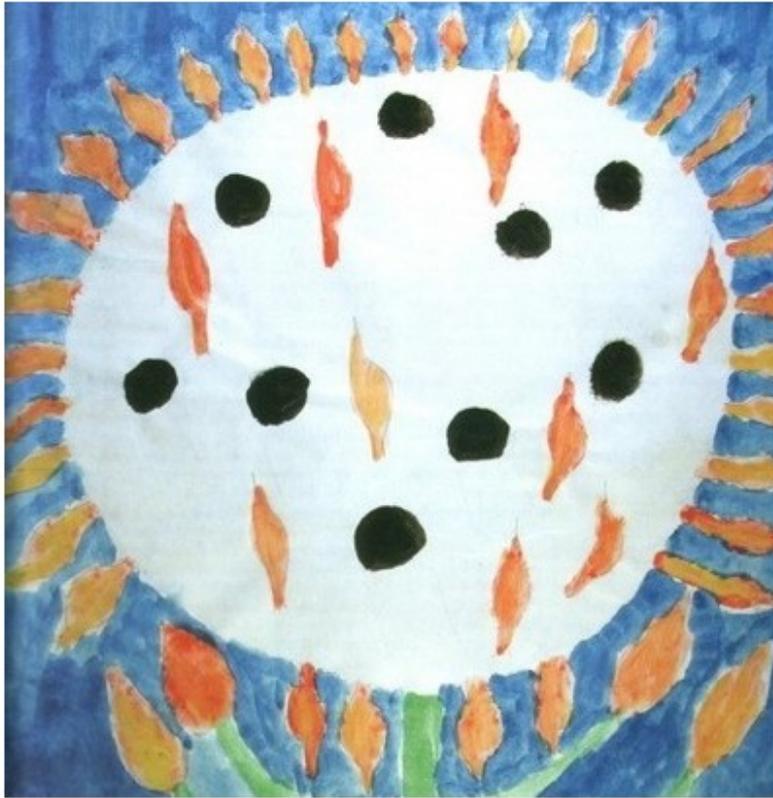


Rivista su una via italiana alla
riabilitazione psicosociale

QUADRIMESTRALE

ANNO II - N°1 - APRILE 2008

Sommario



PRIMA PAGINA

- Questioni etiche in riabilitazione psichiatrica di Elena Consonni, Massimo Rabboni
- Programma Convegno Nazionale SIRP 2008

LA VIA ITALIANA

- Oltre il farmaco: trattamenti integrati di Antonella di Noia
- Collaborazione interstrutturale e multidisciplinare: un'esperienza terapeutico-riabilitativa di Luigi Rubino, Cristina Bellazzacca, Filippo Tancredi, Massimo Rabboni

IL LAVORO E I SERVIZI

- Esperienze di auto-mutuo-aiuto (AMA) di Antonella di Noia
- La riabilitazione territoriale dei disturbi del comportamento alimentare tra linee guida e pratica clinica di Bruno Gentile, Pierandrea Salvo, Erika Baldissera

LE REGIONI

- Considerazioni del direttivo SIRP Triveneto

RECENSIONI

- Etica, Estetica, Matematica. La psichiatria tra clinica, cultura e impresa a cura di Giovanni Giusto
- Dal mal di vivere alla depressione di Nicola Lalli

NORME REDAZIONALI

ARCHIVIO

SCARICA LA RIVISTA

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Rabboni

COMITATO DI REDAZIONE
Consiglio Direttivo Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (S.I.R.P.)
Sezione della Società Italiana di Psichiatria

Presidente: M. Rabboni
Past-President: B. Carpinello
Presidente Onorario: L. Burti
Consiglieri Onorari: F. Pariente, M. Casacchia, G. Ba, F. De Marco
Vice-Presidenti: † S. Cotugno, R. Roncone
Tesoriere e Segretario Generale f.f.: B. Gentile
Coordinatore delle Sezioni Regionali: G. Saccotelli
Consiglieri: A. Albera, F. Barale, L. Basso, C. Bellazzacca, F. Catapano, E. Goldfluss, N. Gomez, S. Guelfi, S. Lupoi, F. Pesavento, P. Pisseri, M. Rigatelli, I. Rossi, R. Sabatelli, D. Sadun, E. Tragni, A. Vita
Delegato S.I.P.: P. Peloso
Revisori dei Conti: M. Bellini, M. Peserico, C. Viganò
Segretari Regionali
Abruzzo: M. Casacchia
Calabria: M. Nicotera
Campania: G. Corrivetti
Emilia-Romagna: F. Alberoni
Lazio: J. Mannu
Lombardia: M. Clerici
Liguria: L. Gavazza
Marche: E. Alfonsi
Molise: S. Tartaglione
Piemonte: A. Pellegrino
Puglia: G. Saccotelli
Toscana: C. Rossi
Triveneto: D. Lamonaca
Sardegna: A. Baita
Sicilia: D. Labarbera

SEGRETERIA DI REDAZIONE
Antonella Baita, Cristina Bellazzacca, Lorenzo Burti, Bruno Gentile

Casa Editrice Update International
Congress SRL - via dei Contarini 7 - Milano
Registrazione Tribunale Milano n.636 del 18/10/2007

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori.

L'immagine in copertina, intitolata "Il mondo", è stata realizzata all'interno del centro salute mentale di Vicolo Terese del 1° servizio psichiatrico di Verona in collaborazione con il pittore Luigi Scapini. Il laboratorio si è svolto nel periodo novembre 2002 aprile 2003.

Questioni etiche in riabilitazione psichiatrica

di Elena Consonni*, Massimo Rabboni**

Abstract

Ethic, as the resulting of principles, rules and usual ways of behaving which inspire the acting of each person, has a central role in someone's personal and professional life, especially for those persons engaged in helpful professions. In fact when people, at disposal of someone else in trouble and asking for help, choose their own behaviour, cannot prevent from reasoning in ethical terms, that is from considering a series of values which above all guarantee a "good will" at the basis of acting for others.

Anyway, as interviews on the field will be able to demonstrate, the consciousness concerning the importance of the theme is not so spread among psychiatric care and rehabilitation operators: for this reason it is necessary to be attentive on this matter and continuing in discussing about it.

L'etica può essere definita come "l'insieme dei principi, delle regole e delle norme di condotta che ispirano l'agire di ogni individuo nel consorzio umano dove egli vive ed opera. Essa non si limita allo studio del comportamento umano, ma ricerca ed indica anche i mezzi per attuarlo nel modo migliore"[1]. Si può dunque affermare che l'etica si occupa della questione di "come ci si deve comportare", di cosa è giusto e di cosa non lo è. Non è facile stabilire cosa renda un'azione buona o cattiva ed individuare principi o norme oggettive regolatori dei comportamenti. Secondo Aristotele, è addirittura impossibile assumere un atteggiamento dogmatico: secondo il filosofo, infatti, nelle questioni etiche bisogna essere ragionevoli piuttosto che insistere su un tipo di esattezza che la natura dei casi non permette; altrimenti il rischio è quello di mettere in atto un atteggiamento violento e privo di risultati a livello pratico.

Nonostante l'evidente difficoltà nell'individuazione di "norme etiche", l'uomo, nel corso della sua storia, ha sempre cercato degli strumenti, descrittivi o operativi, che potessero in qualche modo codificare ciò che è lecito e ciò che è proibito. Continua a cercarne tuttora ed è effettivamente molto importante che ciascuno continui ad interrogarsi, nella propria vita, personale e professionale, rispetto alla bontà del proprio comportamento: fermarsi a riflettere, infatti, vuol dire attivarsi per compiere una scelta ponderata e che abbia alla base delle solide motivazioni. Adottare un simile atteggiamento diventa poi fondamentale per chi è chiamato a svolgere un lavoro a stretto contatto con persone in difficoltà: mettersi a disposizione di individui che, per ragioni diverse e in modi differenti, chiedono di essere aiutati, significa non poter prescindere da tutta una serie di valori che dovrebbero costantemente orientare l'agire di ciascuno nei confronti dell'altro verso il raggiungimento di un "buon obiettivo". Essendo poi ognuno diverso dall'altro e con un proprio background personale e culturale, è naturale che le possibili interpretazioni dell'aggettivo "buono" in riferimento all'atteggiamento nei confronti dell'altro possano essere molteplici: diventa pertanto facilmente coglibile l'impossibilità di stendere delle regole "rigide ed universali" che orientino in modo preciso, dal punto di vista etico, l'agire professionale. Risulta impossibile perché l'etica non riguarda un qualcosa di unico ed immutabile, ma si occupa della condotta umana, inevitabilmente influenzata sia dall'educazione che ciascuno riceve e quindi da "norme" che abitano "il mondo interiore", sia dalla cultura e dalla società che, in questi ultimi anni, si presentano in rapida e continua trasformazione. Diventa quindi fondamentale che l'etica sappia innanzitutto essere flessibile e duttile, attenta alle nuove questioni che emergono nella società contemporanea, senza però dimenticare l'importanza di mettere al centro il singolo individuo, ancora di più se quest'ultimo si trova in una situazione di particolare disagio. Si parla di un'etica flessibile, quindi, ma non per questo assente; un'etica che lascia spazio d'azione al professionista ma, allo stesso tempo, elenca una serie di valori che devono essere comunque rispettati nell'agire nei confronti dell'altro. Il fatto che esistano delle "linee - guida" non esclude comunque in maniera assoluta la

possibilità che gli operatori incontrino situazioni particolarmente difficili da gestire ed interpretare sul piano etico.

Da un lato, infatti, l'esistenza di linee-guida in parte suggerisce, in parte conferma la tesi secondo la quale, in psichiatria, per molti aspetti la buona pratica clinica si sovrappone alla buona pratica etica, essendo il principio fondamentale dell'utilizzo della relazione terapeutica secondo uno scopo migliorativo per la situazione personologica ed esistenziale del paziente (cioè secondo il principio di beneficiabilità) comune ad entrambi gli ambiti; dall'altro, però, la valenza normativa delle linee-guida stesse le allontana dall'ambito di una riflessione etica, che non può che essere rappresentata dalla riflessione dei e sui soggetti effettivamente coinvolti in una situazione complessa e/o problematica.

Proprio per questo ragionare in termini etici è importante affinché resti viva l'attenzione su questo tema, attenzione necessaria per ricreare continuamente un'etica in continua evoluzione.

Evoluzione, che rappresenta certamente uno degli elementi fondamentali che distinguono l'etica dalla norma, tendenzialmente irrigidita, oltre che astratta. Un secondo elemento di distinzione, che è certamente opportuno rammentare, è che l'etica, proprio per la sua natura personale, non può essere rinchiusa in un percorso di affermazione rigida, ma deve essere sviluppata come testimonianza al meglio del valore e del senso delle diverse posizioni.

La questione etica ricopre un ruolo fondamentale per ciò che concerne, in modo particolare, la riabilitazione psichiatrica, disciplina diffusa soprattutto negli ultimi anni, volta al miglioramento della qualità della vita del malato mentale, in modo da consentire alla persona affetta dal disturbo il miglior benessere possibile. Gli operatori che lavorano nel campo della riabilitazione psichiatrica dovrebbero dunque muoversi in questa direzione, orientando il proprio lavoro alla riconquista, da parte del paziente, della possibilità di usufruire di tutti i diritti di essere cittadino, di ricominciare ad "abitare" il proprio territorio di appartenenza in maniera adeguata e di sviluppare le risorse e le abilità in relazione ai propri desideri e al proprio stile di vita. Se appare dunque chiaro che cosa debba fare un operatore e quali siano i suoi compiti, non si può dire lo stesso rispetto al "come" egli si debba muovere perché gli obiettivi previsti dal progetto possano essere effettivamente raggiunti. Si potrebbe di primo acchito pensare che un "buon riabilitatore" si individui guardando al numero di pazienti dimessi; in realtà, da un punto di vista etico, quello che diventa veramente importante è l'*intenzione*, che l'operatore pone alla base del suo lavoro, di arrivare a ciò che ritiene sia il "meglio" per il paziente, considerando tutte le caratteristiche del singolo caso: non importa che l'obiettivo venga concretamente raggiunto, ma che chi guida il paziente lungo il percorso di cura faccia di tutto perché si arrivi ad un miglioramento. Possono infatti frapporsi, lungo un percorso pensato in maniera "eticamente corretta" dall'operatore, degli ostacoli imprevisi ed imprevedibili che impediscono, o quantomeno rallentano, il raggiungimento dello scopo: in questo caso, anche se l'obiettivo non è stato raggiunto nei tempi e nei modi previsti, il riabilitatore ha comunque rispettato il proprio impegno etico, si può definire, dunque, da questo punto di vista, un "buon operatore". L'intenzione di "arrivare al meglio" da parte del professionista risulta pertanto l'elemento fondamentale di un agire riabilitativo che possa definirsi "etico".

eticamente parlando, sempre a proposito della modalità di agire dell'operatore, l'attenzione va posta anche sui mezzi che vengono utilizzati per il raggiungimento dell'obiettivo. La questione diventa infatti realmente problematica nel momento in cui ci si interroga sugli strumenti che vengono impiegati dall'istituzione terapeutico riabilitante: è importante che l'operatore effettui, durante la stesura e l'applicazione dell'intero percorso riabilitativo, una costante riflessione critica che lo ponga al riparo dal rischio di agire secondo la logica "del fine che giustifica i mezzi". È infatti sbagliato pensare che qualsiasi strumento in grado di produrre una modificazione comportamentale nel soggetto sia legittimamente utilizzabile. Ciò che soprattutto deve essere evitato è il configurarsi dell'insieme delle procedure riabilitative in una forma che pone il paziente al centro di un sistema in cui elementi incombono su di lui, facendolo oggetto di operazioni che egli subisce passivamente. Occorre procedere secondo un modello diverso, in cui il paziente possa

sentirsi parte attiva del suo percorso di cura, secondo quanto previsto da un contratto terapeutico da lui liberamente e consapevolmente scelto.

In questo senso, la Legge 180, al di là delle sue conseguenze ordinamentali, ha rappresentato anche un completo sovvertimento dell'etica del lavoro in psichiatria: laddove prima, infatti, l'esistenza di un minuzioso regolamento applicativo poneva l'agire degli operatori in un contesto di rigidità, ma anche di certezza, la linearità normativa della 180 ha potentemente restituito valore e senso all'operare del singolo, collocato in un innovativo contesto di libertà, ma anche confrontato con nuove ed inedite questioni di responsabilità.

Tenere presente il tema dell'etica in riabilitazione psichiatrica diventa particolarmente importante in relazione al fatto che l'operatore è egli stesso strumento per la realizzazione del progetto riabilitativo; e, in quanto tale, egli è sempre un soggetto etico, ne sia consapevole o meno. Tutte le "cose" che il riabilitatore usa, oggetti materiali o prodotti culturali, sono in se stesse eticamente indifferenti: "la qualità etica viene loro conferita da chi le usa, e chi le usa ancor più le connota in senso etico se è ben consapevole di agire egli stesso come soggetto etico"[2].

Ragionare in termini etici, appare pertanto fondamentale perché un buon operatore riesca a gestire in maniera adeguata le problematiche "reali" che si incontrano quotidianamente nell'agire professionale. Proprio per indagare come la questione etica venga effettivamente percepita dai professionisti che lavorano a stretto contatto con la malattia mentale, sono state condotte una serie di interviste sul campo, rivolte a quattro categorie professionali: medici psichiatri, infermieri, educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica. Si è tentato di riferirsi ad operatori esercitanti la professione in strutture con caratteristiche differenti tra loro, di modo da poter disporre di punti di vista maturati in maniera diversa a seconda del declinarsi di un agire influenzato magari dalle caratteristiche del contesto. Per ciascun profilo, sono stati intervistati cinque professionisti, ai quali, dopo alcune domande in merito alla propria situazione anagrafica, sono stati rivolti quesiti specifici relativi al tema dell'etica, volti a valutare la situazione sia da un punto di vista "teorico", per esempio, è stato chiesto a ciascuno di collegare il tema dell'etica ad alcuni concetti individuali; sia da un punto di vista "pratico", indagando su particolari situazioni di vita professionale in cui essi si siano trovati concretamente di fronte ad un dilemma di tipo etico.

Risposte all'intervista

Si è mai imbattuto nel corso della sua carriera professionale, in situazioni in cui ha avvertito un dilemma di tipo etico? Se sì, di che tipo di dilemma si trattava e come l'ha risolto?

Medici

TUTTI i medici si sono imbattuti in dilemmi di tipo etico, con riferimento al ***SEGRETO PROFESSIONALE*** (3) e alle difficoltà/necessità di un ***CONSENSO INFORMATO*** e di una ***REALE ADESIONE AL TRATTAMENTO*** (2). Le situazioni problematiche sono state risolte utilizzando ***BUONSENSO*** nel rispetto delle normative vigenti, tentando di creare un ***EQUILIBRIO*** tra il ***BENE*** del paziente, la sua ***EFFETTIVA VOLONTÀ***, la sua ***LIBERTÀ DI SCELTA*** e i suoi ***DIRITTI FONDAMENTALI***.

Infermieri

QUATTRO infermieri su cinque hanno vissuto dilemmi etici, in relazione al tema della ***CONTENZIONE*** fisica/chimica del paziente, all'importanza del rispetto della ***PRIVACY*** e alla ***NON CONDIVISIONE*** di un progetto steso dall'équipe (2). Le difficoltà sono state affrontate utilizzando il ***DIALOGO*** nel tentativo di evitare la contenzione e il ***BUONSENSO*** nel prendere decisioni, evitando di partecipare attivamente ad un progetto se non si condividono le posizioni dell'équipe.

Educatori

TUTTI si sono imbattuti in problematiche etiche, con riferimento alla **NON CONDIVISIONE** di un progetto elaborato dall'équipe, alla **DICOTOMIA** tra un obiettivo "ideale" e la realtà dei fatti, ad una **GESTIONE** adeguata delle **ASPETTATIVE** troppo **ALTE** dei parenti del paziente, all'importanza di una costante **AUTOVALUTAZIONE** della qualità del proprio lavoro e all'opportunità di diventare **REFERENTE** di un paziente verso il quale si hanno dei pregiudizi. Le situazioni sono state affrontate **NON PARTECIPANDO** ad un progetto non condiviso, individuando un "giusto" **COMPROMESSO** tra l'ideale e il realizzabile e **RIFORMULANDO** il percorso quando il paziente non ce la fa, mantenendo un **AGGIORNAMENTO** continuo per garantire la qualità del proprio agire e **CHIEDENDO AIUTO** a persone con maggiore esperienza per mitigare i pregiudizi su un paziente.

Tecnici della riabilitazione psichiatrica

TRE intervistati su cinque si sono trovati a gestire situazioni eticamente controverse, in riferimento alla gestione di un intervento su pazienti **SCARSAMENTE COMPLIANTI** o che **NON RIESCONO** a seguire il progetto, al **COINVOLGIMENTO** di familiari effettivamente poco presenti nella vita del paziente e al dover scegliere se privilegiare dei **BUONI RAPPORTI** con i colleghi o un **BUON INTERVENTO** sul paziente quando le due cose entrano in conflitto. Le problematiche sono state affrontate **DISCUTENDO** e **VALUTANDO** ogni situazione in équipe (2) e tentando una **MEDIAZIONE** nei conflitti con i colleghi, privilegiando sempre il bene del paziente.

Secondo lei, è possibile individuare alcune questioni particolarmente rilevanti in termini etici nella psichiatria contemporanea? Se sì, quali?

Medici

Vengono riferite tematiche relative all'importanza di un **CONSENSO REALMENTE INFORMATO** e di una **REALE ADESIONE AL TRATTAMENTO** (3), al **SEGRETO PROFESSIONALE**, al **DIRITTO** per chiunque **ALLA RIABILITAZIONE**, alla necessità di non intraprendere un trattamento unicamente su richiesta di un **CONTROLLO SOCIALE** del paziente e al desiderio di **MATERNITA'** in donne schizofreniche.

Infermieri

Le questioni etiche citate si riferiscono ai temi della **CONTENZIONE** e dei trattamenti coercitivi in generale, del **RISPETTO** del paziente nella sua globalità (2), del rischio di "**PSICHIATRIZZAZIONE**" del paziente in SPDC, del **SEGRETO PROFESSIONALE** e dell'importanza di un **CONSENSO** al trattamento.

Educatori

Le tematiche riferite (più d'una per ciascun intervistato) riguardano la necessità di **CONDIVIDERE VALORI ETICI** all'interno dell'équipe (2), di un'adeguata **GESTIONE** della presa in carico dei pazienti **EX MANICOMIALI** (2) e del **FUTURO** dei pazienti con un basso livello di autonomia, l'importanza di costruire un progetto che consideri le **RISORSE** a disposizione, il **TSO** e la **DIFESA** dei diritti del paziente, l'importanza di un **AGGIORNAMENTO CONTINUO** per garantire un agire professionale di "buona qualità".

Tecnici della riabilitazione psichiatrica

Le questioni suggerite si riferiscono ad una **GESTIONE ADEGUATA** delle **RISORSE** a disposizione e dei pazienti con elevato livello di **AGGRESSIVITA'** auto ed etero rivolta, alla

possibilità di **PROCREAZIONE** tra pazienti psicotici, alla necessità di eliminare **STIGMA** e **PREGIUDIZI** nei confronti della malattia mentale, all'importanza di considerare il paziente come **SOGGETTO** e quindi **PROTAGONISTA** del proprio percorso di cura, alla necessità di migliorare la gestione del **TSO** per pazienti minorenni.

Pensando alla parola “etica”, cosa le fa venire in mente?

(Più di una risposta per ciascun intervistato)

Medici

Gli intervistati richiamano il termine **ETHOS** (2), le idee di **MORALE** (2) e di **COSCIENZA**, la scelta tra **GIUSTO** e **SBAGLIATO**, la distinzione tra etica **IDIVIDUALE** e **COLLETTIVA**, il rispetto dei **DIRITTI FONDAMENTALI** e della **LIBERTA'** di **SCELTA** del paziente.

Infermieri

I temi riferiti riguardano l'idea di **MORALE** (3), i principi di **EQUITA'**, di **AUTONOMIA** e **BENEFICIALITA'**, la **CORRETTEZZA** e la **COSCIENZA** come guide dell'agire (2), il rispetto dell'**ETICA PROFESSIONALE**, della **DEONTOLOGIA** e delle **NORME GIURIDICHE** nell'operare con il paziente.

Educatori

Di nuovo vengono citati i temi della **MORALE** (2) e del rispetto di **VALORI**, personali e della struttura (2), del rispetto del codice **DEONTOLOGICO**, della tutela del **BENESSERE** del paziente e dei suoi **DIRITTI** (2) e della **CORRETTEZZA** nella relazione con l'utente e con i famigliari.

Tecnici della riabilitazione psichiatrica

Gli intervistati collegano al tema dell'etica l'importanza di riferirsi, nel proprio agire professionale, a ciò che è **GIUSTO** (2) e al rapporto con la propria **COSCIENZA**, l'idea di **MORALE**, l'insieme delle norme di **CONDOTTA** adottate dall'équipe, l'attuazione di azioni volte al **BENESSERE** e alla **TUTELA** della persona, l'idea di un **FILO CONDUTTORE** che guidi pensieri ed azioni.

Cosa significa per lei “operare in termini etici”?

Medici

Significa operare nel **RISPETTO** delle **PERSONE** (2), dei propri **PRINCIPI** e promuovendo la **SOGGETTIVITA'** del paziente, **OSSERVARE** con rigore il proprio **MANDATO ISTITUZIONALE**, senza cedere all'esigenza di controllo del malato mentale che proviene dalla società, garantire a ciascuno il **DIRITTO** alla **RIABILITAZIONE**, perseguire un **CONSENSO REALE** del paziente.

Infermieri

Vuol dire operare nel **RISPETTO** dell'individualità del paziente (2) e della sua privacy, salvaguardandone il **BENESSERE** a livello globale (2), operare secondo il principio di **EQUITA'** e garantire la **SODDISFAZIONE** dell'utente, tutelando sempre la sua dignità.

Educatori

Significa rispettare il bagaglio di **VALORI PERSONALI** e **PROPRI** della struttura in cui si opera (2) e quelli dettati dal **CODICE DEONTOLOGICO**, operare secondo **COSCIENZA**, secondo **CRITERI RICONOSCIUTI** dalla comunità sociale e **CREDENDO** nel proprio agire.

Tecnici della riabilitazione psichiatrica

Significa offrire un percorso riabilitativo **ADEGUATO** alle caratteristiche del paziente, steso attraverso un lavoro di **CONTRATTAZIONE** e valutando a priori le **RISORSE** a disposizione, operare secondo **COSCIENZA**, rispettando il principio di **BENEFICIALITA'** e senza privare il paziente della sua **DIGNITA'**, agire secondo delle **LINEE – GUIDA**, mantenendo però un atteggiamento **MODIFICABILE** a seconda dell'emergere di nuove situazioni, essere soggetto **AUTENTICO** nella relazione con il paziente.

È possibile, a suo avviso individuare delle norme di “buona pratica etica” Se sì, sarebbe in grado di suggerirne alcune?

(Più di una risposta per ciascun intervistato)

Medici

QUATTRO medici su cinque suggeriscono norme di buona pratica etica, **UNO** ritiene il tema troppo complesso e bisognoso di approfondimenti. Le regole richiamate riguardano l'agire nel **RISPETTO** dell'altro, paziente o collega (3), e secondo **BUONSENSO**, il **VALUTARE** le risorse a disposizione in modo da portare avanti un agire coerente, attuabile e motivato nei confronti del paziente (2), lo sviluppo di un buon livello di **AUTOCRITICA** del proprio operato.

Infermieri

TUTTI gli intervistati individuano regole etiche, facendo riferimento in particolare al **RISPETTO** dei **DIRITTI** fondamentali del paziente (3) e della sua **AUTONOMIA** (2), ai principi di **EQUITA'** (2) e di **BENEFICIALITA'** (2), ad un lavoro **COLLABORATIVO** con gli altri membri dell'équipe e all'importanza di **PRESERVARE SE STESSI** in modo da poter dare sempre il meglio nella relazione con il paziente.

Educatori

TUTTI gli intervistati accettano di suggerire norme di buona pratica etica. Si riferiscono all'importanza di valorizzare la **SOGGETTIVITA'** del paziente (3), adottando in particolare un approccio “su misura” con i pazienti immigrati, all'utilizzo dell'**EMPATIA** e al **RISPETTO** della **SOFFERENZA** del paziente, al principio di **RESPONSABILITA'**, alla necessità di perseguire un obiettivo realmente **UTILE** per il paziente.

Tecnici della riabilitazione psichiatrica

TUTTI suggeriscono regole di pratica etica e, nel farlo, fanno riferimento all'importanza di ottenere un **CONSENSO REALMENTE INFORMATO**, di stendere un **PROGETTO** condiviso con il paziente e “su misura” per lui (2), di essere **AUTENTICAMENTE PRESENTI** nella relazione con il paziente (2), di **INTERROGARSI** costantemente sul proprio agire professionale

Secondo lei, le norme di “buona pratica etica” si differenziano da quelle di “buona pratica clinica”? Se sì, perché?

Medici

Per **QUATTRO** su cinque le due categorie di norme **NON** si possono differenziare, perché il dato etico è sempre parte integrante del dato clinico, perché non è possibile agire in maniera “eticamente scorretta” per curare qualcuno e perché vanno nella stessa direzione e sono correlate tra di loro.

UN medico si dimostra incerto e opta per la risposta **SI' e NO**: le due categorie si discostano nel momento in cui un'applicazione rigorosa dell'etica lascia in secondo piano la clinica.

Infermieri

QUATTRO infermieri su cinque sostengono l'**INSCINDIBILITA'** delle due categorie di norme poiché entrambe si devono muovere nella stessa direzione per garantire il bene del paziente (2) e perché un "buon" clinico deve avere una "buona" morale che lo guidi nella relazione con il paziente (2). **UNO**, invece, opta per il **SI' e NO**, poiché se da un punto di vista teorico dovrebbero procedere di pari passo, in pratica poi non è quasi mai così.

Educatori

QUATTRO educatori affermano l'**IMPOSSIBILITA'** di separare i due tipi di norme, perché un buon clinico deve lavorare facendo appello ai valori etici in cui crede e a quelli della struttura (2), poiché devono essere considerate entrambe per trovare la "soluzione migliore" per il paziente e perché la buona pratica etica dovrebbe informare la pratica clinica. **UNO** ritiene che le due categorie si **DISCOSTINO**: se la pratica clinica è infatti una sorta di protocollo indispensabile per far funzionare una struttura, l'etica è un "qualcosa in più", che si può decidere se considerare o meno.

Tecnici della riabilitazione psichiatrica

Per **QUATTRO** su cinque intervistati le due categorie **NON** si possono differenziare: infatti, se non procedono nella stessa direzione non si può garantire al paziente un "buon intervento" né ha senso farvi riferimento. Inoltre, una buona pratica clinica è tale solo se supportata da una buona etica professionale, altrimenti si rischia di adottare la logica del "fine che giustifica i mezzi" (2). **UNO**, in modo incerto, sostiene che tra le due categorie esista una linea di **DIFFERENZA**, tanto sottile da non poterla descrivere a parole.

Le risposte testimoniano il ruolo centrale del tema etico all'interno dell'agire professionale: ciascun intervistato, infatti, indipendentemente dal profilo, dagli anni di esperienza e dal luogo di lavoro, afferma di essersi imbattuto almeno una volta in questioni di tipo etico. È quindi confermata l'importanza di guardare all'etica come ad una questione rilevante ed attuale, con una serie di aspetti sui quali c'è ancora molto da discutere, si pensi alla necessità di ottenere una reale adesione al trattamento o alla questione del TSO. Dovrebbero inoltre essere motivo di riflessione alcune risposte "discutibili" alle domande poste, come quella di un educatore che guarda all'etica come ad un "qualcosa in più", la cui assenza non pregiudica la buona riuscita dell'intervento sul paziente, o quella di un infermiere, che sostiene che etica e clinica siano inscindibili da un punto di vista teorico ma non a livello pratico.

* *Tecnico della Riabilitazione psichiatrica*

** *Direttore USC Psichiatria 2 Ospedali Riuniti di Bergamo*

Bibliografia

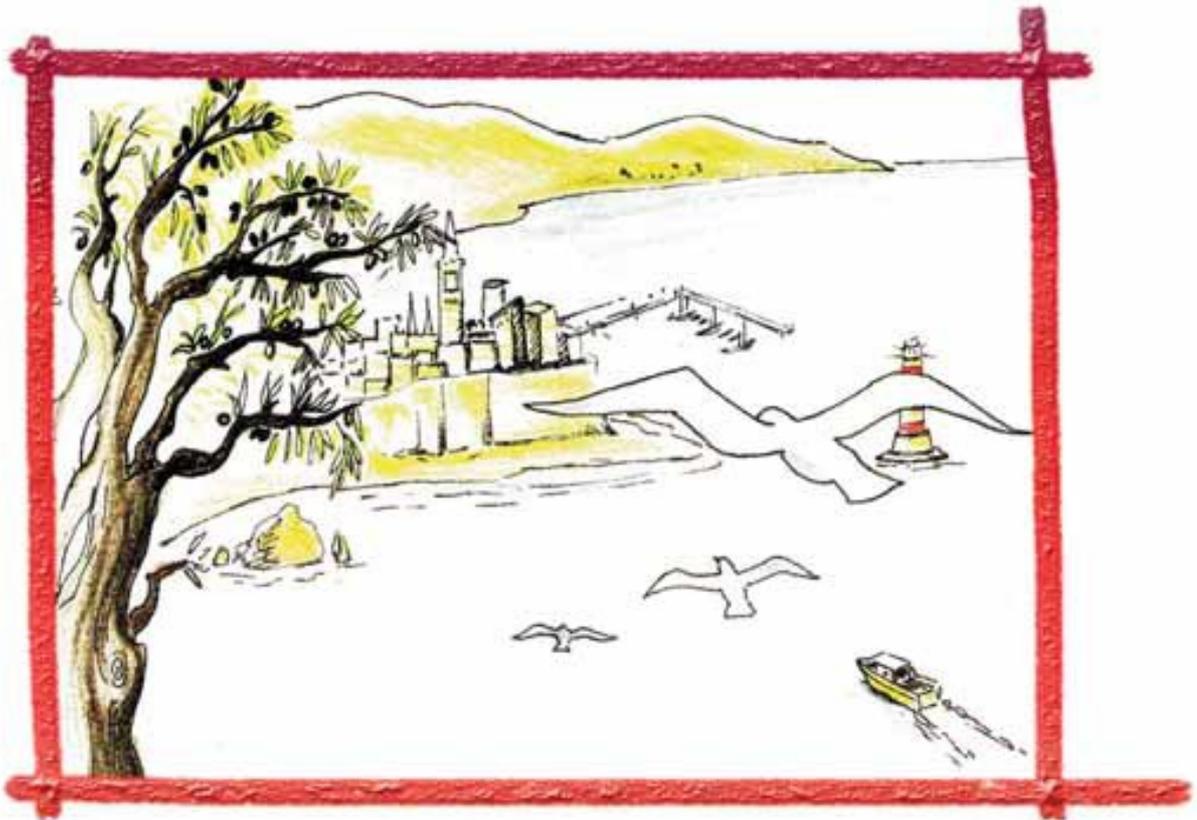
[1] Puccini C. *Istituzioni di medicina legale*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1995.

[2] Ba G. e Carta I. Il fare "con": una riabilitazione prudente, in Rabboni M. (a cura di), *Etica della riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, Milano, 1997.



IX Congresso Nazionale SIRP Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale

La riabilitazione psicosociale
tra necessità e possibilità:
modelli, vincoli e risorse



Bari
26-28 Maggio 2008
Villa Romanazzi Carducci

Presidente SIRP
Massimo Rabboni, Bergamo

Presidente del Congresso
Giuseppe Saccotelli, Bari

Sono stati richiesti i patrocini a:
Alto Patronato del Presidente della Repubblica
Regione Puglia
Comune di Bari

SIP - Società Italiana di Psichiatria

Corsi pre-congressuali. Si svolgeranno cinque corsi paralleli, destinati a Medici Chirurghi, Psicologi, Educatori Professionali, Infermieri, Assistenti Sociali e Tecnici di Riabilitazione Psichiatrica.

Tutti i corsi avranno luogo Lunedì 26 Maggio, dalle ore 8.30 alle ore 15.15.

Per ogni corso è stato richiesto l'accreditamento ECM presso il Ministero della Sanità. I corsi avranno luogo solo al raggiungimento del numero minimo di iscritti: 15 discenti a corso.

Il numero massimo di discenti sarà di 30 a corso.

IX Congresso Nazionale SIRP. Avrà inizio Lunedì 26 Maggio alle ore 15,00 e terminerà mercoledì 28 Maggio. Sarà articolato in Sessioni e Tavole Rotonde.

È stato richiesto l'accreditamento ECM presso il Ministero della Sanità per le seguenti figure: Medici Chirurghi, Psicologi, Educatori Professionali, Infermieri e Tecnici di Riabilitazione Psichiatrica.

Contributi scientifici e premio "Salvatore Cotugno"

Affinché il contributo scientifico sia accettato, l'Autore che presenta l'elaborato dovrà essere regolarmente iscritto al Congresso Nazionale SIRP.

La deadline per l'invio dei contributi è:

Lunedì 28 Aprile 2008. Ai tre migliori contributi verrà conferito il premio "Salvatore Cotugno".

Poster

Dovranno avere dimensioni 70x100 cm e rimarranno esposti per tutta la durata del Congresso.

L'affissione è prevista Lunedì 26 alle ore 14.00, successivamente alla registrazione dell'Autore al Congresso. Il giro poster e la valutazione degli stessi avverranno il giorno successivo alle ore 11.30.

Il modulo abstract è scaricabile dal sito

www.mccstudio.org

Video

Potranno essere editi o inediti e dovranno avere una durata compresa tra 3 e 5 minuti.

Tema: **"La lotta allo stigma"**.

Gli interessati dovranno contattare il Dottor

Nicola Altamura: ep.nicoaltamura@libero.it

Lunedì 26 Maggio

Corsi pre-congressuali

8.00 Registrazione dei partecipanti

8.30 Corsi pre-congressuali

- 1. Gli inserimenti lavorativi**
Tiziana De Donatis (Lecce),
Rita Montanaro (Lecce)
- 2. La RPS del DCA**
Bruno Gentile (Portogruaro)
- 3. Problem solving e riabilitazione**
Dario Lamonaca (Legnago)

IX Congresso Nazionale

SALA EUROPA

14.00 Registrazione dei partecipanti e affissione poster

15.00 Saluto di apertura ed introduzione ai lavori del IX Congresso Nazionale

Alberto Siracusano (Roma),
Presidente SIP
Massimo Rabboni (Bergamo),
Presidente SIRP
Giuseppe Saccotelli (Bari),
Presidente Congresso

I Sessione

L'evoluzione della RPS nel contesto dei DSM e della sanità italiana

Chairmen: Massimo Casacchia (L'Aquila),
Ferdinando Pariente (Roma)

15.50 Modelli organizzativi del DSM per la RPS precoce e la prevenzione della disabilità

Mariano Bassi (Bologna)

16.10 La formazione degli operatori

Lorenzo Burti (Verona)

16.30 Discussione

17.00 Coffee-break

4. La formazione di operatori per le strutture intermedie

Sergio Lupoi (Roma)

5. La valutazione in RPS

Nicola Altamura (Bari),
Rosaria Pioli (Brescia)

13.30 Pausa

14.00 Ripresa dei lavori

15.00 Questionari di valutazione ECM

15.15 Conclusioni e chiusura dei corsi pre-congressuali

Lettura Magistrale

17.20 L'evoluzione della RPS in un contesto sociale e sanitario in cambiamento

Massimo Rabboni (Milano)

I Tavola Rotonda

17.50 Integrazione pubblico-privato:
modelli organizzativi a confronto

Moderatori: Ferdinando De Marco (Frosinone),
Domenico Semisa (Bari)

Intervengono: Giorgio Cerati (Legnano),
Giovanni Giusto (Genova),
Padre Mario Marafioti (Lecce),
Ilario Volpi (Roma)

Discussant: Sergio Lupoi (Roma)

19.30 Conclusione dei lavori della prima giornata

Martedì 27 Maggio

SALA EUROPA

II Sessione

La valutazione in RPS

Chairmen: Savina Leonetti (Bari),
Francesco Margari (Bari)

8.30 La valutazione degli esiti in RPS

Pierluigi Morosini (Roma)

8.45 Un progetto di sperimentazione e ricerca policentrica di valutazione di processo e di esito nei centri diurni della Toscana

Nadia Magnani (Grosseto)

9.00 Programmi strutturati nella riabilitazione psicosociale: prove di efficacia e limiti applicativi

Antonio Vita (Brescia)

9.15 La cura, il decorso, gli esiti. Quale correlazione?

Pasquale Pisseri (Savona)

9.30 Costruzione di evidenze per gli interventi psicosociali

Franco Veltro (Campobasso)

Discussione

Lettura Magistrale

10.30 Progettazione e gestione organizzativa per promuovere la RPS

Franca Olivetti Manoukian (Milano)

Coffee-break

SALA EUROPA - ORE 11.30

Presentazione dell'opera:

“Neuroscienze e riabilitazione psicosociale”
di Giulio Corrivetti

SALA FEDERICO II

Simposio

11.30 La riabilitazione psichiatrica

13.00 come obiettivo di una cura appropriata

a cura di Janssen-Cilag

13.00 SALA SCUDERIE

Sessione poster e video

Pausa pranzo

SALA EUROPA

III Sessione

Nuove domande e nuove sfide della RPS

Chairmen: Silvia D'Aloiso (Bari),
Francesco Scapati (Bari)

14.30 Riabilitazione a stare: disturbi di personalità e “doppia diagnosi”

Paolo Peloso (Genova)

14.45 La presa in carico dei pazienti autori di reato

Elvezio Pirfo (Torino)

15.00 Riabilitazione come progettazione della salute: l'esperienza del carcere

Josè Mannu (Roma)

15.15 L'amministratore di sostegno

Roberto Catanesi (Bari)

II Tavola Rotonda

15.30 Le regioni: esperienze a confronto

Moderatori: Luigi Basso (Bolzano),
Giorgio d'Allio (Casale Monferrato)

Intervengono: Andrea Fiorillo (Napoli),
Silvana Galderisi (Napoli), Enrica Goldfluss (Milano),
Giuseppe Guarino (Bari), Manuela Peserico (Milano),
Luca Pingani (Modena), Alessandro Svetini (Salerno),
Stefano Zanolini (Arzignano)

III Tavola Rotonda

17.00 Modelli tecnico-scientifici e luoghi della RPS

Moderatori: Eugenio Aguglia (Catania),
Pasquale Chianura (Bari)

Intervengono: Gabriella Ba (Milano),
Cristina Bellazzecca (Bergamo),
Giulio Corrivetti (Salerno),
Dario Lamonaca (Legnago),
Sergio Lupoi (Roma),
Rita Roncone (L'Aquila)

18.30 Conclusione dei lavori della seconda giornata

18.45 Assemblea dei Soci SIRP ed elezione del nuovo Consiglio Direttivo

Mercoledì 28 Maggio

SALA EUROPA

IV Sessione

Neuroscienze e RPS

Chairmen: Francesco Catapano (Napoli),
Marcello Nardini (Bari)

8.30 Plasticità Neuronale e RPS

Giovanni Biggio (Cagliari)

8.45 Neuroscienze dei deficit cognitivi nella schizofrenia: quale riabilitazione?

Alessandro Bertolino (Bari)

9.00 Interventi terapeutico-riabilitativi nella schizofrenia: quali effetti sulla qualità della vita?

Antonello Bellomo (Foggia)

9.15 Discussione

IV Tavola Rotonda

9.30 Lotta allo stigma, interculturalità, mass media ed etica

Introduce: Roberto Beneduce (Milano)

Moderatori: Massimo Clerici (Milano),
Luigi Ferrannini (Genova)

Intervengono: Raffaele Barone (Catania),
Bernardo Carpiniello (Cagliari), Giuseppe Moro
(Bari), Cinzia Neglia (Roma), Gisella Trincas
(Cagliari)

Discussant: Federico Pirro (Bari)

11.00 Coffee-break

V Tavola Rotonda

11.20 La costruzione della rete

Moderatori: Rocco Canosa (Matera),
Bruno Gentile (Portogruaro)

Intervengono: Emilia Alfonsi (Ancona), Renzo
De Stefani (Trento), Antonio Maone (Roma),
Evangelista Mattachieri Tragni (Bari), Antonel-
lo Pittalis (Sassari)

12.45 Assegnazione del premio

“Salvatore Cotugno” Consegna da parte di:
Francesca Scorpiniti (Bari), Massimo Rabboni
(Bergamo), Giuseppe Saccotelli (Bari)

13.00 Pausa pranzo

SALA EUROPA

V Sessione

Le politiche di welfare di comunità

Chairmen: Antonio Pettolino (Foggia),
Corrado Rossi (Pisa)

14.00 Salute mentale e salute di comunità: l'integrazione in un approccio globale alla vita intera

Roberto Mezzina (Trieste)

14.15 L'inserimento lavorativo di persone con disturbi mentali gravi nel libero merca- cato: metodi e tecniche

Riccardo Sabatelli (Rimini)

14.30 La RPS per la cooperazione con la Medicina Generale

Sebastiano Bastianelli (Rep. San Marino),
Ilo Rossi (Ravenna)

14.45 La sostenibilità del modello socio-sanita- rio integrato tra speranze e prospettive reali

Daniele Sadun (Roma)

15.00 Piani di zona: promozione di strategie relazionali nei contesti territoriali.

Tiziana De Donatis (Lecce),
Maria Luisa Marra (Lecce)

15.15 Discussione

VI Tavola Rotonda

15.30 Le regioni: esperienze a confronto

Chairmen: Daniele La Barbera (Palermo),
Mario Nicotera (Catanzaro)

Intervengono: Francesco Colizzi (Brindisi),
Fabrizio Cramarossa (Mola di Bari), Luigia De
Stefano (Soverato), Diana Gallo (Pisa), Renzo
Girardi (Nuoro), Sergio Tartaglione (Isernia),
Franco Scarpa (Firenze), Domenico Suma
(Brindisi), Vincenzo Trono (Bologna)

17.30 Questionari di valutazione ECM

18.00 Conclusione e chiusura dei lavori

Sede del Congresso

Centro Congressi
Hotel Mercure - Villa Romanazzi Carducci
Via G. Capruzzi 326 - 70124 Bari

Quote e modalità di iscrizione

L'iscrizione si effettua inviando l'allegata scheda alla Segreteria Organizzativa MCC **entro il 19 Maggio 2008**.

Medici Chirurghi e Specializzandi

	Entro il 10 Maggio		Dopo il 10 Maggio	
	SOCI SIRP/SIP	NON SOCI SIRP/SIP	SOCI E NON SOCI SIRP/SIP	SPECIALIZZANDI
Corso pre-congressuale	€ 120,00	€ 145,00	€ 180,00	GRATUITA
IX Congresso Nazionale	€ 300,00	€ 360,00	€ 420,00	GRATUITA
Corso pre-congr. + IX Cong. Naz.	€ 360,00	€ 460,00	€ 540,00	GRATUITA

Psicologi, Infermieri, Educatori, Tecnici di riabilitazione Psichiatrica e Assistenti Sociali

	Entro il 10 Maggio		Dopo il 10 Maggio
	SOCI SIRP/SIP	NON SOCI SIRP/SIP	SOCI E NON SOCI SIRP/SIP
Corso pre-congressuale	€ 100,00	€ 120,00	€ 150,00
IX Congresso Nazionale	€ 150,00	€ 210,00	€ 270,00
Corso pre-congr. + IX Cong. Naz.	€ 180,00	€ 280,00	€ 400,00

Sia l'iscrizione ad un Corso pre-congressuale che l'iscrizione al Congresso Nazionale danno diritto:

- alla partecipazione ai lavori
- al kit congressuale
- all'attestato di partecipazione e ai crediti ECM.

Eventuali cancellazioni pervenute con richiesta scritta **entro il 10 Maggio** saranno rimborsate al 50% della quota versata; dopo tale data non è previsto alcun rimborso.

Per richieste di esenzione IVA da parte di enti pubblici, si veda scheda di iscrizione.

Prenotazione alberghiera

É possibile prenotare le camere negli hotel indicati (fino ad esaurimento camere in opzione) tramite la Segreteria Organizzativa MCC. Le prenotazioni devono pervenire **entro il 24 Aprile 2008**. Costi e informazioni nella scheda di iscrizione.

Alla Segreteria Organizzativa dovrà essere versato un deposito pari ad una notte di permanenza in hotel. L'importo totale, detratto il deposito, verrà saldato direttamente all'hotel, che provvederà ad emettere la fattura al momento del check out. Eventuali cancellazioni devono essere comunicate con richiesta scritta almeno 15 giorni prima della data di arrivo.

Per cancellazioni dopo tale termine sarà trattenuto l'importo versato. Altre sistemazioni, non elencate nella scheda, potranno essere suggerite su richiesta.

Programma e scheda sono scaricabili dal sito web www.mccstudio.org

Segreteria Organizzativa

MCC srl - Via Santo Stefano, 57 - 40125 Bologna

Tel. 051 263703 - Fax 051 238564 - info@mccstudio.org - www.mccstudio.org

Oltre il farmaco: trattamenti integrati

di Antonella Di Noia*

Abstract

Taking over of the psychotic disease is moving mainly toward the prevention field. The realization of precocious-intervention plans is, nowadays, the most immediate opportunity and one of the most remarkable challenges of the Public Health Service. *Consequently*, a changeover is needed; a changeover of attitude and practice leading to the research and application of specific and effective plans, founded on the keywords: "Moving", "Creativity", "Group". Thus you have an included operating model identified and used for beginning psychotics by the Mental Health Centre of Andria.

Parole chiave: movimento, creatività, gruppo

Per spiegare le modalità di approccio terapeutico alla malattia mentale ai primi esordi dobbiamo abbandonare, nella nostra mente, i concetti di: protocolli standardizzati, setting definiti per spazi e tempi, lavori individuali del singolo terapeuta con il paziente.

Devono essere quindi attivati i concetti di:

Movimento

Il "movimento" è dettato dalla necessità di raggiungere il paziente, raggiungimento inteso come bisogno di "stabilire la relazione", ma anche come spostamento fisico verso la sua persona lì dove la richiesta di intervento emerge, per relazionarsi con lui e quindi attuare alcuni interventi nel luogo in cui la vita e le azioni importanti del soggetto di svolgono. In seguito si istituisce un contesto più definito quando i tempi e il decorso della cura ne danno la possibilità.

Creatività

La creatività è dettata dalla necessità di mettere in campo qualsiasi idea ed intervento terapeutico che possa rivelarsi utile a stabilire il rapporto di fiducia con il paziente, evidenziando una disponibilità ad un approccio poliedrico al paziente, conoscendo sempre più a fondo il suo humus esistenziale.

Gruppo

Il "gruppo" o gruppo operativo pluriprofessionale è inteso come una task-force disponibile, motivata e pronta ad intervenire in modo veloce dopo la riflessione, ma anche in modo diversificato e competente, secondo le specificità professionali.

Versanti e protagonisti della strategia di intervento

Tenendo presente gli elementi fondamentali esposti emerge, nella strategia di intervento, il coinvolgimento di protagonisti che si allineano su due versanti:

- il versante del Paziente: oltre al paziente, c'è la sua famiglia, e tutte le persone che possono essere apprezzate come agenti terapeutici;
- il versante degli Operatori: ossia tutte le figure professionali che operano nelle equipe multidisciplinari.

Dinamismo e gruppo pensante

Il dinamismo che coniuga gli elementi fin qui descritti, mette il paziente e la sua famiglia in condizione di sentire la presenza di una rete di contenimento che si stende attorno a loro, attenuando la percezione di solitudine, abbandono e la condizione di essere "senza via di uscita" che solitamente emerge quando si prende consapevolezza dell'importanza di ciò che sta loro accadendo. L'integrazione tra gli Operatori che si confrontano e concordano insieme ogni mossa successiva di intervento, che si passano l'un l'altro il "testimone" (come in una corsa) al susseguirsi di ogni tratto di cammino da percorrere con il paziente, avendo come "meta" quello che "il gruppo pensante" (e non il singolo) ha ritenuto importante per la necessità di intervento considerata in quel momento; contribuisce alla costruzione dell'ES del paziente e della famiglia, alla creazione di un sentimento

di fiducia per generare un nuovo contesto efficace con l'obiettivo di riannodare modalità assistenziali diverse da quelle sperimentate nel periodo precedente all'esordio della sintomatologia.

Perché tutto questo avvenga

E' necessario credere che se c'è un trattamento ottimale nella prima fase della psicosi, la prognosi sarà più fausta. Quindi anche gli Operatori possono svolgere un'azione positiva sull'esito, ma solo se sono convinti dell'utilità dell'intervento (in misura realistica), se sono motivati dentro se stessi, che un approccio più tempestivo, integrato, allargato può favorire fattori di cura che contrastino l'instaurarsi della cronicità; che è importante prevenire la sottovalutazione degli indizi prodromici da parte dei vari attori interessati.

Nell'esperienza attuata in G.O.P. di un C.S.M. in circa ventiquattro mesi, il modo di operare non è cambiato in grande misura nell'approccio globale al paziente psicotico, poiché lo si è attuato in modo integrato tra i vari tipi di operatori, sia in ambulatorio che a domicilio (sia per la riduzione della sintomatologia che per il miglioramento della sua qualità di vita). Ciò che è invece cambiato risiede "dentro la convinzione dell'Operatore", quindi nella sua rimotivazione alla speranza per quel paziente che ci appare sotto una luce nuova, pensando di poterlo restituire ad un suo progetto di vita, di permettere che non si allontani dai luoghi dove aveva deciso di svolgere la sua esistenza (scuola, famiglia, ambiente di lavoro, luoghi del tempo libero, tempi per le amicizie...). Di poter dunque pensare che egli possa, continuare a vivere le tappe di percorsi che si era prefissato nonostante "gli intoppi e i ritardi" che la sintomatologia nel frattempo gli crea.

PROGETTO DEDICATO

Operare all'interno di un "progetto dedicato" (seguendo la struttura e la procedura di lavoro di Programma 2000 di Cocchi e Meneghelli) [1] ha il significato di porre l'attenzione dell'operatore in modo più preciso dal momento della conoscenza del soggetto al momento della presa in carico, poiché trattandosi di persone giovani che non hanno stabilizzato il quadro sintomatologico, si può osservare che i vari tipi di prodromi, sono presenti sia in soggetti che poi sviluppano la psicosi, sia in soggetti che non la svilupperanno o in soggetti che si vedono evolvere in quadri psicopatologici non psicotici.

Si pensa ad esempio che nei soggetti giovani alla loro prima esperienza psicotica, le idee deliranti non siano ancora rigidamente organizzate in modo difensivo (come accade nelle psicosi croniche); si pensa inoltre che il desiderio di morte, sperimentato con TS, sia iscrivibile non necessariamente a meccanismi depressivi ma alla percezione dell'assenza di vita, non intesa come pericolo.

Esistono naturalmente anche critiche al metodo che qui esponiamo, ma la modalità di approccio attraverso cui ci si pone rispetto al soggetto non ha evidenziato il rischio di diagnosi impropria con intervento precoce; la diagnosi è anzi successiva ad una prolungata osservazione degli eventi: gli stessi soggetti hanno mostrato di non avvertire in noi operatori una modalità di relazione che creasse distanza, ma accoglimento di bisogni; infatti l'evoluzione del decorso è diventata differenziata dal decorso psicotico in molte situazioni che hanno permesso la chiusura dei trattamenti.

Tutti i soggetti sono stati presi in cura secondo un modello che prevede strategie di intervento, costruite di volta in volta sulle caratteristiche del singolo paziente, del suo nucleo familiare, del suo ambiente.

Tali strategie si propongono soprattutto di: motivare il soggetto alla partecipazione attiva al programma e non a subire l'intervento, favorire modalità adattive e di fronteggiamento (coping), [2] migliorare l'interazione in ambito familiare e il funzionamento sociale, vivere la propria vita nel qui e ora, non nascondendosi o rifugiandosi nei sintomi; i soggetti sono stati aiutati a ridurre le situazioni conflittuali scatenanti (trippers), a ridurre l'autostigmatizzazione (fuggire da...), a favorire il processo verso il raggiungimento di obiettivi personali e la capacità di soluzione dei problemi. Quando abbiamo affrontato i soggetti più giovani, siamo stati molto prudenti nella diagnosi, poiché in adolescenza è opportuno non fare diagnosi di psicosi conclamata dato che la

patologia adolescenziale risulta abbastanza differente da quella adulta; la sua flessibilità e mobilità possono far emergere come fenomeni transitori, legati alla difesa messa in atto contro i conflitti evolutivi, sintomi psicotici come deliri o allucinazioni. Inoltre anche l'alleanza terapeutica è stata elemento che spesso è stato costruito e ricostruito poiché con pazienti adolescenti è noto quanto sia impegnativo costruire la stessa e poi mantenerla. Per questa età accettare l'alleanza presuppone che il paziente riconosca il bisogno, accetti la dipendenza, collabori con il suo Io osservante con l'Io del terapeuta.

Anche a questo ha lavorato il gruppo di lavoro, puntando alla relazione con il paziente perché come afferma Winnicott, ***“un segno di salute mentale è la capacità di un individuo di entrare con l'immaginazione esattamente nei pensieri, nei sentimenti, nelle speranze e nelle paure di un'altra persona e di permettere all'altra persona di fare lo stesso con lui”*** attraverso la sottile arte preziosa dell'ascolto.

Per concludere...

L'atteggiamento con cui ci si è avvicinati ad affrontare ognuno delle situazioni che giungevano all'attenzione ha fatto sì che i soggetti del gruppo di lavoro si approcciassero ai “casi” come persone che destavano (e continueranno a destare) curiosità per l'altro, speranza per il decorso, stupore per imprevedibili eventi, dispiacere e delusione per quelle situazioni che non miglioravano e tante altre emozioni che sono in grado di suggerirci di proseguire in questa direzione.

“Dove vi è emozione, vi è significato: dove vi è significato, vi è emozione” (J. Hillman, 1962).

* Psicologa – Psicoterapeuta, Direttore Unità Operativa di Psicologia Clinica – DSM ASL BAT

Bibliografia

[1] Cocchi, A., Meneghelli, A., *L'intervento precoce tra pratica e ricerca*, Centro Scientifico Editore, 2004.

[2] Edwards, J., McGorry, P., *Intervento precoce nelle psicosi. Guida per l'organizzazione di servizi efficaci e tempestivi*, Centro Scientifico Editore, 2004.

Collaborazione interstrutturale e multidisciplinare: un'esperienza terapeutico-riabilitativa

di Luigi Rubino*, Cristina Bellazzecca**, Filippo Tancredi***, Massimo Rabboni****

Abstract

The present work is the result of an important and interesting experience which is composed of cooperation between several health organisations and professional Medical corps. In different branch of medicine we notice the value of contact between different professional individuals more and more, but in the area of the psychiatric rehabilitation it is a real need, involving, if possible, also relatives in shared work. The principal aspect we point out is not only the satisfactory rehabilitative path, but different results obtained in two attempts we put through with the mentioned patient. All that we couldn't obtain in the first situation, occurred in the second: interaction between different professional figures in "Day-Center", Neuropsychology and Otolaryngology and not less important the will of patient to put his trust in equipe and active cooperation of immediate family.

Elisabetta è una paziente di cinquant'anni, divorziata da molto tempo da un uomo da cui ha avuto una figlia di ormai trent'anni. E' in cura presso il CPS dal 1985 con diagnosi di Disturbo delirante. Ha lavorato per molto tempo e continuativamente come operaia tessile, dal '74 al '93, apprezzata e in grado di fornire una prestazione definita dal datore di lavoro "superiore allo standard medio" anche diversi anni dopo l'esordio psicopatologico. Questo avvenne a 25 anni, nel 1980, in concomitanza della separazione legale dal marito. Manifestò dapprima anoressia mentale con notevole calo ponderale (raggiunse i 31 kg di peso corporeo), amenorrea, bulimia e ancora anoressia, depressione e infine un quadro francamente psicotico con deliri mistici e sporadiche dispercezioni uditive. I primi contatti con lo psichiatra di riferimento avvennero tramite visite domiciliari, poiché la paziente allora non accettava una diretta frequentazione degli ambulatori medici. Il quadro psicopatologico si è ulteriormente aggravato nel 1992: la paziente, in uno stato psichico pervaso da deliri mistici e nessuna critica di realtà, troncò i rapporti col CPS decidendo di farsi curare da un neurologo, tramite la cui figura fu quantomeno possibile prescriverle Haldol Decanoas 50 mg/mese. La situazione si complicò ulteriormente quando il datore di lavoro minacciò il licenziamento della paziente; fino ad allora il profitto lavorativo era stato molto buono ma, come descriveva il medico consulente della ditta, la paziente ora cominciava a disturbare i colleghi coinvolgendoli nel suo delirio.

Dal 1992 al 2001 la paziente si è dunque curata presso il collega neurologo, alternando fasi di sufficiente compenso ad altre di riacutizzazione psicotica. Fino al 2001 il percorso terapeutico è stato quindi accidentato e frammentato, come per altro accade a molti pazienti psicotici, caratterizzato da prese in carico incongrue o da terapie farmacologiche qualitativamente o quantitativamente inadeguate. La paziente comunque, per sua stessa richiesta, decise di tornare a farsi curare presso il nostro CPS all'inizio del 2001. Il mese precedente aveva inoltre accettato di sottoporsi all'intervento di impianto cocleare tramite innesto di microprocessori per trattare il grave deficit uditivo che l'aveva resa fino a quel momento quasi totalmente sorda.

Fu dunque trattata farmacologicamente con Olanzapina 20 mg/die e 1-2 mg di Aloperidolo in aggiunta per brevi periodi, e seguita con più regolari e riavvicinate visite di controllo.

Dal novembre 2003 ha accettato l'inserimento nel nostro Centro Diurno per iniziare un percorso riabilitativo, cominciando a frequentare due gruppi di lavoro (gruppo fotografia - atelier e gruppo ginnastica).

Il quadro psicopatologico si è via via stabilizzato: la paziente dal rientro presso la struttura pubblica non ha più manifestato riaccerbazioni psicotiche acute, non si sono rese necessarie modifiche nel dosaggio o nella scelta dei farmaci ed ha progressivamente aumentato la sua partecipazione ai gruppi del Centro Diurno (attualmente è presente, oltre ai gruppi sopra citati, anche a quelli di Riunione ospiti e operatori, Danza, Cucina e Pranzo).

Nel 2002 fu operato un primo tentativo da parte dell'audiologo e della logopedista per esercitare Elisabetta a un uso migliore della protesi; tale tentativo non produsse soddisfacenti risultati per la scarsa collaborazione della paziente e per la comprensibile difficoltà del Centro audiologico a lavorare relazionandosi con un paziente psichiatrico.

Circa tre anni dopo è stato operato un secondo tentativo, questa volta cercando una maggiore collaborazione tra gli operatori del CD e il logopedista. Poco prima dell'appuntamento presso il Centro audiologico, la paziente era invitata a presentarsi in Centro Diurno dove l'infermiera le praticava una fiala i.m. di benzodiazepine, a scopo ansiolitico e soprattutto rassicurativo. La presenza attiva del Centro Diurno proseguiva con l'accompagnamento della paziente dalla logopedista tramite il Tecnico della Riabilitazione psichiatrica, che assisteva agli incontri e interveniva nelle eventuali richieste di chiarimento della logopedista o per i bisogni della stessa paziente. Ciò ha prodotto un significativo beneficio sull'efficacia della riabilitazione audiologica, mettendo più a proprio agio gli operatori del centro e naturalmente la paziente, che si sentiva seguita e meglio compresa nelle sue esigenze e nelle difficoltà a interagire col mondo esterno.

La logopedista ha inoltre chiesto l'intervento di un neuropsicologo per poter sottoporre la paziente ad una batteria testale attraverso cui si potessero appurare i reali limiti cognitivi, e capire dunque fin dove fosse possibile "spingere" la riabilitazione audiologica. Il Centro Diurno ha quindi contattato una neuropsicologa che al termine del suo intervento ha definito "nella norma" tutte le prove cognitive somministrate, con limitate eccezioni che hanno suggerito per la paziente "un ambiente con pochi distrattori acustici".

L'intervento neuropsicologico, inizialmente finalizzato ad ottimizzare il lavoro della logopedista, ha poi contribuito ad inquadrare più in generale le abilità cognitive della paziente, da cui il Centro Diurno ha potuto trarre importanti suggerimenti per le attività riabilitative e quotidiane, anche nella prospettiva di una attività lavorativa protetta che meglio si confacesse alle esigenze e alle possibilità della paziente stessa.

L'intero percorso descritto, volutamente particolareggiato, induce chi scrive a fare alcune importanti riflessioni su cosa non abbia funzionato terapeuticamente, nel corso della prima presa in carico datata 1985, e su cosa abbia invece permesso alla paziente notevoli miglioramenti sul piano psicopatologico e psicosociale nella seconda presa in carico degli ultimi anni.

Emerge innanzitutto, e in tutta la sua importanza, la preziosa presenza dei familiari della paziente, che hanno sicuramente contribuito al suo riavvicinamento alla struttura pubblica. La chiave di volta nella cura e nei risultati terapeutici si è avuta senz'altro al ritorno della paziente in CPS grazie appunto all'intervento fattivo delle sorelle, che hanno ricondotto Elisabetta allo psichiatra curante. Ma in casi analoghi sappiamo fin troppo bene che, senza una pur minima motivazione da parte del paziente stesso, gli unici strumenti a disposizione restano quelli coercitivi, che in questo caso non è invece stato necessario mettere in atto. Inoltre, il mese precedente alla seconda esperienza nelle nostre strutture, la paziente accondiscese a sottoporsi all'intervento protesico uditivo, che evidentemente anticipava il suo bisogno di non rimanere in una condizione di chiusura sociale, causata sia dalla psicopatologia che dall'importante menomazione sensoriale.

Senza questi due eventi, entrambi verificatisi, ripetiamolo, anche grazie a congrui spunti decisionali da parte della paziente, un efficace percorso terapeutico - riabilitativo non avrebbe potuto nascere.

Una volta tornata in CPS Elisabetta ebbe la possibilità di essere curata farmacologicamente con molecole più recenti, maneggevoli e con scarsi effetti collaterali come un antipsicotico non convenzionale. Da allora il quadro psicopatologico non ha più registrato fenomeni di acuzie sintomatologica, e non risulta che idee deliranti o dispercezioni abbiano in qualche modo influito sulla sua vita di relazione, andata via via migliorando.

In relazione al bisogno della paziente di interrompere comportamenti e abitudini di isolamento sociale, un ruolo senz'altro preminente è stato giocato dalla sua partecipazione alle attività riabilitative del Centro Diurno. Tutte queste attività sono ovviamente state scelte con l'obiettivo di favorire un migliore funzionamento sociale e relazionale.

Con la danza la paziente ha potuto esperire un nuovo modo di relazionarsi col corpo e l'ambiente circostante, acuendo sensibilità e percezioni "nuove" da integrare a quelle parzialmente compromesse. Nelle prime sedute di danza terapia, la paziente si allontanava spesso, adducendo diverse motivazioni tutte tese a spezzare la continuità del lavoro; appariva ansiosa, agitata e distratta. Col passare del tempo ha reso invece il suo impegno più continuativo e proficuo, riuscendo inoltre a provare gratificazione e soddisfazione per le sue "fatiche". Difficilmente in grado di seguire la melodia musicale, è riuscita sempre meglio ad affinare altre abilità, quali affidarsi alle vibrazioni sonore, leggere meglio sulle labbra della maestra d'arte e contare maggiormente sul suo spirito di osservazione facendo attenzione al comportamento del gruppo. Inoltre, le abilità cognitive caratteristicamente deficitarie in un pz psicotico, quali l'astrazione e la simbolizzazione, sono senz'altro state rinforzate dallo stimolo a comunicare coi gesti i più svariati concetti astratti (il "divertimento", il "buttare via", l'innamoramento" ecc.). In quel gruppo la pz non poteva che esprimere i suddetti concetti in tal modo: senza parole, senza paragoni, senza in definitiva la possibilità di accedere al pensiero concreto. Per quanto attiene alla danza, infine, inizialmente la pz utilizzava una gestualità che richiamava nei contenuti i suoi deliri a sfondo mistico (es. mani giunte per pregare, braccia aperte per un "volo" spirituale), facendovi ricorso acriticamente per qualunque situazione teorica prospettata; col tempo è riuscita a differenziare i movimenti, attribuendo a ognuno di questi i diversi concetti, sganciandosi sempre di più dalla lettura delirante.

Con gli incontri nell'ambito della riunione ospiti e operatori e del pranzo ha potuto meglio mettere a frutto il lavoro fatto con la logopedista e naturalmente fruire di uno spazio sociale in cui interagire. E' divenuta maggiormente loquace, interagendo meglio e di più coi pazienti e gli operatori. Da questo punto di vista, per altro, non ci è apparso che Elisabetta dovesse fornirsi di nuovi strumenti e abilità, quanto riappropriarsi di quelli già esistenti ma atrofizzati perché inutilizzati nel corso degli anni.

Un risvolto della lunga esperienza di malattia della paziente, che a questo punto della presentazione desideriamo sottolineare, è stato l'emergere di un'importante regressione comportamentale, al punto che progressivamente della donna sposata, madre di una figlia e ottima lavoratrice era rimasto ben poco.

Nell'ambito della raccolta anamnestica, i familiari descrivono una bambina e ragazza bene inserita in famiglia e nella società: il profitto scolastico era più che sufficiente, la paziente frequentava diversi coetanei e in generale si presentava allegra, serena e socievole. Il deficit acustico è emerso solo durante l'adolescenza e si è aggravato dopo la gravidanza. Fino a quel momento non aveva costituito un importante ostacolo alla vita di relazione. Ha frequentato solo le scuole elementari, per poi aiutare i genitori in campagna e infine trovare presto lavoro come operaia tessile, ottenendo sovente premi "fedeltà" e "di produzione".

Dal 1980, anno dell'esordio, al 1992 la paziente è andata progressivamente incontro ad un impoverimento qualitativo e funzionale cominciato come detto con un divorzio, a partire dal quale non è più riuscita a stringere altri legami affettivi, e dalla perdita del lavoro, potendo ovviare alla perdita economica con una quota di danaro versatale, solo inizialmente, dall'ex marito e fruendo infine di una pensione di invalidità.

La paziente usciva di casa la maggior parte delle volte accompagnata dalle sorelle, sempre tenuta per mano, restava per il resto ritirata in casa, con la sola compagnia della vecchia madre e col deficit uditivo che rendeva difficoltoso anche condurre una più agevole vita domestica. "A casa", per dirla con le parole di una sorella, "pregava e basta". Negli anni scorsi, nelle poche occasioni in cui usciva da sola in città, non riusciva nemmeno ad attendere l'autobus, spazientendosi se questo non giungeva in fretta e accettando incongruamente autostop da sconosciuti, non criticando i possibili

rischi che tale condotta poteva comportare. Parliamo di *regressione*, e non di sintomatologia negativa o di impoverimento cognitivo, perché tali atteggiamenti e comportamenti apparivano manifestamente come un comprensibile ma patologico tentativo di Elisabetta di condurre una vita a più bassi livelli di funzionamento psichico. In tal modo, per altro, la paziente poteva contare su una notevole disponibilità dei parenti più prossimi i quali, da parte loro, la assecondavano assumendo che la patologia avesse necessariamente e definitivamente condotto la paziente alla condizione di continuo bisogno e dipendenza dall'esterno. Ma oltre alla disamina nei confronti di paziente e parenti, ci preme sottolineare come la stessa équipe del Centro Diurno ha per lungo tempo soprasseduto a talune anomalie nei comportamenti di Elisabetta, indirettamente ammettendo l'inevitabilità della situazione che si era venuta a creare, e rischiando di colludere noi per primi col vissuto regressivo della paziente. Inizialmente ci appariva in qualche modo normale e scontato che fosse sempre accompagnata nel nostro centro da una sorella o dal volontario del Comune, o meglio, accadeva semplicemente che non prestassimo attenzione al significato di tutto ciò.

Le prime conclusioni a cui si può giungere orientano quindi verso la decisiva importanza di un lavoro e una organizzazione multidisciplinare e interstrutturale, con la messa in campo di diverse professionalità e diversi interventi coordinati tra loro.

Nel caso presentato, questo va detto, tutto ha funzionato al meglio delle possibilità, cosa che raramente può avvenire. Per questa paziente, nel corso di circa due anni di lavoro, hanno potuto mettere a disposizione le loro diverse competenze e specificità diverse figure professionali: lo psichiatra curante del CPS, gli psichiatri, l'infermiera, lo psicologo e il Tecnico Riabilitatore psichiatrico del Centro Diurno, la collega neuropsicologa degli Ospedali Riuniti in sede a Mozzo, l'audiologo e la logopedista, e, non certo per ultimi, familiari e paziente stessa, per giungere all'obiettivo comune di potenziare o ricostituire abilità socio – relazionali a lungo inibite.

E' ormai noto che per alcuni pz sembrerebbe d'elezione una presa in carico di questo tipo: lavorando in équipe o tra équipe è naturalmente possibile usufruire di una visione del paziente da molteplici punti di vista, non avvalendosi esclusivamente del setting privilegiato ma monodimensionale dell'ambulatorio medico.

Una buona parte dei pazienti psicotici, successivamente all'esordio psicopatologico, anche dopo una incoraggiante ricomposizione del più "tradizionale" quadro clinico (soprattutto deliri, allucinazioni e disorganizzazione idetica) vanno incontro ad un progressivo peggioramento del funzionamento sociale e relazionale, non sempre imputabile ad un deterioramento cognitivo causato dalla patologia di base o dalla sintomatologia negativa. Il caso di Elisabetta dimostra che alcune volte gli stessi parenti più prossimi al paziente, o il paziente stesso, sembrano non credere ad un possibile recupero di alcune capacità di base, quasi vedendo nella malattia una "condanna" le cui conseguenze possano marchiarsi per sempre e indelebilmente. Ma ancor più significativo dal nostro punto di vista è l'atteggiamento di noi operatori stessi. Ricordiamo a questo proposito la sintomatologia con cui la paziente ha esordito: deliri a fondo mistico, dispercezioni uditive e bizzarre comportamentali su base delirante, quali pregare in modo incongruo nei più diversi contesti sociali. Sottolineiamo inoltre la chiusura sociale e l'impoverimento delle abilità di base della paziente nel corso degli anni. Ci chiediamo quale psichiatra in questo caso giudicherebbe incongrua una diagnosi di schizofrenia durante, poniamo, un ricovero in SPDC.

Dal 1985, anno del primo contatto della paziente col nostro CPS, sono passati quindici anni prima che si potesse giungere alla corretta diagnosi di Disturbo Delirante, posta appunto nel 2000.

Se ci fossimo rifatti esclusivamente all'iniziale corteo sintomatologico osservato più limitatamente nel tempo, non potendo approfondirne l'evoluzione grazie all'osservazione quotidiana della paziente e al confronto con le diverse professionalità sopra menzionate, avremmo probabilmente assunto come irreversibili le lacune comportamentali mostrate dalla paziente, attribuendole verosimilmente al decorso infausto della psicosi cronica.

Iniziava invece a questo punto una seconda fase dell'intervento riabilitativo, che teneva ora presente i positivi risultati dei test neuropsicologici e la rinnovata volontà della paziente a riacquistare abilità non più utilizzate e credute per troppo tempo perdute. Ci si è concentrati sul recupero di alcune

autonomie di base, come provvedere alla gestione del danaro, renderla più indipendente possibile negli spostamenti, fare da sola la spesa e così via. Quindi dopo la comprensione e l'arginamento dei comportamenti regressivi, la seconda fase dell'intervento ha potuto vertere, ed è tuttora attiva, sull'applicazione a casa e possibilmente in altri contesti sociali di ciò che la paziente aveva appreso in Centro Diurno. L'obiettivo è davvero diventato quello di recuperare e "restituire" la paziente alla società nel modo più integrato possibile. Le sorelle di Elisabetta collaborano a far sì che sia più attiva a casa nelle diverse faccende domestiche, mostrandosi autonoma al momento della spesa, apprendendo la preparazione di piatti più sani e nutrienti e percependo l'importanza dell'attività fisica.

Elisabetta stessa invita ed è invitata come ospite a casa di altri pazienti del Centro diurno, "privatamente" e indipendentemente dagli impegni in questa struttura; organizza con altri pazienti il ritorno a casa fruendo di autobus o di passaggi con le automobili di altri pazienti.

Nel maggio 2007 Elisabetta ha perso la madre, da tempo malata per patologia neurodegenerativa. Con l'aiuto di tutti, offerto e accettato, la paziente sta superando questa fase critica senza ricadute psicopatologiche, affermando che il modo migliore di affrontare il dolore è di continuare a partecipare alle attività del Centro Diurno, proseguendo come sempre nelle cure, farmacologiche e riabilitative.

* Psichiatra area riabilitativa, USC Psichiatria 2, A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo

** Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Centro Diurno, USC Psichiatria 2, A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo

*** Psichiatra area riabilitativa, USC Psichiatria 2, A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo

**** Direttore USC Psichiatria 2, A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo

Esperienze di auto-mutuo-aiuto (AMA)

di Antonella Di Noia*

Abstract

AMA group allows who joins it to build his own specific identity; it becomes the “place of emphatic understanding and listening” through self-narration and sharing experiences and informations.

It is a dare and a bet for AMA operators to let the patients “walk with their legs” with the same confidence of a parent getting conscious of his son reaching maturity.

Our research describes the tasks and results of three AMA groups (with “caregivers”) realized upon the Mental Health Centre of Andria.

Introduzione

In questa breve comunicazione descriverò tre esperienze di gruppi AMA sorti all’interno del DSM in diversi territori, relative a due gruppi costituiti da pazienti e da uno formato da familiari di pazienti.

Ricordiamo brevemente i fattori fondamentali che caratterizzano i gruppi AMA:

- Si accede per libera scelta
- Lo scopo fondamentale: il miglioramento della qualità di vita
- Sviluppo di un pensiero del gruppo (“Siamo tutti risorse”; “Cambiare è possibile”...)
- Si fonda su dei principi fondamentali (Amicizia, ascolto, condivisione, reciprocità, solidarietà, comunicazione ...)
- Il gruppo aderisce ad un preciso auto-regolamento (Ora e luogo dell’incontro, partecipazione, riservatezza, puntualità ...)
- Vengono attivati da persone che condividono gli stessi problemi e necessità, servizi, istituzioni, volontariato [1].

Secondo il principio dell’ Help-Therapy, nei gruppi AMA ciascun membro ricopre due ruoli congiunti: quello di erogatore e quello di ricevitore di aiuto. Ciò significa che alcuni pazienti decidono di esistere al di là della malattia, attraverso il riconoscimento della propria esistenza in un gruppo che interagisce scambiando reciproco interesse.

In Italia, a differenza di altri paesi europei, solo negli ultimi anni tale settore è in crescita; è certo che tali gruppi stanno diventando un altro “strumento” dei servizi della salute mentale per ridurre la delega che i pazienti e i loro familiari mettono in atto nei confronti della cura della malattia mentale.

Prima esperienza: Gruppo AMA “Crescere insieme”

Questo gruppo, costituitosi nel maggio 2003, era inizialmente formato da otto utenti del CSM di Andria; ha impiegato 10 mesi per raggiungere i seguenti obiettivi:

- ✓ Scelta del nome
- ✓ Studio e apprendimento dei principi dell’AMA
- ✓ Stesura del regolamento interno
- ✓ Organizzazione degli incontri del gruppo

Ogni componente del gruppo è stato dotato di una cartellina personalizzata e di un manuale dei principi AMA. La sede degli incontri, inizialmente presso il Centro Diurno del CSM di Andria, è stata trasferita in seguito in un contesto non istituzionale (Oratorio) ciò ha costituito uno degli obiettivi raggiunti verso l’indipendenza del gruppo. Successivamente il gruppo ha consentito l’ingresso graduale di altri quattro componenti.

Le “patologie di provenienza” dei componenti del gruppo riguardavano: Depressioni, Psicosi, Disturbi Bipolari, Disturbi Ossessivo-Compulsivi, Comorbidità tra Psicosi e Alcolismo e/o Lieve Ritardo Mentale.

Quasi tutti i componenti del gruppo avevano effettuato un percorso terapeutico di tipo riabilitativo presso il Centro Diurno o si erano giovati di un sostegno psicologico: tutti comunque continuano ad assumere terapia farmacologica a dosaggi di mantenimento.

Tra gli obiettivi importanti raggiunti dal gruppo, si evidenzia la realizzazione di “momenti di vita” al di fuori della strutturazione abituale degli incontri (partecipazione a cineforum; serate ricreative con tema musicale, ecc. ; partecipazione e realizzazione di prodotti per mostre dell’artigianato; organizzazione di feste a sorpresa per i componenti del gruppo – compleanni, ecc. -; organizzazione di diverse gite per trascorrere in modo sempre differente il tempo libero – gite al mare, serate in pizzeria, visite a ipermercati fuori città-; ecc.) [2]. Molte attività condivise si sono attuate con i pazienti e gli operatori del Centro Diurno e, di solito, hanno comportato momenti di grande socializzazione.

La funzione del trainer e co-trainer

Il “trainer” è colui che, in un positivo clima di gruppo, permette ai membri di interagire tra di loro, parlando di sé piuttosto che degli altri, del presente e del futuro piuttosto che del passato; propone la possibilità del cambiamento tramite il continuo confronto tra i vari membri, supportandone la crescita. Fondamentale per il trainer è spogliarsi del ruolo istituzionale [3].

Inizialmente il ruolo del trainer (“facilitatore”) è stato svolto da una psicologa del servizio, il ruolo di co-trainer da una psicologa tirocinante. In una seconda fase quest’ultimo è stato assunto da una paziente componente del gruppo che ha mostrato particolare capacità di collaborazione con il trainer. Più in là è stata inserita la figura di un infermiere professionale che, dopo un periodo di formazione, ha assunto il ruolo di trainer, aumentando ulteriormente l’indipendenza del gruppo (è rimasto fisso il co-trainer).

L’ulteriore spostamento di sede in un locale completamente indipendente da qualsiasi istituzione (pubblica o privata) ha segnato il raggiungimento di una più completa autonomia del gruppo.

Considerazioni

Ogni gruppo AMA ha necessità di costruire un’identità specifica, dal momento che l’identificazione di gruppo fa emergere e sviluppare un senso di appartenenza ad una più sana condizione rispetto a qualsiasi altra che abbia relazione con la malattia mentale.

I componenti di questo gruppo affermano di sentirsi tra di loro accettati, capiti, non giudicati e scoprono di avere origini comuni (nella malattia) tuttavia sviluppando talenti diversi che mettono reciprocamente a disposizione. Se, ad esempio, per più incontri un componente si assenta, c’è sempre qualcuno che lo cerca e gli comunica che la sua assenza “si fa sentire”.

Dal momento in cui i componenti del gruppo approfondiscono la reciproca conoscenza, i pregiudizi cadono, emergono risorse individuali insospettabili nella creatività, nel saper fare, nel saper applicare.

Dal punto di vista degli operatori, queste esperienze di gruppo AMA sono ricche di elementi di stimolo e riflessione in continuo divenire. Si percepisce, da un punto di vista terapeutico, che tali esperienze hanno un’innegabile potenzialità, cioè la capacità di avviare un meccanismo virtuoso che viene innescato nel momento in cui i componenti del gruppo divengono consapevoli che, pur avendo bisogno di protezione e aiuto, non sono obbligati a chiederli sempre all’esterno, poiché riescono a reclutare risorse personali; apprendono che, pur avendo vissuto il disagio della malattia mentale, vi sono altri aspetti personali che lo compensano ampiamente, ad esempio la responsabilizzazione verso se stessi che non permette di delegare la propria scelta alla famiglia o agli ambulatori di cura [4].

Per gli operatori l’AMA è una scommessa e una sfida a “lasciar camminare con le proprie gambe” i pazienti, con la stessa fiducia di un genitore che si rende conto della maturità del figlio [5, 6].

Attualmente il gruppo è più autonomo: dopo quattro anni gli incontri hanno cadenza settimanale e tra i componenti, oltre ai rapporti di gruppo, sono nate amicizie spontanee, con assunzione di iniziative libere ed autonome.

Seconda esperienza: Gruppo AMA con familiari “caregivers di pazienti”

Il familiare “caregiver” è quello che si occupa del paziente, ne ha il maggior carico emotivo, costituito da stress e pressioni emotivo-affettive intense, e matura nel tempo. Le sue caratteristiche iniziali:

- ✓ Atteggiamenti e convinzioni maladattativi (scarsa autostima, isolamento sociale, sfiducia, senso di colpa, ecc.)
- ✓ Degrado progressivo della qualità della vita
- ✓ Logoramento sempre maggiore di un disagio psicologico personale

Il familiare ha diverse richieste che includono la necessità di maggior informazione, di ascolto e supporto da parte degli operatori; di usufruire di uno spazio solidale dove incontrarsi; di partecipare attivamente al programma terapeutico del congiunto

L’attenzione è centrata sul ruolo del familiare “caregiver” inteso come possibile fattore di rischio per la propria salute mentale e va perciò supportato nell’ambito del gruppo di auto-aiuto, che lo porti a:

- ✓ uscire allo scoperto
- ✓ raccontarsi
- ✓ mettersi in discussione
- ✓ sperimentare l’imprevedibile incontro/confronto con altri genitori e/o parenti dei pazienti nel gruppo AMA

Gli incontri si sono svolti ogni due settimane, ognuno per la durata di due ore. Il gruppo iniziale è costituito da 13 familiari di pazienti con in media 7 anni di malattia. Ognuno aveva problemi simili di carico e aveva manifestato il bisogno di condividere l’esperienza con i seguenti obiettivi:

- ✓ la comprensione degli stati emotivi propri e dell’ammalato (ridurre l’EE, rielaborare la storia familiare)
- ✓ la comunicazione interpersonale in ambito familiare ed extrafamiliare (principi di comunicazione efficace-coping-problem solving)
- ✓ la funzione protettiva ed affettivo-educativa della “relazione di aiuto” del caregiver (del naturale legame di attaccamento/accudimento genitore-figlio; nelle abilità di ascolto-conforto-sostegno)
- ✓ migliorare la qualità della vita (aumentando i rapporti sociali, superando lo stigma, divertendosi assieme)
- ✓ rafforzare la collaborazione del Servizio-Famiglia

Le discussioni del gruppo, avvenute fra l’ottobre 2004 e il luglio 2005, sono state centrate sui fattori che hanno pesato di più all’esordio della malattia e su quelli che attualmente la sostengono ancora; sulla reale situazione dei rapporti sociali e familiari; sul bisogno di informazione e sul “carico emotivo”.

Nella fase successiva, fino al luglio 2006, l’attività si è invece incentrata, oltre che sul consolidamento delle tematiche suddette, sul bisogno di realizzare un progetto triennale di “Laboratorio psico-relazionale e di apprendimento di abilità gastronomiche” che conducesse alla formazione finale di una cooperativa, finalizzata all’inserimento lavorativo dei propri pazienti.

Risultati

Fra gli obiettivi raggiunti annoveriamo :

- la costruzione e il consolidamento dell’identità e dell’appartenenza al gruppo, attraverso un nome ed un logo rappresentativo (S.P.E.S. –Speranza, Pazienza, Energia, Solidarietà-rappresentato da due mani intrecciate che si stringono);
- l’accrescimento del benessere psicologico attraverso l’ascolto, la comprensione, la riduzione del senso di solitudine, il miglioramento della qualità della vita con l’aumento di relazioni extrafamiliari;
- il parziale ridimensionamento del “carico emotivo” e la riduzione dello stigma;
- un incremento dei meccanismi di cura e di protezione nei confronti del paziente anche attraverso una maggiore collaborazione con gli operatori.

Il Gruppo AMA rappresenta perciò un valido e strategico strumento terapeutico grazie alla sua intrinseca funzione di inclusione e di aggregazione [7].

Anche per questa esperienza vi sono sviluppi successivi che il gruppo dei familiari sta realizzando: la nascita di un laboratorio gastronomico per i propri figli in vista di una attività prelaborativa.

Terza esperienza: Esperienza di Formazione sull'Auto-Aiuto

Tale esperienza nasce da una precisa richiesta dei pazienti di “fare delle cose insieme” ed è condotta sia con operatori della CRAP di Spinazzola sia con alcuni del CSM di Canosa [8].

Sulla base delle riflessioni emerse dalle precedenti esperienze, ci siamo chiesti se il gruppo AMA potesse soddisfare tale richiesta e se fosse il caso di “buttarci” emozionalmente nell’esperienza o, piuttosto, fermarci a riflettere per avere chiari gli obiettivi, creando così un percorso che consentisse un approfondimento teorico sull’auto-aiuto nonché una conoscenza delle esperienze presenti sul territorio. Il percorso, iniziato nel gennaio 2007, consta di una parte teorica e di una esperienziale.

I temi affrontati nella PARTE TEORICA:

- definizione dei gruppi AMA
- caratteristiche e tipologie dei gruppi AMA (obiettivi diversi a seconda delle patologie)
- fattori di efficacia nell’auto-aiuto nell’ambito della psichiatria
- concetto di reciprocità (ogni membro del gruppo sostiene e viene sostenuto a sua volta)
- costruzione del senso del “Noi”
- sostegno informativo ed emotivo
- la conduzione dell’auto-aiuto: ruolo, funzioni, difficoltà del trainer [9].

La PARTE ESPERIENZIALE è costituita da simulazioni nelle quali ciascun operatore ha “impersonato” sia il trainer che il paziente. Dopo ogni incontro, di circa tre ore, si passa alla discussione sulle dinamiche all’interno del gruppo e sulle difficoltà incontrate nello stesso, giungendo a definire quali sono i comportamenti, e le relative figure, che possono mettere in difficoltà il trainer:

- monopolizzatore: componente del gruppo che sottrae tempo agli altri
- leader spontaneo del gruppo: può agire in contrasto o in accordo col trainer
- collaborazionista: cerca una qualche complicità col trainer
- il silenzio del gruppo: non va eluso né colmato con domande intrusive poiché è uno strumento di comunicazione del gruppo stesso
- le assenze: ci si interroga sui motivi che spingono all’assenza

I gruppi di auto-aiuto risultano quindi “luoghi del comprendere e dell’ascoltare empatico” attraverso la narrazione di sé e la condivisione di esperienze e informazioni: “Raccontare la propria storia di vita e riflettere su di essa consente una maggiore conoscenza di sé oltre che un allargamento della prospettiva rispetto al futuro” [10, 11].

Il trainer

Il compito del trainer è quello di facilitare la circolarità della comunicazione che deve essere il più possibile orizzontale, tra paziente e paziente; la sua presenza non deve tradursi quindi in un controllo professionale.

Il trainer deve favorire la coesione del gruppo; valorizzare le norme; incoraggiare l’identificazione reciproca; incrementare la percezione che i membri hanno delle loro capacità; creare un clima accogliente tramite la reciproca fiducia. I suoi requisiti includono perciò la capacità di ascolto, per comprendere bisogni e richieste dell’altro; la pazienza, intesa sia come “saper aspettare” che come accettazione dell’incertezza ed inoltre, tutte caratteristiche che gli permettano di “entrare in contatto” con l’interlocutore.

Essenziale è la conquista dell’autonomia da parte del gruppo e il rispetto delle scelte dei membri; il trainer deve perciò rimuovere i preconcetti fondati sull’impossibilità di avviare un gruppo “fai-da-te” e sulla necessità del suo ruolo professionale per la conduzione dello stesso.

Nel marzo 2007 si è costituito un gruppo AMA con i pazienti di Spinazzola (quattordici componenti): la formazione degli operatori si caratterizza in itinere con incontri mensili di supervisione, in tal modo eventuali invii nel gruppo vengono in discussi preliminarmente tra gli operatori prima dell'inserimento nel gruppo stesso.

Il presente articolo è stato presentato al Congresso Sirp Puglia del 12.10.2007 - "La costruzione della rete dei servizi per la riabilitazione del paziente psichiatrico".

* Psicologa – Psicoterapeuta, Direttore Unità Operativa di Psicologia Clinica – DSM ASL BAT

Bibliografia

- [1] Silvermann PR. *I gruppi di mutuo aiuto*, Erickson ed., Trento, 1980.
- [2] Steinberg DM. *L'auto-mutuo-aiuto*, Erickson ed., Trento, 2002.
- [3] Grosso L. *Il mondo dell'auto-aiuto*, Animazione sociale, Torino.
- [4] James, M. Jongeward D. *Born to win:transational analysis with gestalt experiments*, Reading Mass Addison Wesley, 1971 (ed.it. *Nati per vincere:analisi transazionale con esercizi di gestalt*, San Paolo ed., Milano, 1987).
- [5] Romanini MT. *Il genitore dello psicoterapeuta e lo psicoterapeuta del genitore* Riv.It.di A.T.e Metod.Psicot., XV 29: 9-25, 1985; .
- [6] Romanini, MT. *Costruirsi persona*, La vita felice ed., Milano, 1999.
- [7] AA.VV. *I gruppi di auto-mutuo-aiuto nel sistema dei servizi Padova*, Fondazione Zoncan n. 2, XXI, 1994.
- [8] Albanesi C. *I gruppi di auto-mutuo-aiuto*, Carrocci ed., Roma, 2004.
- [9] Francescato D. *Stare meglio insieme*, Mondadori, Milano, 1995.
- [10] Attanasio S. *Contributi all'approfondimento del concetto di carezza*, Riv.It.di A.T.e Metod.Psicot., III 5 :23-27, 1983.
- [11] Berne, E. *Games people play New York*, Grove Press, 1964 (ed.it. *A che gioco giochiamo*, Saggi Tascabili Bompiani, VII ed., Milano, 1995).

La riabilitazione territoriale dei disturbi del comportamento alimentare tra linee guida e pratica clinica

di *Bruno Gentile**, *Pierandrea Salvo***, *EriKa Baldissera****

Abstract

The DAC, are psychiatric disorders frequently associated with mood's disorders and/or personality's disorders; further more they have high mortality either for suicide or for organic complications. Therefore DCA need of integrate team-work. This article reviews guide lines and evidence based treatments which range over continuum among out-patients' department and hospitalization through rehabilitative setting of specialized day-center or community. Different variable useful to select treatment in day-center or community are analyzed.

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie psichiatriche caratterizzate dalla compresenza di alterati comportamenti alimentari, pensieri disfunzionali relativi al corpo ed alle proprietà nutrizionali degli alimenti (tabella 1)...[1]

Nelle persone affette da DCA è presente una elevata comorbidità per disturbi depressivi, ansiosi e di personalità.

Gli studi epidemiologici internazionali mettono in evidenza un aumento dell'incidenza dei DCA nella fascia femminile tra i 12 e 25 anni con 4-8 nuovi casi per anno ogni 100.000 individui per la Anoressia Nervosa (A.N.); 9-12 per la Bulimia Nervosa (BN); una età di esordio compresa tra i 10 ed i 30 anni con una età media di insorgenza attorno ai 17 anni. La prevalenza della AN è stimata essere compresa intorno allo 0.2-0.8%, quella della BN intorno al 3%, e dei DCA-NAS tra il 3.7 e il 6.4%. Ne deriva che, sul territorio nazionale, ci si dovrebbe aspettare la presenza di oltre 300.000 persone affette da un DCA solo tra le femmine.

La A.N. è la patologia psichiatrica con la più elevata mortalità complessiva (circa il 6%) determinata pressoché in egual misura da suicidio e complicanze organiche.; mentre la guarigione completa si ottiene in circa il 30% dei casi essendo frequente la cronicizzazione ed il passaggio ad altre forme di DCA.

Nella B.N. la mortalità è più bassa (attorno all'1% ad otto anni dall'esordio) mentre sono assai frequenti i comportamenti autolesivi. La percentuale di remissione completa a lungo termine è superiore al 70%. (tabella 2 e 3)

Numerose esperienze cliniche confermano la necessità e la efficacia di un approccio integrato, multidimensionale e pluriprofessionale nella cura dei DCA. Questa necessità è dovuta sia alla particolare gravità psicopatologica di questi quadri clinici, sia alla concomitante presenza di problematiche psichiatriche, mediche e psicologiche relazionali.

Le principali fonti di riferimento per quanto riguarda le linee guida [2, 3, 4] e i trattamenti evidence based dei DCA sono elencate nella tabella 4.

La maggior parte delle persone con un DCA necessitano di un contesto di cura ambulatoriale purché questo comprenda trattamenti psicologici e specifiche competenze nelle cure e nella valutazione/gestione del rischio fisico del paziente. Allo stesso modo, nei contesti di ricovero ospedaliero o residenziale riabilitativo, i soggetti dovrebbero poter disporre di un setting che possa provvedere all'aumento della abilità a rialimentarsi con un attento monitoraggio alle necessità fisiche in combinazione con interventi psicosociali.[5]

Realizzare un trattamento integrato significa, quindi, seguire un approccio adattabile ai diversi bisogni ed aspettative dei pazienti, il che non equivale alla messa in atto di differenti tecniche e

modelli terapeutici, bensì alla possibilità di cogliere i bisogni specifici di ciascun utente e fornire conseguentemente una risposta adeguata.

Le necessità di trattamento dei DCA spaziano in un continuum ideale che va dall'ambulatorio al ricovero ospedaliero passando attraverso contesti di cura sempre più articolati e protetti al fine di meglio potersi adattare alle necessità cliniche del singolo utente (APA, 2006). In particolar modo nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare deve trovar posto la collocazione delle strutture intermedie riabilitative.

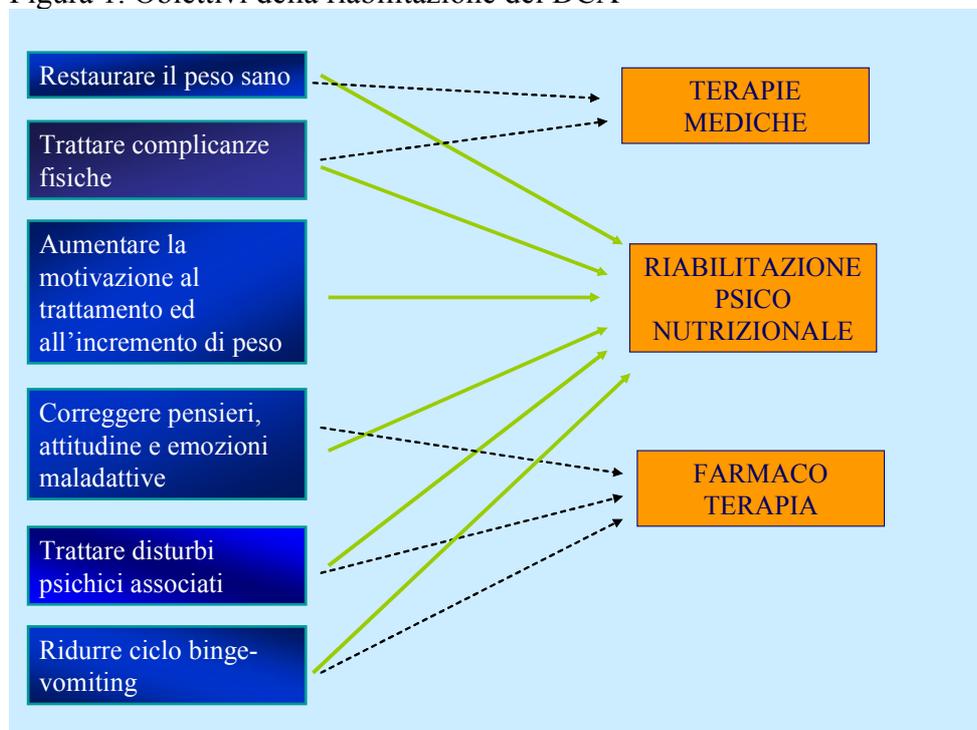
La scelta del contesto di cura di volta in volta più appropriato richiede una analisi multiprofessionale delle necessità cliniche e personali dell'utente, della famiglia e del milieu sociale. I criteri da considerare in tale scelta sono riportati in tabella 5 e sono ascrivibili a fattori medici, psichiatrici, familiari e logistici.

La riabilitazione dei DCA, esattamente come avviene nella pratica clinica quotidiana della alte gravi patologie psichiatriche, ha ragione di svolgersi in strutture intermedie territoriali essendo l'ospedale generale il luogo deputato al trattamento delle condizioni di acuzie organica ovvero psichico/comportamentale. Si tratta di riabilitazione sanitaria che comporta interventi valutativi, diagnostici, terapeutici ed altre procedure finalizzate a portare il soggetto disabile alla massima autonomia personale possibile attraverso la tempestiva individuazione delle menomazioni, la predisposizione di un piano personalizzato di intervento e la esecuzione di interventi pluridisciplinari di natura medica, psicologica ecc.

Nei DCA si dovrebbe attuare una specifico forma di riabilitazione psiconutrizionale [6] volta a migliorare la gestione del comportamento alimentare, far fronte agli aspetti psicopatologici presenti nelle persone affette da un DCA, migliorare le condizioni fisiche e di nutrizione.

Per ciascuno di questi obiettivi vanno individuati gli aspetti topici sui quali incentrare il trattamento e che possono essere didascalicamente individuati.

Figura 1. Obiettivi della riabilitazione dei DCA



Migliorare la gestione del comportamento alimentare:

- Ridurre i comportamenti ritualizzati

- Ridurre le bizzarrie comportamentali relative al cibo
- Ridurre ansia e stress presenti al momento dei pasti
- Migliorare la gestione del momento del pasto anche in famiglia
- Attuare attività educazionali per utenti e familiari [7]

Far fronte agli aspetti psicopatologici:

- ✓ Trattare le patologie psichiatriche concomitanti (psico e farmacoterapia)
- ✓ Trattare il disturbo della immagine corporea
- ✓ Trattare le idee disfunzionali relative al DCA [8]
- ✓ Agevolare l'interfacciamento e la presa in carico da parte di altri servizi psichiatrici (CSM, NPI, Ser.T)

Migliorare le condizioni fisiche e di nutrizione

- ✓ Attuare riabilitazione nutrizionale (fase post acuta di trattamento anche con SNG e integratori, non alimentazione meccanica) [9, 10]
- ✓ Attuare strategie volte alla riduzione del rischio (guarigione difettale) [11].

La riabilitazione psiconutrizionale [12] può essere attuata in contesti semiresidenziali del tutto assimilabili per tipologia di intervento e di protezione ad un consueto centro diurno, mentre per i casi più gravi si può ricorrere a strutture residenziali costituite sul modello di una CTRP.

L'organizzazione del nostro centro [13] prevede la possibilità di erogare trattamenti ambulatoriali, semiresidenziali (5 posti) e residenziali (7 posti).

Dalla data di apertura del centro sono stati seguiti ambulatorialmente oltre 1600 utenti e, negli ultimi 4 anni oltre 250 utenti sono stati trattati in regime semiresidenziale o residenziale.

L'attività riabilitativa è organizzata in modo tale da affrontare, con modalità prevalentemente grupppale, gli aspetti specificamente legati al DCA ed alla riabilitazione nutrizionale.

La figura 2. illustra le attività svolte nel centro e gli operatori ad esse dedicati.

Figura 2. Organizzazione delle attività riabilitative nel centro DCAP di Portogruaro

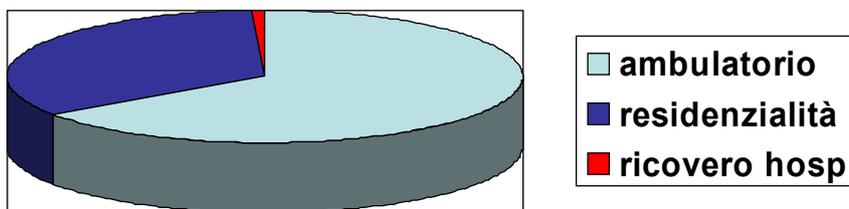
lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato	domenica
accoglienza, esami, terapie					accoglienza	
☐ ☺ spuntino						
☐ educazio nale	☺ danza terapia	φ cogn comport amentale	φ asserti vità	☐ Week end	☒ ☺ Giornalin o / uscite	☒ ☺ occupazio nali
☐ ☺ pasto assistito (non alimentazione meccanica)						☒
φ ☐ gruppo genitori	φ Imm corporea	☐ decoupa ge	☐ patch work	φ socializz azione	Tempo libero / studio	Uscita visite
☐ ☺ spuntino					☒	☒
uscita visite	☺ Discuss cine forum	Tempo libero / studio	☐ patch work	Cine forum	Tempo libero / studio	Tempo libero / studio
☺ pasto assistito (non alimentazione meccanica)					☒	☒

φ psicologhe ☐ dietiste ☐ infermiere ☺ educatrici/danza terapeuta ☒ OSS

Nella nostra esperienza, una adeguata articolazione della rete di trattamento dei DCA che comprenda specifiche strutture intermedie si è dimostrata efficace sia nel determinare buoni esiti di trattamento sia nell'evitare drasticamente il ricorso ai ricoveri ospedalieri che assumono dimensioni del tutto residuali. Le strutture riabilitative residenziali intensive extra ospedaliere per i DCA sono **efficaci, duttili e decisamente meno costose** delle strutture di ricovero senza contare che, soprattutto per gli utenti giovani e giovanissimi, il ricorso a prolungati periodi di ricovero ospedaliero è spesso, di per sé, causa di isolamento e regressione.

Figura 3.

Riabilitazione territoriale e ricoveri ospedalieri (600 pz.)



In conclusione si può affermare che il trattamento dei Dca rappresenta una nuova sfida per i DSM e per gli operatori della salute mentale sia per la peculiarità del disturbo (che presenta molte componenti di tipo medico e nutrizionale), sia per la necessità di interazione di figure professionali diverse tra loro e non sempre consuete nella pratica psichiatrica (dietisti, medici nutrizionisti), sia per il dover pensare e costruire percorsi riabilitativi e strutture intermedie specificamente dedicate e dotate di personale appositamente formato.

Le esperienze pubbliche di questo tipo presenti in Italia, che si contano ancora in poche unità, dimostrano peraltro la efficacia di questo modello di trattamento riabilitativo purchè siano tenute presenti alcune accortezze fondamentali:

- ✓ A livello ambulatoriale vanno gestiti pazienti a basso rischio.
- ✓ Un ambulatorio per DCA deve essere competente nel valutare e gestire il rischio.
- ✓ Un ambulatorio per DCA deve essere considerato parte di una rete di contesti di trattamento in grado di rispondere a diverse necessità e fasi cliniche della malattia.
- ✓ Il ricovero ospedaliero è uno strumento eccezionale nel trattamento dei DCA e dovrebbe protrarsi SOLO per il tempo necessario alla gestione dello scompenso acuto.

Tabella 1. criteri diagnostici DSM IVR

Anoressia Nervosa

1. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per età ed altezza
2. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso
3. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, ovvero eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, ovvero rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.
4. Nelle femmine, dopo il menarca, amenorrea cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi

Sottotipi

- con restrizioni: nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto non presenta regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi)
- con abbuffate/condotte di eliminazione: nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi)

Bulimia Nervosa:

1. Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da:
 - mangiare in un definito periodo di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - sensazione di perdita di controllo durante l'episodio
2. Frequenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso: vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclismi o altri farmaci, digiuno, eccessiva attività fisica.
3. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano con una frequenza di almeno due volte alla settimana per tre mesi.
4. I livelli di autostima sono influenzati dalla forma e dal peso corporei
5. Tali episodi non si verificano esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Sottotipi:

1. con condotte di eliminazione: presenza di vomito autoindotto o uso eccessivo di lassativi, diuretici, enteroclismi.
2. senza condotte di eliminazione: vengono utilizzati altri comportamenti compensatori quali il digiuno, l'esercizio fisico eccessivo

Disturbo da alimentazione incontrollata:

1. Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di:
 - episodi di abbuffate quindi mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - sensazione di perdita di controllo durante l'episodio
2. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati a tre o più dei seguenti sintomi:
 - mangiare molto più rapidamente del normale
 - mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni
 - mangiare grandi quantità di cibo senza essere affamati
 - mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando
 - sentirsi disgustato verso se stesso, depresso, o molto in colpa per le abbuffate
 - Presenza di un marcato disagio correlato agli episodi di alimentazione incontrollata
3. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta mediamente almeno per due giorni alla settimana in un periodo di sei mesi
4. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzo sistematico di comportamenti compensatori inappropriati e non si verifica esclusivamente in corso in corso di A.N. o di B.N.

Tabella 2. Comorbidità, mortalità e outcome della ANORESSIA NERVOSA

Comorbidità psichiatrica lifetime	Mortalità	Outcome
Disturbi d'ansia >50%	Complessiva 6%	Guarigione completa 30%
Disturbi personalità 40%	SMR suicidio 58%	Guarigione incompleta 20%
DOC e DPOC 16 – 35%	Tentativi di suicidio 22%	Permanenza di AN 6 – 10%
Disturbi depressivi 51 – 84%	SMR tutte la cause 9.6	Passaggio a: BN 22% DCANAS 14%

Tabella 3. Comorbidità, mortalità e outcome della BULIMIA NERVOSA

Comorbidità psichiatrica lifetime	Mortalità	Outcome
Disturbi d'ansia 17-47%	Complessiva 1% a 6 anni	Remissione completa 8 aa.: 74%
Disturbi personalità 4 –10%	Tentativi di suicidio 11%	Outcome 5 anni: Buono 76% Intermedio 19% Scarso 2%
DOC e DPOC 25%	SMR compl 2.36	Ricadute 8 anni 35%
Dist. Depr. 58 – 80%		
Abuso sostanze 21 – 36%		

Tabella 4. Linee guida ed evidence based sui DCA

Obesità, sindrome plurimetabolica e rischio cardiovascolare: consensus sull'inquadramento diagnostico-terapeutico (Ministero della Salute, 2003)
Eating disorder: core intervention in the management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related disorders (National Institute for Clinical Excellence, 2004)
Position of the american dietetic association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and EDNOS (ADA, 2001)
Australian and new zealand clinical guideline for the treatment of A.N. (2004)
Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (American Psychiatric Association, II ed. 2006)
Eating disorders in adolescent girls and young adult women with type 1 diabetes (Diabetes Spectrum, 2002)
Index to position statements on eating disorders (paediatric canadian association, 2001)
Eating Disorders: Facts About Eating Disorders and the Search for Solutions (National Institute of Mental Health, USA, 2001)
Diagnostic et traitement des troubles des conduites alimentaires des adolescents: anorexie mentale et boulimie nerveuse (Académie Nationale de Médecine, France,2002)

Tabella 5. Variabili da considerare per la scelta del trattamento in struttura.

	struttura Semiresidenziale	struttura Residenziale
COMORBIDITÀ PSICHIATRICA	Significativa ma senza gravi disturbi comportamentali	Significativa ma senza gravi disturbi comportamentali
CONDIZIONI MEDICHE	stabili	Poco stabili senza necessità di sondino nasogastrico, o esami di laboratorio pluriquotidiani o fleboterapia intensiva
SUICIDARIETÀ	Non pianificata	Pianificata ma non tentata
PERCENTUALE DI PESO CORPOREO RISPETTO ALL'OTTIMALE	>75%	<85% in decremento rapido o instabile. Basso rischio per la salute
MOTIVAZIONE, COOPERATIVITÀ/CONTROLLO DELLE IDEE OSSESSIVE	Parziale. Pensieri egodistonici fino a 3 ore/die. Cooperatività	Scarsa. Pensieri ossessivi da 4 a 6 ore/die. Cooperatività solo in contesti strutturati.
NECESSITÀ DI STRUTTURA PER MANGIARE O GUADAGNARE PESO	Necessità di qualche strutturazione per guadagnare peso	Necessità di supervisione ad ogni pasto o restringe/elimina il cibo assunto
ATTIVITÀ FISICA	Tendenza alla iperattività	Necessità di controllo della iperattività rispetto al cibo assunto.
COMPORAM. PURGATIVO	Ridotto. Non anomalie ECG o di altro tipo	Necessità di controllo di purging e vomiting. Anomalie non gravi degli elettroliti
CONTESTO FAMILIARE	Presente e valido	Famiglia assente o gravemente inadeguata

* Direttore DSM AULSS 10 “Veneto Orientale”.

** Psichiatra, responsabile Centro di riferimento per la Provincia di Venezia per la cura dei disturbi del comportamento alimentare e del peso.

*** Psicologa, Centro di riferimento per la Provincia di Venezia per la cura dei disturbi del comportamento alimentare e del peso.

Bibliografia

- [1] APA., *DSM IV TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi del comportamento alimentare*, Masson ed, Milano, 2001.
- [2] Ministero della Sanità, *Disturbi del comportamento alimentare, linee di indirizzo*, Roma, 2001.
- [3] APA, *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*, II ed. APA, 2006.
- [4] American dietetic association., *Position of the american dietetic association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS)*, Journal of the American dietetic association, vol. 101, 7, 2001.
- [5] National institute for clinical excellence, *Eating disorders core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*, NICE, London, 2004.
- [6] Salvo P., Baldissera E. *Il percorso terapeutico riabilitativo dei disturbi del comportamento alimentare tra riabilitazione psicologica e farmacoterapia*. Atti del congresso regionale ADI Toscana, 2007.
- [7] Favaro A., Santonastaso P., *Anoressia e bulimia. Guida pratica per genitori, insegnanti e amici*, Positive Press, Verona, 2002.
- [8] Garner D. M., Dalle Grave R., *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*, Positive Press, Verona, 2002.
- [9] Ostuzzi R. *Strategie nutrizionali dell'anoressia nervosa: dalla fase critica alla riabilitazione*, Il pensiero scientifico, Roma, 2000.
- [10] Dalle Grave R., Di Flaiano E., *L'alimentazione meccanica: il cibo come medicina. Un manuale di auto-aiuto per vincere i disturbi dell'alimentazione*, Positive Press, Verona, 2002.

- [11] Pianella G., Stella S., Nalesso L., Carli L., Ostuzzi R., *Strategie nel trattamento nutrizionale dei disturbi del comportamento alimentare*, atti del convegno ANDID, intermedia editore, Brescia, 1999.
- [12] Salvo P., Favro S., *Obesità e binge eating disorder: evidenze e strategie di trattamento*, *Obesità, nutrition and metabolism*, vol1, n.2, 2004.
- [13] Baldissera E., Gentile B., Salvo P. *La riabilitazione intensiva extra ospedaliera dei disturbi del comportamento alimentare nel servizio per il trattamento dei DCA di Portogruaro (VE)*, *Rivista quadrimestrale di politiche della salute nella comunità Istituto A. Devoto*, aprile 2006.

Considerazioni del Direttivo SIRP Triveneto su attualità, problemi e prospettive della Riabilitazione Psichiatrica nel Veneto

A cura di: Dario Lamonaca, Stefano Zanolini**, Bruno Gentile***, Luigi Basso°, Alessandro Sveltini°, Ileana Boggian°, Francesco Pesavento****, Giancarlo Cuccato**** (Direttivo SIRP Triveneto)*

Abstract

The SIRP Triveneto would like to propose reflections about experience carry out in last years, with the aim to partecipate at the discussion of actual condition of community psychiatry, in particular of rehabilitation activity. A modern rehabilitation has to have characteristic of early intervention, specific and personal, finalized to increase individual empowerment (intrapersonal, interpersonal, cognitive, ecc), togheter with promotion of recovery processes; on the other hand, for developing social worknet, peer support, valorized territory resources. From discussion sets out implications for developing strategies in rehabilitation services.

Il Direttivo della SIRP Triveneto intende proporre alcuni spunti di riflessione e proposte, alla luce dell'esperienza accumulata in questi anni, per contribuire al dibattito su alcuni aspetti essenziali dell'attuale condizione della psichiatria di comunità, in particolare nell'ambito delle attività riabilitative.

Una moderna riabilitazione si caratterizza da un lato per l'intervento sempre più precoce, specifico e personalizzato, finalizzato al potenziamento delle competenze individuali (secondo un'accezione estesa che va dall'intrapersonale all'interpersonale, al cognitivo, ecc.), insieme alla promozione dei processi di recovery e di empowerment; dall'altro per lo sviluppo del lavoro di rete, mirando all'attivazione e protezione delle reti sociali naturali, del supporto tra pari, attraverso la valorizzazione delle risorse del territorio.

Da qui l'importanza :

- della valorizzazione del ruolo attivo che i diversi soggetti coinvolti (dagli utenti ai familiari, dagli operatori dei servizi al volontariato, dalla scuola ai datori di lavoro, ecc.) possono giocare;
- dell'utilizzo di modalità di approccio e metodologie terapeutico-riabilitative coerenti, scientificamente fondate e sintoniche con la cultura, i valori e le attitudini dei soggetti coinvolti;
- della valutazione degli esiti, all'interno dei quali deve avere il giusto rilievo il lato della soggettività di utenti e familiari, relativo alla soddisfazione per gli interventi, alla qualità percepita di vita, al consapevole riappropriarsi di percorsi di recupero e guarigione;
- di una attitudine dei servizi alla formazione continua, al confronto e alla ricerca, che non produca dati autoreferenziali, ma anche studio dei processi attivati e degli effetti dei progetti sulla vita delle persone.;
- recuperare l'obiettivo di lavorare con l'individuo sul suo Progetto Terapeutico Individualizzato, monitorando costantemente i processi evolutivi e intervenendo sugli impedimenti ed eventuali ostacoli sociali e culturali che si possono incontrare.

In tale ottica, le strutture riabilitative sia residenziali che semiresidenziali gestite dai servizi di salute mentale, non possono che avere una funzione di attiva produzione di salute (e di recupero della disabilità) e non di "mantenimento", e non possono pertanto che essere " di transito", promuovendo flussi verso la fuoriuscita dal circuito sanitario istituzionale.

Sembra dunque utile aprire una riflessione sul presente e interrogarsi su quali siano le tendenze e quali gli scenari che possiamo attenderci per il futuro. La questione è dunque in quale direzione

vada la psichiatria di comunità e di cui la riabilitazione è una componente essenziale [1]: se nella direzione di confermare la scelta di fondo della inclusione dei pazienti nel tessuto civile, quindi di volerli tenere (farli vivere e curarli) dentro la comunità; oppure se siano invece destinate a prevalere le spinte verso una nuova esclusione, attraverso la espulsione dei pazienti all'interno di circuiti "altri", sostanzialmente estranei ed alternativi alla comunità.

Di fatto, in questi anni sono aumentate le richieste di presa in carico, specialmente per patologie complesse e ad alto impegno terapeutico-riabilitativo e si è abbassata l'età degli utenti (17-18 anni) a cui si propongono gli strumenti riabilitativi, per contrastare l'esordio della patologia psichica: ci si confronta con un'area del bisogno molto vasta, con disturbi altamente disomogenei tra loro per tipologia, rischio di cronicizzazione, pervasività; c'è sempre più necessità di interventi multiprofessionali complessi e coordinati, ad elevata intensità e di medio-lungo periodo.

D'altro canto sono diminuite le risorse umane, o quantomeno vi è stata un'assenza di attenzione al problema delle risorse complessive: non sono mai stati applicati (o comunque controllati nella loro realizzazione nei diversi DSM) gli standard di riferimento secondo PON e POR (es. un operatore ogni 1.500 abitanti; almeno 5 % della spesa AULSS da destinare ai DSM) [2].

Se non viene modificata l'attenzione al problema delle risorse umane e strutturali nella Riabilitazione, vi è il rischio di dispersione delle scarse risorse a disposizione nell'inseguimento delle emergenze, con la conseguente diminuzione dei livelli di assistenza, della qualità e del numero delle prestazioni, con il risultato di dare luogo a nuove forme di istituzionalizzazione (relazione regionale).

In questi ultimi anni abbiamo assistito ad importanti modificazioni nei pazienti dei Dipartimenti di Salute Mentale, a causa di più fattori.

I *grandi cambiamenti demografici* che si sono verificati che, per quanto prevedibili e noti, sono stati trascurati nelle loro ricadute sul sistema dei servizi. In particolare: la riduzione della popolazione giovanile e l'aumento della popolazione anziana, hanno determinato un impressionante aumento delle depressioni e della demenza.

Si è inoltre verificato un *cambiamento epidemiologico* imponente rispetto ai disturbi clinici. In particolare, una impressionante diffusione dell'abuso di sostanze con una doppia conseguenza: più giovani che fanno uso di sostanze (delle "nuove sostanze": cocaina, polidipendenza, eccitanti, etc.) oggi sviluppano disturbi psichiatrici molto più che in passato; un numero sempre maggiore di pazienti con disturbi mentali abusa di sostanze. Sono sempre più frequenti i casi di gravi Disturbi di Personalità, associati o no ad altri disturbi psichiatrici.

La *fragilizzazione delle reti sociali primarie*, che ha come conseguenza frequenti comportamenti di delega totale ai servizi del familiare problematico, se non di abbandono.

I nuovi pazienti hanno queste caratteristiche principali: presentano disturbi nuovi sul piano clinico, in particolare per quanto attiene i disturbi di personalità; hanno un'età più giovane, che li rende refrattari non solo al mondo degli adulti, ma anche ai servizi sanitari per gli adulti; i disturbi che presentano sono frequentemente associati ad importanti problemi del comportamento (in particolare, se è presente l'abuso di sostanze); l'aderenza ai trattamenti è bassa, incostante e frammentaria; spesso hanno alle spalle famiglie più o meno sfasciate/inesistenti/conflittuali.

Al di là delle etichette, si può dire che la cronicità da grave malattia mentale presenta tipologie diversificate di pazienti: esistono ancora pazienti che hanno vissuto il manicomio, che hanno un'età anagrafica avanzata e conseguenti bisogni prevalenti di tipo assistenziale, anziché riabilitativo? Sarebbe interessante conoscere la dimensione di questa situazione per scoprire se i DSM impiegano ancora cospicue risorse, o meno, per questi utenti.

Altra categoria sono i pazienti relativamente giovani, che però hanno alle spalle oltre un decennio di malattia; questi utenti rappresentano un carico impegnativo in termini di erogazione di risorse, in quanto spesso impegnano i servizi per lungo tempo: dai ricoveri "revolving door", all'uso improprio degli SPDC; dalla frequenza nelle strutture residenziali o semiresidenziali per tempi protratti, senza veramente uscire dal circuito psichiatrico. Sarebbe interessante una ricognizione

sulla tipologia degli interventi impiegati nelle strutture, per stabilirne l'efficacia. Infine la cronicità della marginalità, delle persone senza fissa dimora, pazienti OPG.

La riabilitazione funziona se inserita in una rete coerente di strutture e servizi nell'ambito della psichiatria di comunità e quindi risente della qualità e delle carenze della rete psichiatrica complessiva. Perciò dovrebbero esistere, per ogni area territoriale, una gamma di centri e strutture con ben definite e differenti funzioni che possa fornire un insieme diversificato di opportunità.

Ricerche scientifiche recenti condotte nella nostra Regione [3, 12], hanno rilevato una condizione tutt'altro che soddisfacente delle risorse per la riabilitazione, sia sul piano quantitativo che qualitativo.

Così come è l'attuale allocazione delle risorse, c'è il rischio di un circuito parallelo destinato alla riabilitazione caratterizzato da risorse e competenze povere.

Questo contrasta con la necessità di ricostruire la cittadinanza attraverso lo sviluppo delle capacità di vita quotidiana, per tutti coloro che presentano disabilità da patologia psichiatrica grave.

Mentre la presa in carico tempestiva e mirata, il mantenimento della rete di relazioni e dell'adeguatezza di ruolo costituiscono obiettivi prioritari dell'intervento riabilitativo tempestivo ed efficace e richiedono spazi e modalità di lavoro specifici in grado di costituire un vero ponte verso una vita attiva e socialmente adeguata, preservando il normale sviluppo dei percorsi relazionali, scolastici, lavorativi. Spazi e modalità di lavoro che il "setting" della Riabilitazione, può essere in grado di fornire a condizione che sappia aggiornare la sua potenzialità di prevenzione riabilitativa in una presa in carico determinante per l'andamento della qualità della vita della persona e del suo ambiente.

Vi è inoltre la necessità di chiari obiettivi di programmazione a partire dai bisogni documentati, verso una qualità intesa come misura della capacità del sistema di individuare e rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento e di produrre risultati coerenti con le evidenze scientifiche delle migliori pratiche.

Carenza di personale specializzato in compiti riabilitativi

Anello debole dal punto di vista delle dotazioni di risorse umane è costituito dalla carenza di personale specializzato in compiti riabilitativi (psicologi specificamente formati, educatori e tecnici della riabilitazione) cosicché non c'è la possibilità di perseguire progetti riabilitativi personalizzati e vengono ancora destinati a questi compiti in modo improprio infermieri professionali, già carenti di per sé numericamente (e che quindi vengono sottratti a funzioni più prettamente clinico infermieristiche), oppure sono utilizzati addetti all'assistenza, privi di specifiche competenze o di curriculum formativi adeguati.

Dobbiamo chiederci se con personale che manca di precise competenze di tipo riabilitativo, tutte le prestazioni effettuate corrispondano a specifici interventi di provata efficacia o non siano invece generici interventi di intrattenimento. Eppure le linee guida internazionali [4, 5], raccomandano di adottare ben precise strategie di intervento psicosociale. Solo l'investimento per la crescita di staff multiprofessionali efficienti, in grado di realizzare programmi a lungo termine, può essere pagante invece di affidarsi alla perenne improvvisazione.

La Regione Veneto non ha finora promosso l'attivazione di dotazioni organiche che comprendano la figura dei tecnici della riabilitazione, il cui profilo formativo e professionale consente una più precisa specificità sul piano della formulazione dei progetti riabilitativi.

Se ancora alcuni anni fa vi era un'alta motivazione spesso ideologica, non sempre legata ad un'adeguata professionalità, oggi è cresciuta la disponibilità di professionalità, ma è calata la motivazione, legata al diffuso precariato, allo scarso riconoscimento economico e di carriera, alla non corrispondenza tra ruolo ricoperto e ruolo effettivo. Dall'indagine "Progres Veneto Residenze 2006 (in stampa)" [6], risulta ad esempio, che di quel 16 % degli psicologi che lavora nelle strutture residenziali del privato sociale, solo il 5 % di essi è inquadrato nel ruolo effettivo di psicologo. Quasi il 9 % degli altri operatori presenti è privo di qualifica.

Eppure l'esito riabilitativo è influenzato dalla qualità professionale del personale che vi si dedica, per cui serve personale con elevato grado di motivazione e professionalità. Infatti, alcuni fattori come i valori condivisi, le aspettative positive, come il clima del gruppo di lavoro, sono riconosciuti come elementi sostanziali in grado di influenzare gli esiti degli interventi [7].

Inoltre, vi è *il problema della formazione in Riabilitazione*: non c'è un corrispondente aggiornamento tra gli strumenti operativi, la loro coerenza e i contesti dentro i quali si svolgono.

Troppo spesso la formazione viene per lo più affidata all'individuo e non all'équipe, comportando che il più delle volte le conoscenze non sono trasmesse al proprio contesto, mentre un modello integrato implica l'aumento della qualità terapeutica dell'intero gruppo di lavoro.

C'è bisogno di una formazione calibrata sui reali bisogni formativi delle équipe, a partire da quelli elementari; serve sia una formazione di base sulla gestione dell'utente con disabilità psichiatrica grave, sia una specifica fondata sui modelli di interventi accreditati.

Vi è la necessità di una formazione comune e specifica, sia metodologica che tecnica, per le équipe riabilitative e non per singoli professionisti, estendibile anche al personale in convenzione.

Gli interventi riabilitativi vanno migliorati in qualità. Come affermato dal PON, va data priorità alle strategie terapeutico riabilitative la cui efficacia sia provata da evidenze scientifiche, e non più interventi generici, uguali per tutti, o tutt'al più inutili e infantilizzanti, senza un progetto individuale, concordato con familiari ed utenti e periodicamente verificato.

Oggi la riabilitazione richiede una serie di competenze complesse ed articolate che non si improvvisano, ma che richiedono investimenti a lungo periodo per formare team multiprofessionali specifici e specializzati. Infatti, ora è forse possibile programmare interventi articolati basati su evidenze di efficacia, cioè sperimentati nella loro validità, che permettano di migliorare l'assetto cognitivo di base e la qualità di vita complessiva del paziente.

Proposta: inclusione dei tecnici della riabilitazione psichiatrica nelle équipe della riabilitazione; promozione di un Corso di Formazione in Riabilitazione Psichiatrica a due livelli, uno di base e uno di approfondimento delle tecniche e metodologie d'intervento. La SIRP Triveneto ad esempio, ha promosso in questi anni iniziative formative sulla diffusione di metodologie di intervento basate sull'evidenza, come i corsi su IPT, Problem Solving, Readiness, l'approccio riabilitativo secondo Spivak, ecc .

Individuazione della responsabilità di strutture intermedie

Attualmente in molti casi la responsabilità delle strutture non è ben definita o affidata a medici e/o psicologi che hanno una presenza solo estemporanea in esse, e/o non hanno esperienza di riabilitazione. Non vi è un chiaro livello di coordinamento e responsabilità di struttura e gli operatori vengono lasciati soli ad attuare programmi, salvo poi trovare il parere negativo dei responsabili, o con poche risorse da utilizzare. La collaborazione avviene spesso in maniera episodica, sulla base dell'impegno e della disponibilità individuale, anziché su vincoli di natura organizzativa o istituzionale.

Proposta: far confluire sotto la denominazione "Strutture Intermedie Riabilitative" le strutture semiresidenziali e residenziali con l'individuazione di un responsabile di unità operativa (rispettando i responsabili di Unità Semplice), nominato dal Direttore di DSM, che abbia maturato esperienza nel campo della riabilitazione psichiatrica.

Costituzione di aree funzionali organiche cui corrispondano livelli dirigenziali di responsabilità di unità complesse o almeno di unità a valenza dipartimentale, per chi coordina i servizi di riabilitazione.

Definire e rispettare standard minimi di funzionamento dei Centri Diurni

Nell'ambito della Psichiatria di Comunità, la Semiresidenzialità svolge, da tempo, una funzione cruciale nell'evitare a persone con gravi disturbi mentali di essere sradicate dal proprio contesto

naturale di vita. Essa, infatti, offre un luogo di cura e riabilitazione intensiva all'interno della comunità d'appartenenza del paziente.

I Centri Diurni, che della Semiresidenzialità rappresentano il fulcro centrale, sono stati e continuano ad essere il luogo di collegamento tra psichiatria e rete sociale, e conseguentemente si qualificano come contesto privilegiato di un approccio riabilitativo effettivamente orientato alla costruzione di validi percorsi d'inclusione sociale.

Tuttavia, i dati nazionali mostrano una diminuzione delle risorse dedicate alla semiresidenzialità, e una diminuzione di interesse (e di investimenti) verso la semiresidenzialità a vantaggio dell'espansione della residenzialità.

Esistono evidenze che segnalano l'efficacia dell'intervento basato sulla semiresidenzialità, rispetto all'intervento continuativo sul territorio e all'ospedalizzazione [8]. Esistono esperienze che testimoniano l'efficacia e l'economicità dei trattamenti in regime diurno che, anche rispetto a patologie impegnative, sono in grado di integrare e in molti casi di supplire con successo al trattamento ambulatoriale.

In realtà vi è una sottovalutazione del ruolo della semiresidenzialità nel campo degli interventi precoci e della prevenzione della disabilità.: *centri diurni che sono spesso sotto utilizzati* piuttosto che potenziati, perdono la possibilità di avviare interventi riabilitativi precoci.

I pazienti vi vengono inviati tardi, dopo che si è già stabilizzata una condizione di desocializzazione, spesso quando altri interventi sono falliti. Voglio ricordare dallo studio Progress nazionale - 2001 [9] il dato della correlazione inversa tra posti letto nelle SR e nelle Case di Cura private e numero di CSM e CD.

Eppure le evidenze scientifiche sostengono quanto sia importante intervenire in quell'arco di tempo, primi 2-3 anni, in cui maggiore è la risposta agli interventi e si è in grado di influenzare l'evoluzione del disturbo. Prima che si instaurino circuiti cronicizzati, il restringimento della rete sociale e il decadimento dei ruoli [10].

Sotto la denominazione "Centri Diurni" attualmente si svolgono molte funzioni e attività diverse. Il Centro Diurno non dovrebbe essere il luogo del "un po' di tutto, che tanto male non fa", cioè di un insieme vago e indefinito di attività fine a sé stesse, ma dovrebbe essere il luogo privilegiato per l'applicazione di tecniche appropriate e pratiche consolidate che puntano ad aumentare l'articolazione sociale degli utenti nel loro ambiente di vita.

Proposta: ricognizione degli standard di funzionamento dei Centri Diurni; costituzione di specifiche équipe multiprofessionali a ciò dedicate.

E' necessario, inoltre, sviluppare approcci sperimentali di ricerca che consentano di individuare differenze e correlazioni tra caratteristiche degli utenti e risultati dei trattamenti proposti.

Insufficiente disponibilità di alloggi a basso grado di protezione

Un dato significativo a questo proposito è quello che emerge dal confronto con le Strutture Residenziali. Su tutto il territorio nazionale, le Strutture Residenziali hanno avuto uno sviluppo impetuoso, addirittura superiore di un terzo alle previsioni del "Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale" (2,9 posti-residenziali/10.000 abitanti attuali, rispetto ai 2 previsti) [9].

Se a questa evidenza si aggiunge che: in circa il 40% delle Strutture residenziali nell'anno considerato dallo studio (il 1999) nessun paziente viene dimesso; la diffusa dequalificazione degli operatori addetti; la frequente bassa qualità degli interventi prestati, vi è il timore di rintracciare indizi di una fase di re-istituzionalizzazione diffusa.

Inoltre, è riconosciuto dalla ricerca che l'utilizzazione di residenzialità "full time" frequentemente comporta "l'insabbiamento" dei progetti e delle possibilità evolutive dei pazienti.

Esiste una importante disomogeneità nelle Strutture Residenziali, sia per la prevalenza di posti letto ad alta assistenza, sia per la scarsa differenziazione tra bisogni di tipo sanitario e bisogni di tipo assistenziale. Indispensabile ci sembra la presenza nei DSM di forme diversificate e flessibili di

residenzialità, con distinzione tra funzioni riabilitative e funzioni assistenziali, e quindi della tipologia delle stesse SR.

Ciò può avvenire attraverso: la personalizzazione del progetto, il PRI Progetto Riabilitativo Individualizzato, condiviso tra équipe curante, utente e famiglia; una differenziazione funzionale delle SR a seconda dell'intensità di intervento riabilitativo o del grado di intensità assistenziale; una definizione della durata dei programmi riabilitativi; una definizione delle SR per aree funzionali: strutture riabilitative, assistenziali, residenzialità leggera.

Per quanto riguarda questo ultimo aspetto, rileviamo a livello regionale una insufficiente disponibilità di residenze a basso grado di protezione (Comunità Alloggio ma soprattutto rete di appartamenti), per cui la dotazione di CTRP non basta nei singoli DSM per fronteggiare il bisogno di inserimenti con finalità riabilitative in contesti protetti e/o di parziale e temporanea separazione dai contesti familiari. Oltre a saturare rapidamente i posti in CTRP e impedire progressive dimissioni dalle CTRP, la carenza di cui sopra può anche spiegare in parte l'alto tasso di saturazione di alcuni SPDC per quanto riguarda il revolving - door di pazienti che si riacutizzano, o che trovano improprie risposte residenziali nella lungo-degenza in SPDC.

Dalla ricerca Progres Veneto 2006 si è potuto notare l'ancora scarso investimento in Veneto sugli Appartamenti a bassa protezione, come processo di completamento del percorso in comunità residenziali (0,43 posti letto ogni 10.000 abitanti per gli appartamenti, 0,98 per le comunità alloggio e 1,25 per le CTRP).

La crescita recente di SR e la scelta di collocazioni spesso isolate dai contesti abitativi e pertanto lontane da percorsi di integrazione sociale, con la conseguenza del rafforzamento dello stigma o il rischio della realizzazione di servizi/ghetto separati dal resto della comunità.

Il costo medio annuo di un paziente in SR si aggira attorno ai 34.000 euro, mentre quello di un paziente seguito nelle strutture territoriali è di circa 4 volte inferiore. Il numero di pazienti in CTRP (590), è il triplo dei pazienti in appartamenti protetti (202).

Proposta: le Aziende Socio Sanitarie si impegnano a stipulare con la Conferenza dei Sindaci appositi protocolli d'intesa per il reperimento di appartamenti nel territorio, per la realizzazione di percorsi di inserimento in appartamenti a bassa protezione di nuclei di massimo 3-4 persone per appartamento.

Tali appartamenti assegnati ai DSM dalla Conferenza dei Sindaci, anche in accordo con le aziende territoriali di residenzialità pubblica, vengono gestiti dalle équipe delle Strutture Intermedie che ne attueranno i programmi di individuazione degli utenti, i processi di inserimento, assistenza, cura e gestione dei rapporti con la comunità locale.

Assegnazione di appalti a cooperative che gestiscono servizi essenziali per i DSM (Centri Diurni, CTRP)

Il blocco dei concorsi pubblici ha generato, da parte delle AULSS, il ricorso all'affidamento esterno (cooperative sociali) anche per servizi "essenziali" per i DSM, come centri diurni e comunità terapeutiche residenziali protette; questo se da un lato ha consentito di attivare e mantenere in funzione tali servizi, dall'altro ha prodotto un precariato diffuso e uno squilibrio nel sistema complessivo, sia per la difficoltà di coordinare servizi che rispondono ad "altri" [11], sia per l'utilizzo al costo più basso o in modo improprio, di personale necessario ai DSM stessi.

L'affidamento a terzi : spesso la cooperazione si è limitata all'intermediazione di manodopera a basso costo e invece di estendere il diritto al lavoro, ha contribuito al dilagare della precarietà.

Si sono spesso utilizzati criteri prevalentemente finanziari a breve termine, e non economici, senza valutare in modo sufficiente rischi a lungo termine come il fallimento del sistema motivazionale. La perdita di motivazione del personale, spesso precario, sottopagato, che di fatto, trasferito al di fuori del servizio pubblico, rappresenta un mancato incremento funzionale per il servizio stesso.

Si sta verificando nel campo delle assegnazioni di appalti a cooperative che gestiscono servizi per l'inserimento lavorativo di utenti psichiatrici una preoccupante tendenza alla attribuzione di

convenzioni al massimo ribasso da parte delle AULSS, cosicchè vengono spesso favorite cooperative di grandi dimensioni che non sempre hanno professionalità esperte nel campo della riabilitazione psichiatrica, ma che soprattutto sono di solito di provenienza extra territoriale e quindi con scarso o nullo radicamento locale per l'attività di rete.

La realtà è estremamente eterogenea: esistono situazioni fortunate, dove coesistono tra DSM e Coop. buoni rapporti e visione comune, ad altre prive di competenza specifica.

Proposta: gestione diretta da parte dei DSM di componenti strutturali come C.D. e CTRP ad esclusiva componente sanitaria, con personale (educatori, psicologi, terapisti riabilitazione), alle dirette dipendenze del DSM.

In conclusione, serve uno sforzo nuovo, collettivo, da parte di società scientifiche, associazioni di familiari ed utenti, dipartimenti, regione, nella direzione di un progetto che sia condiviso, partecipato, scientificamente ed economicamente sostenibile, efficacemente legato ai bisogni in termini di risorse umane e strutturali.

* Psichiatra, AULSS 21 Legnago VR

** Psicologo, AULSS 5

*** Psichiatra, AULSS 10 Veneto Orientale

**** Psichiatra, AULSS 16 Padova

°Psichiatra, ASL Bolzano

°°Psicologa, AULSS 21 Legnago VR

Bibliografia

[1] Asioli F. *Novità, problemi e malessere della psichiatria di comunità in Italia*. In: F. Asioli, M. Bassi, D. Berardi, G. Ferrari, A. Fioritti, R. Roberti (Eds.). *La conoscenza e la cura*. CIC Edizioni: Roma, 2003.

[2] DGR Veneto, *DGR Veneto n. 4080 del 22.12.2000, Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale. Aggiornamento (LR n. 5/1996, commi 1 e 2)*, 2000.

[3] Lasalvia A., Gentile B., Ruggeri M., Marcolin A., Nosè F., Cappellari L., Lamonaca D., Toniolo E., Busana C., Campedelli A., Cuccato G., Danieli A., De Nardi F., De Nardo V., Destro E., Favaretto G., Frazzinaro S., Giacomuzzi M., Pristingher P., Pullia G., Rodighiero S., Tito P., Aprile F., Nicolau S., Coppola G., Garzotto N., Gottardi U., Lazzarin E., Migliorini G., Pavan L., Ramacciotti F., Roveroni P., Russo S., Urbani P., Tansella M., Gruppo PICOS Veneto, *Eterogeneità dei DSM veneti a dieci anni dal Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1994-96". Quali implicazioni per la pratica clinica? Indagine sui Servizi partecipanti al Progetto PICOS-Veneto, Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Vol.16, N.1, pp 59-70, 2007.

[4] NICE (2003), *Schizophrenia. Full National Clinical Guideline on Core Interventions in Primary and Secondary Care*. Ed. Italiana a cura di G.Carrà, F. Barale, A. Marinoni, *Schizofrenia. Linee Guida Cliniche per gli interventi fondamentali nella Medicina di Base e Specialistica*. Il Pensiero Scientifico Ed., Roma, 2004.

[5] Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39, 1-30, 2005.

[6] Ricerca Sanitaria Finalizzata "Progres Veneto 2006", atti del convegno Arzignano 21.09.2007 a cura di C. Busana, S. Zanolini, A. Belfontali. (in corso di stampa).

[7] Anthony W., Cohen M., Farkas M., Gagne C., *Riabilitazione psichiatrica*, CIC Ed. Internazionali, Roma, 2003.

[8] Lamonaca D., Boggian I., Barbieri L. e Gruppo C.D. 5 Veneto, *Valutazione dell'esito della riabilitazione psicosociale sul funzionamento cognitivo dei pazienti schizofrenici. Risultati di un'indagine in quattro centri diurni*, Psichiatria di Comunità, Vol. V°, N.4, 267-274, 2006.

- [9] Gruppo Nazionale PROGRES *Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. I risultati della fase I del Progetto PROGRES*, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 4, 260- 274, 2001.
- [10] Cocchi A. e Meneghelli A. *L'intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2004.
- [11] Morandin I., Favaretto G. *Espansione del privato sociale all'interno del Dipartimento di Salute Mentale tra rischi e vantaggi*, *Psichiatria di Comunità*, 4, 230-237, 2005.
- [12] Regione Veneto (2004), Assistenza Distrettuale e Servizi Sociali. Salute Mentale. In *Relazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto*, Anno 2004, pp. 233-242, Giunta Regionale del Veneto, Venezia.

Etica, Estetica, Matematica. La psichiatria tra clinica, cultura e impresa

a cura di Giovanni Giusto

Antigone Edizioni

Il volume affronta il tema dell'etica nel trattamento psichiatrico residenziale, nei suoi aspetti di cura, di gestione, e di amministrazione, e ha anche il suo punto di forza nella compresenza di vertici di osservazione, linguaggi e professionalità diverse: gli psichiatri (Giovanni Giusto, Roberta Antonello, Pasquale Pisseri, Luigi Ferrannini), lo psicoanalista (Carmelo Conforto), la psicologa (Monica Carnovale) l'architetto (Claudio Tezza), il manager (Claudio Stabon), l'economista (Antonello Zangrandi), l'avvocato (Emilio Robotti), il politico (Franco Bertolani). Il bilancio delle esperienze portate avanti in campi diversi ma tutti attinenti al settore sanitario, la lucida presa d'atto dei problemi attualmente sul tappeto, danno avvio ad una discussione su come rispondere alle sfide della nostra epoca, su che cosa debba intendersi per miglioramento della salute mentale e della qualità di vita non in astratto ma come obiettivo realistico.

Recensione a cura di Luca Gavazza

La presentazione del volume sarà promossa dalla SIRP Liguria

Dal mal di vivere alla depressione

di Nicola Lalli

Edizioni Magi

Il testo del prof. Lalli è, nell'ambito del rilevante numero di pubblicazioni riguardanti il tema della depressione, un evento di rilievo in un panorama sempre più spesso caratterizzato da un approccio quasi esclusivamente nosografico, rigidamente definitorio e con pretese universalistiche su cui si modella perfettamente il "disease mongering", da Lalli descritto, metodica utilizzata dalle case farmaceutiche per creare nuove patologie, quindi nuovi bisogni farmacologici; e quale campo è più facilmente accessibile ad un tale progetto se non la sintomatologia depressiva in cui è facile per il terapeuta ricorrere ad un atteggiamento difensivo di tipo osservativo e classificatorio cui consegue in maniera lineare una schematica scelta farmacologica? E' infatti soprattutto in tale ambito che si pone allo psichiatra la scelta tra una risonanza partecipativa che passi attraverso il proprio vissuto emotivo e un approccio riduttivo esclusivamente medicalizzante.

In questa cornice culturale l'autore appare tuttavia rigoroso nella descrizione degli aspetti nosografici, sintomatologici, etiopatogenetici e terapeutici della depressione riconoscendo l'importanza di sviluppare anche una completa padronanza di questi aspetti pur mantenendo la consapevolezza di fondo che così si esercita una tecnica da non assolutizzare come strumento salvifico avendo chiaro che la nostra dignità scientifica si realizzerà solo attraverso la consapevolezza di una relatività operativa che deve costantemente riferirsi a saperi più complessi. E questa è una delle caratteristiche stimolanti di una psichiatria colta alla quale Lalli ci introduce piacevolmente attraverso il capitolo "la depressione: un problema socio culturale?" importante excursus storico culturale sull'argomento che ci fa rilevare le motivazioni pseudo scientifiche che spesso sottendono il nostro agire medico.

Rilevanti sono poi i due capitoli finali su Giacomo Leopardi e sulla depressione nelle arti figurative che ci ricordano come la psichiatria non debba perdere il gusto della sua componente culturale essenziale non solo dal punto di vista del godimento estetico ma anche da quello dottrinale poiché nel corso dei secoli si è reso più volte evidente come pittori, poeti e letterati abbiano intuito aspetti complessi della psiche solo successivamente entrati far parte del nostro "strumentario professionale"

Recensione a cura di Marialuisa Ponzoni

Norme redazionali

Tutti i soci e i colleghi interessati possono inviare contributi da inserire nelle diverse rubriche in cui si articola la rivista. Al fine di conferire al periodico la massima ricchezza e omogeneità di contenuti le proposte di contributo devono essere di volta in volta concordate tra gli Autori e la Redazione.

Gli articoli: minimo 5, massimo 12 cartelle per circa 8000/19500 battute spazi inclusi.

Ogni articolo deve contenere:

Titolo

- Nome e Cognome
- Qualifica, Ente o Istituto di appartenenza
- Abstract in inglese
- Testo
- Eventuali note a piè di pagina
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 10 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. CUMMINGS J.L., BENSON D.F.: *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features. J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986.*

Nel corpo del testo indicare solo il numero corrispondente.

- Eventuali immagini devono essere già inserite come parte integrante del testo cui appartengono.

Evitare tassativamente di inviare materiale con programmi diversi da Word.

I contributi in formato Word vanno inviati al seguente indirizzo:

cbellazzecca@ospedaliriuniti.bergamo.it.

Un'ulteriore copia cartacea dovrà essere inviata a: Cristina Bellazzecca – c/o CPS via Tito Livio 2, 24123 – Bergamo.

Si prega di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.

Si ricorda inoltre che: dopo virgola, punto e virgola, punto, va lasciato uno spazio, mentre prima non va lasciato alcuno spazio. Per le frasi e le parole tra parentesi: (testo tra parentesi) e non (testo tra parentesi).

I manoscritti non verranno restituiti.