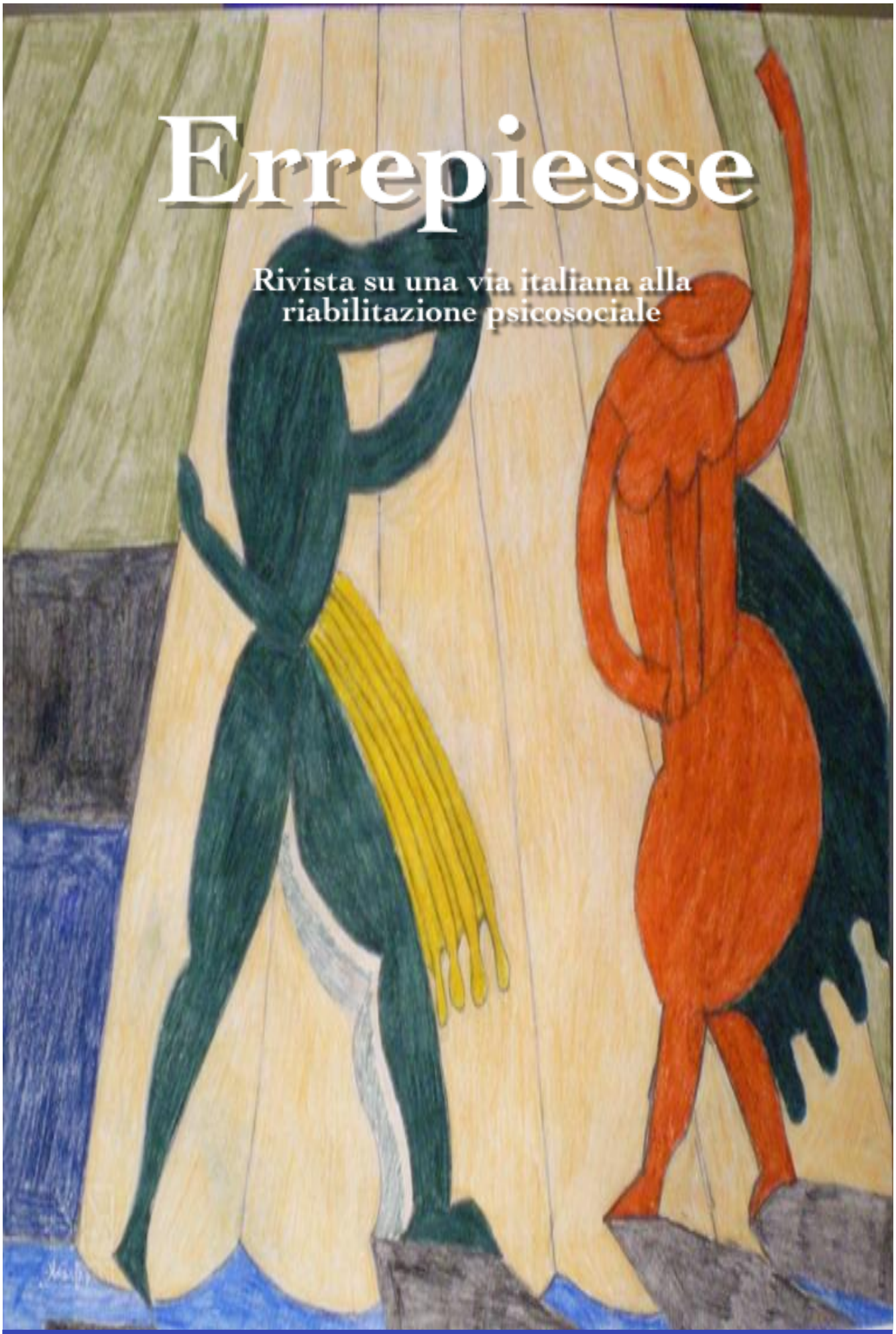
Errepiesse

Rivista su una via italiana alla riabilitazione psicosociale



QUADRIMESTRALE ANNO III - N°2 - AGOSTO 2009

Sommario

PRIMA PAGINA

- Fra buone pratiche e linee di qualità per un modello di riabilitazione. III – Un questionario conoscitivo internazionale: analisi dei dati di Massimo Rabboni, Claudia Petrera

Lavoro presentato anche alla XXXIV Conferenza Annuale della United States Psychiatric Rehabilitation Association – Norfolk, Virginia

LA VIA ITALIANA

- Clinica psicoanalitica e logiche di trattamento presso i servizi di salute mentale di Andrea Parma

- Problem-solving, empatia, Teoria della Mente ed antipsicotici: quale ruolo nel predire gli esiti della riabilitazione psicosociale delle persone con schizofrenia? di Alessandro De Risio, Lara Marzotto, Cecilia Vignando, Angelo Pancheri, Bruno Gentile

IL LAVORO E I SERVIZI

- Il Centro Diurno come fulcro dell'attività riabilitativa in psichiatria. Storia di un'esperienza, 2002-2008 di Gianluigi Tomaselli, Silvia Fenaroli, Ombretta Papetti, Giuseppe De Paoli, Giuseppe Biffi, Claudio Mencacci

- L' attività motoria nei servizi di salute mentale: il "peso" degli antipsicotici. di Marco Aresti, Pasquale Mariano

- I CART si raccontano: una nuova esperienza di intervento territoriale psichiatrico in Lombardia di Daniela Bruni, Patrizia Cetti, Ada Spreafico, Silvia Vanoli, Cristiana Bassi, Flavia Bellati, Silvia Bianchi, Giovanni Minaglia, Luisa Terzaghi, Daniela Mazza, Michela Napoli, Laura Calcaterra, Tiziana Ferrario, Giorgio Scorza

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.

JANSSEN-CILAG SpA

L'immagine in copertina, liberamente ispirata ad un'opera di Depero, è stata realizzata all'interno del Centro Diurno della II Unità Operativa di Psichiatria dell'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo.

Fra buone pratiche e linee di qualità per un modello di riabilitazione.
III – Un questionario conoscitivo internazionale: analisi dei dati

di Massimo Rabboni, Claudia Petrera***

Abstract
This issue was included in our presentation of USPRA's 34th Annual Conference, June 29 - July 2, 2009 Norfolk, Virginia "Navigating the Depth of Psychiatric Rehabilitation". Massimo Rabboni and I created a questionnaire of 8 questions in order to have responses from people who work in Psychiatric Rehabilitation in other Countries. We sent it to about 25 Nations in the world for a total of 110 e-mail addresses. The answers have been 21 and 18 completed questionnaires (more than we hoped). Synoptic tables are made in order to render the comparison of responses clear [1].

INTRODUZIONE

Ultimo dei tre articoli: si conclude la nostra ricerca con riflessioni riguardanti i questionari compilati da persone di tutto il mondo che lavorano nella Riabilitazione Psichiatrica.
Il questionario è stato inviato in totale a 110 indirizzi di posta elettronica, tutti reperiti sui vari siti di associazioni che sostengono la riabilitazione psichiatrica, mondiali e locali (ad esempio WAPR, USPRA[1] e l'International Psychosocial Rehabilitation Journal). Sono stati inviati dall'aprile 2008 al settembre successivo. Mi sono state recapitate 20 risposte con 18 questionari compilati da 10 Paesi diversi: 2 persone dall'Australia si sono rifiutate di compilarlo, ma con l'indicazione dettagliata del perché e con del materiale sulla riabilitazione e sulla legislazione australiana.

IL QUESTIONARIO

Il questionario è stato studiato in modo da essere il più chiaro possibile, con poche domande e precise, in modo che possano dare la possibilità a chi deve rispondere di scegliere se essere concisi o se spaziare in risposte più articolate. Se si risponde ad ogni domanda, si ottiene una piccola istantanea della riabilitazione psichiatrica praticata nel paese di provenienza della persona e quanto questa è soddisfatta di tale pratica. I questionari sono stati inviati solo all'estero, non in Italia: pensavamo che in Italia la situazione fosse già ben conosciuta e poi avremmo rilevato di sicuro differenze molto nette tra una città e l'altra e tra una Regione e l'altra.

---

1 **USPRA** (US Psychiatric Rehabilitation Association) associazione statunitense, con contatti a livello mondiale con le principali figure che lavorano con la riabilitazione psichiatrica e quindi di fatto è conosciuta in tutto il mondo. Attraverso la riabilitazione psichiatrica promuove il recupero, la piena integrazione nella comunità e il miglioramento della qualità della vita per le persone che hanno una diagnosi psichiatrica, che pregiudica seriamente la loro capacità di avere una buona qualità di vita. Lo scopo è di aiutare le persone a sviluppare le competenze e di accedere alle risorse necessarie per aumentare la loro capacità di successo ed essere soddisfatte della propria vita, lavorativa, scolastica, sociale. La missione primaria è quella di sensibilizzare e di insegnare le varie strategie riabilitative attraverso la formazione di professionisti accreditati, la ricerca e la creazione di reti. La USPRA ritiene che la riabilitazione psichiatrica aiuti davvero il recupero del malato grave pertanto si impegna a sostenere e a rafforzare la qualità delle comunità orientate ad un agire riabilitativo. Per contribuire ad una buona qualità dei servizi di riabilitazione, l'associazione ha istituito un corso certificato (ma non accreditato a livello governativo) per coloro che vogliono essere operatori nel campo della riabilitazione psichiatrica.

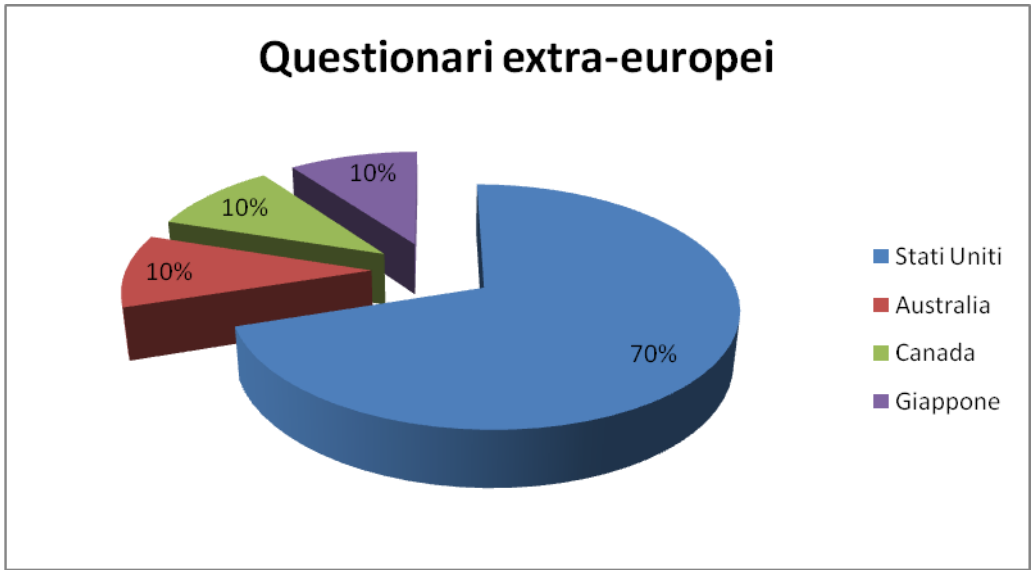
Il questionario inviato è il seguente:

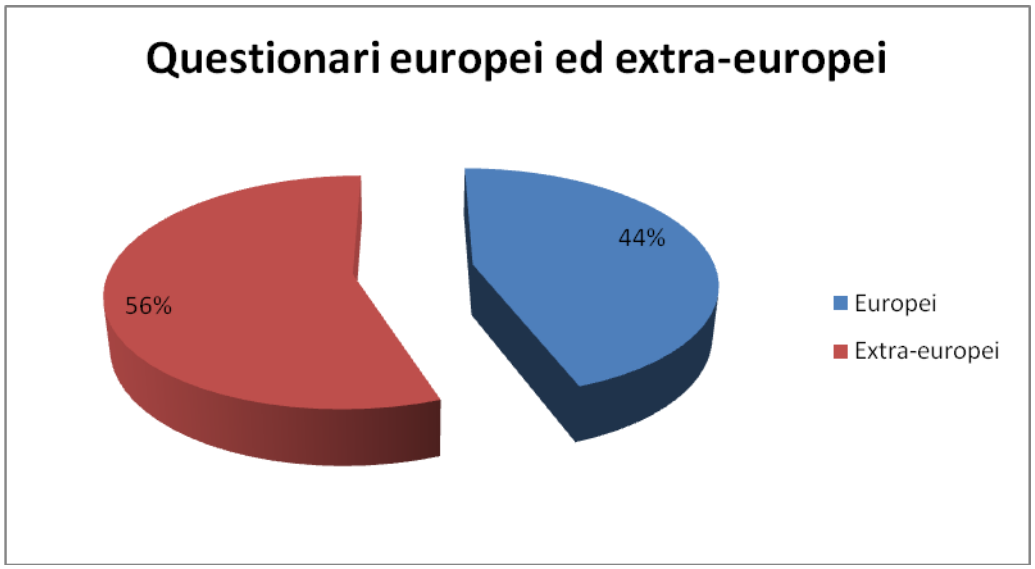
Nome:
Qualifica:
Nazionalità:
Appartenente a quale struttura:
1. E' praticata la Riabilitazione Psichiatrica (R.P.) nel suo Paese?
2. Da quali figure professionali?
3. Quali strutture Pubbliche o Private sono preposte a questo tipo di intervento?
4. Quali attività riabilitative si svolgono e a quale linea di pensiero o teoria fanno riferimento?
5. E' soddisfatto della diffusione della R.P. nel suo Paese? Cambierebbe qualcosa?
6. E' soddisfatto dei risultati che questo tipo di terapia fa emergere?
7. Per quali pazienti e di quale gravità pensa che la R.P. sia idonea?
8. Quali ritiene lei debbano essere gli scopi della R.P.?

Questionari ricevuti dagli **Stati europei** presi in considerazione nella mia ricerca:
- dalla Gran Bretagna: n. 3
- dalla Francia: n. 1
- dall'Austria: n. 0
- dalla Germania: n. 1
- dalla Svezia: n. 1
- dal Belgio: n. 0

Tra gli stati che non ho trattato a livello legislativo sono arrivati:
- dall'Ungheria: n. 1
- dalla Spagna: n. 1

Questionari ricevuti dagli **Stati extra-europei** presi in considerazione nella mia ricerca:
dagli Stati Uniti: n. 7
dall'Australia: n. 1 + due rifiuti
Tra gli stati che non ho trattato a livello legislativo sono arrivati:
- dal Canada: n. 1
- dal Giappone: n. 1





Il testo originale dei questionari è qui di seguito riportato:

<u>Gran Bretagna</u>

I questionario ricevuto il 12/06/2008
Name: Dr Menna Jones
Nationality: Welsh
Qualification: Doctorate in Clinical Psychology
Owner structure: National Health Service (public service)
1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?
The medical model of mental health problems is unfortunately still the main dominant model in our mental health service. Psychosocial rehabilitation is having increasing support from government guidelines on the best treatments for mental health problems, but at the moment, funding for psychosocial interventions is very limited. There is increasing availability of psychosocial rehabilitation services (or we call them "recovery" services) for young people experiencing their first episode(s) of psychosis across the UK, though Wales is behind UK considerably.
2)Which professional role makes P.R. in your Country?
PR in led in a multi-disciplinary manner, mainly with the cooperation of nurses, clinical

psychologists, occupational therapists, social workers, and support workers. There is a strong ethos that recovery from serious mental health problems require this broad range of skills to be available. The literature and innovative services are mainly led by medical professionals who have developed an interest in psychosocial interventions and by leading clinical psychologists.

3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?

Psychosocial interventions are mainly undertaken within the public structures of the National Health Service. However, people are increasingly turning to psychologists and counselors who are working privately in order to have non-medical treatments faster due to long waiting lists in the National Health Service and limited criteria for who we can work with. However, private services mainly work with people who experience mild-moderate mental health problems, and the National Health Service continues to be the main service provider for complex and long-term psychosocial interventions.

4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?

The main activities include: psycho-education, psychological therapy, occupational skills development, social inclusion and community engagement, housing support, employment and education support, support and education for the families of our clients. The main guidelines are published by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) for various forms of mental health problems, and also Policy Implementation Guidelines published by the Department of Health within the English government.

5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?

The provision of psychosocial rehabilitation is of very high quality, but is not available to enough people and needs to be provided much more broadly. The NICE guidelines for schizophrenia (2000) stated that every client who is experiencing schizophrenia should be offered cognitive-behavioral therapy, but in reality we have the resources to offer this service to only a fraction of these client. Also, the psychosocial services can still be limited by a continuing medical understanding of people's problems, which encourages people to adopt a passive patient role which contradicts the active autonomous role they are encouraged to take within psychosocial services.

6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?

Psychosocial recovery services have produced very good results, but again these should be improved with more resources enabling staff to provide more regular, more flexible and sustained support in order to further minimize relapse.

7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?

I would not exclude any clients from psychosocial recovery services on the basis of type of difficulty they are experiencing or severity. However, the services need to be suitable to the different needs of different client. The main criteria for providing these services is whether people are willing to engage and participate in the services in order to take control of their own recovery.

8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?

Psychosocial recovery should be aimed at:

- minimising people's distress through psychological therapy and enhancing their coping strategies to manage the stresses in their lives;
- developing people's understanding of their emotional difficulties based on how they have
- responded with major and traumatic events in their live (ie. to 'normalise' people's experiences and reduce stigma)
- maximize people's social and occupational functioning on recovery from a mental health problem.

II questionario ricevuto il 09/06/2008

Name: Dr Afzal Javed

Nationality: British

Qualification: FRCPsych (Fellow of the Royal College Of Psychiatrists), FRCP (Fellow of the

Royal College Of Physicians)
Owner structure: Hospital & Community set up
1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?
Yes but with varying approaches
2)Which professional role makes P.R. in your Country?
It is a multidiscipline approach and all mental health professionals including doctors, nurses, social workers, psychologists, occupational therapists, support workers, community Psychiatric nurses are involved.
3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?
Mainly Public sector but at times some services are commissioned from private sectors .
4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?
We usually follow guidelines recommended by Royal College of Psychiatrists, UK. For details please look at their website.
5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?
Of course, rehab specialty is still a long way to go to get into the main stream.
6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?
Very satisfied
7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?
All mental health patients who are suffering from long term mental health problems
8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?
As an integral and main branch of mental health.

III questionario ricevuto il 24/09/2008
Name: Selwyn Stanley
Nationality: Indian
Qualification: Ph.D. (Philosophiæ Doctor)
Owner structure: Lecturer, University of Plymouth (UK)
1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?
YES
2)Which professional role makes P.R. in your Country?
Social workers
3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?
Non Governmental organizations, Family counseling centers & de-addiction centres & other organizations dealing with mental health issues, disability etc
4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?
Main streaming of clients & re-integration within the community; Advocacy on client's behalf; enabling self-support groups
5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?
Yes largely satisfied, but would need more resources for better management
6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?
Yes, to a large extent
7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?
As in col. 3
8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?
As in col. 4

Francia
Questionario ricevuto il 04/10/2008
Nom: Docteur Dubuis Jacques

Nationalité: Français
Qualification: Médecin honoraire des hôpitaux psychiatriques
Structure d'appartenance: Aucune actuellement Auparavant, hôpital psychiatrique du Vinatier, à Lyon

1) Est la Réhabilitation Psychiatrique pratiquée dans Votre Pays ?

La réhabilitation est une référence de plus en plus fréquente dans la psychiatrie française. Elle se répand surtout dans la psychiatrie publique où un nombre important de psychotiques chroniques sont soignés. Cependant la réhabilitation ne fait pas partie de la formation de base des psychiatres, ni des professions paramédicales qui concourent aux soins.

2) Par quelles figures professionnelles est la Réhabilitation Psychiatrique pratiqueé dans Votre Pays ?

Essentiellement par les médecins, les infirmiers et les psychologues, mais également par les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes.

3) Quelles structures publiques ou privées sont préposées à ce modèle d'intervention ?

Les hôpitaux psychiatriques, qui sont en général des structures publiques ainsi que les structures extrahospitalières qui en dépendent comme; les hôpitaux de jour, les centres d'accueil à temps partiels, les groupes d'entraide mutuelles, les structures résidentielles…

Dans les hôpitaux, ce sont les structures « d'hébergement » se réfèrent le plus à la réhabilitation.

4) Quelles activités réhabilitatives sont développées et à quelle ligne de pensée ou théorie se rapportent ?

Pour simplifier je dirais qu'il y a deux angles d'attaque différents de la réhabilitation: les sciences cognitives et comportementales et la lutte contre la stigmatisation qui implique une modification de l' « environnement » social du malade. C'est sous ce second angle que l'action des associations familiales et d'usagers prend toute son importance.

5) Est-ce que Vous êtes satisfait de la diffusion de la Réhabilitation Psychiatrique dans Votre Pays ? Changeriez-Vous quelque chose ?

Ce sont actuellement surtout les congrès; d'associations scientifiques professionnelles, d'associations familiales et d'usagers, qui assurent la promotion de la réhabilitation. Les congrès médicaux sont souvent noyautés, car financés par les labos, et donc centrés sur les effets des « antipsychotiques ». Ce qui manque c'est une plus grande indépendance de la formation continue, mais surtout il faut inclure la réhabilitation, sous tous ses aspects, dans la formation initiale.

6) Est-ce que Vous êtes satisfait des résultats que ce modèle de thérapie fait sortir ?

Incontestablement la réhabilitation nous aide à intégrer, à globaliser les apports des neurosciences et nous incite à militer en faveur d'une meilleure intégration sociale des malades mentaux. Ceci n'a été possible que parce que ce mouvement a accepté l'engagement à ses côtés des associations familiales et d'usagers et aussi des professionnels paramédicaux.

7) Pour quels patients et de quelle gravité pensez-Vous que la Réhabilitation Psychiatrique soit convenable ?

Les pathologies de longue évolution, surtout les psychoses (dépressions graves comprises).

8) Selon Vous, quels doivent-être les buts de la Réhabilitation Psychiatrique ?

La lutte contre la stigmatisation, le développement et la validation des techniques comportementales et cognitives. L'évaluation et la validation des traitements neuroleptiques au long cours.

<u>Germania</u>
Questionario ricevuto il 20/06/2008
Name: Prof. Dr. Michael Stark
Nationality: German
Qualification: Director, Dep. of Psychiatry
Owner structure:

1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?

yes

2)Which professional role makes P.R. in your Country?

Psychiatrists: diagnosis, medication review; Social workers: social, labour and family rehabilitation, networking;

Psychologists: individual therapy, group therapy, family partnership;

Occupational therapists: training everyday activities, and labour rehabilitation

3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?

Pension funds, unemployment funds

4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?

Training everyday life activities; training of social competence, strengthening of the social and family network, labour rehabilitation

5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?

Could always be more

6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?

Yes.

7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?

Schizophrenia, Bipolar disorders, schizoaffective disorders, Alcoholism, Substance abuse; especially necessary for chronic patients

8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?

Enable independent living

Svezia

Questionario ricevuto il 28/05/2008

Name: Johan Eriksson.

Nationality: Swedish

Qualification: Psychologist

Owner structure: Public health care

1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?

Yes.

2)Which professional role makes P.R. in your Country?

It depends. Often there is a multi-professional team. A physician, a psychologist, a social worker, a physiotherapist.

3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?

A public structure between national and community level. Some responsibility is put on the employer.

4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?

Rather few activities. In addition to the answers above: the social insurance system that earlier had massive PR activities has stopped all such activities. For a few years the responsibility was put on the employers. That did not work. For the moment I would say that PR is in a void. That is not clear for the citizens why patients become worse. In Sweden there is system shift going on towards private health care and I would not be surprised if parts of the social insurance system would be put out on the market.

5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?

See 4). I believe in “action now”, meaning that there is a lot to win for all parts with early interventions. In my view the trend is to wait until “feeling bad” turns into a condition with a DSM-IV diagnosis. An example: an heart attack is often followed by a state of depression. My experience is that the heart clinic does nothing to prevent this. Instead the patient turns to his or her primary care physician with sleeping problems, loss of weight et c. What could be prevented has turned to a condition of major depression.

I think there is a fear that proper PR resources would be "eaten up" by a massive need of it. I think the solution is early interventions on all levels. Prevention, treatment and rehabilitation should go hand in hand.

6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?

Cannot answer.

7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?

See 5).

8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?

Empowerment?

Stati Uniti

I questionario ricevuto il 27/05/2008

Name: Bob Henley, PhD

Nationality: USA

Qualification: Licensed Psychologist

Owner structure:

1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?

Yes, definitely, PR is widely practiced in the USA

2)Which professional role makes P.R. in your Country?

Many – counselors, social workers, psychiatric nurses, psychologists, vocational counselors – and there are even "psychosocial rehabilitation counselors"

3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?

Most often it is done by Non-Profit Organizations, though also some hospitals and even cities use this structure

4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?

Counseling, life skills training, communication skills, vocational training, etc

5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?

Yes, in America it is widespread. In Switzerland, where I now work and reside, I think it is only beginning to be used, and could definitely be increased.

6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?

Yes definitely – I have worked with PR for many years, and have seen a great deal of success!

7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?

Probably a wide variety of people could benefit – children, youth and young adults. My work has mostly been with the severely mentally ill person, and PR has been quite effective with them.

8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?

More with children and youth in international settings, via NGOs and UN agencies

II questionario ricevuto il 26/05/2008

Name: Paul Lysaker

Nationality: USA

Qualification: Ph.D.

Owner structure:

1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?

yes

2)Which professional role makes P.R. in your Country?

Psychologists, Ph.D. level, masters level counselors, nurses, social workers

3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?

State and federal funds are available

4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?

Supported employment, supportive counseling, assertive community treatment

5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?
No – increase the role of recovery oriented psychotherapy in PR
6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?
No – more focus is necessary on enhancing self experience, metacognition and personal narrative
7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?
all
8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?
Recovery

III questionario ricevuto il 01/06/2008
Name: Marianne Farkas
Nationality: USA
Qualification: ScD (Second Cycle Degree)
Owner structure: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University
1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?
YES
2)Which professional role makes P.R. in your Country?
There is a profession called rehabilitation counselor that does it; also social workers, psychologists, nurses, some doctors and some occupational therapists.
3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?
There is a state agency in every stare called the Department of Vocational Rehabilitation. Otherwise you would find such services in every kind of organization, public or private
4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?
There are no national guidelines and the activities are too many to list. Mostly rehab is about role performance-worker role, student role or homemaker role for individuals with disabilities.
5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?
We need more doctors involved in rehabilitation. In Europe Social psychiatry Is much more involved than here.
6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?
This is not a therapy but an overall approach. There are many interventions involved so this question is almost impossible to answer. I am satisfied with the kind of interventions we developed and are known for.
7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?
No studies give us empirical information about this question. We use it for individuals with serious mental illnesses but it has also been used for people with co occurring disorders, PTSD etc.
8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?
Enhancing the performance of a valued role in society.

IV questionario ricevuto il 05/08/2008
Name: Carolyn Peterson, LCSW (Licensed Clinical Social Worker), CPRP (Chronic Pain Rehabilitation Program)
Nationality: USA
Qualification: Chair, International Committee at USPRA (IAPSRS with PSR/RPS Canada)
Owner structure:
1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?
Psychiatric Rehabilitation is the treatment of choice for men and women with (a) serious mental illnesses (Schizophrenia, Major Affective Disorders, including Bipolar Disorder and Major Depression, Paranoia, Organicity and Personality Disorders); (b) severe and recurrent disability resulting from mental illness, and (c) services required for an extended duration. Psychiatric

Rehabilitation services are offered under an umbrella of related services, including case management, clubhouse, residential services, employment services, crisis intervention and crisis stabilization services and peer support services.

2)Which professional role makes P.R. in your Country?

The USPRA, formerly IAPSRS has instituted a credential for Certified Psychiatric Rehabilitation Providers. There are currently CPRP's in the US, many of whom have backgrounds in social work, nursing, psychology and other human service related fields. May are also certified peer support specialists, a growing discipline in the US which offers direct services to peers by peers with outstanding success.

3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?

Medicaid is a public health insurance provider which pays for psychiatric rehabilitation for individuals who meet the criteria in #1. The US Congress has recently passed legislation promising equity for mental illnesses with physical illnesses among private insurance companies. It is not yet clear which services will be covered. At present Medicaid is the best insurer for people served in psychiatric rehabilitation services.

4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?

Psychiatric rehabilitation promotes recovery, full community integration and improved quality of life for persons who have been diagnosed with any mental health condition that seriously impairs their ability to lead meaningful lives. Psychiatric rehabilitation services are collaborative, culturally competent, person directed and individualized. These services are an essential element of the health care and human services spectrum, and should be evidence-based. They focus on helping individuals develop skills and access resources needed to increase their capacity to be successful and satisfied in the living, working, learning, and social environments of their choice. (Adopted by the USPRA Board of Directors in October, 2007).

5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?

Currently, Medicaid reimburses services provided predominantly by Qualified Mental Health Professionals (at least a Bachelors Degree in a Human Services field, including the CPRP). But there are restriction on services provided by Peer Support Services, which should be lifted in order to provide a complete spectrum of services that work.

6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?

Men and women receiving psychiatric rehabilitation services have successful outcomes, including independent living, employment, significantly reduced hospitalizations, and improved quality of life and relationships.

7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?

See #1

8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?

See #1 and #4.

V questionario ricevuto il 05/08/2008

Name: Bob Schueler,

Nationality: USA

Qualification: Board Member of USPRA and Liaison to the Internation Committee

Owner structure:

1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?

While psychiatric rehabilitation has become central to the organization of most public mental health services, its availability and quality is still uneven.

2)Which professional role makes P.R. in your Country?

The USPRA, formerly IAPSRS has instituted a credential for Certified Psychiatric Rehabilitation Providers. There are currently CPRP's in the US, many of whom have backgrounds in social work, nursing, psychology and other human service related fields. May are also certified peer

support specialists, a growing discipline in the US which offers direct services to peers by peers with outstanding success.

3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?

Many states offer services through their own funds, usually under contract to NGOs. Some states, such as California, have dedicated funding streams that provide a reliable source of funds for contracts, while other states rely primarily on Medicaid funding, which is a 50% match between the national government and the states.

4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?

Many services are organized to help people find employment, while others are centered around having a stable place to live, often with supervision. Rehabilitation services may include career centers, supervised living programs (group homes or networks of apartments visited by rehabilitation staff), or day centers such as clubhouses. Outpatient clinical services are sometimes offered in close coordination, by the same organization (NGO), but often are offered separately. The need to better integrate clinical and rehabilitative services is widely recognized.

5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?

Availability of services is uneven, and most common professional training, such as social work, nursing, mental health counseling and clinical psychology, do not incorporate psychiatric rehabilitation skills and practices. The need for more stable funding and more relevant professional training are widely recognized.,

6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?

There is widespread agreement that psychiatric rehabilitation principles and techniques can be very effective, but also that we have a long way to go. There has been an effort to document the success of certain psychiatric rehabilitation practices, and a group has been identified as "evidence-based practices" because they have been shown to be effective through published studies that meet research methodology criteria.

7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?

See #1

8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?

See #1 and #4.

VI questionario ricevuto il 07/08/2008

Name: Joan Rapp

Nationality: USA

Qualification: M.Ed. in counseling and CAGS in Rehab Counseling + 45 years in field

Owner structure: University Research and Training Center

1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?

Yes

2)Which professional role makes P.R. in your Country?

There are many; people are usually hired into Psychiatric Rehab programs with many different backgrounds. Rehab Counseling in one. Some people have degrees such as in Psychology or Counseling but do not have credentials such as Ph.D.

The US Psychiatric Rehab Assn. offers CPRP, which is a certification. The Rehab Counselors can obtain a CRC, Certified Rehab Counselor from the national organization.

3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?

Usually the Dept. of Mental Health oversees the provision of services. This is a state agency. They typically provide some of the services themselves in which people are state employees and then contract out the rest to private no profit agencies. In many states there is just one mental health private agency that receives such contracts in each local area. It is typically a mental health center. In my state there are many, many providers and they compete for services through a bid process.

4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?
There are many: primarily helping people to set, achieve and maintain their goals for housing, employment, finances and relationships. There are several certifying agencies that provide guidelines but only one that deals with rehabilitation agencies per se. It is a complex process to obtain certification from the CARF agency. You would have to contact them to get further info on their requirements. Each state also has its own guidelines, policies and requirements.
5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?
There is never enough supported housing, help with benefits, and never enough efforts to help people into satisfying employment.
6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?
I do not consider rehabilitation services to be therapy. They are separate and complementary but different. I think there needs to be much more work done around education and employment to help people be more self sufficient. Most people with psych disabilities do not work. Those who do have low level part time jobs and do not have vocationally relevant training and education to make it possible to be self supporting.
7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?
It is suitable for all people with serious mental illnesses. If provided properly those who want help just individually, should be able to get it. Those who want to be part of a program with other people, should have that option as well.
8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?
Help people to set, obtain and maintain their living, learning and working goals; teach them about resources available; teach resources in the community to help those who need support.

VII questionario ricevuto il 24/09/2008
Name: Erica Lilleleht
Nationality: USA
Qualification: Associate Professor
Owner structure: University of Seattle
1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?
There are a variety of PR models, authored by various individuals/research groups (e.g., Liberman at UCLA, Anthony at Boston University, among others). As I understand it, these groups "lobby" state mental health agencies to endorse a specific PR program, with the state then providing funds to train state workers in a particular PR model. I do not know how PR programs are taken up by private or private-public mental health agencies, but I would imagine it is similar.
2)Which professional role makes P.R. in your Country?
As written, I am not sure I understand this question. However, I will give it a try. With the exception of those individuals who are part of specific, university-based, PR centers, mental health professionals are first identified and associated with their specific discipline-based training (e.g., Masters in Psychology, MSW, PhD, MD, PsyD, OT, mental health counselor, etc), and secondarily in terms of any specialized training (PR would count as specialized training). As such, a PR professional is not a "stand-alone" mental health designation.
3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?
See question #1
4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?
I am a professor now, I was trained in William Anthony's psychiatric rehabilitation model (a skills and resource development approach meant to be applicable across psychiatric diagnoses and professional affiliation) while a graduate student doing my practicum (training) at a state mental health facility (New York).
5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?

It's hard to know. As with many other things in the US, mental health treatment is subject to fads – with the purveyors of that "fad" being as or more concerned with prolonging its popularity than actually assessing worth.

6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?

No – see question 5. While PR has admirable goals, and some effective technologies behind it, the pursuit of a "one-size fits all" approach (with one PR program seeking to be "the" program of choice, in exclusion to other forms of therapy; and public organizations willingly looking for a readily documentable fix) overly simplifies the nature of the problems faced by its clientele.

7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?

Given the broadness of the PR framework, this approach is potentially suitable for a wide range of cleintele. But the PR program itself needs to be more flexible than many appear to be, and more willing to either be attuned to the "non-rehab" experiences of its cleintele, or willing to work in conjunction with treatment approaches that are sensitive to and willing to work with such experiences.

8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?

Skills and resource development and retention (but only if such purposes are part of a larger, holistic package; many PR programs attempt to claim that they can "cover all the bases" – with the exception of medication, but fail to realize that the skills-oriented approach covers only one part of a person's lived experience).

<u>Australia</u>

Questionario ricevuto il 04/07/2008

Name: Sadanand Rajkumar

Nationality: Australian

Qualification: MD, FRCPsych (Fellow of the Royal College Of Psychiatrists UK), FRANZCP (Fellow of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists)

Owner structure: Psychiatrist and Director of Training and Professor

1) Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?

Yes. We have both hospital and Community Psychiatric rehabilitations in Australia.

2) Which professional role makes P.R. in your Country?

It is multidisciplinary, with Psychiatrist, Nurses, Psychologists, Occupation Therapists and Social Workers. There are also skilled people in the employer section who provide graded activities to build self esteem, self concept and coping.

3) Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?

All Health Services have a division of Psychiatric Rehabilitation. There are very good private Rehab services such as the Richmond Fellowship of Australia; SANE Australia. These NGOs do good services.

4) Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?

The emphasis is on Recovery Model and in reducing impairment, disability and handicap. There is a psychologist who teaches coping and adaptation family psycho-education and then some places there is token economy policy and other places more rehab is tailored for the individual's needs and motivation.

5) Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?

More emphasis is needed in continuum of care in the Community; need based and ability based rehab activities. Priority for PR is low and needs to be a federal government and State activity.

PR ought to start early during acute admission and not only when people get chronic. Cognitive Remediation also is needed as a priority. There is a need to develop physical activities and exercise as the newer antipsychotics tend to cause overweight and high Glycemic index.

Medicines are good to a point but behavioral management of Symptoms such as Delusions and hallucinations needs higher priority.

6) Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?
1. Yes. Family Psycho education, CBT, Social Skills Training, Cognitive remediation is all useful.
2. CBT and DBT help a lot in reducing symptoms and encourage better adaptation and coping.
7) For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?
Patients with schizophrenia and group of psychosis benefit most from a comprehensive Rehab programme, depending on age, severity, social supports, symptoms and above all motivation..
8) Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?
PR helps an individual in having dignity and good quality of life and good adaptation with the community and family and is extremely important part of overall care. It works towards recovery even though at times there is no complete cure. It mainstreams patients into society.

Testi delle e-mail a cui non è stato compilato il questionario
I e-mail
Oggetto: Re: Italian student_questionnaire
Da: "Pam McGrath"
Data: Tue, 27 May 2008 07:55:38 +1000
A: "Claudia Petrera"
Dear Claudia,
Thank you for sending the questionnaire - I read it with interest. Unfortunately, the wording of the questions is far too broad to answer. Each of the questions would require a major report to do justice to the topic. A discussion of psycho-social rehabilitation in Australia varies greatly according to diagnostic population, a range of socio-demographics, geographical location, etc etc. PR is provided by a broad range of professionals all operating under different professional and practice guidelines and employed by both public and private organisations. Broad generalisations are not possible and would misrepresent the present state of PR in this country.
Hoping this is of assistance,
Regards,
Pam.
Dr Pam McGrath, B.Soc.Wk., MA., Ph D
NHMRC Senior Research Fellow
Director
International Program of Psycho-Social Health Research (IPP-SHR)
Central Queensland University - Australia

II e-mail
Oggetto: Re: Claudia
Da: "Srinivasan Tirupati"
Data: Fri, 26 Sep 2008 09:29:31 +1000
A: "Claudia Petrera"
Hi Claudia,
I got this mail forwarded by Professor Raj for a response probably because I work in a Psychiatric rehabilitation service (PRS) in New South wales, Australia. I have enclosed some attachments (the Mental Health Act and some on rehabilitation in Australia) that may be of use to you.
Regarding what you mentioned I must say I am not clear about the "Operational units multicultural". While "multicultural" is an aspect of any health care here, 'multi disciplinary' is more often the common practice in rural and urban areas.
Pam McGrath was right about saying that a psycho-social rehabilitation in Australia varies greatly and that the questionnaire (Prof. Raj had sent a copy to me earlier) was difficult to answer as many questions are too general. I can say there are few things that are probably common across all rehab services in Australia.They are
1. Provide community based support services to maintain patients in the community, minimise

hospitalisation and encourage community integration
2. Development of non-acute inpatient facilities to cater to the needs of clients with complex needs and difficult-to-treat- psychotic disorders who do not require acute hospital care
3. Provide accommodation services with different levels of support for patients of varying needs of care to reduce homelessness
4 Provide employment support to increase rates of employment in the mainstream sector and reduce dependence on disability pension
5. Involve Non-Governmental organisations (NGOs) to provide the non-clinical aspects of care (Accommodation, community social support, employment)
6. Involve a multi disciplinary team of psychiatrists, nurses, psychologists, occupational therapists and social workers
7. Integrate acute care services and PRS for a seamless transition of patients in their recovery process
I need to mention that what I have said above are my personal impressions and they do not necessarily reflect the policy or thinking of the service I work for. You may need to keep this in mind if you are intending to quote any statement I have made above.
hope this has been of use to you.
Regards
Srinivasan Tirupati MD MRCPsych
Senior Staff Specialist
Psychiatric Rehabilitation Service
Hunter New England Mental Health
Conjoint Associate Professor
Faculty of Health
The University of Newcastle – Australia

Giappone
Name: Shinfuku Naotaka
Nationality: Japan
Qualification: Psychiatrist M.D,Ph.D
Owner structure: Professor School of Social Welfare
1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?
Yes. There is a Japanese society for psychiatric rehabilitation.
2)Which professional role makes P.R. in your Country?
Multi professional team including psychiatrists, nurse, psychologist, social wrokers
3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?
Central and local governments support the establishments and management of different psychosocial facilities. Private structures are supported mostly by health insurance schemes.
4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?
Japan has the biggest inpatients population (Around 350,000 patients in total number) at psychiatric hospitals in the world. Almost of 90% of the patients are hospitalized in privately owned psychiatric hospitals. Therefore, Japanese Government has adopted the new legislative measures in 1987 to promote community based mental health services. Since then, several measures have been introduced to develop community based mental health services, e,g;group homes, sheltered workshops , day care and might care. However, it is hard to discharge patients who have been hospitalized for long time. In Japan, almost 100,000 patients stay psychiatric hospitals more than 10 years. Most of them are schizophrenic patients.
5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?
There are several obstacles in promoting PR in my country. The first one is the stigma in the community. It is hard for long stay mental patients to find job and residence even if they are

discharged. The second one is the lack of necessary community services and manpower. Financial scheme is made to encourage long stay and discourage PR. The third one is the lack of motivation of the patients to do challenge in the community. They prefer to stay in the hospitals.

6) Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?

It is more important not to make long stay patients.. Japanese Government has changed financial schemes to encourage the short stay and the treatment at outpatients clinics.

7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?

Most of the focus are for schizophrenic patients who stayed for long years in psychiatric hospitals. There are a few attempt for patients to form a business firm and make money.

8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?

PR should pursue for patients to support themselves by their own.

Also, PR should enable for patients to live as an independently ,productive and creative person in the community.

Ungheria

Name: Ida Kosza MD PhD Prof.

Nationality: Hungarian

Qualification: Psychiatry, neurology, psychiatric rehabilitation

Owner structure:

1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?

yes

2)Which professional role makes P.R. in your Country?

In psychiatry has a separated financing, it has examination to be expert of the field. We have separated hospital beds for psych. Rehabilitation, and we have such type of homes for community based programs.

3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?

Psychiatric Department of General Hospitals, separated rehab. Beds, or Psychiatric Hospitals Rehab. Dpts Psychiatric Rehab. Social Institutions as homes The foundersa are: governmental, by churches and foundations

4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?

In our country we have a special program, the Béla Gálfi Psychiatric Hospital is a model institution.

5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?

The facilities are not enough, we need more such type of institutions, and we need such facilities for the elderly people, as the rate of this part of the society is higher during the years.

6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?

Nothing is complete. We have to work on the better activities.

7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?

The rehabilitation is absolutely necessary for the psychiatric illnesses on every field of it. The big mental illnesses need a special plan for the rehabilitation, and the directives are applied in every field of psychiatry. This is the most multidisciplinare part of psychiatry, because the program is based on the assassment of the patients. The plan's content must have all the needed therapeutic forms. Just like psychotherapy, sociotherapy, and last not least the medicines.

8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?

The above mentioned parts of the therapy.

Spagna

Name: Martin Vargas

Nationality: spaniard

Qualification: psychiatrist

Owner structure: health service Castilla y Leon, Spain
1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?
yes
2)Which professional role makes P.R. in your Country?
Psychologist, psychiatrist, social workers
3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?
Both, public structures providing founding and services, and private ones providing services.
4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?
IPT, Liberman's modules, cognitive rehabilitation
5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?
Yes I am satisfied
6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?
Not at all, because the outcomes are so far to achieve
7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?
Schizophrenia, mainly in the residual and simple types
8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?
Social integration, copying with residual symptoms

Canada
Name: Dr John Higenbottam
Nationality: Canadian
Qualification: Psychologist, President PSR BC
Owner structure:
1)Is Psychosocial Rehabilitation (P.R.) practiced in your Country?
Yes, but insufficiently.
2)Which professional role makes P.R. in your Country?
There is a credentialing process which leads to certification as practitioners.
3)Which Public or Private Structures are put in charge for this kind of practice?
Most mental health services in Canada are publicly funded. There has been insufficient understanding and implementation of PSR based programs and services in Canada. This is beginning to change with the formation of the Mental Health Commission of Canada which has a vision of a recovery based services and systems based largely on PSR principles.
4)Which rehabilitative activities are made and what guide lines are followed for that?
Some programs in Canada involve PSR but these are in the minority.
5)Are you satisfied with the diffusion of the P.R. in your Country? Would you change something?
No – the new Commission referenced above will hopefully improve the situation.
6)Are you satisfied with the results this kind of therapy come out?
Yes – properly implemented, these are the most effective therapies.
7)For which kind of patient and for which kind of severity you think the P.R. is suitable?
Persons living with serious mental illness, regardless of diagnosis.
8)Which kind of purposes you think the P.R. should be pursued?
PSR is fundamental to effective, recovery oriented programs for Persons living with serious mental illness

Analisi delle risposte
Questionari ricevuti dagli Stati Europei
Gran Bretagna
Dalla Gran Bretagna sono arrivati 3 questionari:

- Menna Jones, psicologa che ha scritto l'articolo "The Experience Of Bipolar Disorder At Work" sull'International Psychosocial Rehabilitation Journal,
- Afzal Javed, psichiatra, Segretario generale della WAPR,
- Selwyn Stanley, di nazionalità indiana, ma vive e lavora in Gran Bretagna, è un operatore del sociale e insegna all'Università di Plymouth.

Francia

Dalla Francia è arrivato un unico questionario da Jacques Dubuis, medico psichiatra, past president della WAPR.

Germania

Anche dalla Germania è arrivato un unico questionario da Michael Stark, direttore del Dipartimento di Psichiatria in Germania, professore di Psichiatria ad Amburgo e membro della WAPR.

Svezia

Anche dalla Svezia è arrivato un unico questionario da Johan R A Eriksson, psicologo che ha scritto l'articolo "Rehabilitation and Recovery From Stressful Events - a Model" sull'International Psychosocial Rehabilitation Journal.

Spagna

Dalla Spagna è arrivato un questionario da Vargas Martìn, psichiatra che lavora al Servizio Sanitario di Castilla y Leon.

Ungheria

L'unico questionario ungherese arriva da Ida Kosza, psichiatra, neurologa e riabilitatrice psichiatrica.

SINTESI RISPOSTE QUESTIONARI STATI EUROPEI	
Dom. 1 – Presenza della R.P.:	tutte le nazioni hanno risposto sì
Dom. 2 – Figure professionali:	tutte le nazioni hanno risposto che è necessaria una equipe multidisciplinare
Dom. 3 – Tipologie delle strutture	
- Pubbliche:	2 - Francia, Svezia.
- Private:	0
- Entrambe:	3 - Gran Bretagna, Spagna, Ungheria.
- N. P.:	1 - Germania.
Dom. 4 – Tecniche riabilitative più utilizzate	
- Supporto sociale:	2 - Gran Bretagna, Germania.
- Metodi cognitivo-comportamentali:	2 - Francia, Spagna.
- Tecniche espressive:	0
- Altro:	2 - Svezia, Ungheria.
Dom. 5 - Soddisfazione della diffusione della R.P.	
- Sì:	1 - Spagna.
- No:	5 - Gran Bretagna, Francia, Germania, Svezia, Ungheria.
Dom. 6 - Soddisfazione dei risultati della R.P.	
- Sì:	2 - Germania, Gran Bretagna.
- No:	3 - Francia, Spagna, Ungheria.
- Altro:	1 - Svezia

Dom. 7 - Tipologia di pazienti	
- Tutti i pazienti psichiatrici:	3 - Gran Bretagna, Svezia, Ungheria.
- Pazienti cronici:	2 - Francia, Spagna.
- Entrambi:	1 - Germania.
Dom. 8 - Obiettivo della R.P.	
- Inserimento sociale:	2 - Spagna, Francia.
- Recovery:	2 - Germania, Gran Bretagna.
- Empowerment:	1 - Svezia.
- N. P.:	1 - Ungheria.

Questionari ricevuti dagli Stati Extra-Europei

Stati Uniti

Dagli Stati Uniti sono arrivati circa 7 questionari da:

- Robert Henley, psicologo che attualmente lavora all'Università di Zurigo;
- Paul Lysaker, professore all'Università dell'Indiana;
- Mareanne Farkas, operatore del sociale, lavora presso il Centro di Riabilitazione Psichiatrica dell'Università di Boston;
- Carolyn Peterson, operatore del sociale e laureata nel Programma di riabilitazione per il dolore cronico, presidente della Commissione Internazionale alla USPRA;
- Robert Schueler, membro del direttivo USPRA e collegamento della Commissione Internazionale della USPRA;
- Joan Rapp, counselor riabilitativo da più di 45 anni in servizio, ricercatore universitario presso il Centro di Riabilitazione Psichiatrica dell'Università di Boston;
- Erica Lilleleht, professore associato dell'Università di Seattle.

Australia

Dall'Australia è arrivato un unico questionario da Sadanand Rajkumar, psichiatra indiano che lavora in Australia da 3 anni, inoltre, come già detto, hanno risposto 2 dottoresse che lavorano nella riabilitazione psichiatrica. Hanno spiegato che era impossibile per loro rispondere al questionario in quanto le domande sono troppo generiche e le risposte non avrebbero reso giustizia alla complessità dell'argomento per quanto riguarda il loro Paese.

Canada

Dal Canada è arrivato un unico questionario da John Higenbottam, psicologo direttore del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Douglas.

Giappone

Infine il lontano Giappone, la R.P. c'è anche qui anche se poco diffusa e ancora poco praticata come possiamo vedere dal questionario inviato da Shinfuku Naotaka, psichiatra, professore di psichiatria alla Facoltà di Scienze Umane dell'Università di Seinan Gakuin di Fukuoka; inoltre è il rappresentante dell'Associazione Mondiale di Psichiatria (WPA) per l'Est dell'Asia.

SINTESI RISPOSTE QUESTIONARI STATI EXTRA-EUROPEI	
Dom. 1 – Presenza della R.P.:	tutte le nazioni hanno risposto sì
Dom. 2 – Figure professionali	
- Equipe multidisciplinare:	3 - Stati Uniti, Australia, Giappone.
- N. P.:	1 - Canada.

Dom. 3 – Tipologie delle strutture	
- Pubbliche:	1 - Canada.
- Private:	0
- Entrambe:	3 - Giappone, USA, Australia.
Dom. 4 – Tecniche riabilitative più utilizzate	
- Supporto sociale:	1 - Stati Uniti.
- Metodi cognitivo-comportamentali:	1 - Australia.
- Tecniche espressive:	0
- N. P.:	2 - Canada, Giappone.
Dom. 5 - Soddisfazione della diffusione della R.P.	
- Sì:	0
- No:	3 - Stati Uniti, Canada, Giappone.
- N. P.:	1 - Australia.
Dom. 6 - Soddisfazione dei risultati della R.P.	
- Sì:	2 - Australia, Canada.
- No:	1 - Stati Uniti.
- N. P.:	1 - Giappone.
Dom. 7 - Tipologia di pazienti	
- Tutti i pazienti psichiatrici:	2 - Stati Uniti, Canada.
- Pazienti cronici:	2 - Cronici, Giappone.
- Entrambi:	0
Dom. 8 - Obiettivo della R.P.	
- Inserimento sociale:	0
- Recovery:	1 - Canada.
- Molteplici obiettivi:	3 - Stati Uniti, Australia, Giappone.

CONCLUSIONI

Da quello che emerge dai questionari è che l'idea della R.P. è presente e sostenuta in tutto il mondo. Ci possono essere notevoli differenze nell'applicazione, ma il concetto di riabilitazione è presente ovunque e non presenta grosse differenze tra un paese e l'altro. I questionari rappresentano le risposte di singole persone che vivono in realtà diverse dall'italiana, ci permettono di entrare in contatto empatico con chi, come noi, svolge attività riabilitative, permettendoci il confronto con dei vissuti e con delle visioni personali.

Si è introdotto questo lavoro mettendo in risalto l'avanguardia delle leggi italiane rispetto alla salute mentale, non solo per la chiusura dei manicomi, che comunque rende il nostro Paese l'unico in tutto il mondo, ma anche per un orientamento comunitario degli interventi riabilitativi, che, dice la legge, sono i più efficaci per il trattamento di pazienti psichiatrici da reinserire nella società. Di fatto questi interventi non sono applicati in tutto il territorio nazionale con omogeneità. La legislazione italiana aderisce alle linee guida che offre l'Organizzazione Mondiale della Sanità, anche se è più corretto dire che è il Rapporto ad aderire alla visione italiana di salute mentale: Saraceno è uno di coloro che ha lavorato alla pubblicazione di questo documento e ha riportato tanto della legislazione, oltre che della ideologia italiana sulla salute mentale.

Molte nazioni nella loro legislazione hanno introdotto le linee guida riportate nel Rapporto del 2001 [2], attualmente tutti gli stati europei hanno una visione community based, cioè di psichiatria di comunità, della salute mentale (alcuni da anni), pertanto la riabilitazione psichiatrica diventa il trattamento principale per il reinserimento del paziente nella società, in famiglia, in un ambiente di lavoro per un reale innalzamento del livello della qualità della sua vita.

Si ritiene importante mettere in evidenza che di tutti i testi legislativi letti e i questionari pervenuti, non c'è stato mai alcun riferimento all'utilizzo di tecniche espressive riabilitative (come arteterapia,

musicoterapia, teatroterapia, drammaterapia etc.), che invece costituiscono un “modello italiano” di fare riabilitazione. I questionari hanno sempre descritto tecniche accreditate, che hanno subito processi di certificazione attraverso studi clinici controllati, non è raro trovare nella legislazione straniera il termine “evidence-based” che indica la predominanza del modello scientifico. In Italia proprio queste tecniche, (Social Skills Training, IPT e altre) sono le meno utilizzate, si preparano attività e gruppi molto più indirizzati all’individuo piuttosto che tecniche che generalizzano l’intervento. Tuttavia l’Austria e la Germania, svolgono nei loro servizi molte di queste attività o cosiddette tecniche espressive. Come sottolinea Erica Lilleleht nel questionario che ha compilato, “non ci si rende conto che l’approccio orientato allo sviluppo delle abilità comprende solo una parte dell’esperienza di vita della persona”, una buona resa nella Social Skills Training può costituire un indicatore di salute mentale, ma non un indicatore attendibile, da un punto di vista fenomenologico, di una buona qualità di vita del paziente.

** Psichiatra, Direttore USC Psichiatria 2 Ospedali Riuniti di Bergamo*
*** Psicologa e Tecnico della Riabilitazione psichiatrica*

Bibliografia

[1]http://issuu.com/uspra/docs/iapsrs_international_newsletter?mode=embed&layout=http%3A%2F%2Fskin.issuu.com%2Fv%2Fcolor%2Flayout.xml&backgroundColor=080000&showFlipBtn=true
[2] http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_it.pdf

Clinica psicoanalitica e logiche di trattamento presso i servizi di salute mentale.

*di Andrea Parma**

Abstract
The prerequisite response to a crisis is an adequate course of rehabilitation. Therapeutic projects often consider work as a form of health and healing, neglecting the deep psychological and relationship aspects. The question of treatment has to be rectified in the preliminary stages of recovery. The changes have therefore to pass through different stages of sujectification. Diagnosis sometimes, especially DSM-IV, has a segregating and alienating effect. The clinical disorder produces an empirical evaluation based on the measurement as a reference and an accepted fact by the patient himself, following a paradoxical concept of "illness awareness".

LA QUESTIONE DELLA DOMANDA IN OPPOSIZIONE AL DIRITTO ALLA CURA IN PSICHIATRIA

La domanda psichiatrica è certamente una domanda complessa della quale è necessario comprendere tutti gli elementi costitutivi: gli agenti dell'invio, il percorso di accesso al servizio, i precedenti passaggi istituzionali. Il servizio territoriale deve poter leggere i passaggi che da una crisi muta, senza possibilità di ascolto, conducono al comportamento trasgressivo o allarmante, come segnale di sofferenza, fino allo scattare dei sistemi sociali dell'emergenza; e deve poter organizzare differenti modalità di contatto, accorciare i tempi di latenza delle crisi, rendere precoce l'intervento. In tal modo si sviluppa un'operatività che connette la crisi a tutte le altre domande psichiatriche che si esprimono in modi diversi dall'emergenza. La crisi va a collocarsi in una pratica unitaria di prevenzione, cura e riabilitazione. Un'efficace risposta alla crisi, infatti, non può essere disgiunta dal lavoro di prevenzione (secondaria), che si fonda proprio su una corretta pratica di presa in carico della globalità degli elementi in gioco. Il servizio territoriale deve così estendere le sue potenzialità di rapporto sull'intero arco di espressione dell'esistenza sofferente dell'individuo, e sull'interezza delle domande della comunità. Aspettare il paziente nel servizio, rendere rigido il protocollo di intervento, rimanda inevitabilmente ai meccanismi traumatici dei trattamenti coatti; o comunque all'intervento della polizia, ai ricoveri nei reparti per acuti. Proprio sul versante della domanda di controllo sociale (sempre connessa alla domanda di intervento) la presenza del servizio e l'aggancio immediato con le situazioni di crisi ridimensionano la temuta pericolosità del malato di mente, permettendo al soggetto altre modalità di espressione ed al contesto sociale di comprendere, con la mediazione del servizio, le sue istanze. Il conflitto, che con la crisi si manifesta, può, in tal modo, non essere necessariamente contenuto ed occultato, ma assunto come stimolo alla trasformazione, alla crescita di una situazione nel suo complesso. È evidente che il conflitto, e al suo interno la crisi, sottende uno scontro di potere che vede spesso il paziente, in quanto identificato come tale, sopportare una perdita netta. Ciò accade anche quando egli detiene un apparente dominio manipolatorio che esercita attraverso il sintomo. In ogni caso il conflitto accade all'interno di un incastro che cristallizza il paziente e gli altri, ed impedisce possibilità di emancipazione per tutti. Se il servizio pone tra i suoi obiettivi la ricerca di tali possibilità di emancipazione, cercherà di attrezzarsi, con strumenti e risorse capaci di favorire la crescita e l'autonomia del paziente e difendere ed incrementare la sua contrattualità. In questo senso il sostegno all'autonomia ed al potere del paziente non può esaurirsi in forme sterili di garanzia e difesa passiva di diritti individuali, ma presuppone un itinerario di trasformazione per tutti i soggetti coinvolti che inizia al

momento del contatto. Il problema del controllo sociale, in questa ottica, va allora a ridefinirsi come necessità di trasformazione di una situazione a incastro, in cui ruolo del servizio è promuovere modi diversi di riproduzione sociale dei soggetti in gioco, in particolare l'utente e i suoi familiari. L'antinomia storica della psichiatria tra repressione e emancipazione, tra controllo e cura, può in tal senso trovare una via di sbocco tanto difficile e «alta», quanto produttiva e ricca.

IL PROGETTO TERAPEUTICO FRA SUGGESTIONE E ALIENAZIONE

Rimane tuttavia problematico il rapporto fra la domanda di cura codificata, ad esempio dalle cartelle cliniche, come domanda dell'Altro, e la domanda del soggetto dell'inconscio, spesso disattesa. I rigidi principi di salute secondo l'OMS portando spesso a scavalcare l'ordine e l'articolazione della domanda proponendo clichè salutisti preconfezionati secondo banali logiche di auto affermazione. La salute come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia" pone, da subito, il presupposto del buon funzionamento sociale, codificato nelle forme consuete del pensare medico-sociale legato al concetto di autonomia. Saraceno sottolinea come il mito dell'autonomia, quale obiettivo primario dei percorsi riabilitativo terapeutici, sia una delle più grandi mistificazioni contemporanee, per via del legame che questa ha con la produttività economica e con il sapere medico totalizzante. La questione di fondo ha a che vedere con il modello sociale che si persegue (il modello di "mercato" che si persegue): quello dell'autonomia e quello darwiniano ove è perseguita la capacità del singolo a partecipare vittoriosamente (autonomia) alla battaglia della sopravvivenza; la riabilitazione sarebbe il miglioramento delle dotazioni danneggiate (disabilità) affinché il soggetto possa essere alla pari con gli altri[1].

Colonna portante del discorso sociale della riabilitazione è il lavoro. Con il lavoro si intreccia sempre qualcosa del soggetto e proprio per questo il lavoro non può essere esauribile con il denaro. Lavorare è fare legame sociale, interazione con l'altro capriccioso ed imprevedibile, con la formalità sociale della burocrazia e della gerarchia, ma anche con il godimento clandestino sotteso. Proprio nell'incontro con questa pluralità di dimensioni il soggetto psicotico non regge alla drammaturgia del progetto riabilitativo. Quando incontra qualcosa del godimento o dell'autorità, traballa il lavoro terapeutico di comunità attraverso manifestazioni di aggressività pantoclastica verso l'Altro di un simbolico che non tiene, che spezza la catena significante appena ricomposta, segnalando l'effetto di ritorno persecutorio dell'Altro sregolato.

Il malato psichico, che patisce nella relazione con l'Altro, non può essere inserito in una istituzione totale che lo pone come oggetto passivo d'indagine e intervento, ma deve poter riarticolare la propria soggettività in rapporto dialettico con il funzionamento istituzionale, al fine di ricostruire una relazione con l'Altro sostenibile e possibilmente consolidata.

Il progetto terapeutico, spesso epistemologicamente inquadrato nelle logiche capitalistiche del fare e del produrre, trascura aspetti fondamentali delle profonde e complesse dinamiche di relazione patogena con l'Altro. Il valore dell'attesa, come momento fondante della relazione con l'Altro, nel senso della messa in esercizio temporale della scansione logica, non è mai posto al centro della dimensione terapeutica. Spesso trova anzi condiviso vituperio per via della scarsa produttività e codifica che l'attesa porta con sé.

IL LAVORO PRELIMINARE SULLA DOMANDA DI CURA IN COMUNITÀ

L'ingresso di un nuovo paziente in comunità, soprattutto in una comunità di lungodegenza, è fondamentalmente segnato dall'equivoco. L'equivoco determinato dal progetto terapeutico in relazione alla volontà espressa del paziente, in un rapporto di saldatura tra enunciato ed enunciazione. Dall'equivoco sulla sottoscrizione di un progetto dell'inconscio ancora da avvenire. Da un Altro inviante in rottura epistemica con il contenitore accogliente, in una supposizione di sapere segnata dall'incontro reale con l'Altro solamente promuovibile come forma unica di

guarigione dove tuttavia è l'estraneità all'incontro e al trattamento ad essere il perno dell'accoglienza in virtù della quale è possibile già delineare un imprinting della relazione a seconda dello stile di accoglienza.

Sono in essere diversi stili di accoglienza: da quello formale-normativo, caratterizzato in prevalenza da aspetti formali di vita comunitaria, dalla scansione delle attività in relazione alla cadenza temporale e alle regole comuni, promosso da un operatore burocrate garante della legge in maniera desoggettivata, a quello empatico di relazione, segnato invece più dall'ascolto e dalla promozione dell'accoglienza come forma di accettazione incondizionata preliminare da parte dell'Altro a fronte di un rigido schematismo trascendentale. E' proprio questa seconda forma a segnare il buon incontro con l'Altro, anche quando l'esperienza della comunità rimane estranea al soggetto, concupita nella domanda dell'Altro (famiglia, servizi, medico di base, ecc.) che ne sovradetermina la possibilità di scelta.

Nell'empasse dell'equivoco si gioca il lavoro preliminare sulla domanda di cura. Si parte da un processo di rinegoziazione iniziale degli obiettivi posti dall'equipe inviante poiché sovente si tratta del discorso dell'Altro progettato come norma attuativa all'interno di un processo di guarigione pre-codificato dai percorsi sanitari. Senza allora ripudiare l'accordo tra il paziente e l'equipe inviante diventa fondamentale rivalutare i percorsi decisionali a partire da un punto lasciato aperto dalla nuova realtà comunità. A partire da questo diventa cruciale indagare con estremo rigore almeno tre questioni relative alla domanda:

1. Qual è il punto di enunciazione effettivo della domanda
2. Che cosa chiede *ad particula* questa domanda
3. Cosa ha prodotto in maniera specifica l'apertura di questa domanda rispetto al tempo della cura.

Analizzando con cura le tre diverse questioni potremmo interrogarci su almeno tre nuclei problematici:

1. occorre individuare chi spinge per un inserimento di tipo comunitario, se è il soggetto dell'inconscio oppure una istanza espulsiva proveniente dal nucleo familiare, se non addirittura un godimento interventista degli stessi servizi al di là delle istanze dei soggetti coinvolti
2. la domanda del soggetto, in particolare il soggetto psicotico, chiede di essere protetto dall'Altro sebbene a partire dall'enunciazione del volersi ricongiungere in forma simbiotica con l'Altro, a tutti i costi, nella forma del ricatto affettivo dell'angoscia di separazione, sovente equivocata come forma di sano affetto
3. come mai la domanda di cura è precipitata proprio in quel momento e quale dinamica l'ha prodotta nella forma attuale.

A questi tre punti sul versante del paziente occorre aggiungere almeno alcune criticità in relazione all'equipe curante; se da una parte occorre che il paziente accetti di essere colui che rivolge all'Altro una domanda di cura piuttosto che forma di difesa dall'Altro non castrato della famiglia, è altrettanto indispensabile che sia l'equipe curante a collocarsi come il luogo dell'Altro regolato, evitando l'esercizio di difese maniacali con spunti di veteropedagogismo educativo. Proprio gli spetti organizzativi di pregnanza cognitivo comportamentale delle istituzioni pubbliche inducono a volte all'errore da parte degli operatori. Il modello contemporaneo di riabilitazione delle funzioni cognitive parte dal presupposto che un buon processo riabilitativo sia in relazione alla valutazione delle disabilità, rigidamente individuate da aree, sulle quali il lavoro del riabilitatore si pone alla stregua del personal trainer per le funzioni corporee. Qui la schizofrenia e, più in generale la malattia mentale, viene interpretata solo come un deficit prodotto da circostanze sfavorevoli, a seguito delle quali occorre una buona rieducazione, sostenuta da una alleanza terapeutica determinata dal concetto di autopreservazione della specie, in presenza di un godimento distruttivo privo di senso. In relazione a questo, le equipe curanti composte in prevalenza da personale infermieristico e da educatori sociali, faticano a comprendere gli aspetti più radicali della sintomatologia psicotica perché non iscritta in nessun registro di tipo razionale e si dimostrano

refrattarie all'accoglimento dell'aggressività come domanda radicale di aiuto rivolta all'Altro. Oggi la patologia si presenta sempre meno sotto la forma del sintomo, cioè di quella formazione che il soggetto ha elaborato nel tempo e attraverso la ripetizione e dove si solidifica una sua forma di godimento fino a rendersi insopportabile. Sempre più spesso vediamo delle crisi, che dal punto di vista sociale e anche della vita personale, hanno aspetti di gravità clamorosa, ma che non sono classificabili in classi morbose. Il crollo del controllo delle emozioni ha componenti biologiche e di personalità che non si adattano alla forma tradizionale della malattia psichiatrica e che non conviene instradare in una presa in carico di quelle che iniziano con un ricovero, anche breve, ma neppure è agganciabile nella forma del colloquio, per il quale non c'è domanda soggettiva. Il trattamento inoltre è spesso impensabile senza la partecipazione di altri (familiari, conviventi, insegnanti, a volte anche datori di lavoro). Si parla per questo di lavoro in rete, ma ciò che è essenziale è un preliminare che permetta di soggettivare il disagio e di distribuirlo tra i protagonisti affinché si renda curabile. Si tratta insomma di far nascere una domanda, la cui assenza è proprio alla radice della crisi. Spesso la domanda nasce a partire da qualcuno che non era il "paziente designato", cioè di chi è passato all'atto.

LA PRESA IN CARICO COME MODALITÀ DI ALIENAZIONE E LA "COSCIENZA DI MALATTIA"

Il progetto riabilitativo consta di tre fasi che si sovrappongono temporalmente e logicamente tra loro, senza soluzione di continuità:

1. assessment
2. pianificazione del progetto riabilitativo
3. intervento

La fase di assessment, compendia una valutazione diagnostica, una ambientale ed infine una delle risorse disponibili per l'implementazione di un programma di supporto adeguato. Essa si inquadra sostanzialmente come una operazione preliminare sulla domanda e sulla compatibilità di essa con le risorse, senza tuttavia mettere in tensione la provenienza della domanda. Se domanda del paziente, del servizio territoriale, domanda di delega famigliare, domanda di custodia della giustizia, domanda politica di prevenzione degli aspetti di tutela del bene civico. Si sostanzia, in definitiva, già come atto di alienazione del soggetto rispetto alla domanda.

Lo sviluppo del progetto riabilitativo (fasi pianificazione) "specifica come la persona o l'ambiente circostante *debbano* cambiare per raggiungere gli obiettivi prefissati. Rispetto ai cambiamenti *richiesti* alla persona, il progetto specifica grado per grado le abilità che la persona *deve* acquisire per adeguare il proprio livello di funzionamento e quello richiesto dall'ambiente"[2]. (corsivo del relatore). E' evidente un posizione superegoica del riabilitatore: proprio questo posizionamento violento all'interno del registro del godimento oggettuale pone come impossibile l'azione di soggettivazione a favore dell'indottrinamento e della suggestione perché "il capire non si caratterizza come passaggio esclusivamente cognitivo, ma permette una presa di distanza dall'immagine dell'altro, del paziente ridotto a esclusivo portatore della sofferenza"[3] dato che è l'immagine dell'Altro ad alienare il soggetto psicotico, immagine che non gli appartiene ma che lo comprende giustificandolo o lo esclude attraverso un giudizio. Il giudizio di malattia, escludendolo a priori dalla propria soggettività, crea le premesse per una impossibilità della cura, se non al prezzo dell'esclusione, creando un'immagine dell'altro totalizzante e tirannica, impedendo al soggetto la corretta assunzione della propria realtà corporea.

La terza fase del processo di riabilitazione, l'intervento, "ha lo scopo di aumentare le abilità dell'individuo e di rendere l'ambiente per lui più supportivo, in modo da raggiungere gli obiettivi del trattamento riablitativo, identificati nella fase di assessment. Qui avviene la stabilizzazione del godimento: perseguire gli obiettivi della desoggettivazione significa indicare la strada della verità come discorso dell'Altro.

La premessa del discorso contemporaneo per attuare una presa in carico è: Tu sei malato, devi riconoscere la tua malattia altrimenti è impossibile intervenire su di te! Il corpo deve insomma farsi cadavere, puro oggetto di godimento del sapere medico [4], salvo poi – dopo averlo reso oggetto – compiere un lungo lavoro di soggettivazione che passa attraverso la pratica dell'autorizzazione al trattamento e al consenso informato, dove tuttavia la trasposizione dal collettivo (norma) all'individuale non può essere garantita. Proprio l'aspetto di incertezza su cui si sostiene il cambiamento durante il percorso terapeutico fa si che vi sia un punto di apertura all'interno del sistema in grado di canalizzare la soggettivazione, implicando il paziente proprio a partire da quel punto di mancanza del circuito di validazione che spalanca la porta al lavoro di comunità.

"Condividendo con il paziente questo alone di incertezza, si pensa comunque che la malattia si collochi in modo esaustivo nel campo del sapere della cura, cioè che essa sia solo un problema di conoscenza e che il comunicare ciò che non si conosce possa contribuire ad iscrivere la malattia nel sapere."[5]

IL PROBLEMA DELLA DIAGNOSI NELLA CLINICA DI COMUNITÀ

Ciò che precede l'ingresso di un paziente in comunità è la descrizione del caso a partire da una diagnosi psichiatrica; *dia-gnosis* etimologicamente indica "una via da percorrere per raggiungere la conoscenza", "conoscere attraverso", "giudizio clinico che consiste nel riconoscimento di un processo morboso in base ai sintomi che presenta e nel riferimento di esso alle forme morbose tipiche, descritte in patologia" [6]. In medicina esistono due grandi tipi di diagnosi: la diagnosi inventariale (sistematico-valutativa) e la diagnosi nosologica. La prima si basa sullo sguardo medico in combinazione con la scienza probabilistica, mentre la seconda, quella di certo più antica ma tuttora ancora in voga nel mondo psichiatrico, si basa sullo sguardo clinico e sull'osservazione fenomenica.

Il mondo della salute mentale, alquanto variegato e caleidoscopico come la scienza in oggetto, evidenzia una miscellanea abbastanza caotica di forme diagnostiche, che vanno da quelle sopraccitate a quella segnica, fino a quella categoriale multiassiale in relazione al DSM IV in grado di compendiare disturbi clinici, disturbi di personalità, ritardo mentale, funzionamento relazionale-sociale, livello culturale, salute internistica ed altri aspetti che concorrono al principio della multifattorialità del disturbo. Purtroppo, l'uso riduttivista della manualistica classificatoria ufficialmente adottata dalla sanità (DSM IV e ICD 10), fa sì che si privilegino alcune dimensioni del disagio a discapito di altre, con l'inevitabile conseguenza di impoverire notevolmente l'approccio multidimensionale che, almeno nelle intenzioni dell'OMS, intendeva arricchire e complessificare le aree di intervento diagnostico.

Gli strumenti di cui si avvalgono le strutture comunitarie oggi sono: il colloquio clinico, l'anamnesi, l'osservazione, la somministrazione di tests e, ultimo ma non meno importante, una consolidata trasmissione di memorie di servizio perlopiù centrate sull'esperienza di operatori anziani. Quest'ultima condizione, che non di rado diventa pregiudiziale per la conduzione di un caso poiché è permeata dei vissuti controtransferali degli operatori e finisce per essere parte della cultura organizzativa dei servizi, crea le orribili premesse per avvalorare un tesi estremistica, ma non scevra di contingenze culturali, secondo cui "la diagnosi psichiatrica non è che un modo, solo più ufficiale, più tecnico e meno comprensibile, di esprimere un giudizio su una persona […] con conseguenze sociali molto più gravi" [7]. Come specifica Raffaele Calabria, nell'ambito di un eccellente saggio interamente dedicato al problema della diagnosi nella clinica in istituzione, "[…] la diagnosi psichiatrica è un modo per dare un nome al caso specifico e quindi è necessariamente segregante; inabissa il soggetto nelle fauci mortifere dell'identificazione con il significante, oggettiva in un giudizio di valore, gli sbarra la strada per la ricerca della verità sul sintomo e soprattutto lo relega in una relazione all'Altro piena di terrore e di persecutorietà. Ma la diagnosi psichiatrica, d'altra parte, è necessità imprescindibile e fondante dell'attuale sistema istituzionale. Essa promuove un sapere nel luogo dell'Altro e pone in essere l'urgenza di un atto decisionale rispetto alla cura"[8].

La diagnosi tende allora a confondersi con lo stigma e viceversa, arretrando di fronte all'esito ultimo di passaggi all'atto confusi con sintomi, cessando di interrogare il sintomo in relazione al legame sociale. L'aggressività diventa allora non segno ma sintomo, sintomo organico da trattare farmacologicamente perché apparentemente non iscritta in una catena significante e il fenomeno allucinatorio diviene oggetto di valutazione quantitativa a partire non dalla propria de-strutturazione morfologica ma dalla sua bizzarria.

IL PROBLEMA DELLA VALUTAZIONE NELLA CLINICA IN ISTITUZIONE

La valutazione psichiatrica della clinica in istituzione soggiace ai principi della tecnoscienza contemporanea, sebbene ancora non in forma totalitaria. Se da un lato vi è un grande affaccendarsi sulle modalità di validazione dei protocolli di funzionamento, dall'altra persiste ancora una certa approssimazione degli interventi da parte del personale della salute mentale.

La valutazione diventa perciò cardine del processo di cura; da una parte sostenuta per convalidare i percorsi di trattamento, dall'altra per accedere a specifici finanziamenti che dipendono da strumenti di validazione dei percorsi di trattamento, la cui efficacia è precipuamente parametrata rispetto alle variabili costo-tempo-benefici. La recente assimilazione della professione di psicologo esclusivamente al comparto sanitario, ne ha accentuato i tratti scientifico meccanicistici, dove lo scientismo si presenta come espressione indebita della scienza al mondo del calcolo, della quantità, della misurazione.

La clinica in istituzione, soprattutto quella governate dal Servizio Sanitari Nazionale, presenta già dal proprio nucleo una contraddizione generale: da una parte redige protocolli di cura a pretesa universalistica, convalidati da voluttuosi grafici ornamentali di matrice illuminista, dall'altra lascia che questi protocolli di cura siano somministrati da personale mai accreditato a tale funzione. Come a dire che l'ente accreditante non è accreditato ad accreditare, se non in maniera del tutto autoreferenziale.

Lacan, definisce nello scritto *Il tempo logico*, la scansione attraverso cui operare all'interno del dispositivo analitico. Un tempo per vedere, un tempo per comprendere, un tempo per concludere. Nella clinica *evidece-based*, ovvero basata sulle evidenze, il tempo per vedere e quello per comprendere sono schiacciati su un unico tempo, facendosi retorica di una valutazione che introduce il significante nel campo del soggetto come già significantizzato. La clinica del disturbo produce una valutazione empirica basata sulla misurazione come dato riferito e riconosciuto dallo stesso paziente, secondo un paradossale concetto di "coscienza di malattia". "Hai le allucinazioni?" è la domanda ricorrente dell'operatore sanitario contemporaneo, che trascura bellamente il reperimento di ogni valore segnico del soggetto a favore di una clinica del disturbo basato sull'evidenza. Annullare il discorso circa il senso della propria sofferenza mentale significa deificare sempre più le categorie diagnostiche fino a produrre oggetti persecutori proprio nella forma di etichetta diagnostica.

J.A. Miller afferma, in *Clinica ironica* che "ogni discorso è una difesa contro il delirio" [9] e che "tutti sono folli" [10], cercando - nel seguire Lacan – di andare al di là della norma edipica della consistenza dell'Altro, generatrice di cliniche classificatorie di marca psichiatrica. Lacan, così come J.-A. Miller, ci esorta ad andare al di là delle posizioni a pretesa universalista. Diventa geniale un passaggio, un angolazione prospettica diversa, che ci illustra Miller: "In ciò che chiamiamo la clinica universale del delirio, lo schizofrenico occupa un posto che si potrebbe dire di esclusione interna. In effetti, se lo schizofrenico è quel soggetto per cui tutto il simbolico è reale, è a partire dalla sua posizione soggettiva che può apparire che, per gli altri soggetti, il simbolico non è che sembiante" [11].

Come coniugare l'inconsistenza dell'Altro, in un sistema che rifiuta nevroticamente l'inconsistenza dell'Altro fino a difendere la finzione in maniera maniacale, laddove il sistema supporta la verità e l'esistenza della cosa? La via d'uscita che ci propone J.-A. Miller sta nella proposta di una clinica

ironica, ovvero fondata sull'inconsistenza dell'Altro come difesa contro il reale, dove il posto dell'ironia diventa quello di denuncia dell'inesistenza dell'Altro, della truffa del legame sociale. "L'ironia è la forma comica che prende il sapere dell'Altro non sa, cioè che come Altro del sapere, non è niente" [12].Risulta evidente tuttavia che per assimilare questa prospettiva in una istituzione pubblica occorre un buon grado di elaborazione del fantasma d'equipe, impossibile a pensarsi laddove la supervisione non sia un dispositivo in uso.

**Psicologo-psicoterapeuta, Specialista in psicoterapia psicoanalitica, Referente clinico presso R.T.I. "Il Glicine", AUSL Rimini, Segretario regionale Emilia-Romagna S.I.R.P.*

Bibliografia

[1] Saraceno B., *La fine dell'intrattenimento*, Etaslibri, Milano, 1995.
[2] *Ivi*, p. 91.
[3] Cozzi A. e Rigliano P., *Etica in Psichiatria*, in *La storia della malattia mentale*, Mondatori, Milano, 1999, pp. 309-310.
[4] Foucault M., *La nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1969.
[5] Cozzi A. e Rigliano P., op. cit., p. 297.
[6] Battaglia S., *Grande dizionario della lingua italiana*, Utet, Torino .
[7] Jervis G., *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1975, p. 263.
[8] Calabria R., *Il problema della diagnosi nella clinica in Istituzione*, in: *La Psicoanalisi* n. 39, Astrolabio, Roma, 2006.
[9] Miller J.-A., *Clinica ironica*, in *I paradigmi del godimento*, Astrolabio, Roma.
[10] *Ivi*, p. 212.
[11] *Ivi*, p. 211.
[12] *Ibidem*

Problem-solving, empatia, Teoria della Mente ed antipsicotici: quale ruolo nel predire gli esiti della riabilitazione psicosociale delle persone con schizofrenia?

di Alessandro De Risio, Lara Marzotto**, Cecilia Vignando***, Angelo Pancheri*, Bruno Gentile*****

Abstract

Background: Among the social cognition measures, theory of mind has been associated to the negative and disorganised symptoms, the empathic inferencing capacities, problem-solving skills and the functional outcome of persons with schizophrenia. Due to the confounding role of intelligence level and duration of illness in mental state attribution impairments, we sought to determine how empathy and problem-solving skills were related to theory of mind in predicting functional outcome of people with schizophrenia, also considering their social competence, perception of needs, help from families or institutions and medication.

Method: 21 persons with schizophrenia have been assessed with theory of mind, problem-solving, empathy, social cognition indices and outcome measures, and then compared with an equal number of healthy controls, matched for age and sex. Participants were all assuming antipsychotics and had no history of head trauma, substance abuse or neurological diseases.

Results: there were statistically significant differences between participants and controls in all the measures utilized, together with a strong relationship between intelligence, problem-solving abilities and drug dosage, while negative symptoms were associated with poor mental state attribution. The interaction of mental states with medication explained more than 40% of the overall variance, outlining a definite role for antipsychotics in predicting participants' functional outcome. In participants with an prolonged history of disease, poor empathic abilities alone explained almost 50% of the variance of the length of illness.

Conclusion: our results should be replicated in wider samples to establish the validity of this predictive model of functional outcome, due to the ongoing debate on the effectiveness of antipsychotic medication on neurocognitive functions and on which predictor best describes the functional outcome of schizophrenic persons.

INTRODUZIONE

La capacità di comprendere i pensieri e le intenzioni altrui è stata definita Teoria della Mente, ToM, ed è attualmente ritenuta una sottocomponente della cognizione sociale, cioè l'insieme di abilità abilitanti a percepire, processare ed interpretare i segnali sociali [1, 2]. Frith [3] ha stabilito una connessione diretta fra i sintomi nucleari della schizofrenia e la ToM per mezzo di un modello selettivo che associa i sintomi negativi e disorganizzati con i disturbi delle azioni intenzionali, i sintomi paranoidi con difetti nel monitoraggio delle intenzioni altrui o con i difetti di mentalizzazione ed i sintomi di passività con i deficit dell'automonitoraggio.

Se i primi studi avevano associato le scadenti abilità di ToM con i sintomi positivi, un basso QI, i sintomi negativi e disorganizzati, ricerche più recenti hanno evidenziato come il danno nell'attribuzione degli stati mentali sia legato ad uno scadente esito funzionale delle persone con

schizofrenia, addirittura in modo più stringente delle tradizionali misure neuropsicologiche non legate alla cognizione sociale [1, 2, 7].
Da un punto di vista clinico, le ridotte capacità di ToM migliorano nei programmi di riabilitazione psicosociale comprendenti la *remediation* cognitiva ed il problem-solving.
Il problem-solving, PS è un approccio cognitivo autodiretto attraverso il quale vengono identificate e messe in atto soluzioni efficaci ai problemi quotidiani ed è stato riconcettualizzato come un mediatore della cognizione sociale, ossia un costrutto di mediazione fra il funzionamento cognitivo e quello psicosociale. La *remediation* dei deficit di PS comporta la percezione dei propri bisogni da parte degli utenti, nonché quella di essere aiutati dai servizi di salute mentale e dalle altre istituzioni ad essi associate [4].
In ogni caso, la ricerca sulla ToM non ha ancora del tutto chiarito alcuni dati empirici. In primo luogo è ancora una questione irrisolta come il livello del QI interferisca con le prestazioni di ToM. I valori del QI, seppure correlati alla capacità di attribuzione degli stati mentali, non possono predire le prestazioni alle abilità di ToM. Un livello di intelligenza nella norma contribuisce comunque a predire l'esito funzionale nelle persone con schizofrenia. Un QI che si deteriora – insieme alla durata di malattia – potrebbe però confondere la correlazione molto forte fra i sintomi negativi ed i deficit di ToM [2].
In secondo luogo, è ancora una questione dibattuta fino a quale estensione la ToM sia un costrutto separabile o legato ad altri strumenti di misura, sia della cognizione sociale, sia di funzioni neuropsicologiche. Alcuni studi hanno fornito una risposta parziale, limitandosi ad indicare la percezione sociale come un mediatore certo fra l'assessment neuropsicologico e le misure di esito funzionale, senza chiarire il ruolo della ToM [2, 7].
Altre ricerche hanno tuttavia considerato l'empatia come una misura della cognizione sociale. L'empatia è la capacità di comprendere e fare esperienza dei sentimenti altrui rispetto a sé stessi. La sua attivazione comporta la capacità di rappresentare gli stati mentali altrui, pertanto l'empatia può essere riconcettualizzata come una misura della percezione sociale. La situazione in cui ci si trova a fare una brutta figura (Faux Pas) costituisce un legame fra la ToM e la comprensione empatica dei sentimenti delle altre persone [5].
Infine, occorre chiarire se il trattamento con farmaci antipsicotici potrebbe influenzare le prestazioni alla ToM in persone con schizofrenia. Le ricerche precedenti non riportano associazioni tra le scadenti abilità di ToM e la farmacoterapia antipsicotica, ma i singoli farmaci antipsicotici potrebbero agire differentemente sulle funzioni cognitive che sottendono le prestazioni di ToM [2].
In questo lavoro ci siamo proposti di determinare l'estensione dell'associazione dei danni alla ToM con il livello di intelligenza, la capacità di riconoscere le emozioni, l'empatia, il trattamento con farmaci antipsicotici ed il deficit nelle funzioni esecutive, allo scopo di stabilire una relazione con le abilità di PS come misura dell'esito funzionale. In particolare, abbiamo ipotizzato che (1) il danno alla ToM, sebbene indipendente dal QI, dalle funzioni esecutive e dalla farmacoterapia, ostacoli il riconoscimento delle emozioni e danneggi le capacità di empatia; (2) la scadente capacità di attribuire stati mentali comprometta le abilità di PS, riducendo in tal modo l'esito funzionale degli utenti; (3) i deficit di ToM indeboliscano la percezione da parte degli utenti dei propri bisogni e dell'aiuto ricevuto dalle reti formali ed informali di cura.

METODI

Partecipanti

Ventuno persone (14 maschi, 7 femmine) con una diagnosi di schizofrenia secondo il DSM-IV-TR, che erano in cura presso il centro diurno del CSM dell'U.O.C. di Psichiatria di Portogruaro sono state incluse nello studio. Tutti i partecipanti hanno fornito il consenso informato allo studio secondo le linee guida del locale comitato etico. Diciannove partecipanti sono stati trattati con antipsicotici di seconda generazione (Quetiapina, Aripiprazolo, Risperidone ed Olanzapina) e due persone con antipsicotici di prima generazione (Perfenazina e Aloperidolo). Il dosaggio medio in

milligrammi equivalenti di Clorpromazina era di 457.14±373.86 mg al giorno. Le persone con storia di abuso di alcool e di sostanze, ritardo mentale, trauma cranico ed altre patologie neurologiche sono state escluse dallo studio. L'età media di esordio dei sintomi nei partecipanti era di 23.52 anni (range 11-38 anni, ds ± 5.58) e la durata media della malattia era di 16.29 anni (range 1-29, ds ± 9.01). I partecipanti sono stati confrontati con un uguale numero di controlli sani senza storia di malattie psichiatriche e privi di parenti di primo grado con schizofrenia (9 maschi; 12 femmine, età media 36.71 anni; range 20-60, ds ±10.85), che erano prevalentemente studenti di psicologia, i parenti di questi oppure personale dell'ospedale. Non sono state osservate differenze fra i partecipanti ed i controlli relativamente all'età (t=-1.033; P= 0.308) ed al sesso (χ^2=1.538; P=0.215).
Le caratteristiche socio-demografiche e psicopatologiche del campione, compresi i punteggi alle misure di esito, sono meglio descritte nella Tabella 1.

Compiti di valutazione neurocognitiva
Il livello medio di intelligenza (QI) è stato valutato con una combinazione dei test Rapid Approximate Intelligence Test di Wilson e del Test di Intelligenza di Kent. Le funzioni esecutive sono state valutate con il Wisconsin Card Sorting Test, WCST, mentre la capacità di pianificazione è stata esaminata con il test Torre di Londra. Le capacità mnesiche sono state stimate con il Test di Memoria Verbale.

Valutazione dell'attribuzione degli stati mentali e della cognizione sociale
L'attribuzione degli stati mentali è stata valutata con una combinazione di quattro storie di ToM e di un compito di picture sequencing.
Le storie di ToM esaminano la capacità di comprendere false credenze di primo e di secondo ordine. Le storie di ToM di primo ordine, che richiedono al rispondente di fare un'inferenza sullo stato del mondo, erano la storia di Sally-Anna e quella delle Sigarette. Le storie di ToM di secondo ordine, che comportano la capacità del rispondente di comprendere una falsa credenza riguardante le convinzioni di un'altra persona, erano la storia del Carretto dei Gelati e quella del Ladro.
Il punteggio – calcolato secondo le indicazioni di Mazza e coll. [1] – prevedeva una prima domanda di Teoria della Mente riguardante la falsa credenza dei personaggi e una seconda domanda di controllo che rifletteva la comprensione delle storie da parte dei partecipanti. Una risposta corretta valeva 1, una scorretta o incompleta 0.
Il compito di picture sequencing – realizzato secondo il modello di Brüne e coll. [2] - consisteva in quattro serie di immagini a fumetti realizzate su cartoncini che rappresentavano (1) uno stato del mondo; (2) una scena in cui due personaggi collaborano; (3) un personaggio che inganna deliberatamente un altro personaggio; (4) due personaggi che cooperano a svantaggio di un terzo. Ogni storia si componeva di quattro carte presentate in ordine sparso e ai partecipanti veniva richiesto di rimetterle in ordine, ricostruendo una sequenza logica di eventi. Il punteggio prevedeva due punti per la prima e l'ultima carta messa correttamente in ordine ed un punto per ciascuna delle carte di mezzo (6 punti per ogni storia, per un massimo di 24 punti).
I punteggi delle storie di ToM sono stati sommati a quelli del compito di picture sequencing, per un totale di 28 punti.
Per la valutazione allargata della cognizione sociale dei partecipanti abbiamo considerato l'empatia ed il riconoscimento delle emozioni. Il test del Faux Pas è una misura delle abilità di comprensione empatica. Nel test del Faux Pas, ai partecipanti veniva letta una storia volta ad accertare una rappresentazione mentale in cui il personaggio che formula un'affermazione non si rende conto che non avrebbe dovuto esprimerla e che gli ascoltatori avrebbero potuto sentirsi feriti o insultati. Successivamente venivano poste ai partecipanti sei domande, di cui le prime tre erano impiegate per valutare l'abilità di riconoscere il Faux Pas e le ultime tre per individuare le capacità empatiche. I punteggi alle prime tre domande venivano assegnati come quelli delle storie di ToM. Le domande 4 e 5, che indagano la rappresentazione mentale del personaggio che parla e di quello che ascolta, venivano valutate 0 se entrambe sbagliate, 1 se una domanda riceveva la risposta giusta e 2 se le

risposte erano entrambe corrette. La risposta 6, che indaga specificamente la capacità di empatizzare, riceveva il punteggio di 0 se errata e 1 se corretta [5].
Il riconoscimento delle emozioni è stato indagato con un compito che prevedeva di riconoscere le emozioni facciali in quattro differenti gruppi di figure che rappresentavano la felicità, la paura, la rabbia e la tristezza con un crescente livello di complessità: (1) quattro faccine schematiche realizzate con linee dritte o curve rappresentanti i tratti essenziali di un volto; (2) quattro facce disegnate a mano, "emoticons" che rappresentavano volti non schematici; (3) cinque riproduzioni di personaggi dei fumetti; (4) sette volti umani tratti dalla serie di fotografie di Ekman e Friesen sull'affettività facciale.
Il punteggio è stato calcolato assegnando 1 per ogni faccia correttamente riconosciuta e 0 per i riconoscimenti sbagliati o ambigui, per un massimo di 20 punti.

Valutazione della psicopatologia, del comportamento e dell'esito funzionale
La psicopatologia è stata esaminata con la Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS versione 4.0, nella traduzione italiana di Morosini e Casacchia [1, 4, 7]. Per accertare la relazione fra i sintomi della schizofrenia e le prestazioni di ToM, abbiamo raggruppato i punteggi alla BPRS nel modello a cinque fattori di Roncone e coll. [4, 7]: Disorganizzazione, Affettività Negativa, Sintomi Positivi, Affettività Incrementata e Sintomi Negativi
Le abilità di problem-solving dei partecipanti sono state investigate con il Problem Solving Inventory, PSI. Il PSI è uno strumento di 35 item che misura come i singoli individui reagiscono ai problemi della vita quotidiana ed è composto da tre sottoscale: "Fiducia nelle abilità di PS", "Stile di approccio evitante in relazione alle attività di PS" e "Controllo personale delle emozioni e dei comportamenti nelle attività di PS". I punteggi più bassi sono associati ad una visione positiva delle capacità di PS.
La percezione dei partecipanti del bisogno di cure è stata valutata con la Camberwell Assessment of Need, CAN, ottenendo tre differenti punteggi per (1) il numero totale di bisogni espressi dagli utenti; (2) l'aiuto informale ricevuto dagli Altri Significativi; (3) l'aiuto istituzionale ricevuto dai Servizi di Salute Mentale e da altre Agenzie sanitarie.
Una revisione dello status dei partecipanti è stata ottenuta con la Health of the Nation Outcome Scale, HoNOS, nell'adattamento italiano, HoNOS Roma, una misura di esito funzionale che tiene anche in considerazione il disagio dei caregiver.
La valutazione globale del funzionamento è stata effettuata con la VGF, che corrisponde all'asse V del DSM-IV-TR.
Tutte le misure comportamentali, di cognizione sociale e psicopatologia sono state valutate in cieco rispetto alle prestazioni dei partecipanti ai compiti di attribuzione degli stati mentali ed alla valutazione neuropsicologica. Le analisi statistiche sono state realizzate con SPSS 10.0 per Windows.

RISULTATI

Differenze tra gruppi
Il test *t* di Student è stato impiegato per calcolare le differenze tra gruppi per tutte le variabili normalmente distribuite, mentre il test non parametrico *U* di Mann-Whitney è stato utilizzato per determinare le differenze tra gruppi nelle variabili grandemente differenti per la varianza tra gruppi.
Nonostante il livello relativamente nella norma del QI dei partecipanti, differenze significative nel QI sono state osservate tra i partecipanti ed i controlli (t=6.478; df40; P<0.0001).
I partecipanti differivano significativamente dai controlli per gli anni di istruzione (t=2.444; df40; P=0.019). Come ci si aspettava, c'erano differenze significative fra i due gruppi nelle funzioni esecutive, nelle attitudini di PS, nei compiti di attribuzione degli stati mentali, di riconoscimento delle emozioni e nelle competenze empatiche (Tabella 2). Le persone con schizofrenia erano

significativamente più in difficoltà dei controlli nella pianificazione delle azioni, misurata con il test della Torre di Londra (t=7.228; df40 P<0.0001).
Un sottogruppo (n=11) di persone con schizofrenia con un QI maggiore o uguale della mediana di 95 punti (media=110; ds ± 11.62) – ancora con un QI inferiore (t=4.647; df30; P<0.0001) e con meno anni di istruzione dei controlli (t=2.141; df30; P=0.040), ma che non mostrava differenze significative nell'età fra le persone con schizofrenia (età media 41.36 anni; ds ± 9.72) e i controlli (età media 36.71; ds ± 10.85; t=-1-192; df30; P=0.243) – addirittura conseguiva prestazioni più scadenti alle sottoscale del PSI PSI A,"Fiducia nelle abilità di PS", PSI B, "Stile di approccio evitante in relazione alle attività di PS", ai punteggi dell'attribuzione degli stati mentali, di empatia, del riconoscimento delle emozioni e agli errori perseverativi del WCST. Le differenze tra gruppo tuttavia scomparivano nei punteggi alla sottoscala PSI C, "Controllo personale delle emozioni e dei comportamenti nelle attività di PS" e la significatività statistica veniva raggiunta soltanto marginalmente agli errori totali del WCST.
Differenze significative tra i gruppi a più basso e più elevato QI sono emerse fra i fattori BPRS Disorganizzazione (t=1.487; df19, P=0.020) ed Affettività Elevata (t=-1.811; df19; P=0.045) e sono stati altresì osservati nei punteggi della CAN nelle sottoscale CAN 2, aiuto informale (t=1.367; df19; P=0.042) e CAN 3, aiuto istituzionale (t=3.808; df19; P=0.002). Nessuna differenza è emersa negli altri fattori della BPRS o nelle altre misure comportamentali. I valori medi e quelli di p per il sottogruppo di utenti a più elevato QI sono riportati in corsivo nelle Tabelle 1 e 2.

Correlazioni nel gruppo dei partecipanti
Poichè l'asimmetria della distribuzione e la dispersione dei dati delle variabili erano in un range adeguato, abbiamo calcolato i coefficienti di correlazione di Pearson. Il QI era correlato positivamente con gli stati mentali e la Torre di Londra. Nel gruppo a più elevato QI si evidenziava una forte correlazione positiva con il dosaggio dei farmaci.
Gli stati mentali erano altresì correlati positivamente con il riconoscimento delle emozioni, mentre si evidenziava una correlazione negativa con i punteggi di esito alla HoNOS Roma. Anche il punteggio al test Faux Pas appariva correlato negativamente alla HoNOS Roma. Molte associazioni restavano significative anche effettuando una correlazione parziale, escludendo il QI e la durata di malattia. La memoria verbale appariva invece correlata positivamente soltanto con il riconoscimento delle emozioni nel sottogruppo di partecipanti a più elevato QI. Tutte queste correlazioni supportano la relazione fra il deficit delle abilità di cognizione sociale e uno scadente esito funzionale.
Per quanto riguarda la psicopatologia, sebbene i fattori della BPRS mostrino multiple correlazioni con la VGF e le altre misure di esito funzionale, non sono state osservate correlazioni statisticamente significative fra il fattore BPRS Disorganizzazione, le abilità di ToM e le funzioni esecutive. Il fattore BPRS affettività negativa, invece, appare inversamente correlato con la sottoscala PSI A, "Fiducia nel PS". Al contrario, una correlazione positiva molto forte è stata evidenziata fra il fattore BPRS Sintomi Positivi e la sottoscala PSI C, "Controllo Personale di Emozioni e Comportamento nelle attività di PS" nel sottogruppo di utenti a più elevato QI.
Il fattore BPRS Sintomi Negativi appariva inversamente correlato con il punteggio totale al WCST, il punteggio totale delle abilità di ToM, e la VGF ed era invece positivamente correlato con il punteggio totale alla HoNOS Roma. Escludendo gli anni di malattia, nelle correlazione parziale l'associazione tra BPRS sintomi negativi ed il totale degli stati mentali diventava positiva, mentre quella tra BPRS Sintomi negativi ed il punteggio totale alla HoNOS Roma permaneva significativa. Il valore della varianza appariva incrementato nel sottogruppo di partecipanti a più elevato QI. Pertanto, le scadenti capacità di attribuzione degli stati mentali appaiono associate alla psicopatologia così come lo è l'esito funzionale.
Non sono state evidenziate correlazioni statisticamente significative fra le abilità di ToM e le sottoscale della CAN, senza certezza di associazione fra la capacità di attribuzione degli stati mentali e la percezione degli utenti dei propri bisogni.

Le correlazioni nel gruppo dei partecipanti sono illustrate in dettaglio nella Tabella 3.

Analisi di regressione

Alla luce delle correlazioni multiple con la VGF, abbiamo cercato di evidenziare quali fra le variabili avrebbe meglio potuto prevedere l'esito funzionale dei partecipanti. Per questa ragione, abbiamo effettuato un'analisi di regressione lineare stepwise con il punteggio alla VGF come variabile dipendente ed il punteggio totale degli stati mentali, del riconoscimento delle emozioni, del test Faux Pas, la memoria verbale, il punteggio alla HoNOS Roma ed il QI come variabili indipendenti. Il punteggio dell'attribuzione degli stati mentali è entrato per primo nel modello, evidenziando che, con la stima più conservativa, almeno un quarto della varianza del punteggio alla VGF poteva essere spiegato soltanto dalle abilità di ToM ($F(1,19)=8.670$; $P=0.002$). In maniera inaspettata, il dosaggio medio dei farmaci antipsicotici è stato incluso nel modello di regressione, aggiungendo ad esso un ulteriore 15.9% della varianza. I punteggi al riconoscimento delle emozioni ed al Faux Pas sono stati esclusi. Ancora più sorprendentemente, effettuando la regressione delle stesse variabili rispetto alla durata di malattia, i punteggi al test del Faux Pas sono rimasti l'unico fattore predittivo significativo del modello, in grado di spiegare quasi il 50% della varianza ($F(1,9)=8.515$; $P=0.017$).

Il modello di regressione lineare è illustrato nella Tabella 4.

DISCUSSIONE

Le differenze statisticamente significative in tutte le misure neuropsicologiche, di cognizione sociale, comportamentali e psicopatologiche fra partecipanti e controlli sono il primo risultato di questo studio, così come l'associazione del deficit di ToM ai sintomi negativi, al basso punteggio alla VGF ed alle scadenti capacità di riconoscimento delle emozioni.

L'analisi della correlazione ha illustrato come il livello del QI e la durata di malattia siano stati dei fattori di confondimento, poiché la forza delle associazioni fra il deficit di ToM e gli altri indici psicopatologici e funzionali rimaneva stabile quando tali variabili venivano eliminate. In linea con gli studi precedenti [2] questi risultati forniscono una parziale conferma alla nostra prima ipotesi, supportando la "selettività" dei deficit di ToM, che sono indipendenti dal livello di intelligenza e dalle funzioni esecutive. Per spiegare come esattamente il QI interferisca con le abilità di ToM, se consideriamo la ToM come un modulo cognitivo innato avente specificità di dominio ed una ben precisa localizzazione neuroanatomica – secondo il modello di Fodor – appare evidente che la capacità di attribuzione degli stati mentali potrebbe danneggiarsi o rimanere intatta nelle persone con schizofrenia a prescindere dalla presenza o meno di un grave deficit di intelligenza [1].

Nelle persone con più elevato QI è stata anche evidenziata una associazione diretta fra il fattore BPRS Sintomi Positivi e la sottoscala Psi C, "Controllo Personale delle Emozioni e del Comportamento nelle attività di PS", mentre il fattore BPRS Affettività Negativa non era associato alle sottoscale del PSI, ma lo era con gli errori totali al WCST. Questo risultato è simile a quanto Zanello e coll. [6] hanno evidenziato nell'associazione fra alcuni item della BPRS sui sintomi positivi ed il punteggio alla sottoscala Receiving Skills dell'intervista strutturata di problem-solving AIPSS. Questi Autori hanno proposto che tali risultati potrebbero essere spiegati da diversi fattori, quali la composizione del campione ed il dosaggio medio dei farmaci assunti dalle persone con schizofrenia. La forte associazione da noi evidenziata fra il livello del QI ed il dosaggio degli antipsicotici potrebbe fornire un'ulteriore conferma di tale risultato. Un'altra considerazione di Zanello e coll. [6], in base alla quale tutti i compiti di problem-solving sono basati sulle abilità di ToM, potrebbe offrire un sostegno aggiuntivo indiretto alla nostra seconda ipotesi.

Un'ulteriore osservazione è che nel nostro campione il QI dei partecipanti, sebbene più basso che nei controlli, approssimava i valori medi, mentre la lunghezza di malattia appariva più elevata che nello studio di Brüne e coll. [2]. Piuttosto che il QI, che tende a deteriorarsi nel tempo, è la durata di malattia che potrebbe inficiare le prestazioni globali dei partecipanti [7].

Il risultato più importante del nostro studio è che non solo il deficit di attribuzione degli stati mentali, ma anche il dosaggio medio dei farmaci rappresenta un fattore predittivo dell'esito funzionale dei partecipanti. Le due variabili spiegano complessivamente più del 40% della varianza globale. La ridotta capacità di empatizzare – strettamente associata al danneggiamento delle abilità di Teoria della Mente – ha inoltre predetto quasi la metà della varianza globale della durata di malattia dei partecipanti. Il risultato sui farmaci è stato inaspettato ed in contrasto con le altre ricerche [2]. Alcuni Autori [8] hanno evidenziato che il sistema della dopamina, cruciale nella capacità di predire le conseguenze degli eventi futuri, potrebbe aver rappresentato un meccanismo evolutivo naturale delle abilità di ToM. Gli effetti degli antipsicotici su protocolli di apprendimento procedurale, come i compiti per valutare le funzioni esecutive con una metodologia di acquisizione durante l'esecuzione direttamente associata alle abilità di PS, apparivano inversamente correlati al grado di occupazione dei recettori dopaminergici D_2 dello striato. Il circuito della dopamina potrebbe essere il meccanismo biologico che sottende e modula sia il costrutto del problem-solving che quello della Teoria della Mente.
L'altro aspetto rilevante dello studio è la capacità predittiva dell'empatia misurata con il test del Faux Pas. L'empatia potrebbe essere composta sia da una parte cognitiva legata all'attribuzione degli stati mentali, sia da una parte affettiva associata alle risposte emozionali delle altre persone. Alcuni studi di neuroimaging funzionale [9] hanno messo in relazione la ridotta attività dell'insula con lo scadente riconoscimento delle emozioni in persone affette da schizofrenia che presentavano sintomi positivi ed esperienze di passività. La carenza di coinvolgimento empatico potrebbe inoltre spiegare perché le persone con schizofrenia hanno difficoltà nel giudicare se il comportamento dei protagonisti di una rappresentazione scenografica è giusto o scorretto. Tali considerazioni arrecherebbero sostegno alla connessione tra scadenti capacità empatiche e ridotte abilità di ToM evidenziata dagli studi clinici [5]. Poiché l'empatia e la Teoria della Mente rappresentano domini diversi che interagiscono con i comportamenti sociali in maniera differente, si potrebbe ipotizzare che un processo evolutivo selettivo abbia potuto danneggiare le capacità di empatia nelle persone con schizofrenia malate da lungo tempo, impedendo ad esse di sostenere situazioni in cui vi è il rischio di fare una brutta figura (Faux Pas), nonostante le altre sub componenti della capacità di attribuzione degli stati mentali siano meno danneggiate.
Non abbiamo riscontrato alcuna associazione tra i deficit di cognizione sociale o di ToM e la percezione dei partecipanti dei propri bisogni o dell'aiuto istituzionale. Questo risultato è in linea con studi precedenti che hanno mostrato come la relazione fra le abilità di ToM ed il funzionamento nella comunità fossero, in ogni caso, deboli [7].
Il ridotto numero dei partecipanti rappresenta un'ovvia limitazione di questo studio, insieme alle misure impiegate per valutare il QI, che consentono soltanto una stima del livello di intelligenza. Si deve anche notare che gli errori perseverativi al WCST, che rappresentano la classica misura della flessibilità cognitiva, seppure significativamente più elevati nei partecipanti che nei controlli, non appaiono correlati significativamente ad alcuna variabile nell'analisi della correlazione, né sono entrati nel modello di regressione lineare. Gli studi precedenti hanno comunque evidenziato che la flessibilità cognitiva non è associata alle abilità di PS, nonostante le differenze nei punteggi fra i partecipanti ed i gruppi di controllo [6].
Per concludere, in questo lavoro è stato illustrato come gli effetti condivisi della terapia farmacologica e delle abilità di empatia e di attribuzione degli stati mentali possano predire nel miglior modo possibile l'esito funzionale delle persone con schizofrenia. Alla luce dell'attuale dibattito su quali antipsicotici – tipici o atipici – possano meglio fornire miglioramenti nelle funzioni neurocognitive utili nella terapia e considerando come la cognizione sociale ancora resti un debole fattore predittivo di esito, se paragonato alla memoria a lungo termine, alla capacità lavorativa, all'essere una persona di sesso femminile ed al vivere in un ambiente non urbano [10], auspichiamo che i nostri risultati vengano replicati in un campione più allargato per stabilire la loro validità ed affidabilità per l'impiego in strategie di *remediation* farmacologiche e non farmacologiche.

Dirigente Medico di Psichiatria, U.O.C. Psichiatria di Portogruaro, Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale;
**Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale, U.O.C. Psichiatria di Portogruaro, Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale*;
****Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione, sede di Portogruaro, Facoltà di Scienze della Formazione, Università degli Studi di Trieste*;
*****Direttore, U.O.C. Psichiatria di Portogruaro, Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale*.

Bibliografia

[1] Mazza M., De Risio A., Surian L., Roncone R., Casacchia M. *Selective Impairments of Theory of Mind in people with Schizophrenia*. Schizophr Res 47: 299-308, 2001.
[2] Brüne M., Abdel-Hamid, M., Lehmkämper, C., Sonntag, C. Mental state attribution, neurocognitive functioning, and psychopathology: what predicts poor social competence in schizophrenia best? Schizophr Res 92: 151–159, 2007.
[3] Frith, C.D. *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Lawrence Erlbaum Associates, Hove, U.K., 1992.
[4] Roncone R., Mazza M., Frangou I., De Risio A., Ussorio D., Tozzini C., Casacchia M. *Rehabilitation of theory of mind deficit in schizophrenia: A pilot study of metacognitive strategies in group treatment*. Neuropsychological Rehabilitation 14: 421–435, 2004.
[5] Abu-Akel A, Abushua'leh K. *'Theory of mind' in violent and nonviolent patients with paranoid schizophrenia*. Schizophr Res 69: 45– 53, 2004.
[6] Zanello A., Perrig L., Huguelet P. *Cognitive functions related to interpersonal problem-solving skills in schizophrenic patients compared with healthy subjects.* Psych Res 142: 67– 78, 2006.
[7] Roncone R., Falloon R.H., Mazza M., De Risio A., Pollice R., Necozione S., Morosini P., Casacchia M. *Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits?* Psychopathology, 35, 280–288, 2002.
[8] Abu-Akel A. *The neurochemical hypothesis of "theory of mind"*. Med Hypotheses 60: 382–386, 2003.
[9] Brüne M., Lissek S., Fuchs N., Witthaus H., Peters S., Nicolas V., Jukel G., Tegenthoff, M. *An fMRI study of theory of mind in schizophrenic patients with "passivity" symptoms*. Neuropsychologia 46: 1992–2001, 2008.
[10] Swartz M.S., Perkins D.O., Scott Stroup T., et al. *Effects of Antipsychotic Medications on Psychosocial Functioning in Patients With Chronic Schizophrenia: Findings From the NIMH CATIE Study*. Am J Psychiatry 164: 428-436, 2007.

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti allo studio e dei controlli sani, comprendenti il confronto fra il livello di intelligenza, l'età media e gli anni di scolarità (QI>95 in *corsivo*)

	Partecipanti	**Controlli**	**Statistica**
n.	21 *(11)*	21	
Sesso (M:F)	14:7 *(9:2)*	9:12	
Età media in anni	39.81±8.43 *(41.36±9.72)*	36.71±10.85	t=n.s. *(t=n.s.)*
Età di esordio in anni	23.52±5.58 *(25.00±5.10)*	-	
Anni di malattia	16.29±9.01 *(16.36±8.62)*	-	
Anni di scolarità	10.67±3.02 *(10.45±3.05)*	13.14±3.53	p<0.019 *(p=0.040)*
QI	94.57±19.34 *(110±11.62)*	122.14±2.54	p<0.0001 *(p<0.0001)*
Punteggio VGF	49.00±16.86 *(57.55±13.03)*		*(p=0.575, n.s.)*
Punteggio totale BPRS	44.48±11.51 *(42.55±18.08)*		*(p=0.142, n.s.)*
Punteggio BPRS Disorganizzazione	5.90±2.41 *(5.18±1.17)*		*(p=0.020)*
Punteggio BPRS Affettività Incrementata	5.10±1.26 *(5.55±1.44)*		*(p=0.045)*
Punteggio BPRS Affettività Negativa	13.38±4.58 *(12.09±3.51)*		*(p=0.302, n.s.)*
Punteggio BPRS Sintomi Negativi	6.43±3.96 *(5.64±3.04)*		*(p=0.960, n.s.)*
Punteggio BPRS Sintomi Positivi	10.29±5.51 *(10.09±4.70)*		*(p=0.345, n.s.)*
Punteggio totale HoNOS Roma	18.48±9.26 *(17.36±8.18)*		*(p=0.291, n.s.)*
Punteggio CAN 1 Bisogni Espressi	9.33±5.30 *(7.82±3.66)*		*(p=0.255, n.s.)*
Punteggio CAN 2 Aiuto Informale	6.81±3.84 *(5.18±3.71)*		*(p=0.042)*
Punteggio CAN 3 Aiuto Istituzionale	10.86±6.57 *(6.00±3.49)*		*(p=0.002)*

Tabella 2. Confronto tra gruppi al test non parametrico Mann-Whitney evidenziante la prestazione dei partecipanti e dei controlli ai compiti di problem-solving, funzioni esecutive e di attribuzione degli stati mentali (QI≥95 in *corsivo*)

Item	**Media dei ranghi**		***U*-Mann-Whitney**	***p***
	Partecipanti	**Controlli sani**		
PSI A	13.33	29.07	61.500	<0.0001
	(10.97)	*(26.40)*	*(33.500)*	*(<0.0001)*
PSI B	14.24	28.76	68.000	<0.0001
	(11.50)	*(25.98)*	*(42.500)*	*(<0.0001)*
PSI C	16.60	26.40	117.500	0.009
	(16.48)	*(23.24)*	*(115.000)*	*(0.064)*
Memoria Verbale	12.62	30.38	34.000	<0.0001
	(10.91)	*(26.45)*	*(32.500)*	*(<0.0001)*
ToM 1 Ordine	17.52	25.48	137.000	0.013
	(15.47)	*(22.76)*	*(110.000)*	*(0.045)*
ToM 2 Ordine	14.53	28.07	82.500	<0.0001
	(12.97)	*(24.79)*	*(67.500)*	*(<0.0001)*
Punteggio totale storie di ToM	14.90	28.10	82.000	<0.0001
	(12.76)	*(24.55)*	*(64.000)*	*(<0.0001)*
ToM Sequenze	12.14	30.86	24.000	<0.0001
	(20.35)	*(26.90)*	*(23.000)*	*(<0.0001)*
WCST errori generali	25.45	17.55	137.500	0.036
	(22.76)	*(16.86)*	*(123.000)*	*(0.107, n.s.)*
WCST errori perseverativi	2.68	1.61	108.500	0.003
	(2.55)	*(1.46)*	*(76.500)*	*(0.002)*
Empatia (Faux Pas)	13.07	31.83	43.500	<0.0001
	(11.44)	*(26.02)*	*(41.500)*	*(<0.0001)*
Punteggio totale	11.17	31.83	3.500	<0.0001
Riconoscimento Emozioni	*(9.21)*	*(27.83)*	*(3.000)*	*(<0.0001)*
Punteggio totale Stati Mentali	11.76	31.24	16.000	<0.0001
	(9.91)	*(27.76)*	*(15.500)*	*(<0.0001)*

PSI A=Problem Solving Inventory, punteggio fattore A; **PSI B**=Problem Solving Inventory, punteggio fattore B; **PSI C=**Problem Solving Inventory, punteggio fattore C; **Punteggio totale stati mentali**=punteggio totale alle storie di ToM (1° + 2° Ordine) ed alle sequenze ToM, max 28 punti; **Punteggio totale Riconoscimento emozioni=**punteggio totale del riconoscimento di faccine schematiche, emoticons, cartoni animati e del riconoscimento dei volti umani, max 20 punti.

Tabella 3. Correlazioni tra le misure psicopatologiche, di problem-solving e di cognizione sociale nel campione

	Empatia (Faux Pas)	PSI A	PSI B	PSI C	QI (Kent + Wilson)	Punteggio Totale Stati Mentali	Memoria Verbale	Torre di Londra tempo di pianificazione (s)	WCST errori totali	WCST errori perseverativi	Punteggio totale Riconosci-mento Emozioni	VGF
BPRS totale	**-0.446*** *(-0.070)*	-0.329 *(-0.062)*	-0.069 *(-0.227)*	0.207 *(0.252)*	-0.145 *(-0.218)*	-0.082 *(-0.102)*	-0.0259 *(0.031)*	0.155 *(-0.322)*	0.024 *(-0.522)*	**-0.465*** *(-0.306)*	-0.214 *(-0.149)*	**-0.581**** *(-0.204)*
BPRS Disorganizzazione	-0.359 *(0.083)*	0.019 ***(0.624*)***	0.171 ***(0.632*)***	0.242 *(0.252)*	-0.232 *(0.258)*	-0.361 *(-0.507)*	-0.378 *(-0.179)*	0.072 *(-0.366)*	-0.136 *(-0.128)*	-0.200 *(0.095)*	-0.171 *(-0.149)*	**-0.653**** *(-0.500)*
BPRS Affettività Incrementata	-0.148 *(-0.243)*	0.118 *(-0.317)*	-0.425 *(-0.596)*	0.137 *(0.457)*	0.317 *(-0.120)*	0.234 *(0.395)*	0.128 *(-0.102)*	0.360 *(0.356)*	0.021 *(-0.197)*	-0.102 *(-0.027)*	0.416 *(-0.469)*	0.303 *(0.356)*
BPRS Affettività Negativa	-0.294 *(0.085)*	**-0.441*** *(-0.366)*	-0.103 *(-0.102)*	0.111 *(-0.042)*	-0.345 *(-0.442)*	-0.040 *(-0.015)*	-0.179 *(-0.108)*	0.151 *(-0.215)*	0.196 *(-0.231)*	-0.393 *(-0.283)*	-0.073 *(-0.244)*	-0.393 *(0.227)*
BPRS Sintomi Negativi	-0.337 *(-0.134)*	-0.130 *(-0.149)*	0.218 *(0.288)*	0.096 *(-0.527)*	-0.267 *(-0.481)*	**-0.528*** ***(-0.809**)***	-0.418 *(0.047)*	-0.293 ***(-0.834**)***	**-0.567**** (-0.521)	-0.305 *(-0.188)*	**-0.635**** ***(-0.657**)***	**-0.622**** ***(-0.608*)***
BPRS Sintomi Positivi	-0.184 *(0.018)*	-0.331 *(0.196)*	-0.336 *(-0.519)*	0.198 ***(0.825**)***	0.164 *(0.330)*	0.323 *(0.590)*	-0.051 *(0.157)*	0.427 *(0.296)*	0.126 *(0.466)*	-0.282 *(-0.169)*	0.071 *(0.395)*	-0.231 *(0.024)*
Camberwell 1 Bisogni Espressi	-0.090 *(0.442)*	**-0.559**** *(-0.223)*	-0.096 *(-0.051)*	0.088 *(0.059)*	-0.130 *(-0.022)*	0.004 *(0.360)*	-0.280 *(0.273)*	0.168 *(0.158)*	0.185 *(0.071)*	-0.259 *(0.047)*	-0.166 *(0.029)*	-0.257 *(0.448)*
Camberwell 2 Aiuto Informale	0.142 *(0.122)*	**-0.596**** *(-0.386)*	-0.221 *(0.045)*	-0.097 *(-0.211)*	-0.220 *(-0.336)*	-0.014 *(0.166)*	-0.387 *(-0.190)*	-0.182 *(-0.156)*	-0.258 *(-0.040)*	-0.032 *(-0.303)*	-0.090 *(-0.446)*	0.106 *(0.513)*
Camberwell 3 Aiuto Istituzionale	-0.293 *(0.082)*	-0.402 *(-0.063)*	0.004 *(-0.182)*	0.317 *(0.337)*	**-0.471*** *(0.111)*	-0.248 *(0.554)*	**-0.464*** *(0.064)*	0.018 *(0.252)*	0.137 *(0.164)*	-0.217 *(-0.105)*	-0.364 *(0.063)*	-0.525 *(0.431)*
mgEqCLZ/die	-0.018 *(0.442)*	-0.056 ***(0.855**)***	0.235 *(0.311)*	0.230 *(0.067)*	0.071 ***(0.777**)***	0.007 *(0.207)*	-0.361 *(-0.016)*	0.130 *(0.150)*	0.023 *(0.222)*	-0.236 *(-0.023)*	-0.290 *(-0.014)*	-0.395 *(-0.137)*
HoNOS Roma totale	**-0.453*** *(-0.133)*	-0.322 *(-0.108)*	-0.078 *(0.087)*	0.119 *(-0.276)*	-0.143 *(-0.274)*	-0.339 ***(-0.668*)***	0.027 *(0.274)*	0.190 *(-0.506)*	-0.110 *(-0.257)*	-0.262 *(-0.041)*	-0.001 *(-0.087)*	**-0.558**** ***(-0.806*)***

Correlazioni parziali rispetto al QI: Totale Stati Mentali vs. VGF: r=0.460; df=8; P=0.034 ; **Correlazioni parziali rispetto alla durata di malattia**: QI vs. mgEqCLZ/die: r=0.774; df=8; P=0.009; Totale Stati Mentali vs. Torre di Londra: r=0.682; df=8; P=0.030; Totale Stati Mentali vs. Totale Riconoscimento Emozioni: r=0.606; df=8; P=0.031; Totale Stati Mentali vs. HoNOS Roma totale: r=-0.539; df=8; p=0.035; BPRS Sintomi Negativi vs. Totale Stati Mentali: r=0.790; df=8; P=0.007; BPRS Sintomi Negativi vs. HoNOS Roma totale: r=0.710; df=8; P=0.021.

Tabella 4. Analisi di regression lineare forward stepwise che descrive le variabili predittive del funzionamento globale (VGF) nei partecipanti allo studio. (Il modello di regressione lineare che illustra le variabili predittive della durata di malattia è in *corsivo*).

Variabili	**Modello**					
	F	***df***	***p-value***	R^2	***adj-*** R^2	R^2***-Change***
Totale stati mentali	9.525	1	0.006	0.334	0.229	-
Totale stati mentali; mgEqClz/die	8.760	2	0.002	0.493	0.437	0.159
[*Faux Pas*]	[*8.515*]	*1*	[*0.017*]	[*0.486*]	[*0.429*]	-

Totale stati mentali: punteggio totale ai compiti di attribuzione degli stati mentali; mgEqClz/die: dose media di antipsicotici espressa in milligrammi equivalenti di clorpromazina al dì; Faux Pas: punteggio al test del Faux Pas.

Il Centro Diurno come fulcro dell'attività riabilitativa in psichiatria. Storia di un'esperienza, 2002-2008

di Gianluigi Tomaselli, Silvia Fenaroli**, Ombretta Papetti**, Giuseppe De Paoli***, Giuseppe Biffi****, Claudio Mencacci*****

Abstract

Within the Department of Mental Health, the Day Care can be considered the carrying structure of the therapeutic projects of middle and long period. It can both provide a bridge between hospital and out-patient treatment and an interface between all services and territory resources. In this article there are suggestions to reflect about the central function of Day Care. It particularly underlines the importance that Day Care can admit patients having different diagnosis, social and demographic peculiarities, offering to each specific rehabilitation consisting in individual treatment and group activities.

In questo nostro contributo vorremmo raccogliere alcune riflessioni a proposito della funzione e dell'organizzazione delle strutture semiresidenziali in psichiatria, a partire dall'esperienza del Centro Diurno Psichiatrico "Le Ghiaie" di Bonate Sopra (BG), aperto nel 2002.

Il Centro Diurno Psichiatrico "Le Ghiaie" ha aperto nel 2002, nell'ambito dell'Unità Operativa Psichiatrica n. 14, dove erano già presenti, oltre al Centro Psicosociale, anche un Centro Diurno ed una Comunità Riabilitativa Terapeutica. La scelta di potenziare l'offerta terapeutico-riabilitativa con la creazione di un'ulteriore struttura semiresidenziale è maturata sulla base della considerazione che i centri diurni si collocano – per tempo, spazio e funzione – in una dimensione intermedia tra ricovero ed intervento ambulatoriale o domiciliare, consentendo di costruire interventi centrati sul recupero delle capacità necessarie nella vita quotidiana dei pazienti, all'interno di un ambiente facilitante ed emotivamente caratterizzato, senza sradicarli dal loro contesto di appartenenza, ma, piuttosto, finalizzando il percorso al reinserimento nella comunità [1, 2].

Nel corso di questi anni abbiamo visto confermata l'idea che il Centro Diurno, se opportunamente organizzato ed integrato nella rete dell'Unità Operativa, possa essere considerato il fulcro dell'attività riabilitativa per i pazienti psichiatrici, particolarmente per quelli più gravi o con situazioni socio-familiari multiproblematiche. In questi casi, infatti, spesso il trattamento si articola in una serie di interventi ad ampio spettro e di lunga durata, che non possono esaurirsi a livello ambulatoriale, ma che necessitano di un ancoraggio del paziente al suo contesto familiare e comunitario di provenienza. Parallelamente, il CD può costituire un valido sostegno anche in situazioni con prognosi più favorevole, in fase di osservazione o di progettazione di interventi in

collaborazione con le altre strutture dell'UOP, in primis il Centro Psicosociale [2]. Già numerose ricerche hanno mostrato come la cosiddetta "ospedalizzazione parziale" costituisca una risorsa preziosa per motivazioni diverse ma convergenti. Innanzitutto, essa si presta al trattamento di pazienti con patologie differenti e in fasi diverse dell'evoluzione clinica, senza particolari controindicazioni; consente di raggiungere obiettivi terapeutici consistenti con costi inferiori ad altre soluzioni; infine, ma non ultimo per importanza, è la soluzione che i pazienti mostrano di preferire [3].
Negli ultimi anni, almeno in Italia, si sono delineate due possibilità nell'organizzazione del lavoro dei Centri Diurni: da un lato, ci sono strutture che, delimitando un target preciso di utenti, strutturano il proprio lavoro con criteri piuttosto rigorosi di accesso e dimissione, oltre che predisponendo dei protocolli di trattamento relativamente standardizzati e rifacentesi ad un modello terapeutico ben definito. Dall'altro lato, si hanno strutture più fluidamente integrate al complesso del Dipartimento di salute mentale e che svolgono funzioni polivalenti, approntando interventi con durata, intensità e finalità differenziate, calibrati sui bisogni del paziente [4].
Il Centro Diurno "Le Ghiaie" si rifà a questo secondo modello: lavorando in rete con le altre strutture dell'Unità Operativa, accoglie pazienti fra loro eterogenei sia per caratteristiche socio-demografiche, sia per la fase del percorso di cura in cui si trovano, e per ciascuno di loro viene costruito un progetto riabilitativo personalizzato. Le attività di gruppo proposte all'utenza si differenziano per tipologia e focus dell'intervento: alcune sono prevalentemente riabilitative, centrate sulla cura di sé e sulle abilità strumentali; altre intendono facilitare la presa di contatto e l'elaborazione di vissuti ed emozioni; altre ancora sono maggiormente orientate alla risocializzazione e alla messa in rete con la comunità. Per ciascun paziente viene elaborato un percorso nel quale il peso specifico di ciascuno di questi aspetti viene calibrato sulla base dei suoi bisogni, delle sue potenzialità e degli obiettivi con lui negoziati. Ciò implica un lavoro sulle modalità del paziente di porsi in relazione con sé e con gli altri, così da sviluppare e mantenere il miglior livello possibile di autonomia.
La metodologia è centrata sul lavoro di équipe, spazio all'interno del quale vengono sia organizzate le attività proposte all'intero gruppo dei pazienti, sia formulati e condivisi i progetti individuali, attraverso il contributo dei diversi operatori. L'obiettivo comune è quello di permettere al paziente di ritrovare la strada verso l'integrazione sociale, familiare e lavorativa, favorendo il recupero della sua identità psichica e sociale. Intendiamo la riabilitazione come un progetto globale che non può identificarsi solo in alcune e specifiche tecniche di intervento, ma che può giovarsi dell'arricchimento reciproco reso possibile dal confronto fra tecniche e fra operatori di diversa formazione e provenienza. Le differenze fra i vari membri dell'équipe, per formazione, provenienza ed orientamenti hanno costituito fin dal principio una delle principali caratteristiche del servizio. Perché esse potessero essere una risorsa, e non un ostacolo, nella progettazione dell'organizzazione del Centro nel suo complesso e delle varie attività ed iniziative in seguito, ci siamo proposti da subito di rinunciare all'adozione aprioristica di un modello di intervento su altri, ma di porci come obiettivo cui tendere l'integrazione fra le potenzialità e le singolarità di ciascuno, riconoscendo, con Paolo Nascimbeni, che "è l'impossibilità di prescindere in un momento dal programma dall'altro che differenzia un intervento integrato da una pluralità di interventi multidisciplinari, anche qualificati. Il rischio che si può correre è quello di essere impegnati parallelamente, senza nessun punto d'incontro. […] Si parla ovviamente non di un punto di incontro ritualizzato tra operatori, ma della possibilità di elaborare un progetto comune, di quel punto d'integrazione dell'operare che funziona solo se ciascuno vede nell'altro un punto di forza di un modello a rete che contemporaneamente sorregge i pazienti e gli operatori stessi" [5].
Il principale strumento di elaborazione degli interventi è il progetto terapeutico personalizzato, oggi Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR), che si articola in quattro fasi:

1. Inserimento. Dopo la richiesta d'ammissione da parte dello psichiatra curante, si organizzano: un incontro di presentazione tra servizio inviante ed équipe del Centro Diurno, un colloquio con

il paziente ed i suoi familiari, una fase di osservazione che si conclude con un contratto condiviso da tutte le parti coinvolte;

2. Sviluppo del percorso. Sono previste verifiche periodiche ed incontri con le famiglie ed il servizio inviante, attraverso riunioni specifiche;
3. Reinserimento sociale. Verificato il livello di autonomia raggiunto dal paziente, si propongono opportunità di risocializzazione e/o inserimento occupazionale o lavorativo, in collaborazione con la rete psicosociale e le risorse del territorio;
4. Autonomizzazione dal Centro Diurno. Può prevedersi la collocazione del paziente in un'abitazione autonoma o protetta, piuttosto che il rientro nel contesto familiare trasformato, in relazione al grado di recupero delle capacità autonomiche, in particolare quelle relative alla cura di sé e del proprio ambiente di vita, ma anche al concretizzarsi di un inserimento lavorativo e all'esistenza di una rete di relazioni di supporto e di iniziative risocializzanti. Questa fase comporta una decisione condivisa tra paziente, Centro Diurno e servizio inviante, cui segue un periodo di verifica della nuova realtà esistenziale. Per diversi pazienti il CD rappresenta uno spazio condiviso, per taluni l'unico fuori dal contesto famigliare, di tipo psichico, relazionale, ambientale, così che spesso il legame col Centro non si conclude con la fase di reinserimento, ma viene preservato, ad esempio, col mantenimento della frequenza ad un'attività specifica oppure con la partecipazione ai momenti comunitari più importanti, ad esempio le feste.

Il Centro Diurno "Le Ghiaie" ha aperto nel gennaio del 2002. Nel corso del primo anno di attività hanno avuto accesso al CD 41 pazienti, mentre negli anni successivi il numero si è attestato attorno alle 50 unità, con variazioni limitate da un anno all'altro. Il numero di presenze superiori alle quattro ore nel corso dell'anno ha avuto un costante incremento dal 2002 ad oggi, passando dalle 3524 unità dell'anno di apertura alle 4936 dello scorso anno, mentre il numero delle presenze inferiori alle quattro ore ha subito una deflessione, passando da 507 a 340. Ciò può essere spiegato sulla base del fatto che alcuni dei pazienti in carico hanno avuto bisogno di una lunga fase di inserimento, nel corso della quale hanno avuto accesso al Centro per un numero di ore limitato, prima di poter usufruire a tempo pieno della struttura e delle attività.

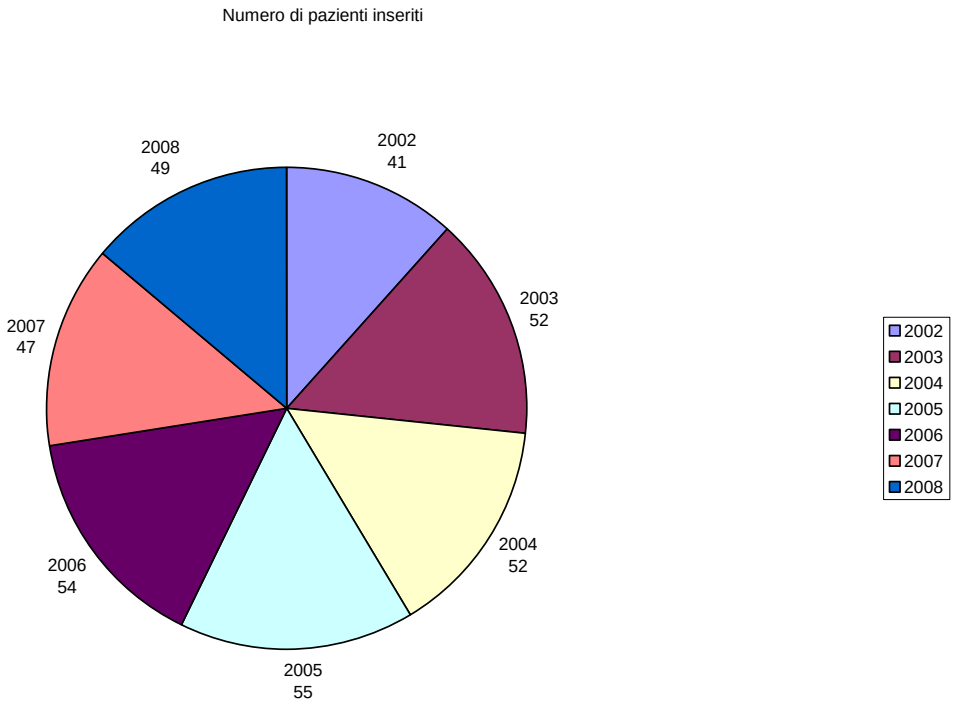


Figura 1 – Numero di pazienti al CD "Le Ghiaie" dal 2002 al 2008

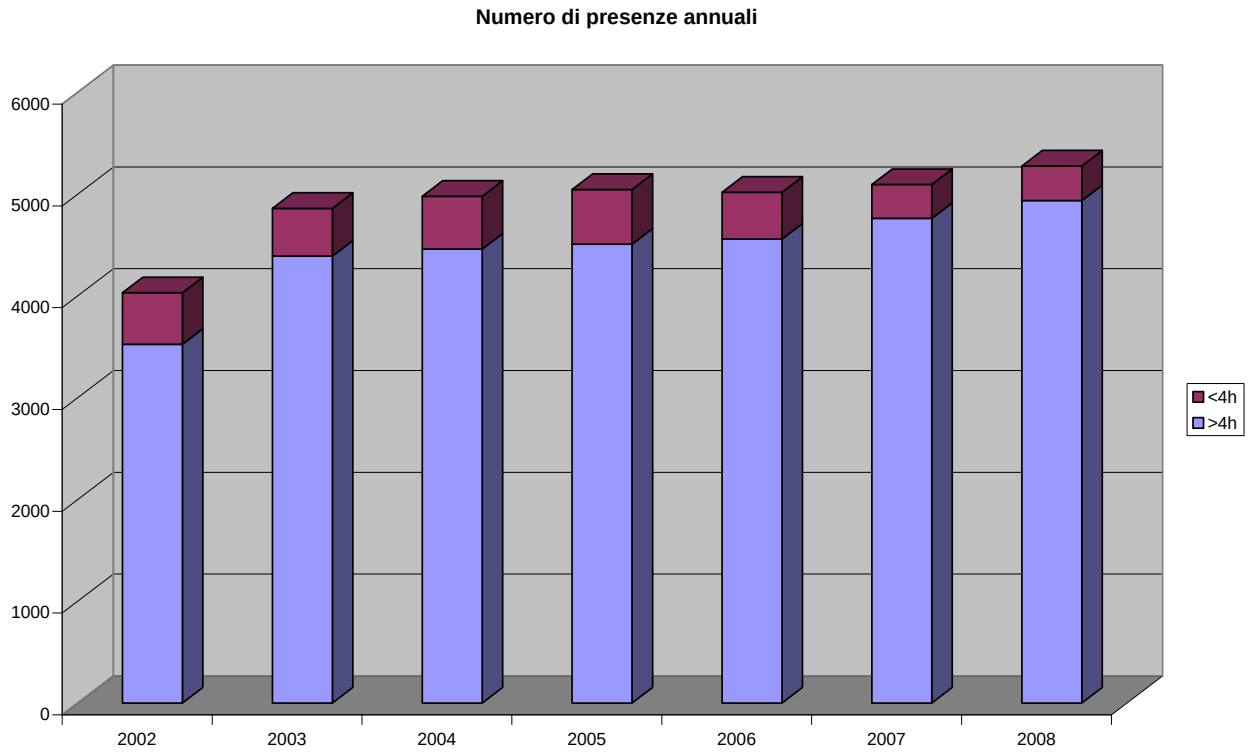


Figura 2 - Numero di presenze per anno al CD "Le Ghiaie"

La diagnosi di accesso prevalente è sempre stata quella di "Schizofrenia e altre sindromi deliranti", che ha raccolto tutti gli anni almeno il 50% dei pazienti, con eccezione del 2005, anno nel quale tale percentuale è stata comunque del 49%. Segue immediatamente per importanza la diagnosi di "Disturbi della personalità", che ha riguardato, nei sette anni, percentuali di pazienti comprese tra il 18% ed il 27%. I pazienti rientranti in queste due categorie diagnostiche, pertanto, hanno rappresentato tra il 70% e l'80% dei pazienti inseriti in CD. La terza e la quarta categoria diagnostica per importanza sono state quelle dei "Disturbi affettivi" e del "Ritardo mentale con innesto psicotico", alle quali sono riconducibili percentuali di utenza comprese tra il 7 ed il 10%, andando così, cumulativamente con la Schizofrenia ed i Disturbi di personalità, a render conto di oltre il 95% degli inserimenti. Le altre diagnosi di presentazione dei pazienti, presenti in percentuali variabili in anni diversi, ma comunque marginali rispetto alle precedenti, sono state "Sindromi nevrotiche" (circa 2% all'anno) e "Disturbi dovuti all'uso di sostanze attive" (un solo caso nel 2005).

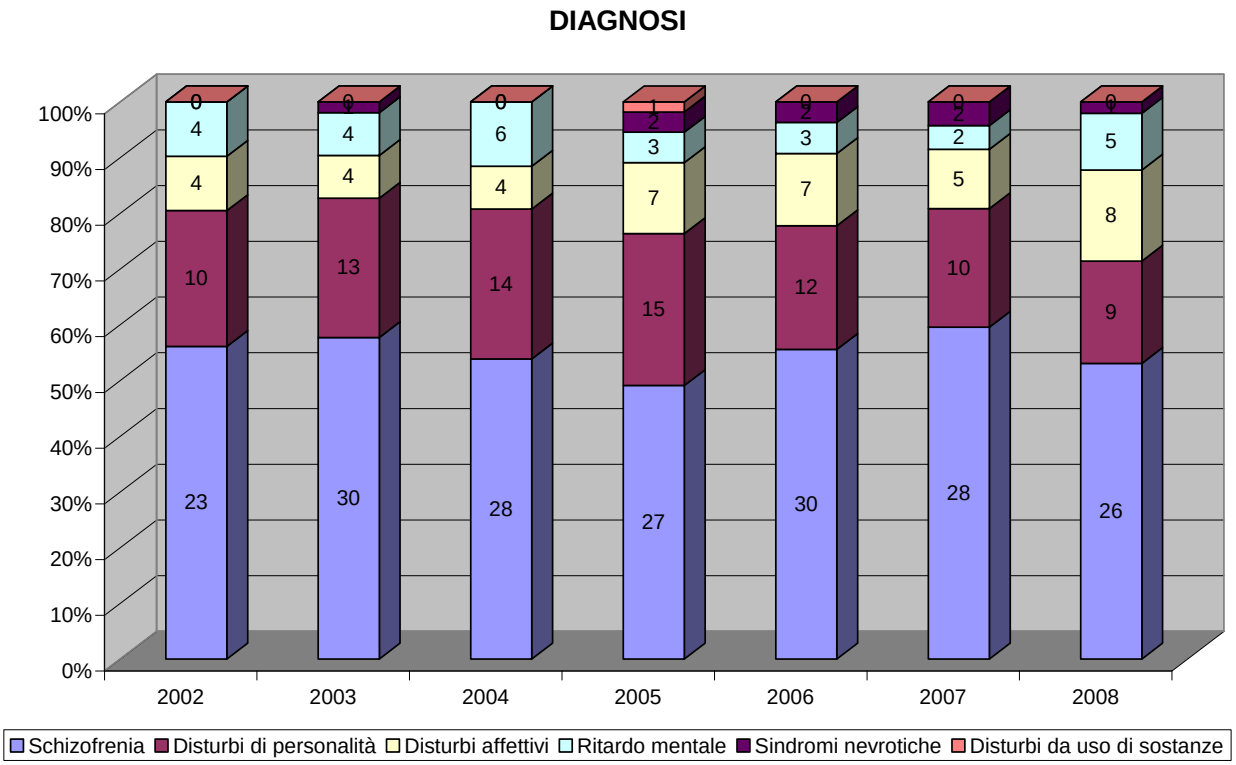


Figura 3 – Distribuzione dei pazienti in funzione della diagnosi di inserimento, in valori assoluti e %.

Da un punto di vista più qualitativo, si può dire che ciò che accomuna la quasi totalità dei pazienti inseriti in CD, indipendentemente dalla diagnosi, è l'occorrenza di almeno un episodio di scompenso psicotico nel corso della vita, con la comparsa di una sintomatologia sufficientemente intensa e pervasiva da indurre una grave compromissione del funzionamento sociale, familiare e/o lavorativo, che non si è adeguatamente ricomposta nonostante l'inserimento della terapia farmacologica o, più estesamente, di un trattamento di tipo ambulatoriale. La constatazione della difficoltà o dell'impossibilità a recuperare spazi, tempi e modi di vita precedenti all'esordio, accanto alla presenza di risorse residue sufficienti a ritenere potenzialmente efficace un intervento di tipo riabilitativo, sono le pre-condizioni che generalmente precedono e giustificano una richiesta di inserimento in CD. Accanto a queste, spesso sono presenti altri fattori concorrenti, che portano, da un lato, a ritenere auspicabile un allontanamento del paziente dal suo contesto abituale di vita almeno per una parte della giornata; dall'altro, portano a suggerire la necessità di un intervento intensivo di mediazione ed accompagnamento rispetto ad un riavvicinamento al contesto sociale. Tra questi fattori possiamo annoverare: il permanere di un certo grado di sintomatologia residua, la necessità di mantenere un monitoraggio rispetto alla correttezza ed alla continuità nell'assunzione della terapia farmacologica, la necessità di contrastare una pesante sintomatologia negativa e/o regressiva ed il conseguente ritiro sociale, attraverso interventi di risocializzazione opportunamente calibrati sulla base delle possibilità del singolo paziente; la povertà del contesto socio-culturale e

relazionale di provenienza; la difficoltà della famiglia a (re)integrare il paziente al proprio interno, particolarmente in caso di alti livelli di emotività espressa.
I pazienti con schizofrenia sono presenti soprattutto nelle fasce d'età tra i 35 e i 44 anni e tra i 44 e i 54, che sono le coorti più numerose. I pazienti con disturbi di personalità sono più numerosi nelle fasce 45-54 e 55-64. Si può supporre che tali differenti distribuzioni riflettano anche differenze nella disabilità provocata da patologie diverse: la schizofrenia ha esordio relativamente precoce e conseguenze da presto invalidanti, per questo il ricorso al CD come soluzione quotidiana e di lungo periodo avviene anche per persone relativamente giovani. Al Centro Diurno "Le Ghiaie" ci sono giovani pazienti che hanno dovuto rinunciare precocemente al lavoro per via della malattia e che trovano nel Centro l'unica occasione di scambio relazionale al di fuori della famiglia d'origine. Per alcuni di loro è stato possibile pensare percorsi di inserimento lavorativo protetto, in cooperativa o in azienda, che alternano alla frequenza del CD; per altri, il lavoro riabilitativo verte soprattutto sulla risocializzazione, dapprima all'interno del centro e, in un secondo momento, quando si sia instaurato un rapporto di fiducia e una sufficiente apertura e disponibilità nei confronti dell'esterno, nel contesto di vita del paziente. Ad esempio, è stato possibile per alcuni di loro trovare nei paesi in cui abitano occasioni per praticare autonomamente o accompagnati da volontari le attività inizialmente apprese e praticate all'interno del Centro Diurno. Il grado di accompagnamento è stato più o meno intenso a seconda dei casi. Si parte da situazioni in cui gli operatori hanno costruito l'attività esterna per rispondere a necessità di persone che non avrebbero altrimenti trovato modo di praticarla, a situazioni in cui il paziente, autonomamente, ha reperito sul territorio risorse che gli consentono di emanciparsi almeno parzialmente dal CD.
Nel caso dei disturbi di personalità, il CD è una soluzione solo nei casi più gravi e in quelli in cui le risorse familiari ed ambientali sono più problematiche da reperire. Si tratta, nella maggior parte delle situazioni, di persone che hanno lavorato per una parte significativa della propria vita, hanno o più probabilmente hanno avuto una famiglia propria e solo in una fase relativamente avanzata della loro vita la malattia ha assunto caratteristiche ed intensità tali da compromettere significativamente il funzionamento complessivo, mettendo in luce la precarietà di un equilibrio fino ad allora preservato. Poiché il carico di lavoro – anche controtransferale – richiesto da questi pazienti è particolarmente gravoso, vengono considerate con grande attenzione, a monte dell'inserimento, variabili quali il loro numero, le modalità relazionali prevalenti e la compatibilità con il resto dell'utenza. Ciò al fine di essere loro utili senza danneggiare gli altri utenti, garantendo per quanto possibile un contenimento tanto ai vissuti di angoscia e di vuoto estremamente intensi che li caratterizzano, quanto alla possibile esplosività dei comportamenti che talvolta ne deriva. Spesso in questi casi il CD diventa per loro una possibilità prima o dopo una permanenza in una CRA.
Nel caso dei pazienti schizofrenici, invece, ci troviamo di fronte a soggetti che hanno avuto minori occasioni di esperienze congrue alla loro età, in particolare di persone che non sono mai uscite dalla famiglia di origine e che hanno avuto grosse difficoltà nel trovare e mantenere un impegno lavorativo anche di limitata intensità. Inoltre, nel caso dei disturbi di personalità, per quanto possano essersi verificati episodi di scompenso psicotico di proporzioni anche importanti, essi mantengono solitamente un adeguato contatto con la realtà e un relativo interesse per gli aspetti relazionali della vita di comunità, a differenza dei casi della maggior parte dei pazienti con schizofrenia, che, invece, si caratterizzano per un maggior distacco emotivo e relazionale, oltre che per una più probabile permanenza di disturbi del pensiero e della percezione, che possono costituire un ulteriore ostacolo alla riabilitazione.
Negli altri due grandi gruppi di pazienti abbiamo quelli con diagnosi principale di ritardo mentale, ma che, per arrivare al CD, hanno manifestato disturbi del comportamento o del pensiero tali da risultare assimilabili, per percorso e necessità, ai pazienti schizofrenici (innesto psicotico). Infine, si hanno i pazienti con disturbo affettivo, che arrivano al CD in età relativamente avanzata e che ne usufruiscono generalmente per pochi giorni la settimana e per attività specifiche. Non va trascurato il fatto che per questi ultimi pazienti è più probabile che il contesto di vita esterno sia favorevole e ben preservato. Il CD, pertanto, svolge una funzione di monitoraggio e di accoglienza in caso di

peggioramento della sintomatologia, ma, generalmente, non si rendono necessari interventi massicci per tempo impiegato ed intensità del coinvolgimento, come invece in altre situazioni.
Le situazioni familiari di partenza sono molto differenziate e le loro tipologie rispecchiano quelle già identificate dalla letteratura. Infatti, alcuni pazienti sono nati e cresciuti in un retroterra già caratterizzato da emarginazione e patologia psichiatrica; altri ancora manifestano disagio psichico in concomitanza con una caduta di status familiare (tipicamente, la perdita dei genitori o la separazione dal coniuge); altri infine provengono da famiglie nella cui storia non si rintracciano particolari problemi o situazioni di disgregazione, anche se spesso le dinamiche relazionali al loro interno sono altamente disfunzionali [6].
L'attività rivolta alle famiglie si articola in due tipologie di intervento: da un lato, sono previsti per ciascun paziente incontri regolari con almeno un familiare di riferimento, dall'altro il Centro Diurno ospita una volta al mese un gruppo di auto-mutuo aiuto di familiari di pazienti, sia del CPS che del CD stesso, avente come facilitatori alcuni operatori della UOP.
I colloqui con i familiari sono centrati, soprattutto in fase di inserimento, sulla motivazione e la condivisione del progetto riabilitativo con le figure di riferimento del paziente. In fasi più avanzate del percorso, possono rendersi necessari interventi maggiormente finalizzati al sostegno ed alla mediazione, soprattutto in situazioni caratterizzate da un'alta emotività espressa o da condizioni clinico-esistenziali instabili.
Inoltre, dal 2007 abbiamo avviato una collaborazione con l'associazione di familiari "Aiutiamoli", che utilizza per le proprie attività gli spazi del Centro Diurno, al di fuori degli orari di servizio, per tre volte alla settimana.
L'accesso al CD avviene di norma su proposta dell'équipe del CPS ed è preceduto dall'invio di una scheda di presentazione del paziente da parte dello psichiatra curante, nella quale, oltre ad una breve anamnesi, sono indicati gli obiettivi terapeutici indicati nel Piano di Trattamento Individuale che si ritiene possano essere meglio perseguiti in una struttura riabilitativa come il Centro Diurno. Dal punto di vista formale e di contenuto abbiamo predisposto una modulistica, accettata anche in sede di accreditamento regionale, che regola la richiesta di inserimento in Centro Diurno e le modalità di comunicazione e verifica con le strutture invianti.
Le motivazioni e le circostanze dell'invio possono essere diverse:
- pazienti ambulatoriali da monitorare in condizioni di subacuzie, che in alcuni casi vengono ad assumere la terapia farmacologica in Centro Diurno;
- pazienti ambulatoriali che, in occasioni di cambiamento della situazione socio-familiare, hanno subito una modificazione sostanziale delle loro abitudini di vita e necessitano di un maggior supporto esterno perché quello proveniente dal loro ambiente di riferimento è venuto meno o è peggiorato (malattia o morte di un familiare convivente, perdita totale o parziale del lavoro). In questi casi il CD può costituire anche per lunghi periodi una valida alternativa al ricovero in una struttura residenziale, il che può essere un vantaggio non solo e non tanto in termini di costi da sostenere, ma soprattutto in termini di garanzia della maggior libertà di movimento e di scelta possibile a parità di condizioni di necessità terapeutiche ed assistenziali;
- pazienti ambulatoriali che mostrano deficit o abilità specifici in un'attività, che possono praticare al Centro, così da avvantaggiarsi del contesto di gruppo per sperimentare le proprie risorse relazionali, contrastare la regressione e/o la residualità, migliorare la gestione del sé, valorizzare potenzialità lavorative;
- pazienti ambulatoriali con buone abilità residue, ma con deficit relazionali significativi, che vengono al CD per un'attività che possa essere un ponte con l'esterno. In questi casi, stiamo sperimentando come il Centro possa essere una risorsa in situazioni in cui il case management e la progettazione restano al CPS, mentre il CD fornisce un territorio protetto di osservazione e transizione verso soluzioni più evolutive.
La maggior parte dei pazienti, pertanto, proviene da un periodo di presa in carico esclusivamente ambulatoriale, anche se, in alcune occasioni, è stato possibile organizzare l'accesso al CD direttamente alla conclusione di un ricovero in SPDC o in una comunità terapeutica, CRA. In questi

casi, oltre che sulla stabilizzazione delle condizioni cliniche, si lavora sulla facilitazione del rientro in famiglia, sulla valutazione delle prospettive riabilitative e sull'intervento precoce sulle abilità residue. In queste situazioni, conclusasi una fase di trattamento intensivo a livello ospedaliero o comunitario, il Centro Diurno funziona come spazio intermedio nella fase di progressivo reinserimento nel contesto sociale del paziente, garantendogli la continuità del percorso riabilitativo, spostando l'accento sul versante dell'autonomia e della risocializzazione.
Generalmente, viene proposto al paziente appena arrivato un periodo di inserimento e valutazione di quattro settimane, nel corso delle quali la frequenza è giornaliera ed ha occasione di familiarizzare con gli altri ospiti e sperimentare le varie attività. Contemporaneamente, l'équipe conduce la propria osservazione e formula un'ipotesi di Progetto Terapeutico Riabilitativo, che viene proposto e contrattato col paziente al termine di questo primo mese. In questa fase vengono convocati anche i familiari di riferimento del paziente, con i quali si programmano gli incontri periodici di monitoraggio e di sostegno.
La scelta dei giorni di frequenza viene effettuata generalmente tenendo conto, oltre che della tipologia di attività che si ritiene più appropriato proporre in quella fase specifica del trattamento, anche della necessità e della possibilità del paziente di essere coinvolto più o meno intensamente. Si valuta, così, sia l'impatto emotivo di un contesto relazionale nuovo ed attivante, sia l'opportunità di preservare adeguati spazi di autonomia al di fuori del Centro.
Differenziamo, a questo proposito, tre tipologie di inserimento, cui possono corrispondere differenti bisogni e risorse sottostanti:
- pazienti che frequentano il CD tutti i giorni, tutta la giornata: si tratta di pazienti generalmente non più giovani oppure con ritardo mentale con innesto psicotico, con sintomatologia residua di differente entità, per i quali il Centro costituisce un contesto relazionale alternativo a famiglie disfunzionali o alla vita in solitudine, nel quale mantenere e sostenere le abilità residue. Ciò significa fornire al paziente l'occasione innanzitutto per frequentare un ambiente accogliente ed emotivamente connotato, ma anche per mantenere dei ritmi di vita che rischierebbe di perdere, per regressione/appiattimento affettivo/residualità, se non fosse costantemente stimolato alla cura del proprio corpo e del proprio ambiente di vita, al mantenimento di livelli di autonomia anche minimi, legati magari solo alla possibilità di spostarsi autonomamente per brevi tratti;
- pazienti che vengono tutti i giorni, mezza giornata: si tratta in genere di pazienti che vivono ancora nella famiglia d'origine e che spesso devono occuparsi dei genitori anziani e/o delle faccende domestiche per loro e per fratelli celibi o nubili, con discrete capacità di spostarsi autonomamente. Essi trovano nel Centro anche un punto di riferimento per condividere l'esperienza di accadimento dei parenti con altri pazienti e per sperimentarsi in un contesto di pari, come adulti fra adulti, mentre in famiglia ricoprono generalmente un ruolo subalterno e restano soprattutto figli;
- pazienti che vengono solo alcuni giorni la settimana: per alcuni pazienti la frequenza del Centro è un impegno riabilitativamente stimolante ed al contempo gravoso, che riescono a sostenere solo per periodi di breve durata. Si tratta in alcuni casi di pazienti schizofrenici con una sintomatologia residua di una certa intensità, che spesso non sono inseriti in alcuna attività e che riescono a sostenere solo momenti limitati di condivisione con gli altri, generalmente negli spazi legati alle interazioni più informali. Altri pazienti, al contrario, usufruiscono della frequenza solo in alcuni giorni della settimana proprio perché hanno un quadro clinico di partenza meno invalidante o hanno recuperato un buon compenso e usufruiscono del CD solo in alcune occasioni scelte ad hoc, mentre al di fuori di esso possono contare su un contesto familiare e/o lavorativo sufficientemente supportivo; per altri pazienti ancora la frequenza è stata ridotta, talvolta in seguito a lunghe contrattazioni, per evitare che il Centro restasse per il paziente l'unico punto di riferimento e la frequenza giornaliera limitasse o impedisse la possibilità di coltivare spazi di autonomia all'esterno, ostacolando anziché favorire il reinserimento.
Nei sette anni di vita del Centro Diurno alcuni pazienti hanno abbandonato il percorso di riabilitazione prima che potesse ritenersi concluso da parte dell'équipe. Alcuni dei fattori che possono aver contribuito ad un esito di questo tipo sono stati i seguenti:

- inserimento precoce in fase acuta o subacuta, anche successiva alla dimissione dal SPDC;
- difficoltà a stare tra pari in quanto questo li porta a confrontarsi, identificarsi e quindi controidentificarsi, non accettando la propria condizione di sofferenza psichica ("Se non vengo in CD, non vedo gli altri e sto meglio perché non sono come loro…");
- resistenze simili dei familiari, proprie o che colludono con resistenze analoghe dell'utente;
- difficoltà dovute alla psicopatologia e/o struttura di personalità del soggetto che interagisce con il clima, funzionamento di quei giorni del gruppo utenti-operatori;
- inserimenti impropri per necessità temporanee del CPS (es. pazienti anziani in attesa di collocamento in strutture idonee o pazienti in attesa di inserimento in CRA).

Vorremmo ora concludere con qualche considerazione su come, a trent'anni di distanza dalla promulgazione della Legge 180/78, non possa ancora considerarsi scontata la centralità del paziente e delle sue necessità nella formulazione del percorso riabilitativo, ma, anzi, come essa vada ribadita ed esplicitata attraverso la formulazione di progetti riabilitativi individualizzati, in cui obiettivi e strumenti siano negoziati e condivisi per quanto possibile con il paziente, oltre che all'interno dell'équipe e con la struttura inviante. Pensiamo all'utente innanzitutto come soggetto, "soggetto partecipante alla propria cura ed alla propria comunità di appartenenza" [7], cui va riconosciuto il diritto di avere "l'opportunità di abitare in una realtà che non omologa e non stigmatizza". Crediamo che gli interventi riabilitativi, ed in generale il trattamento dei gravi disturbi psicotici e di personalità, possano essere meglio progettati partendo da un'accurata valutazione dei bisogni dei pazienti, piuttosto che da considerazioni aprioristiche sulla patologia e sull'opportunità di normalizzazione del comportamento deviante. La riabilitazione dovrebbe consistere nel facilitare il paziente nella ricerca di possibilità di sviluppo delle proprie potenzialità nel proprio contesto di provenienza. Non è quindi possibile stabilire aprioristicamente un livello standard di autonomia o di abilità da raggiungere, piuttosto ciascun individuo può essere accompagnato in un percorso che gli consenta di conoscere e valorizzare le proprie risorse, così che gli obiettivi e le verifiche siano il più possibile condivisi, sostenibili, senza rassegnazione né elevata emotività espressa.

Ciò presuppone che al centro di ogni progetto di riabilitazione sia posta la relazione con il paziente, che non può essere un "accessorio casuale di un'attività prescrittiva formalizzata" [8], ma deve essere cardine e strumento di ogni intervento, come punto di osservazione privilegiato e come luogo del cambiamento. Perché questo sia possibile, ne va rivalutata la dimensione etica, evitando che la soggettività del paziente sia subordinata alla normatività di interventi standardizzati. Ciò è reso ulteriormente più complesso dal problema dell'ambivalenza, del continuo alternarsi tra aspettative e resistenze, speranze e timori circa il cambiamento, che rende necessaria una continua opera di mediazione col paziente, perché le richieste di impegno siano sempre commisurate alle sue possibilità e perché si possa aiutarlo ad entrare in contatto con la dimensione della "realtà", senza privarlo della dimensione "fantasmatica" soggettiva, così che sia possibile la convivenza tra ascolto dei bisogni e proposizione degli obiettivi [9]. Riteniamo che l'unico obiettivo che ci si può ragionevolmente proporre di perseguire in un contesto come quello del Centro Diurno è quello di lavorare a favore della qualità della vita di ciascun paziente, recuperando, valorizzando e consolidando le risorse individuali e sostenendo il soggetto all'interno della comunità. I nostri interventi hanno come obiettivo, prima che i sintomi, la persona e le sue richieste relazionali ed emotive, che possono evolvere nel tempo. La presa in carico è sempre pensata nel lungo periodo, nonostante il rischio di instaurare una forma di assistenzialismo a tempo indeterminato, perché solo in questo modo riteniamo sia possibile rispondere ai bisogni dei pazienti in termini di supporto, di presenza e disponibilità del servizio e dell'operatore, limitando il rischio di ricadute e massimizzando l'efficacia e la generalizzazione dei risultati del trattamento [9].

Abbiamo cercato, pertanto, di creare un *setting* di cura che diversifichi e personalizzi il più possibile le risposte ai bisogni, così da restituire un senso alle esperienze interne dell'utente e alla relazione terapeutica, nella continua lotta alla cronicizzazione. Riteniamo che ciò sia possibile solo rinunciando alle logiche dell'addestramento sottese ai protocolli di trattamento standardizzati, a

favore della co-costruzione di uno spazio che concretamente e nel dispiegarsi della quotidianità diventi il luogo nel quale i pazienti possano recuperare e sperimentare capacità ed affetti.

**Responsabile Centro Diurno Bonate Sopra, A.O. Treviglio (Bg)*
***Psicologhe Centro Diurno Bonate Sopra, A.O. Treviglio (Bg)*
****Responsabile DSM A.O. Pavia*
*****Responsabile DSM A.O. San Carlo, Milano*
******Responsabile Dipartimento Neuroscienze A.O. Fatebenefratelli, Milano*

Bibliografia

[1] Biffi G., Zappalaglio C., Tomaselli, G. e Mondadori, M., *Riflessioni sull'esperienza iniziale dell'équipe psichiatrica all'interno di una struttura intermedia*. In Siani R., Siciliani O., Burti L., *Strategie di psicoterapia e riabilitazione*, Feltrinelli, Milano, 1990.
[2] Rabboni M., *Residenzialità - Luoghi di vita, Incontri di Saperi*, Franco Angeli, Milano, 2003.
[3] Ferro A. M., Buscaglia G., *Il Dipartimento di salute mentale. I nuovi strumenti per l'assistenza psichiatrica*, in *Lavorare in psichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005.
[4] Rossi E., *Efficacia ed utilizzazione dei trattamenti diurni in psichiatria*. In Maone A. e Ducci G. (a cura di) *La sfida della cronicità. Tempi della psicosi e tempi dell'intervento riabilitativo nei Centri Diurni*, Franco Angeli, Milano, 1998.
[5] Bassi M., *La psichiatria territoriale in Italia: storia di un'esperienza*, in *Manuale di psichiatria territoriale*, a cura di J.V. Vaccaro, G.H. Clark Jr., M. Bassi, Raffaello Cortina, Milano, 1999.
[6] Nascimbeni Paolo, *Psicologia clinica e psicoterapia nei servizi territoriali*. In *Modelli del mentale e intervento psicologico*, a cura di G. P. Lombardo, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1992.
[7] Carabelli G., Cacioppo M., Grasso L., *Reti di cura in psichiatria. Strumenti di lettura e d'intervento,* Franco Angeli, Roma, 1999.
[8] Rabboni M., *Etica della riabilitazione psichiatrica. Tensioni e prospettive di intervento,* Franco Angeli, Milan, 1997.
[9] Mencacci C., Giannelli A. *Etica: continuiamo a parlarne, il dilemma etico in psichiatria*, Fondazione P. Varenna, Milano, 1991.
[10] Siani R., Siciliani O. , Burti L., *Strategie di psicoterapia e riabilitazione*, Feltrinelli, Milano, 1990.

L'attività motoria nei servizi di salute mentale: il "peso" degli antipsicotici.

di Marco Aresti, Pasquale Mariano***

Abstract
The "weight" of antipsychotics
The study illustrates how the good practice of Adapted Physical Activity can contrast the increase in body weight caused by the treatment with clozapine, and how such a practice may become regular and integrated in a patient's life style, strengthening her or his body perception with a consequent improved adherence to the therapeutic program.
Keywords: clozapine, BMI (Body Mass Index), feeding, sport physical and proprioceptive exercise.

Con crescente evidenza scientifica si impone il bisogno d'interventi di supporto per promuovere l'attività fisica per persone affette da disturbi psichici con grave disabilità. Questa rassegna discute i principi generali degli interventi da adottare, allo scopo di adattare l'attività fisica a questa specifica popolazione.
In linea di principio, i pazienti psichiatrici possono partecipare a programmi di allenamento nello stesso modo di individui non affetti, a condizione di non soffrire di disturbi cardiovascolari o patologie infettive. Tuttavia, molti pazienti con disturbi psichici presentano un basso livello di fitness, che influenza la scelta sia dei test di attività fisica che i metodi di allenamento.
Le persone affette da gravi problemi mentali sono ad alto rischio di malattie croniche associate a stili di vita sedentari, come diabete e malattie cardiovascolari.
Gli effetti conseguenti ad una modifica dello stile di vita nelle malattie croniche sono grandi, e sistematicamente riferiti in letteratura. La dimostrazione di benefici psicologici per popolazioni cliniche deriva da due meta-analisi che mostrano come in pazienti depressi gli effetti dell'esercizio siano simili a quelli degli interventi psicoterapeutici.
L'esercizio può anche diminuire sintomi secondari come bassa autostima e ritiro dalla vita sociale. Sebbene programmi strutturati di gruppo possono essere efficaci per persone con gravi malattie mentali, i cambiamenti dello stile di vita, che pongono l'attenzione sullo svolgimento di una sistematica attività fisica di moderata intensità distribuita durante l'arco della giornata, potrebbero essere più appropriati.
La ricerca suggerisce che l'esercizio è ben accettato da persone con gravi malattie mentali ed è spesso considerato una delle componenti più valide del trattamento. L'adesione agli interventi d'attività fisica appare confrontabile con quella della popolazione generale, emerge quindi una precisa indicazione a predisporre efficaci interventi basati sull'attività fisica nei servizi di salute mentale.
L'attività fisica, condotta con particolare attenzione alla qualità della "relazione", ha il potenziale di migliorare la qualità della vita delle persone con gravi malattie mentali, attraverso due momenti strettamente collegati: il miglioramento della salute fisica e l'attenuamento della disabilità psichiatrica e sociale.

BENEFICI SULLA SALUTE FISICA

L'inattività fisica è uno tra i più rilevanti fattori di morbosità e mortalità [1]. Confrontate con soggetti attivi fisicamente, le persone sedentarie hanno un sostanziale incremento di rischio di sviluppare diabete [2-3], malattie cardiovascolari [4-5], ipertensione [6-7] e una serie di altre condizioni di disabilità cronica [1]. Gli effetti della modifica dello stile di vita nelle malattie croniche, indotti anche da dieta ed esercizio, sono rilevanti e riscontrati in molti studi. I risultati di

alcuni di essi presentano almeno un 60% di riduzione del rischio e l'effetto dell'attività fisica è risultato doppio rispetto all'effetto del trattamento standard [8].
L'attività fisica ha un ruolo predominante anche nella perdita di peso e nel ridurre il rischio di aumento di peso nella popolazione generale [9-10]. Anche in mancanza di perdita di peso, l'attività fisica può dare benefici sostanziali alla salute, ed individui obesi, ma attivi, sono in media più sani di soggetti non obesi ma sedentari [11].
Le persone con malattia mentale grave sono a rischio più alto di mortalità prematura rispetto alla popolazione generale. In media le persone con gravi malattie mentali muoiono da 10 a 15 anni prima rispetto alla popolazione generale [12-13]. Anche se la mortalità in eccesso è dovuta a suicidio e morte fortuita, l'ischemia cardiaca è una causa comune di eccesso di mortalità in questa popolazione [14]. Il tasso di comorbidità di malattie, come ipertensione, diabete, malattie respiratorie e malattie cardiovascolari è pari al 60% fra persone con gravi malattie mentali [15-16]. In uno studio di più di 38.000 persone trattate nel dipartimento del Veterans Affaire Health System, il 19% di pazienti con schizofrenia, aveva una diagnosi di diabete [17]. Questo dato può dipendere in parte dall'associazione tra narcolessia atipica e diabete [17-18]. Comunque gli individui con schizofrenia non sono solo le uniche persone con gravi malattie mentali che sono a rischio di incremento di diabete. La prevalenza di depressione nei pazienti con diabete è circa doppia rispetto alla popolazione generale, con una prevalenza tra il 15 e il 30% secondo che le stime siano basate sui criteri DSM o sulla presenza di livelli elevati di sintomi depressivi misurati con scale standardizzate [19-20].

EPIDEMIOLOGIA DELL'ATTIVITA' FISICA E MALATTIA MENTALE

Individui con gravi malattie mentali sono significativamente meno attivi della popolazione generale [21-23]. In un'indagine su 140 individui con schizofrenia, nessuno dei rispondenti al questionario aveva svolto alcun esercizio efficace durante la settimana precedente, e solamente il 19% degli uomini e il 15% delle donne riferivano la partecipazione ad almeno una sessione di attività fisica di moderata intensità [21]. Questi livelli d'attività fisica sono più bassi dei livelli riportati nella popolazione generale. In una coorte di 234 persone con grave malattia mentale, il 12% svolgeva esercizio intenso durante le due settimane precedenti, confrontate con il 35% nella popolazione generale e la partecipazione in esercizi leggeri era significativamente inferiore [22]. In un gruppo di 89 persone con disturbo bipolare, solamente il 39% prendeva parte settimanalmente ad attività fisica di moderata intensità durante le quattro settimane precedenti, rispetto al 70% dei controlli di pari età e sesso [23].
L'interazione tra vita sedentaria, dieta sbilanciata [21-23] e trattamenti farmacologici che inducono aumento di peso [18-24-25], dovrebbe comportare che individui con malattia mentale grave abbiano una più significativa probabilità di essere obesi rispetto alla popolazione generale. In ogni modo studi sulla prevalenza dell'obesità in questa popolazione forniscono risultati discordanti [21-26]. Nonostante questi risultati contrastanti è chiaro che l'alta prevalenza dell'obesità è allarmante tanto per individui con grave malattia mentale quanto per la popolazione generale, ed individui che prendono farmaci antipsicotici possono essere a rischio particolarmente alto di malattie collegate all'obesità [18-24-27-28].

INTERVENTI ADATTATI

Ecco, per cui, tutti i programmi di attività fisica, sia strutturati, supervisionati e di facile esecuzione, che interventi sullo di stile di vita volti a promuovere l'introduzione di attività fisiche generiche nel quotidiano, possono essere efficaci per le persone con gravi malattie mentali. I programmi d'esercizio strutturati possono assicurare i livelli adatti ed appropriati di attività fisica in un ambiente supervisionato; la loro verifica è evidentemente più immediata rispetto al controllo degli stili di vita. Ci sono in ogni caso alcuni svantaggi tra cui un potenziale costo di attrezzature, spazi e staff. Gli interventi sullo stile di vita migliorano il benessere cardiorespiratorio, hanno un effetto

positivo sui fattori di rischio della malattia cardiovascolare e possono essere più efficaci rispetto agli interventi di esercizi strutturati nell'aumentare i livelli di attività fisica [7-29-30].
L'attività di camminare, sia sotto forma di passeggiate di gruppo assistite sia come attività di marcia non assistita in ambiente familiare, costituisce il tipo d'esercizio più facile, più sicuro e meno costoso da promuovere ed è anche una delle forme più popolari di esercizio nelle persone affette da malattia cronica.
Per esempio, la maggior parte delle persone attive affette da diabete di tipo 2 sceglie il camminare come forma primaria di esercizio [31]. Camminare è un'attività che pressoché ognuno può fare quasi dovunque. Comunque anche il basso costo della camminata richiede pianificazione, supervisione e valutazione e comporta un tempo di organizzazione.
Programmi che impiegano principi per la modifica del comportamento, comprendendo il raggiungimento di un fine, l'automonitoraggio, il supporto sociale e la formazione (ovvero il cambiamento del comportamento a piccoli passi) sono più efficaci dei semplici programmi istruttivi. Programmi che incoraggiano l'attività fisica durante il tempo libero o una supervisione delle attività a casa sono migliori della partecipazione a programmi a lungo termine [32].
Con questo spirito, si è portato avanti il: **Progetto "BENESSERE",** sviluppato a partire dal protocollo sperimentato dalla "Lilly S.p.A."
L'obiettivo primario dello studio è stato quello di verificare se l'attività motoria adattata e organizzata secondo precisi protocolli, riesce a contrastare le patologie correlate all'aumento del peso ponderale nei pazienti psichiatrici trattati con clozapina, e di abbassare o contenere i valori specifici dell'obesità [38]:

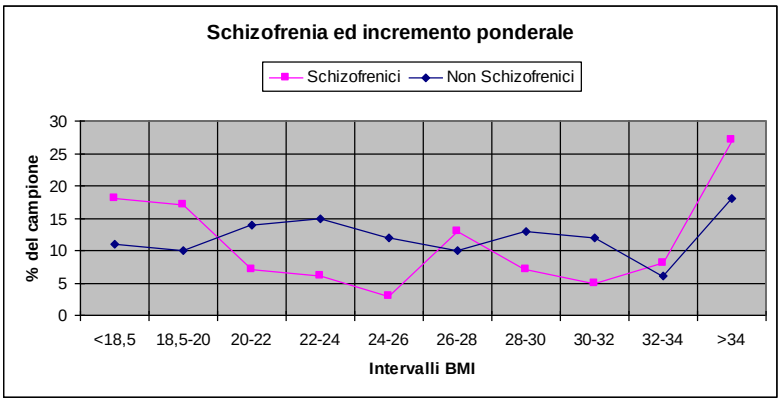
- Indice di massa corporea "BMI";
- Circonferenza vita;
- Valori ematici, quali: trigliceridi, glicemia e colesterolo totale.

Sovrappeso ed obesità tra i pazienti psichiatrici sono oggetto di crescente interesse, per i seguenti motivi:

1. i dati epidemiologici mostrano una maggiore prevalenza di sovrappeso e obesità nei pazienti psichiatrici rispetto alla popolazione generale [35];
2. crescente diffusione di terapie farmacologiche, come antipsicotici atipici e stabilizzatori dell'umore, sono responsabili di un incremento ponderale;
3. aumento dell'interesse per i problemi organici dei pazienti psichiatrici.

Inoltre devono essere tenute presenti le conseguenze psicosociali legate all'incremento ponderale in termini di potenziale compromissione dell'attività fisica e relazionale del paziente.
Il sovrappeso e l'obesità rappresentano, infine, serie condizioni mediche, associate a maggiore rischio di dislipidemia, ipertensione, diabete mellito non insulino dipendente, malattie cardiovascolari, osteoartrite, disturbi respiratori e aumentato rischio di patologie neoplastiche a carico di organi quali la mammella, la prostata, il colon e l'utero [36].
L'incremento ponderale può rappresentare un motivo di interruzione o scarsa aderenza alla terapia, con conseguenti ricadute e cronicizzazione del disturbo.
Sovrappeso ed obesità sono frequenti tra i pazienti schizofrenici, in modo specifico l'obesità ha una prevalenza di molto superiore a quella della popolazione generale [33].

Tabella: schizofrenia ed incremento ponderale.[2]



Peraltro, i pazienti cronici presentano frequenti comportamenti e stili di vita non salutari quali scarsa attività fisica, fumo di sigarette, abuso di bevande alcoliche e alimentazione scorretta; recenti studi mostrano, infatti, che i pazienti psichiatrici con problematiche di eccesso di peso corporeo tendono a prediligere alimenti ad alto contenuto calorico rispetto alla popolazione generale [33].
Nonostante la diversa incidenza clinica e metabolica nell'utilizzo di alcuni farmaci rispetto ad altri, come mostra lo studio effettuato da Kinon et al.* che ha dimostrato un aumento di glucosio e di trigliceridi, significativamente più elevato in pz che avevano assunto olazapina rispetto a quelli che avevano assunto aripiprazolo, l'obiettivo dello studio è sicuramente volto alla riacquisizione della percezione del sé corporeo, unito alla possibile prescrizione di attività fisica personalizzata e ben congeniata in Obiettivi che possono essere suddivisi in:

- generali
  - Consigli pratici per una sana e corretta alimentazione;
  - Benefici derivanti da un esercizio fisico regolare;
  - Migliorare la percezione corporea;
  - Stimolare alla partecipazione attiva
- specifici
  1. Consigli pratici per una sana e corretta alimentazione
     - Conoscenza dei diversi tipi di alimenti;
     - Riconoscimento di corrette porzioni alimentari;
     - Riduzione del rischio di sviluppare patologie mediche derivanti dal cambiamento dello stile di vita;
     - Determinazione dell'equilibrio tra l'apporto calorico (dieta) e il consumo energetico (attività fisica) nella gestione del peso corporeo.
  2. Benefici derivanti da un esercizio fisico regolare
     - Individuare un'attività fisica da svolgersi in gruppo;
     - Definizione di esercizio aerobico;
     - Illustrazione dei benefici dell'esercizio aerobico;
     - Cenni sulla frequenza cardiaca, IBM, massa grassa e magra;
     - Illustrazione dei dispendi energetici collegati alle diverse pratiche sportive;
     - Distinzione dei diversi esercizi (cardiovascolari, di flessibilità, coordinativi, equilibrio, potenziamento…).

[2] Fonte: Allison B, Casey E J Clin Psychiatry 2001

* Kinon BJ, Stauffer VL, Kollack-Walker S, Chen L, Sniadecki J. Olanzapine vs. aripiprazole for the treatment of agitation in acutely in patiens with schizophrenia. J Clin Psychopharmacol 2008; 28:601-7.

3. Migliorare la percezione corporea
    - Esercizi di propriocezione;
    - Bioenergetica;
    - Presa di coscienza del proprio corpo;
    - Il corpo come “strumento” di relazione con gli altri e con l’ambiente sociale;
    - Esercizi di rilassamento e di respirazione profonda;
    - Ginnastica posturale.
4. Stimolare alla partecipazione attiva:
    - Far conoscere i vari sport;
    - Cercare dei vissuti sull’attività sportiva;
    - Premiare la partecipazione.

4.1.2. CRITERI DI INCLUSIONE

Il programma è rivolto ai pazienti della Comunità Terapeutica “Franco Basaglia” dell’USL di Frosinone affetti da schizofrenia e da disturbi dello spettro schizofrenico, in trattamento con il farmaco antipsicotico “Clozapina”.
Il gruppo dei partecipanti coinvolge 9 pazienti.

4.1.3. OPERATORI

La conduzione del programma è affidata al Dott. Marco Aresti (Educatore Professionale e docente A.F.A. Univ. Di Cassino), affiancato da Pasquale Mariano (Dott. in Scienze Motorie e specializzando in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie e Adattative), in collaborazione con la casa farmaceutica “Lilly S.p.A.”.

4.1.4. MODALITA’ DI ORGANIZZAZIONE

Fase 1: monitoraggio dell’alimentazione e dell’attività fisica

- Conoscere l’importanza dei diversi alimenti;
- Comprendere l’importanza di una dieta variata che assicuri il fabbisogno di vitamine e minerali;
- Illustrare la piramide alimentare ed il suo ruolo in una sana e corretta alimentazione;
- Inserire gli alimenti nella sezione corretta della piramide alimentare;
- Identificare le corrette porzioni per ciascun alimento;
- Proporre dei giochi per l’acquisizione delle nozioni alimentari.

Fase 2: obiettivo di calo ponderale e regolarizzazione dell’alimentazione e dell’attività fisica
Viene stabilito il calo ponderale da ottenere e viene concordato insieme al paziente lo schema alimentare da seguire. Il paziente viene, inoltre, stimolato ad incrementare l’attività fisica e ad adottare uno stile di vita più attivo.

Fase 3: come controllare l’alimentazione in eccesso
Vengono dati al paziente consigli pratici per controllare l’alimentazione in eccesso (come riporre il cibo, come gestire il momento del pasto).
Fase 4: tecnica delle attività alternative
In caso di necessità viene insegnato al paziente come gestire i momenti di difficoltà con la tecnica delle attività alternative.

Fase 5: mantenimento del peso
Se alla fine del programma è stato raggiunto il calo ponderale stabilito, viene fornita al paziente una dieta normocalorica allo scopo di mantenere il peso. Altrimenti il paziente continua a seguire la dieta ipocalorica fino a raggiungere il calo di peso consigliato.

Le diete seguite dai pazienti sono tutte bilanciate e personalizzate. Il 55-60% delle calorie giornaliere deriva dai carboidrati; il 20-25% dai grassi; il 15-20% dalle proteine. Sono strutturate in 3 pasti principali e 1, 2 o tre spuntini a seconda delle esigenze.

DURATA DEL PROGETTO

Il progetto ha la durata di un anno, con inizio a Maggio 2007 e termine a Giugno 2008.
Gli incontri si svolgono ogni Venerdì alle ore 10:30 e hanno una durata di 60 minuti.

ANALISI INIZIALI

I dati iniziali del progetto pilota:
- Campione: costituito da n°9 soggetti.
- Dati demografici del campione:

MASCHI	5
FEMMINE	4
ETA' 19-39 ANNI	8
ETA' 40-50	1
NON CONIUGATI	9
CONIUGATI	0
DISOCCUPATI	6
OCCUPATI	3

- Diagnosi e trattamento farmacologico

SCHIZOFRENIA	8
BIPOLARI	1
CLOZAPINA	6
OLANZAPINA	1
RIPERIDONE	1
FENOTIAZINA	1

- Tempo di ricovero nella CTR e del trattamento farmacologico

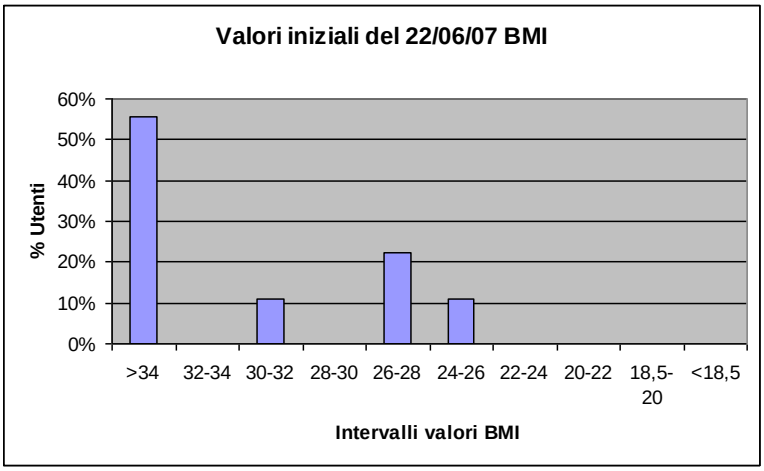
Ricovero	N° soggetti	Trattamento con Clozapina
7 MESI	1	7 MESI
8 MESI	1	8 MESI
16 MESI	1	15 MESI
21 MESI	1	20 MESI
25 MESI	1	25 MESI
3 ANNI	2	3 ANNI
3 ANNI E 3 MESI	1	3 ANNI E 2 MESI
4 ANNI E 4 MESI	1	4 ANNI E 4 MESI

TEST INIZIALE DI VALUTAZIONE OBESITÀ DEL 22-06-07

La misura più utilizzata per la valutazione dell'obesità è l'indice di massa corporea o BMI, che si calcola attraverso la formula peso (Kg)/altezza (m2).
Dall'analisi iniziale risulta che su 9 utenti:

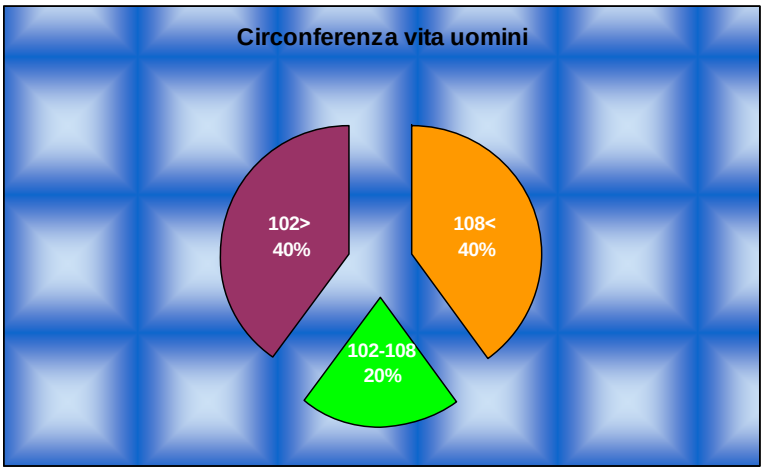
- Il 56% presentano una obesità di 2° grado: di cui il 90% sono trattati con clozapina e il 10% con olanzapina;
- Il 11% presenta una obesità di 1° grado: trattato con clozapina
- Il 22% sono in sovrappeso; di cui 50% è trattato con fenotiazina e il restante 50% con clozapina e risperidone

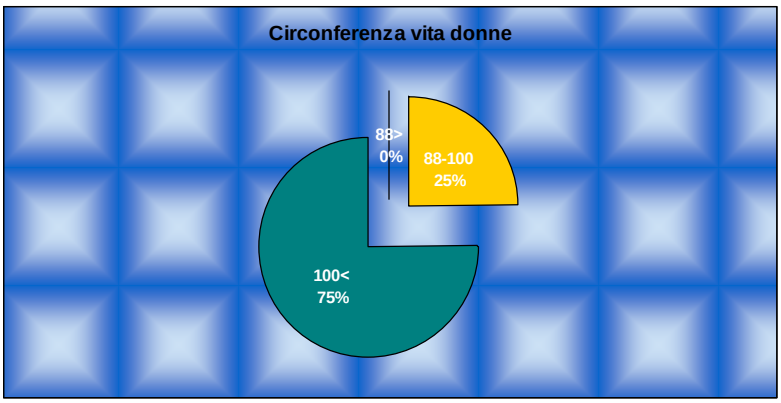
- Il 11% è in condizioni accettabili ed è trattato con clozapina da circa due mesi



CIRCONFERENZA VITA

La circonferenza vita è un buon indicatore della distribuzione regionale del grasso corporeo. Un aspetto correlato all'aumento ponderale è quello della distribuzione dell'adiposità, la quale rappresenta un fattore di rischio indipendente per morbilità e mortalità.





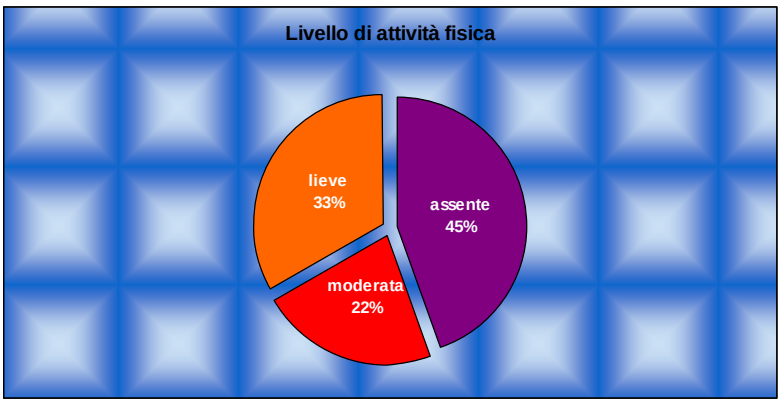
ESECUZIONE DEL PROGETTO

1° OBIETTIVO: CONSIGLI PRATICI PER UNA SANA E CORRETTA ALIMENTAZIONE

Gli utenti presenti presso la Comunità terapeutica riabilitativa rispettano una dieta ipocalorica, elaborata per due utenti dal centro di nutrizione e dietologia clinica, per uno da un endocrinologo privato e per 6 direttamente dall'azienda Asl.
Ogni utente ha, però, a disposizione un budget giornaliero di circa 3,50 euro, utilizzato per la maggior parte nell'acquisto di cioccolate, merendine e snack.
Nel primo incontro sono state mostrate slide riguardanti l'Alimentazione corretta, in quanto gli utenti hanno dimostrato di avere una scarsa conoscenza degli alimenti, della loro composizione e delle corrette abitudini alimentari.

2° OBIETTIVO: BENEFICI DERIVANTI DA UN ESERCIZIO FISICO REGOLARE

Gli utenti della CTR presentano un livello di attività fisica molto basso e in alcuni di essi è del tutto assente, nella maggioranza dei casi è lieve o moderato.



3° OBIETTIVO: MIGLIORARE LA PERCEZIONE CORPOREA

Gli utenti dimostrano, durante gli esercizi sulla percezione corporea, di avere un limitato contatto con il proprio corpo e le loro emozioni.
Il loro corpo presenta:

- Spasticità dei muscoli e delle articolazioni;
- Viso inespressivo;
- Braccia come appendici;
- Piedi contratti;
- Scarso appoggio dei poedi;
- Mancanza di integrazione tra i diversi distretti corporei;
- Respiro superficiale;
- Basso livello energetico;
- Scarsa percezione;
- Posture scorrette;
- Coordinazione scarsa;
- Difficoltà di equilibrio;
- Ridotta flessibilità;
- Nel 60% dei casi il test indice naso è stato eseguito correttamente;
- Alcuni dimostrano uno scarso senso di indipendenza e tendono ad appoggiarsi agli altri per essere sostenuti.

4° OBIETTIVO: STIMOLARE ALLA PARTECIPAZIONE ATTIVA ATTRAVERSO IL PROGETTO EXPORT-SPORT

All'interno del programma pilota "Benessere" si cala il progetto "Export-Sport", elaborato e gestito dalle A.S.D. "Integramente" ed "Arte del Movimento" affiliate all'Ente di promozione sportiva U.I.S.P. (Unione Italiana Sport per Tutti).

Tale progetto prevede la sperimentazione di un modulo distrettuale-dipartimentale sulla riabilitazione psico-sociale ad indirizzo sportivo, costituito da "gruppi di lavoro corporeo e sportivo" rivolti a giovani adulti presi in carico dai Servizi del DSM, che svolgono un programma terapeutico-riabilitativo.
Il progetto prevede la sperimentazione di "spazi di ri-abilitazione ad indirizzo sportivo", formati da gruppi di lavoro costituiti da:

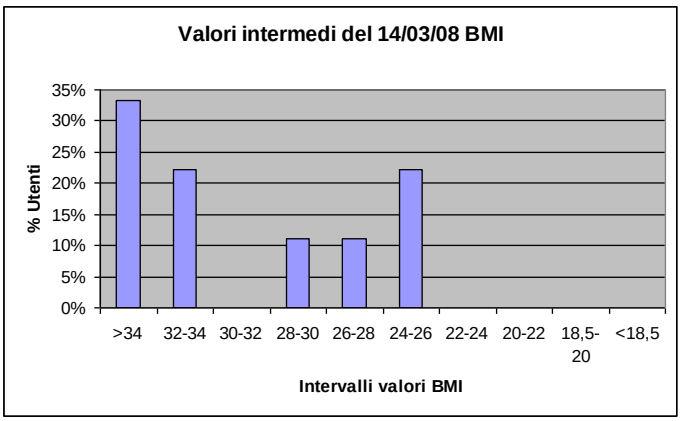
- un referente per Servizio;
- operatori motivati e referenti degli utenti segnalati dal proprio Servizio;
- due specialisti in Attività Motorie e Sportive per il nuoto, la palestra, il calcio a 5, la pallavolo e l'atletica leggera;
- Tirocinanti, previa convenzione con l'Università degli Studi di Cassino, facoltà di Scienze Motorie;
- Volontari (con garanzia di continuità nella partecipazione).

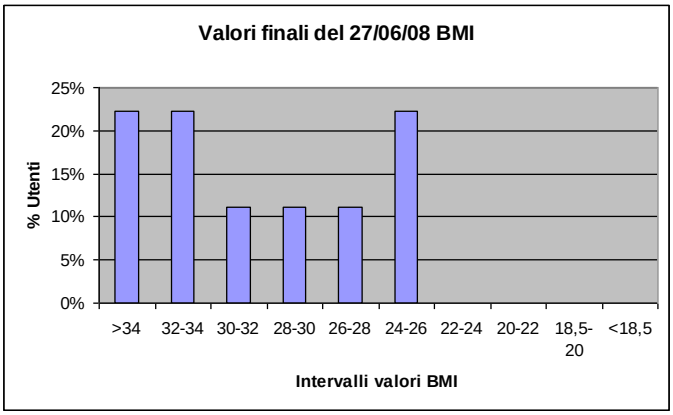
Questi gruppi di lavoro, che non devono superare il n° massimo di 15 utenti, dovranno essere operativi per un'attività sportiva finalizzata alla riabilitazione psicosociale.
Viene, quindi, privilegiato il lavoro in team, con attività che avranno una frequenza almeno bisettimanale: ciò si rende necessario per costituire l'equipe sportiva e rendere organico l'intervento nei suoi aspetti di Accoglienza (input all'ingresso), di Orientamento sportivo (fase di avvio nella pratica dello sport), di Valutazione (output con l'equipe sportiva per feed-back sull'esperienza di sport).
Le gare avranno luogo, a rotazione, presso le comunità aderenti al progetto.
Tale proposta vuole suggerire una modalità di intervento, condivisa dai vari gruppi di lavoro, che dia risalto ad una prassi ri-abilitativa focalizzata sul "processo" oltre che sul "compito", privilegiando il lavoro di squadra, in cui la presenza degli operatori sia attiva e indispensabile per il buon andamento del processo riabilitativo.
Ci si propone, infatti, di utilizzare l'attività sportiva come occasione di comunicazione ed integrazione sociale, oltre che di osservazione.
Il campo di calcio piuttosto che quello di volley o la palestra, diventano così il setting dove avviare gestire il rapporto intersoggettivo, nella certezza che lo sport, da solo, non possa fare prevenzione né cura, ma unito ad altri interventi, tra i quali l'informazione, il confronto, altre attività di integrazione sociale, ne aumenta l'efficacia e l'incisività.
Ciò contribuirà ad un significativo miglioramento del nostro lavoro, utilizzando un approccio alla patologia psichica che possa contribuire ad una maggiore integrazione sociale dei nostri utenti.

RISULATI DEL PROGETTO

Il progetto Benessere ha avuto la durata di un anno e alla fine di questo percorso possiamo affermare che esiste una forte associazione tra l'attività fisica e la salute mentale, verificata dai risultati finali di questo studio pilota.
In particolare, per quanto riguarda l'obiettivo di prendere coscienza dell'importanza di una sana e corretta alimentazione, i risultati finali sono molto positivi. Infatti nell'incontro conclusivo è stato somministrato agli utenti un questionario per valutare il loro stile di vita. Dal questionario è emerso che gli utenti sanno distinguere i diversi tipi di alimenti; di saperli collocare in maniera corretta all'interno della "piramide alimentare"; di saper riconoscere le corrette porzioni alimentari; di aver compreso l'importanza del ruolo dell'acqua e di una dieta ricca di fibre, ma povera di grassi.
Inoltre, gli utenti hanno dimostrato di aver compreso l'importanza di una dieta variata e come una corretta alimentazione possa essere un ottimo strumento per la prevenzione, ad esempio, delle patologie cardiovascolari.
Anche per quanto riguarda il secondo obiettivo e cioè i benefici derivanti da un esercizio fisico regolare, i risultati sono molto soddisfacenti.

Dalle tabelle qui riportate emerge come i dati finali dimostrano che l'attività fisica ha prodotto dei miglioramenti circa l'indice BMI. Dai risultati emerge infatti che c'è stato un calo ponderale e dunque anche i valori di BMI sono migliorati.



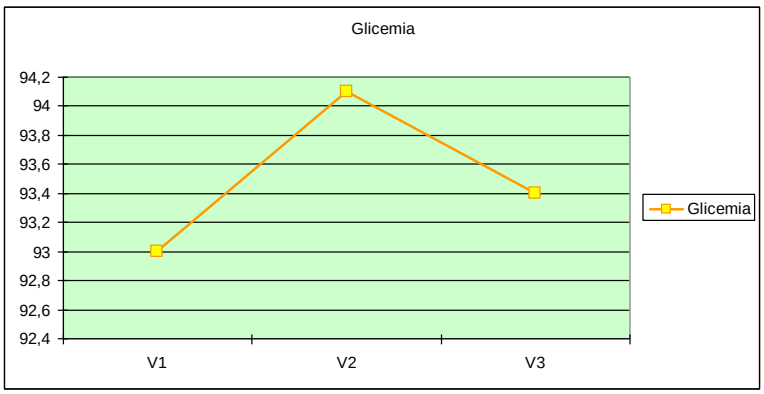


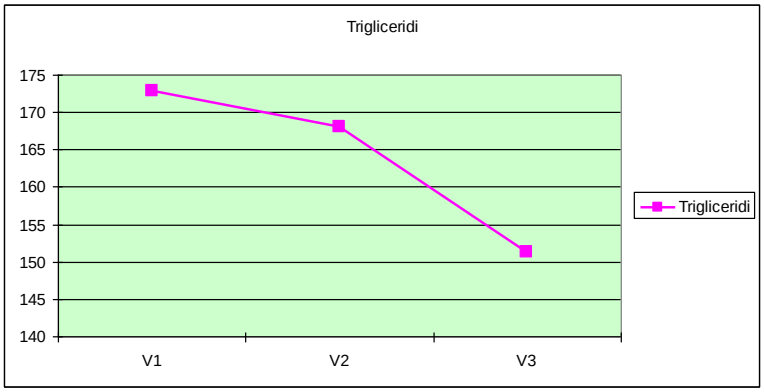
ANALISI DI LABORATORIO

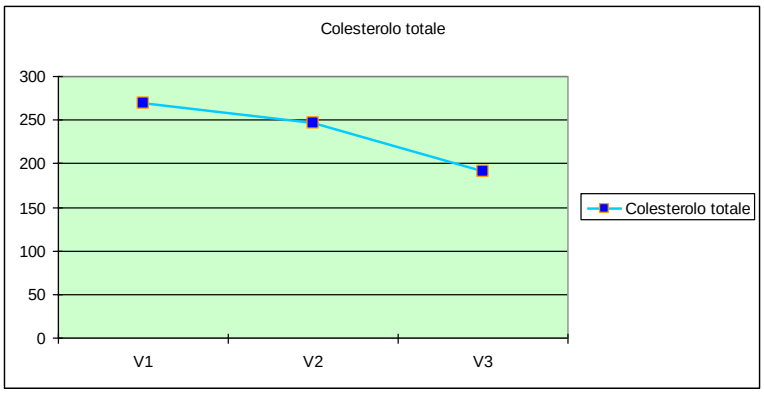
Altro obiettivo fondamentale è quello di rilevare i valori ematici degli utenti, in particolare i valori della glicemia, trigliceridi e colesterolo totale.

Dai grafici si evince che:

- l'indice glicemico è rimasto molto contenuto nei range di normalità;
- i trigliceridi hanno avuto un calo sostanziale da v2 a v3, dato dall'incremento costante dell'attività fisica;
- il colesterolo totale è diminuito grazie al giusto equilibrio tra attività fisica ed alimentazione.

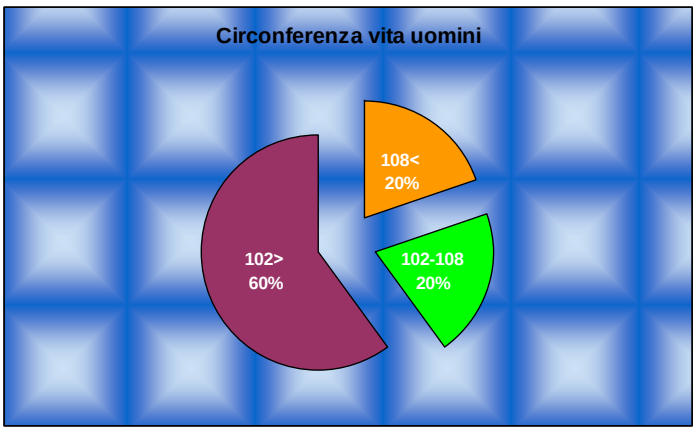


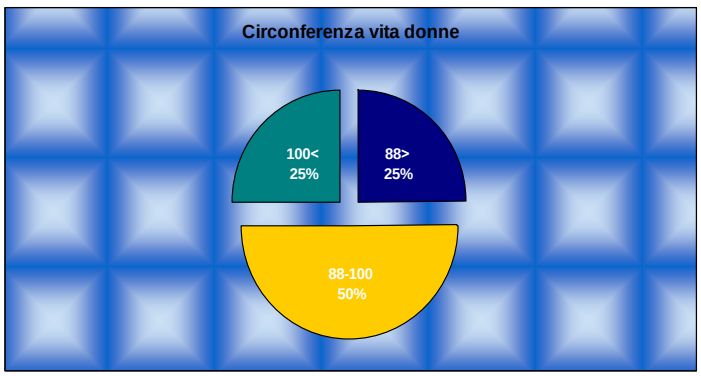




Anche per quanto riguarda la circonferenza vita, i dati rilevati dimostrano che l'attività fisica associata ad una corretta alimentazione, riduce notevolmente l'accumulo di tessuto adiposo a livello della vita, prevenendo così il rischio di insorgenza di numerose patologie, come, ad esempio, quelle cardiovascolari e metaboliche.

Dai dati emerge che gli utenti della CTR, sia uomini che donne, hanno ridotto significativamente la loro circonferenza vita.

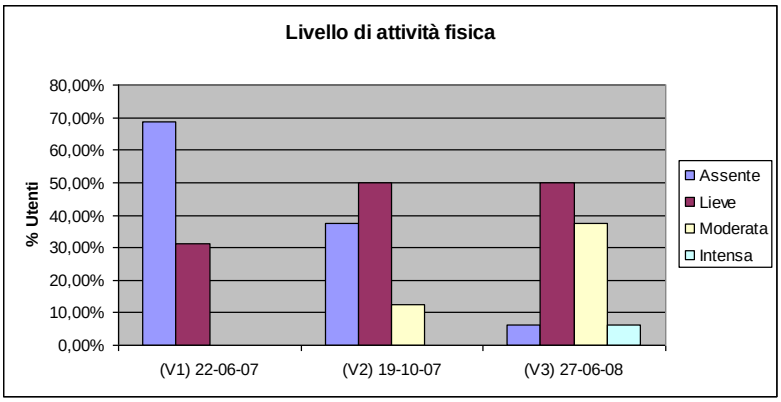




Risultati positivi si sono ottenuti anche per quanto riguarda la percezione corporea.
I dati finali dimostrano che gli utenti hanno ottenuto dei miglioramenti importanti come:

- Miglioramento del contatto con il proprio corpo;
- Riduzione della spasticità dei muscoli e delle articolazioni;
- Migliore integrazione tra i diversi distretti corporei;
- Maggiore tonicità muscolare;
- Piedi meno contratti;
- Respirazione più profonda;
- Posture più corrette;
- Sufficiente livello energetico;
- Coordinazione sufficiente;
- Miglioramento della flessibilità articolare.
- Miglioramento dell'equilibrio, anche ad occhi chiusi;

Infine, in merito al quarto obiettivo, quello relativo alla partecipazione attiva, i risultati ottenuti attraverso il progetto **"Export Sport"** sono molto incoraggianti.
L'adesione alle attività ha coinvolto pian piano anche quegli utenti che inizialmente erano convinti di non essere in grado di partecipare e competere nelle varie discipline sportive e che non hanno aderito al progetto "benessere".



In questo grafico è stato preso in considerazione il numero totale degli utenti presenti nella Comunità terapeutica "Franco Basaglia". Da esso si evince che la partecipazione all'attività fisica, alla fine, ha coinvolto tutti gli utenti raggiungendo un livello moderato-lieve, ed in alcuni di essi addirittura intenso.
In merito a questo dato possiamo dedurre che l'adesione al "progetto benessere", per il prossimo anno, sarà più alta.
Si è pervenuti a questo risultato perché lo scopo degli incontri tra le comunità non era quello di vincere e portare a casa una medaglia, ma quello di far emergere e rafforzare le potenzialità personali di tutti gli utenti, nei giochi individuali e sviluppare uno spirito di interazione e cooperazione nei giochi di squadra.
Altro risultato fondamentale è stato quello di riuscire a far emergere tutte le emozioni e gli stati d'animo degli utenti e imparare a controllare la propria impulsività nei confronti degli "avversari", dei compagni e verso l'arbitro.
In questo modo gli operatori, che attivamente prendevano parte alle gare, hanno potuto cogliere le potenzialità e le criticità dei propri utenti; cosa che all'interno della comunità risultava più difficile.
Grazie, invece, a sport individuali come l'atletica leggera, molti utenti hanno potuto combattere e controllare la propria rabbia.

Utenti, che a causa della propria obesità si sentivano esclusi e a disagio in sport di squadra come il calcio o la pallavolo, hanno trovato, invece, in sport individuali come l'atletica leggera, in particolare nel getto peso, il modo migliore per esprimersi.
Questi utenti erano spronati a dare il meglio di sé, non solo perché ottenevano un premio, ma anche e soprattutto perché il loro risultato andava ad incidere su quello di tutta la squadra. In questo modo si sentivano pienamente integrati nel proprio gruppo.
Altro risultato fondamentale emerso dallo studio, è quello di essere riusciti a sensibilizzare le strutture, che hanno partecipato al "Export Sport", all'importanza dell'attività motoria e all'inserimento nella propria equipe di un esperto che si occupi di monitorare gli allenamenti e di favorire la partecipazione alle attività sportive.

CONCLUSIONI

E' ormai accertato che l'esercizio fisico ha un effetto positivo non soltanto sul fisico (aiuta a combattere stati di ipertensione, diabete, obesità e altre patologie) ma anche sulla mente.
Quando abbiamo iniziato il progetto "Benessere" eravamo preparati alle difficoltà e ai "passi indietro". Fare dell'attività fisica non è sempre facile o piacevole. A tutti può capitare di essere colti dalla pigrizia o di inventarsi delle "scuse" per non rispettare il programma che ci si era proposti. Tante volte nel corso di quest'anno molti hanno rischiato di cadere nella trappola dell'"autodenigrazione" per ciò che non erano riusciti a fare. E' molto facile per le persone con disturbi psichici biasimarsi e rimuginare sul fallimento: abbiamo, invece, concentrato la nostra attenzione su ogni passo fatto nella direzione giusta, e ci siamo gratificati per esso. Il processo di cambiamento non è affatto facile e gli ostacoli e i passi indietro ne fanno parte.
Durante lo svolgimento del progetto "Benessere" ho potuto verificare che la figura dell'esperto dell'attività motoria adattata è fondamentale in un'equipe riabilitativa psichiatrica. La nostra figura è necessaria nel riuscire a trovare regole giuste per facilitare le dinamiche di interazione tra i vari soggetti e scoprire quali carenze sociali possono influire sulla psiche dei soggetti.
Il riuscire a percepire i segnali che il corpo esprime è indispensabile per favorire non solo il miglioramento del paziente ma anche per riuscire a dare segnali utili a tutti i membri dell'equipe per migliorare i propri interventi terapeutici.
Inoltre, durante questa esperienza, ho capito che gli obiettivi dovevano e devono essere presi in considerazione a piccoli passi, attraverso programmi di volta in volta modificati e adattati alla persona e al gruppo.
Infatti, l'obiettivo primario di una riabilitazione a carattere motorio e sportivo in una comunità terapeutica per il disagio psichico, deve confrontarsi con i vissuti e le esperienze dei soggetti. Solo facendo ciò si possono modificare le abitudini scorrette e portare i pazienti verso il cambiamento, per migliorare la loro qualità della vita, in modo specifico a livello motorio, psichico e sociale.
Lo sport offre alle persone una realtà all'interno di un contesto con regole facilmente modificabili. Questo permette all'esperto dell'attività motoria, di calare nello sport le difficoltà della vita sociale del paziente, adattando le regole del gioco si riesce a far superare le difficoltà dell'utente e a migliorare gli stati d'animo.

* Educatore Prof.le C.T.R. "F. Basaglia" A.U.S.L. FR, docente Attività Fisiche Adattate (A.F.A.) al disagio psichico, Facoltà di Scienze Motorie, Università di Cassino;
**Dott. in Scienze Motorie, Specializzato in Attività Motorie Preventive e Adattative, Univ. di Cassino.

Bibliografia

[1] US Department of Health and Human Services: Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
[2] Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. New England Journal of Medicine 346:393–403, 2002.

[3] Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. New England Journal of Medicine 344:1343–1350, 2001.
[4] Hu FB, Stampfer MJ, Solomon C, et al: Physical activity and risk for cardiovascular events in diabetic women. Annals of Internal Medicine 134:96–105, 2001.
[5] Williams PT: Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a meta-analysis. Medicine and Science in Sports and Exercise 33:754-761, 2001.
[6] Haapanen N, Miilunpalo S, Vuori I, et al: Association of leisure time physical activity with the risk of coronary heart disease, hypertension, and diabetes in middle-aged men and women. International Journal of Epidemiology 26:739–747, 1997.
[7] Moreau KL, Degarmo R, Langley J, et al: Increasing daily walking lowers blood pressure in postmenopausal women. Medicine and Science in Sports and Exercise 33:1825–1831, 2001.
[9] Belardinelli R, Georgiou D, Cianci G, et al: Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure: effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcome. Circulation 99:1173–1182, 1999.
[10] Blair SN: Evidence for success of exercise in weight loss and control. Annals of Internal Medicine 119:702–706, 1993.
[11] Jebb SA, Moore MS: Contribution of a sedentary lifestyle and inactivity to the etiology of overweight and obesity: current evidence and research issues. Medicine and Science in Sports and Exercise 31:S534-S541, 1999.
[12] Blair SN, Brodney S: Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. Medicine and Science in Sports and Exercise 31:S646–662, 1999.
[13] Valenti M, Necozione S, Busellu G, Borrelli G, Lepore AR, Madonna R,Altobelli E, Mattei A, Torchio P, Corrao G, Di Orio F. Mortality in psychiatric hospital patients: a cohort analysis of prognostic factors. Int J Epidemiol. 1997;26:1227-35.
[14] Joukamaa M, Heliovaara M, Knekt P, et al: Mental disorders and cause-specific mortality. British Journal of Psychiatry 179:498–502, 2001.
[15] Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV, et al: Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980–1998. British Journal of Psychiatry 182:31–36, 2003.
[16] Koran LM, Sox HC, Morton KI, et al: Medical evaluation of psychiatric patients. Archives of General Psychiatry 36:414–447, 1989.
[17] Berren MR, Hill KR, Merikle E, et al: Serious mental illness and mortality rates. Hospital and Community Psychiatry 45:604–605, 1994.
[18] Sernyak MJ, Leslie DL, Alarcon RD, et al: Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia. American Journal of Psychiatry 159:561–566, 2002.
[19] Lean ME, Pajonk FG: Patients on atypical antipsychotic drugs: another high-risk group for type 2 diabetes. Diabetes Care 26:1597–1605, 2003.
[20] Piette J, Richardson C, Valenstein M: Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: the case of diabetes and depression. American Journal of Managed Care 10:41–51, 2004.
[21] Peyrot M, Rubin RR: Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. Diabetes Care 20:585–590, 1997.
[22] Brown S, Birtwistle J, Roe L, et al: The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. Psychological Medicine 29:697-701, 1999.
[23] Davidson S, Judd F, Jolley D, et al: Cardiovascular risk factors for people with mental illness. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 35:196-202, 2001.
[24] Elmslie JL, Mann JI, Silverstone JT, et al: Determinants of overweight and obesity in patients with bipolar disorder. Journal of Clinical Psychiatry 62:486–491, 2001.
[25] Allison DB, Mentore JL, Heo M, et al: Antipsychoticinduced weight gain: a comprehensive research synthesis. American Journal of Psychiatry 156:1686–1696, 1999.

[26] McIntyre RS, Mancini DA, Basile VS: Mechanisms of antipsychotic-induced weight gain. Journal of Clinical Psychiatry 62(suppl 23):23–29, 2001.
[27] Allison DB, Fontaine KR, Heo M, et al: The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry 60:215–220, 1999
[28] Kurzthaler I, Fleischhacker WW: The clinical implications of weight gain in schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry 62(suppl 7):32–37, 2001.
[29] Weiden PJ, Mackell JA, McDonnell DD: Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance. Schizophrenia Research 66:51–57, 2004.
[30] Dunn AL, Garcia ME, Marcus BH, et al: Six-month physical activity and fitness changes in Project Active, a randomized trial. Medicine and Science in Sports and Exercise 30:1076–1083, 1998.
[31] Hagiwara A, Hayashi Y, Nakamura Y, et al: Effects of group- versus home-based walking intervention on lifestyle activity. Japanese Journal of Physical Fitness and Sports Medicine 49:571–579, 2000.
[32] Krug LM, Haire-Joshu D, Heady SA: Exercise habits and exercise relapse in persons with non-insulindependent diabetes mellitus. Diabetes Educator 17:185–188, 1991.
[33] Dishman RK, Buckworth J: Increasing physical activity: a quantitative synthesis. Medicine and Science in Sports and Exercise 28:706–719, 1996.
[34] Allison B, Casey E J Clin Psychiatry 2001.
[35] Angermeyer MC, Matschinger H. Attitude of family to neuroleptis [in German]. Psychiatr Prax 1999.
[36] McIntyre RS, McCann SM, Kennedy SH. Antipsychotic Metabolic Effects: Weight Gain, Diabetes Mellitus, and Lipid Abnormalities. Can J Psychiatry, April 2001.
[37] National Institute of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults -the evidence report. Obes Res 1998.
[38] Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler LP, Cappelleri JC, Infante MC, et al. Antipsychotic-Induced Weight Gain: A Comprehensive Research Synthesis. Am J Psychiatry November 1999.
[39] C. Tridente, M. Casiello, G. Foia, M. Petrosino, B. Speranza, A. Tridente, G. Muscettola Antipsicotici, variazioni ponderali ed aderenza al trattamento in un campione di pazienti ambulatoriali. *Antipsychotic drugs, weight changes and drug adherence in an outpatient sample.*

Sitografria

- www.body-image.it
- www.danzamovimentoterapia.it
- www.francoangeli.it
- www.geocities.com
- www.massamagra.it
- www.medicina.uniba.it
- www.nutrizioneebenessere.it
- www.nutriwhealth.com
- www.nuovipercorsi.org
- www.neuro.unibo.it
- www.psicologi-psicoterapeuti.it
- www.psiconline.it
- www.psycomedia.it
- www.paginemediche.it
- www.sopsi.it

I CART si raccontano: una nuova esperienza di intervento territoriale psichiatrico in Lombardia

di Daniela Bruni, Patrizia Cetti*, Ada Spreafico*, Silvia Vanoli*, Cristiana Bassi**, Flavia Bellati**, Silvia Bianchi**, Giovanni Minaglia**, Luisa Terzaghi***, Daniela Mazza****, Michela Napoli****, Laura Calcaterra*****, Tiziana Ferrario******, Giorgio Scorza*******

Abstract

The CART (Center for Resocializing Activities in the Community) is an experimental organizational solution developed within the Department of Mental Health of the Como Sant'Anna Hospital.

It couples adaptability and creativity to cope with some key problems of psychiatric intervention in the community such as lack of human resources, long distances in extraurban settings and wide geographical scattering of the catchment area population.

It sets operative and spatial flexibility as an alternative to the "traditional" centrality of the CPS and Day Hospital.

Its purpose is tackling three key issues of community psychiatry: proximity to users' place of residence, professional cohesiveness of a small team, strenghtening of social networking.

The evidence gathered up until now from this experience show both a qualitative and quantitative increase of delivered interventions, an increase in the number of users reached and in the networking activities. Encouraging data is also pointing to a decrease in psychiatric hospital admissions. The health workers involved in the project had the opportunity to test themselves through a new operative model, building on each professional identity. The service, as well as receiving a positive response from users and their relatives, has facilitated the formulation of requests appropriate to the needs.

On the whole the experience has been positive and encourage us to pursue the project in the hope of maintaining in the long term the results achieved until now.

"…I grandi pensieri vengono dal cuore.. e non dalla testa" (F.Nietzsche)

PREMESSA

Perché nasce una nuova struttura, invece di consolidare quelle già esistenti istituzionalmente accreditate? Perché creare confusione, si spera senza volerlo, in un ambito di sigle pletoriche e non di rado mutantesi di piano sanitario in piano sanitario? Perché proporre nuove risposte socio sanitarie, quando, è evidente, si è in uno stato di carenza di risorse umane in psichiatria e nello specifico, nella psichiatria territoriale?

Si potrebbe proseguire nel porsi criticamente altre domande, quasi in un rito retorico senza via di uscita, se non la riconferma dell'assunto di partenza.

La risposta, comunque, alla fine sarebbe una (se ovviamente si è in accordo con essa): non si può pensare di dirigere, ai vari livelli gerarchici ed organizzativi, dei servizi nel campo della salute mentale, se non si sa coniugare flessibilità, adattabilità e creatività in alternativa ad un modello di gestione, che si potrebbe definire, per parafrasi, notarile.
Quindi, semplificando, con un pizzico di vis polemica, che senso ha piangersi addosso se il nostro compito è trovare soluzioni? Questo scritto, nel suo piccolo, vuole descrivere una soluzione, come e perché è nata, come si è sviluppata ed infine quali risultati ha ottenuto.
Sic et simpliciter *un contributo* al dibattito in atto sull'intervento territoriale all'interno del nostro DSM e più in generale nell'ambito della nostra Regione.
Così è iniziato il viaggio che ha portato alla nascita dei C.A.R.T.

COS'E' IL CART?

La parola **C.A.R.T.** è un acronimo che significa: **C**entro di **A**ttività **R**isocializzanti **T**erritoriali.
È una soluzione operativa organizzativa che affronta alcuni nodi problematici nell'intervento territoriale in psichiatria, soprattutto in aree extraurbane e/o a vasta dispersione geografica. Contrappone alla centralità della sede del Centro Psico-Sociale e del Centro Diurno, la flessibilità spaziale ed operativa: interventi in sedi decentrate sul territorio, in analogia agli ambulatori distaccati, ma in totale diversità per la logica di lavoro e la mission (abusando in modo improprio di questo termine) di tali strutture.
Fonda il suo esistere su tre temi importanti:

- la ***prossimità*** ai luoghi di appartenenza degli utenti e quindi al loro habitat sociale,
- la ***coesione multiprofessionale*** e la capacità di lavoro di una équipe di ridotte dimensioni,
  - rafforza la motivazione al proprio lavoro e al senso di appartenenza,
  - rafforza il costituirsi come punto di riferimento con forte identità riconosciuta, per le realtà socio-sanitarie locali,
- si rafforza come nucleo di base dell'attivazione nel ***lavoro di rete*.**

Il progetto prende avvio dalla consapevolezza che il percorso di cura della persona, cittadino protagonista del proprio divenire, si diversifichi sulla base del bisogno e si orienti allo sviluppo e al recupero delle abilità psico- sociali.
Si rivolge a persone affette da disagio psichico, in carico al servizio territoriale, la cui individuazione è di competenza dell'èquipe del C.P.S., che stila il Piano di Trattamento Individuale. Accedono al CART soggetti con bisogni prevalentemente di tipo relazionale, sociale o risocializzante: condizioni di isolamento per mancanza di una rete familiare o sociale; necessità riabilitative come il mantenimento di abilità di base legate alla vita quotidiana o comunicative/relazionali; bisogni occupazionali. Possono essere persone che già hanno alle spalle un percorso riabilitativo importante in struttura e che necessitano di un supporto meno intenso oppure persone che, viceversa, devono essere "agganciate" al servizio per un progetto terapeutico.
L'imprescindibile valenza dell'ascolto e la significatività della narrazione, generatesi dall'incontro con la persona, permeano la filosofia degli interventi e divengono "solenni" momenti di intreccio tra la soggettività di chi cura e quella di chi è curato, un'alleanza terapeutica fra l'una e l'altra soggettività.
Le parole, i gesti, le azioni, i silenzi, i volti e gli sguardi sono gli elementi simbolici della capacità di lettura, comprensione e condivisione delle esperienze, "*simbolo di una psichiatria mite e gentile nella sua apertura verso gli altri*", come afferma Eugenio Borgna nel suo meraviglioso libro "*Come in uno specchio oscuratamene"* [1]. Stare vicino alla persona con leggerezza e profondità, lasciando intravedere la nostra vicinanza psicologica ed umana, nella circolarità fra le parole che diciamo e le parole che ascoltiamo.
Il CART fonda la propria peculiarità nell' essere un servizio ***prossimo*** alle persone di cui si occupa nel territorio che abitano. La cura del disagio psichico dovrebbe avvenire, nella maggior

misura possibile, nella comunità di provenienza, considerata risorsa imprescindibile da cui partire per formulare un piano di cura.
Il modello terapeutico prevede l'organizzazione di una rete di servizi, nei quali una micro-équipè prende in carico l'utente nell'ottica di salvaguardare sempre di più i legami con l'ambiente familiare e sociale.
Essere prossimi significa sentire e vivere il "*clima*" dei luoghi di provenienza delle persone, significa essere *inclusi* nel contesto locale (ad esempio, essere coinvolti nella stesura di articoli informativi che vengono pubblicati sul bollettino comunale; essere interpellati dall'ente locale per offrire delle considerazioni su come implementare servizi culturali e sociali; essere sportello informativo e di collegamento fra servizi: ASL, SERT, Consultorio, Parrocchia, Caritas ed Associazioni etc.).
Le azioni promosse sul e nel contesto, comportano l'interazione efficace dei soggetti che lo costituiscono e determinano il rafforzamento del legame sociale, secondo meccanismi di riconoscimento reciproco e di condivisione. Si tratta di un "prendersi" cura del paziente in modo trasversale e capillare, che stimola precocemente la domanda di aiuto ed utilizza la propria flessibilità per cambiare gli interventi, con la stessa rapidità con cui mutano gli obiettivi o i bisogni dell'utente stesso. La dimensione di vicinato, l'essere nel luogo di vita, attiva una modalità di approccio comunitaria che pone al centro degli interventi *la relazione*, come se si riscoprisse un'identità personale generativa di scambi più profondi e conoscenze più vitali.
Il C.A.R.T. è luogo simbolico di incontro e conoscenza tra le diverse reti territoriali, in un'ottica di sostegno reciproco, nell'avvicendarsi degli interventi e della condivisione di informazioni. E' punto di ascolto, di riferimento e di mediazione con la rete dei servizi presenti sul territorio. Rappresenta, perciò, una risorsa interessante per **l'integrazione tra il servizio sanitario e la rete sociale** [2]: si tratta di immaginare un servizio di salute mentale come uno spazio concreto che è accessibile, flessibile, fluido, attento a generare relazioni, opportunità per i suoi utenti, in interazione con la comunità circostante. La modalità "informale" in cui si declina ha permesso di agganciare i pazienti "sfuggenti" che preferiscono un approccio più "elastico" e ambiti poco strutturati all'essere seguiti in una struttura che si connoti come "servizio psichiatrico".
Il C.A.R.T. nasce nella logica di una **èquipe** multiprofessionale di **ridotte dimensioni** e con una forte **coesione**: la motivazione al lavoro e il senso di appartenenza al servizio fanno sì che ciascun C.A.R.T., pur seguendo una direzione condivisa, si sviluppi con caratteristiche e peculiarità proprie. Sembra quasi che coloro che l'hanno pensato e poi realizzato abbiano tracciato i perimetri e reso tangibile l'unicità e l'originalità, che di solito si consegna all'identità. L'adeguata ripartizione del lavoro, l'individuazione di spazi di gratificazione dei singoli operatori, ovvero la possibilità che ciascuno ha di valorizzare le proprie inclinazioni e le proprie competenze, hanno permesso di compattare il gruppo, creando legami significativi, in cui il contributo di ciascuno diviene valore aggiunto all'esperienza [3]. L'interiorizzazione di obiettivi comuni, la responsabilità di gestione e di auto direzione, hanno reso "agile" il lavoro dell'équipe e più "solido" l'interfacciarsi con il contesto e con la struttura organizzativa. Dinamiche operative che facilitano la risoluzione di problemi, favoriscono la cooperazione e aumentano la motivazione [3].
Attualmente nel Dipartimento di Salute Mentale della provincia di Como sono attivi quattro CART. Il Cart di Porlezza, esperienza pilota che ha avuto inizio nel gennaio 2006, si struttura su tre giorni la settimana; il Cart di Olgiate Comasco, inaugurato nel maggio 2008, garantisce due giornate; San Fedele Intelvi, attivo dal 2007, è aperto un giorno la settimana; Cernobbio, avviato nell'aprile 2008, è aperto due giorni la settimana. Le quattro équipes, formate da tre operatori che interscambiano il proprio lavoro, garantiscono una presenza attiva di uno/due operatori al giorno. Le figure professionali coinvolte direttamente sono, in modo vario, Educatori ed Infermieri professionali, Assistenti sociali, Operatori Socio- sanitari ed Assistenti educatori, dipendenti da Cooperative sociali convenzionate con l'Azienda Ospedaliera. Una particolare specificità, che ulteriormente caratterizza l'identità di tale struttura, è la scelta di individuare l'educatore professionale come figura di riferimento della microéquipe.

Ogni Cart ha declinato le proprie caratteristiche, il proprio modus operandi, attorno al luogo e alle persone che lo abitano.
Il ***Cart di Porlezza*** è collocato geograficamente in una zona decentrata rispetto alle sedi territoriali del C.P.S. Pertanto si inserisce in un contesto sociale ampio e complesso, in cui si esprime chiaramente il bisogno di una presa in carico "forte" del cittadino-paziente.
Esso è ubicato al centro del Paese, all'interno di un edificio che è sede di poliambulatori, di fronte al Municipio adiacente al Centro Civico. L "essere" nella polis ha permesso di sviluppare rapporti di collaborazione spontanei e fluidi con la rete locale, consentendo un insediamento nella vita sociale naturale, vissuto e riconosciuto dalla cittadinanza.

Il ***Cart di San Fedele Intelvi***, per le caratteristiche di isolamento geografico della Valle, ha significato un'opportunità relazionale e risocializzante; poiché è una realtà territoriale chiusa, dove tutti si conoscono, la partecipazione risulta a volte difficoltosa, in quanto stigmatizzante.
La sede all'inizio era precaria poi è divenuta stabile ma, purtroppo, costituita da piccoli spazi. Questa condizione logistica ha determinato che il Cart si costituisse come un "tempo ed un luogo itinerante", in cui emergono le peculiarità relazionali e risocializzanti.

Il ***Cart di Cernobbio***, ubicato in un centro alle porte della città di Como, ha improntato la propria specificità sull'implementazione del lavoro di rete. Ha orientato le attività risocializzanti ad un'analisi delle offerte e delle risorse del territorio, ha puntato sulla scelta di partecipazione a proposte culturali ed artistiche. E' collocato presso uno degli ambulatori del CPS. Condivide gli spazi con il "Centro d'Incontro" della Cooperativa "San Giuseppe", cooperativa sociale operante su tutto il territorio comasco nell'ambito della disabilità psichica, interfacciandosi su progetti a favore di alcuni utenti.
La presenza sul territorio del Servizio ha consentito di intraprendere un'attiva collaborazione con l'Ente locale, il Centro Civico e la CRI. Ha facilitato lo scambio di conoscenze, ha permesso una presa in carico più globale del paziente, favorendo un consistente incremento qualitativo degli interventi.

Il ***Cart di Olgiate Comasco*** è stato, sin dall'inizio, sostenuto e supportato dalla rete locale: la sede è stata individuata e messa a disposizione dal Consorzio dei Servizi Sociali dei Comuni dell'Olgiatese , che ne sostiene le spese ordinarie.
All'interno del Centro coesistono più iniziative:

- ll *Centro di Incontro* della Cooperativa Sociale "San Giuseppe", a cui è stata affidata la gestione della struttura, che risponde alla domanda di singoli, dei Servizi Sociali, ma anche di Associazioni, Scuole, Parrocchie,
- Il *Cart* dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna, rivolto a persone in cura presso il CPS di Appiano Gentile e residenti nei comuni afferenti al Consorzio,
- Lo *spazio di ascolto* rivolto ai familiari e promosso da ASVAP 8, associazione di familiari fondata nel 2006, come naturale sviluppo dell'attivazione di gruppi di auto-mutuo aiuto nati all'interno dello stesso CPS,
- Il *laboratorio protetto* di maglieria, dell'Associazione l'"Alveare", rivolto a persone con disagio psichico.

Gli incontri periodici tra operatori delle rispettive équipes consentono collaborazione, interventi in sinergia e definizione collegiale di obiettivi specifici per gli utenti che fruiscono di più iniziative.
Contatti con realtà del territorio, come una *fattoria didattica* ed un *centro di pesca sportiva,* favoriscono momenti di aggregazione e convivialità.

QUALCHE DATO

Nella **TAB. 1** si evidenzia che, dalle aperture dei singoli centri sino all'aprile 2009, i quattro C.A.R.T. del Dipartimento di Salute Mentale hanno seguito 94 pazienti, di sesso prevalentemente maschile.

Servizio	Pazienti	Sesso		Periodo di riferimento
		Uomini	Donne	
CART San Fedele	15	7	8	24 mesi
CART Cernobbio	18	10	8	12 mesi
CART Porlezza	40	20	20	29 mesi
CART Olgiate C.	21	13	8	12 mesi
TOTALE	**94**	**50**	**44**	

Tab. 1

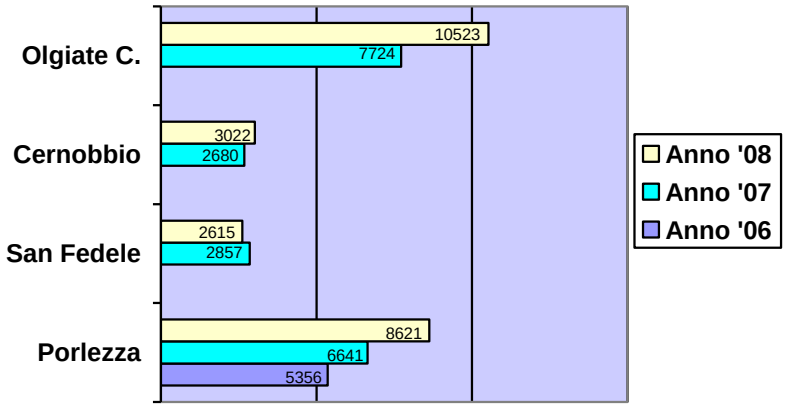
Nella **TAB 2** sono state rilevate le categorie diagnostiche di appartenenza dei pazienti. Si evidenzia che la patologia maggiormente rappresentata è la schizofrenia- psicosi (sezione F20/F29 della Classificazione internazionale della malattie). Tale dato sottolinea la validità dell'intervento in ambiti notoriamente ad alta espressione di bisogno.

Diagnosi	Cart OlgiateC.	Cart Cernobbio	Cart San Fedele	Cart Porlezza	Tot.
Disturbo di personalità	2	1	3	7	13
Disturbo bipolare	2	3	4	3	12
Schizofrenia, Psicosi	13	11	5	25	54
Depressione	4	3	3	5	15
	21	18	15	40	94

Tab .2

Nella **TAB. 3** vengono presentate le prestazioni erogate dai CPS, nei rispettivi bacini di utenza dei Cart, che hanno avuto variazioni differenti.
A Porlezza si è passati dalle 5356 prestazioni del 2006 alle 6641 del 2007, sino a raggiungere le 8621 nel 2008, mantenendo nel tempo una costante tendenza all'aumento. Tale movimento si è riscontrato anche nel territorio dell'Olgiatese, con 10523 prestazioni del 2008 a fronte delle 7724 erogate nel 2007. Variazioni meno significative sono avvenute a Cernobbio, con 3022 interventi del 2008 contro ai 2680 del 2007.
Una variabile che abbiamo considerato come potenziale incentivo alla frequenza del centro è stata la presenza di un ambulatorio; già attivo da tempo negli stessi spazi; a Porlezza e Cernobbio, dove da tempo esistevano, l'incremento è stato minore rispetto alla sede di Olgiate, dove l'apertura è stata, invece, contemporanea a quella del CART.
La distanza o la difficoltà a raggiungere le sedi del CPS, per insufficienza di collegamento con i mezzi pubblici, ha consentito un potenziamento dell'attività dei CART.
Nel territorio della Valle d'Intelvi, dove la presenza del medico psichiatra varia da mezza giornata al giorno intero (solo una volta a settimana), l'apertura del CART, strutturata su una giornata intera, ha prodotto il calo degli interventi del CPS da 2857 nel 2007 a 2615 nel 2008. Nei prossimi mesi e nel 2010 dovremo porre l'attenzione su altri indicatori per poter leggere con miglior precisione questo dato, che all'apparenza potrebbe sembrare discordante, ma che, a una prima

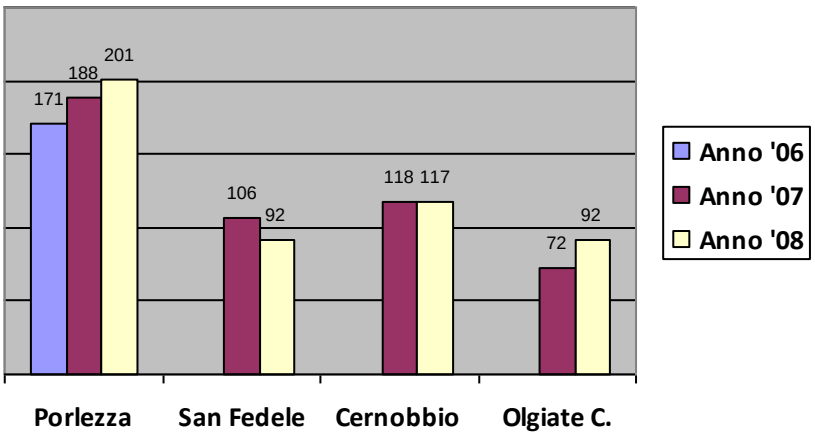
lettura, sembra collegarsi alla specificità del territorio, particolarmente sensibile allo stigma della malattia mentale.



Tab. 3

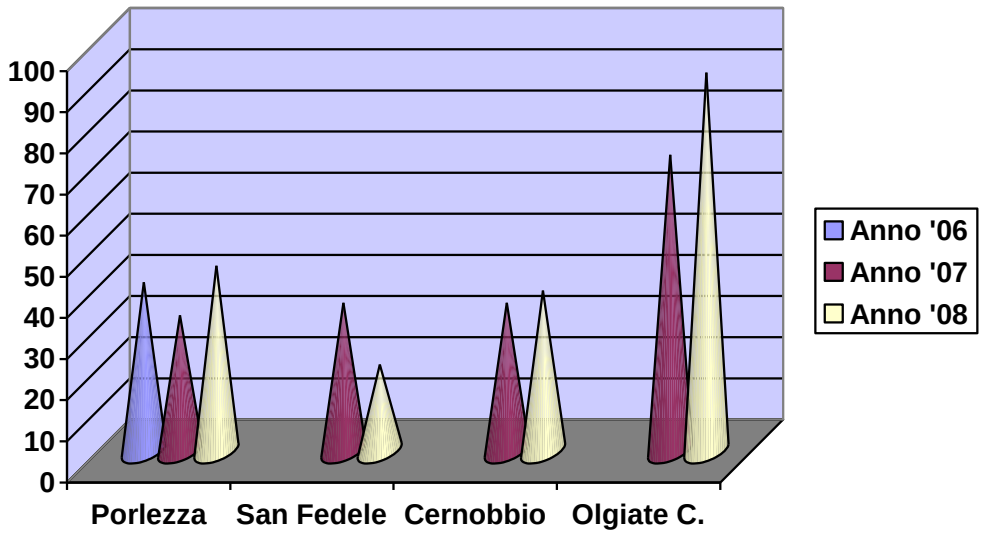
Nella **TAB. 4**, in linea con i dati precedenti, si evidenzia che, anche per quanto riguarda il numero di nuovi soggetti raggiunti attraverso gli interventi di CPS, si registrano un aumento costante:

- a Porlezza da 171 a 188, sino a 201 soggetti in carico nel 2008,
- ad Olgiate C. da 72 a 92 utenti.
- un numero pressocchè costante nei Comuni afferenti a Cernobbio (da 118 a 117)
- un calo nella Valle, da 106 a 92 soggetti



Tab. 4

Nella TAB. 5 sono stati rilevati gli interventi di rete svolti dai CPS, nei rispettivi bacini di utenza dei CART.
I dati che il grafico ci mostra sono assolutamente in linea con quelli raccolti nelle precedenti tabelle e esprimono anch'essi il grande sviluppo che hanno avuto le relazioni a livello capillare nel territorio di azione dei CART.
Anche in questo caso il dato su Olgiate Comasco conforta l'ipotesi che, laddove sia il CART sia l'ambulatorio iniziano insieme la nuova attività, si registra un vero e proprio picco di incremento.



Tab. 5

Nella **TAB. 6** sono elencati i ricoveri nei Reparti Psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri.
A motivo delle numerose variabili che entrano in gioco (l'età dei pazienti, le diagnosi, la modalità di frequenza settimanale, la quantità di giornate di apertura settimanale,) l'analisi quali/quantitativa dei dati nelle diverse realtà non ha fornito indicazioni uniformi, che possano stabilire un possibile un rapporto tra il supporto fornito dal CART ed il numero di ricoveri effettuati in SPDC.
Se ad esempio risulta che un paziente nel 2006, all'età di 28 anni, affetto da disturbo di personalità, compie tre ricoveri, nei due anni successivi non ne effettua e, nel 2009, nell'arco di due mesi, viene ricoverato 4 volte. Di contro, si rilevano casi di dimissione dalla residenzialità o dall'SPDC che, supportati da interventi specifici e continuativi presso Il CART, hanno raggiunto un benessere psicofisico soddisfacente.
Ad Olgiate, come dato altamente confortante, emerge che, per le 21 persone che hanno frequentato il Cart nel primo anno di apertura, tale servizio ha favorito la **diminuzione del ricorso a ricoveri in SPDC**.

CART di OLGIATE COMASCO	*Numero di pz che hanno avuto ricoveri*	*Numero ricoveri*	*Ricoveri in regime di TSO*
2007 *Anno precedente l'apertura o l'inserimento al CART*	8	15	5
2008 *Primo anno di apertura/ in seguito l'inserimento*	2	2	nessuno

Tab. 6

Tutti i dati delle tabelle sono stati estratti dal Sistema Informatico Regionale lombardo Programma "Psiche".

CONCLUSIONI

E' possibile a questo punto affermare che il CART sia effettivamente una soluzione praticabile?
Se come afferma F. Netzsche "…i grandi pensieri vengono dal cuore … e non dalla testa", risponderemmo emotivamente con un accorato SI!

A dare valore a nostro lavoro sono, tuttavia, ragioni di tipo " *empirico"*.
La presa in cura dell'utente, attraverso il Piano di Trattamento Individuale, favorisce la specificità degli interventi e la modulazione delle cure, in conformità con le preferenze del paziente. Si traduce in un miglioramento della qualità vita, un maggior compenso psichico con riduzione del malessere, della disabilità funzionale, con evidenti variazioni comportamentali e diminuzione delle ricadute.
Il Cart si inserisce lungo questo tracciato. Le esperienze sopracitate, consentono di osservare che il Cart si caratterizza come luogo aperto all'ascolto, come servizio del territorio, in un'ottica di promozione collaborativa tra soggetti primari (persone con disabilità psichica, famiglie, vicinato, associazioni) e servizi organizzati, mediante relazioni di reciproco supporto.
L'immagine di prossimità di cui il Cart gode, in quanto soluzione operativa ed organizzava alternativa, ha favorito la costruzione di rapporti sociali intensi e significativi a sostegno della sicurezza, del benessere e della capacità di resistenza allo stress del cittadino-paziente. Il CART è, quindi, un luogo di promozione dell'autonomia e, al contempo, luogo di protezione. L'ampiezza e la solidità delle reti sociali rappresentano la base per l'esercizio dei suoi diritti civili e per l'accrescimento del potere di negoziazione [4].
Il riscontro positivo da parte degli utenti e dei famigliari, la formulazione di richieste adeguate al bisogno, la connotazione del servizio come "filtro" informativo e di "orientamento" della richiesta, la facilità e la celerità di accesso costituiscono elementi importanti che incoraggiano nella prosecuzione dell'esperienza.
La flessibilità degli interventi e la possibilità di valorizzare sia le inclinazioni personali, sia le diverse professionalità degli operatori, gratificandoli, sono gli elementi fondativi del Cart, che divengono propositivi nel dare risposte qualitative e quantitative interessanti. Il connubio tra un diverso modello organizzativo più elastico e fluido ed il forte valore risocializzante del CART ha favorito l'aggregazione dei pazienti che altrimenti non utilizzerebbero altre risorse disponibili all'interno del Dipartimento.
Una minuta alchimia, ha fatto sì che si realizzasse un'apertura del possibile, che si compisse uno sguardo sull'esistente per poi giocarlo in vista di possibilità a venire, un po' come se il reale "non esaurisse tutto il possibile" (cit. Musil, L'uomo senza volto). Nella trasformazione dell'esistente, è accaduto un ri-volgimento della storia che ha suscitato una consapevolezza maggiore, slanci creativi interessanti, armonizzandosi nel confronto con la realtà.

**Educatori Professionali, **Infermieri, ***Assistenti Sociali, ****Operatore Socio-Sanitario-Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como-Dipartimento di Salute Mentale*
******Assistenti Educatori , Cooperativa Sociale "Nuova Csls*
******* Direttore Struttura Semplice Attività Territoriale- DSM- Azienda Ospedaliera Sant'Anna, Como*
********Direttore di Unità Operativa Lario Occidentale- DSM- Azienda Ospedaliera Sant'Anna, Como*

Bibliografia

[1] Borgna E., *Come in uno specchio oscuratamente* Feltrinelli, 2007
[2] Sanicola Lia, *Dinamiche di rete e lavoro sociale. Un metodo relazionale* Liguori, 2009
[3] Rheinberg F., *Psicologia della motivazione* Il Mulino Bologna, 1997
[4] Saraceno B., *La fine dell'intrattenimento* ETASLIBRI, 1996

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.
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.