

Errepiesse

Rivista su una via italiana alla
riabilitazione psicosociale



Sommario



PRIMA PAGINA

- La seconda Conferenza Tematica Nazionale S.I.R.P. – L'Aquila 16-18 Settembre 2010

LA VIA ITALIANA

- Il gruppo di arte terapia nel percorso riabilitativo del paziente con Malattia di Alzheimer di Maria Cristina Tripepi, Barbara Ferrari, Ottavia Albanese, Manuela Peserico

- “Apri le porte e libera la mente...”: un percorso di sensibilizzazione verso i disturbi mentali rivolto a studenti e insegnanti di una scuola superiore nella città di Brescia di Chiara Buizza, Laura Pedrini, Rosaria Pioli

IL LAVORO E I SERVIZI

- Nuovi compiti e funzioni per i Centri Diurni oggi tra progetti innovativi e residenzialità leggera di Gianluigi Tomaselli, Silvia Fenaroli, Ombretta Papetti, Giovanni Pezzani, Giuseppe Biffi, Giorgio Cerati, Giuseppe De Paoli, Claudio Mencacci, Mauro Percudani, Massimo Rabboni

LE REGIONI

- Prevenire la cronicità
V Giornata di studi S.I.R.P. Sezioni Campania-Puglia Salerno – 5 novembre 2010

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: R. Roncone
Past President: G. Saccotelli
Presidente Onorario: L. Burti
Consiglieri Onorari: F. Pariante, M. Casacchia, G. Ba, F. De Marco, M. Rabboni, B. Carpinello
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 Maticchieri, C. Viganò
Delegato S.I.P.: P. Peloso
Revisori dei Conti: M. Peserico, I. Rossi, D. Ussorio
Segretari Regionali
Abruzzo: M. Casacchia
Calabria: M. Nicotera
Campania: G. Corrivetti
Emilia-Romagna: A. Parma
Lazio: J. Mannu
Lombardia: M. Clerici
Liguria: L. Gavazza
Marche: E. Alfonsi
Molise: S. Tartaglione
Piemonte: G. Dallio
Puglia: S. Leonetti
Toscana: C. Rossi
Triveneto: D. Lamonaca
Sardegna: A. Baita
Sicilia: D. Labarbera

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Antonella Baita, Cristina Bellazzecca, Lorenzo Burti, Bruno Gentile

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

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori.

L'immagine in copertina è stata realizzata all'interno del Centro Diurno della II Unità Operativa di Psichiatria dell'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo.

Riprendersi dalle catastrofi ed oltre. Dagli eventi traumatici alla riabilitazione della malattia mentale.

II Conferenza Tematica Nazionale Società Italiana di Riabilitazione – L’Aquila, 16-18 Settembre 2010

8-10 novembre 1990.

“Riabilitazione Psicosociale in Psichiatria. Ruoli, metodi, strutture e validazioni.”

II Congresso Nazionale della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP), L’Aquila, Forte Spagnolo.

16-18 settembre 2010.

Venti anni dopo L’Aquila è di nuovo teatro di un grande evento nazionale della Società, in un periodo di grave difficoltà del territorio della città, colpita profondamente nel cuore del suo centro storico dal sisma del 6 aprile del 2009.

Lo svolgimento della II Conferenza Tematica della Società all’Aquila era già stato stabilito prima di tale drammatico accadimento, e con forza la Società ha ribadito la scelta di questo territorio e con determinazione l’attuale Presidenza ha mantenuto l’impegno di mettere la sofferenza di questa città martoriata al centro delle nostre tematiche scientifiche, nella continuità ideale ed in analogia al processo del “recovery” in riabilitazione psichiatrica.

Nella definizione del “recovery”, della ripresa dalla malattia mentale” che lo psichiatra americano della scuola di Boston, Anthony, conia nel 1993 la ripresa viene descritta come un “processo unico, profondamente personale di cambiamento dei propri atteggiamenti, valori, sentimenti, obiettivi, abilità e/o ruoli. Rappresenta una modalità di vivere una vita soddisfacente, carica di speranza e ricca di spunti pur con le limitazioni causate dalla malattia. La ripresa coinvolge lo sviluppo di nuovi significati e scopi della propria vita, al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale”.

“Poiché tutte le persone, compresi i professionisti che prestano aiuto, possono fare esperienza di catastrofi individuali nella loro vita, come morte di persone care, divorzio abbandoni, e/o catastrofi sociali episodiche e ricorrenti, come guerre o disastri economici (Farkas, Gagne & Anthony, 2001), ognuno di noi potrebbe trovarsi a dover affrontare la sfida della “ripresa” da un momento all’altro. Riuscire a riemergere da un evento sconvolgente non esclude che quell’esperienza, comunque, ci sia stata, che gli effetti negativi siano ancora presenti, che la propria vita sia cambiata per sempre e che un analogo evento sconvolgente potrebbe verificarsi in ogni momento della vita. L’evento catastrofico non rappresenta più il problema primario della vita di un individuo, il quale ora sposta il suo interesse verso altri campi ed altri obiettivi (Anthony, 1993)”.

A livello professionale, non abbiamo spostato il nostro interesse scientifico dal campo della riabilitazione delle malattie mentali gravi e dei trattamenti psicosociali integrati, mission per la quale il nostro gruppo aquilano lavora con onestà e passione da più di 20 anni, dietro la spinta pionieristica a livello accademico di **Massimo Casacchia**, già Presidente della SIRP dal 1998 al 2000, ed oggi Consigliere Onorario della Società e Segretario Regionale per l’Abruzzo.

Continueremo il nostro lavoro. La vita ci ha dato l’opportunità di sfidarci nella sofferenza nostra e della popolazione del nostro territorio e noi raccogliamo tale sfida di “ripresa”.

Il Presidente della SIRP
Rita Roncone

Ulteriori informazioni e programma: www.sirp-abruzzo.it

Il gruppo di arte terapia nel percorso riabilitativo del paziente con Malattia di Alzheimer

di Maria Cristina Tripepi, Barbara Ferrari**, Ottavia Albanese***, Manuela Peserico*****

Abstract

The present work presents an intervention with an Alzheimer disease group of patients, based on art-therapy.

This technique uses art as an interpersonal means of communication aimed at organizing emotions, conflicts or memories, shaping them inside a real visual opera. The group has been conducted for nine months with 3 patients, 2 women and 1 man (age range: between 80 and 85 years) who obtained scores 13 and 15 at the MMSE.

This intervention can be used as a device to slow down the devastating effects of the disease, providing compensations at simple levels in order to stimulate the reinstatement of new balance.

The recollection of pleasant experiences was used as a prompt to promote activities where aged people can direct creative and expressive energies to be in touch with themselves and to recover their individually.

Prima di entrare nel merito della sperimentazione, di cui intendiamo riportare i dati, ci appare sostanziale esplicitare alcuni concetti fondamentali sull'arteterapia e sulla sua applicazione con soggetti portatori di un deterioramento cognitivo e comportamentale come si rileva nella Malattia di Alzheimer.

L'arteterapia è una tecnica espressiva che, ponendosi "a ponte" tra verbale e non verbale, utilizza il linguaggio dell'arte per esprimere e comunicare all'esterno ciò che le nostre difese inconscie, o il nostro deterioramento cognitivo, ci potrebbero impedire di esprimere verbalmente o di vivere a livello emotivo [1].

Come sappiamo l'arte consente, al suo creatore, di rappresentare il suo mondo interiore e la sua visione della realtà esterna suscitando, in lui, sensazioni e sentimenti e, grazie al suo linguaggio silenzioso, permette da secoli, ai suoi fruitori, di godere le sue qualità sublimatorie, concedendo loro alti livelli di intensità emotiva evocati nella tela e dalla tela.

In questo modo l'opera artistica diviene uno strumento terapeutico in quanto permette di comunicare e riconoscere le emozioni celate nel mondo interno; un mondo che, nella vita reale, potrebbe rischiare di portare all'alienazione, alla follia.

In arteterapia il linguaggio dell'arte serve ad incanalare ed organizzare emozioni, conflitti o ricordi dando loro forma all'interno di un'opera visiva concreta.

L'attenzione dell'arteterapista è focalizzata sul processo espressivo che, per definizione, non è oggetto di giudizio, mentre il prodotto deve rispettare i criteri estetici soggettivi del paziente e non i criteri estetici, esterni ed oggettivi, dell'arte classicamente intesa.

Questa tecnica si propone come un sostegno terapeutico, che può essere indirizzato ad individui di ogni età, può affiancarsi ai trattamenti già in atto, come terapia secondaria, o può perseguire finalità preventive.

In accordo con quanto sostenuto da Ricci Bitti [2] la tipologia dell'intervento affonda le sue basi nello stabilire un collegamento tra mondo delle emozioni e del pensiero, sottolineando l'importanza degli affetti come portatori di significato per l'agire umano.

Il linguaggio utilizzato dal paziente è composto da immagini e simboli, i mezzi tecnici messi a sua disposizione sono diversi (pennarelli, acquerelli, matite colorate, gessetti, pastelli a cera, ecc.);

l'obiettivo è quello di determinare una modificazione del soggetto finalizzata al raggiungimento di uno stato di maggior benessere psicofisico.

Tab. 1: Obiettivi dell'arteterapia.

Gli **obiettivi** che si pone l'arteterapia [3] sono rappresentati da:

- **Sostegno all'atto creativo**, in quanto possibilità antitetica a situazioni psichiche confusive o tendenti a ripiegamenti difensivi. L'arteterapista sostiene il paziente nel suo lavoro contro il caos interno, offrendo l'utilizzo dei materiali artistici come fattori di nutrimento simbolico, di contenimento, di appello alle capacità percettive e di rapporto di realtà.
- **Rafforzamento delle funzioni organizzative dell'Io**. L'acquisizione di una maggiore abilità tecnica potenzia il relativo controllo sul materiale emotivo, in seguito all'intervento dell'Io come organizzatore di forme.
- **Aumento dell'autostima** che viene raggiunta attraverso un processo di identificazione con l'immagine prodotta e questo può consentire una maggiore autoconoscenza.
- **Maggiore definizione della propria identità** attraverso il riconoscimento di sé e della propria presenza attraverso l'immagine.
- **Allargamento delle possibilità figurative** e quindi sperimentazione di modi diversi di essere e percepirsi attraverso l'uso di tecniche e materiali diversi.
- **Aumento delle capacità di concentrazione** con conseguente potenziamento delle capacità cognitive e sviluppo della capacità di sublimare materiali psichici che provocano ansia.
- **Soddisfacimento dei bisogni narcisistici** grazie alla realizzazione del lavoro artistico, che consente il raggiungimento di una migliore autopercezione.

La possibilità concessa al paziente di esternare il proprio mondo interno attraverso il processo artistico, viene offerta in un luogo sicuro e protetto che è quello del setting, dove il compito del terapeuta è quello di osservare il soggetto e stimolarlo, a sua volta, ad osservare se stesso e le proprie produzioni.

"La creazione artistica si muove in un'area in cui risiedono i bisogni del proprio mondo interno e le esigenze del mondo esterno, e ha una funzione terapeutica nella misura in cui non riempie quest'area con dei significati, dei contenuti precostituiti di provenienza sia interna che esterna, ma organizza essa stessa il suo significato attraverso l'uso consapevole dei mezzi espressivi artistici. In altri termini, è possibile evitare di essere sopraffatti dalle proprie fantasie interne, sia di perdere la propria individualità adeguandosi passivamente alle richieste dell'ambiente esterno" [2].

Passando all'ambito clinico l'arteterapia viene utilizzata non solo in psichiatria o in età evolutiva, ma anche in geriatria, ed è proprio di quest'ultimo ambito che parleremo e cioè dell'utilizzo con soggetti affetti da Malattia di Alzheimer.

Come è noto la demenza non è "guaribile", ma attraverso opportuni interventi è possibile rallentare i suoi effetti devastanti stimolando la reintegrazione di nuovi equilibri, favorendo la possibilità di aggiustamenti e compensi a livelli semplici (per esempio favorendo la scarica dell'ansia), ma utili a favorire un cambiamento.

I comportamenti incongrui, privi di senso, talvolta imprevedibili, sono il terreno su cui lavorare: essi possono rappresentare tentativi di risposta a stimoli interiori ed ambientali che il soggetto percepisce, a causa della sua patologia, in modo anomalo.

Come afferma Gabbard [4] "In molti pazienti senili con demenza tipo Alzheimer, la tragedia della malattia è che la consapevolezza di sé può rimanere intatta mentre si deteriorano tutta una serie di facoltà mentali. Poiché la memoria recente tende ad essere sacrificata prima della memoria remota, molti pazienti riescono a ricordarsi bene di com'erano, il che rende il loro attuale stato di cattivo funzionamento ancora più disturbante. La continuità del Sé nel tempo dipende in larga misura dalla capacità di memoria. Quando i ricordi remoti iniziano a svanire via via che la malattia progredisce,

l'identità del paziente comincia a scomparire insieme ai ricordi. Infine il paziente non riesce a riconoscere le persone care e i familiari e non riesce più a ricordare gli elementi significativi della sua vita”.

Tab. 2: Obiettivi dell'arteterapia nella Malattia di Alzheimer.

L'arteterapia con il soggetto affetto dalla Malattia di Alzheimer si pone una serie di obiettivi [5]:

- **Stimolare e supportare le funzioni mnestiche, cognitive e motorie** attraverso il costante uso dei materiali artistici, il lavoro di riproduzione grafica di immagini presenti nel soggetto, ecc.
- **Migliorare il livello emotivo affettivo** grazie alla possibilità offerta dal produrre un'opera e quindi raggiungere un risultato.
- **Alleviare i sintomi depressivi e/o ansiosi.** Nella demenza di Alzheimer, soprattutto nelle fasi iniziali, il tono dell'umore è influenzato da un forte senso di inadeguatezza e di paura determinato dalla confusione mentale cui il soggetto è sottoposto. Questo crea un forte impatto sulla memoria e sulle funzioni cognitive modificando negativamente la qualità di vita del paziente.
- **Coinvolgere la parte ancora funzionante del Sé attraverso la creatività,** il cui impegno attivo e funzionale stimola il miglioramento del proprio senso d'identità.
- **Il miglioramento dei livelli d'autonomia** grazie alla riattivazione delle funzioni psichiche residue.

Schematicamente, con l'arteterapia si agisce, in un primo momento, sul livello cognitivo, sull'organizzazione spazio - temporale del disegno all'interno del foglio, per poi procedere liberamente alla rievocazione di eventi remoti, sulla base di una spontanea stimolazione di capacità mnestiche residue. Il fine è quello di rievocare esperienze pregresse, con il conseguente aumento del livello di consapevolezza e il rinforzo del senso d'identità. La riattivazione delle percezioni e delle emozioni legate al passato possono servire da stimolo per favorire attività in cui gli anziani possono convogliare energie espressive e creative, raggiungere un contatto con se stessi recuperando la propria individualità. Inoltre la spontanea rievocazione di conflitti del passato o di eventi dolorosi potrebbe avere un fine liberatorio qualora il lavoro con il soggetto venisse condotto senza forzature, offrendo una migliore possibilità di adattamento al presente.

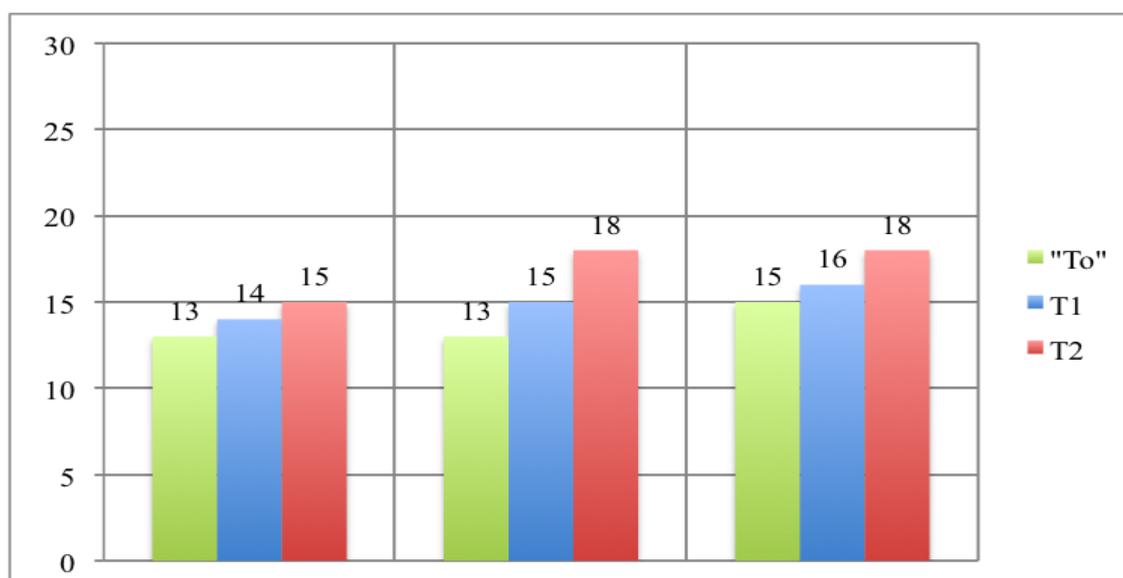
Dal punto di vista operativo le sedute si effettuano all'interno di un atelier estremamente sicuro e funzionale, che metta a disposizione ciò di cui si ha bisogno senza la necessità di allontanarsi (per esempio un lavandino con acqua corrente). Il materiale arteterapico non deve presentare lame o punte taglienti e deve essere proposto in piccole quantità (per esempio i pennarelli colorati inizialmente non devono essere più di dieci perché creerebbero confusione e vanno disposti sul tavolo in modo da rendere visibile il loro colore).

La seduta ha una durata solitamente di due ore ed una frequenza di due incontri la settimana. Il numero dei partecipanti è inversamente proporzionale all'entità della patologia (che solitamente viene valutata utilizzando il MMSE).

Nel presente intervento intendiamo riportare l'esperienza maturata e i risultati conseguiti nella conduzione, per 9 mesi, di un piccolo gruppo di arteterapia con 3 pazienti, 2 donne ed 1 uomo, di età compresa tra gli 80 e gli 85 anni, affetti da Malattia di Alzheimer che, testati con MMSE, hanno ottenuto in T₀ (inizio del percorso) un punteggio compreso tra 13 e 15 ed in T₂ (dopo 9 mesi) un punteggio compreso tra 15 e 18.

Tab. 3: Punteggi al MMSE in T₀ – T₁ – T₂

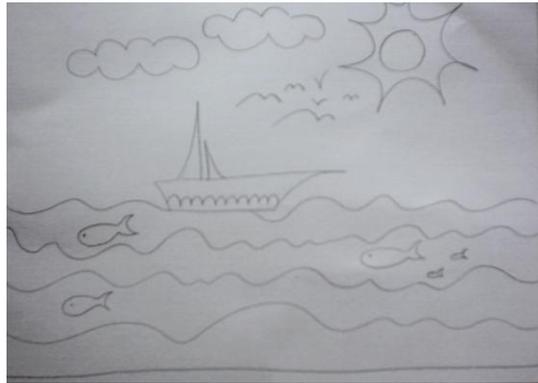
	Liliana			Elena			Michele		
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂
Orientamento	3	3	3	3	3	5	2	3	3
Memoria a breve	2	3	3	2	3	3	3	3	3
Attenzione e calcolo	2	2	2	3	3	3	2	2	3
Memoria di fissazione	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Linguaggio	5	5	6	3	5	5	6	6	7
TOTALE	13	14	15	13	15	18	15	16	18



Entrando nel merito del percorso arteterapico ci pare sostanziale sottolineare come non esista un cammino preordinato, infatti è la soggettività del paziente a determinare tempi e modi attraverso i quali si declina nello specifico il percorso stesso, detto questo è però possibile proporre i macropassaggi dinamici.

A. Spesso, lo stato di ansia, cui è sottoposto il paziente, durante i primi incontri è in genere molto alto: non riconosce i materiali artistici e ha notevoli difficoltà nel comprendere le richieste propostegli dal terapeuta, conseguentemente l'angoscia inibisce le sue funzioni intellettive già compromesse dalla demenza. L'inizio del lavoro è quindi concentrato sugli stimoli cognitivi affinché vi sia un recupero e un riconoscimento, anche se parziale, delle percezioni esterne.

Fig. 1



Al soggetto vengono proposte delle immagini in bianco e nero (Fig. 1) che deve riconoscere dando loro il nome, il colore e le diverse forme (se è possibile); per poi arrivare a dare al paziente la possibilità di disegnare le stesse affidandosi interamente alla memoria visiva stimolata. Infatti, proponendo dei disegni a matita già realizzati, raffiguranti immagini facilmente riconoscibili, si dà l'opportunità di ritrovare degli oggetti conosciuti, evitando l'angoscia di doverli, così prematuramente, cercare nel buio della loro memoria. A loro è dato il compito di colorarli; infatti il doverli riempire di colore li fa entrare in maggior contatto con l'immagine, tanto da renderla riconoscibile.

Fig. 2



Accade quasi sempre all'inizio che i colori, utilizzati dal paziente, non siano quelli congrui (Fig. 2), o che si servano solo di uno di essi, o che le immagini si deformino (Fig. 3), perdendo la loro identità e si mescolino le une con le altre.

Fig. 3



L'attività arteterapica non prevede interventi correttivi da parte del terapeuta che interviene solo se il miscuglio di colore prodotto sta generando angoscia nel paziente (facendo attenzione a distinguere che non sia proprio lo stato d'animo del terapeuta ad essere angosciato da tanta confusione); per esempio l'immagine di una mela rischierebbe di perdere la sua identità se il suo bel colore rosso invadesse tutto il foglio cancellandone i contorni. In questo caso l'intervento dell'arteterapista dovrà avere solo una funzione di guida, affinché l'immagine creata non diventi ciò che non è e non costituisca un elemento potenzialmente foriero d'angoscia per il paziente.

- B. Una volta recuperato un, seppur minimo, livello d'autonomia, al soggetto viene lasciata libertà completa d'espressione, affinché i ricordi residui possano trasformarsi in un'immagine in modo da favorirne la successiva consapevolezza.

Se la stimolazione cognitiva attraverso l'uso delle immagini può essere d'aiuto nella stimolazione della memoria remota, spesso si assiste ad un alleviarsi dei sintomi depressivi o degli stati di ansia in conseguenza al recupero, da parte del soggetto, di parti del suo passato e quindi della sua identità. Questo tipo d'intervento è attuabile con pazienti affetti da demenza lieve o moderata, ma in alcuni casi si sono verificati risultati positivi anche con soggetti gravemente deteriorati; la differenza tra queste diverse situazioni è rappresentata dalla quantità e qualità dei contenuti mnemonici appartenenti al passato del paziente e dalla volontà di recuperarli, affrontando la paura generata dalla confusione e dalla perdita della memoria.

Un'immagine riprodotta è una rappresentazione puramente mentale ed è basata sulle tracce mnemoniche legate alle percezioni passate: rievocando non soltanto ciò che è presente, permette ad ogni essere umano di conservare un atteggiamento emotivo verso un oggetto assente. Se un oggetto che fa parte della vita interiore si trasforma in un'immagine in sostituzione dell'oggetto esterno assente, allora significa che il soggetto recuperando un frammento della sua realtà interiore ha composto l'immagine di un oggetto assente, facendo riemergere le emozioni ad esse collegate.

Può accadere talvolta che il paziente, spaventato dalla sua stessa confusione mentale o dalla difficoltà di recuperare frammenti di memoria, si rifiuti di collaborare manifestando grande angoscia.

È fondamentale rispettare questo stato emotivo non forzandolo a produrre necessariamente, poiché si potrebbero manifestare situazioni di acuzie che porterebbero solo più confusione, inibendo maggiormente le sue capacità residue.

È importante concedere al soggetto tutto il tempo di cui necessita, una situazione che per l'operatore potrebbe risultare statica e poco produttiva (ad esempio il paziente gioca con i materiali artistici o si scarabocchia le mani e il tavolo) per lui è una fase di scoperta che esprime il bisogno di riconoscere ciò che ha tra le mani o sotto gli occhi.

Il lavoro parte proprio da qui: prima di iniziare un recupero del suo mondo passato il soggetto ha bisogno di capire con quali strumenti dovrà farlo e la funzione dell'arteterapista in quel momento è proprio quella di assisterlo in questo lento processo di apprendimento.

La fase conoscitiva o di scoperta accompagnerà il paziente lungo tutto il percorso artistico.

Una volta riacquistate e rinforzate delle conoscenze, il soggetto troverà da sé la modalità di far riemergere delle immagini appartenenti al suo mondo e, grazie alla tecnica della copia, inizierà a disegnarle.

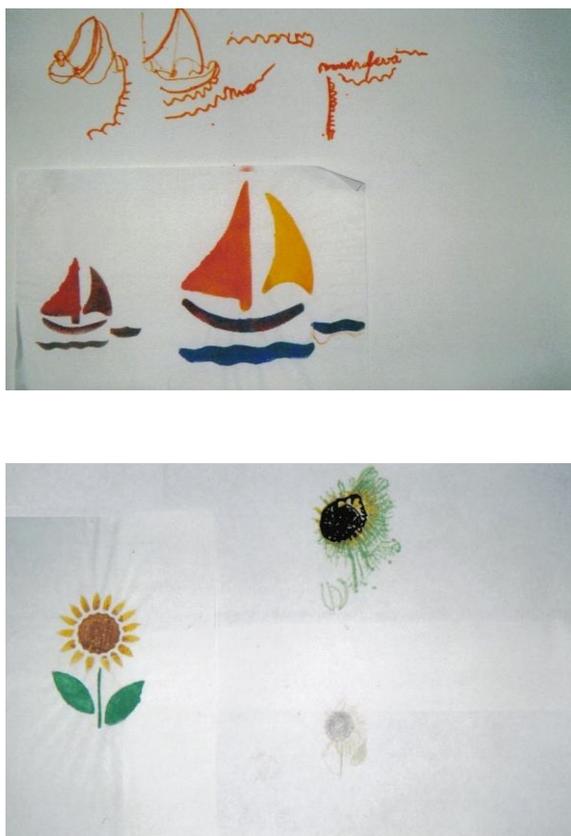
La copia di un disegno serve proprio a dare delle direttive sull'organizzazione spaziale che un tratto di matita necessita per costruire un'immagine.

Se per una persona normodotata è presente la difficoltà di trasferire su un foglio un'immagine pensata, il metodo più comune per imparare a costruirla è quello di esercitarsi con la copia dal vero, acquisendo il metodo più corretto per comporre anche ciò che non necessariamente si trovi sotto i suoi occhi.

Se all'inizio il soggetto demente incontrerà enormi difficoltà nel copiare l'immagine che gli è stata sottoposta (Fig. 4) sovrapponendo linee e invertendo l'identità di ciò che deve disegnare, con il tempo svilupperà una maggiore attenzione nell'osservare l'oggetto, trasferendo sul foglio i suoi tratti più caratteristici fino a farlo divenire un'immagine riconoscibile.

Con questi stimoli il paziente acquisisce maggiori informazioni, non ha più timori davanti ad un foglio bianco e gestisce con più sicurezza il materiale artistico che adopera. Tutto questo gli sarà d'aiuto per affrontare un importante passo successivo e più complesso: disegnare un oggetto assente.

Fig. 4



A livello teorico può sembrare incredibilmente difficile, ma per il paziente sarà assolutamente spontaneo; disegnare un oggetto assente o arricchire un disegno con dei particolari da lui creati e questo stupirà solo chi non credeva che ciò sarebbe potuto accadere.

Concedere al soggetto la possibilità di muoversi liberamente durante il percorso intrapreso, solleciterà la ricerca spontanea di immagini e sensazioni legate al suo passato che, grazie all'arte possono trasformarsi passando da materiale indefinito ad una forma.

Comporre un'immagine di qualunque tipo che faccia parte del mondo interiore del paziente, sollecita il riemergere delle emozioni ad esso collegate, abbassando il livello di ansia generato dalla loro assenza. "L'immagine di mia madre può evocare l'amore che ho per lei; se mia madre morisse, la sua immagine rimarrebbe con me, e così farebbe il mio amore per lei. In questo modo l'immagine diventa il sostituto dell'oggetto esterno. Essa è in realtà un oggetto interno, cioè un prodotto della mia mente. E' vero che per poter avere un'immagine visiva di mia madre, io devo averla vista nel mondo esterno, però, quando si forma l'immagine, quell'immagine è parte di me, della mia vita interiore." [6].

Le attività plastiche, come quelle grafiche, offrono l'opportunità di creare visualmente un proprio ruolo e aiutano a ridefinire la propria identità. L'attività plastica o manipolatoria consente al paziente un maggiore contatto con un materiale malleabile (come la creta) che possa prendere la forma desiderata.

Per concludere riportiamo, a titolo esemplificativo, il caso di due pazienti, un uomo e una donna, del gruppo da noi analizzato.

Michele è un paziente di 84 anni affetto da demenza, il cui livello cognitivo e comportamentale appariva compromesso (MMSE di 15). Al primo incontro appare immediata la sua difficoltà nel disegnare; di conseguenza gli vengono proposti dei disegni a matita già realizzati, raffiguranti immagini facilmente riconoscibili: a lui è dato il compito di colorarle (Fig. 5).

Inizialmente si lascia consigliare circa la scelta dei colori, il cui uso è limitato ai contorni delle figure; contorni che Michele non riesce assolutamente a riempire. Solo il sole, fonte di vita di ogni essere umano, viene completamente colorato, e con estrema minuzia, tutto il resto rimane vuoto.

Dopo qualche settimana il paziente, dopo aver contornato delle immagini, tenta di riempirle o con sovrapposizioni di colore o con semplici e strane decorazioni,

Fig. 5



riproducendo lui stesso la copia dei disegni che gli vengono sottoposti (Fig. 6).

Fig. 6



Dedica ai lavori molta attenzione, senza mai distrarsi per tutto il tempo che ha a disposizione. Dopo un altro breve periodo inizia a riconoscere la strada per raggiungere l'atelier e a seguire con lo sguardo, e qualche volta con dei difficoltosi approcci verbali, i discorsi dei partecipanti agli incontri seduti accanto a lui.

Qualche mese ancora e Michele inizia a scegliere autonomamente i colori da usare. Le sue creazioni sono dei piccoli scarabocchi che si inseriscono in un disegno già eseguito, come fossero delle sue risposte agli stimoli del mondo circostante. In qualche occasione interviene autonomamente per correggere gli errori di ortografia che gli capita di fare quando firma i suoi lavori ultimati. Le immagini che prima rimanevano vuote o successivamente ricoperte da segni e sovrapposizioni, adesso sono riempite da un solo colore e con estrema precisione (Fig. 7).

Fig. 7



Inizia ad esistere una distinzione tra pieno e vuoto, tra forma e contenitore, e il colore è diventato uno solo (il giallo), come se non vi fosse ancora una distinzione individuale tra i differenti oggetti oppure come se la luce di quel colore fosse così riempitiva al punto da preferirla agli altri colori. Quando al penultimo incontro tenta di portar via i suoi disegni riteniamo che finalmente una finestra verso il suo mondo abbia davvero cominciato a schiudersi, dando inizio ad una auspicabile “comunicazione” tra i suoi mondi confusi, nel tentativo di riportare un pò di ordine. La sua creatività ha bisogno di spazio e non di regole e quando gli è data questa possibilità i suoi disegni si riempiono di movimento.

Recuperare frammenti del proprio mondo è come riprendere possesso di ciò che è legato alla propria identità, il buio nella propria mente viene schiarito da un filo di luce che riporta alla vita, e la demenza inizia a fare meno paura.

Nel caso di Liliana, una paziente di ottant'anni, con demenza di Alzheimer in fase avanzata (MMSE di 13), l'attività manipolatoria ha avuto un rilevante ruolo di recupero.

La paziente non mangia più nulla da parecchi giorni perché il cibo è divenuto materiale con cui giocare, perdendo la sua funzione alimentare. Durante gli incontri di arteterapia si è cercato di spostare questa sua attitudine a manipolare il cibo su un materiale più modellabile, ma fatto comunque di cibo: la pasta di sale.

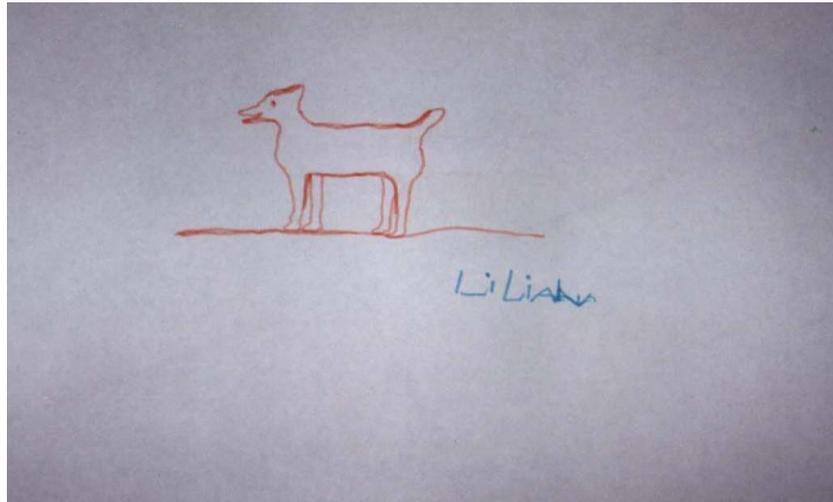
La paziente inizia subito un lavoro di scoperta modellando a lungo il materiale propositole, creando delle forme che inizialmente non hanno nulla di riconoscibile, ma che col tempo (un mese circa) prendono la forma della lettera M (Fig. 8).

Fig. 8



Una delle due lettere è rimasta tale mentre l'altra è stata da lei modellata fino al punto di prendere la forma di un cane. Da parte sua il lavoro sembra apparentemente concluso come se fosse apparso ciò che cerca da tempo, ma senza riuscire a dargli un nome. A quel punto le è fornito un foglio bianco e dei pennarelli affinché il lavoro potesse proseguire; la paziente disegna il cane modellato con estrema precisione dotandolo di quattro zampe, orecchie, occhi, coda e un terreno sottostante sul quale poter poggiare le zampe (Fig. 9).

Fig. 9



Nel chiederle chi fosse quell'animale, lei, indicando il cane modellato con la pasta di sale, risponde con un gran sorriso "Quello è il mio Mirò".

Mirò è stato il suo cagnolino, le ha regalato affetto e compagnia per quattordici anni, finché è morto e da allora, secondo la testimonianza della figlia, chiunque stesse vicino a Liliana doveva evitare accuratamente di pronunciare il nome del cane per evitarle ulteriore dolore. Probabilmente il morbo di Alzheimer ha provveduto a cancellarne anche il ricordo; ricordo che, diversamente da ciò che si pensava, doveva sicuramente essere stato fonte di gioia e affetto e che è riuscito ad emergere quasi come fosse stato cercato all'interno di una memoria oscurata dalla demenza.

La paziente ricomincia a mangiare, il cibo viene ingerito e non più scomposto nel piatto; ha trovato ciò che cerca, quell'affetto, che credeva di aver perso, ha ridato un significato alla sua vita.

Comporre un'immagine di qualunque tipo che faccia parte del mondo interiore del paziente, sollecita il riemergere delle emozioni ad esso collegate, abbassando il livello di ansia generato dalla loro assenza.

Recuperare frammenti del proprio mondo è come riprendere possesso di ciò che è legato alla propria identità, il buio nella propria mente viene schiarito da un filo di luce che riporta alla vita, e la demenza inizia a fare meno paura.

CONCLUSIONI

Verificando il potere terapeutico dell'arte con persone di terza e quarta età abbiamo constatato come si possa loro offrire il recupero di modalità espressive personali, rafforzando il loro senso d'identità e di conseguenza il rapporto con la realtà. In arteterapia ciò che necessario inizialmente è prendere una direzione e, lasciando che il paziente ne suggerisca il passo, ci limiteremo a seguirlo, in ascolto di quanto va esprimendo.

Recuperare frammenti del proprio mondo è come riprendere possesso di ciò che è legato alla propria identità e il buio nella propria mente verrà schiarito da un filo di luce che riporterà alla vita.

A riprova di quanto su esposto, nella nostra sperimentazione, abbiamo osservato (vedi Tabella 3) un miglioramento nella valutazione testale attraverso il MMSE.

I dati riportati, data l'esiguità del campione, sono proposti semplicemente come stimolo alla riflessione e come esemplificazione di una ulteriore possibilità di intervento in una patologia così complessa ed articolata come la Malattia di Alzheimer.

*Arteterapista, La Tela Onlus

**Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, La Tela Onlus

***Professore Ordinario di Psicologia dello Sviluppo, Facoltà di Scienze della Formazione, Università degli Studi di Milano Bicocca

****Psichiatra e Psicoterapeuta, La Tela Onlus

Bibliografia

[1] Albanese O., Peserico M. (a cura di), *Educare alle emozioni con le tecniche espressive e le artiterapie*, Edizioni Junior, Bergamo, 2008.

[2] Ricci Bitti P. E. (a cura di), *Regolazione delle emozioni e Arti-terapie*, Carrocci Editore, Roma, 1998.

[3] Peserico M., Cipriani W., Cossio A., *Processo creativo e fondamenti dell'arteterapia nel percorso terapeutico riabilitativo*. In M. Rabboni (a cura di) *I colori della mente*, pag. 88 – 91, Marsilio, Milano, 2002.

[4] Gabbard G. O., *Sindromi mentali organiche*, in *Psichiatria psicomodinamica*, Cortina, Milano, 1999.

[5] Peserico M., Tripepi M. C.: *L'utilizzo dell'arteterapia nel percorso riabilitativo del soggetto affetto da Malattia di Alzheimer*. *Arti Terapie*, Anno IX, n. 12, pag. 7 – 11, 2003.

[6] Arieti S. (1976), *Creatività: la sintesi magica*, Pensiero Scientifico Editore, Roma.

“Apri le porte e libera la mente...”: un percorso di sensibilizzazione verso i disturbi mentali rivolto a studenti e insegnanti di una scuola superiore nella città di Brescia

di Chiara Buizza, Laura Pedrini**, Rosaria Pioli***,*

Abstract

Introduction More and more evidences show that people suffering from mental disorders are addressed to the treatment some years after the onset of early signs of illness. This delay represents one of the most important factors that causing a bad prognosis. It seems to depend, both to the lack of knowledge on mental health and to the absence of specific programs for the prevention, early treatment and promotion of mental health.

Methodology Students and teachers were enrolled in a project composed by information/sensitization meetings, using experiential and interactive techniques, with the aims to identify and to increase the knowledge about mental disorders and to decrease false beliefs and stereotypes. To evaluate the effectiveness of the project, we used instruments created *ad hoc* for students and teachers.

Results 115 students and 33 teachers were involved. These results concern the preliminary data on the students target group only. Most of the students are able to recognize the name of mental disorders. After the meetings, decrease the number of students who think that people with psychosis are dangerous and increase the number of those who think that exist effective therapies for the treatment of people suffering from psychosis. However, there are still many students who believe that only few people with psychosis can be treated. In all three times, only half of students also believes that people suffering from psychosis should be able to have a job.

Conclusion we think that a widespread information in specific target groups and the engagement in a training where students and teachers are active protagonists represent the key to reduce prejudice and to approach people to mental health services, when needed.

INTRODUZIONE

Il presente lavoro illustra un percorso che ha visto studenti e insegnanti coinvolti in prima persona sui temi dei disturbi mentali. Esso è nato da alcune riflessioni preliminari. Innanzitutto, dalla considerazione che la maggior parte dei disturbi mentali giunge al trattamento alcuni anni dopo il loro esordio, quando cioè i sintomi si sono stabilizzati e può già essere comparso un deterioramento delle capacità di assolvere i ruoli sociali attesi. Questi fattori, agendo retroattivamente in un circolo vizioso, determinano come risultato la cronicizzazione del disturbo mentale stesso [1]. Tra le numerose cause alla base di tale ritardo si ricorda *in primis* l'assenza in molti servizi psichiatrici di programmi specifici per la prevenzione e il trattamento precoce dei disturbi mentali. Secondariamente, vi è spesso la credenza diffusa nella nostra comunità, che i servizi psichiatrici siano servizi dedicati soprattutto a pazienti cronici, cioè a persone da lungo tempo malate, con un alto livello di disabilità psicosociale e con un elevato bisogno assistenziale. Un ulteriore elemento è costituito dallo stigma che accompagna le persone che soffrono di disturbi mentali e che riveste un ruolo chiave negli ambiti dell'informazione, della sensibilizzazione, della cura e della prevenzione [2]. Nonostante, infatti, esistano trattamenti - farmacologici e psicosociali - efficaci per la cura e per il trattamento della maggior parte dei disturbi mentali, ampie fasce della popolazione tendono ancora a considerare le persone che ne soffrono come «diverse» [3]. Tutto ciò costituisce una delle principali ragioni che conducono alla creazione di significativi pregiudizi che, secondo la letteratura

scientifico, costituiscono uno dei fattori più importanti che si frappongono ad una identificazione precoce dei sintomi [4].

L'attenzione nei confronti del ruolo svolto dallo stigma ha determinato, soprattutto nell'ultima decade, un forte impegno da parte della comunità scientifica, nazionale ed internazionale, per contrastare e prevenire gli stereotipi, i pregiudizi e le false credenze che si accompagnano ai disturbi mentali, attraverso l'accrescimento delle conoscenze sulla natura di questi disturbi, sulle conseguenze che essi comportano e sulle diverse possibilità di trattamento oggi disponibili, sfatando vecchi luoghi comuni, al fine di favorire un reale cambiamento negli atteggiamenti della popolazione generale.

Il progetto di seguito descritto vede nella riduzione dello stigma il suo *focus* privilegiato d'intervento. La scelta di coinvolgere studenti di scuola media superiore è apparsa di importanza strategica soprattutto alla luce di due ordini di motivi: i segnali di allerta di molti disturbi mentali possono essere individuati nel periodo delle scuole superiori; questa età appare la più adatta per recepire informazioni e cambiare atteggiamenti sulla base di quanto appreso [5-6].

Gli obiettivi che tale progetto si è posto sono pertanto quelli di sensibilizzare studenti e insegnanti verso i temi della salute mentale e in particolare delle psicosi, ridurre l'intolleranza sociale affrontando i temi del pregiudizio e dello stigma, fornire informazioni sulle strutture e sulle risorse territoriali presenti per il trattamento dei disturbi mentali, ma soprattutto accrescere nei giovani la consapevolezza della necessità di un tempestivo accesso alle cure per una più rapida remissione dei sintomi e per un miglior *outcome*. La possibilità, infine, di attuare un progetto che vedesse gli stessi studenti promotori negli anni successivi di iniziative sui temi della salute mentale, accrescendo in loro il protagonismo e il coinvolgimento attivo, è apparso un efficace mezzo per ridurre lo stigma, promuovere una nuova visione del disagio psichico e diffondere un maggior benessere nella scuola.

MATERIALI E METODI

Il progetto ha avuto una durata triennale e si è articolato in tre fasi.

1) La *prima fase* ha previsto il coinvolgimento di alcuni insegnanti, che si sono fatti portavoce del progetto e che hanno a loro volta coinvolto altri loro colleghi e individuato le classi partecipanti all'iniziativa. Ad ogni insegnante è stato chiesto di compilare un questionario e di prendere parte a due incontri di sensibilizzazione/informazione sui temi della salute mentale, e in particolare delle psicosi, condotti da personale appositamente formato dell'IRCCS «*Centro S. Giovanni di Dio*» Fatebenefratelli di Brescia. Infine, sono stati consegnati loro i questionari da somministrare agli studenti *target*. Successivamente, è stato chiesto agli studenti di partecipare a due incontri di sensibilizzazione/informazione condotti sempre da personale formato. Si è scelto di impostare gli interventi in forma interattiva e in piccolo gruppo, secondo quanto suggerito dalla letteratura, che suggerisce come il piccolo gruppo consenta una migliore attenzione e comunicazione in un clima di maggiore confidenza e disponibilità emotiva, divenendo pertanto il luogo privilegiato per apprendere atteggiamenti e stili comportamentali nuovi.

Gli incontri, destinati agli insegnanti e agli studenti, hanno seguito la stessa strutturazione. I contenuti sono stati tuttavia adattati per renderli il più adeguati possibile ad ogni tipo di *target*.

- Il primo incontro è consistito nella presentazione di un filmato sui pregiudizi più frequenti e universalmente diffusi che accompagnano le malattie mentali. Il video ha operato da stimolo sensoriale ed è stato utilizzato come materiale di apprendimento durante l'incontro stesso. È stato poi presentato l'intero progetto ed è stato distribuito del materiale informativo creato *ad hoc*. Inoltre, a partire dagli spunti forniti dal questionario, precedentemente compilato, è stata avviata una discussione sui temi delle psicosi.
- Il secondo incontro è consistito in un approfondimento dei temi emersi nel primo incontro, facendo particolare menzione all'importanza di riconoscere i segnali precoci che possono far paventare la possibilità di una situazione di disagio che può evolvere in disturbo mentale. Sono state divulgate informazioni sui servizi locali per la Salute Mentale. Tale incontro ha costituito,

inoltre, l'occasione per coinvolgere gli studenti nella realizzazione di un progetto, di durata biennale, che li vedesse direttamente coinvolti al fine di rendere la scuola protagonista e promotrice di iniziative che avessero come oggetto la salute mentale. Le classi quinte, che non potevano garantire una continuità al progetto, si sono fatte carico di coinvolgere un'altra classe a cui passare le loro consegne al termine dell'anno scolastico.

La prima fase del progetto si è conclusa con un incontro assembleare rivolto a studenti e insegnanti, che ha costituito un momento di confronto e di discussione sul lavoro svolto sino a quel momento dalle singole classi. All'incontro assembleare ha preso parte anche un familiare di una persona con disturbo mentale, al fine di fornire agli studenti l'opportunità di ascoltare le esperienze di stigmatizzazione vissute dai familiari, nonché la storia di malattia relativa al loro congiunto. Ci si attendeva che ciò potesse concorrere maggiormente al processo di modificazione degli stereotipi e al miglioramento degli atteggiamenti nei confronti delle persone con disturbo mentale.

2) La *seconda fase* è stata finalizzata ad attivare un percorso di *peer education*, che ha avuto lo scopo di trasmettere i contenuti appresi dagli studenti partecipanti al progetto al maggior numero possibile di alunni di classi affini. In questa seconda fase è stato, inoltre, organizzato un incontro di verifica sui contenuti appresi dagli studenti. È stata scelta la tecnica della *peer education*, poiché essa rappresenta un approccio educativo che mira a fare dei ragazzi i soggetti attivi della loro formazione, coinvolgendoli in un modo di operare diverso rispetto ai tradizionali metodi di formazione. Con tale tecnica non sono più gli adulti a trasferire contenuti, valori, esperienze, ma sono i giovani stessi a confrontarsi fra loro, scambiandosi punti di vista, ricostruendo problemi ed immaginando autonomamente soluzioni, pur sapendo di poter contare sulla collaborazione di adulti esperti. Numerosi studi compiuti negli ultimi anni hanno evidenziato come nell'ambito dell'educazione alla salute la pura informazione, veicolata secondo le modalità classiche del rapporto docente/discente, tenda a non produrre cambiamenti sostanziali nei comportamenti. Prevenzione ed educazione, pertanto, non possono più essere basate unicamente sulle azioni di informazione, è necessario sviluppare strategie che integrino l'informazione e la formazione, e che tengano conto della complessità dei processi di apprendimento e di cambiamento.

3) La *terza fase* ha previsto la conclusione del progetto e la realizzazione di un momento di confronto con gli insegnanti.

Il questionario

Allo scopo di monitorare l'eventuale processo di cambiamento nelle conoscenze e negli atteggiamenti relativi ai disturbi mentali è stato utilizzato il *Questionario sulle conoscenze e sugli atteggiamenti nei confronti dei disturbi mentali* messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità, esistente sia nella versione studenti, che in quella per insegnanti (ISS – versione febbraio 2005).

Il questionario si costituisce di tre parti. Per il presente progetto ne sono state utilizzate solo due: la prima, che valuta la capacità di identificare correttamente il nome di alcuni disturbi mentali e di differenziarli da malattie di natura fisica; la seconda, che valuta gli atteggiamenti nei confronti delle persone affette da psicosi.

Il questionario è stato compilato in maniera anonima prima dell'intervento (T0), 6 mesi dopo la fine dell'intervento (T1) e un anno dopo (T2).

ANALISI STATISTICA

L'analisi statistica è stata condotta usando il software SPSS 12.0.

Per la prima parte del questionario si è scelto di utilizzare le frequenze percentuali, al fine di confrontare la quantità di risposte corrette ed errate all'interno della categoria dei disturbi mentali e medici nei tre tempi. Per valutare se vi fossero differenze statisticamente significative nelle risposte è stata utilizzata l'ANOVA con analisi *post-hoc* di Bonferroni.

Per la seconda parte del questionario le opzioni di risposta sono state accorpate in «nessuna o per poche», «un buon numero», «la maggior parte o quasi tutte», «non so». Per valutare se vi fossero

differenze statisticamente significative nelle risposte è stato utilizzato il test di Kruskal-Wallis e di Mann-Whitney.

RISULTATI

I risultati di seguito riportati si riferiscono solo alle risposte fornite al questionario da parte degli studenti. Complessivamente hanno partecipato al progetto 115 studenti.

La quasi totalità degli studenti è di sesso femminile (92,2%). 134 studenti frequentano la classe quarta, 77 frequentano la seconda e 42 frequentano la terza. La percentuale di risposta ai follow-up successivi è stata di 83,47% dopo sei mesi dalla fine dell'intervento e del 36,5% dopo un anno.

Prima parte del questionario

Rispetto alla prima parte del questionario, quella che valuta la capacità di identificare correttamente il nome di alcuni disturbi mentali e di differenziarli da malattie fisiche, in tabella 1 vengono riportate le risposte ottenute prima dell'intervento e ai due follow-up.

Considerando globalmente tutti i disturbi (fisici e mentali), si rileva una differenza statisticamente significativa nella percentuale media di risposte corrette nel corso del tempo, che passano dal 66,7% prima dell'intervento al 76,2% dopo sei mesi e al 75,5% dopo un anno ($F=9,012$; $p<.000$). In questo caso la differenza è statisticamente significativa tra T0 e T1 e tra T0 e T2 (Tabella 2).

Sempre considerando complessivamente tutti i disturbi, si evidenzia un decremento della risposta «non so», che passa dal 19,8% prima dell'intervento al 13% dopo sei mesi e al 13,6% dopo un anno ($F=12,61$; $p<.000$). Anche in questo caso la differenza è statisticamente significativa tra T0 e T1 e tra T0 e T2 (Tabella 2).

Per quanto riguarda le risposte degli studenti relative solo agli item sui disturbi mentali, si osserva una differenza statisticamente significativa nella percentuale media di risposte corrette nel corso del tempo, che passano dal 66,8% prima dell'intervento al 71,7% dopo sei mesi e al 73,8% dopo un anno ($F=3,33$; $p=.037$). La differenza è statisticamente significativa solo tra T0 e T2 (Tabella 2).

Per quanto riguarda i disturbi fisici, si osserva una differenza statisticamente significativa nella percentuale media di risposte corrette nel corso del tempo, che passano dal 53,4% prima dell'intervento al 67,9% dopo sei mesi e al 60,7% dopo un anno dopo ($F=9,93$; $p<.000$). In questo caso la differenza è statisticamente significativa solo tra T0 e T1 (Tabella 2).

Seconda parte del questionario

In Figura 1 vengono riportate in dettaglio le risposte ottenute prima dell'intervento e ai follow-up successivi relativamente alla sezione del questionario che indaga l'atteggiamento nei confronti di persone affette da psicosi. Benché si osservino differenze nella distribuzione delle risposte in tutte le domande, si rilevano differenze statisticamente significative solo alle domande: *Per quante persone che soffrono di psicosi ci sono terapie (farmaci e/o psicoterapie) efficaci? Quante persone che soffrono di psicosi sono pericolose? Quante persone che soffrono di psicosi sono oggetto di soprusi e di violenza da parte di altri «sani»?*

Per quanto riguarda la domanda *Per quante persone che soffrono di psicosi ci sono terapie (farmaci e/o psicoterapie) efficaci?* si osserva un aumento del numero di alunni che ritiene che esistano terapie efficaci, che passa dal 7,8% prima dell'intervento al 16% dopo sei mesi e al 26,2% dopo un anno. L'incremento della percentuale risulta statisticamente significativa tra T0 e T1 e tra T0 e T2 (Tabella 3).

Per quanto riguarda la domanda *Quante persone che soffrono di psicosi sono pericolose?* si rileva un aumento del numero di alunni che ritiene che solo poche o addirittura nessuna persona affetta da psicosi sia da considerare pericolosa, che passa dal 58,8% prima dell'intervento al 76,8% dopo sei mesi e al 75,6% dopo un anno. Anche in questo caso la differenza è statisticamente significativa tra T0 e T1 e tra T0 e T2 (Tabella 3).

Si riscontra un cambiamento statisticamente significativo infine anche nelle risposte alla domanda *Quante persone che soffrono di psicosi sono oggetto di soprusi e di violenza da parte di altri «sani»?*, che passa dal 17,5% prima dell'intervento al 32,6% dopo sei mesi e al 33,3% dopo un

anno. Ancora una volta la differenza è statisticamente significativa tra T0 e T1 e tra T0 e T2 (Tabella 3).

CONCLUSIONI

Il presente studio rappresenta un tentativo per valutare gli esiti di un intervento finalizzato a promuovere le conoscenze sui disturbi mentali e favorire un atteggiamento non discriminante nei confronti delle persone affette da questa tipologia di disturbi. Il follow-up ad un anno consente, inoltre, di valutare la stabilità nel tempo degli esiti prodotti dall'intervento.

Prima di discutere i risultati vanno innanzitutto sottolineati alcuni limiti dello studio, che possono essere riconducibili alla non rappresentatività del campione e al fatto che la scuola coinvolta, un liceo delle scienze sociali, è già di per sé sensibilizzata per formazione del suo *iter* scolastico ai temi della salute mentale; ciò potrebbe aver costituito un *bias*, che ne ha condizionato questi risultati preliminari. Inoltre, l'intervento effettuato si compone di più parti ed è possibile che ciascuna di queste eserciti effetti specifici, che il disegno dello studio non consente di misurare. A fronte di questi limiti si ritiene, tuttavia, che il valore sociale di questa iniziativa oltrepassi, in qualche modo, la mancanza di una procedura metodologicamente rigorosa.

Per quanto riguarda le risposte fornite al questionario si ritiene meritevole di attenzione il dato relativo alla pericolosità delle persone affette da psicosi. Se prima dell'intervento poco più della metà degli studenti riteneva che solo una minoranza di persone con psicosi non fosse pericolosa, dopo un anno dalla fine dell'intervento circa l'80% di essi esprime questa opinione.

Lo stigma che si accompagna alle persone che soffrono di disturbi mentali è ancora particolarmente presente nella nostra società e strettamente associato al timore e al pregiudizio circa la loro presunta violenza e imprevedibilità [7]. Tale atteggiamento è piuttosto radicato, soprattutto nella cultura occidentale, nonostante numerosi studi abbiano dimostrato che i tassi di comportamenti antisociali presenti nella popolazione clinica siano di gran lunga inferiori rispetto a quelli agiti nella popolazione generale [8].

I risultati mostrano, inoltre, un cambiamento statisticamente significativo nel numero di alunni che ritiene che esistano terapie efficaci per il trattamento di persone che soffrono di psicosi. Tuttavia, sono ancora numericamente esigui gli studenti che credono che le persone affette da psicosi possano guarire o migliorare molto.

In tutte e tre le rilevazioni solo la metà degli studenti ritiene, inoltre, che le persone che soffrono di psicosi dovrebbero poter aver un lavoro, perché in grado, se aiutate, di rendersi utili. La mancanza di un lavoro costituisce uno dei problemi più rilevanti per le persone che soffrono di disturbi mentali e rappresenta nei pazienti in trattamento nei servizi di salute mentale una percentuale molto limitata in proporzione ad un bisogno elevato [9]. Nonostante numerosi studi mostrino che le persone che soffrono di disturbi mentali possano essere impiegate in lavori competitivi e sottolineino i molteplici vantaggi associati al lavoro, in termini di miglioramento sul piano clinico e sociale, si stima che solo il 10-20% di loro sia realmente occupato [10]. Si ritiene che parte di questa situazione possa essere imputabile alla presenza di radicati pregiudizi nella popolazione generale che conducono a ritenere che le persone con disturbi mentali non possano essere occupate come le persone «normali».

Per quanto riguarda le risposte relative alle domande che valutano le conoscenze, la maggior parte degli studenti effettua una corretta classificazione dei disturbi mentali, differenziandoli da quelli puramente fisici. In particolare, l'effetto più significativo che si osserva, a seguito dell'intervento, riguarda la diminuzione delle risposte «non so». Ciò testimonia un progressivo aumento da parte dei giovani della propensione ad esporsi fornendo una risposta.

Concludendo, si ritiene che l'elemento maggiormente innovativo di questo progetto sia rappresentato dalla promozione di una rete naturale di studenti, che si è impegnata a mantenere nel tempo l'informazione e la sensibilizzazione ricevuta. Si ritiene, infatti, che l'opportunità di sfruttare le capacità dei giovani di trasmettere conoscenze ai propri coetanei, possa costituire uno strumento valido ed efficace, in grado di sviluppare e rafforzare le competenze cognitive e relazionali dei

singoli, e insieme di valorizzare la funzione educativa del gruppo, facendo della classe stessa una risorsa per l'apprendimento e uno strumento di crescita e di cambiamento.

*Psicologa, assegnista di ricerca presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia.

**Psicologa, consulente presso l'IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio" Fatebenefratelli, Brescia.

***Dirigente medico (psichiatra) presso l'IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio" Fatebenefratelli, Brescia.

Bibliografia

- [1] World Psychiatric Association. *Open the Doors. The WPA Global Programme against Stigma and Discrimination because of Schizophrenia*. Volume 1, 2, 3: Guidelines for Programme Implementation. World Psychiatric Association, 1996.
- [2] Thornicroft G., Brohan E., Rose D., Sartorius N., Leese M.; INDIGO Study Group. *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey*. *Lancet* 31;373(9661):408-415, 2009.
- [3] Leiderman E.A., Vazquez G., Berizzo C., Bonifacio A., Bruscoli N., Capria J.I., Ehrebhaus B., Guerrero M., Guerrero M., Lolic M., Milev R. *Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2010 .
- [4] Franz L., Carter T., Leiner A.S., Bergner E., Thompson N.J., Compton M.T. *Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: a grounded theory study*. *Early Interv Psychiatry* 1;4(1):47-56, 2010.
- [5] Bailey S. *Young people, mental illness and stigmatisation*. *Psychological Bulletin* 23:107-110, 1999.
- [6] Thompson A.H., Stuart H., Bland R.C., Arboleda-Florez J., Warner R., Dickson R.A., Sartorius N., Lopez-Ibor J.J., Stefanis C.N., Wig N.N. & World Psychiatric Association *Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37,10 :475-482, 2002.
- [7] Stuart H., *Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions*. *World Psychiatry* 7:185-188, 2008.
- [8] Soyka M., Morhart-Klute V. Schoech H. *Delinquency and criminal offenses in former schizophrenic inpatients 7–12 years following discharge*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 254: 289–294, 2004.
- [9] Lehman A.F., Steinwachs D.S. *Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcome Research Team (PORT). Client Survey*. *Schizophrenia Bulletin* 24:11-20, 1998.
- [10] Brekke J.S., Levin S., Wolkon G.H., Sobel E., Slade E. *Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin* 19(3):599-608, 1993.

Tabella 1. Risposte ottenute alle domanda: *Quali dei seguenti secondo te sono disturbi mentali?*

		T0 N=115	T1 N=96	T2 N=42
		N (%)	N (%)	N (%)
Depressione	<i>Si</i>	87(75,5%)	89(92,7%)	39(92,9%)
	<i>No</i>	23(20%)	6(6,3%)	3(7,1%)
	<i>Non so</i>	5(4,3%)	1(1%)	0
Attacco di panico	<i>Si</i>	70(60,9%)	60(62,2%)	25(59,5%)
	<i>No</i>	35(30,4%)	25(26%)	11(26,2%)
	<i>Non so</i>	10(8,7%)	10(10,4%)	6(14,3%)
Morbo di Hodgkin	<i>Si</i>	3(2,6%)	3(3,1%)	4(9,5%)
	<i>No</i>	9(7,8%)	28(29,2%)	12(28,6%)
	<i>Non so</i>	103(89,6%)	62(64,6%)	25(59,5%)
AIDS	<i>Si</i>	1(0,9%)	1(1%)	0
	<i>No</i>	110(95,7%)	92(95,8%)	41(97,6%)
	<i>Non so</i>	4(3,5%)	1(1%)	1(2,4%)
Schizofrenia	<i>Si</i>	114(99,1%)	95(99%)	42(100%)
	<i>No</i>	1(0,9%)	1(1%)	0
	<i>Non so</i>	0	0	0
Sclerosi multipla	<i>Si</i>	30(26,1%)	14(14,6%)	10(23,8%)
	<i>No</i>	55(47,8%)	73(76%)	24(57,1%)
	<i>Non so</i>	30(26,1%)	7(7,3%)	7(16,7%)
Fobia Sociale	<i>Si</i>	94(81,7%)	82(85,4%)	39(92,9%)
	<i>No</i>	9(7,8%)	5(5,2%)	0
	<i>Non so</i>	12(10,4%)	9(9,4%)	3(7,1%)
Cirrosi	<i>Si</i>	72(62,6%)	4(4,2%)	1(2,4%)
	<i>No</i>	0	68(70,8%)	25(59,6%)
	<i>Non so</i>	43(37,4%)	22(22,9%)	16(38,1%)
Alcoolismo	<i>Si</i>	61(53%)	62(64,6%)	30(71,4%)
	<i>No</i>	40(34,8%)	30(31,3%)	11(26,2%)
	<i>Non so</i>	14(12,2%)	4(4,2%)	1(2,4%)
Anoressia	<i>Si</i>	100(87%)	83(86,5%)	42(100%)
	<i>No</i>	12(10,4%)	11(11,5%)	0
	<i>Non so</i>	3(2,6%)	2(2,1%)	0
Personalità Antisociale	<i>Si</i>	73(63,5%)	73(76%)	30(71,4%)
	<i>No</i>	14(12,2%)	13(13,5%)	8(19%)
	<i>Non so</i>	27(23,5%)	9(9,4%)	4(9,5%)

Tabella 2. Livelli di significatività ottenuti nei tre tempi alla domanda: *Quali dei seguenti secondo te sono disturbi mentali?*

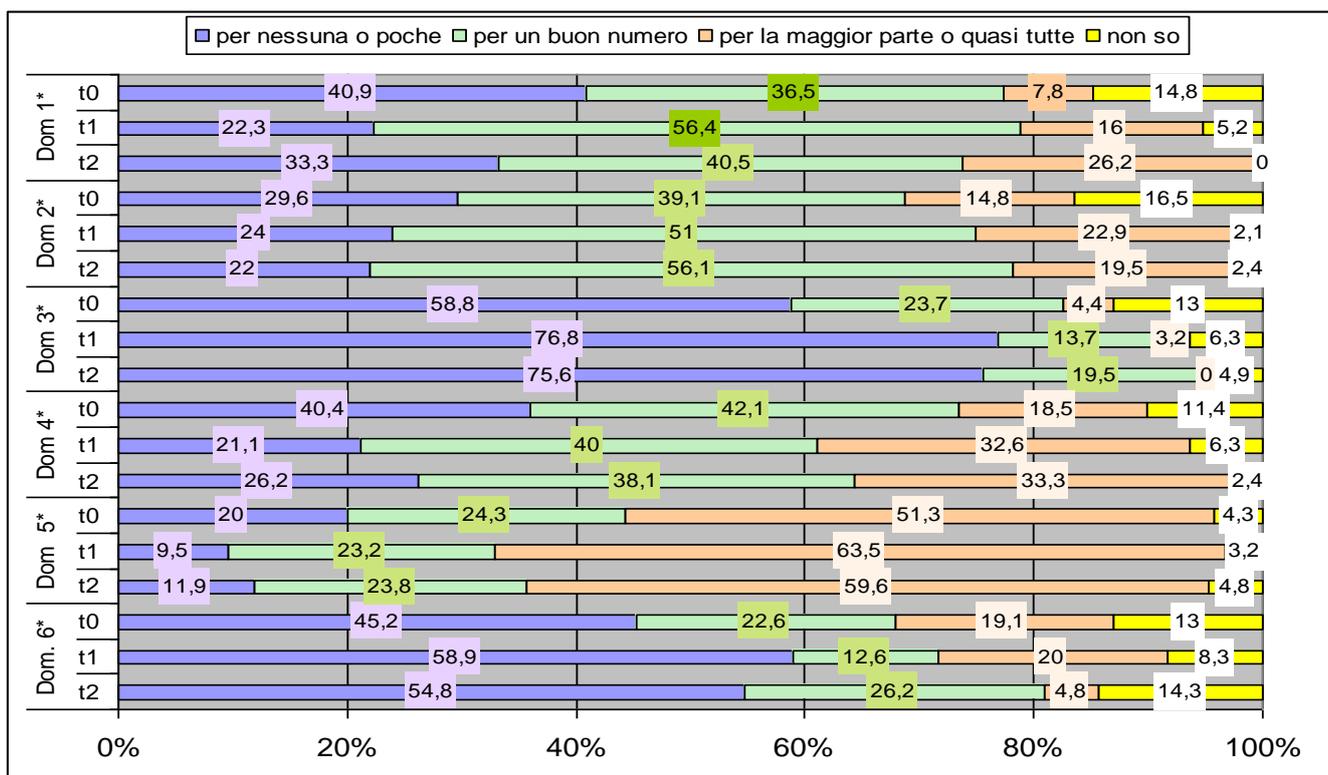
	ANOVA	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Percentuale di risposte corrette totali	F=9,012 p<.000	.000	.016	NS
Percentuale di risposte «non so» totali	F=12,61 p<.000	.000	.011	NS
Percentuale di risposte corrette sui <i>disturbi mentali</i>	F=3,33 p=.037	NS	.084	NS
Percentuale di risposte corrette sui <i>disturbi fisici</i>	F=9,93 p=.000	.000	NS	NS

Tabella 3. Livelli di significatività ottenuti nei tre tempi alle domande che indagano gli atteggiamenti nei confronti delle persone affette da psicosi

Domanda	Kruskal-Wallis	T0-T1	T0-T2	T1-T2
<i>1. Per quante persone che soffrono di psicosi ci sono terapie (farmaci e/o psicoterapie) efficaci?</i>	$x^2=9,084$ gdl 2 $p=.011$	$p=.076$	$p=.002$	NS
<i>2. Quante persone che soffrono di psicosi possono guarire o migliorare molto?</i>	$x^2=2,287$ gdl 2 $p=.319$	NS	NS	NS
<i>3. Quante persone che soffrono di psicosi sono pericolose?</i>	$x^2=8,407$ gdl 2 $p=.015$	$p=.007$	$p=.076$	NS
<i>4. Quante persone che soffrono di psicosi sono oggetto di soprusi e di violenza da parte di altri "sani"?</i>	$x^2=7,595$ gdl 2 $p=.022$	$p=.012$	$p=.032$	NS
<i>5. Quante persone che soffrono di psicosi dovrebbero poter aver un lavoro, perché in grado, se aiutate di rendersi utili?</i>	$x^2= 3,290$ gdl 2 $p=.193$	NS	NS	NS
<i>6. Quante persone che soffrono di psicosi dovrebbero essere curate a lungo negli ospedali e nelle case di cura e non a casa loro?</i>	$x^2= 3,769$ gdl 2 $p=.152$	NS	NS	NS

Figura 1. Percentuali di risposte ottenute alle domande che indagano gli atteggiamenti nei confronti delle persone affette da psicosi

- * Domanda 1 Per quante persone che soffrono di psicosi ci sono terapie (farmaci e/o psicoterapie) efficaci?
- * Domanda 2 Per quante persone che soffrono di psicosi possono guarire o migliorare molto?
- * Domanda 3 Quante persone che soffrono di psicosi sono pericolose?
- * Domanda 4 Quante persone che soffrono di psicosi sono oggetto di soprusi e di violenza da parte di altri “sani”?
- * Domanda 5 Quante persone che soffrono di psicosi dovrebbero poter aver un lavoro, perché in grado, se aiutate di rendersi utili
- * Domanda 6 Quante persone che soffrono di psicosi dovrebbero essere curate a lungo negli ospedali e nelle case di cura e non a casa loro?



Nuovi compiti e funzioni per i Centri Diurni oggi tra progetti innovativi e residenzialità leggera

di Gianluigi Tomaselli, Silvia Fenaroli**, Ombretta Papetti**, Giovanni Pezzani***, Giuseppe Biffi****, Giorgio Cerati†, Giuseppe De Paoli†•, Claudio Mencacci†••, Mauro Percudani†•••, Massimo Rabboni†••••*

Abstract

Our contribution, following the lead of the Regional Plans for mental health, tries to find in the Centro Diurno an important focal point of the DSM in order to guarantee therapeutic-rehabilitative continuity in patients with moderate to severe psychosis.

The work consists of pooling by the authors their own considerations about their experiences which they manage from years, within their DSM in terms of therapeutic-rehabilitative sustainable continuity, within the Centri Diurni and within the Residenzialità Leggera, often already made by integrating the contribution of Innovative Projects and Lavoro and Psiche.

Thinking and considering the Centro Diurno as a physical and mental meeting place, as a mean of integration between new innovative perspectives in working with psychiatric rehabilitation and enhancement of acquired background. Innovation of management and organizational models, by integrating and various institutions. The Centro Diurno as a support of the Residenzialità Leggera by integrating the paths of the social and clinical network of DSM with the social network of municipalities, cooperating in psychiatry round tables, in a partnership between public and private social institutions, with the support of Innovative Projects to keep users integrated both in their own families and in their existential, relational and work background. If we succeed in doing this, we will contrast regression and we will have a major number of patients who are comfortable thanks to the Centro Diurno, the Residenzialità Leggera and Lavoro e Psiche. It is also optimized the service offered by the CRA-C PA/M, by avoiding to users a sort of "revolving door" effect and a dispensation excess.

Above because the Centri Diurni with the Residenzialità Leggera are much more representing a shared mental place of integration of the self and between the self and the others as one own existential and relational background.

Questo nostro contributo cerca di individuare nel Centro Diurno uno snodo importante, nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale, per garantire la continuità terapeutico-riabilitativa per il paziente con patologie gravi e medio-gravi, non ospite, o non più ospite, di strutture comunitarie residenziali. Se i Centri Diurni, accanto ai Centri Psicosociali, hanno sempre svolto anche una funzione di cerniera tra percorso riabilitativo all'interno dei servizi psichiatrici e contesto familiare e territoriale dell'utente, il Piano Regionale di Salute Mentale invita a nuove sfide di integrazione: i nuovi progetti in collaborazione con enti e strutture esterni al circuito psichiatrico – Residenzialità Leggera, Progetto Innovativo TR-05 “Paziente grave e comunità sociale”, Progetto “Lavoro e Psiche” – richiedono sia un incremento dell'investimento sugli scambi con l'esterno, sia un ulteriore

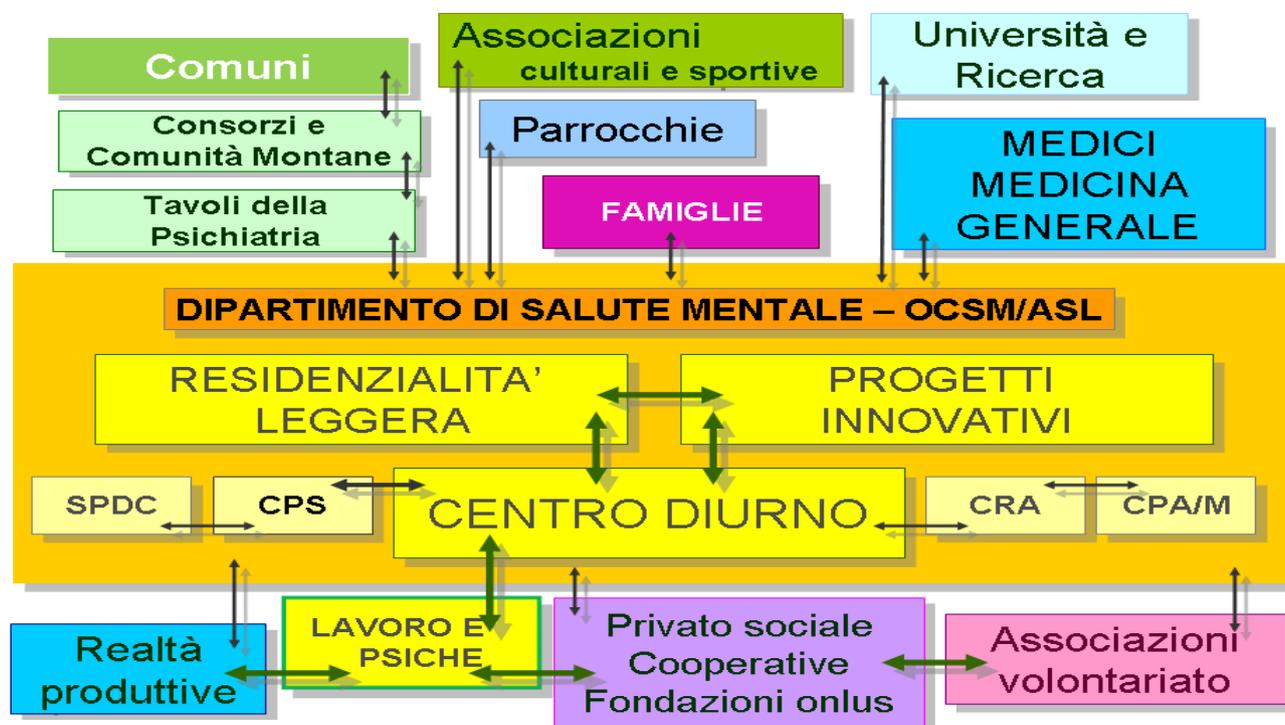
cambiamento di prospettiva nel lavoro con gli utenti, che sia ancor più focalizzato sui percorsi individuali, sempre più differenziati per i singoli soggetti.

Riteniamo che il Centro Diurno possa costituire una risorsa preziosa, una base sicura, per gli utenti che usufruiscono delle nuove proposte riabilitative, costituendo un ponte di collegamento tra servizi e territorio, ma anche un luogo unico in cui possano convergere osservazioni ed istanze provenienti dai vari fronti sui quali è impegnato l'utente.

Il metodo di lavoro è consistito nel mettere in comune - da parte degli autori - le proprie riflessioni circa le esperienze nei processi terapeutico-riabilitativi che da anni stanno coordinando all'interno delle rispettive strutture di appartenenza in fatto di continuità terapeutico-riabilitativa sostenibile in psichiatria. Quanto segue è quindi la sintesi di un lavoro di condivisione delle esperienze, a partire da quanto si è fatto in anni di lavoro e che si cerca di continuare migliorando. Abbiamo provato a pensare, considerare, il Centro Diurno come luogo fisico, mentale, d'incontro e integrazione tra nuove prospettive innovative di lavoro in riabilitazione psichiatrica e valorizzazione dei backgrounds acquisiti [1, 2, 3, 4, 5].

Il Centro Diurno può essere pensato come il fulcro dell'attività riabilitativa in psichiatria, essendo il luogo nel quale si intersecano la rete sociale e clinica del Dipartimento di Salute Mentale con la rete sociale dei comuni – consorziati nei Tavoli della psichiatria – e del privato sociale, che apporta il proprio contributo a livelli più o meno strutturati [6].

Con il consolidarsi dell'esperienza dei Centri Diurni e con l'attestarsi della durata dei progetti di riabilitazione semi-residenziale su tempi medio-lunghi, si è sempre più sentita l'esigenza di un'apertura verso l'esterno: tra le esperienze più significative che possono essere citate vi sono la collaborazione con le associazioni di volontariato del territorio ed il sostegno ai familiari, sia a livello individuale che di gruppo. Per ciò che concerne la collaborazione con le associazioni, nel tempo sono state coinvolte progressivamente quelle situate nei comuni dove sono situati i centri, e poi altre presenti sul territorio del dipartimento, scelte in funzione dell'attività svolta e della disponibilità a coinvolgersi in progetti con utenti psichiatrici.



Oltre a queste esperienze, che vengono costantemente mantenute ed implementate, sono stati costruiti oggi consistenti progetti di reinserimento e risocializzazione, come quelli che riguardano la

Residenzialità Leggera e il reinserimento lavorativo e sociale, come il Progetto “Lavoro e Psiche” ed il Progetto Innovativo TR-05 “Paziente grave e comunità sociale”, che accompagnano gli utenti con progetti individualizzati finalizzati all’abitazione in un nuovo domicilio, all’inserimento lavorativo e alla risocializzazione, grazie ad una proficua collaborazione tra aziende ospedaliere e cooperative del territorio [7].

La Residenzialità Leggera

Come noto un’esperienza centrale nell’evoluzione dei servizi psichiatrici è la Residenzialità Leggera, che sta consentendo ad un certo numero di utenti di vivere autonomamente in piccoli appartamenti, supportati da educatori ed infermieri del Dipartimento di Salute Mentale. La quota di competenza sanitaria è di 45 €/die mentre la quota sociale è di 10-15 €/die ed è stabilita dal piano di zona con riferimento al modello ISE dell’utente. In alcune occasioni le risorse per finanziare questo tipo di progetti sono state messe a disposizione da enti del privato sociale, come nel caso del Progetto “Chiavi di casa”, finanziato dalla Fondazione Cariplo. Aiutare i pazienti a scegliere, arredare ed abitare un nuovo domicilio può consentire loro di fruire non solo e non tanto di un nuovo spazio fisico, ma anche e soprattutto di un nuovo spazio mentale di riparazione e ricostituzione di trame esistenziali di senso, di relazioni, di luoghi d’incontro e quindi di appartenenza, per esistere ancora in modo autentico e sostenibile [1, 6, 7].

Il Progetto Innovativo TR-05 “Paziente grave e comunità sociale”

Un altro progetto, promosso e finanziato dalla Regione Lombardia, coordinato dal Dipartimento di Salute Mentale, ma realizzato con operatori delle cooperative sociali del territorio, è il Progetto Innovativo TR-05 “Paziente grave e comunità sociale”, finalizzato al reinserimento sociale e alla risocializzazione. Questo progetto prevede l’accompagnamento da parte di un educatore degli utenti, da soli o in piccolo gruppo, alla scoperta delle opportunità ricreative e risocializzanti presenti sul territorio di appartenenza. Vengono coinvolti, a questo scopo, associazioni (culturali, sportive, ricreative), biblioteche, oratori, impianti sportivi e altre strutture analoghe. L’obiettivo è quello di aiutare i pazienti a trovare occasioni di attività e scambio relazionale al di fuori del circuito psichiatrico. In alcune occasioni l’ausilio educativo è stato inserito in progetti di residenzialità leggera, così da favorire da parte dell’utente la conoscenza e l’utilizzo delle risorse presenti nel comune del nuovo domicilio. Anche qui, l’obiettivo non è solo e non tanto quello di riempire il tempo vuoto del paziente, ma quella di aiutarlo a scoprire o inventare nuovi tempi e nuovi luoghi di vita, per sperimentarsi e riconoscersi in relazioni significative e per abitare con una diversa consapevolezza il proprio territorio [4, 8, 9].

Il Progetto “Lavoro e Psiche”

Promosso dalla Fondazione CARIPLO e realizzato grazie al coinvolgimento degli organismi di Coordinamento per la salute mentale delle ASL di Bergamo, Como, Milano e Sondrio, ha l’obiettivo di supportare utenti con gravi patologie psichiatriche nel trovare e mantenere un inserimento lavorativo protetto. Gli utenti sono affiancati da un coach ad personam che, in sinergia con i servizi territoriali (assistenti sociali ed equipè delle UOP, assistenti sociali dei comuni o dei loro consorzi, S.I.L., Servizi Inserimenti Lavorativi, delle ASL) attivano tutti gli interventi funzionali ad un percorso di integrazione personalizzato, così da inserirli in una realtà lavorativa (sia essa una cooperativa o un’azienda pubblica o privata) e a auspicabilmente mantenere, nel lungo periodo, lo status di lavoratore. L’obiettivo è ambizioso, soprattutto se si considera l’importanza che può avere per gli utenti il vedersi restituire lo status di lavoratore, con tutte le implicazioni legate al potersi sentire parte attiva e produttiva in un contesto che in precedenza poteva aver vissuto come rifiutante ed ostile [10, 11].

Con l’aumentare della complessità della proposta riabilitativa, il ruolo del Centro Diurno può essere ripensato in chiave integrativa, spostando maggiormente il focus sui progetti individualizzati e sulla necessità di collaborazione tra i diversi partner coinvolti. Pensiamo quindi al Centro Diurno come a

una “base sicura” per gli utenti, che possono continuare ad usufruire delle proposte riabilitative all’interno del CD, mantenendosi inseriti nella propria famiglia e nel proprio ambito esistenziale, relazionale e lavorativo e, nel contempo, impegnarsi in percorsi di reinserimento finalizzati al recupero ed al sostegno di una maggior partecipazione nella propria comunità di appartenenza. I nuovi progetti si inseriscono in questo quadro con iniziative costruite *ad hoc* per i singoli utenti, per proseguire il lavoro riabilitativo nei loro luoghi di appartenenza: si propone così una riabilitazione diretta, sul campo, nei luoghi di residenza e quindi nei luoghi di senso esistenziale e relazionale, per supportarli nel mantenersi integrati, nel mantenersi compiutamente vivi e vitali [12].

A partire dalla sfida che pongono il Piano di Salute Mentale e questi progetti, che ne derivano in attuazione, riteniamo che vada valorizzata la funzione del Centro Diurno come epicentro di progetti individualizzati complessi, oltre che come luogo di osservazione e ottimizzazione dell’approccio diagnostico, clinico, psicofarmacologico, anche alle patologie somatiche spesso correlate al disagio psichico (obesità, diabete, dislipidemie, BPCO, patologie epatiche o cardiovascolari come l’ipertensione arteriosa, etc.) ed alle dipendenze, altrettanto frequenti, quali tabagismo, abuso in alcoolici e cannabinoidi.

Se storicamente il ruolo del Centro Diurno è stato quello di fornire agli utenti un luogo fisico e uno spazio mentale condiviso per recuperare abilità e ritmi legati alla quotidianità, esso è progressivamente evoluto grazie all’apertura verso l’esterno, che consiste sia nell’accompagnare gli utenti nella riappropriazione degli spazi e dei servizi del territorio, sia nel favorire l’interscambio tra i centri ed altre realtà, istituzionali e non.

Come la relazione psicoterapeutica consente di acquisire un prototipo relazionale nuovo e più adattivo, da potersi spendere al di fuori del setting terapeutico nei vari contesti di vita, così il Centro Diurno costituisce un contesto alternativo, protetto e protettivo, ma anche orientato all’emancipazione, all’interno del quale l’utente, in funzione dei propri bisogni e delle proprie possibilità, può assumere, recuperare e consolidare modalità più adattive di comportamento e di relazione, da spendersi sia all’interno del CD che fuori [13].

Le realtà coinvolte nei progetti sopra menzionati sono fra loro eterogenee per tipologia, mentalità ed intenti; la sfida è quella di integrare le molteplici funzioni che attraverso di esse si esplicano, consentendo a ciascuna di mantenere la propria identità e le proprie finalità. Tra esse menzioniamo, oltre alle componenti educative e sociali del Dipartimento di Salute Mentale, i Comuni con i loro Tavoli della psichiatria e le strutture di cui dispongono (palestre, biblioteche, scuole); il terzo settore, con le Cooperative sociali di tipo A e B e le associazioni sportive, ricreative e culturali; le parrocchie; le fondazioni bancarie; i sindacati con i loro patronati e le iniziative culturali e ricreative.

La collaborazione tra queste realtà ed i Centri Diurni si può esplicitare in due modalità: attraverso attività rivolte a gruppi di utenti con la mediazione degli operatori, che possono svolgersi all’interno o all’esterno del CD con conduttori e volontari esterni, oppure attraverso progetti individualizzati che facilitino gli utenti nel praticare attività inizialmente svolte al Centro nei propri luoghi di residenza.

In questo senso è stato fondamentale l’apporto del Progetto Innovativo TR-05, che ha messo a disposizione dei Dipartimenti di Salute Mentale le risorse necessarie a seguire individualmente alcuni utenti in fasi delicate del loro percorso di riabilitazione, particolarmente quella dello “sgancio” dal CD.

Quindi Centro Diurno, Residenzialità Leggera, Reinserimento Lavorativo e Progetti Innovativi diventano, insieme ed integrati fra loro, luogo e strumento per contrastare la regressione e favorire il reinserimento, evitando che gli utenti con le reti sociali più deboli entrino nel circuito perverso della “porta girevole” da una Comunità all’altra, in funzione dei tempi stabiliti dalle normative e non delle loro necessità riabilitative, piuttosto che diventino in pianta stabile esclusivamente pazienti del Centro Diurno, rinunciando così al proprio ruolo di cittadini e residenti del territorio.

Questi progetti, animati e sostenuti da operatori integrati nelle équipes già esistenti, possono e devono aiutare il Centro Diurno, che agisce su mandato del CPS, a svolgere in modo pieno il proprio compito riabilitativo, favorendo:

- nei casi più gravi, il superamento dell'isolamento di alcuni utenti, permettendo loro di frequentare il Centro Diurno stesso, grazie alla possibilità di accompagnamento ed affiancamento da parte di un educatore professionale;
- nella fase di dimissione o di parziale "sgancio" dal CD, un supporto agli utenti che hanno già usufruito di un percorso semiresidenziale di riabilitazione, perché oltre al CD e/o al CPS riacquisiscano reti relazionali nel luogo di residenza, eventualmente anche attraverso un nuovo inserimento lavorativo;
- un fondamentale lavoro di supporto agli utenti, a fianco dei nuovi progetti di Residenzialità Leggera, che usufruiscono di questa opportunità, e nel contempo di raccordo tra gli utenti stessi e il loro "nuovo" territorio, all'interno del quale il Centro Diurno, a partire dal mandato del CPS, svolge un ruolo privilegiato. Il CD può fornire a questi utenti un ventaglio variegato di possibilità e attività riabilitative, dove le relazioni, con i loro contenuti e significati simbolici, tra utenti e tra loro e gli operatori, sono elemento fondante del senso della riabilitazione, che può esprimersi in diverse attività e gruppi più o meno strutturati e in progetti personalizzati.
- sostegno per Progetti di Reinserimento Lavorativo, già messi in campo e sostenuti da Fondazioni Bancarie e/o Fondazioni ONLUS del privato sociale e/o Comuni singoli o associati, sempre in accordo con i loro Tavoli della psichiatria o con le loro Aziende Consortili e il CPS, del quale il Centro Diurno rappresenta il "braccio" riabilitativo, che permette all'utente di curarsi continuando a vivere nel proprio ambiente.

Particolarmente significative diventano queste esperienze per gli utenti che godono di scarse risorse dal punto di vista del supporto familiare: l'inserimento in residenze protette o in reti territoriali sufficientemente estese, congiuntamente alla frequenza del Centro Diurno, possono contribuire a dilatare anche notevolmente i tempi per l'inserimento in strutture residenziali, limitando questa eventualità ai casi che ne necessitano strettamente. Ciò consente di contrastare le tendenze espulsive che possono insorgere quando i familiari, o gli stessi comuni di residenza, hanno difficoltà a farsi carico della cura degli utenti. Nel contempo, una presa in carico tempestiva ed articolata può aiutare a detendere situazioni familiari e sociali che, da tempi più o meno lunghi, vengono vissute come gravose o insostenibili da chi le sperimenta.

In prospettiva, il Centro Diurno potrebbe inoltre rendersi potenziale luogo d'incontro tra Azienda Ospedaliera, Università e ricerca farmacologica per studi sulla psicosi e i disturbi di personalità (efficacia, eventuale fascia di nicchia, effetti avversi, dosaggi ottimali, farmacoresistenza), anche a medio-lungo termine, con i vantaggi derivati dall'avere a disposizione una coorte sostanzialmente stabile e una struttura che garantisce osservazione e monitoraggio costanti da parte di operatori specializzati. L'incontro e l'integrazione fra le citate istanze istituzionali può apportare nuovi stimoli, risorse umane ed economiche al Centro Diurno ed al Dipartimento di Salute Mentale per il servizio che può fornire, mentre cresce ed evolve [14].

Sulla base di quanto sopra esposto, riteniamo che, per raccogliere la sfida posta dal Piano Regionale di Salute Mentale ed utilizzarne le risorse per costruire progetti terapeutici e riabilitativi sempre più centrati sulle necessità e possibilità del singolo utente, non si possa prescindere dal prendere in considerazione:

- la centralità di una continuità terapeutica e riabilitativa sostenibile, con la creazione di momenti di condivisione delle esperienze tra Centro Diurno, Progetti Innovativi, Reinserimenti Lavorativi e Residenzialità Leggera, per evitare il rischio di interventi dispersivi e frammentari, e, piuttosto, fornire agli utenti progetti di ampio raggio che li sostengano in diversi ambiti di vita, riconoscendone l'individualità e la specificità;
- la necessità di rimodulare, rendere flessibili e innovare i modelli gestionali e organizzativi in clinica e riabilitazione, per raggiungere un maggior livello di appropriatezza, efficacia ed

efficienza, anche sperimentando nuove forme di finanziamento per i percorsi di cura, riabilitazione sul territorio e residenzialità leggera;

- il bisogno di integrazione dei percorsi di cura e riabilitazione, sia all'interno del Dipartimento di Salute Mentale che nei confronti dell'esterno - comuni e risorse della rete territoriale - attivando e sprigionando le sinergie fra luoghi, persone, situazioni esperienziali dei diversi soggetti istituzionali in sussidiarietà tra pubblico e privato sociale.

Se riusciremo qui, nel cuore della riabilitazione, aiutando l'utente a seguire il proprio personale percorso riabilitativo nei luoghi di appartenenza, contrasteremo la regressione e avremo più utenti che vivranno dignitosamente tra la propria casa o la Residenzialità Leggera, il Centro Diurno e le reti formali ed informali che attorno ad esso si costruiscono, evitando anche che le Comunità del DSM siano congestionate dal meccanismo a "porta girevole", restituendo loro il ruolo di risorsa preziosa ma, necessariamente, da limitarsi a casi specifici. L'auspicio è che i Centri Diurni, insieme a Residenzialità Leggera, Progetto Lavoro e Psiche e Progetti Innovativi possano rappresentare un luogo, uno spazio mentale condiviso di integrazione del sé, tra il sé e gli altri come parte del proprio esistere, del proprio ambito relazionale ed esistenziale.

*Resp. Psichiatra, Centro Diurno Ghiaie di Bonate Sopra

** Psicologa Centro Diurno Ghiaie di Bonate Sopra

*** Dir. DSM A.O. Treviglio (Bg)

****Dir. DSM A.O. S. Carlo di Milano

°Dir. DSM A.O. di Legnano

°°Dir. DSM A.O. di Pavia

°°°Dir. DSM A.O. Fatebenefratelli di Milano

°°°°Dir. DSM A.O. di Garbagnate Milanese

°°°°°Dir. DSM A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo.

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] Cerati, G., "Case management psichiatrico, sussidiarietà dei servizi, integrazione degli interventi", relazione tenuta al congresso *Case management in psichiatria: un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie*, Bergamo, 4 febbraio 2009.
- [3] Mencacci C., Giannelli A., *Etica: continuiamo a parlarne, il dilemma etico in psichiatria*, Fondazione P. Varenna, Milano, 1991.
- [4] Percudani, M., "Dal percorso istituzionale all'operatività clinica: le azioni innovative regionali in psichiatria", relazione tenuta al congresso *Case management in psichiatria: un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie*, Bergamo, 4 febbraio 2009.
- [5] Rabboni M., *Etica della riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, Milano, 1997.
- [6] Carozza P., *La Riabilitazione Psichiatrica nei Centri Diurni: aspetti clinici ed organizzativi*, Franco Angeli, Roma, 2003.
- [7] 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.
- [8] Regione Lombardia, PRSM-DGR 2004, DGR VIII/4221/2007, 7861 e 8501/2008, "Sviluppo e Innovazione in Psichiatria: Linee guida di indirizzo Regionale 2009-2011", Circ. Dir. Gen. Fam. e Solidarietà Sociale 2008.
- [9] Tomaselli G., Fenaroli S., Papetti O., De Paoli G., Biffi G., Mencacci C. (2009), "Il Centro Diurno come fulcro dell'attività riabilitativa in psichiatria. Storia di un'esperienza", 2002-2008. ERREPIESSE, 43-52, II-2009.
- [10] Farkas M.D., Anthony W.A., "Outcome analysis in psychiatric rehabilitation". In M. Fuhrer (a cura di), *Outcome Assessment in Rehabilitation*, Brookes Publishing, Baltimore, 2004.

- [11] Bassi M. (1999), “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.
- [12] Rabboni M., *Residenzialità - Luoghi di vita, Incontri di Saperi*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- [13] Ferruta A., Galli T., Loiacono N., *Uno spazio condiviso. La terapia dei pazienti psicotici in una struttura intermedia*, Borla, Roma, 1994.
- [14] Giannelli A., “Follia e Psichiatria: Crisi di una Relazione”, presentazione di C.L. Cazzullo e prefazione di S.Vender, Franco Angeli, Milano, 2007.

Prevenire la cronicità.

*V Giornata di Studi S.I.R.P. Sezioni Campania-Puglia,
Salerno 5 novembre 2010*

Il consolidato interesse per gli interventi riabilitativi nel campo della salute mentale dimostra l'evoluzione che negli ultimi anni ha subito la cura delle psicosi maggiori. Analoghi progressi, in parallelo, si sono realizzati nel campo della farmacologia e dello studio dei mediatori cerebrali. Curare la schizofrenia rappresenta oggi una sfida importante e tale sfida viene affrontata prevalentemente con strategie di integrazione degli interventi farmacologici nuovi e più raffinati e con un diverso uso delle strategie di prevenzione delle disabilità personali.

E' possibile affermare che esiste una grande variabilità nel decorso e negli esiti della schizofrenia e che a questa diagnosi non corrisponde certo una sola, infausta prognosi. Nei dibattiti svolti all'interno dei servizi di salute mentale, per anni si è assistito ad affermazioni orientate a sostenere che la *mission* dei servizi pubblici era la gestione dei malati gravi e della cronicità psichiatrica. Per anni è stato affermato che lo sviluppo della cultura della riabilitazione in salute mentale fosse dovuto all'aggravarsi del problema della cronicità. Ma, in realtà, più che un aggravarsi di tale problema è stato un cambio di paradigma nella cura dei pazienti gravi che ha evidenziato il maggiore ricorso a tecniche di riabilitazione psicosociale quali strumento precoce di cura. È noto che un ritorno pieno al livello premorboso non è realistico e che avvenimenti nel decorso della malattia possono influire sull'esito potenziale, che i deficit cognitivi possono limitare l'esito funzionale e che la variabilità dell'intervento psicosociale e riabilitativo influenza l'esito. Maggiori probabilità di raggiungimento di risultati terapeutici ottimali, grazie alla disponibilità di migliori e più individualizzati interventi farmacologici, di tipo riabilitativo e di reinserimento sociale, ha modificato le aspettative di esito a lungo termine della schizofrenia.

La nuova sfida che investe la responsabilità dei servizi di Salute Mentale, non è più solo la gestione della cronicità, ma la sua prevenzione. Oggi il vero cambio di paradigma è orientato alla diagnosi precoce di patologie potenzialmente invalidanti ed alla gestione integrata ed intensiva con *case management* multi-professionale degli esordi psicopatologici. Su questo terreno, il modello bio-psico-sociale rappresenta una guida utile ad orientare lo studio e le strategie dell'intervento.

Ulteriori informazioni e programma www.riabilitazionepsicosociale.it

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.