

Errepiesse

Rivista su una via italiana alla
riabilitazione psicosociale

Sommario



PRIMA PAGINA

- International Classification of Function and Disability (ICF) un'esperienza in un servizio di salute mentale
di Giuliana Covelli, Raffaella Musillo, José Mannu

LA VIA ITALIANA

- Profilo occupazionale post laurea del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nei servizi della Salute Mentale in Regione Lombardia
di Caterina Viganò, Marta Zecchina, Francesca Rimoldi, Serena Borsani, Gabriella Ba

- Il fabbisogno formativo in ambito psichiatrico
di Annarita Marturano, Francesco Caggio

IL LAVORO E I SERVIZI

- L'applicazione della psicomotricità con il paziente psichiatrico
di Lina Barbieri, Manuela Peserico

- In viaggio con
di Carlo Scovino, Ines Marroccoli

LE REGIONI

RECENSIONI

- Puoi contare su di noi. Crescere un figlio adolescente
di Antonio Tosi

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: A. Vita
Presidente eletto: G. Corrivetti
Presidente Onorario: L. Burti
Consiglieri Onorari: F. Pariente, M. Casacchia, G. Ba, F. De Marco, M. Rabboni, B. Carpinello, G. Saccotelli, R. Roncone
Vice-Presidenti: J. Mannu, C. Viganò
Segretario Generale: D. Semisa
Tesoriere: L. Berti
Coordinatore delle Sezioni Regionali: D. Lamonaca
Consiglieri: L. Basso, A. Bellomo, F. Catapano, T. De Donatis, B. Ferrari, D. Labarbera, D. Nicora, A. Mombello, M. Papi, F. Pesavento, L. Pingani, M. Rigatelli, R. Sabatelli, D. Sadun, F. Scarpa, E. Tragni Matakchieri, E. Visani
Delegato S.I.P.: P. Peloso
Revisori dei Conti: I. Boggian, M. Peserico, D. Ussorio
Segretari Regionali
Abruzzo: M. Casacchia
Calabria: M. Nicotera
Campania: U. Volpe
Emilia-Romagna: A. Parma
Lazio: J. Mannu
Lombardia: C. Viganò
Liguria: A. Ferro
Marche: E. Alfonsi
Molise: S. Tartaglione
Piemonte: G. D'Allio
Puglia: P. Nigro
Toscana: C. Rossi
Triveneto: D. Lamonaca
Sardegna: A. Baita
Sicilia: D. Labarbera

SEGRETERIA DI REDAZIONE
Cristina Bellazzecca

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, Psichiatria II, DSM dell'A.O. Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

International Classification of Function and Disability (ICF) un'esperienza in un servizio di salute mentale

di Giuliana Covelli, Raffaella Musillo**, Josè Mannu****

Abstract

In 2001 the World Health Organisation (WHO) published the first edition of ICF, a manual for the classification of function and disability. The manual was an attempt to introduce a new method in rehabilitation's practice. In particular the rehabilitation in mental health often is only an entertainment without a strategy and a definite goal. In this paper we try to use ICF in rehabilitation's work into a Therapeutic Community as a guide for the description of specific areas of disability and of strength. We try also to follow the evolution of the patients and we try to value their improvement.

La classificazione del funzionamento e della disabilità (ICF) proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità costruita come strumento complementare alla classificazione internazionale delle malattie (ICD) nelle sue diverse versioni (ultima ICD 10), rappresenta un'importante novità nell'ambito della riabilitazione e, a nostro parere, una possibilità e una risorsa importante per la riabilitazione psicosociale.

La pratica riabilitativa nella psichiatria ha sempre avuto difficoltà a strutturare una modalità di intervento con una strategia di lavoro efficace e trasmissibile. Sono nati molteplici interventi alcuni molto strutturati come l'area della psicoeducazione, altri meno come tutto il complesso delle attività accompagnate dal termine "terapia" che hanno portato a critiche anche importanti sul fatto che più che di terapia si stava facendo dell'"intrattenimento" (Saraceno).

Nonostante queste difficoltà, la riabilitazione ha sempre comunque conservato alcune sue caratteristiche operative peculiari: per esempio il fatto che l'intervento riabilitativo è un intervento per definizione "strategico" cioè non può prescindere dal contesto e dalla quotidianità della persona. L'importanza del contesto si è espresso con la nascita dei gruppi psicoeducazionali multifamiliari che hanno avuto una evoluzione importante nel lavoro riabilitativo territoriale. Poi l'importanza all'inserimento lavorativo ha spostato l'attenzione dal problema alle capacità della persona *in relazione* al contesto lavorativo. Infine l'abitare e l'importanza nel sostenere le capacità di vita nel vivere quotidiano.

Questa attenzione alle capacità e al funzionamento (che si declina nel funzionamento nella famiglia, nel lavoro, nel quotidiano, nel sociale) ha rappresentato un punto di svolta fondamentale di cui ancora forse non riusciamo a coglierne la reale portata. Sicuramente cambia l'assistenza non più orientata solo ad "allungare la vita" curando la malattia ma interessata soprattutto a "migliorare la vita" e quindi anche il benessere della persona.

Tutta questa operatività mancava tuttavia di un sistema di classificazione in grado di valorizzare il lavoro, di indirizzarlo, di individuare le aree su cui centrare gli obiettivi del lavoro.

La struttura dell'ICF è costituita da cinque grandi componenti:

- 1) Funzioni Corporee
- 2) Strutture Corporee
- 3) Attività e Partecipazione
- 4) Fattori Ambientali

5) Fattori Personali

Ogni componente ha un “dominio”:

- 1) Funzioni corporee
- 2) Strutture corporee
- 3) Aree di vita
- 4) Influenze esterne sul funzionamento
- 5) Influenze interne sul funzionamento

Ogni dominio ha un costrutto che indica:

- 1) Cambiamento nelle funzioni
- 2) Cambiamento nelle strutture
- 3) Capacità ad eseguire compiti in ambiente standard vs ambiente attuale
- 4) Impatto facilitante od ostacolante dell’ambiente
- 5) Impatto delle caratteristiche della persona

Ogni costrutto ha un aspetto che può essere positivo o negativo: integrità o menomazione e l’ambiente esterno può presentarsi come “facilitatore” o “barriera”.

Gli aspetti “personali” non sono stati classificati perché ritenuti troppi da classificare.

Il totale dei costrutti presi in considerazione è di più di 1400. A fronte di questo eccesso di costrutti, il tentativo è quello di individuare quei costrutti che sono importanti per la salute mentale.

Alcuni gruppi di lavoro sono nati in Germania e in Spagna lavorando per la costruzione di “core set” per la depressione e il disturbo bipolare. Noi stiamo cercando di costruire un “core set” per il disturbo dello spettro schizofrenico. La procedura che stiamo utilizzando è il metodo definito “Delphi” (Linstone & Turoff, 2002)

Riportiamo alcuni esempi di lavoro con l’ICF che ci sembrano significativi per illustrare come un sistema di classificazione possa incidere sul lavoro riabilitativo orientato al “recovery”.

Esempi clinici

Il caso clinico presentato ha una diagnosi di disturbo borderline di personalità; ha attuato diversi tentativi di suicidio e autolesionismo con abuso di sostanze e alcol.

Dopo un accurata osservazione della persona è stato fatto un profilo ICF .

FUNZIONI MENTALI

DESCRIZIONE	QUALIFICATORE
B110 FUNZIONI DELLA COSCIENZA	3
B114 ORIENTAMENTO	0
B126 FUNZIONI DEL TEMPERAMENTO E DELLA PERSONALITA’	2
B1303 CRAVING	4
B1304 CONTROLLO DEGLI IMPULSI	4
B152 FUNZIONI EMOZIONALI	3

Il qualificatore 0 equivale alle RISORSE del paziente e su questo abbiamo iniziato a pensare a degli interventi da fare.

Durante l’osservazione iniziale del paziente, si sono individuate le Aree di Attività e Partecipazione e Fattori Ambientali dove poter intervenire per poi costruire un progetto personalizzato.

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE

DESCRIZIONE	PERFORMANCE (Supportato in contesto attuale)	CAPACITA' (Non supportato)
D230 ESEGUIRE LA ROUTINE QUIOTIDIANA	0	0
D240 GESTIRE LA TENSIONE E ALTRE RICHIESTE DI TIPO PSICOLOGICO	2	3
D470 USARE UN MEZZO DI TRASPORTO	0	0
D5702 MANTENERSI IN SALUTE (quindi evitare abuso di Alcool e sostanze)	2	3
D620 PROCURARSI BENI E SERVIZI	0	0
D740 RELAZIONI FORMALI	0	0
D760 RELAZIONI FAMILIARI	2	3
D820 ISTRUZIONE SCOLASTICA (prima di entrare in CT il paziente ha preso il diploma di ragioneria)	0	0
D850 lavoro retribuito (prima di entrare in ct il paziente ha lavorato per diversi anni in una ditta)	0	0

Come si vede le aree di interesse sono state le relazioni con i familiari che automaticamente si sono ripercosse nelle *funzioni emozionali* (b152), mantenersi in salute (evitando abuso di alcol e droghe) nel *craving* (b1303), gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico nel costrutto *controllo degli impulsi* (b1304).

Il dominio *FATTORI AMBIENTALI* è collegato ad *Attività e Partecipazione* e alle *Funzioni Mentali* ed il contesto esterno, ci permette di “guardare” se sono delle barriere o facilitatori per il paziente.

Descrizione	Qualificatori
E 1101 FARMACI	+2
E310 FAMIGLIA RISTRETTA	2
E325 CONOSCENTI, COLLEGHI, VICINI DI CASA E MEMBRI DELLA COMUNITA'	+2
E345 ESTRANEI	0
E410 ATTEGGIAMENTI INDIVIDUALI DEL COMPORTAMENTO DELLA FAMIGLIA RISTRETTA	2

E425 ATTEGGIAMENTI INDIVIDUALI DI CONOSCENTI, COLLEGHI, VICINI DI CASA E MEMBRI DELLA COMUNITA'	+2
E445 ATTEGGIAMENTI INDIVIDUALI DI ESTRANEI	0

Dopo aver usato lo strumento ICF abbiamo pensato a delle attività che potessero servire per intervenire sulle aree e collegarle tra di loro.

Un primo intervento è stato di tutelare il paziente nel cercare di evitare almeno l'uso di alcol per poi passare ad una seconda fase di osservazione e accompagnamenti della persona all'interno del territorio.

Inoltre abbiamo fatto partecipare il paziente alle diverse attività proposte all'interno della comunità terapeutica. Gli è stato affiancato, per circa tre mesi, un'educatrice che potesse fare con lui delle attività personalizzate per ricostruire tutte le parti "frammentate" di se stesso (si svolgevano uscite personalizzate, attività di modellismo ecc.). Le attività manuali sono state utili perché erano centrate sul "fare" piuttosto che sul "pensare"

Un altro intervento fondamentale è stato il gruppo multifamiliare perché da un atteggiamento ambivalente si è arrivati ad un atteggiamento collaborativo.

Ad oggi il paziente non ha più tentato il suicidio e non fa abuso di alcool, appare abbastanza congruo nella gestione delle emozioni e degli impulsi.

Il suo percorso terapeutico attualmente prevede un inserimento ad un corso di computer esterno alla comunità terapeutica.

Un altro esempio che viene riportato qui di seguito con applicazione ICF è di una persona con diagnosi di schizofrenia inserito in una Comunità Terapeutica.

L'ospite è inserito in comunità da circa 4 mesi e dopo un accurata osservazione è stato fatto un profilo ICF prendendo in considerazione i costrutti elaborati, specifici della schizofrenia.

Il profilo qui di seguito è stato fatto dopo 3 mesi che la persona stava in comunità partendo dalle funzioni mentali per poi approdare ad un progetto terapeutico condiviso con tutta l'equipe.

FUNZIONI MENTALI

DESCRIZIONE	QUALIFICATORE
B114 funzioni dell'orientamento	4
B1142 Orientamento rispetto alla persona	3
B122 funzioni psicosociali globali	2
B1301 motivazione	3
B1304 Controllo degli impulsi	0
B140 funzione dell'attenzione	2
B144 funzioni della memoria	2
B1470 qualità psicomotoria	0
B1471 Controllo psicomotorio	0
B1478 catatonia	0

B152 Funzioni emozionali	1
B156 Funzioni percettive	3
B1601 Funzioni del pensiero	3
B1602 contenuto del pensiero	3
B1603 controllo del pensiero	3
B164 Funzioni cognitive di livello superiore	4
B7653 Stereotipie e perseverazione motoria	3
Altre funzioni	
B117 Funzioni intellettive	1

Si nota quanto sia compromesso il funzionamento di questa persona, per questo motivo, è stato realizzato con l'ospite un progetto terapeutico che prevedesse un inizio di autonomia di base, condivisa con l'equipe. Si è iniziato con degli spostamenti utilizzando i mezzi pubblici dalla comunità a casa della sorella, accompagnato e sostenuto dagli operatori.

Qui di seguito vengono riportati i costrutti presi in considerazione per il progetto terapeutico dell'ospite.

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE

DESCRIZIONE	PERFORMANCE (Supportato in contesto attuale)	CAPACITA' (Non supportato)
D210 intraprendere un compito singolo	2	3
D230 Eseguire la routine quotidiana	2	4
D350 Conversazione	0	2
D470 Usare un mezzo di trasporto	1	4
D510 lavarsi	2	4
D540 Vestirsi	2	4
D710 Interazioni interpersonali semplici	2	4
D760 Relazioni familiari	2	2

Attualmente, la persona partecipa in comunità ad alcuni gruppi in cui si è notato che, se sollecitato dall'operatore, interviene in maniera abbastanza adeguata al contesto, se non sollecitato, non interviene e se lo fa, non è congruo al contesto.

Per quanto riguarda l'uso di un mezzo di trasporto si è notato che, se accompagnato e supportato dall'operatore riesce a usarlo.

I FATTORI AMBIENTALI sono collegati al progetto terapeutico proposto ed insieme all'area Attività e partecipazione e Funzioni mentali ci permettono di osservare meglio se il contesto esterno, comunitario e familiare sono dei facilitatori o barriere.

FATTORI AMBIENTALI

DESCRIZIONE	QUALIFICATORI
E1100 Cibo	+2
E1101 Farmaci	+2
E310 Famiglia ristretta	+2
E325 Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità	+2
E345 Estranei	1
E410 atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta	+2
E425 atteggiamenti individuali di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità	+2
E445 atteggiamenti individuali di estranei	0

Come per l'ospite proposto prima, anche in questo caso l'intervento familiare è fondamentale, avviene attraverso il gruppo multifamiliare dove la famiglia è abbastanza collaborativa.

Fra sei mesi verrà analizzato il profilo attuale di ICF per osservare se ci sono stati dei miglioramenti.

ICF e gruppi riabilitativi

Portiamo due esempi di gruppi riabilitativi che utilizzano la classificazione ICF: "Progetto Protagonista nel Film" e "Le Forme del Benessere".

Le due attività anche se hanno usato modalità e setting diversi, sono risultati complementari al fine del funzionamento delle persone che hanno partecipato.

Il gruppo era composto da: 6 donne con età compresa tra i 27 anni e 52 anni; 6 uomini con età compresa tra i 24 anni e i 50 anni.

Il Progetto "Protagonista nel Film" ha usato come mezzo il film per cercare di trasformare una esperienza dolorosa come strumento di *insight*. Infatti, attraverso degli studi effettuati è stato evidenziato l'impatto cognitivo che esso ha. Il fattore terapeutico passa per 7 diversi tipi di informazioni (B. Wolf) che sono:

1. Logico informale (trama);
2. Linguistico (dialoghi);
3. Visuale – spaziale (immagini, colori, simboli);
4. Cenestesico (movimenti);
5. Musicale (suoni e musiche);

6. Interpersonale (storytelling);
7. Intrapsoichico (dialogo interno).

Ripetutamente, la visione di un film può essere condizionata, talvolta depistando la comprensione del suo messaggio fondamentale, da un concorso di elementi quali gli effetti speciali, musiche, colori ecc. che possono impegnare di più la parte razionale piuttosto che quella emozionale. Le ricerche di Sperry (1974) e Gazzaniga (1989) hanno distinto le funzioni degli emisferi cerebrali:

- Emisfero cerebrale emozionale (emisfero destro) che comprende la maggior parte delle funzioni del “Sentire”;
- Emisfero cerebrale razionale (emisfero sinistro) che comprende la maggior parte delle funzioni del “Capire”.

Per comprendere, quindi l’impatto del film sugli ospiti, era stato chiesto loro di identificarsi in un personaggio in cui più’ si rappresentavano. L’identificazione serviva come mezzo per aumentare la loro stima di sé, per sviluppare curiosità verso il personaggio nel gestire gli eventi, nel dare un senso critico al personaggio e al film visionato e di motivarli ad essere creativi nella scelta del personaggio.

Gli obiettivi da raggiungere erano:

- Capacità di comprensione della trama del film;
- Capacità di relazionarsi con gli altri ospiti;
- Abilità nella comunicazione;
- Controllo delle emozioni che il film poteva trasmettere.

Metodologicamente è stato utilizzato:

- un film scelto dai pazienti stessi (ogni 15 giorni),
- un questionario strutturato a domande chiuse consegnato alla fine del film che serviva a comprendere il personaggio in cui si erano identificati, il significato che davano allo stesso e quale fosse stato il messaggio del film.
- Tutto ciò è stato classificato attraverso l’utilizzo dell’ICF.

Di seguito vengono riportati i risultati ottenuti dalla classificazione ICF, in cui vengono comparati l’attività e partecipazione con le funzioni mentali. I domini *attività e partecipazione* vengono classificati attraverso i qualificatori di *performance e capacità*: la *performance* descrive ciò che una persona fa nel suo ambiente attuale quindi dipende dall’ambiente ; la *capacità* descrive l’abilità di una persona di eseguire un compito senza assistenza, non dipende dall’ambiente.

Nella tabella che segue sono state relazionati i domini specifici della relazione nell’ambito di Attività e Partecipazione con l’equivalente delle Funzioni Mentali.

Risultati ottenuti classificazione ICF			
Attività e Partecipazione	Classificatore	Funzioni Mentali	Classificatore
D 7500	Relazioni informali con amici	B 122	Funzioni psicosociali globali
D 7502	Relazioni informali con conoscenti		
D 7504	Relazioni informali con pari		
D 7402	Entrare in relazione con persone di pari		

	livello		
D 710	Interazioni interpersonali semplici		
D 160	Focalizzare l'attenzione	B 140	Funzioni dell'attenzione
D 2100	Intraprendere un compito semplice	B 144	Funzioni della memoria
D 2104	Completare un compito semplice		
D 4702	Usare i mezzi di trasporto motorizzati		
D 9202	Arte e cultura		
D 240	Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico	B 152	Funzioni emozionali
D 163	Pensare		
D 310	Comunicare con- ricevere messaggi verbali		
D 330	Parlare	B 164	Funzioni cognitive di livello superiore
D 350	Conversazione		
D 175	Risoluzione dei problemi		
D 2100	Intraprendere un compito semplice		
D 2104	Completare un compito semplice		

Attraverso l'ICF è stato possibile rilevare che, nel gruppo c'è stata cooperazione durante la scelta del film, la maggior parte di loro hanno compreso la trama del film riuscendo ad identificarsi nel personaggio come se fossero loro i protagonisti del film stesso. Sono riusciti a concentrarsi durante la visione eliminando elementi di distrazione, come la pausa sigaretta o commenti vari. Inoltre, hanno saputo gestire le emozioni che il film trasmetteva facendo commenti razionali, senza pregiudizi sulle opinioni altrui.

Nel secondo gruppo “Le Forme del Benessere” è stato utilizzato il gioco di squadra, come strumento, per far emergere dai pazienti le abilità possedute e magari non utilizzate appropriatamente.

Questa modalità richiedeva di immaginare il percorso terapeutico con dei traguardi da raggiungere per migliorare il proprio benessere psicofisico.

Gli obiettivi del progetto da raggiungere sono stati:

- Avere rispetto dell'altro;
- Prendersi cura di sè;
- Prendersi cura delle proprie cose e spazi;
- Pensare ad una comunicazione costruttiva con l'altro.

Lo svolgimento dell'attività avveniva in due setting: uno interno alla comunità, strutturato, e l'altro esterno alla comunità, non strutturato, che serviva come tramite sia per inserire e far conoscere il quartiere ai pazienti e ciò che offre, e sia per far conoscere la comunità alle persone del quartiere. Il setting interno strutturato ha permesso di esplicitare i ruoli all'interno delle squadre, nominando un capogruppo; di condividere le regole all'interno del gruppo e di evidenziare le difficoltà di ogni partecipante.

Il setting esterno, non strutturato, ha permesso di osservare le *capacità* dei pazienti e di evidenziare il contesto esterno come *Facilitatore*.

Anche questo progetto ha evidenziato delle aree specifiche attraverso l'utilizzo dell'ICF. Di seguito vengono rappresentati, attraverso tabelle specifiche per ogni area considerata, la correlazione tra Attività e Partecipazione e le Funzioni Mentali:

Risultati ottenuti classificazione ICF

Attività e Partecipazione	Classificatore	Funzioni Mentali	Classificatore
D 2103	Intraprendere un compito singolo in gruppo	B 1301	Motivazione (funzioni mentali che producono l'incentivo ad agire; la pulsione, conscia o inconscia, verso l'azione)
D 2203	Intraprendere compiti articolati di gruppo	B 152	Funzioni emozionali (funzioni mentali specifiche correlate alle componenti emozionali e affettive dei processi della mente)
D 230	Eseguire la routine quotidiana		
D 240	Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico		
D 2503	Agire in modo prevedibile		
D 3105	Comunicare con- ricevere- gesti del corpo	B 1471	Qualità delle funzioni psicomotorie (funzioni mentali che producono comportamento non verbale nella giusta

			sequenza e tipo delle sue sottocomponenti, come la coordinazione di mano e occhio o l'andatura)
D 3151	Comunicare con – segni e simboli comuni	B 152	Funzioni emozionali
D 3551	Discussione con molte persone		
D 470	Usare un mezzo di trasporto	B 114 B 144 B 130	Funzioni dell'orientamento Funzioni della memoria Funzioni dell'energia e delle pulsioni
D 540	Vestirsi	B 164	Funzioni cognitive di livello superiore
D 5700	Assicurarsi il proprio confort fisico	B 530	Funzioni di mantenimento del peso
D 5701	Gestire la dieta e la forma fisica		
D 5702	Mantenersi in salute		
D 710	Interazioni interpersonali semplici	B 122	Funzioni psicosociali globali
D 720	Interazioni interpersonali complesse		
D 7400	Entrare in relazione con persone autorevoli		
D 7500	Relazioni informali con amici		
D 7502	Relazioni informali con conoscenti		
D 7504	Relazioni informali con pari		

Lo svolgimento di questa attività, come precedentemente descritto, è avvenuto anche in un setting esterno e per questo motivo sono state presi in considerazione i *Fattori Ambientali*.

I qualificatori per i Fattori ambientali sono suddivisi in *facilitatore o barriera*. Con il qualificatore *facilitatore* si vuole indicare quanto un fattore ambientale può essere accessibile, di buona o cattiva qualità. Con *barriera* si vuole indicare quanto sia di ostacolo quel fattore e quindi di ostacolo per la salute della persona.

Di seguito viene riportata la tabella dell'ICF delle aree considerate per quest'attività.

Fattori ambientali	Classificatore
E 320	Amici
E 325	Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità
E 345	Estranei

E 420	Atteggiamenti individuali degli amici
E 425	Atteggiamenti individuali di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità
E 445	Atteggiamenti individuali di estranei

Attraverso questa classificazione ICF si è potuto osservare la *performance* (in ambiente supportato) precedentemente non valutato dei pazienti, la loro *capacità* in un ambiente non supportato, avere delle informazioni dettagliate sul “bisogno reale”, una visione completa della vita di ogni individuo nel loro contesto ambientale ed infine come poter intervenire nell’ inserimento sociale.

L’utente, preso in considerazione, ha una diagnosi di schizofrenia con modalità ossessive. I rituali riguardo la cura della propria persona sono tali che il paziente evita di toccare ogni tipo di oggetto che non gli appartiene, esempio aprire le maniglie delle porte, e lo porta a lavarsi in continuazione. Queste sue ossessioni compromettono la relazione con gli altri utenti. Non prende mezzi pubblici ed evita di stare in ambienti con altre persone. L’inserimento, l’adattamento e la relazione è stato molto difficile.

Di seguito vengono riportati i risultati ottenuti dalla classificazione ICF.

Funzioni Mentali	qualificatore
Funzioni dell’orientamento	B 114.1
Funzioni psicosociali globali	B 122.2
Funzioni dell’energia e delle pulsioni	B 130.0
Funzioni dell’attenzione	B 140.0
Funzioni della memoria	B 144.0
Qualità delle funzioni psicomotorie	B 1471.4
Funzioni emozionali	B 152.2
Funzioni di mantenimento del peso	B 530.0

I qualificatori nelle funzioni mentali sono seguiti da un punto e da un numero che indica, in base al punteggio assegnato, l’estensione di un livello di salute o disabilità.

Da quanto riportato nella prima classificazione delle Funzioni Mentali, si comprende che il paziente ha delle difficoltà rispetto all’orientamento per quanto riguarda la consapevolezza dei propri spazi e identità e di quella delle persone che lo circondano, in quanto pur riconoscendo i propri limiti e spazi fa fatica ad adattarsi e a rispettare tempi e spazi degli altri. Dimostra difficoltà, ancora, nel mettere in atto quelle funzioni mentali atte a stabilire delle interazioni sociali, e a contenere le proprie emozioni. Inoltre, dimostra delle menomazioni sulla coordinazione dei movimenti. Risulta, invece, non avere nessun tipo di problemi per quanto riguarda la focalizzazione dell’attenzione, la memoria e nella soddisfazione dei propri bisogni e raggiungimenti dei suoi obiettivi.

Per quanto riguarda l’Attività e partecipazione i qualificatori, come detto precedentemente sono due: performance e capacità.

Attività e Partecipazione	Qualificatore	Performance	Capacità
Focalizzare l’attenzione	D 160	0	0
Pensare	D 163	0	0
Risoluzione dei	D 175	0	1

problemi			
Intraprendere un compito semplice	D 2100	0	0
Intraprendere un compito singolo in gruppo	D 2103	0	1
Completare un compito semplice	D 2104	0	0
Intraprendere compiti articolati di gruppo	D 2203	1	1
Eseguire la routine quotidiana	D 230	0	0
Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico	D 240	2	3
Agire in modo prevedibile	D 2503	2	2
Comunicare con – ricevere messaggi verbali	D 310	0	0
Comunicare con – segni e simboli comuni	D 3151	0	0
Parlare	D 330	0	0
Conversazione	D 350	0	0
Discussione con molte persone	D 3551	0	0
Usare un mezzo di trasporto	D 470	0	0
Vestirsi	D 540	0	0
Assicurarsi il proprio comfort fisico	D 5700	0	0
Gestire la dieta e la forma fisica	D 5701	0	0
Mantenersi in salute	D 5702	1	1
Interazioni interpersonali semplici	D 710	2	2
Interazioni interpersonali complesse	D 720	2	3
Entrare in relazione con persone autorevoli	D 7400	1	1
Entrare in relazione con persone di pari livello	D 7402	1	3
Relazioni informali con amici	D 7500	1	3
Relazioni informali con conoscenti	D 7502	1	3
Relazioni informali	D 7504	1	3

con pari			
Arte e cultura	D 9202	0	0

Precedentemente è stato descritto che i risultati delle Funzioni Mentali si possono vedere attraverso la correlazione dell'Attività e Partecipazione, e da quanto si nota, il paziente ha delle abilità che lo rendono autosufficiente ma allo stesso tempo, le problematiche permangono nelle relazioni con gli altri poiché trova difficoltà a gestire le proprie emozioni.

Entrambi i domini sono parte integranti dei Fattori Ambientali, in quanto il contesto sociale può rappresentare un facilitatore o una barriera e quanto incidano sulla qualità di vita della persona.

Fattori ambientali	Classificatore	Facilitatore	Barriera
Amici	E 320	+ 1	
Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità	E 325	+1	
Estranei	E 345		-2
Atteggiamenti individuali degli amici	E 420		-2
Atteggiamenti individuali di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità	E 425		-2
Atteggiamenti individuali di estranei	E 445		-3

Si nota come avendo difficoltà a relazionarsi e ad accettare le opinioni degli altri spesso questi per il paziente esaminato, sono più una barriera per la sua crescita piuttosto che un facilitatore.

Nonostante i grandi progressi avuti, in quanto è riuscito a prendere i mezzi pubblici e stare così in ambienti non strutturati, come parchi, cinema, musei riuscendo a mantenere un atteggiamento adeguato, si riscontra ancora difficoltà nel rispettare gli spazi, le opinioni e le regole imposte.

Conclusioni

L'ICF permette di avere un approccio multiprospettico della classificazione del funzionamento della persona presa in esame, perché tutti i domini sono in relazione tra loro e rappresentano, in tutte le sue specificità, la vita di ogni singolo individuo. La ricerca nella quale siamo coinvolti è rivolta all'individuazione di quelle aree di disabilità e risorse specifiche della salute mentale.

La convinzione nostra è che dal tracciare un profilo di funzionamento si può costruire un programma di lavoro e una strategia condivisa tra diverse professionalità utilizzando anche e soprattutto un linguaggio condiviso.

*Infermiera Professionale DSM ASL RM-B.

**Educatrice Professionale DSM ASL RM-B.

*** Psichiatra DSM ASL RM-B.

Bibliografia

Linstone H., Turoff M.: (2002): The Delphi Method: Techniques and Applications; e-book
 Mastronardi V. M., Calderaro M. : (2010):Filmtherapy: I film che aiutano a stare meglio ;
 Armando Editore

Sperry R. Gazzaniga M.S.: (1974 – 1989): Le funzioni dei singoli emisferi cerebrali.
Wolz B., Ph.D (2008): E-Motion Picture Magic: a magic lover's guide to healing and transformation;
OMS (2002): Classificazione Internazionale del Funzionamento e della Disabilità; ed. Erickson

Profilo occupazionale post laurea del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nei servizi della Salute Mentale in Regione Lombardia

di *Caterina Vigano'**, *Marta Zecchina****, *Francesca Rimoldi* ***, *Serena Borsani* ****, *Gabriella Ba******

Abstract

This research is focused on the role of Expert in Psychiatric Rehabilitation and deals with various aspects like professional recognition and identity, together with job placement. In particular, post-graduated employment is analysed, with particular focus on the suitability of job placement among the Technicians of Psychiatric Rehabilitation at the University of Pavia and Milan, as well as examining the presence of this profession in the public and private psychiatric services in the Lombardy region.

INTRODUZIONE

La figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è nata in Italia con la nuova organizzazione del sistema psichiatrico nazionale post legge n. 180/78 e 833/78, il definitivo superamento dell'istituzione manicomiale (31 marzo 1998). Il decreto n. 182, del marzo del 2001, definisce chiaramente l'identità professionale della figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, conclude un percorso di circa 30 anni di cambiamenti e trasformazioni nel corso di studi, passando da scuola diretta a fini speciali (nel 1994 DR 30.11.94 Milano) a diploma Universitario (1997) e poi Corso di Laurea Triennale (1999 e legge 251 del 2000) e abolisce tutti i titoli precedenti, compreso le equipollenze con la figura dell'educatore professionale.

Un ruolo ed un profilo professionale quello del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica che emerge e si afferma nel contesto di integrazione e "psichiatria di comunità" a partire dal Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998/2000, nel DL 29 marzo 2001. Esso compare chiaramente nella Delibera Regionale n. 4221 del 2007 nel quale la figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è esplicitamente inserita tra gli operatori delle strutture residenziali pubbliche e private, facendo parte dei requisiti minimi di accreditamento per il riordino della residenzialità psichiatrica.

Questa ricerca si è posta come obiettivo di rivedere la posizione occupazionale della figura, in termini di indice di occupazionalità post lauream ed appropriatezza del profilo di inserimento lavorativo, presenza e conoscenza della figura stessa nei Servizi Psichiatrici in Regione Lombardia, sia pubblici che privati accreditati.

La ricerca nasce da alcune riflessioni fatte in collaborazione con soci della Associazione Lombarda Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica.

Il titolo originario proposto, "*cogito ergo sum*", si ispirava alla famosa affermazione di Cartesio, che poneva il "dubbio", il pensiero, come funzione di chi veramente esiste.

Materiali e metodi

La ricerca è stata divisa in due parti. Nella prima, che ha valutato l'indice di occupazione e l'adeguatezza del profilo di inserimento lavorativo, sono stati coinvolti i laureati in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (Te.R.P) degli atenei di Milano e Pavia, nel periodo compreso tra l'anno accademico 2002/2003 e il 2008/2009. La scelta è stata ristretta ai due atenei lombardi in cui il

Corso di laurea avesse già concluso almeno un ciclo triennale entro il 2008-2009. Sono stati intervistati anche i laureati in possesso di titoli equipollenti o parificati (diplomi universitari) completati con l'anno integrativo.

Nella seconda parte sono stati interpellati i servizi psichiatrici pubblici e privati della regione Lombardia, al fine di far emergere la conoscenza della figura e la presenza dei tecnici come tali in organico, così da avere una visione globale e realistica dell'attuale situazione lavorativa dei Te.R.P. Lo strumento d'indagine utilizzato è stato un questionario composto da domande a risposta multipla, creato in collaborazione con l'AlteRP (Associazione Lombarda Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica). Di seguito le aree che sono state prese in considerazione per questo studio.

- 1) Titolo di studio, ed eventuale anno integrativo.
- 3) Situazione lavorativa attuale
- 4) Qualifica di assunzione
- 5) Tempo è trascorso tra la laurea e primo inserimento lavorativo.
- 6) Tipo di contratto di assunzione

Nel questionario vi sono inoltre domande sul grado di soddisfazione rispetto al lavoro svolto:

- a) Secondo lei, le mansioni che svolge sono coerenti con la sua qualifica?
- b) Ad oggi, si ritiene soddisfatto del suo lavoro?
- c) Si sente inserito e riconosciuto nell'équipe in cui lavora?

Viene inoltre chiesto il livello di formazione /aggiornamento post lauream.

Risultati

I PARTE: INDICE DI OCCUPAZIONE POST LAUREA ED ADEGUATEZZA DELLA QUALIFICA DI ASSUNZIONE.

Secondo i dati forniti dai corsi di laurea di Milano e Pavia i laureati dall'anno accademico 2002/2003 al 2008/2009 in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica di Milano sono stati 186 e a Pavia 91, per un totale di **277**.

Dei 277 laureati ne sono stati raggiunti 214 al momento dell'indagine (77% del totale) e di questi 168 hanno completato l'intervista (78,5%), pari al 61% dei laureati totali.

L'83% del campione ha la laurea, il 17% il diploma universitario.

L'86 % del campione esaminato lavora in strutture attinenti il CDL: nel 72% dei casi in strutture psichiatriche e il 14% in ambito socio-educativo; il 10% lavora in altri settori, solo il 4% è disoccupato.

Il 50% di coloro che lavorano in ambito psichiatrico sono occupati in strutture riabilitative residenziali, il 30% in quelle semiresidenziali, 9% in comunità per tossicodipendenti/doppia diagnosi, un 11% in SPDC o cliniche.

Se si analizzano i dati dei primi diplomati che poi hanno fatto l'anno integrativo per avere la laurea confrontati con quelli entrati direttamente con la laurea i dati sono sovrapponibili: fra i primi abbiamo un 76% di impegno in strutture psichiatriche e 18% in quelle socio-educative, tra i più giovani 71% e 14%; in questo gruppo più giovane emerge però un 12% che ha scelto di lavorare in ambiti non attinenti. Dalle interviste emerge che alcuni lo hanno fatto come scelta, altri come necessità non trovando nel proprio ambito territoriale la possibilità di operare nel settore della riabilitazione.

Il tempo intercorso tra la laurea ed il primo lavoro in strutture psichiatriche/socioeducative è brevissimo: nel 78% trova impiego entro i primi tre mesi, il 9% tra i 3 ed i 6 mesi, il 5% tra 6 mesi ed 1 anno e solo un 8% impiega più di un anno. Sei mesi appaiono quindi come tempo soglia per accedere in un ambito di lavoro specifico. Il 12% che cambia settore ricade per lo più in quella fascia di persone che non trova lavoro oltre i 6 - 12 mesi.

Per quanto riguarda la formazione post lauream i dati sono diversi se si analizzano separatamente i laureati e i diplomati, di cui solo il 41% ha fatto l'anno integrativo per conseguire la laurea.

Tra i diplomati pre 2005, il 41% ha fatto l'anno integrativo, il 41% sceglie di conseguire un titolo quadriennale in artiterapie, il 14% consegue una seconda laurea, 7% completa il ciclo di studi con la laurea magistrale, 14% ha fatto corsi di aggiornamento "rilevanti" oltre ai necessari corsi/aggiornamenti ecm.

Invece tra i più giovani, laureati post 2005 la maggior parte non fa altri corsi (65%), il 11% ha conseguito una seconda laurea, il 4% ha fatto la magistrale, il 16% corsi quadriennali in artiterapie, il 4% corsi di aggiornamento rilevanti.

Per quanto riguarda l'aggiornamento ECM, il 59% dei tecnici partecipa ad eventi accreditati ma solo il 30% è in regola con l'acquisizione annua dei crediti.

I dati riguardanti la qualifica di assunzione mostrano che solo il 46% del totale viene assunto con la qualifica corretta di Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, il 50% viene assunto con la qualifica di Educatore Professionale. Se si analizzano i dati relativi a laureati con anno integrativo e non si vede una diversa distribuzione percentuale: chi già inserito nel mondo del lavoro quando si è laureato, nel 55% dei casi era, ed è, inquadrato come Educatore Professionale e nel 41% come Tecnico, mentre fra i laureati più recenti sono in aumento le assunzioni con corretto profilo TeRP (48%) ed in riduzione quelle come Educatori (-7%).

Soddisfazione nel ruolo

Il 90% degli intervistati si dichiara soddisfatto del proprio lavoro ed il 75% si sente ben integrato in equipe, e fra i fattori di soddisfazione non c'è l'aspetto economico perché la maggior parte definisce critica la soddisfazione retributiva.

II PARTE: LA PRESENZA DEL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE DELLA REGIONE LOMBARDIA

Delle 29 Aziende Ospedaliere in Lombardia 24 sono state disponibili all'intervista (83%) mentre delle 95 strutture private accreditate i dati sono relativi a 85 (89%).

Secondo la ricerca effettuata la figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è presente all'interno di un terzo dei Servizi di Salute Mentale della regione Lombardia, sia pubblici che privati, con una maggior presenza in quelli pubblici, ma con una distribuzione per provincia che è ben rappresentata dalla figura 1 (in verde la provincia in cui è assente della figura del TeRP nei servizi).



Distribuzione totale dei TeRP per provincia (strutture pubbliche /private) .

Per quanto riguarda le strutture private accreditate (grafico 1) solo il 33% ha in organico un TeRP; esse si concentrano nelle provincie di Milano, Varese Pavia, seguite da Bergamo, Monza e Lodi, mentre non vi sono TeRP ufficialmente assunti nelle strutture di Lecco. In termini assoluti le provincie di Lodi e Cremona sono quelle con un maggior numero di TeRP.

Delle 29 aziende ospedaliere lombarde solo 24 hanno partecipato all'indagine. Il 54% delle Aziende Ospedaliere lombarde ha assunto almeno un Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nel proprio organico. Numericamente i TeRP sono concentrati nelle provincie di Milano, Bergamo e Pavia al momento dell'indagine; mentre le Aziende Ospedaliere di Como, Sondrio, Lodi, Mantova e Monza Brianza non vi sono TeRP assunti come tali. Nelle provincie di Lecco e Pavia è presenta una sola A.O. che ha scelto di avere la figura professionale del Te.r.p. nel suo organico.

In Milano, infine, intesa come città e provincia, che presenta il maggior numero di A.O., solo 5/11 scelgono di assumere il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (grafico 2)

In realtà in regione molto spesso i TeRP sono presenti ma assunti come educatori professionali (42% del totale dei tecnici) con delle peculiari differenze per provincia (Bergamo ha il 72% di Tecnici assunti come Educatori Professionali ad esempio, Brescia 80%), quindi il dato di distribuzione avuto direttamente dai servizi non è realistico della presenza del tecnico della riabilitazione psichiatrica.

E' importante ricordare che fino al 2001 i titoli precedenti a quello di Tecnico della Riabilitazione psichiatrica erano equipollenti a quello di Educatore Professionale.

Rispetto alla tipologia dei contratti (grafico 3) emerge una forte precarietà contrattuale tra i laureati più recenti che hanno nel 63% contratti a tempo determinato, mentre i diplomati con anno integrativo sono al 100% a tempo indeterminato.

Per quanto riguarda l'assunzione nel pubblico o nel privato, chi è in possesso di titoli precedenti ed ha conseguito la laurea con l'anno integrativo è più presente all'interno della Sanità pubblica rispetto ai neo laureati che entrano invece con più facilità nella Sanità Privata. Infine fra i più giovani emerge la tendenza a scegliere la libera professione (18%) rispetto ai diplomati con anno integrativo, dei quali solo il 4% lavora come libero professionista

CONCLUSIONI

Questi dati, seppur relativi al periodo 2002-2009 permettono alcune riflessioni, che nella attuale realtà trovano comunque riscontro: un Te.r.p. neo laureato ha una alta probabilità di trovare lavoro entro i primi 6 mesi dalla laurea, più facilmente nel pubblico (54%) con inquadramento corretto, mentre nel privato accreditato le probabilità sono più scarse (33%).

Esiste una percentuale significativa che abbandona il settore specifico non trovando lavoro in psichiatria entro il primo anno (12%). Potrebbe essere quindi interessante attivare una rete di supporto e sostegno ai neo laureati nei primi mesi post laurea per aiutare l'incontro tra offerta e domanda, anche con il supporto di associazioni di categoria (come AITeRP) e una miglior continuità tra istituzioni, università e AITeRP, al fine di implementare la comunicazione e la collaborazione tra chi forma, chi cerca di entrare nel mondo del lavoro e chi tutela.

Dalle interviste rivolte ai laureati Te.r.p. emerge che i primi che si sono inseriti nel mondo del lavoro cioè i Te.r.p. che possiedono più titoli e l'anno integrativo, hanno un maggior numero di contratti con la Sanità Pubblica mentre in proporzione i successivi laureati trovano con più facilità occupazione nei servizi privati o con cooperative. Considerando anche l'attuale situazione della Sanità Pubblica, i criteri dell'accreditamento delle strutture riabilitative del 2007, i dati di incremento registrato della figura professionale del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nei servizi privati, sono comprensibili, ma è possibile che verranno confermati in futuro, viste le strutture che ne sono prive.

E' infine importante menzionare un altro dato emerso dalle interviste: il netto aumento dell'impiego del Te.r.p. come libero professionista in modalità sia autonome che convenzionato ai servizi.

Questo modo alternativo di inserirsi nel mondo del lavoro, più libero e autogestito, potrebbe avere diverse spiegazioni, non ultima anche una diffusa insoddisfazione legata a ciò che offrono o per meglio dire "non offrono" le istituzioni, quali una stabilità contrattuale ed un riscontro economico adeguato alle prestazioni (dai dati di riconoscimento e soddisfazione di ruolo). Questa diversa tipologia di lavoro, autonomo ma per necessità inserito in una equipe di curanti, apre però nuove sfide formative per chi è depresso alla formazione professionalizzante universitaria negli anni del corso di laurea e per la società scientifica specifica per a riabilitazione psicosociale, che promuove la formazione continua (SIRP ad esempio) degli operatori della riabilitazione in psichiatria.

Resta dolente il tipo di qualifica di assunzione dei Te.r.p., che purtroppo nella maggior parte dei servizi continuano ad essere inquadrati nella qualifica di Educatore Professionale. Purtroppo negli anni passati il cambiamento di definizioni, diciture ed equipollenze della figura del Te.r.p. ha sicuramente penalizzato questo aspetto, nonostante come figura sia contemplata, anzi prevista nelle

normative che regolano il panorama delle strutture riabilitative psichiatrico. Al 2009 con buone probabilità restava comunque una scelta aziendale e delle strutture private accreditate l'inserimento del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica in organico.

La corrispondenza tra la qualifica formativa e la qualifica di assunzione deve essere necessariamente presente perché è determinante per essere riconosciuti come Te.r.p. all'interno dell'équipe e non tanto perché ci sia un riscontro economico o contrattuale diverso ma affinché venga valutata e riconosciuta questa specifica formazione professionale creata ormai più di 10 anni fa per dotare i servizi di salute mentale di operatori formati in ambito psichiatrico, preparati e competenti in grado di gestire situazioni complesse, ma anche innovativi e capaci di attivare possibilità sempre nuove e creative di sostegno, cura e riabilitazione per la malattia psichica.

* Ricercatore confermato Psichiatria Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco, Università degli studi di Milano

** Tecnico Riabilitazione Psichiatrica - Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica - Centro Diurno di Tradate A.O. di Busto Arsizio (Va).

**** Tecnico Riabilitazione Psichiatrica - DSM, A.O. Ca' Granda Niguarda Milano

**** Tecnico Riabilitazione Psichiatrica - Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Ospedale L. Sacco Milano

***** Prof Ordinario Psichiatria Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco, Università degli studi di Milano

Bibliografia essenziale e Sitografia

Ba G., *Metodi della riabilitazione psicosociale*, Franco Angeli, Milano, 1997.

Ba G., *Strumenti e tecniche di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale*, Franco Angeli, Milano, 2003.

Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, Milano, 2006.

Consiglio Direttivo Nazionale A.I.T.R.P.P., *Codice deontologico Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica (Te.R.P.)*, 2009.

Fletcher K., *La negoziazione nei servizi sociali*, Erickson, Trento, 1998.

Giordano C., Misino M.N., *Gestione manageriale e sviluppo per progetti*, Liguori Ed., Napoli, 1998.

Milanese G., *Disagio psichico e riabilitazione. Tra servizio pubblico e privato*, Franco Angeli, Milano, 1998.

Piano Socio Sanitario Regionale della regione Lombardia 2002/2004 (PSSR).

Piano Regionale per la Salute Mentale 2004/2006 (PRSM).

Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale 2004 (PRTS).

Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" 1994/1996.

Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" 1998/2000.

<http://www.alterp.org>

<http://www.dgsan.lombardia.it/enti/risultati.asp>

http://www.educare.it/studi/articoli/lavoro_equipe_professioni_sociali.htm

<http://www.filosofia.studentville.it/filosofia/cartesio>

<http://www.francobasaglia.it/>

<http://www.gazzette.comune.jesi.an.it/2001/115/4.htm>

<http://www.medicina.ecm.it/ecm.jsp>

<http://www.medicina-generale.com>

http://www.medicina.unimi.it/Corsidilaurea/5096_ITA_HTML.html

http://www.medicina.unimi.it/Corsidilaurea/2011/D30/manifesto_ITA_HTML.html

http://www.pol-it.org/ital/psichiatriaonline/angelozzi_favaretto.pdf

<http://www.psichiatriadicomunita.it/rivista.asp>

<http://www.sanita.regione.lombardia.it>

<http://www.sospsiche.it>

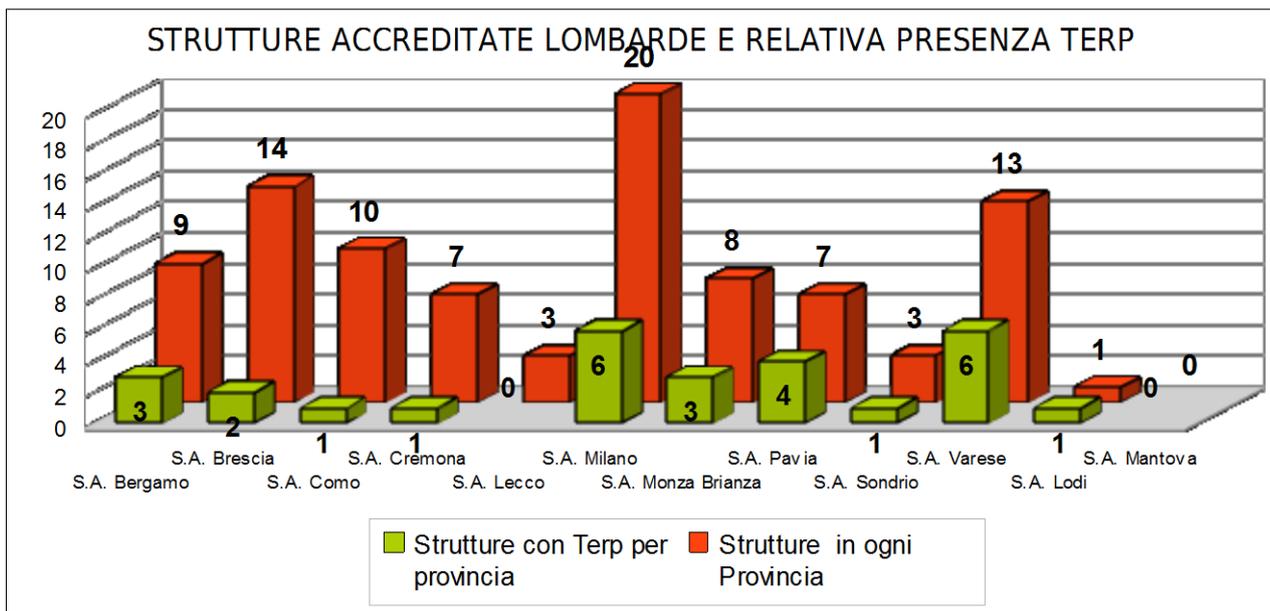


Grafico 1: numero di strutture private che hanno scelto di avere in organico il TeRP confrontate con il numero di strutture private accreditate totali per provincia

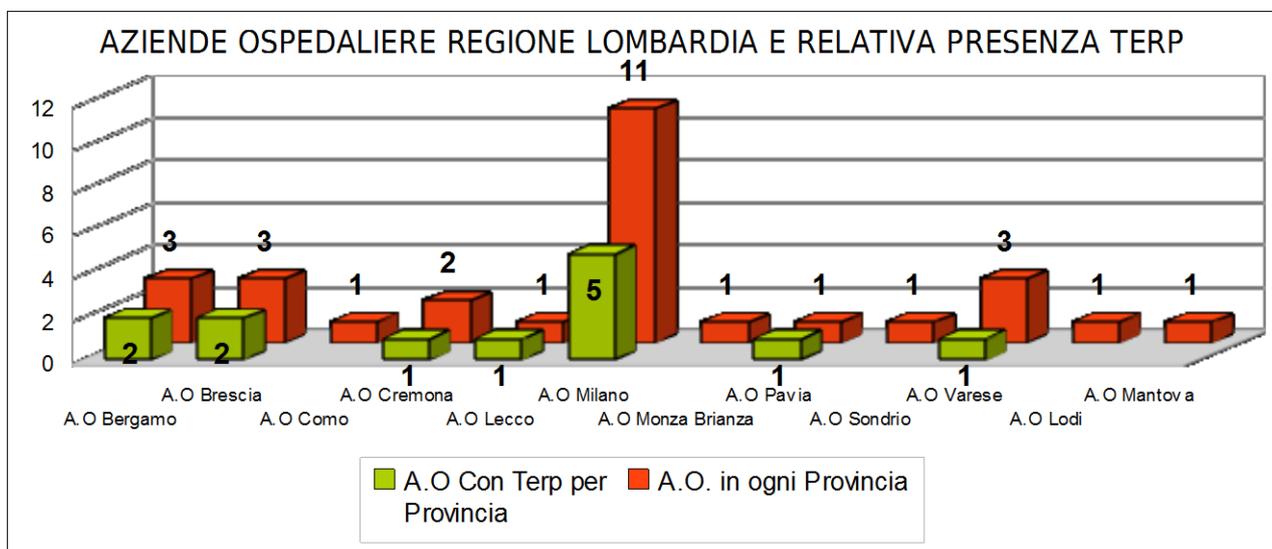
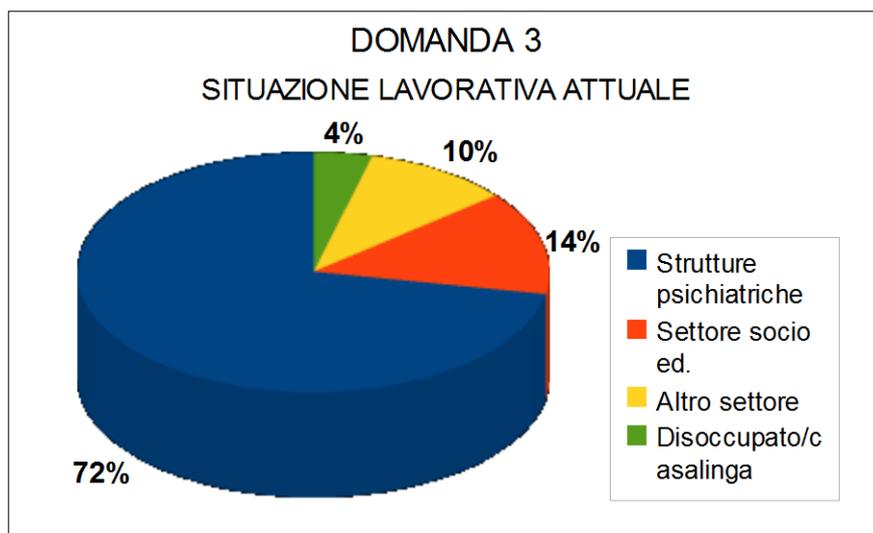
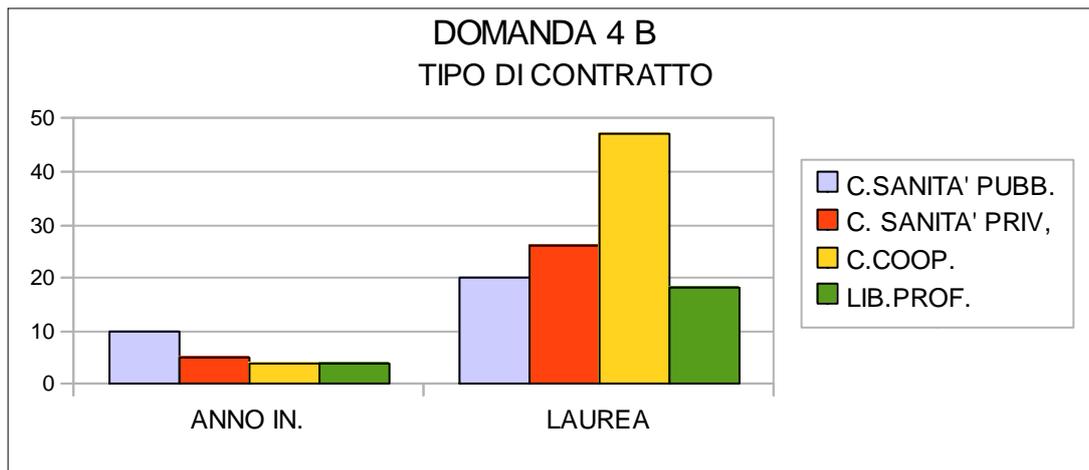


Grafico 2: numero di Aziende Ospedaliere che hanno scelto di avere in organico il TeRP confrontate con il numero di Az. Ospedaliere per provincia

Grafico 3 : tipo di contratto nella diversa tipologia di laureati



Il fabbisogno formativo in ambito psichiatrico

di Annarita Marturano*, Francesco Caggio**

Abstract

This article reports about an exploring research on continuing education in the healthcare system, specifically addressed to psychiatrists. This survey aims to gather the different points of view by professionals involved, according to their training needs. Indeed, in-service training was investigated through a research path focused on the analysis of training needs, involving the staff of the Mental Health Department of Bergamo "Ospedali Riuniti", currently "Papa Giovanni XXIII." Specifically, the subject of this contribution will be the outcome analyses of interviews addressed to nursing staff, rehabilitation équipe and professionals educators.

Premessa

La formazione e lo sviluppo delle competenze delle risorse umane costituiscono una componente essenziale per l'attuazione dei processi di miglioramento e per la gestione delle fasi di cambiamento nelle organizzazioni sanitarie. Tuttavia, i piani formativi aziendali difficilmente soddisfano le esigenze formative avvertite dai professionisti della salute. Da queste considerazioni nasce il presente contributo, frutto di un'attività di ricerca realizzata nel periodo compreso tra giugno e settembre del 2012, volta a rilevare, attraverso lo strumento dell'intervista semi-strutturata, il bisogno formativo percepito dal personale del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo (ora A. O. "Papa Giovanni XXIII"), nell'ambito delle aree di interesse dell'assistenza psichiatrica. Nello specifico l'indagine ha consentito di: identificare i bisogni del personale sanitario e non sanitario attraverso un approccio globale, che tenesse conto degli aspetti organizzativi, gestionali e relazionali, e pervenire alla definizione di modelli operativi comuni e condivisi, adeguati alla specificità del contesto organizzativo.

Il Progetto di Ricerca

Per poter realizzare l'indagine è stato necessario prima di tutto definire l'aspetto metodologico e l'oggetto di indagine. La metodologia che si è ritenuto opportuno utilizzare è di tipo qualitativo che si presta ad essere applicata a situazioni reali, quindi osservabili da vicino, in cui il ricercatore si immerge nel contesto, assumendo anch'esso il ruolo di attore. Rispetto agli strumenti si è scelta l'*intervista semi-strutturata*, che ha consentito di raccogliere impressioni e rappresentazioni individuali su specifici temi proposti. L'oggetto di indagine ci pone la questione di quali elementi e informazioni sono da ritenersi utili per l'analisi dei dati raccolti, per far ciò si è ritenuto opportuno partire da una traccia costituita da una serie di aree tematiche che si intendeva esplorare nel corso dell'intervista, nello specifico:

- ✓ Informazioni sul ruolo, gli ambiti di intervento e i compiti svolti;
- ✓ Informazioni sul percorso formativo di base;
- ✓ Approfondimento sull'attività formativa svolta all'interno dell'A. O. e/o formazione esterna;
- ✓ Approfondimento sulle aree formative (formazione tecnico-scientifica, organizzativa, gestionale, relazionale) e sulle argomentazioni relative all'attività formativa frequentata;
- ✓ Considerazioni sul grado di soddisfazione dell'offerta formativa interna alla Struttura, rispetto al soddisfacimento dei propri bisogni formativi;
- ✓ Approfondimento dei bisogni formativi connessi alla posizione e al ruolo che ricoperto;
- ✓ Approfondimento dei bisogni formativi di tipo: tecnico/scientifico, organizzativo/gestionale e relazionale;

- ✓ Eventuali criticità legate allo svolgimento dell'attività lavorativa, che possono essere superate con interventi formativi adeguati;
- ✓ Suggerimenti relativamente alla strutturazione di percorsi formativi ad hoc rispetto alla posizione e al ruolo ricoperto.

Il processo di analisi delle interviste svolte è stato presente in ogni fase della ricerca, è iniziato dall'esplorazione del campo, per proseguire con le testimonianze raccolte, passando poi per il riascolto di ogni colloquio, fino ad arrivare alla trascrizione degli stessi. I temi emersi dalle singole interviste sono stati divisi per categoria professionale per consentire di illustrare i bisogni formativi specifici, legati al ruolo e alla posizione ricoperta, ma sono stati anche paragonati tra loro e sono state ricercate le differenze e le similitudini tra i gruppi di intervistati. Conclusa la fase di preparazione dei dati si è passati a: *un'analisi illustrativa* - sono stati illustrati i bisogni formativi emersi da ciascuna categoria professionale, con l'obiettivo di fornire descrizioni concettualmente pure, attraverso esempi tratti da estratti di intervista; *un'analisi tematica dei dati* - è stata effettuata una descrizione dei bisogni formativi condivisi dalla popolazione intervistata, suddividendoli per aree¹ (area clinico-assistenziale, area organizzativo-gestionale, area relazionale e comunicativa).

Le interviste hanno coinvolto un campione rappresentativo di ciascuna categoria professionale operante nel DSM, nello specifico la ricerca si riferisce a una popolazione effettiva di n. 45 unità, costituita da: n. 23 Medici Psichiatri, n. 11 Psicologi, n. 5 Coordinatrici Infermieristiche, n. 1 Infermiere, n. 1 Assistente Sociale, n. 1 Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, n. 2 Educatori Professionali, n. 1 Responsabile Ufficio Formazione Permanente. Si è ritenuto utile coinvolgere nell'indagine anche le figure dirigenziali del DSM, sia per conoscere meglio le politiche formative adottate dal Dipartimento, sia per conoscere il loro punto di vista rispetto ai bisogni emersi e a come questi si collocavano in relazione agli obiettivi strategici che la Direzione stava perseguendo in quel particolare momento storico.

In particolare, in questo contributo saranno presi in considerazione i risultati delle interviste rivolte al personale infermieristico, riabilitativo e agli educatori professionali.

I bisogni formativi del personale infermieristico

Le interviste svolte al personale infermieristico hanno interessato: n. 1 Responsabile DSM per le Professioni Sanitarie, n. 4 Coordinatrici Infermieristiche, n. 1 Infermiere.

La Responsabile DSM per le Professioni Sanitarie oltre a coordinare il personale sanitario di comparto si occupava della progettazione e organizzazione della formazione continua del DSM. Dall'intervista svolta sono emersi una serie di spunti importanti rispetto alle esigenze formative percepite rispetto al suo ruolo: *“Inglese e informatica, quello che io percepisco di più, ma credo sia comune a tutti gli infermieri, proprio perché la nostra generazione da questo punto di vista non è ben preparata. Se considera che tutta la bibliografia più interessante è in lingua inglese, noi facciamo fatica a leggerla. Questo vale anche da punto di vista informatico, perché abbiamo diversi processi informatizzati”*. L'esigenza di approfondire la conoscenza della *lingua inglese* nasceva dall'esigenza di ampliare l'attività di aggiornamento individuale

¹ Si precisa che per la rielaborazione dei dati sono stati utilizzati i seguenti criteri:

- sono state individuate delle aree di bisogni formativi (area dei processi clinico-assistenziali, area dei processi organizzativo-gestionali, area dei processi relazionali e comunicativi), che fungono da contenitore a specifiche esigenze formative emerse;
- sono state quantificate le esigenze rilevate dal campione intervistato (suddivise per singola categoria professionale), rispetto alla classificazione delle complessive esigenze formative individuate;
- sono state sommate le medesime esigenze riscontrate da più figure professionali;
- sono state calcolate delle percentuali che caratterizzano la singola esigenza formativa.

Si evidenzia infine che in ogni singola intervista sono emerse più possibili esigenze formative, e che per la specificità dello strumento di indagine utilizzato, gli intervistati hanno espresso liberamente i propri bisogni formativi percepiti, senza che ci fosse a monte una classificazione degli stessi su cui pronunciarsi. Quindi, il totale dei riscontri in merito al singolo bisogno formativo è dato dalla somma delle citazioni di coloro che si sono esplicitamente espressi in merito a quell'argomentazione.

continuo rispetto alla letteratura internazionale in ambito clinico-assistenziale; l'acquisizione invece di maggiore dimestichezza con l'*informatica* era legata in particolar modo alla necessità di approfondire capacità tecniche che nel contesto lavorativo consentono di informatizzare una serie di processi e ottimizzare i tempi dedicati ad alcune attività.

Sono emersi inoltre spunti sulle esigenze formative del personale, tra cui: "... una cosa che quest'anno abbiamo in sospeso e non siamo riusciti ad attivare, sono dei percorsi formativi legati allo sviluppo di capacità di gestire situazioni di acuzie, in termini di comportamento aggressivo, e quindi sulla **gestione dell'aggressività del paziente**". In psichiatria un fattore importante è rappresentato infatti dal **controllo dell'aggressività del paziente**, spesso il paziente psichiatrico utilizza la violenza in risposta ad alcuni stimoli frustranti o per difendersi dagli altri; per poter contenere la violenza il personale deve disporre di un assetto professionale che lo renda tecnicamente preparato ad affrontare, in condizioni di sicurezza, l'emergenza ed eventuali comportamenti di rischio che esso comporta [1].

Dalle interviste svolte alle Coordinatrici Infermieristiche sono emerse una serie di riflessioni sui bisogni formativi percepiti: "Per me, punterei su quello che riguarda la **relazione e le dinamiche interne del reparto**, il lavoro con il team degli infermieri, il lavoro del caposala, la relazione con i medici. Sì, sicuramente sulle dinamiche di relazione, sulle difficoltà riscontrate in questo ambito". "Conflitti tra caposala e infermiere, infermiere e infermiere, infermiere e medico. Il ruolo del coordinatore è delicato, il coordinatore sta in mezzo... Mi piacerebbe acquisire una metodologia o degli strumenti utili per **gestire la conflittualità**". Una **relazione efficace** rappresenta infatti un'importante componente per migliorare il grado di collaborazione; operare in quest'ottica porta benefici a livello di salute e qualità della vita professionale individuale, con un ritorno positivo sull'organizzazione di appartenenza, attraverso il miglioramento delle prestazioni e del clima della stessa.

E inoltre: "... la gestione della **turnistica del personale, l'organizzazione del lavoro e la valutazione del personale**, sono sicuramente aree che mi interessano molto". Rispetto all'**organizzazione del lavoro** si faceva esplicito riferimento al cambiamento imminente dell'assistenza infermieristica, non più mirata a un'assistenza per compiti, di tipo medico-centrica, bensì ad un'assistenza centrata sui bisogni dell'utente/paziente e a tutto ciò che da esso deriva.

Emergevano inoltre una serie di riflessioni sui bisogni formativi percepiti dagli infermieri: "Potrebbe essere molto utile, trattare il come **approcciarsi al paziente e ai parenti**, perché spesso vedo che c'è difficoltà a gestire queste relazioni, per cui sarebbe utile programmare corsi che favoriscano una **comunicazione adeguata**". "Suggerirei interventi sul miglioramento della **relazione con il paziente**, utilizzare magari i **casi clinici** per andare ad esplorare la qualità dei rapporti relazionali, non solo con il paziente ma anche con l'équipe ... Per molti anni siamo stati abituati a lavorare per compiti, dovremmo ora essere in grado di gestire un'assistenza per bisogni". La **relazione con il paziente** è un momento centrale dell'intervento, tuttavia instaurare una relazione, può risultare difficile. Senza un'adeguata formazione è possibile non riuscire a gestire il coinvolgimento emotivo e provare ansia e rabbia, si rischia di assumere atteggiamenti poco obiettivi, che offuscano la percezione dei veri bisogni del paziente. La formazione può consentire di sviluppare la capacità di relazionarsi con il paziente partecipando in modo empatico con il suo stato emotivo e affettivo e con i suoi vissuti [2]. La **relazione con i familiari** del paziente psichiatrico risulta essere altrettanto complessa e delicata, se mal gestita può compromettere la relazione operatore-paziente. Oltretutto il contatto con la famiglia è necessario, poiché il vissuto e l'avvenire della persona assistita devono necessariamente tenere conto delle dinamiche familiari per ripristinare con il tempo un equilibrio. E inoltre: "C'è tutto l'aspetto delle formazioni legate anche alla **conoscenza delle patologie organiche**, negli ultimi anni questa esigenza si fa sempre più pressante perché il paziente è sempre più complesso a livello generale, ci sono tanti anziani. C'è quindi un aumento dell'attività diagnostica e quindi la necessità di ampliare le conoscenze tecniche del personale". Il bisogno di approfondire la conoscenza delle patologie organiche nasceva dal fatto che queste ultime entrano inevitabilmente in relazione con il disturbo psichico e possono costituire situazioni di emergenza a cui il personale infermieristico non si sentiva adeguatamente preparato a intervenire.

E ancora: "Lavorare di più sulla **discussione dei casi clinici** perché a volte l'équipe fa fatica a incontrarsi, porta via molte energie ma è utilissimo. La discussione del caso clinico si fa quotidianamente all'interno delle riunioni e delle micro-équipe, non è però riconosciuta come attività formativa. Forse quindi, sarebbe opportuno strutturare percorsi formativi che prevedono la discussione di casi clinici particolari, quei casi che hanno dato più problematiche

all'interno di quel servizio negli ultimi mesi". "... attualmente penso che bisogna approfondire molto il lavoro di équipe. Bisogna valorizzare l'importanza di questa risorsa". Questa esigenza era legata principalmente alla necessità di promuovere l'attivazione di un lavoro in équipe che potesse assumere attributi più specifici di quelli che generalmente possono essere definiti come rapporti di collaborazione all'interno delle riunioni di reparto o di servizio. La strutturazione di un periodico lavoro in équipe costituisce il contesto attraverso il quale potrà essere favorita l'emersione della vulnerabilità, così come i processi di presa in carico rispetto a particolari problematiche del caso. Nello specifico nel trattamento dei disturbi mentali, l'équipe terapeutica non si focalizza solo sull'impedire una maggiore disorganizzazione della personalità del paziente ma anche di facilitare la riorganizzazione costruttiva della stessa. Per farsi carico di tale lavoro l'équipe deve essa stessa diventare unità integrata. Ogni membro dell'équipe che fa parte di un progetto sul paziente, deve tener conto del lavoro degli altri membri e dovranno operare simultaneamente ognuno per la propria specificità.

E infine: "Sicuramente l'infermiere nuovo che arriva avrebbe bisogno di un piccolo corso legato alle patologie e ai piani di assistenza verso i pazienti psichiatrici. Suggestire quindi un percorso formativo strutturato per gli infermieri neo-inseriti nel DSM". Con queste parole le Coordinatrici segnalavano una proposta, ovvero la possibilità di prevedere un percorso di formazione sui principi base dell'assistenza psichiatrica, rivolto al personale infermieristico neo-inserito. Attualmente i corsi di laurea che preparano gli infermieri professionali insegnano a gestire l'assistenza relativamente alle malattie organiche, risulta invece essere appena sufficiente per permettere loro di affrontare le problematiche psicologiche della persona che soffre di disturbi mentali. L'infermiere che non ha maturato un'esperienza formativa o professionale nell'area psichiatrica dispone di pochi strumenti per meglio comprendere e gestire i rapporti umani sia nell'interesse del paziente che di se stesso. Dalla complessità della patologia psichiatrica, appare quindi necessario che gli operatori siano sottoposti a un training atto all'apprendimento delle tecniche che permettono di individuare con obiettività i bisogni del paziente, superando il coinvolgimento emotivo, e di apprendere la capacità di instaurare una relazione professionale con lo stesso [3]. Da qui alcune riflessioni dell'infermiere intervistato: "La malattia mentale è cambiata, la diagnosi è spesso accompagnata dall'uso di sostanze, soprattutto in pazienti giovani, il paziente è quindi molto più complesso rispetto al passato". "Secondo me c'è la necessità di approfondire certi aspetti, sulla patologia psichiatrica, sulla gestione del paziente, soprattutto sulla relazione con il paziente, per capire se io mi comporto in un certo modo quale reazione posso avere di riscontro, oppure su di una reazione come devo comportarmi per non scatenare l'aggressività, perché secondo me la terapia non è solo farmacologica, anche la relazione con il paziente è terapeutica". "La struttura dovrebbe garantire ai dipendenti una formazione continua specifica, e quindi proporre agli infermieri dei corsi sulla patologia psichiatrica e sulla relazione con il paziente".

I bisogni formativi del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

I Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica sono operatori sanitari che svolgono, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato in un'équipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica. In rappresentanza di questa figura professionale è stata svolta intervistata un'operatrice di un Centro Psicosociale. Da alcune considerazioni in merito al bisogno formativo percepito si evidenziava un bisogno condiviso: "Quando ho iniziato vi erano prevalentemente pazienti con diagnosi schizofrenica, adesso invece ci sono molti più pazienti con disturbi di personalità che impegnano in maniera diversa. Avere un aggiornamento continuo è importante. Proporrei quindi dei corsi sulla gestione di pazienti con disturbi di personalità". La necessità di approfondire attraverso percorsi formativi il trattamento del disturbo di personalità e la gestione della relazione con questo genere di pazienti, è legata al fatto che si tratta di disturbi complessi legati al modo di essere nel mondo dell'individuo, piuttosto che a sintomi definiti e precisi. Una buona conoscenza teorica della psicopatologia e delle evoluzioni della stessa è indispensabile anche per potersi incontrare su un terreno comunicativo comune, che costituisca il substrato culturale e conoscitivo sul quale possa esprimersi la professionalità di ciascun operatore coinvolto nel progetto riabilitativo. Infatti, la formazione in riabilitazione psichiatrica, non vuol dire solo imparare le tecniche ma significa "imparare a pensare" ed "imparare a entrare in contatto con l'altro", tenendo presente che la struttura portante della cura

nelle professioni che implicano una relazione d'aiuto è l'affettività, e che senza attitudine a entrare in relazione con l'altro, non si riesce ad attuare in maniera efficace il proprio intervento.

E inoltre: *“Forse uno dei bisogni formativi che mi viene in mente, anche se su questa tematica è stato fatto tanto, è legato alla gestione dell'utenza straniera che accede al servizio”*. In merito a questo argomento è utile evidenziare che il personale che opera in psichiatria si trova a rispondere a una domanda di cura di difficile codificazione, a dover costruire una cultura dell'accoglienza, ricercando tecniche e strumenti d'intervento “altro”, che favoriscano le cure e contribuiscano all'integrazione nel massimo rispetto della cultura di origine del paziente. Emergeva quindi l'esigenza di conoscere il background culturale del paziente straniero, di conoscere i disturbi prevalenti delle zone di provenienza e della loro espressione fenomenica, di essere capaci di adottare un linguaggio comprensibile dal paziente e dai suoi familiari[4].

I bisogni formativi dell'educatore professionale

L'attività dell'Educatore Professionale comporta la realizzazione di progetti educativi volti a promuovere lo sviluppo equilibrato della personalità, il recupero e il reinserimento sociale. Gli Educatori Professionali intervistati operavano presso un Centro Diurno che accoglieva utenti ai primi esordi della malattia. Tra i bisogni formativi di questa categoria professionale ritornava la necessità di una formazione sui *disturbi di personalità*, in particolare sul trattamento di questa tipologia di pazienti: *“... aver maggiore conoscenza del disturbo di personalità, sia da cosa esso può derivare, sia degli strumenti o delle chiavi di lettura più efficaci per riuscire a lavorare con questi pazienti. Anche perché rispetto alla relazione con persone schizofreniche o psicotiche abbiamo una certa esperienza, con queste patologie no!”*. Emergeva poi un aspetto molto importante, tra le nuove patologie emergenti si sviluppano quelle con *“doppia diagnosi”*, ovvero la presenza nello stesso individuo di un comportamento tossicomane caratterizzato da abuso di sostanze e di patologia psichiatrica. Gli Educatori hanno evidenziato che il processo diagnostico di questi pazienti non è semplice, tuttavia una corretta valutazione diagnostica è di fondamentale importanza per una corretta impostazione del trattamento: *“le nuove dipendenze, l'esordio di malattia, come strutturare dei percorsi di intervento precoci, questa è una cosa che andrebbe svolta in modo massiccio”*.

Emergeva inoltre l'esigenza di formarsi costantemente sulla *relazione operatore-paziente* e sulle abilità comunicative ed espressive: *“Altri argomenti a che mi interessano sono legati alle forma di **relazione e di comunicazione con i pazienti**”*. *“... eventi specifici per il nostro ruolo o anche su attività, come seminari di teatro, che ci consentono di utilizzare strumenti per gestire la relazione, che è proprio l'aspetto che gestiamo noi, ti consentono di gestire i propri stati d'animo in funzione di quello che ti presenta un paziente”*.

Infine si evidenziava l'esigenza di lavorare di più sul *lavoro di équipe*: *“È ovvio che il contatto con operatori che hanno più esperienza e la partecipazione a riunioni di équipe, sono comunque momenti di formazione ... ci si riduce spesso a fare delle riunioni dove si cerca di risolvere le emergenze e si decide chi fa cosa, viene meno la parte in cui ci si confronta e si ragiona sulle specificità del singolo caso”*. *“... quello che ultimamente viene maggiormente discusso è la questione relativa alla gestione dei conflitti, un lavoro quindi su queste dinamiche, che un po' affrontiamo con la supervisione di uno psicologo, in cui discutiamo dei casi specifici, di una situazione particolare e delle dinamiche di gruppo. Cosa che però risulta riduttiva, perché è mirata più alla supervisione dei casi e meno alla gestione del gruppo”*. All'interno della comunità terapeutica è il gruppo degli operatori a svolgere una primaria funzione terapeutica: contenendo il paziente, mediando tra paziente e territorio, sviluppando il senso di appartenenza, permettendo l'evoluzione delle sue autonomie, promuovendo il suo processo di individuazione; il gruppo curante consente agli operatori di condividere il peso della presa in carico creando una doppia rete, terapeutica per i pazienti e protettiva per gli operatori. La potenzialità dell'équipe è però legata alla capacità di riuscire a funzionare come un gruppo, attraverso la messa in comune delle competenze cognitive ed affettive di ciascun membro [5]. Un lavoro di équipe strutturato rende più tollerabile la relazione con un paziente, poiché questa relazione non è immune dalle difficoltà che pone il contatto con la patologia mentale. Il disturbo psichico comporta problemi complessi, che richiedono un approccio globale alla persona che può essere garantito solo da un'azione integrata di una molteplicità di professionisti che operano in sinergia, ciascuno con la propria modalità di interpretazione del bisogno.

I bisogni formativi nell'area dei processi clinico-assistenziali

Nell'area dei *processi clinico-assistenziali* rientrano tutte le competenze specialistiche esercitate dal personale sanitario nello svolgimento delle proprie funzioni di cura. Dall'analisi dei dati emergeva che differenti categorie professionali indicavano come prioritari i bisogni classificati in quest'area.

AREA PROCESSI CLINICO-ASSISTENZIALI									
	Medico Psichiatra	Psicologo	Coordinatore Infermieristico	Infermiere	Assistente Sociale	Tecnico della riabilitazione psichiatrica	Educatore Professionale	Tot.	Tot. % (su n. 45 interviste)
Disturbi di personalità (conoscenza patologie/trattamento)	18	2	/	1	/	1	1	23	52%
Gestione paziente straniero - Multiculturalità	8	1	1	1	/	1	/	12	27%
Farmacologia	9	/	2	1	/	/	/	12	27%
Tossicologia	7	/	/	1	/	/	1	9	20%
Conoscenza patologie organiche paziente complesso	3	/	1	1	/	/	/	5	11%
Formazione nell'area psichiatrica per l' infermiere neo-inserito	3	/	1	1	/	/	/	5	11%
Gestione aggressività paziente	2	/	1	1	/	/	/	4	9%

Il bisogno formativo maggiormente sentito da parte di tutte le categorie professionali e condiviso da quelle oggetto del presente contributo, riguardava un approfondimento dei **disturbi di personalità** e del **trattamento terapeutico e riabilitativo** (52%) degli stessi. Ulteriore bisogno formativo condiviso era legato al tema della **gestione del paziente straniero** e gli aspetti legati alla **multiculturalità** (27%). Di pari importanza vi era l'aggiornamento sugli **aspetti farmacologici** (27%), espresso soprattutto dai medici, ma condiviso dal personale infermieristico. Altro argomento riguardava gli **aspetti tossicologici** (20%), bisogno segnalato dai medici, infermieri ed educatori professionali. E ancora la **conoscenza delle patologie organiche** (11%), **la gestione dell'aggressività** (9%), la pianificazione di un percorso di **formazione sui principi base dell'assistenza psichiatrica** rivolto al **personale infermieristico neo-inserito** (11%), bisogni segnalati dal personale infermieristico, oltre che dai medici.

I bisogni formativi nell'area dei processi organizzativo-gestionali

Nell'area delle *competenze organizzativo-gestionali* rientrano le competenze generali sanitarie relative al proprio profilo professionale, all'organizzazione e alla gestione dei contesti lavorativi, finalizzate alla qualità dei servizi e delle cure.

AREA PROCESSI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI									
	Medico Psichiatra	Psicologo	Coordinatore Infermieristico	Infermiere	Assistente Sociale	Tecnico della riabilitazione psichiatrica	Educatore Professionale	Tot.	Tot. % (su n. 44 interviste)
Aspetti medico-legali	4	/	/	/	/	/	/	4	9%
Organizzazione lavoro: turnistica	/	/	3	/	/	/	/	3	7%
Organizzazione lavoro: strumenti di valutazione personale	/	/	3	/	/	/	/	3	7%
Informatica	/	/	1	/	1	/	/	2	5%
Inglese scientifico	/	/	2	/	/	/	/	2	5%

In quest'area rientrano esigenze formative condivise solo da alcune categorie professionali, tra cui: la **gestione della turistica** (7%), gli **strumenti di valutazione del personale** (7%), **l'informatica**

(5%) e la conoscenza della **lingua inglese** (5%), esigenze formative evidenziate dalle coordinatrici infermieristiche. L'approfondimento degli **aspetti medico-legali** (9%) era invece un bisogno segnalato esclusivamente dai medici.

I bisogni formativi nell'area dei processi relazionali e comunicativi

Nell'area dei *processi relazionali e comunicativi* rientrano le competenze relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con i familiari, con i gruppi di lavoro e con soggetti esterni. Sulla base dei bisogni formativi evidenziati emergeva che le diverse categorie professionali condividessero l'esigenza di sviluppare quest'area.

AREA PROCESSI RELAZIONALI E COMUNICATIVI									
	Medico Psichiatra	Psicologo	Coordinatore Infermieristico	Infermiere	Assistente Sociale	Tecnico della riabilitazione psichiatrica	Educatore Professionale	Tot.	Tot. % (su n. 44 interviste)
Lavoro di équipe	14	6	2	/	2	/	/	24	55%
Relazione con il paziente e con i familiari	8	3	3	1	2	1	/	18	41%
Relazione - comunicazione con i colleghi/ gestione conflitti	4	/	3	/	1	/	1	9	20%

Il **lavoro di équipe** (55%), lo sviluppo delle **capacità relazionali** in merito al rapporto **con il paziente e con i suoi familiari** (41%), lo sviluppo delle **capacità comunicative** adeguate per gestire le **relazioni con i colleghi** e i **conflitti** (20%), sono stati i bisogni formativi maggiormente espressi e condivisi dalle categorie professionali coinvolte.

Conclusioni

Lavorare con la sofferenza psichica significa farsi carico di un peso molto consistente, che necessita di una serie di risorse per poterlo sostenere. Ciò si affianca all'importante questione della formazione in itinere di tutto il personale che opera nell'ambito della psichiatria, partendo da una prospettiva secondo cui le competenze tecnico-professionali devono necessariamente affiancarsi a competenze relazionali e comunicative adeguate, e quindi *“c'è un sapere che è un intreccio di elementi psichiatrici e di elementi pedagogici che riguarda precisamente il fatto che la malattia mentale, nel momento in cui è stata oggetto di un investimento medico, in realtà si è configurata nel contempo come oggetto di trattamento morale, quindi come oggetto di un trattamento educativo, quindi come oggetto di un sapere pedagogico”* [6].

In conclusione possiamo dire che è possibile intendere l'analisi del bisogno formativo anche come un processo di conoscenza in cui le persone coinvolte sono impegnate a raccontare la loro esperienza formativa per riformulare i problemi presenti e identificare nuove criticità. La formazione deve quindi divenire un processo strettamente connesso con le proprie pratiche professionali, con i progetti professionali e con l'ambiente di appartenenza, da cui deriva una proposta formativa sempre più personalizzata e coerente con i bisogni dell'organizzazione.

Il presente lavoro è tratto, con relativa sintetica revisione, dalla tesi di laurea *“LA FORMAZIONE CONTINUA IN PSICHIATRIA. Prima indagine sui bisogni formativi del personale del Dipartimento di Salute Mentale dell'A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo”* di Annarita Marturano ai fini della laurea Magistrale in Scienze Pedagogiche, relatore Prof. Francesco Caggio.

*Referente Ufficio Formazione Casa di Cura del Policlinico di Milano.

**Pedagogista, consulente e formatore nei e per i servizi di cura, collabora con l'Università Statale di Milano-Bicocca.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Gaston, A., Gaston, C. M. *Psichiatria e igiene mentale*. Masson, Milano, 2002.
- [2] Basetti, O. *Educare assistendo*. Rosini Editrice, Firenze, 1994.
- [3] Tacchini, M. A. *Professione infermiere nei servizi psichiatrici. Dalla teoria alla prassi*. Masson, Milano, 2002.
- [4] Vigorelli, M., Landra, S. *Abitare la comunità. Residenzialità terapeutica e sofferenza psichica. Oltre in dialogo*, Milano, 2002.
- [5] Barone, R., Bruschetta, S., Giunta, S. *Gruppoanalisi e comunità terapeutica. Uno strumento di lavoro basato su supervisione, valutazione e ricerca*. Franco Angeli, Milano, 2010.
- [6] Massa, R. cit., in Rabboni, M. *Residenzialità luoghi di vita, incontri di saperi*, Franco Angeli, Milano, 2003, p. 47.

L'applicazione della psicomotricità con il paziente psichiatrico

di Lina Barbieri, Manuela Peserico***

Abstract

Psychomotor intervention with psychiatric patients is suggested when verbal communication is inhibited by psychosis, when vital interests are at stake and when intentionality is paralyzed by anguish.

The importance of this therapy is represented by the support to reclaim self-knowledge (physical and psychic identity) through working on comprehensive integrated psychomotor style (motoric – cognitive – affective – behavioral styles).

Those who work with psychiatric patients know how altered their corporal expression is and how their body in its entirety is often unknown to them.

These patients' personality and reality are fragmented and so is their body. Gaining an awareness of their body allows them to gradually restart interacting with external reality.

This approach must unarguably be cautious, the stimuli must be graduated to the subject's responses, and the therapist must pay close attention to everything that is happening during the session – to every emerging emotional, communicative and relational aspect.

With psychiatric patients, the use of objects or of highly structured games are perceived to be less invasive than physical contact or than a context-free situation. In fact, they both have a reassuring function, especially during the first sessions, and they mediate the development of the relationship.

Introduzione

Prima di entrare nel merito dell'utilizzo della terapia psicomotoria con il paziente psichiatrico riteniamo sostanziale delineare il ruolo di questa tecnica e il suo ambito applicativo all'interno dei percorsi riabilitativi psicosociali.

E' quindi necessario partire dal concetto di riabilitazione psichiatrica che, secondo quanto proposto, negli Stati Uniti, dal National Institut of Mental Health si riferisce ad uno spettro di programmi per persone con disabilità psichiatriche gravi e di lunga durata. L'obiettivo è quello di migliorare la loro qualità della vita aiutandoli ad assumersi la responsabilità della propria esistenza, a funzionare il più attivamente ed indipendentemente possibile nella società. L'approccio si rivolge all'individuo come persona, piuttosto che come paziente, stimolando la responsabilità individuale, il controllo, il senso di autostima ed incoraggiando la partecipazione al processo riabilitativo.

Come affermato da Ba [1]: "Con riabilitazione possiamo intendere un processo che ha come obiettivi quelli di identificare, prevenire e ridurre le cause dell'inabilità e nello stesso tempo aiutare la persona a sviluppare ed usare le proprie risorse e capacità in modo da acquisire più fiducia in se stessa ed aumentare il livello di autostima, facendo leva su ciò che vi è di sano e non sulla patologia".

L'obbiettivo dell'intervento riabilitativo non è quindi la guarigione clinica, aspetto che pertiene alla cura psichiatrica classicamente intesa, ma è la guarigione sociale, che è costituita dal raggiungimento del maggior equilibrio ed adattamento possibile, in modo che il soggetto possa accedere ad un'integrazione, la più ampia e completa possibile, all'interno del proprio ambito sociale. In quest'ottica l'intervento riabilitativo non deve avere connotazioni assistenziali, conseguentemente nell'agire riabilitativo l'operatore non si sostituisce al soggetto, raggiungendo al suo posto l'obbiettivo in essere, ma al contrario lo supporta in modo che sia il soggetto stesso ad acquisire le competenze che gli sono necessarie. In altri termini l'obbiettivo dell'intervento riabilitativo non è solo la soddisfazione di un bisogno, ma è soprattutto lo sviluppo delle risorse che

autonomizzano il soggetto in modo che egli possa imparare a soddisfare i propri bisogni nella maniera più piena e completa possibile [2].

Tutti gli interventi riabilitativi sono sostanzialmente finalizzati al rinforzo e allo sviluppo delle funzioni dell'Io e si rivolgono all'individuo nella sua globalità e quindi non sono indirizzati al paziente o alla sua patologia. Questo comporta che la relazione operatore/fruitori e l'agire riabilitativo tendono ad individuare le risorse, le capacità, anche residue, del soggetto, i suoi bisogni e da questi elementi si parte per attuare il percorso che, attraverso il potenziamento dei nuclei sani, porta allo sviluppo delle risorse del soggetto.

Come più volte sottolineato in precedenza le attività riabilitative sono molteplici ed agiscono su diversi aspetti dell'essere e dell'agire psicosociale dell'individuo.

Schematicamente possono essere raggruppate in due diversi livelli:

- attività di primo livello che mirano sostanzialmente allo sviluppo delle competenze di base del soggetto e sono orientate prevalentemente sulla interfaccia tra l'individuo e la realtà esterna, i comportamenti, il modo di interagire con l'ambiente;
- attività di secondo livello che mirano al raggiungimento di un miglior livello di autoconsapevolezza ed adattamento, si rivolgono al mondo interno del paziente, alle sue ansie, conflitti e al suo mondo emotivo affettivo. L'intervento psicomotorio si colloca in questo livello.

L'intervento psicomotorio

Storicamente la psicomotricità nasce come terapia dei disturbi d'apprendimento e del comportamento, ed è rivolta soprattutto ai bambini che manifestano un danno cerebrale minimo, vale a dire una disfunzione per la quale non si riscontrano segni neurologici. Questa tecnica, che si propone come una terapia olistica, agisce nel campo delle interazioni fra i vari sistemi che compongono il monismo ontologico della persona: motricità, affettività, intelligenza [3].

Nell'attualità la psicomotricità è considerata come una terapia specifica, basata sulla relazione tra paziente e terapeuta, che si realizza attraverso il corpo e il movimento, utilizzando come strumento privilegiato il gioco.

“Scopo della psicomotricità è quindi scoprire per il bambino e riscoprire per l'adulto il piacere ed il significato del movimento attraverso la relazione, liberando tutti i contenuti positivi e negativi, affettivi e cognitivi legati al corpo e al movimento stesso. Tale obiettivo si raggiunge ridimensionando i vissuti emergenti, coscientizzandoli ed elaborandoli, attraverso il gioco e la relazione terapeutica. Fine ultimo del percorso terapeutico è il raggiungimento dell'autonomia, cioè la capacità di scegliere, decidere, rapportarsi liberi e pari agli altri, al di là e sopra l'eventuale realtà invalidante” [4].

Fatte queste premesse appare chiaro il campo d'azione della psicomotricità, che si differenzia dalla terapia neuromotoria (fisioterapia): che si può definire terapia del movimento attraverso il movimento, perché lavora sul ripristino e la normalizzazione della funzione motoria; la psicomotricità invece lavora per far riscoprire il piacere nell'utilizzo di quella funzione, cercando comunque di utilizzarla al massimo, ma soprattutto colorandola di affettività e cognitività.

“Da una parte avremo quindi un fisioterapista o terapeuta della riabilitazione neuromotoria, che lavora sulla motilità filogenetica, propria della razza umana, ma impersonale; dall'altra, lo psicomotricista s'interesserà della motilità ontogenetica, propria di un particolare individuo, che porta nel movimento i propri geni, la propria storia fatta di esperienze uniche e irripetibili e di un vissuto personale ad esse legato. Se al terapeuta della riabilitazione neuromotoria interessa normalizzare la funzione, lo psicomotricista punterà al raggiungimento di un movimento abile, preciso, rapido ed economico, rispetto alle potenzialità della persona. Questi aspetti verranno integrati attraverso la relazione terapeutica, perché il paziente possa sperimentare le proprie potenzialità motorie, cognitive e affettive e le spenda con maggiore fiducia e autonomia nella propria realtà quotidiana” [4].

La psicomotricità dell'adulto ha una sua specificità, che la distingue da tutte le altre terapie e si rivolge a uno specifico tipo di paziente, quello che presenta dei vissuti alterati.

Occorre intendersi su cos'è il vissuto alterato: le esperienze che una persona affronta nel corso della vita sono filtrate dalla sua personalità psicomotoria in quello che si chiama vissuto personale, o vissuto psicomotorio. Esso è l'insieme di tutte le convinzioni, superstizioni, opinioni e sentimenti, che genera le reazioni motorie, cognitive e affettive a qualsiasi evento, anche patologico. Nella patologia il vissuto viene alterato, ed è compito della psicomotricità ridimensionarlo. Tale obiettivo viene perseguito nel setting psicomotorio in cui da una parte il terapeuta conduce il paziente verso la coscientizzazione ed il ridimensionamento dei vissuti alterati e dall'altra il paziente gioca i suoi vissuti e li rielabora attraverso la mediazione del terapeuta.

Con un'esperienza di lavoro che dura da più di vent'anni si sono raccolti dati sperimentali molto numerosi, e si è ritenuto importante sintetizzarli, formalizzarli e dar loro per quanto possibile solide basi scientifiche che cercheremo di sintetizzare [5].

Dalla nascita alla morte, l'essere umano esprime la propria unicità e globalità attraverso il movimento di un corpo che evolve biologicamente, psicologicamente e cognitivamente:

1. biologicamente, attraverso la maturazione del sistema nervoso centrale e l'accrescimento somatico;
2. psicologicamente, con il raggiungimento della propria identità trasmessa dall'immagine corporea gradualmente coscientizzata e sempre più consapevole;
3. cognitivamente, attraverso il raggiungimento della rappresentazione e della programmazione dell'atto volontario, dell'integrazione delle percezioni interne ed esterne e della loro coscientizzazione.

Lo sviluppo di questo corpo-movimento, corpo-sentimento e corpo-apprendimento è determinato dal rapporto tra maturazione del sistema nervoso centrale, ambiente e persona.

Nel grembo materno il bambino dorme, gioca, succhia il pollice, si stende, si raggomitola, nuota, corre, scalcia. Inizia così quello scambio tra essere umano e ambiente che determina la ricchezza della sua vita di relazione con se stesso, con la madre e col mondo. La combinazione unica e irripetibile di questi fattori endogeni ed esogeni determinerà lo sviluppo psicomotorio prima, e la nascita di una personalità psicomotoria poi.

Non crediamo sia il caso di soffermarsi sullo sviluppo psicomotorio ripetendo cose note, ma riteniamo sostanziale sottolineare che sarà la relazione tra il bambino e l'ambiente a determinare il positivo svolgersi di questo sviluppo ed a costruire, a sviluppo psicomotorio ultimato, le basi per la formazione della personalità psicomotoria, una specie di carta d'identità, unica e irripetibile per ogni essere umano, che deriva dalla matrice genetica, ma che varia secondo l'età, le esperienze, gli apprendimenti, la storia e tutte le influenze ambientali.

Si ricordi che la personalità psicomotoria si realizza a sviluppo ultimato e pertanto ad un'età che può essere differente per ogni essere umano.

Approfondendo il discorso sulla personalità psicomotoria si possono individuare tre componenti, o stili, della personalità globale, una motoria, una cognitiva e una affettiva, ognuna ben definita, ma in stretta relazione con le altre due. Semplificando, si potrebbe dire che il sé motorio si muove, il sé cognitivo ragiona, il sé affettivo si relaziona. Si può parlare quindi di:

- Stile motorio, ossia l'adattamento espressivo che colora d'intenzioni cognitive e affettive il corpo e il movimento, come risposta d'adattamento di ogni essere umano alla realtà interna ed esterna.
- Stile cognitivo, che esprime la capacità della persona di apprendere e quindi modificarsi attraverso le proprie esperienze di vita.
- Stile affettivo - relazionale, che completa e manifesta l'identità biopsicosociale della persona.

Uno sviluppo armonico di quest'ultimo stile determinerà l'abilità di affrontare sia gli eventi quotidiani che gli imprevisti, di cogliere le opportunità, di tollerare le avversità, di approfittare dei momenti favorevoli, di consolidare i successi e saperne godere, e determinerà una buona competenza nella capacità di tessere relazioni stabili, di volere e volersi bene. Da tutto questo

chiaramente si evince che lo stile affettivo - relazionale, determina il corso della vita di ogni individuo molto più dello stile cognitivo e di quello motorio.

Quando invece c'è una patologia, organica o psichica, congenita o acquisita e la persona colpita vive una situazione di disagio, spesso aggravato dall'interpretazione che egli dà di tale danno, allora si presenta un vissuto distorto, o patologico.

Morosini [3] ritiene che si possano individuare quattro aspetti distinti del vissuto patologico: due intrinseci, ossia soggettivi e legati alla situazione specifica, e due estrinseci o generalizzati. I primi due di questi sono difatti legati al vissuto della persona colpita, mentre gli altri due si riferiscono al vissuto dell'ambiente in cui la persona vive.

In dettaglio possono essere definiti come:

- vissuto universale (o generalizzato) personale;
- vissuto universale ambientale;
- vissuto specifico personale;
- vissuto specifico ambientale (o micro-ambientale).

Compito dello psicomotricista è quello di liberare tutta la gravidanza affettiva e cognitiva, legata al corpo e al movimento, cioè sviluppare tutte le funzioni psicomotorie:

- la rappresentazione del movimento,
- l'integrazione delle percezioni,
- l'organizzazione e la strutturazione dello schema corporeo e dell'immagine di sé,
- la strutturazione spazio - temporale.

Tutto ciò prepara il terreno per coscientizzare i vissuti e quindi ridimensionarli, dove ridimensionare significa promuovere l'adattamento alla realtà intrinseca ed estrinseca, cioè l'essere felici di quello che si è, o per lo meno il realizzarsi in pieno per quello che si è, col proprio potenziale.

Se, come abbiamo già sottolineato precedentemente, il fine della psicomotricità è scoprire per il bambino e riscoprire per l'adulto il piacere ed il significato del movimento attraverso la relazione, liberando tutti i contenuti affettivi e cognitivi legati al corpo e al movimento stesso, tale obiettivo si raggiunge ridimensionando i vissuti emergenti (e non le funzioni del movimento), coscientizzandoli ed elaborandoli, attraverso il gioco e la relazione terapeutica. Fine ultimo del percorso terapeutico è il raggiungimento dell'autonomia, cioè la capacità di scegliere, decidere, rapportarsi liberi e pari agli altri, al di là e al di sopra dell'eventuale realtà invalidante.

Riscoprendo il piacere di essere se stessa al massimo, la persona "si utilizza" con maggiore libertà, esprimendo sempre meglio il proprio potenziale di salute.

Dare uno schema definitivo di una seduta di psicomotricità è un compito pressoché impossibile e forse ha anche poco senso: ogni volta, infatti, sono diversi lo stato d'animo del terapeuta e del gruppo, e il materiale e il tipo di attività cambiano ad ogni seduta.

La terapia psicomotoria ha l'obiettivo di liberare tutta la gravidanza affettiva e cognitiva legata al corpo e al movimento, e quindi di sviluppare tutte le funzioni psicomotorie, ridimensionando il vissuto del paziente nel qui ed ora, partendo da ciò che il paziente o il gruppo portano in seduta, sia come malessere che come benessere o potenziale di salute.

Pertanto, il terapeuta non può sapere anticipatamente come si svolgerà e quale sarà il tema della seduta, ma, conscio delle linee guida teoriche, dovrà essere in grado di cogliere i bisogni del gruppo o del singolo e, in base a questi, condividere con i pazienti le attività che si svolgeranno e, mediandole, farli lavorare sia nell'ascolto che nel ridimensionamento di questi bisogni. Lo psicomotricista medierà le proposte del gruppo nella selezione di attività che possono essere squisitamente motorie, o di gioco, o di drammatizzazione, di espressione grafica, eccetera.

Lo psicomotricista dovrà quindi essere in grado di cogliere la cosiddetta chiave terapeutica, una "pillola" che, usata costantemente, ma in modo vario, garantisce la relazione e la tranquillizza, contiene le angosce del paziente, diventando così la costante di ogni terapia.

E' importante che il tema della chiave terapeutica sia variato, perché non venga stereotipata una situazione che può e deve rimanere viva e vigile alla variabilità dei bisogni del paziente o del gruppo di pazienti.

Solitamente, un momento cruciale della terapia è quello iniziale, che consiste nel far prendere coscienza delle presenze e delle assenze dei compagni, in modo da far coscientizzare ai componenti del gruppo il loro essere nella seduta che è appena cominciata. Nei gruppi di pazienti psichiatrici, ad esempio, l'assenza di un compagno può essere dovuta a molti motivi, in casi estremi anche alla morte per suicidio: è importante che il gruppo abbia la possibilità di rendersi conto di quest'assenza e che ne possa affrontare la causa, in modo da non alimentare un fantasma irrisolto.

In un gruppo di anziani, l'assenza di un compagno porta inevitabilmente al pensiero della morte; si tratta di un vissuto costantemente presente nella mente di un anziano e di cui lo psicomotricista deve tenere conto.

Nel gruppo di disabili adulti, l'assenza di un compagno dovrà essere considerato un temporaneo impedimento, di cui si dovrà chiedere ragione al compagno assente al suo ritorno.

Durante ogni terapia gli obiettivi che il terapeuta persegue sono:

- far sentire ai pazienti il loro corpo fisico, per aiutarli a percepire la propria presenza, l'esserci qui ed ora. Questo favorisce una migliore rappresentazione e percezione mentale del corpo (il paziente psichiatrico, ad esempio, che ha una visione frammentaria di sé, avrà bisogno di riscoprire la propria unità somatica, ritrovando parti del proprio corpo ignorate per anni). Negli anziani, invece, il corpo deve essere risvegliato dalla quasi totale immobilità, mentre nei disabili cognitivi manca quasi la percezione del corpo, a causa di strumenti cognitivi carenti, che limitano anche l'ambito delle valenze affettive;
- vivere il proprio corpo non solo come dolore, ma anche come fonte di piacere;
- sentire il passaggio dal corpo agito al corpo immobile: Il rilassamento, ad esempio, è importante perché permette al paziente di ascoltarsi e di lasciar emergere sensazioni, ricordi, vissuti scaturiti dal corpo in movimento e dalla relazione con gli altri membri del gruppo nel corso della seduta;
- ridimensionare il vissuto del paziente attraverso una verbalizzazione finale, durante la quale il terapeuta chiede ai pazienti come si sentono e riprende e puntualizza i momenti cruciali della seduta. Si tratta di un momento molto delicato, perché lo psicomotricista deve ascoltare, contenere e mediare i vissuti dei pazienti, riportandoli ad una dimensione oggettiva di realtà.

In ogni seduta il terapeuta farà un piccolo passo verso il raggiungimento degli obiettivi sopraesposti, in quanto la ricostruzione dell'unità corpo/mente si ottiene al termine di un cammino molto lungo che va affrontato gradualmente, nella piena consapevolezza del rispetto dei tempi dei singoli pazienti, delle difficoltà legate ai loro freni inibitori, ai significati che le parti rimosse assumono nella loro storia, proprio per evitare che interventi troppo diretti o precoci vadano a scompensare un equilibrio parzialmente raggiunto, inficiando il lavoro svolto.

Il terapeuta inoltre dovrà essere in grado di coscientizzare anche la propria modalità terapeutica, per evitare di essere o troppo seduttivo, o troppo direttivo, o troppo neutro, o comunque di entrare in atteggiamenti che possono incidere negativamente sul paziente.

La scelta di un intervento terapeutico psicomotorio con l'adulto psichiatrico si propone specialmente là dove la comunicazione verbale è congelata dalla psicosi, gli interessi vitali spenti e l'intenzionalità paralizzata dall'angoscia.

L'importanza di una terapia psicomotoria sta nell'aiutare questi soggetti a riappropriarsi del sé, dello stile psicomotorio.

Chi lavora con il paziente psichiatrico può constatare quotidianamente come la sua espressione corporea si alteri e come spesso il suo corpo gli sia sconosciuto. La personalità e la realtà di questi pazienti è frammentata ed anche il corpo è percepito in modo frammentato: rapportarsi col proprio corpo permette loro di riprendere gradualmente ad interagire con la realtà esterna.

Come dice Morosini [3], "il corpo di un depresso, di un maniaco, di uno schizofrenico riproduce nell'atteggiamento globale, nei movimenti, nella sua espressività e nella sua transività il linguaggio della malattia mentale. Si pietrifica e si flette, si contorce e si anima, si frammenta, si terrorizza, si anestetizza, si contrae, si irrigidisce, si veste e si sveste come la malattia mentale gli

impone. La malattia mentale parla attraverso il corpo della sua paura, delle sue fantasie, del suo bisogno di essere compresa, ne esprime tutti gli infiniti moti di avvicinamento e di allontanamento dall'Altro e dal mondo. E' un corpo regredito che a volte vuole contatto e a volte lo teme, ma è pronto come un bambino ad accettare qualsiasi comunicazione che non lo invada".

Questa descrizione è estremamente significativa e sintetizza le difficoltà, ma anche la ricchezza di un approccio terapeutico con il paziente psichiatrico. Indiscutibilmente, l'approccio terapeutico deve essere molto cauto, gli stimoli proposti devono essere graduati a seconda delle risposte del soggetto, il terapeuta deve essere estremamente attento a tutto quanto sta avvenendo in seduta, a quanto di emotivo, di comunicativo, di relazionale sta emergendo e questo è possibile attraverso un'attenta integrazione di osservazione, ascolto ed empatia. La seduta si svolge sempre su un filo di sottile equilibrio, in cui una qualsiasi sbavatura del terapeuta corre il rischio di fare naufragare l'intero percorso.

Lo psicomotricista deve acuire la propria capacità di cogliere la cosiddetta chiave terapeutica, cioè quel punto di contatto da cui scaturisce l'inizio della relazione autentica, su cui si baserà l'intera terapia, dosata sia sulla capacità adattativa del paziente, sia su quella del terapeuta. Per entrambi, e questo è un punto nodale, perché in ogni terapia sono in gioco sia il paziente sia il terapeuta, che deve essere estremamente cosciente delle possibili reazioni di ambedue le parti. Entrambi, infatti, si devono sentire a proprio agio in questo lavoro nel rispetto della propria integrità, fatta di aperture ma anche di limiti.

Il setting con questi pazienti deve garantire uno spazio di libertà maggiore che per altri: nella terapia, infatti, è data loro la libertà di vivere completamente sia il tempo sia lo spazio, o di coglierne solo un frammento; l'importante è che il terapeuta aiuti il soggetto a prendere coscienza di questo frammento. Anche pochi minuti di terapia possono diventare significativi purché ci sia un inizio, una fine, un contenuto all'interno della relazione fra paziente e terapeuta, paziente ed altri pazienti.

Se la terapia funziona, è gioco-forza che questi frammenti con il tempo si dilatino per poi ricongiungersi. E' importante rispettare i tempi, gli spazi e l'attenzione dei pazienti, la loro capacità di stare "in e con", ma nello stesso tempo il terapeuta non deve colludere con la tendenza al far nulla perseverante, o con la sovr eccitazione iper-agita, ma in modo a-finalistico, entrambi atteggiamenti tipici in ambito psichiatrico, trovando la giusta propositività, per farli evolvere ed integrare.

Con i pazienti psichiatrici, l'uso dell'oggetto o del gioco molto strutturato sono percepiti in modo meno invasivo rispetto al contatto corporeo diretto o alla situazione libera: entrambi svolgono, infatti, una funzione rassicurante, specie nelle prime sedute, e mediano l'instaurarsi della relazione. Sta al terapeuta saper cogliere questa volontà di comunicazione per intervenire con un gioco che ne faciliti l'espressione, ma senza invadere o "pressare" il soggetto, per evitare un brusco rifiuto o un ripiegamento su se stesso.

La maggior difficoltà è, come già detto, saper fare i conti con i tempi del paziente, ma anche con le aspettative del terapeuta, che spesso non coincidono con il suo bisogno, ed è per questo che il terapeuta della psicomotricità dell'adulto deve conoscersi a fondo con una formazione personale continua, affiancata ad una buona supervisione.

* Psicologa, psicoterapeuta, psicomotricista. Centro di Psicomotricità, Lodi

** Psichiatra, psicoterapeuta. IRCCS Fondazione Policlinico, Milano

Bibliografia

[1] Ba G., *La riabilitazione: aspetti teorici ed applicativi*, in Ba G. Strumenti e tecniche di Riabilitazione psichiatrica e psicosociale, Franco Angeli, Milano, 2003.

[2] Ba G., Peserico M., *La riabilitazione in psichiatria*, in Psichiatria e psicologia clinica (IV edizione) a cura di Invernizzi G., Bressi C., pag. 537 – 560, McGraw Hill, Milano, 2012.

[3] Morosini C., Barbieri L., Ferrari L., *La psicomotricità con il paziente adulto*, Carocci editore, Roma, 2004.

[4] Barbieri L., Peserico M., *La psicomotricità*, in G. Ba Strumenti e tecniche di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale, pag. 268 – 294, Franco Angeli Editore, Milano, 2003.

[5] Barbieri L., Peserico M. (a cura di) *Psicomotricità e riabilitazione. Pensieri e interventi di Cecilia Morosini*, Edizioni Junior, Parma, 2012.

In viaggio con.....

di Carlo Scovino*, Ines Marroccoli**

Abstract

This article presents the project “*In viaggio con....*” designed by the Centro Psico Sociale di zona 4 of Dipartimento di Psichiatria e Neuroscienze of AO Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano – diretto dal Prof. Claudio Mencacci - in partnership with the Centro di Ascolto “*Mater Caritatis*” della Parrocchia S. Maria del Suffragio di Milano.

The long-term project, a journey-adventure to Barcellona in Spain from 1 to 8 September 2012, involves 14 persons (users, professionals and volunteers). We established formal contact with the Rehabilitation Services of Baix LLobregat Parc Sanitari Sant Joan de Déu of the Fatebenefratelli of Barcellona. They are helping us to design an appropriate programme of touring the city as well as hosting all the group.

Before living to Barcellona the group has been working on the project (sub-groups of patients are working on different parts of the project: organization and planning of 2 tours in Italian cities that have some connection with the Catalan art/culture, programming the schedule while in Barcelona, organizing a public report of the experience - press conference, article and a public event in Oct 2012, a journey reportage, etc).

To monitor the project the group is using the WHOQOL in its brief version.

“...Il viaggio non finisce mai. Solo i viaggiatori finiscono. E anche loro possono prolungarsi in memoria, in ricordo, in narrazione. Quando il viaggiatore si è seduto sulla sabbia della spiaggia e ha detto: "Non c'è altro da vedere", sapeva che non era vero. Bisogna vedere quel che non si è visto, vedere di nuovo quel che si è già visto, vedere in primavera quel che si è visto in estate, vedere di giorno quel che si è visto di notte, con il sole dove la prima volta pioveva, vedere le messi verdi, il frutto maturo, la pietra che ha cambiato posto, l'ombra che non c'era. Bisogna ritornare sui passi già dati, per ripeterli, e per tracciarvi a fianco nuovi cammini. Bisogna ricominciare il viaggio. Sempre....”

(José Saramago)

Questo progetto si inserisce in un percorso che il Dipartimento di Neuroscienze – diretto dal Prof. Claudio Mencacci - ha già intrapreso da oltre 5 anni, che è quello di costruire percorsi e azioni innovative che possano favorire l’inclusione sociale, ridurre (l’auto)isolamento e contrastare lo stigma.

A condivisione del presente progetto con il Centro Ascolto della Parrocchia S. Maria del Suffragio è dovuta al fatto che è una delle realtà ecclesiali più attive nel territorio di nostra competenza ed è l’attore più significativo nel nostro lavoro di rete.

In particolare è con i sacerdoti e i volontari del Centro che ormai da molti anni esistono rapporti di proficua collaborazione che ci vedono impegnati nel monitoraggio di molti nostri pazienti che sono anche loro parrocchiani. Il loro servizio, che è di accompagnamento, orientamento e sostegno (spirituale, economico, ecc.) si declina attraverso percorsi *ad hoc* o/e gruppalì (per es. inserimento in alcuni gruppi presenti in parrocchia).

L’ipotesi antropologica che sta alla base delle nostre azioni, e di conseguenza all’interno di questo progetto, è un’antropologia che promuove tutta la persona, ne riconosce l’unicità e l’irripetibilità e crede in un progetto esistenziale. Questa è una visione olistica.

”*Viaggiare con....*” vuole essere un cammino dove acquistano importanza non solo la meta ma anche e soprattutto la dimensione del viaggiare: il viaggio e il suo tempo intesi come un’esperienza in grado di tracciare dei segni significativi nelle esistenze, per certi aspetti dolorose e complesse, dei beneficiari. Secondo S. Agostino[1] il tempo è stato creato da Dio assieme all’Universo, ma la sua natura resta profondamente misteriosa, tanto che il filosofo, vissuto tra il IV e il V secolo d.C., afferma ironicamente: “*Se non mi chiedono cosa sia il tempo lo so, ma se me lo chiedono non lo*

so". Egli critica la concezione del tempo aristotelica inteso come misura del moto (degli astri): nelle "Confessioni" afferma che il tempo è "*distensione dell'animo*" ed è riconducibile a una percezione propria del soggetto che, pur vivendo solo nel presente (con l'attenzione), ha coscienza del passato grazie alla memoria e del futuro in virtù dell'attesa.

Un'opportunità per misurarsi nella normalità del viaggiare e condividere insieme un progetto.

Questo progetto intende offrire un'opportunità di socializzazione, condivisione, di tempo libero e di inclusione sociale attraverso la formulazione di una metodologia di lavoro che possa consentire ai beneficiari di fare esperienza di condivisione di un progetto in una situazione di normalità e al contempo rendere visibile e dimostrabile che la malattia mentale non è necessariamente un limite per affrontare un viaggio. Un gruppo di persone che decide di viaggiare insieme deve tollerare nuovi spazi e tempi, deve vivere a stretto contatto con altri e deve individuare delle forme di collaborazione per raggiungere un obiettivo comune e condiviso. Inoltre si intende sviluppare le capacità pro-sociali dei beneficiari in modo che possano sentirsi sempre più protagonisti all'interno della propria comunità.

Si tratta di restituire dignità alle persone, diritto ad una cittadinanza attiva e senso di appartenenza alla propria comunità promuovendo azioni che vedano l'utente sempre più soggetto attivo della propria storia e del proprio esistere. Per Kant [2] l'uomo è un valore, ha dignità e non prezzo, per Maritain [3] è un «tutto» e non una «parte». Gli elementi che lo costituiscono come tale sono la sua "*libertà per cui egli è capace di possedersi e di disporre di sé, delle sue azioni, di finalizzarsi verso le mete da lui prescelte e quello della sua indipendenza ontologica e ad assiologica per cui egli non è né parte di altri enti, né mezzo per altri fini*".

Il progetto nella sua interezza (attività pre-viaggio e viaggio vero e proprio) ha l'obiettivo di aumentare il livello di autostima dei partecipanti, sviluppare capacità di *coping* e migliorare la capacità di *recovery* (non soltanto un'eventuale guarigione ma il recupero di una condizione di benessere). Attraverso la strutturazione di un percorso progettuale condiviso si intende promuovere quelle abilità/competenze relazionali, che la malattia mentale sembra aver messo da parte, di prossimità e di mutualità, al di fuori del contesto più propriamente istituzionale. Inoltre si intende "far parlare" i cittadini utenti che utilizzano i servizi psichiatrici e fornire un'immagine della salute mentale positiva e sorridente.

Infine si ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita. Si tratta di un concetto complesso, di difficile valutazione, rispetto al quale rimangono aperte ancora molte questioni: "*.. quale è la massima qualità della vita raggiungibile da un individuo? Quali ne sono i fattori "predisponenti", quali i fattori 'predittivi'? Come può essere promossa? Quali ambienti familiari, organizzativi, sociali sono più atti a promuoverla? Si tratta di una dimensione unica o esistono diverse 'qualità della vita' corrispondenti a diversi sviluppi possibili del potenziale personale e/o a diverse modalità di adattamento e/o a diversi ambienti evolutivi? (...) Si può dire che esista una qualità della vita lavorativa separata da quella della vita sociale, familiare, sentimentale, del tempo libero, ecc. ? Ma si può, al contrario, affermare che esista una qualità della vita in sé, che integri tutti questi aspetti? E spingendoci all'interno del campo psicologico, potremmo chiederci: quanto concorrono a questa dimensione, ipoteticamente unitaria, le funzioni ed abilità cognitive, l'autonomia personale, il senso di benessere fisico ed emotivo, l'autostima, le soddisfazioni tratte dai rapporti sociali, dalla propria posizione sociale e (perché no?) dalla propria prospettiva spirituale?" [4].*

Se pur tutti questi interrogativi non abbiano ancora una risposta definitiva, il concetto di qualità della vita non perde la sua valenza teorica né la sua utilità operativa. Sempre più, infatti, questo aspetto è chiamato in causa per valutare il successo degli interventi sociosanitari.

Il reclutamento dei pazienti ha tenuto conto di: osservazione (storia umana), predisposizione ad attività di gruppo, colloqui, utenti già coinvolti in attività gruppali e in carico agli operatori.

Dopo la fase del reclutamento è stato realizzato un incontro in cui sono state declinate le varie fasi del progetto e sono stati formalizzati gli indicatori di verifica. Una prima modalità ha riguardato

l'osservazione che accompagnerà tutto il progetto. Successivamente sono stati programmati dei colloqui dove si è monitorato lo sviluppo delle varie azioni che sono state intraprese.

I 7 pazienti del CPS (*range* d'età – 40 – 58 anni) coinvolti sono equamente suddivisi per genere. Inoltre è presente 1 socio di Club Itaca*.

I bisogni dell'uomo non si limitano a quelli fisiologici e non sono riconducibili alle sole pulsioni. Maslow [5] ha, infatti, sottolineato come l'uomo sia mosso all'azione dal bisogno di esplorare, dalla creatività, dalla visione del mondo entro la quale si muove la sua identità e, soprattutto, dal suo desiderio di autorealizzazione. del progetto.

A partire da gennaio 2012 sono state programmate due micro vacanze con pernottamento (Torino e Fattoria Didattica dell'Ass.ne Mondo e Famiglia – Castellazzo di Basiano - MI). Questi incontri sono serviti per costituire il gruppo e costruire il clima.

Il gruppo dei beneficiari ha accompagnato gli operatori nella declinazione del progetto con la costituzione di 3 sottogruppi (uno per ogni operatore referente) allo scopo di intervenire sulle abilità sociali con la metodologia dle *problem solving*. Le tre aree sono le seguenti:

- area artistica (luoghi da visitare, preparazione di brevi dispense, attrezzarsi a fare da guida in loco, ecc.,
- area organizzativa (preparazione di note scritte contenenti: note documenti di viaggio, sistemazione alberghiera, pasti, ecc.),
- area documentale (stesura di un rapporto finale, redazione del diario di viaggio e del *reportage*, materiale video-fotografico, ecc.).

Sono stati presi contatti con la Responsabile del Servizio di Riabilitazione dell'Ordine Ospedaliero Fatebenefratelli Catalano, Baix LLobregat Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Per far sì che l'esperienza del viaggio possa essere misurabile e trasferibile è stato individuato il test WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) nella sua versione breve, validato e riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e verrà (auto) somministrato prima, durante e dopo il viaggio-avventura. Tale strumento valorizza la percezione soggettiva dello stato di salute individuale consentendo di auto valutare la malattia anche da una prospettiva che abbia un impatto sulle relazioni sociali, sulle attività lavorative e sulle condizioni socio-economiche.

E' stato realizzato un programma delle attività - aperto a tutte le eventuali modifiche *in progress* - affinché tutti i beneficiari siano informati circa i diversi *step* e azioni che verranno intrapresi (visite culturali - artistiche a luoghi di culto e civili, momenti di relax, ecc.).

E' stato redatto un diario di viaggio e verranno effettuate riprese video-fotografiche. Verranno contattate riviste di viaggio per la pubblicazione di un articolo *reportage*.

Al rientro dal viaggio è previsto anche un momento di restituzione pubblica – in occasione della Giornata Mondiale sulla Salute Mentale - 10 ottobre - così come sancito dall'ONU - .

La data dell'evento è venerdì 5 ottobre 2012 e rappresenterà l'apertura ufficiale delle celebrazioni, che dureranno fino all'11 ottobre - che il Dipartimento di Neuroscienze intende realizzare per richiamare l'attenzione di tutti (opinione pubblica, mass media, ecc.) sulla salute mentale.

* *Educatore. Prof.le*, Co-Responsabile Attività di Riabilitazione U.O.P. n. 55

** *Coordinatrice Infermieristica/Arteterapeuta*

BIBLIOGRAFIA

[1] Agostino (Sant'), *Confessioni*, Garzanti Libri, Milano, 2008.

[2] Kant E., *Critica della ragion pratica*, Laterza, Bari, 1966.

[3] Maritain J., *Umanesimo integrale*, Borla, Roma, 2002, p. 75.

[4] Goldwurm G., F. Baruffi, F. Colombo, *Qualità della vita e benessere psicologico. Aspetti comportamentali e cognitivi del vivere felice*, Mc Graw-Hill, Milano, 2004.

[5] Maslow H., *Motivazione e Personalità*, Armando Editore, Roma, 1973.

***ClubItaca:**

ClubItaca è un centro per lo sviluppo dell'autonomia socio lavorativa di persone con una storia di disagio psichico. Nasce nel 2005 per volontà di Progetto Itaca ONLUS e realizza, per la prima volta in Italia, il modello di integrazione sociale "Clubhouse". La *mission* di ClubItaca, è quella che le persone affette da disagio psichico hanno il diritto di integrarsi nella società, di realizzarsi nel lavoro, di avere amici, di essere felici. Tutte le attività organizzate a ClubItaca sono finalizzate al recupero del ritmo di vita e della sicurezza; vengono sviluppate capacità sociali e abilità specifiche al fine di accrescere l'autonomia della persona e, quando possibile, affrontare un lavoro in azienda.

I partecipanti non sono pazienti ma soci: lavorano per rinforzare i propri punti di forza. Non vi sono programmi terapeutici, che devono essere assicurati da professionisti esterni.

I soci sono responsabili del Club e lavorano fianco a fianco nella gestione quotidiana della Clubhouse, supportati da un ristretto numero di persone di staff. Non vi sono spazi o tempi riservati solo ai soci o solo allo staff. La frequenza è libera e gratuita; l'iscrizione non ha scadenza.

Puoi contare su di noi. Crescere un figlio adolescente

di Antonio Tosi

Armando Editore

L'adolescenza è quella fase, unica e particolare, della vita umana, durante la quale l'individuo compie il suo passaggio dalla fanciullezza all'età adulta. Si tratta di un periodo importante dell'esistenza umana nel corso del quale il fanciullo progressivamente, attraverso un percorso lungo e faticoso, si stacca dai genitori e contemporaneamente, costruisce la propria personalità adulta. L'adolescenza è un'età caratterizzata da grandi cambiamenti che è importante sostenere e accompagnare in modo adeguato, dove, quindi, il ruolo dei genitori e il loro rapporto con i figli adolescenti risultano essere fondamentali.

E' questo il tema centrale del libro di Antonio Tosi che pone l'accento sull'importanza per i genitori di riuscire a costruire e mantenere viva una relazione affettiva con i propri figli. Il ruolo dei genitori, come suggerisce l'autore, è quello di diventare un interlocutore capace di una presenza discreta e mentalmente flessibile, in grado di accettare il proprio figlio anche nelle manifestazioni tipiche ed inevitabili dell'adolescenza, senza imporre eccessive regole, da un lato, e senza abbandonarlo dall'altro, accettandolo e tollerandone gli errori, aiutandolo a ricercare la propria strada.

Senza voler essere un manuale e senza suggerire soluzioni magiche il volume si propone, partendo da esempi concreti legati alla vita quotidiana, di accompagnare i genitori nel difficile percorso che è quello di riuscire a gestire in modo efficace la complessa relazione con il figlio adolescente. Ogni capitolo si apre con un racconto ricco di dialoghi che diventa l'occasione per fare delle riflessioni e per sviluppare un confronto tra diverse modalità relazionali. Gli innumerevoli spunti offerti sono uno strumento utile per il lettore per cercare di analizzare i propri comportamenti, quelli dei figli, e per capire come migliorare la comunicazione, coltivando il dialogo e la capacità di ascolto.

Recensione a cura di Cristina Bellazzecca

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@hpg23.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.