

# Errepiesse

Rivista su una via italiana alla  
riabilitazione psicosociale

QUADRIMESTRALE

ANNO II – N° 3 - DICEMBRE 2008

# Sommario



## PRIMA PAGINA

- Editoriale  
Osservazioni sul D.D.L. On. Ciccioli  
a cura del Consiglio Direttivo della  
Società Italiana di Riabilitazione  
Psicosociale

- Fra buone pratiche e linee di  
qualità per un modello di  
riabilitazione.  
- Comparazione tra modelli  
nazionali  
di Massimo Rabboni, Claudia  
Petra

## LA VIA ITALIANA

- La cura, il decorso, gli esiti. La  
proposta del Redancia System di  
Pasquale Pisseri

## IL LAVORO E I SERVIZI

- La valutazione degli esiti nel  
trattamento riabilitativo di  
pazienti psicotici di Roberto Poli,  
Emilia Agrimi

## LE REGIONI

## RECENSIONI

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: G. Saccotelli  
Presidente Eletto: R. Roncone  
Presidente Onorario: L. Burti  
Consiglieri Onorari: F. Pariante, M.  
Casacchia, G. Ba, F. De Marco, M.  
Rabboni, B. Carpiniello  
Vice-Presidenti: B. Gentile, A. Vita  
Segretario Generale: G. Corrivetti  
Tesoriere: C. Bellazzecca  
Coordinatore delle Sezioni Regionali: J.  
Mannu  
Consiglieri: L. Basso, A. Bellomo, F.  
Catapano, T. De Donatis, B. Ferrari, D.  
Labarbera, S. Lupoi, A. Mombello, M.  
Papi, F. Pesavento, P. Pisseri, M. Rigatelli,  
R. Sabatelli, D. Sadun, F. Scarpa, E.  
Tragni Matacchieri, C. Viganò  
Delegato S.I.P.: P. Peloso  
Revisori dei Conti: M. Peserico, I. Rossi,  
D. Ussorio  
Segretari Regionali  
Abruzzo: M. Casacchia  
Calabria: M. Nicotera  
Campania: G. Corrivetti  
Emilia-Romagna: A. Parma  
Lazio: J. Mannu  
Lombardia: M. Clerici  
Liguria: L. Gavazza  
Marche: E. Alfonsi  
Molise: S. Tartaglione  
Piemonte: G. Dallio  
Puglia: S. Leonetti  
Toscana: C. Rossi  
Triveneto: D. Lamonaca  
Sardegna: A. Baita  
Sicilia: D. Labarbera

SEGRETERIA DI REDAZIONE  
Antonella Baita, Cristina Bellazzecca,  
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 "La  
ruota della fortuna", 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.*

# Editoriale

## Osservazioni sul D.D.L. On. Ciccioli

*A cura del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale*

Ricordiamo in premessa che la Legge 180/78, confluita successivamente nella L. 833/78, è una buona legge che per poter funzionare deve essere correttamente applicata. Essa ha postulato e consentito un diverso approccio alla malattia mentale, modificando gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico dal controllo sociale dei malati di mente alla promozione della salute e della prevenzione dei disturbi mentali, spostando l'asse portante delle istituzioni assistenziali dagli interventi fondati sul ricovero ospedaliero a quelli incentrati sui servizi territoriali. Entrando più nel merito del DDL e dei singoli articoli, vengono espresse le seguenti considerazioni.

### Art. 1

Solleva perplessità il comma 3 dell'art. 1, laddove considera la psicologia quasi come un'area a sé; certamente lo è se pensiamo al campo non clinico (marketing, selezione del personale, gestione delle organizzazioni); ma se pensiamo alla psicologia clinica che si occupa di disturbi, perché dovrebbe essere staccata dal contesto organizzativo di un DSM ?

Altrimenti il rischio è quello di creare due livelli di intervento, uno per i disturbi minori ed uno per quelli gravi, così come accadde in passato con la branca della neurologia, che ha debordato dal suo campo per occuparsi di piccola psichiatria. Il rischio, come allora, sarebbe quello di una scissione che si presta ad ingenerare favoritismi ed emarginazioni, anche su basi classiste. Va maggiormente enfatizzato sia all'art. 1 che 3 il ruolo del DSM quale responsabile della promozione e monitoraggio degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione secondo linee guida condivise e va sottolineata la necessità che, oltre alla sua maggiore integrazione nell'ambito dei dipartimenti dell'urgenza ed emergenza, vi siano percorsi di assistenza integrati con l'area delle Tossicodipendenze, la Neuropsichiatria Infantile e la Psicogeriatría.

Una buona parte delle osservazioni muovono verso le 2 forme di TSO: il TSO ed il TSOP

### Art. 3, il TSO

Venendo più nel dettaglio a come sono stesi nel testo i 3 requisiti che devono coesistere per invocare la possibilità/necessità di un TSO solo sulla stesura del punto a) non sono movibili appunti, che invece esistono per i punti b) e c).

La stesura del punto b) "quando non vi siano diverse possibilità di trattamento, anche in relazione al contesto di vita del paziente ed al suo livello di autonomia" espone al rischio che un TSO possa venir fatto con disinvoltura a chiunque si trovi in una condizione di deriva sociale (homeless, povertà, emarginazione).

La stesura del punto c) "quando il paziente non sia cosciente e rifiuta gli interventi terapeutici", subordina, l'importanza ed il ruolo centrale della necessità di interventi terapeutici inderogabili in persona che per stato morboso psicologico non può accedervi, al concetto di valutazione della consapevolezza.

In sostanza esiste nella stesura del DDL, relativamente alla modifica del TSO, una sorta di ideologia medicalizzante del disturbo psichico, nel senso cioè che, nel binomio psichiatra /

paziente il curante viene visto come l'unico attore responsabile, in quanto dotato di conoscenza scientifica ed integra visione razionale, mentre il paziente viene indicato quale soggetto passivo del tutto deresponsabilizzato perché affetto da malattia che lo priva di qualunque capacità critica e lo immerge in una gravissima frattura del suo rapporto con la realtà.

Se poi si valuta positivamente da un lato il comma 4 dell'art. 3 laddove parla di istituire all'interno dell'area di accettazione ed emergenza ospedaliera uno spazio per l'osservazione per 48 ore di casi di urgenza psichiatrica (sorta di letti di astanteria psichiatrica ?), dall'altro lascia perplessi la proposta di istituire le équipes mobili nelle aree metropolitane, perché la assoluta vaghezza della proposta lascia aperto lo spazio a soluzioni operative fallimentari o addirittura controproducenti.

Criticabile anche il comma 7 dell'art. 3, laddove propone la possibilità del TSO in "altri centri accreditati". Qualora ci si riferisca, come intuibile, alle Case di Cura, ci interroghiamo, oltre al problema dell'accreditamento dell'ospedalità privata, sul fatto che esse mancano quasi sempre (al contrario degli ospedali pubblici) del ventaglio di consulenti di altre branche e di cui ci può essere assoluto bisogno (con reperibilità immediata) visto che i pazienti psichiatrici in acuto spesso possono avere complicanze organiche sia per comorbidità fisiche preesistenti sia per i problemi a volte legati alla sedazione psicofarmacologica.

### Art. 3, il TSOP

Su questo tema osserviamo che:

Come si può pensare di costringere coattivamente un utente ad un progetto riabilitativo laddove quest'ultimo presume alleanza e condivisione, sia pur per gradi, sia con il paziente che con i familiari? Altrimenti vien da pensare che si punta, in una coattiva permanenza in una struttura residenziale, al solo presidio farmacologico, quindi ad una sorta di "medicalizzazione" della riabilitazione. Tra l'altro molti operatori sarebbero anche tentati, di fronte a casi molto difficili e complessi, di fare meno fatica promuovendo la comoda scorciatoia di un TSOP che non lavorare sulla motivazione e ridiscutere regolarmente il contratto. "Si aggiunga anche che tale scorciatoia sarebbe anche pericolosamente funzionale ad evitare allo psichiatra il rischio di sentirsi rinfacciare dal magistrato il non ricorso allo strumento, nel caso di addebiti legali. Trionfarebbe così l'arroccamento in una psichiatria "difensiva". Le conseguenze sarebbero, con la legiferazione di un ricovero coattivo a 6 mesi, tra l'altro anche di ordine economico, nel senso che in un'epoca di scarse risorse vi sarebbe uno spostamento degli investimenti (ammesso che ve ne siano) verso le residenze (depauperando centri diurni, reti territoriali di residenzialità leggera quali Comunità Alloggio ed appartamenti protetti), ed in particolare al Centro-Sud verso il potenziamento delle Case di Cura, che (solo per fornire un esempio) nel Lazio assorbono, con circa 1200 posti letto, il 50 % della spesa regionale per la salute mentale. Le residenze, per effetto della nuova enfasi sulla funzione della custodia, andrebbero incontro anche ad una deriva strutturale-organizzativa (porte chiuse, ecct.). Il TSOP, per certi versi molto somigliante allo strumento della libertà vigilata (strumento del Codice Penale) cui si ricorre spesso per trasformare la misura di sicurezza detentiva (in OPG) con misura non detentiva ed obblighi di cura, in definitiva costituirà più un obbligo di trattamento che non un obbligo di residenza. Introducendo la possibilità di trattare il paziente senza il suo consenso, il trattamento terapeutico-riabilitativo, in luogo di essere identificato con un programma che preveda una entrata ed una uscita e degli step intermedi, il tutto monitorato sulla base di indicatori e di controllo di risultati intermedi, sarà identificato, snaturandosi, nello strumento della costrizione, buono da usarsi anche alle minime difficoltà di gestione.

Se è vero che il DDL Cicciolesse assegna un ruolo al Giudice Tutelare, è facile prevedere che esso si ridurrà ad un compito notarile; un maggior garantismo si avrebbe (a proposito di un provvedimento così grave come quello di privare della libertà a lungo una persona) se fosse

affrontato con strumenti giuridici adeguati al suo peso: per esempio un vero procedimento, con l'obbligo del giudice di ascoltare il paziente, di avvalersi se del caso di periti, del diritto del paziente di avvalersi di assistenza legale e magari di periti di parte ed ovviamente la parte in causa non dovrebbe essere il singolo psichiatra bensì la ASL come persona giuridica. La indagine e la lunghezza di un tale procedimento sarebbe l'unica garanzia contro il dilagare della coazione, ed in caso di urgenza ci sarebbe sempre il classico TSO, o si potrebbe prevedere un provvedimento provvisorio d'urgenza del Giudice; dopo tutto qualcosa di simile avviene per interventi molto meno pesanti, quali l'interdizione o l'amministrazione di sostegno.

Viene invece giudicata molto interessante la proposta innovativa (comma 12) del Contratto di Ulisse, che consente di vincolare un paziente ai patti già precedentemente sottoscritti in modo responsabile e consapevole, qualora egli li rimetta di nuovo in discussione.

Quasi tutti gli addetti ai lavori concordano sul fatto che accanto ad una diminuzione degli esordi schizofrenici (anche in virtù di più precoci diagnosi ed interventi riabilitativi), sono in esponenziale crescita i gravi disturbi della personalità, spesso complicati da abusi di sostanze, (e si tratta di utenti che assorbono grandi quantità di risorse sanitarie e che esitano spesso in agiti medico-legali). Il recente atteggiamento giurisprudenziale, anche della Cassazione, che li ha inclusi tra le patologie valutabili per la diminuzione della imputabilità, ma anche per la dichiarazione di pericolosità sociale fa sì che questi malati siano spesso colpiti dall'obbligo (in alternativa al vecchio OPG) di dimorare presso una struttura riabilitativa residenziale, chiudendo così il cortocircuito di una riabilitazione coattiva, disposta (come un tempo) dall'Autorità Giudiziaria, piuttosto che decisa, anche senza consenso, in ambito sanitario.

## Art. 6

### Rapporti tra DSM e Ministero di Giustizia

Il testo dell'articolo non fa del tutto chiarezza, per esempio non aiuta a distinguere tra "malati di mente autori di reato" ma detenuti, quindi condannati a pena detentiva (in questi casi si può esprimere accordo con l'organizzazione di spazi adeguati per il loro "trattamento ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale" da parte dei servizi territoriali nella casa Circondariale) e quanti per la "persistenza della pericolosità sociale non possono essere trattati all'esterno del luogo di detenzione, ovvero che permangono in stato di detenzione perché imputabili".

Se si parla di soggetti imputabili o detenuti condannati, essi dovrebbero essere scarcerati per fine pena e quindi non restare in spazi detentivi dell'Amministrazione Penitenziaria. Se invece si tratta di soggetti ritenuti socialmente pericolosi, allora dovrebbero essere sottoposti a misura di sicurezza e pertanto in OPG o strutture che potrebbero sostituirle in applicazione da un lato delle sentenze 253/03 e 367/04 della Corte Costituzionale e dall'altro della messa a regime del DPCM 1-04-08 con allegato C relativo al superamento degli OPG. Il secondo comma dell'articolo ricalca quanto prevede l'allegato C del DPCM, con molta più dovizia di particolari e definizione di tempistica, rivedibile ma almeno sicura. Potrebbe essere "confusivo" legiferare su altro provvedimento (discutibile magari ma almeno già acclarato e Legge dello Stato) che è già in fase di avvio di realizzazione, almeno per la prima fase. La dizione "Gli OPG esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge mantengono l'attuale organizzazione per tutta la fase iniziale di costruzione della rete di assistenza da parte del servizio sanitario regionale nelle Case Circondariali", può determinare una sorta di doppio binario: strutture morbide (quelle da creare) ma comunque coercitive e strutture "dure" (gli OPG) che resterebbero intatti. E' anche vero che tra gli addetti ai lavori nei DSM, nonostante si voglia credere alla necessità da un lato di arrivare ad un superamento degli OPG, come fu per gli OP, non si può non temere fortemente che l'impatto di un elevato numero di utenti con gravi problematiche psichiatriche, autori di reati e prosciolti,

sarebbe devastante per gli assetti organizzativi degli stessi DSM tanto più se ciò si accompagnasse ad una condizione di isorisorse. E quindi auspicabile che i provvedimenti legislativi in materia o si accompagnino ad uno sforzo di messa a disposizione di risorse (umane soprattutto) o prevedano una gradualità dell'iter riformistico.

*Nota della redazione: il testo integrale del Disegno di Legge qui commentato può essere reperito da chi ne avesse interesse sul sito web della Camera dei Deputati [www.camera.it](http://www.camera.it)*

# Fra buone pratiche e linee di qualità per un modello di riabilitazione.

## I - Comparazione tra modelli nazionali

*di Massimo Rabboni\*, Claudia Petrera\*\**

### Abstract

The purpose of this work is to compare Italian Psychiatric Rehabilitation (P.R.) and foreign P.R. In order to be accurate in this, we analyzed the legislation about Mental Health both Italian and the Countries chosen. We prepared three issues, in the first we make a historical excursus by the Italian Laws and singles Italian Region Laws - Lombardia, Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Puglia.

### INTRODUZIONE

L'obiettivo del presente lavoro è quello di fare un paragone tra la riabilitazione psichiatrica praticata in Italia e la riabilitazione psichiatrica praticata all'estero attraverso tre articoli che verranno pubblicati in successione nella presente rivista. Nel primo articolo si fa un'analisi della legislazione italiana e di alcune Regioni: Lombardia, Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Puglia. Nei successivi due si faranno paragoni con modelli e legislazione esteri e infine si mostreranno i risultati del questionario conoscitivo inviato a contatti di molti Paesi esteri per un confronto soggettivo inerente la riabilitazione psichiatrica.

### STORIA

In Italia sono stati fatti enormi cambiamenti dal **14 Febbraio del 1904**, data in cui è entrata in vigore la **Legge n. 36** chiamata "Sui manicomi e sugli alienati" (detta anche Legge Giolitti). Con la **Legge n. 431 del 18 marzo 1968**, detta anche Legge Mariotti, che sanciva l'inserimento della psichiatria negli Ospedali Civili, l'istituzione del ricovero volontario, l'abolizione dell'obbligo dell'annotazione dei provvedimenti di ricovero nel casellario giudiziario, fino poi ad arrivare alla **Legge n. 180 del 13 maggio 1978** inserita, il **23 dicembre del 1978** all'interno della **Legge n. 833**, con la quale avviene l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e l'integrazione dell'assistenza psichiatrica in esso, da questo momento la competenza della relativa assistenza non fa più capo alle amministrazioni provinciali, ma alla sanità generale. Questo cambiamento ha significato davvero molto per il panorama psichiatrico italiano: in quanto questa veniva vista con una funzione prettamente sociale e dopo molte lotte si è ottenuto che questa abbia formalmente una funzione sanitaria. Questa ottica non permette discriminazioni tra un paziente malato di cuore ed uno malato di mente, entrambi hanno diritto di cura in un sistema sanitario.

Il modello attuale di assistenza psichiatrica nel nostro Paese è dunque un modello di psichiatria di comunità in cui si muovono competenze e profili professionali diversi sull'asse prevenzione-terapia-riabilitazione-integrazione sociale; le strutture sono integrate nella sanità generale promuovendo un'integrazione con diversi altri ambiti e soprattutto viene posto al centro il paziente-cittadino che il servizio sostiene nel suo percorso di un sempre maggior benessere personale [1].

## PIANI SANITARI NAZIONALI PER LA SALUTE MENTALE

Il Ministero della Salute compila il Piano Sanitario Nazionale ogni triennio, include articoli riguardanti la salute mentale, dai quali ogni Regione Italiana formula a sua volta dei Piani Regionali. Nel **Piano Sanitario Nazionale 2006–2008** viene sancito l'utilizzo della Commissione igiene e sanità del Senato per avviare indagini conoscitive sullo stato dell'assistenza psichiatrica in Italia e sull'attuazione dei progetti-obiettivo per la tutela della salute mentale. Vengono segnalate le **aree critiche** e le **strategie** da adottare. Descrive i miglioramenti riguardo la distribuzione quantitativa di tutti i servizi dei DSM. Ma si ribadisce una disomogenea dotazione di risorse umane messe in campo e la qualità degli interventi fra le varie Regioni e all'interno di ciascuna Regione. Gli obiettivi da raggiungere riguardano l'implementazione dei CSM, al miglioramento dell'adesione alle cure e capacità di presa in carico di pazienti "non collaboranti", all'attivazione di programmi per l'individuazione precoce delle psicosi schizofreniche. I piani Sanitari prevedono trattamenti di cura orientati ad azioni terapeutico-riabilitative, affrontando anche tematiche sociali molto complesse quali la stigmatizzazione sociale. Tuttavia incoraggia l'incremento della presenza di strutture semiresidenziali e residenziali, a differente gradiente di intensità riabilitativa e assistenziale, finalizzate agli interventi sulle disabilità ed all'integrazione familiare e sociale, senza però prevedere dei limiti temporali di residenza del paziente. Il rischio è che si cada nell'autoreferenzialità, il creare nuovamente luoghi che custodiscono a tempo indeterminato, piuttosto che luoghi dove sperimentare un "sano abitare" per recuperare "funzionalità" perse. Per non parlare dello spreco di fondi che andrebbero ad alloggi destinati ad un unico paziente in modo permanente, divenendo non più un luogo di cura, ma un rifugio o un alloggio assegnatogli come fosse una "casa popolare".

E' inoltre necessario fare delle precisazioni sulle applicazioni delle leggi a livello nazionale, trasferite poi a livello regionale. Ad esempio la Rosi Bindi nel 1999 nella proposta di rinnovo del Servizio Sanitario Nazionale, con i cosiddetti "**Decreti Delegati**" (mai approvati del tutto per il crollo della Legislazione), riproponeva l'autonomia delle Regioni e in sede dibattimentale, durante i lavori preparatori, definì la psichiatria come "una struttura sociale ad elevata integrazione sanitaria". In qualche modo avrebbe riportato la psichiatria ad una struttura sociale, un passo indietro notevole, visto che una delle più grandi conquiste della Legge 833/78 era proprio portare la psichiatria all'interno del SSN con una funzione medica.

Sulla stessa linea d'onda si è posta la **Legge 328/2000** della Turco, che è una legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Per "servizi sociali" si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia. Gli aventi diritto alle prestazioni dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali sono i soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali. I parametri per la valutazione di tali condizioni sono definiti dai comuni. In sede dibattimentale risulta chiaro che in queste categorie sono inclusi i pazienti psichiatrici, inseriti nella legge con questa dicitura: "le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio Sanitario Nazionale". (Capo I comma 3). Le Regioni che hanno applicato in toto questa legge hanno reso alla psichiatria una funzione sociale, e il paziente è preso in considerazione tra persone "sottoposte ad autorità giudiziaria", "con difficoltà di inserimento nella vita sociale e nel mercato del lavoro", "con limitato reddito" e "con capacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze". E' chiaro che creare una categoria di questo tipo è estremamente confusivo: il paziente psichiatrico non è più visto come un soggetto malato come lo

può essere il malato di cuore, ma come facente parte di una categoria che include “i folli, i mendicanti, i vagabondi e gli storpi”.

Le Regioni applicano in modo differente le leggi proposte a livello nazionale, come vedremo di seguito le Regioni Toscana e Friuli-Venezia Giulia, tendono di più ad un’ottica psichiatrica con una funzione sociale con applicazioni a livello pratico che sono molto differenti dalle altre Regioni, quali la Lombardia, che preferiscono una visione meno discriminatoria per il paziente che ha una patologia mentale e pertanto va curata nei medesimi luoghi di cura di pazienti oncologici, ortopedici, oftalmici ecc.

## **PIANI REGIONALI PER LA SALUTE MENTALE**

### **Regione Lombardia**

Riporto di seguito un sunto del Piano Regionale della Salute Mentale del 2002-2004 e il Riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione della Delib.G.R. 17 maggio 2004 n. 7/17513 “Piano regionale triennale per la salute mentale”. Questi documenti offrono una descrizione molto dettagliata di come si fa psichiatria nella Regione Lombardia, indicano i modelli per sviluppare una nuova policy per la salute mentale. Fornisce dati epidemiologici rispetto alle varie patologie prese in carico dai servizi a livello nazionale per poi paragonarli con quelli regionali estrapolati da ‘psiche’, il sistema informatico usato nella Regione Lombardia per rilevare i dati relativi ai pazienti e alle attività erogate dai servizi psichiatrici. La diagnosi è formulata in base ai raggruppamenti diagnostici proposti dalla Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali dell’OMS (ICD-10).

Il Piano descrive nel dettaglio come sono organizzate le strutture e il personale e propone una riorganizzazione della assistenza territoriale identificando tre diversi percorsi:

- 1) la consulenza: una modalità di lavoro strutturata tra DSM e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche;
- 2) l’assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non necessitano di interventi complessi e multiprofessionali;
- 3) la presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni «complessi».

Dal punto di vista operativo il percorso di presa in carico si fonda sull’integrazione di attività specifiche: attività cliniche, attività riabilitative, attività di assistenza, attività di intermediazione e di coordinamento. Il Piano Regionale 2002-2004, inoltre descrive la situazione della residenzialità nel momento in cui è stato redatto il documento e ne mette in risalto le carenze rispetto all’applicazione di pratiche riabilitative basate sui bisogni specifici del paziente.

Tra gli obiettivi operativi si include una completa revisione della residenzialità nella Regione Lombardia:

- gli attuali CRT diverranno Comunità Riabilitative ad Alta assistenza (CRA). Le CRA erogano programmi residenziali ad alta intensità riabilitativa. La durata massima di degenza è 18 mesi.
- le attuali CP ad alta protezione diverranno Comunità Protette ad Alta Assistenza (CPA). La durata massima di degenza è stabilita in 36 mesi.
- le attuali CP a media protezione diverranno Comunità Protette a Media Assistenza (CPM). La durata massima di degenza è stabilita in 36 mesi.
- le attuali CP a bassa protezione assumeranno il nome di Casa Alloggio, Casa Famiglia, Appartamento Autonomo o altro a seconda delle proprie caratteristiche.

La presa in cura in una struttura residenziale prevede la compilazione del progetto terapeutico-riabilitativo (PTR) deve essere elaborato in modo da essere coerente e funzionale al piano di trattamento individuale (PTI) di presa in carico elaborato in sede territoriale e i criteri di ammissione sono relativi sia alla diagnosi che all’età.

I limiti temporali sanciti dal Piano Regionale sono fondamentali, a dispetto del fatto che il Piano Nazionale non abbia predisposto alcun limite temporale alla residenzialità, a livello regionale la Lombardia lancia un messaggio forte a tal proposito. Se la residenzialità non avesse un tempo di inizio e di fine, non stimolerebbe nel paziente alcun cambiamento, non verrebbe stimolato al miglioramento, ad esempio una propria abitazione o anche un alloggio popolare. Inoltre i soldi dedicati alla residenzialità per una cura riabilitativa diventerebbero ad uso e consumo di pochissimi e per tutta la loro vita, di fatto sarebbe come se i servizi psichiatrici facessero assegnazioni di alloggi popolari e non progetti riabilitativi. Questo è estremamente distortivo della logica della riabilitazione psichiatrica, chiunque avesse problemi sarebbe portato a chiedere ai servizi psichiatrici un alloggio, ma non è questo lo scopo della residenzialità psichiatrica.

Il Piano Regionale Salute Mentale (PRSM) approvato dalla Giunta Regionale nel maggio 2004 pone la riqualificazione delle Strutture residenziali psichiatriche (SR) come uno degli obiettivi strategici per lo sviluppo dell'assistenza psichiatrica. I programmi erogati nelle Strutture Residenziali secondo quanto definito dal PRSM devono essere metodologicamente basati su i seguenti criteri: a) la numerosità e l'intensità degli interventi erogati; b) le tipologie diverse di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede, ecc); c) la numerosità e l'intensità di interventi che riguardano i rapporti di rete sociale (famiglia, lavoro, socialità); d) la durata massima di degenza (riprendendo i limiti temporali previsti dal Piano Regionale 2002-2004).

### **Conclusioni, Regione Lombardia**

Il progetto della Regione Lombardia è molto lungo e articolato, prevede anche il controllo della qualità, la formazione e finanziamenti per lo sviluppo di progetti del DSM che lavorano parallelamente ai CPS (Es. "Reti sociali naturali"). Si dà una grande importanza alla Riabilitazione Psichiatrica a livello legislativo, anche se poi nella pratica quotidiana non è applicata da tutti i Servizi.

**La Legge Regionale della Lombardia dell'11-7-1997 n. 31** è estremamente precisa, nel rispetto della dignità della persona umana e del diritto costituzionale alla tutela della salute, disciplina il Servizio sanitario regionale e i Servizi socio-assistenziali distinguendo bene le varie funzioni tra i due, alla psichiatria è data una funzione più medica che sociale, e i disagi psico-sociali sono delegati e gestiti da un dipartimento a parte (dipartimento A.S.S.I.):

- a) sono determinati gli ambiti territoriali delle Aziende sanitarie;
- b) viene riordinata la rete delle strutture ospedaliere;
- c) sono definite le funzioni e i compiti delle Aziende;
- d) viene promossa e favorita l'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle socio-assistenziali di competenza degli enti locali, delle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario svolte nelle strutture, presidi e servizi assistenziali. In ogni caso non possono gravare sul Fondo sanitario regionale oneri diversi da quelli riferiti alle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali di rilievo sanitario. A tali fini è istituito il dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate, di seguito denominato "Dipartimento per le A.S.S.I.";
- e) concorrono alla realizzazione della integrazione socio-sanitaria gli enti pubblici, gli enti non profit e i soggetti privati, secondo le specifiche loro peculiarità.

L'applicazione di questa legge differenzia la Lombardia dalle altre regioni italiane quali la Toscana e il Friuli-Venezia Giulia.

### **Regione Toscana**

Riporto qui di seguito la Delibera della Giunta Regionale del 2003 che indica come sono organizzati i Servizi, le innovazioni nella residenzialità previste nel triennio 2002-2004.

Il PSR 2002/2004 delinea importanti innovazioni sull'assetto complessivo del sistema sanitario regionale toscano. Si pone molta attenzione alla programmazione, intesa come possibilità di governo della relazione tra offerta e domanda valutata, come integrazione intersettoriale e come sviluppo di un sistema a rete di servizi teso a coniugare qualità ed economicità dei processi

assistenziali. Si pone l'obiettivo di valorizzare il ruolo della Comunità e delle rappresentanze istituzionali, l'evoluzione del ruolo delle Aziende e l'introduzione di nuove modalità di gestione e di organizzazione, che esprimono un processo di crescita e di ricerca di un modello atto a rispondere alla scelta strategica Toscana di un sistema pubblico, universalistico ed egualitario.

Le scelte fatte dalla Regione Toscana vertono sui seguenti principi ideologici:

- non solo servizi psichiatrici, bensì concorso di più professionalità per un'azione complessiva di tutela della salute mentale, dalla prevenzione alla cura, sia per gli adulti che per l'età infantile e adolescenziale;
- sistema di servizi in "rete", quale strumento di percorsi assistenziali fortemente orientati ad assicurare la continuità dell'assistenza e le finalità riabilitative;
- rifiuto di logiche "istituzionalizzanti" e di segregazione;
- scelta di "servizi di comunità" a forte interazione con la Comunità locale, per la costruzione di percorsi di condivisione e di sostegno e di azioni di recupero e di reinserimento sociale.

Particolare rilevanza hanno le realizzazioni fin'ora conseguite nel campo del protagonismo degli utenti (con le Associazioni di Mutuo Aiuto e Counseling). Inoltre sono stati introdotti affidi eterofamiliari, realizzati in alcune realtà territoriali toscane attraverso un attento lavoro di guida e di monitoraggio da parte dei servizi.

Si è sviluppato in questi anni nei Dipartimenti di Salute Mentale della Toscana attraverso il continuo confronto di esperienze tra centinaia di migliaia di operatori, utenti, famiglie, organizzazioni di volontariato, Enti, Servizi della Regione ed altri elementi della rete sociale. Nel tempo, le attività per la tutela della Salute Mentale si sono diversificate, mantenendo sempre la continuità delle cure e della "presa in carico" in un modello integrato di Servizio basato sul lavoro nella rete territoriale. Non è diffuso uniformemente nell'intera Regione Toscana, esistono Servizi e aree critiche. Secondo il modello Toscano l'equipe è multiprofessionale: psichiatra, psicologo, infermiere, operatore sociosanitario, educatore/tecnico della riabilitazione, assistente sociale, agenzie del volontariato, associazioni di utenti e famiglie, rete sociale formale e informale attivata dall'intervento. Opera nella rete completa e differenziata di presidi psichiatrici coi vari livelli assistenziali (C.S.M., strutture residenziali, centro diurno, S.P.D.C., luoghi della comunità sociale) radicati nella specificità territoriale della comunità di riferimento. L'equipe si pone inoltre l'obiettivo di lavorare per l'autonomia delle persone, empowerment: promuovere il ritorno del cittadino-utente alla comunità, in un lavoro sempre integrato con le varie istanze sociali, evitando di accettare la delega, evitando pratiche di "custodialismo" territoriale e di "accudimento cronico": che spesso sono mascherate da slogan ideologici e che altro non sottintendono se non l'incapacità a promuovere il cambiamento, il miglioramento, lo sviluppo di autonomie e abilità nei pazienti e nelle famiglie.

### **Conclusioni, Regione Toscana**

E' interessante osservare come la Regione Toscana sfrutta le risorse della residenzialità il cui utilizzo è finalizzato al percorso di cura e di riabilitazione della persona e quindi la gestione dei servizi residenziali è fortemente orientata alla temporalità dell'intervento e alla "fuoruscita" dell'utente con utilizzo di soluzioni diversificate e flessibili. L'inserimento e la permanenza nelle strutture residenziali deve essere definita nell'ambito del progetto riabilitativo personalizzato, in modo da evitare qualsiasi forma di istituzionalizzazione, e costantemente monitorata.

Vito D'Anza, uno psichiatra toscano che scrive sul sito [www.forumsalutementale.it](http://www.forumsalutementale.it), fa una serie di commenti sulla gestione della salute mentale toscana mettendo in risalto anche delle criticità. Egli spiega che nei distretti della ASL3 di Pistoia si è abolito totalmente ogni forma di contenzione fisica e farmacologia, l'SPDC è a porte aperte, il CSM è aperto sulle 12 ore, con presenza attiva del personale compreso i medici, dal lunedì al sabato, è attivato un progetto lavoro in concorso con cooperative sociali di tipo B, è attivato un progetto casa (con 2-3 persone) assistite dal servizio per ridurre il ricorso alla residenzialità di tipo custodialistica, sono attivi progetti di socializzazione e tempo libero con risorse presenti sul territorio. E' ipotizzata l'apertura del centro di salute Mentale

sulle 24 ore con accoglienza anche notturna. E mette in risalto che questa situazione non è omogenea in tutta la Regione. Egli vede come buona pratica avere dei letti in un CSM funzionante 24 su 24, ma dissento da questa opinione: le acuzie vanno trattate in un luogo di cura adatto, in un pronto soccorso, con un laboratorio analisi, con un tossicologo, visto che molti degli interventi d'urgenza oggi sono per un poli abuso di sostanze. La somministrazione di farmaci in questa sede è estremamente pericolosa, senza i dovuti controlli medici e analisi cliniche di routine, ed eventuali effetti collaterali dei farmaci risulterebbero impossibili da gestire con la dovuta sicurezza e tempestività. Nella Regione Toscana la funzione psichiatrica è delegata molto ad una funzione sociale portando questo la differenza nettamente dalla Regione Lombardia.

### **Regione Friuli-Venezia Giulia**

Non è stato facile trovare della documentazione legislativa riguardante questa regione, avevo creduto non ci fosse una legislazione regionale aggiornata, ma cercando su internet “modelli triestini” ho trovato questo documento, definito “atto aziendale” ed è datato 30/08/2007, il più recente che riguarda sia l'attribuzione dei compiti ai Dipartimenti di Salute Mentale, sia la distribuzione della residenzialità presente nella regione. La Regione Friuli-Venezia Giulia utilizza dei programmi certificati dalla Organizzazione Mondiale della Sanità per la ricerca e la formazione degli operatori e ne è in costante contatto attraverso il Centro Collaboratore OMS che ha il compito di garantire l'aggiornamento e la formazione del personale, realizzare attività di informazione, comunicazione sociale ed educazione sanitaria e controllare la corrispondenza tra l'attività prestata e quella prevista dai contratti per i servizi esterni.

Sono in atto interventi di salute mentale in rapporto con istituzioni giudiziarie, in particolare il coordinamento degli interventi in Carcere ed in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, nonché le attività relative agli istituti di protezione e tutela così come prevedono i piani nazionali. Ci sono inoltre programmi di formazione, sostegno e promozione della salute rivolte ai familiari ed alle loro associazioni, ivi compresi i programmi di inserimento etero familiare. Così come programmi di prevenzione e promozione della salute mentale (anziani, persone a rischio di suicidio, scuole, programmi di riconoscimento ed intervento precoce). L'atto aziendale prevede anche un farmacovigilanza per un uso razionale degli psicofarmaci, gestisce i percorsi residenziali e gli inserimenti lavorativo ed attività formative per l'utenza.

Le strutture del dipartimento vengono definite “complesse” e queste comprendono: CSM, S.A.R. ed SPDC. Si caratterizzano per l'elevata integrazione tra loro, evidenziata dalla presenza di programmi ed attività a valenza dipartimentale, e dalla articolazione al loro interno di segmenti organizzativi riguardanti specifici e rilevanti aspetti del processo assistenziale e gestionale che si svolge nella struttura complessa, e che come tali necessitano di attribuzione di compiti e responsabilità individuali. Tali compiti e responsabilità costituiscono le strutture semplici ed unità funzionali, considerati dei “segmenti gestionali” che si caratterizzano per integrazione tra settori o professionalità diverse.

Gli obiettivi dei programmi riabilitativi residenziali (nei vari gradienti di intensità assistenziale) vengono schematizzati come segue:

- qualificazione continua dell'abitare;
- cura di sé e del proprio ambiente;
- sviluppo di indipendenza nella vita quotidiana e di relazione;
- ricostruzione di una corretta relazionalità familiare ove la famiglia esiste;
- apprendimento delle capacità di convivenza sociale e implementazione e qualificazione dei contatti sociali;
- ricostruzione di una identità non solo legata alla malattia;
- rafforzamento ed apprendimento di abilità specifiche;
- formazione e inserimento lavorativo;

- qualificazione dell'assistenza di medicina generale con il coinvolgimento dei medici di medicina generale.

### **Conclusioni, Regione Friuli-Venezia Giulia**

Il modello triestino nell'applicazione dei suoi programmi di cura fa riferimento a delle metodologie che sono state certificate dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, ma diverse da quelle applicate dalle altre regioni italiane, come per la Regione Toscana i CSM hanno dei posti letto, che si aggiungono a quelli dell'SPDC, ma che non possono garantire le stesse funzionalità. Ritorniamo al concetto di psichiatria con una funzione più sociale che medica.

### **Regione Lazio**

L'unico documento pubblicato dalla Regione Lazio in merito alla salute mentale è la Delib.G.R. 21-3-2003 n. 252 (14), Recepimento decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, n. 37 riguardante: "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" per la parte inerente ai presidi di tutela della salute mentale. Pubblicata nel B.U. Lazio 10 giugno 2003, n. 16. Affronta l'argomento inerente i presidi di tutela della salute mentale e prende in toto il DPR 7 aprile 1994 per la gestione delle strutture residenziali psichiatriche. Prevede che la struttura residenziale psichiatrica espliciti le funzioni terapeutico riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, per il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero, per fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l'attuazione di programmi terapeutico riabilitativi di medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere con il riconoscimento dei posti letto equivalenti.

### **Conclusioni, Regione Lazio**

Nel 2003 è stato deliberato dalla Regione Lazio il recepimento del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, quindi con 6 anni di ritardo. Il suddetto documento è tutto ciò che si ha sulla gestione della tutela della salute mentale. Questo conferma non solo le disomogeneità all'interno delle singole Regioni, ma anche tra Regioni di tutto il territorio nazionale.

### **Regione Puglia**

La legislazione che ho reperito per la Regione Puglia riguarda la Legge Regionale 9-8-2006 n. 26 "Interventi in materia sanitaria" n. 104 e il Regolamento 8-7-2008 n. 11 Modifiche ed integrazioni all'art. 8 del Reg. 27 novembre 2002, n. 7 «Regolamento regionale di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private» in attuazione della L.R. 9 agosto 2006, n. 26.

Il primo prevede disposizioni programmatiche per la tutela della salute mentale al fine di assicurare in Puglia lo sviluppo delle politiche di salute mentale, con l'istituzione dei CSM con relativo personale e realizzazione di strutture terapeutico-riabilitative residenziali a tipologia "familiare" con caratteristiche di civile abitazione e un massimo di dieci posti letto. Inoltre è in programma la realizzazione di "case per la vita" per utenti cronici, soli, ma con sufficiente capacità di autonomia; l'affido eterofamiliare realizzato attraverso un sostegno economico alle famiglie affidatarie. In questa sede si prevede di favorire il processo di riconversione degli ex ospedali psichiatrici "Casa della divina provvidenza" di Bisceglie e Foggia, le AUSL BA/2 e FG/3;

Il secondo documento descrive come svolgere le attività riabilitative. Prevede che il progetto terapeutico individuale venga redatto nelle forme previste dal Reg. n. 3/2005, che contenga la valutazione globale della patologia e dei bisogni, gli obiettivi, gli interventi, i tempi di verifica e di adeguamento, la prevedibile durata della prestazione. Prevede inoltre finanziamenti alle attività riabilitative di reinserimento formativo-lavorativo, individuate nei progetti terapeutici

individualizzati redatti dal Centro di Salute Mentale, concordati con l'équipe della struttura riabilitativa e con l'utente stesso. Sono previste anche delle attività di animazione e socializzazione e dei soggiorni-vacanza.

La permanenza del paziente nella struttura a più alta intensità terapeutico-assistenziale non può superare il limite dei 18 mesi, rinnovabili per una volta. Il Centro di Salute Mentale, allo scadere della durata della prestazione riportata nel progetto terapeutico, valutato il processo riabilitativo ed i risultati conseguiti, ne può disporre la permanenza nella struttura stessa, fermo restando i limiti indicati nel comma precedente, ovvero la dimissione in direzione di soluzioni alternative quali assistenza presso il domicilio, altra struttura più idonea, affidamento eterofamiliare.

### **Conclusioni, Regione Puglia**

La Regione Puglia legifera nell'agosto del 2006 un progetto che a livello nazionale era previsto dal dicembre 1998: sono occorsi ben 8 anni per stilare il programma regionale. La Regione Puglia come la Lombardia, ha posto dei limiti di tempo alla residenzialità.

La legislazione è obiettivamente scarna e anch'essa prevede programmi molto simili alla Toscana e al Friuli-Venezia Giulia, propone l'istituzione di Centri di salute mentale (CSM) funzionanti sperimentalmente ventiquattro ore su ventiquattro, sette giorni su sette, dotati di posti letto eccedenti quelli previsti nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC). Inoltre nel 2006 era ancora in atto un processo di riconversione degli ex ospedali psichiatrici "Casa della divina provvidenza" di Bisceglie e di Foggia. Si osserva ancora come il territorio nazionale italiano si presenti molto disomogeneo.

## **CONCLUSIONI**

### **Residenzialità italiana e riabilitazione psichiatrica italiana**

Dal presente articolo emerge che le Leggi Nazionali prevedono delle applicazioni che lasciano molta libertà di scelta e autonomia decisionale per ogni regione al punto che diventa molto difficile trovare omogeneità di trattamento su tutto il territorio nazionale, influenzato tanto dalle ideologie dei singoli.

La riabilitazione psichiatrica, anche se prevista dai piani nazionali è comunque praticata in modo molto disomogeneo anche all'interno delle singole regioni.

Tuttavia si può delineare un agire riabilitativo molto efficace in Italia, fatto di progetti prolifici in questa direzione. A differenza di molti paesi all'estero che utilizzano modelli rigidamente e rigorosamente riferiti all'evidence-based in Italia si utilizzano programmi molto individualizzati e fatti "a misura del singolo". Vengono elaborati progetti individuali (PTI) con l'impiego di forze di équipe. Gli interventi includono attività gruppali e individuali mirate a migliorare effettivamente le condizioni di vita del paziente, incluse attività che esulano dagli interventi "classici" che hanno subito studi clinici controllati, che mirano ad una riacquisizione del piacere della vita nell'aspetto quotidiano. I pazienti psichiatrici sono capaci di allacciarsi le scarpe, ma non hanno più la motivazione a farlo, interventi che stimolino la persona a partecipare a manifestazioni di paese, teatrali, cinematografiche, sportive, religiose, come pure a fare viaggi, possono ridare alla persona la forza di superare quelle difficoltà di muoversi a livello quotidiano, dalla cura del sé, ad una maggiore autonomia e se possibile ad un reinserimento nella società [2].

\* *Psichiatra, Direttore USC Psichiatria 2 Ospedali Riuniti di Bergamo*

\*\* *Psicologa e Tecnico della Riabilitazione psichiatrica*

### **Bibliografia**

[1] Ba, G. *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Franco Angeli, Milano, 2003.

[2] Rabboni, M. et al. *Residenzialità. Luoghi di vita, incontri di saperi*. Franco Angeli, Milano, 2003.

# La cura, il decorso, gli esiti. La proposta del Redancia System

*di Pasquale Pisseri\**

## Abstract

The Author introduces the problem of directions for therapeutic-rehabilitative activities, of the choice of treatment, of prognostic criteria related to such choice and to individual features of the patient.

After a brief bibliographic excursus on more recent contributions, he proposes the methodology in use in the group of Therapeutic Communities in which he works, and which makes use of two kind of monitoring. The first one is Redancia System, a computerized clinical record which quickly supplies the data regarding the stay in Community: general data, behavioural and symptomatic aspects, more or less preserved abilities, therapeutic – rehabilitative interventions, net – interventions, clinical somatic problems.

The second one is the follow-up which considers the features of people discharged every year, and checks it after one year and two years.

The Author proposes an integration of these two systems, inserting database of follow up in Redancia System: this may be useful to coordinate the two orders of data showing their links, with both theoretical and practical advantages.

La valutazione degli interventi di cura, sempre fondamentale, mi pare particolarmente importante nel caso delle strutture residenziali: infatti la residenzialità stessa può essere ed è stata considerata una adeguata e utile forma di terapia o al contrario la forma più evidente di cronicità.

E' dunque necessario interrogarsi sulla sua terapeuticità e in particolare su quella delle singole attività terapeutico-riabilitative: sono un presidio insostituibile nel dare senso e scopo a un progetto di cura, o un semplice pur se utile ausilio a un trattamento fondato sul concetto di terapeuticità globale dell'ambiente? o addirittura un alibi contro i sospetti di nichilismo terapeutico, una foglia di fico che maschera una intrapresa di fatto solo assistenziale?

E' chiaro intanto che questi interventi non sono tutti uguali: rifacendoci alle linee tracciate da Giusto e Pisseri [1], possiamo identificarne: a prevalente valenza psicoterapica, come l'arteterapia o la musicoterapia o lo psicodramma; o strutturate in senso cognitivistico e indirizzate al recupero di abilità, come il social skill training o il role playing; o rivolte alla preparazione e riqualificazione lavorativa; o ancora a carattere "semplicemente" ludico e di intrattenimento nel senso indicato da Saraceno [2], non prive tuttavia di una loro reale valenza risocializzante.

La scelta della attività da proporre è funzione della tipologia della Comunità Terapeutica, che nel suo complesso può essere orientata in senso riabilitativo, oppure in senso psicoterapico favorente l'insight, o ancora può sottolineare la dimensione fraterna e di aiuto reciproco. E', ovviamente, anche funzione del tipo di approccio più indicato al singolo paziente, che può orientare nella scelta della attività o anche della struttura di cura.

In parte però tale scelta, o quella di non proporre attività alcuna, ci sembra oggi non di rado fondata su criteri largamente empirici e in qualche modo occasionali: la preferenza del paziente, i suoi passati interessi e occupazioni, le preferenze teoriche e le competenze dei terapeuti, la disponibilità di operatori preparati nei campi specifici, l'intuitiva previsione dell'impatto di quella attività su quel paziente. Non si vuole certo svalutare la valenza intuitiva e in qualche modo "artistica" delle scelte di cura, che si situano sempre nell'ambito del rapporto terapeuta – paziente; ma non viene per questo meno l'esigenza di definire meglio le indicazioni e controindicazioni delle diverse attività, non diversamente da quanto si cerca di realizzare in ogni ambito clinico.

Dobbiamo chiederci qual è la specificità di azione delle diverse attività, o se questa specificità di azione non esiste, fungendo ognuna di esse indifferenziatamente da spazio intermediario, o da oggetto sito nello spazio paziente – terapeuta.

Pare comunque certo che pensieri, fantasie, emozioni del paziente psicotico in rapporto dialogico con quelli del terapeuta possono essere utilmente raccolti in quel contenitore reale e consistente che è la specifica situazione interattiva costituita dalla attività.

Ma la forma e le dimensioni del contenitore sono indifferenti? Oppure ogni stato mentale – non parliamo di diagnosi - ha un suo contenitore più adeguato di altri? Ed esistono, in generale, contenitori più utili di altri?

Gli operatori di Comunità non sono tutti dello stesso parere: alcuni privilegiano in assoluto l'atmosfera generale fatta di coesione di gruppo, di accoglienza, di quotidianità rassicurante e prevedibile ma non rigida, di condivisione, di riconoscimento del paziente come persona, di comprensione e accettazione delle istanze – evidenti o implicite- da lui avanzate, in un confronto dialettico fra realtà esterna e interna. Le attività costituiscono certamente il concreto supporto di questo incontro, che non può restare sospeso in un vuoto fattuale: ma esiste, anche in questo senso, una specificità di ciascuna di esse? E quindi quanto è importante, a fianco e/o a supporto dell'incontro interpersonale, la dimensione tecnica?

Indubbiamente, ogni intervento terapeutico psichiatrico – anche il più evidentemente tecnico come quello farmacologico, come fa notare Bonfanti [3] - necessita di uno sfondo fatto di empatia, di disponibilità all'incontro intersoggettivo e all'ascolto non definitorio, di spazio lasciato all'intuizione, di piena consapevolezza della comune umanità che unisce terapeuta e paziente. Ma anche questo sfondo, se può far parte della originaria dotazione personologica del singolo operatore, può essere arricchito da una formazione culturale e, perché no? tecnica. Sarebbe difficile, ad esempio, definire "non tecnica" una supervisione a ciò orientata.

La Comunità Terapeutica è definita dalla globale terapeuticità dell'ambiente. Se è così, non solo le attività psicoterapiche formalizzate, non solo quelle ludiche, ma anche le minuzie quotidiane fanno parte di una tecnica terapeutica, pur se in esse, in modo più evidente che negli interventi codificati – il ruolo dell'incontro interpersonale e della personalità dell'operatore è decisivo.

La quantificazione dei mille interventi informali operati nella quotidianità è, credo, un compito impossibile. Pure, essi possono essere molto utili. Sarebbe giusto retribuirli e in che misura?

Più agevole la quantificazione e valutazione delle specifiche attività. La cosa avrà anche una rilevanza amministrativa se si proseguirà nella strada, già seguita da alcune regioni, che prevede la retribuzione commisurata non alle giornate di degenza ma alle attività svolte. E' un indirizzo legittimo, pur con i conseguenti notevoli problemi di verifica reale; ma comporterà necessariamente una valutazione della adeguatezza e validità dell'intervento.

La letteratura specializzata offre numerosi contributi sul rapporto fra interventi ed esiti; come è comprensibile, riguarda soprattutto gli interventi più codificabili, ripetibili e quantificabili.

Le metodiche di valutazione sono le più svariate: si va da quegli orientamenti che lasciano spazio alle opinioni e al gradimento degli utenti, come suggerito fra gli altri da Lamonaca e Coll. [4] ad altri fortemente qualificati in senso quantitativo e, direi, tecnologico.

I contributi di questo tipo prendono in esame: da un lato gli indicatori e parametri di funzionamento mentale come learning potential, presenza di un luogo di controllo esterno, neurocognizione, cognizione sociale e non sociale, abilità sociali, capacità di problem-solving; dall'altro, e spesso in correlazione con i primi, i più svariati tipi di trattamento cognitivo- comportamentale più o meno tecnici, come programmi di riabilitazione vocazionale, avviamento al lavoro protetto, riabilitazione cognitiva, cognitive remediation, cura transizionale post-dimissione, supported group residence, DTB (Dialectical Behaviour Therapy). Mi limito a citare, fra i lavori più recenti, Watzke e Coll. [5], Peer e Coll.[6], Jeppesen e Coll [7], Mc Gurk e Coll [8].

Mi sembra di poter rilevare che risultati positivi vengono riferiti con molti approcci terapeutici diversi, e tranne poche eccezioni non si riportano invece risultati negativi. Ciò evidentemente non porta a porre in dubbio la buona fede di nessuno, ma piuttosto a dubitare della possibilità, anche per approcci apparentemente così quantificabili e ripetibili, di sfuggire a bias di ordine emotivo, come il desiderio di confermare la validità della tecnica prescelta, che evidentemente non è applicabile in doppio cieco. Si può anche prospettare, come già si è fatto per le varie tecniche psicoterapiche,

l'esistenza di un fattore terapeutico generale (la qualità dell'incontro interpersonale fra terapeuta e paziente?), comune a tutte le tecniche. E si può anche supporre che queste forniscano una cornice, rassicurante in primo luogo per il terapeuta e quindi indirettamente per il paziente, nella quale contenere la relazione e le sue vicissitudini non sempre gratificanti.

Quantitativamente più limitati i contributi che non fanno riferimento a indici prognostici convalidati di tipo cognitivistico: sintomatologia clinica, terapie applicate, opinioni del paziente e dell'entourage sulla malattia, adattamento sociale premorbo, genere, età di inizio, durata dei prodromi, tempestività dell'intervento. Quest'ultimo fattore è quello il cui peso è più concordemente sottolineato.

Nel gruppo cui appartengo è parso interessante offrire un contributo al problema mettendo a punto un sistema che consenta di cercare la correlazione fra interventi ed esiti nell'ambito della riabilitazione residenziale. Un *database* fatto di pazienti residenziali offre, sul piano della ricerca, il vantaggio di poter far riferimento a parametri di esito estrinseci e precisamente verificabili, come la dimissione o l'inserimento lavorativo o la collocazione abitativa. Ciò consente elaborazioni quantitative che non tendano, quale sgradito effetto secondario, a ridurre la conoscenza della mente a una serie di indici.

Il nostro gruppo dispone già di due sistemi di rilevamento dei dati: il follow up, relativo agli esiti post-cura [9]; e il Redancia System [10] che si avvale di una cartella informatizzata atta a consentire rilevamento e quantificazione statistica degli interventi attuati durante il soggiorno in Comunità Terapeutica. Esso può essere esteso al dopo-degenza per una valutazione del follow up più atta alla elaborazione rispetto a quella attualmente praticata.

Il disporre di questa duplice serie di informazioni, fra loro cimentabili, potrebbe aiutarci a stabilire – o a escludere – una correlazione fra l'intensività del trattamento e l'esito, o anche a orientarci sulle indicazioni degli specifici interventi.

### **FOLLOW UP di REDANCIA**

Da dodici anni è in atto nel gruppo un regolare monitoraggio sulla popolazione dei dimessi dalle strutture, nonché un follow up rivolto a verificare gli esiti immediati e a distanza. Le strutture residenziali interessate sono otto: Redancia 1, Redancia 2, Redancia Sanfrè, Redalloggio, Agriellera, Crogiuolo, Redancia Po, Cima. Tutte insieme raccolgono oggi un numero di pazienti in trattamento residenziale pari a 194.

Non sono inclusi nel monitoraggio i pazienti che il gruppo ha accolto al momento della definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici: essi costituiscono infatti una subpopolazione non solo selezionata in negativo per gravità clinica, durata della malattia, degrado socioambientale, ma anche assoggettata per decenni all'azione alienante della istituzione. Una verifica degli esiti che la includesse sarebbe quindi falsata. Nel gruppo Redancia, questi pazienti sono in gran parte accolti nella Struttura "Skipper", che quindi non è interessata da questo monitoraggio.

Alla fine di ogni anno si prendono in esame le dimissioni avvenute.

Un primo risultato ottenibile è la verifica del turn over, fondamentale indice della funzionalità delle strutture. Esso è espresso dal rapporto fra la somma delle dimissioni effettuate nei 7 anni considerati e la somma dei posti disponibili anno per anno, e globalmente è pari a 0,39. Quindi, se ipoteticamente la durata di degenza fosse identica per tutti i pazienti la popolazione dei nostri pazienti si rinnoverebbe interamente nell'arco di due anni e mezzo. Naturalmente non è così poiché a degenze molto più brevi se ne contrappongono di notevolmente più lunghe.

La popolazione dei dimessi viene poi disaggregata per sesso, età, stato civile, diagnosi (in categorie estremamente ampie e generali), tipo di collocazione precedente, motivazione dell'ingresso, modalità di dimissione, luogo del reinserimento.

Segue un follow up a un anno e a due anni, che prende in considerazione: la situazione clinica; quella lavorativa; quella abitativa; quella assistenziale. Le ultime tre hanno parametri per loro natura molto obbiettivi: non vi è possibilità di errore o di divergenze soggettive nel definire se un

paziente lavora o meno, se vive in casa propria o in una struttura, se è seguito dal Servizio o da privati o in ambito residenziale o da nessuno. Più delicato il problema della condizione clinica. Questa durante il soggiorno in Comunità viene valutata con la BPRS, mentre nel follow up ci si affida alla valutazione clinica del curante, senza applicare scale di valutazione. Questa scelta nasce dalla considerazione che il meglio è nemico del bene (a parte le perplessità che si possono nutrire sulla “obiettività” delle scale). Di fatto, riesaminare i dimessi a distanza di anni richiede un impegno operativo insostenibile per la nostra organizzazione, e riteniamo preferibile una valutazione alquanto grezza a nessuna valutazione; ciò, tenendo conto che la nostra non è fondamentalmente una ricerca scientifica ma un monitoraggio continuo che fa parte irrinunciabile del lavoro quotidiano.

Riporto una breve sintesi dei risultati con le frequenze percentuali relative ai parametri esaminati alla dimissione.

- DIAGNOSI: Psicosi 71%, Disturbi di Personalità 24%, Tossicodipendenze 3%, Altro 2%.
- ETA': Minori 1%, dai 18 ai 30 40%, dai 30 ai 40 37%, dai 40 ai 50 16%, oltre 50 6%.
- DURATA DEL SOGGIORNO: meno di 6 mesi 22%, dai 6 ai 12 18%, dai 12 ai 24 24%, dai 24 ai 36 17%, oltre 24 19%.
- MODALITA' DI DIMISSIONE: Per interruzione 24% ; Concordata 7%; Deceduti 1%.
- MODALITA' DI INGRESSO: Programmato 94%; Urgenza 6%
- PROVENIENZA: Residenza assistita 56%; famiglia d'origine 39%; famiglia acquisita 5%
- DESTINAZIONE Abitazione propria 28%; Alloggio protetto 17%; Residenza assistita 41%; Ospedale 8%; Carcere 2%; nulla 3%; Deceduti 1%
- SESSO: Uomini 29%; Donne 71%
- STATO CIVILE: Singles 88%; Sposati 3%; Divorziati 8%; Vedovi 1%

Il Follow up evidenziava le seguenti correlazioni statisticamente significative o altamente significative quanto alla condizione abitativa: un miglior destino per i giovani di meno di 30 anni, per permanenze inferiori a due anni, per le dimissioni per interruzione, e ovviamente per chi era rientrato in famiglia.

Quanto al lavoro, il reinserimento era più spesso positivo per i più giovani, per le condizioni non psicotiche, per i pazienti ricollocati in famiglia.....

Quanto alla condizione clinica, appariva favorevole la condizione di single, la permanenza superiore ai 2 anni, le dimissioni concordate. E' però da rilevare che queste correlazioni erano presenti solo a 1 anno di follow up, mentre scomparivano ai due anni; e inoltre che la valutazione sul dato clinico è certo meno obiettiva delle altre e che inoltre non è un dato assoluto ma relativo, esprimendo un confronto fra la condizione rilevata all'uscita e quella in follow up.

Quanto alla condizione assistenziale: i pazienti giovani, quelli con permanenze inferiori ai 2 anni e i dimessi per interruzione fruivano in prevalenza di assistenza territoriale, non residenziale [9].

### **CARTELLA INFORMATIZZATA: REDANCIA SYSTEM**

Il *Redancia System* (RS) è stato sviluppato (quasi dieci anni or sono) soprattutto per rispondere alla necessità di dotarsi di strumenti tecnici e procedurali che consentissero di sviluppare al meglio la capacità di verifica, osservazione ed eventuale validazione di quanto viene svolto in una struttura terapeutico-riabilitativa. Nato in forma cartacea, da oltre quattro anni utilizza un supporto informatico.

Il RS informatizzato consente oggi una pronta disponibilità dei dati relativi al soggiorno in struttura, nonché una loro elaborazione epidemiologico-statistica. La standardizzazione dei dati – almeno di quelli obbiettivabili e quantificabili - consente:

- una verifica del lavoro, ai fini del monitoraggio interno ed eventualmente amministrativo;
- la disponibilità di dati raffrontabili con quelli di altre organizzazioni;
- la costruzione di un database per la ricerca scientifica;

- la fruibilità dei dati in tempo reale all'interno della rete delle strutture fra loro connesse (intranet).

L'inserimento dei dati nel sistema avviene ad opera di ogni operatore che vi accede per registrare l'attività svolta con ogni singolo paziente. La registrazione avviene sia attraverso l'inserimento di dati operazionali discreti e quantificabili (numero di specifici interventi codificati, attività terapeutiche svolte, giornate di ricovero ospedaliero, ecc.), sia attraverso la stesura di un report di tipo narrativo collegato ad ogni specifica attività codificata.

Le informazioni registrate sono organizzate in cinque moduli, come mostra la tabella 1.

**Tabella 1**

1	FOTOGRAFIA ALL'INGRESSO (anagrafica, anamnesi, BPRS, scheda abilità)
2	DIARIO CLINICO E RAPPORTI GIORNALIERI
3	ATTIVITA' TERAPEUTICHE E RIABILITATIVE
4	INTERAZIONI DI RETE (incontri con familiari, con referenti, con la committenza, incontri equipe interna, ricoveri ospedalieri, ecc.)
5	MODULO SANITARIO (farmacoterapia, esami clinici, consulenze, parametri vitali, ecc)

All'interno di ogni struttura del gruppo Redancia, le attività terapeutico-riabilitative disponibili, la cui scelta è lasciata alle équipes delle singole strutture, sono in numero tale che l'analisi statistica della frequenza di applicazione di ciascuna fornirebbe numeri troppo piccoli per rendere efficace l'analisi stessa. Nel nostro studio le abbiamo quindi accorpate in tre categorie che abbiamo così definito: di *insight*, *riabilitative* e *ludiche*.

- Le attività di *insight* sono rivolte al mondo interno, secondo una chiave di lettura che nel nostro gruppo è prevalentemente psicoanalitica;
- quelle *riabilitative* sono invece volte a incrementare rendimenti e abilità, dalle più elementari cure del corpo fino alle attività lavorative;
- quelle *ludiche* non hanno una precisa progettualità curativa teoricamente fondata, ma contribuiscono a offrire al paziente condizioni di vita normali, e hanno quindi un non trascurabile rilievo terapeutico.

Stanno a sé e costituiscono ulteriori quattro categorie l'assemblea, che non è da considerare attività in qualche modo facoltativa e oggetto di scelta, ma costituisce il fondamento stesso della vita comunitaria; il colloquio psichiatrico e/o psicologico; il gruppo di auto-aiuto e il gruppo psicoeducazionale per i familiari.

La tabella 2 sintetizza il tutto, inclusa la modalità di accorpamento e classificazione delle singole attività e le sigle – lettere da A ad H – con cui le sette categorie vengono contraddistinte.

**Tabella 2**

	CODIFICAZIONE ATTIVITA'
A	di insight (arteterapia, musicoterapia, espressione corporea, ecc.)
B	Riabilitative (es. cura del Sè, falegnameria, Comitato bar)
C	Ludiche es. (es. cinema, gite, partecipazione a eventi sportivi)
E	Assemblea
F	colloquio psi
G	auto-aiuto
H	gruppo psicoeducazionale

## SINTESI DEI DUE SISTEMI DI RILEVAMENTO

Stiamo unificando i due sistemi descritti (*follow-up* e *Redancia System*) per ottenere la possibilità di correlare fra di loro i rispettivi dati. Per l'esattezza, la cartella informatizzata viene integrata da due ulteriori moduli che assorbono i dati dell'attività di follow up: quello che fotografa la popolazione dei dimessi anno per anno e quello del follow up vero e proprio, che coglie la loro condizione a un anno e a due anni dalla dimissione.

Le varie attività e interventi risultanti dalla cartella informatizzata vengono incrociati con i parametri che classificano la popolazione dei dimessi: ciò consentirà di verificare le correlazioni fra ogni singolo parametro con la frequenza di ogni singolo tipo di attività.

Questo contributo non ha lo scopo di offrire dei dati ma di proporre un metodo: quindi, a titolo esemplificativo, mi limito a includere due tabelle, relative rispettivamente: al rilevamento alla dimissione e al follow up a due anni; alla sola struttura Redancia 1; e ad alcuni dei parametri considerati e sopra elencati.

TABELLA 3

### FREQUENZA MENSILE INTERVENTI

<b>Luogo reinserimento</b>	A	B	C	E	F	H
Comunità	3,73	12,2	11,5	11,7	11,7	8,10
OPG e carcere	4,43	12,0	11,3	6,96	14,5	6,96
Ospedale	3,08	11,5	11,3	11,0	10,4	7,56
Abitazione	3,30	12,7	12,3	10,2	10,8	7,31
Alloggio	3,39	14,8	14,9	10,5	10,8	6,65
<b>Diagnosi</b>						
Psicosi	3,09	12,2	11,8	9,83	9,59	6,71
Disturbo personalità	3,60	13,4	12,6	10,9	12,8	7,80
Tossicofilia	4,10	12,3	12,3	12,9	11,5	8,63
Altro	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Nella tabella 4 tali frequenze vengono rilevate in rapporto con gli esiti a uno e due anni, verificati secondo la metodica sopra esposta.

TABELLA 4

		A	B	C	E	F	H
<b>Frequenza mensile interventi</b>							
<b>FOLLOW UP</b>							
<b>Condizione clinica</b>	<b>2 anni</b>						
Condizioni migliorate o stabili		3,28	12,8	11,9	10,5	10,8	7,14
Peggiorate		4,16	12,0	13,2	11,8	12,2	8,70
<b>Lavoro</b>	<b>2 anni</b>						
Lavora		3,34	12,3	12,0	10,1	11,0	7,60
C'è un credibile progetto lavorativo		3,24	12,2	11,2	9,90	10,0	5,66
Disoccupato		2,99	15,7	13,3	11,4	11,8	8,29
Inabile		4,18	11,7	12,7	12,3	12,0	8,62
<b>Condizione assistenziale</b>	<b>2 anni</b>						
Seguito dai Servizi Territoriali		3,19	13,0	11,2	10,2	10,3	6,75
Seguito in una Residenza		3,49	12,7	13,2	11,2	12,0	7,30
Nulla		3,95	11,9	12,5	11,7	11,2	8,79
Seguito in carcere o OPG		3,31	13,6	13,4	9,26	12,3	7,79
<b>Abitativa</b>	<b>2 anni</b>						
Vive in Famiglia		3,61	13,0	12,5	10,6	10,9	6,97
Vive in una Istituzione		2,58	12,6	10,8	10,6	10,8	6,97
Collocazione provvisoria		4,04	12,1	13,1	11,3	11,7	8,77
<b>Ospiti dimessi nel periodo</b>		3,47	12,7	12,2	10,8	11,1	7,48
<b>Ospiti presenti per tutto il periodo</b>		3,76	12,5	11,4	9,90	23,4	7,36

Il metodo proposto consente di verificare l'attività curativa interna alle strutture residenziali, le sue modalità e la sua intensività, nonché gli esiti e anche la correlazioni fra questi due ordini di dati. Naturalmente ciò non significa che aspiri a misurare direttamente l'efficacia dei vari trattamenti e tipi di trattamento: infatti, non solo l'esito riconosce determinanti multifattoriali, ma il rapporto fra caratteristiche del paziente, trattamento scelto ed esito è un rapporto triangolare regolato da rapporti di causalità circolare. Gli studi statistici che se ne ricaveranno potranno, questo sì, evidenziare delle correlazioni costituenti il punto di partenza per ulteriori e più rigorose verifiche.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Giusto G., Pisseri P. *Comunità Terapeutiche e intervento programmato*. In: C. Colombo et al. "Lavorare in Psichiatria", Boringhieri 2005.
- [2] Saraceno B. *La fine dell'intrattenimento* Ed. Etas, 1995
- [3] Bonfanti A. *L'uso del farmaco nella relazione terapeutica*. In: Giusto G. et al. "Qualità e Accreditamento delle Comunità Terapeutiche in Psichiatria" Centro Scientifico Editore, Torino, 2001
- [4] Lamonaca et al. *La valutazione partecipata degli interventi nel Centro diurno di Legnago*, Il Vaso di Pandora, XII(1), 2004 pp 93 – 104.
- [5] Watzke S. et al. *A longitudinal study of learning potential and rehabilitation outcome in schizophrenia*, Actas Esp Psiquiatr., 36 (2) 2008, pp 63-9.
- [6] Peer J. et al. *Heterogeneity in behavioural treatment response in severe mental illness*, J. Nerv. Ment. Dis., 196 (3), 2008, pp 198 -206.
- [7] Jeppesen P. et al. *The association between premorbid adjustment, duration of untreated psychosis and outcome in first – episode psychosis*, Psychol. Med., 30, 2008 pp 1 – 10.
- [8] Mc Gurk S.R. et al. *A meta – analysis of cognitive remediation in schizophrenia*, Am. J. Psych., 164(12), 2007 pp 1791 – 802.
- [9] Pisseri P. et al. *Gli esiti del trattamento in Comunità terapeutica*, Il Vaso di Pandora, XII (2), 2004 pp 69 -102.
- [10] Massa M., Zirulia V. *Dal "Redancia System" al follow-up: il problema della correlazione fra terapia e decorso*, Relazione presentata al convegno: Il trattamento integrato a lungo termine in Comunità Terapeutica: Esperienze e opinioni a confronto. Ceva (CN), 25 novembre 2005.

Il presente articolo costituisce la sintesi della relazione presentata al IX Congresso Nazionale SIRP, Bari 26-28 Maggio 2008.

\* Consulente scientifico del gruppo Redancia, Membro del Direttivo nazionale SIRP.

# La valutazione degli esiti nel trattamento riabilitativo di pazienti psicotici

*di Roberto Poli\*, Emilia Agrimi\*\**

## **Abstract**

The aim of this study was to investigate the psychiatric rehabilitation's efficacy in psychotic patients along one year treatment. The efficacy has been tested by the application of rating scales for evaluation of clinical and functional endpoints. At the baseline (T0), after 6 months (T1) and after 1 year (T2) 81 patients have been evaluated through the following rating scales: Clinical Global Impression-S, Clinical Global Impression-I and Global Assessment of Functioning. The results confirmed that the psychiatric rehabilitation determines a clinical and functional improvement.

## **INTRODUZIONE**

La riabilitazione psichiatrica per pazienti psicotici ha avuto negli ultimi anni rilevanti trasformazioni per una complessa serie di ragioni. Se da un lato le nuove evidenze epidemiologiche e cliniche in merito alla eterogeneità del decorso schizofrenico rendono realmente applicabile su sottogruppi specifici interventi intensamente riabilitativi dall'altro si sono sviluppate e affinate tecniche di intervento riabilitativo con approccio cognitivo comportamentale che hanno dimostrato una efficacia specifica nel miglioramento del funzionamento complessivo del paziente psicotico [1]. Va inoltre aggiunto che l'introduzione degli antipsicotici atipici ha determinato effetti terapeutici differenti, quantomeno in termini di minore collateralità di tipo extrapiramidale (che contribuiva a stigmatizzare i pazienti) e di assenza di sintomi negativi secondari [2]. Non ultimo si è sviluppata una crescente consapevolezza da parte dei pazienti stessi in un processo di empowerment e rispetto al diritto di poter usufruire dei migliori interventi possibili.

Per queste complesse ragioni la riabilitazione psichiatrica ha progressivamente ridotto gli interventi aspecifici e creativi, frutto di pur interessanti esperienze locali ma non suffragati da prove di efficacia [3]. Si è determinata in qualche modo in riabilitazione, per dirla con Saraceno, "la fine dell'intrattenimento" [4].

Tale strutturazione dell'attività riabilitativa ha determinato la necessità di una attenzione alla valutazione degli esiti del trattamento, aspetto del quale non sempre si è tenuto conto nella pratica clinica.

Dal punto di vista del modello di riferimento teorico, da tempo vi è un ampio consenso rispetto ad un approccio terapeutico al trattamento del paziente affetto da schizofrenia o da altra patologia psichiatrica grave di tipo integrato, in accordo peraltro con quanto sostengono tutte le principali linee-guida internazionali. L'approccio integrato prevede un insieme di interventi sinergici e coordinati di tipo farmacologico, psicologico, riabilitativo, sociale e familiare con l'obiettivo di un mantenimento dell'individuo nel suo contesto familiare e sociale. Le strategie di intervento devono tenere conto del livello di competenze del paziente ivi compreso il livello del deficit cognitivo, della gravità della malattia e del grado di integrazione familiare. Pre-requisito indispensabile al successo terapeutico è l'adesione del paziente al trattamento in una sorta di contratto terapeutico tra paziente e curanti [5]. Per il conseguimento di tali obiettivi è necessaria la presa in carico dei pazienti da parte dell'intera *équipe* curante: all'interno delle diverse figure professionali viene solitamente

individuato un operatore responsabile del caso, il cosiddetto *case manager*, che costituisce un punto di riferimento stabile per il paziente [6, 7].

## **METODO**

### **Scopo dello studio**

L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia degli interventi riabilitativi erogati nelle strutture residenziali e semiresidenziali dell'Unità Operativa di Psichiatria nell'arco temporale di un anno, periodo congruo rispetto al decorso delle patologie oggetto degli interventi riabilitativi. Gli outcome considerati tengono conto non soltanto degli aspetti strettamente psicopatologici e sintomatologici, ma soprattutto della qualità della vita del paziente e del suo funzionamento complessivo, socio-relazionale e lavorativo.

### **Disegno dello studio**

Si tratta di uno studio osservazionale della durata di un anno, articolato in tre fasi:

Fase T0 : assessment all'ingresso del paziente

Fase T1 : assessment dopo 6 mesi di riabilitazione standard

Fase T2 : assessment dopo 1 anno di riabilitazione standard

Sono stati arruolati: 41 pazienti in carico alla C.R.A. 24 pazienti in carico al C.D., 16 pazienti in carico alla CPA.

Sono stati arruolati secondo i seguenti criteri di inclusione:

- diagnosi di disturbo dello spettro psicotico;
- età compresa tra i 18 e 55 anni;
- pazienti in carico all'Area Riabilitativa dell'Unità Operativa di Psichiatria (quindi in condizione di residenzialità e semiresidenzialità) che partecipano ad un trattamento riabilitativo integrato.

Criteri d'esclusione:

- comorbilità con disturbi di dipendenza da sostanze;
- fase di malattia sub-acuta non compatibile con interventi riabilitativi.

Per l'assessment sono state utilizzate le seguenti *rating scales*:

- la CGI-S e CGI-I : sono scale di eterovalutazione molto utilizzate in letteratura per la valutazione del quadro clinico complessivo e per la quantificazione del miglioramento clinico in relazione anche alla collateralità farmacologica
- Scala GAF (Global Assessment of Functioning): è una scala di eterovalutazione del funzionamento complessivo, psico-socio-lavorativo.

### **Analisi statistica**

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il software statistico SPSS 12.1 for Window. Per l'analisi della significatività statistica è stato applicato il test non parametrico di Wilcoxon per campioni appaiati o per campioni indipendenti secondo i casi, in considerazione della distribuzione non normale delle variabili considerate valutata con i test di normalità di Kolmogorov-Smirnov e di Shapiro-Wilk.

### **Risultati**

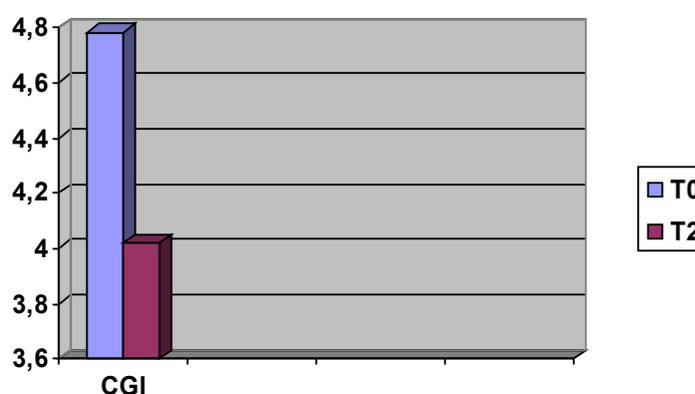
A) Nella Comunità Riabilitativa ad alta assistenza su 41 pazienti arruolati nello studio sono emersi i seguenti risultati:

- Alla scala CGI-S si evidenzia un netto miglioramento del punteggio medio che scende da 4.78 a 4.02 ( $p < 0.01$  al test di Wilcoxon). Spiccano anche i valori modali e della mediana che scendono entrambi da 5 a 4. (tabella 1 e grafico 1). In altri termini la maggior parte dei pazienti che all'ingresso presenta un quadro clinico globale con punteggio corrispondente alla definizione di "notevolmente ammalato", alla dimissione presenta un quadro definito "moderatamente ammalato".

Tabella 1 Dati CGI-S del campione a T0 e T2

		CGI_T0	CGI_T2
N	Valid	41	41
	Missing	0	0
Mean		4,78	4,02
Median		5,00	4,00
Mode		5	4

Grafico 1 Rappresentazione grafica CGI-S a T0 e T2

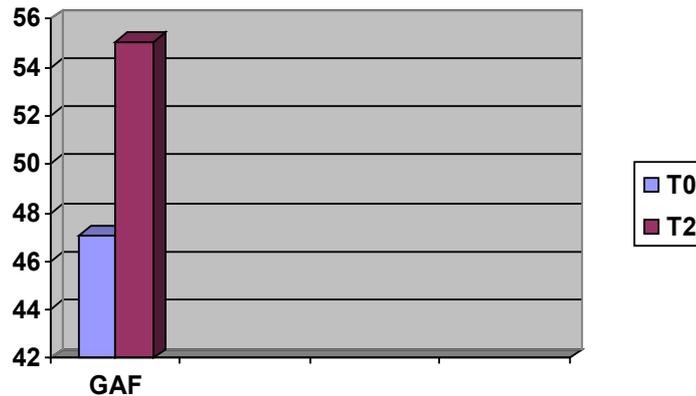


- Alla scala GAF vi è un netto miglioramento medio del punteggio che passa da 47,02 all'ingresso a 55,02 alla dimissione (tabella 2 e grafico 2). Tale aumento non solo è statisticamente significativo ( $p < 0.01$  al test di Wilcoxon) ma determina anche un passaggio sulla scala dalla decina dei 40 alla decina dei 50, ossia da un quadro di “gravi menomazioni deficitarie in alcune aree” a “moderate difficoltà di funzionamento”. Interessante il valore modale pari a 60 che significa che tale punteggio è il più rappresentato.

Tabella 2 Dati GAF del campione a T0 e T2

		GAF_T0	GAF_T2
N	Valid	41	41
	Missing	0	0
Mean		47,07	55,02
Median		48,00	55,00
Mode		50	60

Grafico 2 Rappresentazione grafica CGI-S a T0 e T2

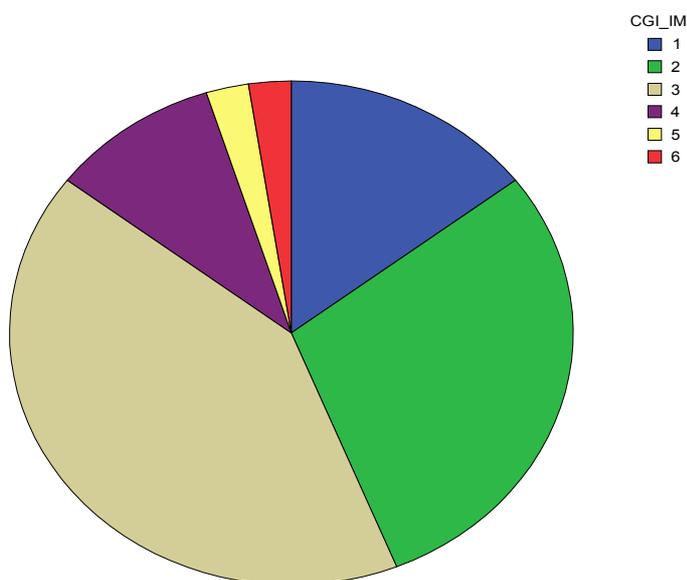


- Alla scala CGI-I (miglioramento globale) si rileva un buon punteggio medio pari a 2.63 con valori modali e della mediana pari a 3. Il punteggio medio corrisponde a una valutazione che si avvicina alla definizione di “moderato miglioramento”. Nello specifico il 15% dei dimessi ottiene punteggio 1 (molto migliorato), il 30% il punteggio 2 (moderatamente migliorato) e il 41,5 % il punteggio 3 (lievemente migliorato).

Tabella 3 Dati CGI-I del campione a T0 e T2

N	Valid	41
	Missing	0
Mean		2,63
Median		3,00
Mode		3

Grafico 3 Rappresentazione grafico a torta della distribuzione del punteggio CGI-I



**B)** Nella Comunità Protetta ad alta assistenza i risultati alle scale di valutazione sui 16 pazienti mostrano quanto segue :

- Non variazioni statisticamente significative (test di Wilcoxon) alla CGI-S tra T0 e T2. I valori si attestano intorno al punteggio 5 (che è anche il valore modale) che corrisponde a “notevolmente ammalato”. Il valore medio passa da 5,25 a 5,19 (tabella 4) , dovuto al miglioramento isolato di 1 paziente. Nessun paziente scende comunque oltre il punteggio 4 che corrisponde a “moderatamente ammalato”.0

Tabella 4 CGI-S medio al tempo T0 al tempo T2

N	Valid	16	N	Valid	16
	Missing	0		Missing	0
Mean		5,25	Mean		5,19
Median		5,00	Median		5,00
Mode		5	Mode		5

- Alla scala CGI-I si rileva una media pari a 3.5 che corrisponde a un “lieve miglioramento”. Tale miglioramento medio tuttavia non incide in termini statisticamente significativi come sopra riportato sul quadro clinico globale. Solo un paziente ha ottenuto un punteggio pari a 2 ossia con un “moderato miglioramento”.
  - Alla scala GAF vi è stato un aumento del punteggio medio da 44.50 a 47.88 tra T0 e T2. Il miglioramento lieve e pur nell’ambito della stessa decina di punteggio risulta statisticamente significativo ( $p < 0.05$  al test di Wilcoxon).
- C) Nel Centro Diurno i risultati relativi ai 24 pazienti arruolati mostrano quanto segue:
- Alla scala CGI-S si rileva un progressivo miglioramento e con la media del punteggio che scende da 4.58 a T0 a 4.29 a T1 sino a 4.04 a T2. Il valore 4 che peraltro rappresenta sia il valore mediano che modale corrisponde a una definizione di “moderatamente ammalato”. I miglioramenti alle scale risultano statisticamente significativi sia tra T0 e T1 che tra T1 e T2 (Test di Wilcoxon  $p < 0.05$ )

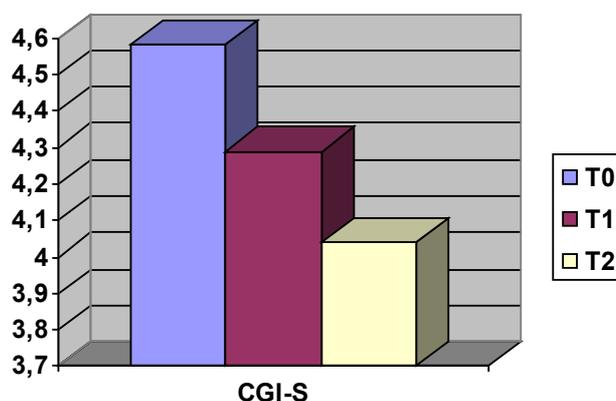
Tabella 5 CGI-S medio al tempo T0 , T1 T2

		CGI T0	CGI T1	CGI T2
N	Valid	24	24	24
	Missing	0	0	0
Mean		4,58	4,29	4,04
Median		4,00	4,00	4,00
Mode		4	4	4

Tabella 6 Dati medi GAF a T0, T1 e T2

		GAF T0	GAF T1	GAF T2
N	Valid	24	24	24
	Missing	0	0	0
Mean		50,50	52,96	55,46
Median		55,00	55,50	55,50
Mode		50(a)	25(a)	51(a)

Grafico 4 Rappresentazione grafica CGI-S a T0,T1 e T2



- Alla scala CGI-I al tempo T1 e al tempo T2 si rileva un punteggio medio pari rispettivamente a 3,54 e 3,08 (il punteggio 3 indica “lieve miglioramento”). Tali dati sono congrui con l’andamento migliorativo sulla scala CGI-S. Interessante anche la mediana che si sposta tra T1 e T2 da 4 a 3 (ossia da nessun cambiamento a lieve miglioramento) indicando che il numero di pazienti in miglioramento alla fine dell’anno è pari al numero dei pazienti senza modificazioni.
- Alla scala GAF si evidenzia un progressivo aumento del punteggio medio che passa da 50,5 a T0 a 52,96 a T1 e infine a 55,46 a T2 (tabella 6). In termini statistici la significatività  $c'$  è solo tra T1 e T2 (test di Wilcoxon  $p < 0,05$ ) e non tra T0 e T1. Tale miglioramento determina nel paziente medio un quadro di “moderato deficit di funzionamento”

## DISCUSSIONE

I risultati sono diversi a seconda della struttura, come atteso in considerazione che al CRA affluiscono pazienti giovani, in fase attiva della malattia, mentre in CPA prevalgono pazienti con disturbi ormai cronicizzati.

Infatti si rileva che nell’ambito della struttura intensamente riabilitativa (CRA) in cui afferiscono anche pazienti in fase post-acuta si evidenzia una maggiore efficacia dei trattamenti, con valori quantitativi più evidenti rispetto alle altre tipologie di utenza dell’Area Riabilitativa. Il miglioramento è netto dal punto di vista clinico globale come attestato dai punteggi medi alla CGI-S, ma è ancora più evidente il miglioramento del funzionamento complessivo, socio-relazionale e lavorativo, come evidenziato alla GAF. Tale risultato indica come la specificità riabilitativa della CRA, che utilizza metodiche strutturate di intervento con particolare attenzione ai sintomi cognitivi considerati oggi sintomi nucleari della schizofrenia, sia particolarmente efficace sulla maggior parte dei pazienti. Il vantaggio dell’esistenza di un progetto terapeutico-riabilitativo a lungo termine rende possibile non solo la prosecuzione dello studio anche in fasi di scompenso del paziente, ma rafforza la re-

lazione paziente-case manager in un contesto comunitario. E quest'ultima a nostro avviso è una variabile importante di cui tenere conto nell'analisi di un trend tendenziale al miglioramento nel gruppo di pazienti che ha aderito allo studio.

I dati relativi al Centro Diurno in cui afferiscono pazienti di media-elevata gravità, con parziale autonomia, ma con una situazione di sostanziale cronicità, confermano come l'efficacia degli interventi riabilitativi richieda tempi lunghi: questo spiega come il miglioramento del funzionamento complessivo misurato alla GAF risulti statisticamente significativo solo a un anno di distanza e non a 6 mesi, con variazioni peraltro abbastanza ridotte. Il miglioramento del quadro clinico complessivo misurato alla CGI è simmetrico e congruo con il miglioramento del funzionamento globale. I risultati della GAF devono essere interpretati mettendoli in relazione con le condizioni iniziali dei pazienti nelle quali la dimensione lavorativa risulta alquanto penalizzata, poiché tutti i pazienti non lavoravano in contesti tradizionali, tranne una persona occupata con una borsa-lavoro. Essendo il lavoro una dimensione valutativa importante della GAF, ciò ha comportato una bassa attribuzione dei punteggi.

Relativamente ai dati dei pazienti afferenti alla CPA va detto che si tratta per il 50% di pazienti provenienti dall'ex Ospedale Psichiatrico, con grave quadro clinico e compromissione funzionale. Appare pertanto naturale che non si determinino significativi cambiamenti sul piano psicopatologico generale, ma solo lievi miglioramenti del funzionamento sul piano della autonomia e del funzionamento socio-relazionale. Gli interventi erogati in tale contesto, prevalentemente di tipo risocializzante e che fanno leva sulle residue aree sane dei pazienti, sono volti fondamentalmente a un miglioramento della qualità della vita, pur nella cronicità dei sintomi positivi, negativi e cognitivi tipici propri della schizofrenia.

## CONCLUSIONI

Il vantaggio di lavorare in base ad un progetto terapeutico concordato e condiviso permette di definire obiettivi terapeutici che possono essere valutati nel tempo. Solo così si può confrontare la condizione iniziale di un paziente con l'evoluzione clinica durante il percorso terapeutico. La necessità di un trattamento prolungato nel tempo dà il vantaggio di trattare le ricadute e la possibilità di rafforzare la relazione paziente-case manager proiettandola verso una relazione terapeuticamente efficace, diventando anch'essa una variabile d'influenza degli esiti positivi dei trattamenti. E' sempre opportuno in tale contesto prendere in considerazione anche le osservazioni dei familiari sul comportamento del paziente durante i permessi a casa.

Riteniamo infine che una importante componente dell'efficacia degli interventi riabilitativi, come d'altra parte per tutta l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica sul territorio, sia rappresentata dall'équipe terapeutica dove l'integrazione tra le diverse figure professionali gioca un ruolo fondamentale.

\*Responsabile Area Riabilitativa UOP 29, A.O. "Istituti Ospitalieri" di Cremona

\*\* Direttore UOP 29, A.O. "Istituti Ospitalieri" di Cremona

## Bibliografia

- [1] Wexler Be, Bell MD. *Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia*. Schiz. Bull., 31,4:931-941, 2005.
- [2] Voruganti L., Cortese L., Oyevumi L., Cernovsky Z., Zirul S. , Awad A. *Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life*. Schiz Res 43:135-145, 2000.
- [3] Poli R., Puerari A., Agrimi E. *Studio osservazionale di valutazione degli esiti nella riabilitazione di pazienti psicotici*. Psichiatria e Psicoter. 27,2:99-111,2008.

- [4] Saraceno B. *La fine dell'intrattenimento manuale di riabilitazione psichiatrica*. Etaslibri, Milano, 1996.
- [5] Lieberman RP. *La riabilitazione psichiatrica. R*. Cortina Editore, Milano, 1997.
- [6] Ba G. *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. FrancoAngeli, Milano, 1997
- [7] Mai M., Sartorius N. *Schizofrenia*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1999.

# 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 18000 massimo 27000 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](mailto: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.*