Errepiesse

Rivista su una via italiana alla riabilitazione psicosociale

Sommario



PRIMA PAGINA

Indagine sulle attività riabilitative in Lombardia. Un progetto della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale, sezione regionale (SIRP-LO)
 di Caterina Viganò, Stefania Borghetti, Raffaele Casamenti, Serena Borsani, Alessia Goffredi, Alberto Parabiaghi, Paolo Risso, Luisa Tomasoni, Roberto Truzoli, Antonio Amatulli - Consiglio Direttivo SIRP-Lombardia

LA VIA ITALIANA

XI Congresso Nazionale SIRP
 La riabilitazione psicosociale oggi: contesti e paradigmi in cambiamento
 Libro degli abstract (Poster)
 Salerno, 2 – 4 ottobre 2014
 Sala delle Conferenze Fodazione EBRIS e Grand Hotel Salerno

IL LAVORO E I SERVIZI

- Percezioni personali e relazionali del tempo nella patologia e nella riabilitazione. Parte 1 di Sara Bignamini, Massimo Rabboni
- Un Atelier di Terapeutica Artistica in un Centro Diurno Psichiatrico: effetti terapeutici dell'Opera d'arte Condivisa sul benessere psicosociale del giovane psicotico
- di Giovanna Crespi, Daniela Zarro, Ilaria Amadei, Rosita Cazzaniga, Antonio Amatulli

Angelo Cocchi, a ricordo

LE REGIONI RECENSIONI NORME REDAZIONALI ARCHIVIO SCARICA LA RIVISTA - <u>Piccoli Cart crescono: verso un processo di prossimità e inclusione territoriale</u> di Alberti P., Bassi C., Bruni D., Calcaterra L., Cetti P., Curioni M.G., Fiorino M., Girgi C., Luisetti S., Man

di Alberti P., Bassi C., Bruni D., Calcaterra L., Cetti P., Curioni M.G., Fiorino M., Girgi C., Luisetti S., Mancini D., Mazza D., Merlini R., Minaglia G., Monga L., Montini D., Napoli M., Noseda F., Posca C., Scorza G., Spreafico A., Vanelli S., Vanoli S.

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. Pariante, M. Casacchia, G. Ba, F. De Marco, M. Rabboni, B. Carpiniello, 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 Matacchieri, E. Visani Delegato S.I.P.: P. Peloso Revisori dei Conti:l. 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.

Indagine sulle attività riabilitative in Lombardia. Un progetto della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale, sezione regionale (SIRP-LO)

di Caterina Vigano'*, Stefania Borghetti**, Raffaele Casamenti***, Serena Borsani*, Alessia Goffredi*, Alberto Parabiaghi****, Paolo Risso****, Luisa Tomasoni****, Roberto Truzoli*, Antonio Amatulli*****
Consiglio Direttivo SIRP-Lombardia

Abstract

This paper shows the results of a survey on rehabilitative activities in Mental Health services done in Lombardy (Italy). The study started on the necessity to investigate the state of the art of rehabilitation in the real world, going beyond theoretical settings, evidences and adaptation to required standards, involving psychiatry professionals and investigating experiences with old and new techniques, as well as peculiar motivations and languages of rehabilitative knowledge and practices. The participants in the survey was one-fifth of public services and one-third of private ones, with a quite homogeneous distribution in provinces; there are 904 collected forms.

The resulting data, even with the limits of this study, show that in rehabilitation services in Lombardy more than a half of activities are oriented to *making* in daily life and socialization, through acquisition of basic skills; these data correspond with the targets of residential services, that invest substantial resources in the recovery of functioning in daily life to promote further development paths to autonomy. Data from activities dedicated to specific recovery of cognitive, emotional and relational competences, by means of specific techniques, are no more than one-fifth of rehabilitative activity; data on vocational rehabilitation and family-focused interventions are few available. The good response and the interest that survey obtained stimulated many reflections within the promoter Scientific Society and Mental Health services that joined it.

Introduzione

La Riabilitazione psichiatrica si è sviluppata e diffusa in modo eterogeneo nelle diverse epoche e nelle diverse nazioni. In Europa comincia a diffondersi negli anni Trenta sotto la spinta della psichiatria sociale. In Italia si deve alla Legge 180/1978 e 833/1978 e alla successiva chiusura dei manicomi la forza propulsiva che ha guidato la territorializzazione della cura psichiatrica e la sua integrazione nel Sistema Sanitario Nazionale. Nell'ultimo trentennio è divenuta una evidenza la convinzione che aveva guidato l'opera dei primi sostenitori di questa modalità di cura: la riabilitazione, affiancandosi alle cure farmacologiche, va ad agire sostenendo e implementando le "parti sane" del malato psichiatrico promuovendo la riacquisizione di abilità perdute, o mai sviluppate (Truzoli R. 2011) a causa della

patologia mentale, e il recupero di ruoli famigliari e sociali, al fine di arrivare al reinserimento sociale della "persona" e non solo del malato (G. Ba, 2003; Anthony WA et al. 2002). Negli ultimi anni le pratiche riabilitative sono state gradualmente ridefinite e validate, e il loro paradigma è divenuto più solido (P. Liberman 2008, Gingerich T. et al 2011), offrendo una gamma di interventi strutturati di cui sono state pubblicate significative evidenze di efficacia a livello internazionale (Mueser et al. 2013; Kern et al. 2009; Corrigan et al. 2008; Wai Ton Chien et al. 2013). Per quanto concerne il "cosa viene fatto e come" in Italia, e soprattutto in regione Lombardia, realtà in cui è stata condotta l'indagine oggetto di questo studio, l'organizzazione dei servizi psichiatrici e nello specifico degli interventi riabilitativi è stata definita negli anni dai vari Piani Regionali per la Salute Mentale, partendo da quello 2002-2004 nel quale erano state definite sia la riabilitazione che la residenzialità. Questo documento, riprendendo il Progetto Obiettivo nazionale Tutela della Salute Mentale (1998-2000), lo integrava definendo i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali (Comunità Riabilitative ad Alta o Media Assistenza, Comunità Protette ad alta o media assistenza, le case alloggio, case famiglia e la residenzialità leggera), e soprattutto dando dei limiti temporali per la durata dei programmi stessi. Nello stesso piano venivano indicati i percorsi di assunzione in cura e presa in carico e i protocolli di intervento (Piano di Trattamento Individuale, Progetto Terapeutico Riabilitativo) (DRG 17/5/2004), introducendo nella pratica clinica un modello per la progettazione e valutazione dei progetti riabilitativi individualizzati. Tali strumenti regionali sono ormai entrati nell'uso quotidiano dei servizi, sino a venir acquisiti a livello nazionale nel 2013 (Piano Nazionale di azioni per la Salute Mentale del 24.01.2013 e successivo documento della conferenza unificata Stato Regioni del 17.10.2013 (AGENAS 2013). Appaiono invece meno conosciute e condivise le pratiche riabilitative applicate nei servizi, ad eccezione di alcuni centri di eccellenza che pubblicano le evidenze derivate da propri protocolli di ricerca. Manca appunto una mappatura di quanto viene fatto nel "real world".

Le finalità dell'indagine

L'indagine sulle attività riabilitative in Lombardia nasce appunto dalla necessità di conoscere lo stato dell'arte della riabilitazione sul campo, andando al di là delle impostazioni teoriche, delle evidenze e delle regole dell'accreditamento, coinvolgendo gli operatori protagonisti e sondando esperienze e tecniche vecchie e nuove, motivazioni e linguaggi propri del sapere e delle prassi riabilitative in atto. Lo stimolo all'indagine nasce dalla curiosità, emersa nel tempo in alcuni soci della SIRP-Lo, di conoscere e condividere le esperienze del "real-world dei servizi lombardi" che si occupano di riabilitazione psicosociale in ambito psichiatrico sia pubblico che privato. Tale domanda è stata poi condivisa dal Consiglio Direttivo e ha preso forma nella presente indagine, inizialmente chiamata ambiziosamente "censimento". Di fatto nel pianificare il progetto è emerso che più realisticamente si sarebbe trattato di una "indagine" ad adesione volontaria dei servizi. Gli obiettivi del progetto sono cosi sintetizzabili:

- 1) censire e mappare le attività riabilitative proposte all'utenza nei servizi lombardi sia pubblici che privati, passando dalla teoria normativa alla realtà operativa quotidiana;
- 2) coinvolgere direttamente gli operatori che fanno "riabilitazione", dando loro la possibilità di descrivere cosa viene fatto, e non solo elencare protocolli;
- 3) organizzare le informazioni ottenute dalla mappatura al fine di renderle analizzabili e successivamente pubblicabili;
- 4) favorire la messa in rete tra servizi ed esperienze locali tramite la restituzione condivisa dei risultati della ricerca.

Materiali e metodi

Per raggiungere questi obiettivi il progetto è stato programmato in 3 fasi: una fase preliminare in cui si è costituito un gruppo di lavoro, sono stati costruiti i materiali (comprendenti un questionario, una scheda riassuntiva delle principali tecniche riabilitative e le lettere di presentazione da inviare ai servizi), una fase propriamente "operativa" di distribuzione e raccolta dei questionari che ha visto coinvolti anche i soci della Sezione Regionale, ed infine una fase "elaborativa" di analisi dei risultati.

1) La fase preliminare

Per mettere in atto questa indagine, all'interno del Consiglio Direttivo Regionale è stato costituito un gruppo di lavoro multi-professionale, composto da educatori professionali, tecnici della riabilitazione, psicologi e psichiatri, operanti nei servizi pubblici e privati lombardi. Tale gruppo ha elaborato le finalità, la tempistica e lo strumento di lavoro, si è occupato direttamente di individuare i destinatari (Dipartimenti di Salute Mentale, Strutture private accreditate) e di far pervenir loro il materiale necessario alla partecipazione all'indagine.

Per l'elaborazione del questionario da distribuire ai servizi, che doveva rispondere a requisiti di chiarezza, semplicità e completezza, ci si è avvalsi della collaborazione del Laboratorio di Epidemiologia Psichiatrica dell'Istituto Mario Negri di Milano, che ha collaborato anche nella fase di elaborazione dei dati raccolti.

In particolare, nella fase preparatoria è stata effettuata una mappatura delle province lombarde, dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali e delle strutture private accreditate che si occupano di riabilitazione psicosociale, creando un indirizzario aggiornato che successivamente ha reso possibile mantenere i contatti diretti. Si è proceduto poi alla pianificazione del crono-programma del progetto, di seguito illustrato:

- 1) invio lettera di presentazione e schede: settembre-ottobre 2011
- 2) dead-line: fine gennaio 2012 3) raccolta schede: febbraio 2012
- 4) compilazione data-base: aprile-maggio 2012
- 5) dead-line conclusione compilazione: 15 giugno 2012
- 6) invio data-base per elaborazione all'Istituto Mario Negri: 30 giugno 2012
- 7) elaborazione dati: luglio-settembre 2012
- 8) prima restituzione pubblica: ottobre 2012.

Il questionario

Lo strumento che è stato messo a punto è una **scheda-attività**, graficamente semplice, fruibile sia in forma cartacea che in forma computerizzata, composta da *items* sia aperti che chiusi, volta alla raccolta di variabili sia *qualitative* che *quantitative* rispetto alle attività svolte, le strutture e gli operatori.

Oggetto dell'indagine sono state naturalmente le attività riabilitative svolte nei servizi di cui sono state chieste informazioni e descrizioni da parte degli operatori.

La scheda attività, creata in base ai criteri sopra esposti, è composta da tre parti.

<u>Prima parte "anagrafica"</u> contenente informazioni su anagrafica servizio, Unità Operativa e DSM o Ente di appartenenza, tipo di struttura in cui l'attività è svolta (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domicilio etc), la qualifica del compilatore.

Seconda parte "descrittiva" dell'attività riabilitativa rispetto alla sede di svolgimento della stessa (presso il centro o in esterno), la denominazione della attività (il nome dato alla attività, sia essa gruppale o individuale); è poi presente uno spazio per una descrizione sintetica dell'attività (campo aperto). Sempre nella parte descrittiva viene richiesto quali sono le diagnosi prevalenti dei pazienti coinvolti e quale è il tipo di intervento secondo quanto codificato nel sistema Psiche Lombardia: intervento individuale o di gruppo sulle attività di base-interpersonali-sociali, intervento individuale o

di gruppo di risocializzazione, attività espressiva, attività corporea, inserimento lavorativo; segue poi una parte in cui indicare quanti sono i pazienti coinvolti mediamente nella singola attività e la frequenza dell'attività stessa. Infine, viene chiesto di indicare la professione degli operatori coinvolti (inclusi volontari, enti ed associazioni).

Alla fine di questa parte descrittiva è stata prevista una terza parte di "percezione soggettiva" in cui il compilatore esprime una propria soggettiva valutazione sulla compliance dei pazienti, sulla percezione dell'utilità da parte degli operatori coinvolti e sull'apprezzamento da parte dei pazienti, sulle difficoltà riscontrate nell'effettuare l'attività, sui punti di forza e sulle criticità.

Ai servizi è stato chiesto di compilare una singola scheda per ogni attività strutturata effettuata nel corso dell'anno 2011.

Per poter oggettivare e analizzare le molteplici attività presentate, oltre alla codifica del sistema PSICHE, è stata predisposto un elenco di categorie di attività riabilitative derivate da quanto presente nella letteratura italiana e internazionale, facendo riferimento al nomenclatore previsto nel "Sistema informativo nazionale della salute mentale" (2001) e raggruppandole secondo una suddivisione "didattica" in attività di primo livello e attività di secondo livello. Il primo livello comprende attività inerenti la vita quotidiana nei suoi risvolti personali, sociali e famigliari; il secondo livello comprende tecniche che mirano a far emergere ed elaborare la dimensione emotiva, intrapsichica e interpersonale del soggetto, al fine di promuovere un miglior livello di consapevolezza e di relazione intersoggettiva (G. Ba 2003; Bassi et al 2012). Fanno parte del primo livello i laboratori manuali, le attività di supporto alla quotidianità, alla cura di sé e della casa, della socializzazione, le attività di organizzazione del tempo libero, le attività sportive, le attività di supporto allo studio e gli inserimenti lavorativi. Mentre del secondo livello fanno parte le tecniche espressive (Arti-terapie) (Ren J et al. 2013; Crawford et al. 2012; Guhne et al. 2012; Stuckey 2010; Richardson 2007), le tecniche volte a migliorare competenze cognitive e relazionali, quali tecniche psicoeducazionali (Falloon IRH et al. 1984; Lincoln et al. 2007), Problem Solving e Social Skill Training (Liberman 1986), tecniche di cognitive remediation (Vita A. et al. 2011 e 2013) che prevedono una metodologia codificata dai rispettivi manuali, Pet Therapy (Viganò C., 2003) e ortoterapia (Benotti et al 2012), nonché gli interventi famigliari.

L'adozione di tale suddivisione teorica ha permesso di individuare 20 "categorie" riabilitative che sono sembrate essere sufficientemente rappresentative della maggioranza delle attività riabilitative utilizzate nei vari servizi. La categorizzazione in questa indagine è stata fatta post-hoc congiuntamente da due operatori preventivamente formati, che hanno anche successivamente provveduto al data entry delle informazioni contenute nelle schede di rilevazione, usando un foglio excel.

2) La fase operativa

La fase operativa ha preso avvio nell'autunno 2011 con l'invio, in forma cartacea e/o digitale, delle lettere di presentazione del progetto e delle schede di rilevamento ai 30 Dipartimenti di Salute Mentale e alle 160 strutture private accreditate in Lombardia. A questo primo invio sono seguiti contatti telefonici diretti ai Direttori e/o ai referenti delle strutture riabilitative, oltre che il coinvolgimento dei soci della SIRP-Lo operanti nelle diverse realtà contattate. Il coinvolgimento attivo dei soci e degli operatori dei servizi nell'indagine era stato pensato come strategico perchè non venisse percepita come l'ennesima ricerca "onerosa", "distante" o "inutile".

La raccolta delle schede pervenute via fax e via mail è stata completata nei mesi successivi.

3) La fase elaborativa – analisi statistica

L'ultima fase, quella elaborativa, è stata condotta nel giugno 2012. Le analisi sono state realizzate con JMP versione 9.0 (SAS Institute, Inc, Cary, NC).

I risultati

Il campione.

Sono pervenute in totale **904 schede-attività**, di cui 699 dalle strutture pubbliche, con una media di 9 schede per struttura, e 205 dalle strutture private con una media di 4 schede per struttura. Hanno risposto all'indagine 78 strutture pubbliche eroganti attività riabilitative delle 390 presenti (pari al 20%), afferenti a 19 dei 30 Dipartimenti di Salute Mentale presenti in Regione (pari al 63%), con una buona distribuzione per provincia: erano rappresentate 11 delle 12 province (92%).

Per quanto riguarda le strutture private accreditate, hanno risposto 52 strutture (32%) delle 159 contattate, appartenenti a 9 (60%) delle 15 ASL lombarde, distribuite su 8 province (66%).

Un primo dato analizzato è stata la tipologia di struttura che ha risposto (tabella 1).

Nel pubblico, il 65% dei responders sono strutture riabilitative residenziali e semi-residenziali: 39 residenziali (25% del totale di quelle in regione) e 29 semiresidenziali (39%); sono arrivate schede anche da 5 Centri PsicoSociali (4,8% di quelli esistenti) e da 5 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (8,7% del totale) nei quali, quindi, vengono attuate attività riabilitative.

Distribuzione per provincia delle strutture responders.

Le province di Milano e Brescia comprendono la maggior parte dei servizi psichiatrici regionali pubblici, seguite dalle province di Monza-Brianza e Varese (grafico 1).

La risposta dalle strutture pubbliche corrisponde alla distribuzione regionale: coerentemente con il dato precedente, la provincia che ha fornito il maggior numero di risposte è la provincia di Milano, costituendo il 28% delle schede ricevute, seguita dalla provincia di Monza-Brianza con il 16% (grafico 2).

Per quanto riguarda invece le strutture private, le province che hanno risposto maggiormente sono state quelle di Bergamo e Brescia (grafico 3), non tanto per una maggior concentrazione di strutture in queste due province, quanto più verosimilmente per l'effetto della conoscenza diretta tra i promotori della ricerca e i referenti degli enti privati contattati.

<u>Tipologia di attività</u>. Analizzando i dati riportati nelle 904 schede pervenute, per quanto riguarda la distribuzione di attività riportate secondo la tipologia codificata da PSICHE, un primo dato che emerge è una pressoché totale sovrapposizione tra pubblico e privato: le attività maggiormente rappresentate sono quelle codificate come abilità di base e di risocializzazione (rispettivamente nel pubblico sono il 62% delle schede pervenute, mentre nel privato sono il 75%). Le attività espressive si collocano al quinto posto nelle strutture pubbliche (10, 17%) e al 13° in quelle private (3%), mentre la voce "inserimento lavorativo" pare essere poco presente fra le schede pervenute.

Ma cosa si fa veramente?

L'uso della categorizzazione, fatta basandosi sulla descrizione "aperta" che veniva fatta nell'apposito spazio nella scheda, integrata con la tipologia di operatore conduttore dell'attività stessa, ha permesso poi una analisi più dettagliata del tipo di attività offerta e a volte una correzione di quanto espresso dall'operatore utilizzando i codici di Psiche, che in alcuni casi non risultava coerente con quanto descritto. La verifica della professionalità dell'operatore che conduce l'attività ha potuto talvolta dare così ulteriori indicazioni. In alcune occasioni il compilatore è stato ricontattato direttamente per avere maggiori delucidazioni al fine di inquadrare correttamente l'attività. Questo bias è risultato tanto più evidente quando si parlava di tecniche espressive, dove spesso l'attività grafico pittorica occupazionale è confusa con l'arte-terapia, così come, sempre ad esempio, il "fare l'orto" (attività occupazionale) con frequenza veniva definito come "orto-terapia".

Nei servizi pubblici la distribuzione delle attività vede al primo posto le <u>attività corporee</u> (piscina, gruppo ginnastica, palestra, altre attività che non siano sport strutturati) 13,6% delle schede, seguite da

un 13% di attività di organizzazione del quotidiano (cura di sé, dell'ambiente, gestione denaro, pianificazione impegni, ad es. pagamenti, visite, terapia). Poi ci sono i laboratori manuali (10,88%) comprendenti laboratori cuoio, restauro, falegnameria, cartonaggio e attività grafico pittoriche dedicate alla produzione di oggettistica varia. Le attività del tempo libero sono rappresentate nel 10,6% delle schede (organizzazione di gite, uscite per mostre, cinema, musei, pianificazione vacanze).

Le tecniche espressive (arti-terapie) sono al quinto posto con il 10,17 % delle schede pervenute dal pubblico. A un valore che si colloca tra il 4 ed il 5% troviamo i gruppi cucina (4,7%), i gruppi musica, teatro e canto (4,4%) intesi però come attività di tipo socializzante, il giardinaggio (4,29%), lo sport (calcio, pallavolo, arrampicata, rugby), il supporto al lavoro (3,7%); la terapia occupazionale è al 2,7%, la pet therapy all'1,26%. Altri gruppi strutturati, alcuni dei quali con importanti evidenze scientifiche, sono stati invece poco segnalati: gli interventi psico-educazionali e quelli cognitivi sono solo il 2,8% delle schede. Le attività cognitive individuali e le attività per i famigliari risultano addirittura essere quelle meno rappresentate, con una percentuale inferiore all'1%.

In generale, utilizzando la classificazione teorica di primo e secondo livello, si può notare che le attività riabilitative di primo livello risultano essere quelle maggiormente rappresentate, arrivando ad un 74% del totale delle schede pervenute (grafico 4) dalle strutture pubbliche.

Analogamente a quanto osservato nelle strutture pubbliche, anche in quelle private (grafico 5) prevalgono le attività di "primo livello" legate alla organizzazione della quotidianità (15%), del tempo libero (14.6%) e attività corporea (11,7%), cucina (7%) e laboratori manuali (6,8%). Nel privato sono più presenti che nel pubblico i gruppi incentrati sul Sè verbale (supporti psicologici, assertività, discussione) arrivando a un 11,2% delle schede rispetto al 3,7% nel pubblico. Le arti-terapie sono invece meno presenti (3%) rispetto a quanto osservato nelle strutture pubbliche. Anche nelle strutture private sembrano poco presenti le attività legate all'inserimento lavorativo (2 %), e non vengono riferite attività dedicate ai famigliari.

Frequenza dell'attività (ricorrenza) nella settimana.

Sia nelle strutture pubbliche che in quelle private le attività vengono effettuate nella maggior parte dei casi una volta alla settimana (65% del totale delle schede), seguite dalle attività a frequenza diversa (altro), 18%, e poi da quelle a cadenza bisettimanale (11%) (grafico 6).

Numerosità media pazienti coinvolti nelle attività.

In riabilitazione si conferma l'abitudine a lavorare in gruppi piccolo-medi (6-10 pazienti), come riportato in più del 40% delle schede-attività, sia nel pubblico che nel privato. I gruppi più piccoli, con meno di 5 partecipanti, si collocano attorno ad un quarto delle attività, quelle individuali sono circa il 5% nel pubblico e 3,9% nel privato. Attività in grandi gruppi (vacanze, sport, altre attività del tempo libero) sono più rappresentate nel pubblico (9,5%) che nel privato (1,5%).

Le figure professionali coinvolte nella conduzione delle singole attività.

Le risposte a questo item hanno previsto la possibilità di indicare più operatori per ogni attività riabilitativa, dato che nella realtà spesso vi è la conduzione contemporanea da parte di figure professionali diverse. Questo item è quello che ha evidenziato maggiori differenze tra servizi pubblici e privati. Gli educatori professionali sono la figura più citata come coinvolta nelle attività nei servizi privati (91% delle schede) mentre sono coinvolti in misura un po' minore nei servizi pubblici (78%), pur rappresentando la figura maggiormente operativa, seguita dagli infermieri (nel pubblico sono il 37% rispetto al 17% nel privato). I tecnici della riabilitazione psichiatrica, figura elettivamente formata per operare nelle strutture riabilitative, sono meno presenti (12% nelle strutture pubbliche, 7% nelle private), dato, questo, che sarà poi affrontato nella discussione.

Figure "altre" (tra cui maestri d'arte e ASA) sono presenti in percentuale significativa, e sovrapponibile nei due ambiti (32%). Nel privato si trovano coinvolti più volontari che nel pubblico (15% vs 7%).

Discussione

Come introdotto nella presentazione, il presente articolo ha la finalità di restituire una prima analisi dei molti dati pervenuti grazie alla collaborazione dei servizi, e permette alcune riflessioni sulle difficoltà incontrate, non ultime quelle operative e metodologiche.

La prima considerazione riguarda la percentuale dei servizi che hanno partecipato: un quinto delle strutture pubbliche e un terzo delle private, dato certamente parziale rispetto alla realtà regionale, ma comunque rappresentativo. Per riuscire a raccogliere il maggior numero di collaborazioni per questa indagine, condotta senza fondi o sponsor, ci si è avvalsi da un lato dei contatti individuali del Consiglio Direttivo con i responsabili dei DSM, e dall'altro ci si è basati molto sui contatti dei soci della SIRP-Lo, dalla cui curiosità era nata l'idea della survey: così è stato quindi possibile coinvolgere i servizi anche dalla base, oltre che selezionare quelli maggiormente interessati e motivati.

Per quanto riguarda il materiale usato, la scheda di rilevamento è apparsa comprensibile nei suoi obiettivi, completa, accessibile e utilizzabile per una riedizione regionale o in un ampliamento dell'indagine. Sono parse anche essere sufficientemente complete le informazioni richieste riguardo sia le attività riabilitative in senso stretto sia i dati "sensibili" di strutture e compilatori.

La ricchezza, completezza e pertinenza delle risposte ottenute implicano anche una considerazione sulla chiarezza e pertinenza delle domande elaborate, che erano state pensate per lasciare una certa libertà di scelta e di espressione ai compilatori. Questo ha permesso di ottenere un importante numero di informazioni utili per conoscere cosa effettivamente si sta facendo nelle realtà riabilitative regionali al di là di definizioni standardizzate, dei protocolli stabiliti e delle evidenze di efficacia.

Questa libertà di espressione non ha però impedito la categorizzazione a posteriori – altrettanto ricca e articolata – che ha poi permesso una precisa definizione quantitativa e qualitativa di ciò che si fa nei servizi. Rispetto ai dati ottenuti, emerge la maggior risposta alla survey delle strutture residenziali/semiresidenziali, sia nel pubblico che nel privato, a conferma del forte "concentramento" delle attività riabilitative in tali strutture, anche se sono note in regione esperienze di gruppi riabilitativi in SPDC o nei CPS.

Da questa prima lettura dei dati, che saranno ulteriormente approfonditi, emerge un'istantanea interessante di cosa veramente viene fatto nei servizi lombardi sotto la definizione di riabilitazione: più della metà delle attività è dedicata *al fare* nella quotidianità e alla socializzazione, attraverso l'acquisizione di abilità di base, dato in linea con gli obiettivi di strutture residenziali che dedicano molte risorse al recupero del funzionamento nella quotidianità al fine di promuovere successivi percorsi maggiormente evoluti e autonomi. La foto che emerge dalla survey è puramente descrittiva e non vuole entrare in definizioni di adeguatezza o qualità di questo "fare", che pur essendo variabili importantissime del processo (Ba, Carta 1997) non sono state oggetto dello studio.

La parte dedicata al recupero specifico di competenze cognitive, emotive e relazionali attraverso tecniche specifiche, non supera nell'insieme un quinto dell'attività riabilitativa che emerge dalle schede. Le tecniche espressive e le arti-terapie appaiono essere solo parzialmente rappresentate, forse a causa del bisogno formativo specifico necessario alla conduzione di tali gruppi. Dalle codifiche delle schede e dalle interviste telefoniche successivamente condotte, emerge anche una discreta confusione su quali attività si possano definire arti-terapie: spesso attività grafico pittoriche atte alla produzione di manufatti, o gruppi canto condotti da personale senza formazione specifica in artiterapie vengono impropriamente definiti arte-terapia o musicoterapia, rispettivamente. Altre volte, in una minoranza di casi, attività condotte da terapeuti formati, che però non hanno compilato la scheda personalmente, sono state impropriamente classificate come attività di risocializzazione. L'insieme di queste osservazioni e le incoerenze emerse nelle schede, più che a una compilazione frettolosa potrebbero far ipotizzare una scarsa conoscenza di base sul tema fra gli operatori dei servizi, o una scarsa circolazione

di informazioni all'interno del servizio stesso tra chi fa e chi poi registra il dato.

Tornando ai dati, emerge una scarsa presenza di attività inerenti l'inclusione sociale, siano esse riguardanti attività nell'area lavoro, come i progetti per gli inserimenti lavorativi, oppure attività sul territorio e con i famigliari, anche se nei servizi molto se ne parla e diversi progetti sono attivi in Regione.

Degna di nota appare anche la sostanziale sovrapponibilità tra i dati ottenuti dai servizi pubblici e i servizi privati, a riprova che la politica di accreditamento e monitoraggio regionale ha verosimilmente reso omogenee modalità di intervento e di gestione dei servizi psichiatrici in Lombardia.

Il dato sugli operatori sembra mostrare una scarsa presenza di tecnici della riabilitazione psichiatrica (TeRP), che sono solo i 12% dei conduttori delle attività. Il dato conferma quanto già emerso in una precedente indagine sul livello occupazionale post laurea dei TeRP, che aveva evidenziato come solo un terzo dei servizi lombardi avesse in organico un Tecnico della RP con il suo coretto inquadramento, e che la metà delle aziende ospedaliere assumeva ancora TeRP inquadrandoli d'abitudine come educatori professionali, figura più nota (Viganò C., 2012).

Fra le criticità emerse si segnala la difficoltà riscontrata di reperire un indirizzario completo e aggiornato delle strutture cui inviare le schede, dato che quelli ufficiali disponibili erano risultati essere ormai superati; difficoltà che è stata superata faticosamente arrivando al temine della prima fase dell'indagine con la creazione di un indirizzario completo, tanto prezioso quanto inedito, sia delle strutture pubbliche che delle strutture private. Infine, come anticipato, questo è un primo lavoro su quanto emerso dalla survey condotta in Lombardia tra il 2012 ed il 2013. La buona risposta e l'interesse che ha suscitato hanno stimolato diverse riflessioni all'interno della Società Scientifica promotrice e dei servizi di salute mentale che vi hanno aderito e che hanno partecipato al primo evento divulgativo dei dati tenutosi nel 2013.

La grande partecipazione e l'interesse rilevato hanno portato alla decisione di pianificare una edizione dell'indagine a livello nazionale, con strumenti adeguatamente modificati.

IMMAGINI

Tabella 1: Tipologia delle strutture partecipanti

	Pubbliche totali	Pubbliche Responders	Private	
	Numero e % tipologia sulle	Numero e %	Numero e %	Responders numero e
	strutture esistenti		tipologia su esistenti	%
Residenziali	155 (39%)	39 (25%)	132 (83%)	45 (34%)
Semiresidenziali	74 (19%)	29 (39%)	27 (17%)	6 (22)
CPS /CSM	104 (27%)	5 (4,8%)	-	-
SPDC	57 (15%)	5 (8,7%)	-	-
Totale	390	78 (20%)	159	52 (32%)

GRAFICO 1: DISTRIBUZIONE DELLE STRUTTURE PER PROVINCIA

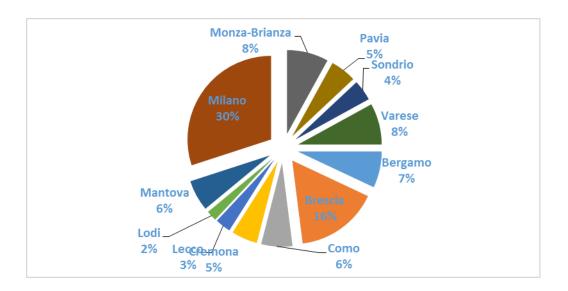


GRAFICO 2: DISTRIBUZIONE RESPONDERS PUBBLICI PER PROVINCIA

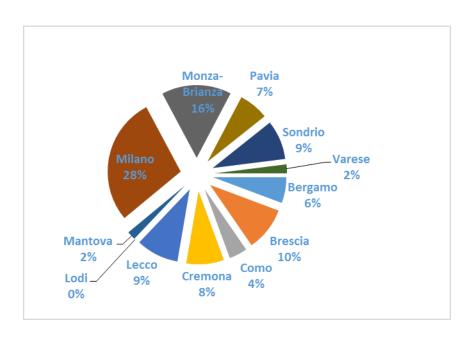


GRAFICO 3: DISTRIBUZIONE PER PROVINCIA DEI RESPONDERS PRIVATI

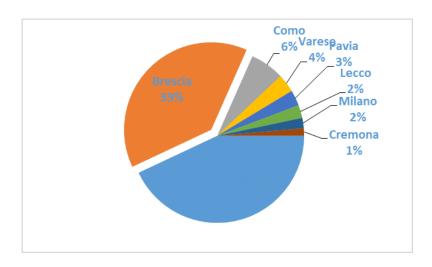


GRAFICO 4: SCHEDE ATTIVITA' NEL PUBBLICO

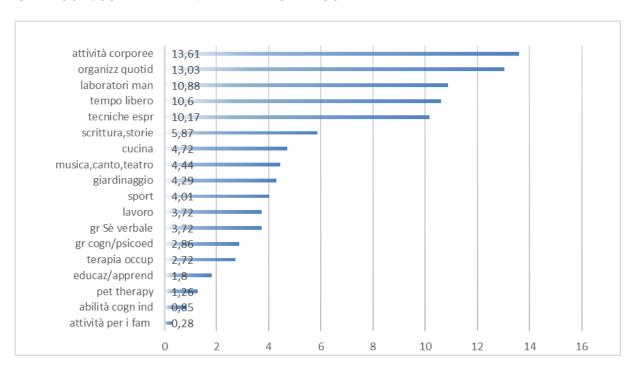


GRAFICO 5 SCHEDE ATTIVITA' NEL PRIVATO

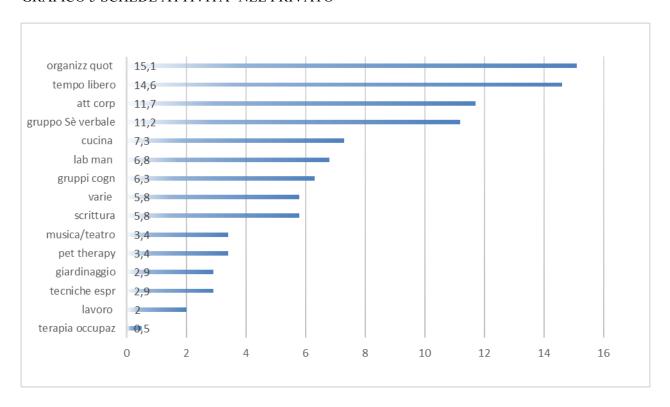


GRAFICO 6: FREQUENZA ATTIVITA'

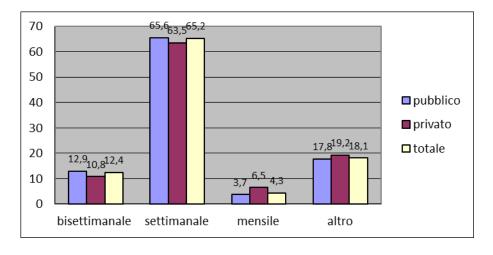


GRAFICO 7: NUMERO PARTECIPANTI ALL'ATTIVITA

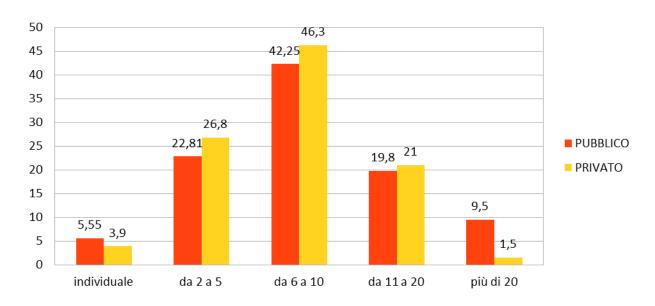
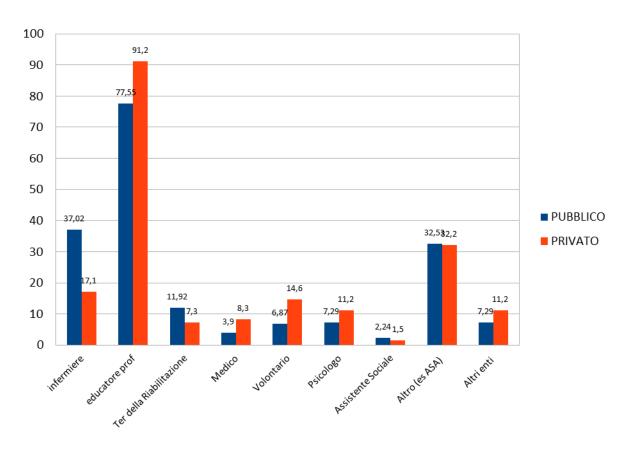


GRAFICO 8: FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE NELL'ATTIVITÀ



Pag. 14

Errepiesse – Anno VI– n° 2 Agosto 2012

Enti di afferenza degli autori:

- * U.O Psichiatra 2, Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco Università degli studi di Milano;
- ** Ospedale Civile di Legnano;
- *** Coop. Sociale A.E.P.E.R. Conf-cooperative, Bergamo
- **** Laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria Sociale, IRCCS Ist. Ric. Farm "Mario Negri"
- ***** Coop. Sociale Bergamo
- ***** Dipartimento di Salute Mentale di Desio e Vimercate;

Bibliografia

AGENAS - GISM Working Group (2013): "The psychiatric residential facilities" Approved by the State-Regions Conference on 10/17/2013.

Anthony WA, Cohen MR, Farkas MD, Gagne C (2002) *Psychiatric Rehabilitation* (2nd ed.) Boston; Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Archibald R. D. (1985) *Project Management*, Franco Angeli Eds Milano.

Ba G. Carta I. (1997) "Il fare "con": una riabilitazione prudente" in Rabboni M (a cura di) "Etica della riabilitazione psichiatrica. FrancoAngeli Eds Milano, 125-132.

G.Ba (2003) "Strumenti e tecniche della riabilitazione psichiatrica e psicosociale" FrancoAngeli Eds, Milano.

Bassi M., Ferrario N., Ba G., Delle Fave A., Viganò C. (2012) "Quality of experience during psychosocial rehabilitation: a real-time investigation with Experience sampling method" *Psychiatric Rehabilitation J.* vol 35 (6): 447-453.

Benotti R, Borghi M, Botta M, Castellani A, Ottolini R, Viganò C, Vetrò C (2012) "Verde terapeutico. Quei progetti mirati che aiutano a guarire" in *Assistenza Anziani lug-agosto*, 21-27.

Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Solomon P. (2008) "The principles and practice of psychiatric rehabilitation; an empirical approach". New York: Guilford.

Crawford MJ, Killaspy H., Barnes RE, Barrett B., Byford S, et al (2012) "Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: a multicentric pragmatic randomized trial. *B.M.J* 344-46.

Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW (1984) "Family care of schizophrenia: a problem solving approach to the treatment of mental illness" New York, Guilford.

Gingerich T & Mueser K, (2011) "Illness management and recovery: personalized skills and strategies for those with mental illness" Center City MN, Hazelden.

Guhne U, Weinmann S., Arnold K, Ay ES, Becker T., Riedel Heller S (2012) "Art therapies in severe mental illness: are they effective?" *Nevernarzt Jul;83*(7):855-60.

Hogarty GE (2002) "Personal therapy for schizophrenia and related disorders: a guide to individualized treatment. New York, Guilford.

Hood C. (2000) "Paradoxes of public sector managerialism, old public management and public service bargains" *International Public Management Journal*, *n.3*.

Krabbendam G., Aleman A (2003) "Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies" *Psychopharmacology* 169:376-82.

Kern R.S, Glynn S M., Horan W.P, Marder S. R, (2009) "Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia" *Schizophrenia Bulletin vol 35 (2) 347-361*.

Layard R (2006) "The case for psychological treatment centres" *British Medical Journal 332*; 1030-1032.

Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ, Jacobs HE, Eckman T, Massel HK (1986) "Training skills in the psychiatric disabled: learning coping and competence". *Schizophrenia Bull* 12:631-47.

Liberman RP (2008) *Recovery from Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, Inc.

Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y (2007) "Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta analysis" *Schizophrenia Res.:* 96: 232-45.

Mueser K.T; Deavers F., Penn DL; Cassisi JE (2013) "Psychosocial treatments for schizophrenia" *Ann Rev Clin Psychol. 9: 465-97*.

Munizza C., Nieddu S. (2000) *Il "DRG psichiatrico" in "Salute e Territorio"* Pacini Editore, Ospedaletto (Pi), 121, pp 161-166.

Ren J, Xia J (2013) "Dance therapy for schizophrenia" Cochrane collaboration. John Wiley & Sons Publ.

Richardson P, Jones K, Evans C, Stevens P, Roswe A (2007) "Exploratory RCT of Art Therapy as an adjunctive treatment for schizophrenia" *J. Mental Health*; 16: 483-49.

Shean G. (2009) "Evidence based psychosocial practices and recovery from schizophrenia" *Psychiatry* 72(4): 307-321).

Stuckey, H.L., & Nobel, J.(2010) "The connection between art, healing, and public health: a review of current literature". *American Journal of Public Health*, 100, 254-263.

Truzoli R. 2011 ABA e riabilitazione psichiatrica. FrancoAngeli, Milano.

Viganò C., Ba G (2003) "La pet therapy" In G. Ba "Strumenti e tecniche della riabilitazione psichiatrica e psicosociale" Franco Angeli Eds Milano, pp 393-414.

Viganò C., Zecchina M., Rimoldi F., Borsani S., Ba G. (2012) Profilo occupazionale post laurea del tecnico della riabilitazione psichiatrica nei servizi per la salute mentale in regione Lombardia.

Errepiesse, anno VI, n°1 aprile 2012, p 17-23.

Vita A., De Peri L, Barlati S., Cacciani P., Deste G., Poli R., Agrimi E., Cesana B.M., Sacchetti E.(2011) "Effectiveness of different modalities of cognitive remediation on symptomatological, neuropsychological and functional outcome domains in schizophrenia: a prospective study in real-world setting" *Schizophrenia Res.* 133: 223-31.

Vita A. (ed) (2013). La riabilitazione cognitiva della schizofrenia. Springer, Milano.

Wai Tong Chien, Leung SF; Yeung F KK; Wai Kit Wong (2013) "Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patients focused perspectives in psychiatric care" *Neuropsychiatric disease and trea*tment. 9, 1463-1481.

Ringraziamenti a tutto il Consiglio direttivo SIRP-Lo triennio 2011-2014 (Amatulli A, Biffi G. Borghetti S., Borsani S., Carobolante E., Casamenti R., Cavalli E., Cocchi A., Denti E., Fierro L., Giannini G., Magnotti R., Pellegrini E., Tancredi F., Tomasoni L., Truzoli R., Viganò C.) ai soci ed alle strutture che hanno aderito per l'attivo lavoro svolto nella survey.

XI CONGRESSO NAZIONALE SOCIETA' ITALIANA DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE (SIRP)

LA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE OGGI: CONTESTI E PARADIGMI IN CAMBIAMENTO

Libro degli abstracts (Posters)

Salerno, 2 -3- 4 ottobre 2014 Sala delle Conferenze Fondazione EBRIS e Grand Hotel Salerno

Presidenti del Congresso

Giulio Corrivetti, Antonio Vita

Comitato Scientifico

Consiglio Direttivo della SIRP

Comitato Organizzativo

Francesco Catapano, Giulio Corrivetti, Josè Mannu, Palmiero Monteleone, Enrico Visani, Umberto Volpe

Comitato di programma

Lorenzo Burti, Giulio Corrivetti, Josè Mannu, Paolo Peloso, Riccardo Sabatelli, Domenico Semisa, Caterina Viganò, Enrico Visani, Antonio Vita

Segreteria organizzativa

Consorzio ISMESS Via Nicola Aversano, 31 84122 - Salerno T. 089 273639 email: segreteria@ismess.it www.ismess.it

Consiglio Direttivo SIRP 2011-2014

Presidenti

Giulio Corrivetti (Salerno), Antonio Vita (Brescia)

Presidente Onorario

Lorenzo Burti (Verona)

Consiglieri Onorari.

Gabriella Ba (Milano), Bernardo Carpiniello,(Cagliari), Massimo Casacchia (L'Aquila), Ferdinando De Marco (Latina), Ferdinando Pariante (Roma), Massimo Rabboni (Milano), Rita Roncone (L'Aquila), Giuseppe Saccotelli (Bari)

Vice-Presidenti

Josè Mannu (Roma), Caterina Viganò (Milano)

Segretario Generale

Domenico Semisa (Bari)

Tesoriere

Loretta Berti (Verona)

Coordinatore Sez. Regionali

Dario Lamonaca (Legnago)

Consiglieri

Luigi Basso (Bolzano), Antonello Bellomo (Foggia), Francesco Catapano (Napoli), Tiziana De Donatis (Lecce), Barbara Ferrari (Milano), Daniele La Barbera (Palermo), Dario Nicora (Savona), Antonella Mombello (Alessandria), Maura Papi (Roma), Francesco Pesavento (Padova), Luca Pingani (Modena), Marco Rigatelli (Modena), Riccardo Sabatelli (Rimini), Daniele Sadun (Roma), Franco Scarpa (Firenze), Evangelista Tragni Matacchieri (Bari), Enrico Visani (Roma)

Delegato S.I.P.

Paolo Peloso (Genova)

Revisori dei Conti

Ileana Boggian (Legnago), Manuela Peserico (Milano), Donatella Ussorio (L'Aquila)

La riabilitazione psicosociale oggi vede coinvolti i contesti di cura e i paradigmi che hanno caratterizzato i temi della riforma psichiatrica e gli aspetti centrali della rete dei Servizi di Salute Mentale. Tali contesti e paradigmi sono attualmente in una condizione di sostanziale mutamento metodologico ed epistemologico. L'evoluzione della riabilitazione psicosociale in un contesto sociale e sanitario mutante richiede, dunque, un costante approfondimento alla luce delle attuali conoscenze neuroscientifiche, psicologiche e psicosociali.

Il Congresso coinvolge più figure professionali nel fermo convincimento che il processo terapeutico in Salute Mentale debba integrare l'operato di molteplici professionalità, medici, psicologi, infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psicosociale.

I temi principali individuati e sviluppati dal Congresso fanno riferimento ai più attuali orizzonti metodologici e operazionali e coincidono con gli obiettivi prioritari del Patto della Salute erogato dal Ministero della Salute sui temi della Salute Mentale.

E' oggi da più parti fermamente sostenuta la necessità di integrare fin dall'esordio, in maniera intensiva e costante, interventi efficaci di tipo farmacologico e di tipo psicosociale. Purtroppo in Italia, nell'attuale assetto dei Servizi di Salute Mentale, non tutti i pazienti che necessitano di tali interventi riescono ad ottenerli.

Questo Congresso vuole approfondire tutti i temi relativi a tale processo di *governance* assistenziale per riferire le pratiche terapeutico-riabilitative a lungo termine alle più aggiornate evidenze scientifiche e restituire agli interventi riabilitativi una funzione terapeutica adeguata e realmente tesa a prevenire gli esiti invalidanti dei disturbi mentali.

La riabilitazione cognitiva mediante Cogpack: fattori predittivi di risposta e stadiazione della schizofrenia

Abbadessa F., Cappiello G., Derosa D., Siciliano L., Tarantino M.G., Romano R., Mancini M., Andriola I., Porcelli E., Rampino A.

La schizofrenia è un grave disturbo psichiatrico che colpisce circa l'1% della popolazione mondiale. Allo stato attuale non sono ancora ben noti i fattori implicati nella patogenesi e nella prognosi di questo disturbo, né sono ancora stati individuati dei criteri utili alla sua stadiazione. La possibilità di stadiare la malattia potrebbe essere importante per la scelta di percorsi terapeutici da intraprendere, sia farmacologici che riabilitativi. L'obiettivo del nostro studio è quello di definire un algoritmo per la stadiazione della schizofrenia che si basi sulla presenza di uno o più fattori predittivi della prognosi. Nella prima fase dello studio saranno arruolati pazienti affetti da schizofrenia e soggetti sani. Tutti i soggetti arruolati saranno sottoposti a prelievo di sangue venoso periferico, ad una batteria di test neuropsicologici, a valutazioni cliniche e a Risonanza Magnetica Funzionale al fine di definire l'esistenza e la quantificazione di eventuali marcatori neurobiologici predittivi della prognosi. Una parte dei pazienti sarà sottoposta a riabilitazione cognitiva con il programma CogPack, mentre la restante costituirà il gruppo di controllo, ricevendo un sostegno riabilitativo aspecifico. Nella seconda fase del *trial*, sarà condotto uno studio pilota per l'individuazione della relazione tra la stadiazione, basata sui fattori predittivi, e *outcome* dei trattamenti effettuati, con valutazione dell'efficacia del trattamento CogPack rispetto a trattamenti aspecifici.

Recupero lento per una mente in movimento

Amato L., Cappellani F., Picciocchi A., Susani E.

Dal 2007 ad oggi il calcio è stato lo spazio entro cui pensare e attuare un processo di cambiamento, un'evoluzione da uno stato psichico di disagio ad uno di maggiore consapevolezza dei propri limiti e delle proprie risorse. Gli utenti che hanno partecipato al progetto sportivo sono riusciti nel tempo a sentirsi parte di un gruppo, inteso come un contenitore dove potere esprimere difficoltà, desideri ed emozioni. La chiusura ed il ritiro, sempre presenti nella loro vita, hanno dovuto necessariamente lasciare spazio a scambi di battute, di richieste e parole.

L'impegno e l'esperienza nella riabilitazione psichiatrica hanno permesso di raggiungere risultati importanti, negli ultimi 2 anni suffragati da misurazioni oggettive e standardizzate.

Il nostro obiettivo è mantenere la mente (ed il corpo) in continuo movimento.

Scavi esperienziali. Il recupero, il restauro e la conservazione della propria storia: il laboratorio di scrittura creativa

Boccacci V.

Il laboratorio nasce dalla necessità di fornire ai nostri utenti uno strumento comunicativo diverso, più praticabile, per facilitare l'espressione delle proprie emozioni, dei propri vissuti.

Ci proponiamo di raggiungere i seguenti obiettivi:

- allentare la tensione psichica
- aiutare i pazienti nel definire la propria identità
- facilitare la comunicazione verso gli altri e verso se stessi
- riconoscere ed esprimere le proprie emozioni.

Le regole che abbiamo proposto sono: accoglienza e rispetto dell'altro, sospensione di ogni giudizio, continuo riferimento a se stessi e alla propria memoria, priorità dello scrivere nei confronti di altri mezzi espressivi che non vengono comunque completamente esclusi, silenzio durante la fase di rilassamento e concentrazione, rispetto degli orari e degli appuntamenti stabiliti.

I conduttori svolgono la loro funzione terapeutica guidando la fase di rilassamento e visualizzazione e dando indicazioni per l'attuazione della fase creativa; pongono attenzione al clima del gruppo e all'atmosfera, assistono il singolo se è in difficoltà, cercano di favorire il fluire della memoria, del pensiero e della scrittura. Evitano interpretazioni, soluzioni e giudizi. La loro funzione è pertanto quella di esserci, di contenere, ovvero di "tenere con le braccia della mente", di essere garanti delle regole condivise, di dare valore al singolo e al gruppo, di garantire loro senso ed esistenza.

Sperimentazione di una Cartella Unica per le équipe multiprofessionali nelle strutture riabilitative

Borsani S., Pirelli G., Truzoli R., Cirasa A., Viganò C., Ba G.

Il lavoro riabilitativo quotidiano nelle strutture residenziali e semiresidenziali vede l'integrazione costante di figure professionali diverse, che interagiscono sinergicamente al fine di portare avanti un progetto unico condiviso per raggiungere con efficacia e funzionalità l'obiettivo finale di migliorare le potenzialità dei pazienti e di promuovere una migliore qualità di vita. La stessa integrazione non è però presente negli strumenti di registrazione dell'operare riabilitativo, e nello specifico nella cartella clinica, che sinora vede una parte medica ed una infermieristica.

In mancanza di criteri univoci e di linee guida ufficiali sulla strutturazione e compilazione di una cartella clinica in ambito residenziale psichiatrico, si è progettato uno strumento unico "medico-infermieristico e riabilitativo" che abbia come obiettivi: fornire un quadro completo del soggetto in cura, migliorare la registrazione e la trasmissione delle informazioni cliniche, migliorare l'integrazione tra figure professionali coinvolte nel progetto.

La Cartella Unica M.I.R (medico-infermieristico-riabilitativa) è il risultato del lavoro congiunto dell'équipe del CRA/CD dell'A.O. Sacco.

Il progetto si è articolato in più fasi: 1) revisione della normativa regionale e nazionale vigente, 2) discussione sulle possibilità di miglioramento della cartella clinica in uso; 3) restituzione all'équipe dei dati emersi e individuazione delle modifiche da apportare; 4) costruzione dello strumento e presentazione alla Direzione Sanitaria della AO; 5) sperimentazione e follow-up a sei mesi.

Inizialmente percepita da molti come strumento atto a rispondere ad esclusive necessità di natura burocratica e organizzativa, nel tempo lo strumento così costruito si è dimostrato efficace nel migliorare la qualità del lavoro dell'intera équipe. al termine dei primi sei mesi è stata attuata una revisione dello strumento per renderlo agile e eliminare punti di ripetizione.

Progetto Rigoccioli e il "folle reo"

Cangioli L.

Premessa

Tra 2003 e 2013 Progetto Rigoccioli accoglie 20 soggetti autori di reato (40% da OPG, 35% carcere, 15% entrambi i precedenti, 10% misure di sicurezza alternative). Il 70% ha commesso reati contro la persona (lesioni personali 57,2%; violenza sessuale/pedofilia 14,2%; omicidio o tentato omicidio 28,6%). La diagnosi dei pazienti è per un 70% di Area Psicotica, spesso con Uso di Sostanze associato. Il restante 30% riguarda Deficit Cognitivo associato a Disturbo Psichiatrico (15%) o Disturbi dell'Umore/Personalità con Uso di Sostanze (15%). Ciascun soggetto è inserito in un percorso multidisciplinare, individuale, di reintegrazione sociale, sfruttando la condivisione di strutture riabilitative "miste" con pazienti non rei.

Discussione

Outcome positivo nel 60%, con riacquisizione di differenti livelli di autonomia e potere contrattuale. Manca ogni correlazione tra esito riabilitativo e tipo di reato; invece evidenti quelle tra esito dell'intervento, diagnosi (relazione inversa tra buon esito, Disturbi di Personalità Cluster B e Uso di Sostanze) e collaborazione tra Servizi.

Conclusioni

E' evidente nei nostri fallimenti lo scarso lavoro di rete; ciò sottolinea l'importanza della sinergia tra Privato Sociale, Servizi Territoriali ed utente medesimo, nel creare un percorso che, più sarà concentrato sul modo di riaccostarsi al mondo e al tempo del singolo (che comprende l'esperienza del reato e delle sue conseguenze ma in essa non si esaurisce) più avrà possibilità di successo.

Formiamo i volontari: una esperienza di formazione con i volontari dell'A.V.O. di S. Maria C.V. (CE)

De Mattia G., Di Lucca M.A., Amelio A., Ferdinandez S., Raucci A., Gravante V., Gaudiano A.

Obiettivi: attraverso un corso di formazione organizzato dall'UOSM per aspiranti volontari, l'esperienza ha permesso ai volontari la conoscenza basilare del mondo psichiatrico.

Disegno e metodi: mediante incontri settimanali, la formazione è basata sulla visione di film a sfondo psichiatrico, con relativo commento alla tematica da parte di esperti del settore.

Risultati: questo tipo di formazione, è servita agli aspiranti volontari nell'accostamento ad un mondo, quello psichiatrico, del tutto nuovo e a tratti affascinante.

Conclusioni: al termine del corso i nuovi volontari si sono inseriti in tante attività "riabilitative" per dare il loro importantissimo contributo, con un impegno settimanale, per ciascuno, minimo di 2 ore, compatibilmente alla disponibilità. E' stata offerta loro, inoltre, la possibilità di partecipare a momenti di verifica ed aggiornamenti continui.

"La breve estate calda"

De Mattia G., Santoro N., Iaccarino G., Ciasullo A., Raucci A., Gravante V., Ferdinandez S., Amelio A., Gaudiano A.

Obiettivi: Attraverso un evento organizzato dall'UOSM, l'esperienza ha avuto lo scopo di demistificare il luogo dedito alla cura del paziente psichiatrico, aprendo le porte alla cittadinanza, in una campagna di sensibilizzazione ai temi dell'amicizia, della diversità, dell'uguaglianza, mediante un momento di condivisione e divertimento.

Disegno e metodi: Mettendo a disposizione le proprie capacità, i pazienti, per circa tre mesi, si sono impegnati nell'organizzazione dell'evento.

Risultati: I pazienti, hanno collaborato affinchè l'evento riuscisse, inoltre hanno partecipato assiduamente ad alcuni laboratori per la realizzazione di un mini concerto per la conclusione della rassegna.

Conclusioni: Quest'esperienza ha anzitutto "promosso" il luogo dove vengono curate persone affette da disturbi psichiatrici, dopodiché ha fatto si che ogni paziente esprimesse il proprio modo di comunicazione attraverso balli, canti, disegni e qualsiasi altra forma di comunicazione. L'esperienza inoltre è servita ai pazienti per sperimentare nuovi metodi di "dialogo".

Progetto "Un Monumento per Amico"

De Mattia G., Di Lucca M.A., Caroprese F., Amelio A., Ferdinandez S., Gaudiano A.

Premessa

Il progetto prevede il coinvolgimento degli utenti della UOSM 21 ASL/CE in attività di conoscenza, cura e salvaguardia del patrimonio artistico e culturale presente sul territorio sammaritano, attivando forme di economia sociale. Tale progetto prevede il partenariato di Enti quali il Comune, la sovraintendenza dei beni culturali, l'ASL di Caserta, l'Ente Morale GAIA attraverso l'impiego di figure e professionisti del settore.

Durata del progetto volontarie

12 mesi con incontri settimanali della durata di 2 ore da svolgersi durante l'orario di apertura dei siti archeologici individuati.

Il problema / l'esigenza

Le persone colpite dalla malattia mentale si ritrovano spesso vittime di isolamento sociale, prive di opportunità legate al lavoro e di sviluppo di relazioni,in quanto i ritmi snervanti ed i pregiudizi alimentano e rafforzano l'esclusione già insita nelle caratteristiche della patologia.

Obiettivi specifici (risultati attesi)

Gli obiettivi specifici del progetto sono: promuovere l'arricchimento culturale e l'autonomia dei pazienti attraverso la creazione di un lavoro che generi retribuzione ed eventuale continuità professionale con uno degli enti partner, responsabilizzazione della propria funzione lavorativa; l'integrazione sociale degli stessi pazienti con i visitatori dei monumenti affidatigli; cura, tutela e divulgazione del patrimonio artistico.

Risorse associative del territorio: il progetto con l'AVO di S. Maria C.V. (CE)

De Mattia G., Raucci A., Gravante V., Amelio A., Ferdinandez S., Gaudiano A.

Il progetto ha origine con la convenzione con l'AVO di S. Maria C.V. (CE) nell'ottobre 2013. La convenzione crea una occasione di incontro e di riflessione su come "fare rete", su come unire le forze per ri"creare" attorno al malato quel tessuto sociale che oggi appare sgretolato e permettergli di esercitare a pieno titolo il suo diritto di cittadinanza, in famiglia, nel mondo del lavoro, nella vita sociale.

L'intervento dell'AVO nel CSM-Centro diurno si propone di alleviare il disagio dei pazienti e delle loro famiglie attraverso una presenza discreta ed affettuosa, offrendo un'accoglienza e un ascolto che faccia sentire le persone meno sole e disorientate.

Nel contempo questa presenza amichevole può rappresentare una occasione di supporto e collaborazione per il personale della UOSM.

Si è provveduto alla individuazione dei volontari AVO idonei e disponibili all'esperienza nella UOSM. La proposta formativa si è incentrata su 10 incontri, realizzati attraverso la proiezione di film e successiva discussione con esperti formatori. Al termine della formazione ha farro seguito un periodo di circa sei mesi di tirocinio affiancati da operatori della UOSM. Al momento gli operatori dell'AVO di S. Maria C.V. (CE) garantiscono un impegno, ciascuno, di 1 volta/settimana per 2 ore.

In conclusione, con la collaborazione dei volontari dell'AVO alle attività "riabilitative" si assisterebbe ad una progressiva trasformazione delle prestazioni da sanitarie/psichiatriche a risocializzanti.

"La Musicoterapia (MT) per i pazienti con disturbi psicotici ed affettivi gravi"

Facchini D.

S'intende offrire una panoramica della MT a partire dalla caratteristica peculiare legata alla dimensione evocativa ed affettiva che si stabilisce nell'incontro sonoro con il paziente (pz); inoltre si indicano le metodologie, le tecniche attive, i modelli di riferimento -accreditati in campo internazionale- adoperati in contesti terapeutici, con attenzione agli interventi per pz psichiatrici, in particolare con sindromi affettive gravi, per i quali la disciplina si rivela particolarmente efficace. Si vogliono offrire spunti di riflessione sul ruolo operativo del musicoterapista (mt) in relazione alle esperienze maturate nei programmi di riabilitazione facendo riferimento al percorso effettuato in TSO. L'intento, poi, è di indicare le caratteristiche sonoro-musicali presenti nella relazione musicoterapeutica per comprendere le modalità comunicative e gli obiettivi che si possono conseguire, a partire da alcuni concetti fondanti come 'identità sonora (Iso) e competenza musicale di base', 'significato simbolico' degli strumenti adoperati, 'dialogo ed improvvisazione sonora', 'oggetto intermediario', 'valenza semiotica' delle proposte sonore con particolare attenzione a quelle ricorrenti nell'azione con il pz. L'intervento si orienta così verso una modalità d'interazione con l'uditorio attraverso sollecitazioni pratiche con gli oggetti della terapia ed esempi audio legati alle esperienze per raccogliere sensazioni personali e di gruppo.

Bibliografia

- R.O. Benenzon, Manuale di Musicoterapia, Borla, Roma, 1983, pp. 71-89.
- R.O. Benenzon, Manuale di Musicoterapia, Borla, Roma, 2000.
- R.O. Benenzon, G. Vagner, V.H. de Gainza, La nuova Musicoterapia, Il Minotauro, Roma, 2006.
- K. E. Bruscia, Definire la Musicoterapia, Gli Archetti, Roma, 1998.
- G. Di Franco, Le voci dell'emozione, Ismez, Roma, 2001.
- G. Di Franco (a cura di), *La Scuola Napoletana. Un modello per la formazione in musicoterapia*, Isfom, Napoli, 2002.
- E. Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, Cittadella, Assisi, 1996.

L'intervento riabilitativo gruppale: piano di ricerca longitudinale in un CPS di Milano

Ferrari B., Colacurcio F., Galeazzi A., Peserico M.

Obiettivi

Valutare le aree d'efficacia del gruppo in percorsi riabilitativi con pazienti psichiatrici.

Disegno e Metodi

Il campione è costituito da soggetti di entrambi i sessi (N = 40), affetti da psicosi o disturbi di personalità, d'età compresa tra 34 e 78 anni, in carico presso un CPS di Milano. La valutazione pre- e post-trattamento è effettuata attraverso AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 1995), General Health Questionnaire (Goldberg, 1972; GHQ-12) e Satisfaction Profile (SAT-p). Il piano di ricerca longitudinale prevede follow-up semestrale, lungo un periodo quinquennale. L'analisi dei dati sarà effettuata attraverso indagini a carattere correlazionale e multivariato.

Risultati

Verranno presentati i primi dati dello studio di decorso (T₀, T₁, T₂, T₃), con particolare attenzione ai risultati ottenuti al General Health Questionnaire (Goldberg, 1972; GHQ-12) e focalizzando l'attenzione sulle dimensioni maggiormente caratterizzanti l'efficacia dei trattamenti gruppali.

Conclusioni

L'applicazione di percorsi riabilitativi che prevedono l'utilizzo del gruppo non può prescindere da una valutazione degli effetti del trattamento, soprattutto in riferimento all'incremento di abilità sociali.

Le Strutture Abitative Riabilitative (StAR) del DSM di Messina: un modello innovativo di Abitare Terapeutico, riflessioni sulla efficacia nel rispondere ai bisogni di salute

Gioffrè G.

Nel 2000, il DSM dell'ASP di Messina ha dato il via ad un'esperienza innovativa, di abitare terapeutico attraverso le StAR-Strutture Abitative-Riabilitative. Queste sono gestite mediante la formula data da un *mix pubblico-privato sociale*, operante nell'ottica globale del Welfare Comunitario. Ogni St.A.R. ospita sei persone, in case di civile abitazione. Le strutture furono istituite, dopo la definitiva chiusura dell' Ospedale Psichiatrico di Messina, l'accesso era consentito ai pazienti con lunga storia di istituzionalizzazione. Trascorsi 14 anni dalla loro apertura, è possibile distinguere due periodi, che ne delineano l'evoluzione relativamente al target di utenza ospitata: quello del cosiddetto "residuo manicomiale" e quello della "nuova cronicità a rischio di deriva sociale". E' stato effettuato uno studio preliminare di outcomes, delle strutture. A tal fine sono stati presi in considerazione come indicatori: il turnover ricoveri/dimissioni, la media dei giorni di ricovero e la destinazione degli utenti dimessi. Altro dato esaminato è la provenienza dei pazienti al momento del ricovero. E'stato effettuato uno studio di follow-up. In tal senso l'indicatore significativo rispetto all'esito riabilitativo è il mantenimento dei risultati raggiunti alle dimissioni e l'uscita dal circuito dei ricoveri (SPDC-SR). Le StAR rappresentano un importante cambiamento culturale e di governance, che vede il superamento del modello assistenziale dello "stare in una struttura" verso quello riabilitativo di "abitare una casa".

Comunità Terapeutiche: Riabilitazione o Istituzionalizzazione? L'esperienza umbra.

Grignani M., Persiani I.

Viene descritta l'esperienza, relativa agli ultimi tre anni, di indagine, valutazione e riprogettazione delle strutture afferenti al Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL n. 1 dell'Umbria.

Tale esperienza è nata a partire anche da considerazioni teoriche relative al grado di istituzionalizzazione possibile all'interno delle strutture comunitarie per la salute mentale. Questo processo può prendere le mosse da fenomeni di abbandono/delega da parte del Servizio, da un'organizzazione interna alla struttura che tiene conto solo delle esigenze della routine istituzionale, ma anche da un assetto interno dei pazienti con lunga storia di permanenza che tendono ad adattarsi agli utili secondari prodotti dalla vita in comunità, a cui può corrispondere una posizione interiore degli operatori legata alla protezione dalle ferite narcisistiche connesse con l'abbandono.

Anche ad una osservazione naturalistica della situazione regionale appariva evidente che, a fronte di una precoce destrutturazione delle strutture manicomiali, sostenuta da un'alleanza politica significativa che concedeva una relativa ricchezza di risorse, era dapprima venuta a mancare una puntuale programmazione delle esigenze numeriche dell'accoglienza residenziale e successivamente lo stesso appoggio politico. Contemporaneamente, a livello dei servizi, il riferimento a teorie che prevedevano una patogenicità della permanenza in famiglia, non sostenuta da adeguate risorse operative, ha spinto ad una eccessivo ricorso alla soluzione residenziale.

Si è registrato pertanto il prevalere dell'esigenza di allontanamento dal contesto di origine a discapito di un'attenta definizione dei programmi riabilitativi, che segna l'inizio della istituzionalizzazione del paziente. Tale fenomeno prosegue inevitabilmente con la scomparsa di un tempo prevedibile per la rivalutazione/dimissione e si consolida nella indifferenziazione a più livelli delle strutture (bisogni, programmi, diagnosi, età).

Sulla base di queste considerazioni, nel 2011 è stata svolta una ricognizione su tutte le 72 strutture presenti sul territorio regionale. Su una popolazione di circa 800.000 abitanti risultava una concentrazione di oltre 1000 utenti inseriti (150 dei quali provenienti da altre regioni) con una presenza di 774 operatori. Si è notata una popolazione di oltre il 50% con inserimenti superiori ai tre anni e programmi essenzialmente invariati tra le varie tipologie di struttura previste dalla legge regionale 372/97.

L'esame più approfondito delle strutture a gestione diretta del DSM di Perugia ha portato a risultati abbastanza simili con atemporalità dei progetti, indifferenziazione delle strutture rispetto alla tipologia degli inserimenti e all'offerta riabilitativa. Le proposte di inserimento apparivano caratterizzate per lo più dalla necessità di dare una risposta a bisogni abitativi e di accudimento, piuttosto che a esigenze riabilitative e di evoluzione. I massimi rischi di istituzionalizzazione si sono comunque evidenziati per quei pazienti cronici, con lunga o lunghissima permanenza in struttura, che cominciano ad avere anche bisogni sanitari.

Da tali risultati è emersa la necessità di rivalutare la disponibilità dei CSM e le loro potenzialità per un nuovo modello di riabilitazione, cercando contemporaneamente di ridefinire il capitale sociale dei

soggetti inseriti. Tutto ciò anche alla luce dell'insorgenza di nuovi bisogni legati ai cambiamenti sociali, all'emergere di quadri psicopatologici che presentano caratteristiche e richiedono risposte diverse dal passato, alle richieste pressanti che provengono dalle istituzioni, in particolare dagli organi giudiziari, e all'ingresso di nuove istanze molto più contrattuali, quali le famiglie degli utenti.

In sostanza, ci si è trovati di fronte alla necessità di ridefinire i parametri dei bisogni di luoghi di vita per rendere più pieno di senso il bisogno di casa, depurandolo dalle valenze istituzionali.

Perché questo potesse avvenire è stata necessaria una ridefinizione dei rapporti tra pubblico e privato sociale. Si è così costituito un gruppo di lavoro misto che ha elaborato una nuova scheda di valutazione degli inserimenti per addivenire a nuove soluzioni di ospitalità e riabilitazione.

I criteri per una deistituzionalizzazione si fondano su:

- una valutazione orientata non alla necessità di protezione bensì alle esigenze dell'utenza, suddivise in bisogni di salute, di relazionalità/affettività, di occupazione, di formazione/espressività, di abitazione, secondo la declinazione espressa per le valutazioni del budget di salute;
- la partecipazione dell'utenza, secondo i criteri della recovery e dell'empowerment, che si realizzerà in particolare attraverso la costituzione di un'associazione di operatori e utenti che gestirà il patrimonio abitativo e la compatibilità tra i vari ospiti nelle varie abitazioni;
- una sostenibilità economica per l'ente e per i cittadini/abitanti;
- il lavoro di rete in cui il CSM rappresenta il nodo centrale per l'elaborazione del PTI, del PTRP e l'individuazione del case manager.
 - Nell'ottobre del 2014 si apriranno due appartamenti di residenzialità leggera gestiti dall'associazione, che utilizzeranno le risorse immobiliari dei pazienti in un complesso percorso di scambio e di combinazione dei bisogni reciproci.

Bibliografia

AAVV, (1987), *Psichiatria e strutture intermedie: autonomia e dipendenza*, Fogli di Informazione, 126 Cocchi A., De Isabella G., (1993), (a cura di), *Centri diurni in psichiatria. Problematiche realizzazioni, prospettive*, Franco Angeli, Milano

de Girolamo G., Picardi A., Santone G., Falloon I., Morosini P., Fioritti A. & Micciolo R. for the Progres Group (2005). *The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy*. Psychological Medicine 35, 421–431.

Intervista a Emilio Lupo <u>WWW.psychiatyonline</u>.

Maone A., Ducci G., (1998), La sfida della cronicità. Tempi della psicosi e tempi dell'intervento riabilitativo nei Centri diurni, Franco Angeli, Milano

Moroni A., Bertolotti L., Boienti C. (1998) *L'esperienza della "Comunità Don Gnocchi" dell'Istituto Fatebenefratelli di S. Colombano al Lambro*. In: Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. (a cura di) La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Sassolas M. (2007) *Un obstacle au changement: la seduction narcissique*. Revue des Hopitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles, N. 6.

Scotti F., (1992), (a cura di), Strutture intermedie in psichiatria, Borla, Roma

Slade M. & Hayward M. (2007). *Recovery, Psychosis and Psychiatry: research is better than rhetoric*. Acta Psychiatrica Scandinavica 116, 81-83.

Social capital come predittore di empowerment in persone con diagnosi di depressione maggiore: risultati del progetto ASPEN – Antistigma programme european network

Lanfredi M.

Recenti evidenze supportano il ruolo di variabili che costituiscono il cosiddetto "social capital" (ad es. il supporto sociale) per il benessere delle persone che soffrono di depressione; in aggiunta, lo stigma sociale e discriminazione portano alla interiorizzazione di tali stereotipi negativi (self-stigma). Questo studio ipotizza che bassi livelli di social capital possano incrementare i livelli di self-stigma e di conseguenza ridurre il livello di empowerment in persone con depressione maggiore. Le relazioni fra variabili sono state testate con modelli ad equazioni strutturali. Sono state reclutate 516 persone con diagnosi di depressione maggiore in 18 paesi europei a cui sono state somministrate l'European Social Survey e le scale Internalized Stigma of Mental Illness e Boston University Empowerment Scale. I risultati dello studio confermano social capital come predittore di empowerment (56% della variabilità spiegata). Alti livelli di social capital sono associati a bassi livelli di self-stigma (r= -0.72, p<0.001) e quest'ultimo è mediatore della relazione fra social capital ed empowerment (r= -0.38, p<0.001). In conclusione, social capital costituisce un predittore di empowerment, sia direttamente, sia attraverso la mediazione indiretta del self-stigma. Al fine di migliorare il livello di empowerment delle persone con depressione maggiore, è necessario promuovere strategie per incrementare il social capital e ridurre le conseguenze negative dello stigma interiorizzato.

S.I.S. (Socioterapia Integrata con Stepps): un'evoluzione dell'approccio di comunità terapeutica, specifica per i disturbi di personalità borderline (DPB), che integra psicodinamica e cognitivismo

Lombardo A.

Un Recovery efficace e razionale richiede trattamento contemporaneo di tre aree problematiche: IDENTITÀ, RELAZIONI INTIME, INTENSITÀ EMOTIVA.

IDENTITÀ La Socioterapia permette alla persona l'esercizio di ruoli diversi da quello di 'malato'. Empowerment e democrazia maturano senso di appartenenza e cambiano il modo di percepire se stessi e gli altri.

RELAZIONI INTIME La psicoterapia, individuale e di gruppo, è arricchita dall'integrazione della SCHEMA Therapy, di derivazione cognitivo comportamentale nei casi di carenze importanti da parte dell'ambiente di vita che causano sviluppo di Modelli Operativi Interni (MOI) o Schemi Maladattivi Precoci (SMP) disfunzionali.

Per la gestione dell'INTENSITÀ EMOTIVA, STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) un programma di 20 incontri con Manuale d'addestramento ed esercitazioni brevi quotidiane si è dimostrato efficace e gradito ai pazienti.

La DBT (Dialectic Behabìvior Therapy) si è dimostrata effcace per la prevenzione di autolesionismo e tentativi di suicidio.Per sintomi riconducibili a fattori traumatici nell'età evolutiva, l'EMDR

La Comunità Terapeutica Raymond Gledhill integra le nuove terapie nel trattamento residenziale e ambulatoriale di persone con DPB.

SPORT ... AMICO SPECIALE

Lorusso K.

Lo sport in tutte le sue discipline rappresenta uno strumento importante nella riabilitazione del paziente psichiatrico.

Lo sport per tutti che vede protagonisti utenti e partner in un percorso di allenamento prima e di partecipazione a gare fino a competizioni a livello europeo all' interno ed in collaborazione con associazioni sportive, federazioni sportive ed enti di promozione sportiva.

Il Centro Diurno "Auxilium" di Acquaviva delle Fonti (Bari) pone la pratica sportiva tra le metodologie di intervento riabilitativo e attiva percorsi atti a favorire:

- inclusione sociale
- lotta allo stigma
- autonomia della persona

Le risorse impiegate nei progetti dell'area sport vedono l'educatore professionale impegnato nella rilevazione degli esiti attraverso strumenti standardizzati (Scala FPS del VADO) che tengono anche in considerazione l'intero percorso riabilitativo del paziente, dunque anche i benefici che provengono da altri interventi in atto nella struttura.

Il risultato dell'allenamento tecnico a sua volta risulta importante in quanto è il mezzo che dà beneficio. A tal fine l'impiego di esperti sportivi garantisce l'attuazione di percorsi graduali e individuali che permettono la individuazione/scelta degli sport più adatti individuali e/o di squadra.

Lo sport unificato, soprattutto quello di squadra favorisce un attento lavoro in rete con più agenzie territoriali.

Si presenta il progetto dell'anno sportivo 2013/2014 "Sport ... Amico Speciale" e se ne forniscono i risultati.

Lo "stato dell'arte" in Lombardia: diffusione delle tecniche espressive nei Dipartimenti di Salute Mentale lombardi.

Magnotti R., Viganò C., Chierico E., Goffredi A., Di Bernardo I., Varinelli A., Parabiaghi A., Ba G. ed il Gruppo di lavoro Survey – SIRP Lombardia

Le evidenze scientifiche che stanno sempre più emergendo in ambito neuropsichiatrico dimostrano come le tecniche artistiche applicate al disagio psichico possano rappresentare un momento fondamentale nel percorso riabilitativo del paziente, percorso che mira all'incremento delle competenze emotive e cognitive residue e, in modo indiretto, influenza positivamente la compliance alle cure.

Grazie ai dati emersi dall'indagine sulle "attività riabilitative nelle strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale" condotta dalla SIRP-Lo in Regione Lombardia nel corso del 2011-2012, che ha permesso di raccogliere 904 "schede-attività" si è potuto avere una prima mappatura della tipologia di attività riabilitative svolte nel real world dei servizi e soprattutto si è avuta la possibilità di valutare dove, come, e in che misura le tecniche artistiche vengono applicate nelle varie realtà delle istituzioni pubbliche e private.

Le tecniche espressive rappresentano il 10% delle attività rilevate nelle strutture pubbliche (699 schede attività totali pervenute) e solo il 3% in quelle private (205 schede) che hanno aderito alla survey. In questo lavoro vengono presentati i dati emersi dalla survey sulle tecniche espressive in termini di tipologia, distribuzione, intensità, modalità di applicazione, personale impegnato, risposta e gradimento dell'utenza. Di qui la possibilità di riflettere per capire come e dove intervenire al fine di migliorare la conoscenza e l'applicazione di queste metodologie di trattamento, riducendo la diffusa confusione ancora presente tra semplice utilizzo di tecniche artistiche a fini socializzanti ed occupazionali e l'utilizzo più adeguato delle arti terapie condotte da personale adeguatamente formato.

Indagine ICF: il volontario come osservatore del funzionamento

Palmieri A.M.

L'indagine si propone di sperimentare l'utilizzo della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) nell'ambito di attività di accompagnamento e supporto sociale rivolte a persone che soffrono di disagio psichico e svolte da volontari formati per operare nell'ambito della salute mentale.

Nella rilevazione il volontario rappresenta una delle fonti privilegiate di informazione per la compilazione dei profili di funzionamento poiché partecipando alle attività che rientrano nel progetto terapeutico-riabilitativo, diviene un osservatore privilegiato del "Funzionamento" del paziente. La costruzione dei profili verrà effettuata dagli operatori attraverso la compilazione di una check-list di item estrapolati dal manuale ICF e relativi alle aree di interesse e di intervento del non-professional, con riferimento particolare ai domini D (attività e partecipazione) ed E (ambiente). Attraverso l'osservazione diretta e l'instaurarsi di relazioni significative, il volontario sarà in grado di fornire informazioni in relazione a quattro macro aree: area relazionale, area dell'autonomia personale, area delle capacità pragmatiche e area della formazione-lavoro.

Volontari e famiglie in rete per la salute mentale

Palmieri A.M.

Il progetto "Volontari e Famiglie in Rete per la salute mentale" intende favorire la creazione di una rete di supporto delle persone con disagio psichico e dei loro familiari, allo scopo di favorire l'inserimento sociale, permettere l'attuazione di un percorso terapeutico e diffondere una maggiore conoscenza e consapevolezza circa le modalità di affrontare il disagio psichico. Quest'iniziativa si svolge in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL di Roma e si fonda su alcune considerazioni principali: la mancanza di supporto sociale è fondamento di emarginazione e disagio mentale; il problema del benessere mentale e sociale richiede un'attiva partecipazione della cittadinanza attiva; l'attenzione alla "persona" e ai suoi "punti di forza" come metodo di intervento. Il progetto si articola in più attività: una percorso di formazione rivolto a volontari, familiari e cittadini che intendono acquisire una visione più consapevole sul tema della salute mentale; attività di volontariato nei servizi territoriali che si occupano di salute mentale; laboratori di socializzazione e arti terapie rivolti a persone che attraversano un periodo di disagio psichico; servizi di ascolto, orientamento e supporto sociale; organizzazione di gruppi di auto aiuto per le famiglie; promozione dell'utilizzo dello strumento di classificazione ICF nella valutazione dei percorsi di riabilitazione psicosociale.

Il lavoro con la creta, che racconta e che trasforma l'incontro con sé stessi e con gli altri

Papi M.

Il poster racconta il percorso riabilitativo del laboratorio di ceramica, all'interno del centro diurno terapeutico di via Palestro a Roma, dove la creta è la materia grezza che assume molteplici forme e contenuti. E il laboratorio, ne testimonia le risorse espressive ed evolutive.

Nella prima fase di lavoro, gli utenti si sono cimentati con l'apprendimento delle tecniche confrontandosi con le proprie capacità e/o difficoltà, trovando nella creta la possibilità di esprimere parti di sé, spesso inesplorate. Successivamente, la sfida è stata di realizzare alcuni oggetti ricercando un proprio stile ed una compiutezza artistica.

Nella fase attuale, il laboratorio ha cercato di superare la dimensione individuale per una logica gruppale, dove la realizzazione di opere collettive hanno consentito ai pazienti e agli operatori d'interagire in un contesto più ampio di rapporti e di metafore.

Dove, la creatività è stata sollecitata dall'incontro, non solo all'interno del gruppo, ma anche in relazione con l'esterno.

E' nata una modalità nuova di lavorare in gruppo, una sorta di "co-creazione" che, ricorsivamente, ha innescato altri stimoli, altre risposte.

In questi casi, la propria opera personale si integra e dialoga con gli oggetti degli altri per realizzare il pannello di tutti.

A titolo esemplificativo, verranno riportati due pannelli decorativi, realizzati dal laboratorio, collocati in una dimora storica all'interno di un parco pubblico e in una scuola professionale. La progettualità del laboratorio è indirizzata, ora, a ricercare altri luoghi cittadini dove collocare le proprie opere collettive.

Scrivo perché...

Papi M.

Il poster, attraverso le narrazioni incrociate di operatori ed utenti, racconta la storia e l'evoluzione di un Laboratorio di scrittura all'interno di un C.S.M. di Roma.

Allo stesso tempo, ci si interroga sulla peculiarità della scrittura nel percorso terapeutico, sulle sue caratteristiche e possibilità, sia espressive che relazionali.

Per qualcuno, la scrittura è la modalità privilegiata per essere riconoscibili, visibili a sé stessi e agli altri. Si ha bisogno di scrivere per esporre parti di sé, allinearle e metterle insieme. Fare scrittura, in un contesto riabilitativo, significa facilitare questa ricomposizione, è auto-conoscenza, è entrare in dialogo con sé stessi e con il gruppo.

Questo atto ha già, in sé, le potenzialità di un'elaborazione, di una ricerca di ordine e di confronto.

Attraverso la scrittura si restituiscono senso e coerenza alla "storia" che ognuno narra a sé stesso e agli altri, nello stesso tempo, si esplorano altre idee, altre storie.

Le parole rimettono in moto il tempo, consentono di immaginare e di vivere altre esperienze.

Nel corso del tempo, gli scritti testimoniano questo processo, la crescita, negli utenti, delle capacità contrattuali e propositive.

Teatro: Corpo e Mente all'unisono

Pietroforte M., Lorusso K., Losito V., Trisolini R.

Ragionare sul tema dell'inclusione significa rivedere criticamente i presupposti delle politiche attuali di cittadinanza rivolte ai disabili.

Non è sufficiente, infatti, adattare le persone con «difficoltà» al contesto. Occorre riconoscere i diversi modi culturali, cognitivi, relazionali ed emozionali attraverso cui le persone si presentano e modificare i presupposti sui quali si fondano la valorizzazione e l'esclusione. In questa direzione, la società e la scuola possono promuovere un'educazione inclusiva che sposti l'attenzione dal bisogno speciale alla partecipazione, dalla caratterizzazione deficitaria alla strutturazione del contesto.

Da qui il centro diurno "Auxilium" di Acquaviva delle Fonti ha condiviso l'importanza di un laboratorio teatrale quale strategia di intervento che da semplice momento di ritrovo ed aggregazione è divenuto gruppo strutturato e continuativo dentro e fuori la struttura.

Un "dentro" per ritrovarsi, confrontarsi, condividere ... un "fuori" per appartenere alla società, trovare persone disponibili a condividere e attuare percorsi teatrali veri fino ad "esporsi" non per mostrare ma per ESSERCI.

Il lavoro dimostrerà il percorso attuato da un gruppo di 15 utenti affetti da schizofrenie e disturbi di personalità con studenti di un istituto di formazione superiore integrato con volontari e familiari. Un percorso che ha visto impegnato il corpo e la mente in uno straordinario lavoro di interpretazione palcoscenica.

Dalla gestione supportata del denaro verso una maggiore autonomia. Un'ipotesi riabilitativa nella prativa del Centro di Salute Mentale

Riolo A., Bonavigo T., Babici F., Pasquazzo G., Rossi M.

Il Centro di salute mentale può mettere a disposizione dei suoi assistiti, in accordo diretto con le persone e/o con chi ne ha la tutela, la curatela o l'amministrazione di sostegno, presidi e strumenti per favorire la migliore e più funzionale gestione delle risorse economiche di coloro che vi afferiscono. Trattasi di una modalità certamente supportiva a vantaggio di soggetti fragili ma a volte eccessivamente vicariante tanto da enfatizzare la teoria della incapacità di agire, rischiando di rafforzare pratiche che vanno a detrimento dei percorsi di inclusione sociale e di responsabile utilizzo delle risorse di una comunità, sicchè il centro di salute mentale viene a supplire e/o a sospendere i profili di cittadinanza attiva dei soggetti.

Il team multiprofessionale qui rappresentato (psichiatra, infermiere pofessionale, assistente sociale, tecnico della riabilitazione), a partire da un piccolo campione di riferimento, circa 20 soggetti, che ricevono assistenza quotidiana, settimanale o mensile nella gestione economica, cerca di tracciare dei percorsi riabilitativi possibili, che integrino e armonizzino i limiti eventualmente definiti dal giudice tutelare e le oggettive difficoltà correlate al disturbo e alla condizione sociale delle persone in funzione di una partecipazione più attiva e responsabile nella vita comunitaria.

Riabilitare entro spazi di legalità in una prospettiva transculturale. Rom, psicosi, reati.

Riolo A., Zangrando A., Babici F., Calligaris D., Rossi M.

Questo case report riguarda una persona di cultura rom, affetta da un Disturbo Schizoaffettivo, lungoassistita dal Centro di Salute Mentale.

Il percorso terapeutico, di per sé molto complesso e multi-professionale, coinvolgente la totalità delle agenzie sanitarie e sociali presenti sul territorio, è stato segnato da una fitta serie di reati (furto in concorso, furto, tentato incendio, danneggiamento, minaccia continuata, lesioni personali, tentate lesioni personali, resistenza a pubblico ufficiale, incendio continuato, evasione, incendio etc.); tali accadimenti, pur non avendo avuto ripercussioni sulla continuità terapeutica per l'azione di supporto esercitata in via continuativa anche in carcere da parte degli operatori del centro di salute mentale, hanno tuttavia vanificato ogni volta i progetti di inclusione sociale del nostro assistito.

Nella visione del mondo rom, il furto, ad esempio, è elemento identificativo nei rapporti con la società esterna (Gagè) verso la quale non si prevede alcuna forma di integrazione bensì il permanere tangenziali rispetto al contesto socio-relazionale ed economico.

Per il nostro assistito che ha scelto una via autonoma, sposando proprio una Gagè, purtroppo affetta da gravi disturbi neurologici e psichiatrici, si è verificata da una parte l'espulsione dal gruppo di appartenenza e dall'altra la non integrazione con il resto della società; questi risvolti si sono complicati per l'esito negativo dell'unione matrimoniale e per l'allontanamento della loro unica figlia.

Riabilitare in un quadro di legalità per un soggetto di etnia rom, con gravi disturbi psicotici, diventa quindi un impegno di elevata complessità nella pratica del Centro di Salute Mentale.

L'utilizzo del programma RehaCom nel training cognitivo in una comunità terapeutica

Iovine F., Rossi G., Fusco R., Pellegrino S., Romano F., Palermito A., Carizzone L.

Introduzione

"L'obiettivo finale dell'intervento riabilitativo, al di là dei modelli e delle tecniche, è quello di consentire all'individuo di avvicinarsi a quegli scopi esistenziali che egli stesso ritiene di dover perseguire" (Mario Maj).

Il progetto cerca di coniugare la psicoterapia darwiniana basata sulla valutazione dei costi-benefici e sull'adattamento-disadattamento di certe caratteristiche che continuano ad essere conservate nella specie con il training cognitivo-computerizzato RehaCom.

Metodologia

Abbiamo utilizzato il programma RehaCom , sviluppato da HASOMED in Austria. Questo programma è composto da diversi moduli, noi abbiamo utilizzato 6 moduli.

AUFM: attenzione e concentrazione, per lo sviluppo delle capacità di attenzione e concentrazione con il metodo "figura di confronto",GEAU: attenzione ripartita, per lo sviluppo delle capacità di controllo contemporanee, VERB: memoria verbale, per il miglioramento della memoria a breve termine, PLAN: pianificazione di una giornata, per sviluppare funzioni esecutive, EINK: acquisti, per migliorare la pianificazione e la formazione di concetti in situazioni concrete, LODE: ragionamento logico, per il miglioramento del pensiero deduttivo.

All'interno della Comunità sono stati arruolati 10 utenti con età compresa fra 28 e 53 anni, (media 40,1) di cui 2 femmine ed 8 maschi.

Come criterio di selezione è stato scelto il livello del Q.I. non inferiore a 50 (Q.I. medio 69,3).

Sono state utilizzate la Wais. per il Q.I. e il Wisconsin Card Sorting test per la valutazione del livello cognitivo.

Il training prevede un appuntamento settimanale con ogni paziente della durata di 1 ora. A tutt'oggi sono stati eseguiti i primi due moduli su tutti i pazienti, e alla fine del secondo modulo è stata somministrata la Wisconsin card sorting test (WCST).

Obiettivi

Scopo di questo lavoro è valutare l'efficacia di un questo progetto in 10 ospiti di una Comunità terapeutica.

È in corso la somministrazione dei test cognitivi per la valutazione dei primi risultati preliminari.

"Proviamo a cambiare": l'intervento psicoeducativo di gruppo presso il Servizio Psichiatrico di Cura e Riabilitazione

Valentini L., Polimo A.

Viene presentato l'intervento psicoeducativo di gruppo svolto presso il Servizio Psichiatrico di Cura e Riabilitazione dell'Ospedale A. Micone di Genova.

Obiettivi e metodo: gli incontri si svolgono con cadenza settimanale e affrontano i seguenti temi: modello vulnerabilità-stress, psicofarmaci, riconoscimento dei segnali precoci di crisi. Gli obiettivi dell'attività sono: far acquisire maggiore consapevolezza del disturbo; aiutare a riconoscere i segni precoci di crisi; favorire il coinvolgimento e la partecipazione attiva del paziente nel suo percorso di cura; contribuire alla riduzione delle recidive.

Viene periodicamente somministrato ai partecipanti un questionario di soddisfazione per rilevare dal punto di vista soggettivo del paziente l'utilità dell'attività svolta. Viene inoltre calcolata la quota di riammissioni in reparto dei partecipanti rispetto al periodo precedente l'avvio dell'attività.

Conclusioni: In generale viene rimandata una buona efficacia dell'intervento con differenti visioni rispetto alla voce specifica riguardante l'apprendimento di qualcosa di utile per ridurre il proprio stress. Ad un anno e mezzo dall'avvio dell'attività in reparto possono esserne evidenziati gli elementi di utilità e le criticità emerse.

Obiettivo Recovery: valutazione degli esiti dei programmi riabilitativi residenziali per pazienti affetti da disturbi psichiatrici maggiori

Zabotto M., Bonfanti F., Re F., Calzolari R., Sforzini L., Viganò C., Ba G.

Il termine recovery è da intendersi come lo sviluppo personale e unico di nuovi significati e propositi man mano che le persone evolvono oltre la catastrofe della malattia mentale. Fare riabilitazione significa reintrodurre la dimensione del tempo per recuperare l'attesa, la speranza, i desideri, restituendo al paziente la possibilità di ritrovare una progettualità che possa anche essere condivisibile e realizzabile. L'inserimento di un soggetto in una struttura riabilitativa implica necessariamente la pianificazione di un progetto terapeutico elaborato dall'equipe tenendo conto di bisogni, risorse, disabilità residue e fattori ambientali e che, allo stesso tempo, definisce gli esiti e le aspettative che si intendono realizzare (Ba, 2003). Se la disabilità è il punto da cui partiamo, il recovery è la nostra destinazione e la riabilitazione è la strada che percorriamo (Liberman, 2012).

Obiettivo dello studio: valutare l'esito del progetto riabilitativo attraverso l'analisi retrospettiva del processo di recovery degli ospiti della Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (CRA) dell'A.O. L. Sacco, in un tempo di 3 anni e tenendo conto del percorso effettuato nei 12/24 mesi successivi alle dimissioni.

<u>Materiali e metodi:</u> per misurare il livello di funzionamento globale è stato utilizzato il test VGF e per rilevare i cambiamenti del funzionamento in aree specifiche è stato adottato il modello delle 5 AREE DI SPIVAK.

<u>Risultati:</u> sono stati presi in considerazione tutti gli ospiti in struttura dal 2010 al 2013. Dall'analisi dei dati è emerso che, attraverso il percorso in CRA, nei 26 pazienti considerati, il funzionamento globale migliora significativamente (p<0,01) e che, dopo le dimissioni, il 70% dei soggetti prosegue un percorso di trattamento integrato, più emancipativo e favorente l'inclusione sociale e lavorativa.

Ba G. (2003) "Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale" Milano: Franco Angeli Liberman R.P. (2012) "Il recovery dalla disabilità - manuale di riabilitazione psichiatrica" Roma: Giovanni Fioriti Editore

Centri Diurni tra pratiche Evidence Based e Neuroscienze. La Riabilitazione Cognitiva in un gruppo di adulti schizofrenici cronici in carico al Centro Diurno di Omegna (DSM ASL VCO-Regione Piemonete): alcune considerazioni alla luce degli interventi precoci

Zeppetelli E.

Nei pazienti affetti da schizofrenia è stato ampiamente documentato un malfunzionamento delle funzioni cognitive che interferisce con l'efficacia degli interventi riabilitativi e ricopre un ruolo fondamentale nel grado di dis-abilità conseguente alla patologia psichiatrica. Una scarsa performance cognitiva, determinando un'alterazione del funzionamento sociale ed un incremento dei ricoveri ospedalieri, incide altresì sui costi diretti e indiretti della schizofrenia.

I deficits cognitivi risultano presenti già al primo episodio psicotico e interessano: l'attenzione, la velocità di processazione, le funzioni esecutive, la working memory e la fluenza verbale.

Date queste premesse si è inteso avviare, in modo sperimentale, un gruppo di Riabilitazione Cognitiva presso il Centro Diurno di Omegna coinvolgendo sei pazienti adulti in carico alla riabilitazione psichiatrica. Per un anno è stato utilizzato l'intervento riabilitativo ad impostazione cognitivo-comportamentale definito metodo IPT (Terapia Psicologica Integrata) di Brenner. La potenzialità del metodo risiede nel suo approccio pratico. Le evidenze dimostrano significativi miglioramenti nel funzionamento cognitivo, nelle abilità sociali e nella qualità di vita dei pazienti. Vengono descritti i risultati delle valutazioni di esito effettuate nel gruppo di pazienti trattato, nell'intento di predisporre un setting di Riabilitazione Cognitiva anche per i giovani utenti psicotici in carico al Nucleo di Riabilitazione precoce.

NOTA

Promosso dalla ASL VCO: *Nucleo dipartimentale di Riabilitazione precoce recovery orientata del CSM e Centro Diurno di Omegna, in collaborazione con la ***SOS Psicologia

Riorganizzazione del settore riabilitativo psichiatrico alla luce delle specifiche necessità dell'utenza di giovani psicotici in fase precoce di malattia. Creazione di un "Nucleo dipartimentale di riabilitazione precoce recovery orientato" con sede presso il Centro Diurno e CSM di Omegna-SOC Psichiatria Territoriale (DSM ASL VCO-Regione Piemonte)

Zeppetelli E.

Le indicazioni internazionali e nazionali nonchè le linee di indirizzo delle politiche sanitarie italiane per la Salute Mentale indicano la centralità di un approccio specifico alle problematiche dei giovani con gravi disturbi psichiatrici che prediliga le fasi iniziali di malattia. Entro questo solco, in Italia, deve porsi, a nostro avviso, anche la riabilitazione psichiatrica: attraverso una radicale revisione di modelli teorici, di percorsi di cura e di organizzazione dei servizi. Nel 2011 la ASL VCO riorganizzò i servizi afferenti al DSM creando una Equipe Professionale di Riabilitazione psichiatrica dipartimentale e la sede del DSM di Omegna ottenne l'accreditamento regionale del suo Centro Diurno. Venne promossa un' indagine descrittiva sulla popolazione afferente alla semiresidenzialità riabilitativa delle tre sedi del DSM, con lo scopo di individuarne aspetti critici e potenzialmente evolutivi. Dall'analisi dei dati raccolti emerse un profilo di utenza e pratiche socioriabilitative sovrapponibili a quelli di altri Centri Diurni italiani: forte rappresentatività della diagnosi di schizofrenia, assenza di presa in carico familiare, irrisorio numero di giovani. Da queste premesse è stato creato un NUCLEO DI RIABILITAZIONE PRECOCE RECOVERY ORIENTATA, dotato di spazi, personale e progettualità dedicate ad utenti giovani con gravi patologie psichiatriche in fase precoce. Riportiamo i dati più significativi del processo innovativo avviato.

NOTA

Promosso dalla ASL VCO: *Nucleo dipartimentale di Riabilitazione precoce recovery orientata del CSM e Centro Diurno di Omegna, in collaborazione con la ***SOS Psicologia e Servizio Sociale aziendale e con Anteo Coop. sociale-Biella, Ente gestore dei Gruppi Appartamento del DSM di Omegna.

"VITE SANE E ATTIVE". Progetto interdipartimentale della ASL VCO, per il benessere fisico e la salute mentale dei giovani con psicosi in fase precoce di malattia

Zeppetelli E., Figliolino M., Calderoni M., Sacco M., Farina Finzi L., Brumana S., Croce M., Ferrari P., Filiberti A., Martiner Bot P., Malavolta M., Saglietti G., Lembo F.

Da più parti viene ormai sottolineata la centralità di un approccio "globale" alla salute fisica e mentale dei giovani con gravi disturbi psichiatrici, soprattutto nelle fasi iniziali di malattia. L'AIPP ha recepito sia le indicazioni emanate a livello internazionale attraverso la dichiarazione HeAL sia il programma IphYs e recentemente, nel corso della III Giornata scientifica nazionale AIPP (Modena, ottobre 2013) e del Workshop "Keeping the body in mind" con Jackie Curtis (Milano/Niguarda, aprile 2014), ha sollecitato operatori e servizi della Salute Mentale affinché si intervenga precocemente sul benessere fisico e sulla salute mentale dei giovani con psicosi.

Sulla scia di queste indicazioni, all'interno della ASL VCO del Piemonte, d'intesa tra il Nucleo Dipartimentale di Riabilitazione precoce recovery orientata del DSM, il Dipartimento di Prevenzione e la SOC Diabetologia e Malattie Metaboliche e con la consulenza del Dipartimento Dipendenze, è nato un gruppo di lavoro interdipartimentale che si è fatto promotore di un progetto sperimentale ed innovativo, multimodale, multifasico ed integrato molto complesso. Destinato ai giovani psicotici tra i 18 ed i 30 anni in carico al DSM della Provincia del VCO ed avente l'obiettivo della promozione di stili di vita sana ed attiva, il progetto assume una connotazione sia abilitativa/riabilitativa che preventiva per cui è stato inserito all'interno del Piano di Prevenzione locale della ASL VCO e tra i programmi riabilitativi complessi ed innovativi del DSM. Da sottolineare la stretta integrazione tra risorse istituzionali (Dipartimenti e Servizi della ASL VCO) ed extraistituzionali territoriali (cooperative sociali, società sportive di basket, nuoto, vela, CAI, Associazioni di guide naturalistiche), oltre al parziale sostegno economico mediante fundraising, da parte della Fondazione Comunitaria del VCO e dalla Fondazione Comunità del Novarese.

Intervento Psicoeducativo e Coping in pazienti diabetici

Zeqja A., Kermaj M., Alimehmeti I., Ylli D., Ylli A.

Introduzione: Il coping è definito da Perlin e Shooler (1978) come "comportamento che protegge le persone dalla pressione psicologica dovuta a situazioni sociali problematiche". Lazarus e Folkman (1984) affermano: "il coping permette alle persone di utilizzare diverse abilità per gestire le difficoltà (stressor) che si presentano loro durante l'esistenza". Quando lo stressor è il diabete, le richieste e le pressioni dovute alla malattia stessa hanno conseguenze fisiologiche: cambiamenti nei livelli di emoglobina glicolizzata, della sintomatologia, del peso e dell'indice di massa corporea: è conseguenze psicosociali del diabete: cambiamenti dello stato di ansia, di depressione, della qualità di vita e dell'adattamento psicologico e sociale.

L'intervento psicoeducativo è considerato come una parte importante nel trattamento di pazienti con diabete, migliorando il loro metabolismo e riducendo le complicanze acute e croniche della malattia. La promozione della salute attraverso l'intervento psicoeducativo, e collegato al rafforzamento dei fattori che migliorano la qualità della vita del paziente.

Lo scopo dello studio è individuare l'importanza del intervento psicoeducativo nelle diverse modalità del coping nei diabetici rispondendo ad una serie di quesiti sintetizzabili in: "Quali sono le modalità di coping più frequenti? Come sono correlate, ai processi di psicoeducativi, al adattamento psicologico e allo stress alla malattia?".

Metodo

Soggetti: 20 persone con diabete, 10 maschi e 10 femmine, di età compresa tra i 16 e i 79 anni, tra i quali 7 persone con diabete tipo 1 e 13 con diabete tipo 2. I soggetti partecipanti alla ricerca sono stati reclutati presso il Centro di Endocrinologia e Diabetologia della Università Ospedaliera di Tirana, Albania. I partecipanti sono stati informati dello scopo della ricerca.

Procedura: Sono stati intervistati utilizzando tre questionari: Il "Questionario sulla Conoscenza Del Diabete"; "State -Trait Anxiety Inventory"; "Scala del Adattamento Psicologico al Diabete". I pazienti sono stati divisi in due gruppi: al primo gruppo e stato realizatto il pretest e poi l'intervento psicoeducativo, poco dopo è stato condotto il posttest. Al gruppo del controllo solo il pretes-posttest design.

Risultati: Sono ottenuti utilizzando analisi statistiche descrittive, che sembrano indicare che, nei due gruppi di pazienti diabetici, è possibile identificare modalità diverse di coping che favoriscono sia livelli differenti di adattamento psicologico e anche livelli diversi di stress. Il gruppo che ha ricevuto l'intervento psicoeducativo ha verificato un livello più basso di stress riguardo al gruppo del controllo e una modalità più positiva sull'adattamento psicologico e il coping della malattia.

Indice analitico autori

Abbadessa F. pag. 21 Alimehmeti I. pag. 52 Amato L. pag. 22 Amelio A. pagg. 26, 27, 28, 29 Andriola I. pag. 21 Ba G. pagg. 24, 38, 48 Babici F. pag. 44, 45 Boccacci V. pag. 23 Bonfanti F. pag. 48 Bonavigo T. pag. 44 Borsani S. pag. 24 Brumana S. pag. 51 Calderoni M. pag. 51 Calligaris D. pag. 45 Calzolari R. pag. 48 Cangioli L. pag. 25 Cappiello G. pag. 21 Cappellani F. pag. 22 Carizzone L. pag. 46 Caroprese F. pag. 28 Chierico E. pag. 38 Ciasullo A. pag. 27 Cirasa A. pag. 24 Colacurcio F. pag. 31 Croce M. pag. 51 De Mattia G. pagg. 26, 27, 28, 29 Derosa D. pag. 21 Di Bernardo I. pag. 38 Di Lucca M.A. pag. 26, 28 Facchini D. pag. 30 Farina Finzi L. pag. 51 Ferdinandez S. pagg. 26, 27, 28, 29 Figliolino M. pag. 51 Filiberti A. pag. 51 Fusco R. pag. 46 Galeazzi A. pag. 31 Gaudiano A. pagg. 26, 27, 28, 29 Gioffrè G. pag. 32 Goffredi A. pag. 38 Gravante V. pagg. 26, 27, 29 Grignani M. pag. 33 Iaccarino G. pag. 27 Iovine F. pag. 46 Kermaj M. pag. 52 Lanfredi M. pag. 35 Lembo F. pag. 51 Lombardo A. pag. 36 Lorusso K. Pag. 37, 43 Losito V. pag. 43 Magnotti R. pag. 38 Malavolta M. pag. 51 Mancini M. pag. 21 Martiner Bot P. pag. 51 Palermito A. pag. 46 Palmieri A.M. pag. 39, 40 Papi M. pagg. 41, 42 Parabiaghi A. pag. 38 Pasquazzo G. pag. 44 Pellegrino S. pag. 46 Persiani I. pag. 33 Peserico M. pag. 31 Picciocchi A. pag. 22 Pietroforte M. pag. 43 Pirelli G. pag. 24

Rampino A. pag. 21 Raucci A. pagg. 26,27, 29 Re F. pag. 48 Riolo A. pagg. 44, 45 Romano F. pag. 46 Romano R. pag. 21 Rossi G. pag. 46 Rossi M. pagg. 44, 45 Sacco M. pag. 51 Saglietti G. pag. 51 Santoro N. pag. 27 Sforzini L. pag. 48 Siciliano L. pag. 21 Susani E. pag. 22 Tarantino M.G. pag. 21 Trisolini R. pag. 43 Truzoli R. pag. 24 Valentini L. pag. 47 Varinelli A. pag. 38 Viganò C. pagg. 24, 38, 48 Ylli A. pag. 52 Ylli D. pag. 52 Zabotto M. pag. 48 Zangrando A. pag. 45 Zeppetelli E. pagg. 49, 50, 51 Zeqja A. pag. 52

Ferrari B. pag. 31

Ferrari P. pag. 51

Polimo A. pag. 47

Porcelli E. pag. 21

Percezioni personali e relazionali del tempo nella patologia e nella riabilitazione. Parte 1

di Sara Bignamini*, Massimo Rabboni**

Abstract

This paperwork aim is to probe patient time, considered as an alive and crucial entity and what's the patient feeling about it and how people around him perceive it. During this process we have tried to focus on the different meanings of time. We have also tried to understand how the wide resonance of time pathological implications alters the patient habits and his daily life. We have analyzed the different tools used for the paperwork, like the diary and the semi-structured interviews, and the different characters involved: the patient, his family and the health worker. The purpose is to reflect on time nucleus and his particles, using the three different character point of views.

Questo lavoro vuole sondare il tempo del paziente, come entità viva e determinante, così come lui lo percepisce e così come è inteso dalle persone che ha intorno, cercando di porre attenzione alle dissonanze di significato attribuite allo stesso fenomeno. Si cerca anche di capire come la massiccia risonanza delle implicazioni "patologiche" proprie del tempo agisca sull'individuo e sulla sua capacità di vivere quotidianamente.

Premessa

Quello che si cerca di indagare corrisponde alla consapevolezza della propria quotidianità, della propria gestione del tempo, e da queste qualità sondare la percezione del proprio contesto, della propria durata, del proprio trascorrere o cristallizzarsi. Quello che interessa è l'oggi, il tempo di una giornata, o meglio di una settimana, in persone ormai visibilmente "ordinarie", solo relativamente connesse a un servizio. Protagonista è quindi il tempo. Per esperienza il tempo non può non esistere e questa evidenza la si coglie nel suo trascorrere. Noi invece avremo l'impudenza e forse imprudenza di considerare l'ipotesi secondo cui il tempo nella vita del paziente non esiste in quanto coincide con il vuoto. Questa ipotesi è rimasta salda e non è mai caduta ma le considerazioni stimolate da questo lavoro hanno scatenato altri punti cruciali da analizzare meglio. Primo fra tutti i punti è il trovare la risposta alla domanda: "Chi considera il tempo vuoto?", dunque chi compie questa azione? Il paziente, l'osservatore di parte quanto può esserlo solo un familiare, l'osservatore attento quanto può esserlo un operatore, tutte queste figure o addirittura nessuna di queste? Altra domanda è: "Cosa caratterizza un tempo vuoto?" Ovvero quali sono le peculiarità di un tempo non denso ma immenso? Quella su cui ci si è soffermati è la fase residuale, proprio quella in cui è possibile iniziare la riabilitazione, quella in cui il paziente è pronto a rimpossessarsi della propria vita e della propria autonomia. Sorge così un problema: l'immobilità. Osservando l'evolversi del lavoro si è potuto osservare come, senza eccezioni, la condizione principale fosse un miscuglio tra sintomi depressivi e personalità del soggetto. Qualunque sia l'esperienza passata il presente è grigio e vacuo. Questo fa pensare che, una volta che si è lottato contro la patologia vera e propria, si debba lottare contro una sorta di melanconia definita come uno "stato psichico caratterizzato da un'alterazione patologica del tono dell'umore, con un'immotivata tristezza, talora accompagnata da ansia, e con inibizione di tutta la vita intellettuale."[1]. L'unico tempo a cui si oserà fare riferimento è

quello individuale perché risulta inutile, in questo caso, considerare un tempo come unità di misura a meno che l'unità di misura non sia creata dal soggetto. Quello che a noi interessa è il valore attribuito al tempo, il suo significato per il soggetto. La sua qualità, la sua percezione, secondo criteri interni od esterni alla persona ma pur sempre personali. Altro punto interessante è il legame con le diverse istanze del tempo, e con quale di queste effettivamente il paziente sia legato, in quale di queste si ritrovi a vivere. Sant' Agostino insinua grossi problemi: "Che cos'è dunque il tempo? Se nessuno me lo chiede, lo so; se voglio spiegarlo a chi me lo chiede, non lo so più. E tuttavia io affermo tranquillamente di sapere che se nulla passasse non ci sarebbe un passato. E se nulla avvenisse non ci sarebbe un avvenire, e se nulla esistesse non ci sarebbe un presente. Ma allora in che senso esistono due di questi tempi, il passato e il futuro, se il passato non è più e il futuro non è ancora?"[2]. Quindi mentre ci confessa che passato e futuro non esistono, perché sono finiti o devono ancora iniziare e l'unica cosa che esiste è il presente che trascorrendo si annulla, aggiunge anche: "Ma come può decrescere o consumarsi il futuro che non esiste ancora, e come può crescere il passato che non esiste più, se non in quanto esistono tutti e tre nella mente che opera questo processo? Perché è la mente che ha aspettative, fa attenzione, ricorda: e quello che si aspetta le si fa oggetto di attenzione per divenire oggetto di memoria. Chi nega allora che il futuro ancora non esista? Ma c'è già l'aspettativa mentale del futuro. E chi nega che il passato non esiste più? Ma nella mente ancora c'è il ricordo del passato. E chi nega che il tempo presente sia privo di estensione, poiché passa in un punto? Ma ciò che perdura è l'attenzione attraverso la quale ogni cosa si abbia presente sconfina gradualmente nell'assenza. Quindi non è lungo il tempo futuro, che non esiste, ma un lungo futuro è un'aspettativa a lungo termine di cose a venire, e non è lungo il passato, che non esiste, ma un lungo passato è una memoria di lunga durata delle cose avvenute."[2]. Sorge qui un grande problema, dato dal fatto che i pazienti indagati raramente vivono in un tempo presente e più spesso vivono in un presente del passato, e così causano un blocco di tutto il meccanismo. Vivendo in un tempo passato non esistono, proprio come il tempo passato non esiste se non sotto forma di memoria. Quindi il paziente vive sotto forma di memoria, memoria di quello che è stato, che rimuginando è pian piano diventato quello che vorrebbe essere. Questo causa un vizio: il prediligere a un presente-esistenza un passato-inesistenza. L'individuo contemporaneo manifesta una sempre maggiore sensibilità nei confronti del tempo e del suo uso, del suo valore. È meno raro che sia avvertito come nemico piuttosto che sia vissuto come alleato. Soprattutto quando al concetto di tempo spesso si associa il concetto di cambiamento, di trascorrere. Il tempo del paziente è oggettivamente vuoto, ma vuoto rispetto a cosa? Secondo che criterio? Oggettivato da chi? Eppure appare sensato affermare che una persona isolata dal mondo, che usa il dormire come potente mezzo per far passare un tempo altrimenti insostenibile, che non sente il bisogno di avere un obiettivo nella vita o che non vede la necessità di avere interessi, abbia a disposizione solo un tempo vuoto. Appare sì sensato ma non necessario. Perché quel tempo che noi ci azzardiamo a codificare potrebbe essere pieno di valore a noi sconosciuto o ancora meglio potrebbe avere un senso. Potrebbe essere un sospiro nell'attesa di iniziare qualcosa che non si riesce a fare, potrebbe essere il vento prima della tempesta, magari proprio quel vento che lotta contro la tempesta perché questa non arrivi. Potrebbe essere il giusto contrappasso per un'inquietudine inafferrabile dalle parole e intramontabile dal soggetto. Detto questo non è da escludere l'ipotesi di un dolce far nulla, espressione di un vantaggio secondario, della marmorizzazione dell'esperienza in una realtà fin troppo tranquilla, che non preveda il minimo accento, la minima lotta, perdendo di significato e sapore. La caratteristica del tempo che, con più facilità è compromessa nel paziente osservato, è la durata. Le durate sono fissate "nelle aspettative generali, secondo un modello definito collettivamente di durata che sopporta con diverse elasticità (sempre e comunque scarsa) la possibilità di essere alterato in seguito all'iniziativa individuale. La pena è la devianza ovvero l'essere colpito dalla generale disapprovazione come accade a tutti coloro che dimostrano di non avere orari, la

cui vita non risulta sottomessa ad alcuna disciplina temporale."[3]. La metodologia scelta si fa carico di una particolarità: ciò che viene registrato non è l'azione ma il valore che gli viene conferito dall'attore. Ouesto, da un lato mina la sovrapposizione dei diversi strumenti ma dall'altro approfondisce e indaga in modo non anonimo quello che si nasconde negli interstizi tra un'attività ed un'altra. Tutto questo per non perdere il sottointeso, che è spesso talmente sottointeso da non essere colto. Fermarsi all'apparenza non ci interessa, ci interessa invece venire distratti dalle personali definizioni di tempo e dalle personali espressioni di bisogno. "Nonostante i numerosi espedienti adottati per rendere più ricchi e qualitativi i dati dei time-budget rimane del resto innegabile e va quindi ribadito quello che è il loro limite fondamentale: la grande differenza che esiste sempre fra l'attività che viene registrata e il significato che l'individuo le conferisce."[3]. Alla fine di tutto, concludendo, rimane un retrogusto, si lascia aperta una riflessione, che poi tenteremo di colmare. Questa questione riguarda il momento in cui si fanno collimare gli sguardi e si nota che il paziente mente prima di tutto a se stesso, per proteggersi dal discredito e per salvaguardare le impressioni da lui incoraggiate negli altri. Quindi il paziente si difende dall'esterno, si protegge, in seguito all'interiorizzazione di un disagio sviluppato nel tempo. La voglia di appartenenza ad un mondo "reale" sembra però talmente necessaria da doverla talvolta inventare, quando si è in presenza di altri. Il paziente non regge, spesso, il ritmo impostogli dall'esterno, e non regge nemmeno l'ammissione di una tale mancanza. Il passo successivo è farsi vedere "pronto", dichiararsi "pronto" per la sua entrata nel mondo reale. L'operatore dal suo punto di vista privilegiato spesso non è però d'accordo. Lui non mente, nota quel piccolo pezzo di tarsia che stona con il contesto, che allontana il paziente dalla possibilità di ritmi condivisi con la comunità. Il paziente quindi vorrebbe di più, ma è lui stesso il primo a non essere pronto a fare un passo avanti, ad accogliere il cambiamento.

Premessa teorica ragionata

Ora preannunciamo ciò che del tempo proseguirà con noi:

- Lo scorrere del tempo condizionato da eventi esterni, poco controllabili, e da eventi interni, maneggiabili con cura.
- La durata del tempo. E nello specifico la dilatazione del tempo. L'attesa. Il motore del tempo.
- La conoscenza del proprio tempo.
- La risposta alla domanda: Il film di cui il paziente è il protagonista e il narratore, eterodiegetico od omodiegetico ma pur sempre nascosto si svolge in tempo reale?

Relatività: Il tempo origina con noi e dunque, se noi non gli permettiamo di avanzare, scorre fedele al nostro fianco, trattenuto nel suo impeto. Se noi corriamo lui corre via, se noi soffriamo lui soffre e ci abbraccia, se noi siamo felici e osiamo dimenticarci di lui allora lui, offeso, ci aspetta a casa, sapendo che dopo un attimo saremo lì anche noi, a chiedergli scusa, sperando che non ci faccia scontare troppo lentamente la pena. È quindi un nostro compagno che, relativamente, ci ritroviamo al fianco. Relativamente perché anche lui cambia e cambia nella misura in cui noi cambiamo. Noi siamo l'unico punto di riferimento che può far apparire il nostro tempo per quello che è. Il tempo senza qualcuno che lo vive è imperfetto, limitato. Si cercherà quindi di parlare di tempo proprio, cioè quel tempo misurato in un sistema di riferimento solidale con il fenomeno di cui si misura la durata. Tutto ciò che noi cerchiamo di misurare è suddito del sistema di riferimento: la persona.

¹ Narratore eterodiegetico: esterno alla storia, non è coinvolto nella trama e si limita a raccontarla.

²Narratore omodiegetico: interno alla storia, è un personaggio (il protagonista o un personaggio secondario).

³ Narratore nascosto: non conosce nel dettaglio le situazioni narrate. Di conseguenza affianca delle supposizioni e opinioni personali alla descrizione degli avvenimenti. L'opposto del narratore onnisciente che conosce alla perfezione situazioni del presente, passato e futuro; conosce la psicologia dei personaggi, ciò che pensano, come agiscono, perché agiscono.

Densità: La densità è il repellente per la diluizione del tempo. Un eccesso di densità provoca un aumento della pressione, un eccesso di pressione del tempo sulla persona causa un livido. Il livido porta con sé dolore e occhiate fugaci di dissenso. Dall'altra parte però una diluizione eccessiva porta a delle crepe, a un ampliamento dello spazio che costringe a continui sforzi per mantenere un'integrità, ed anche questo causa occhiate di disappunto. Funziona solo, per semplicità, ciò che è ordinario. E spesso questa normalità si dimentica della qualità.

Slancio personale: Nel concetto di slancio personale possiamo scorgere una dimensione maggiormente spaziale, in realtà però per percorrere uno spazio è necessario un tempo, ed è a questo che noi ci collegheremo. Una spinta nel percorso temporale permette la creazione di un qualcosa che è al di là dell'adesso, di qualcosa che viene, ed è quindi ad ora distante da noi sia spazialmente che temporalmente. La distanza allora sarà la protagonista di uno slancio verso qualcosa. Distanza che portata all'estremo può essere fusione o, cosa per noi più importante, isolamento. Analizzando un tempo vuoto, ci si è trovati inevitabilmente davanti ad un vuoto anche spaziale. Le due dimensioni, i due vuoti, si compenetrano e creano una situazione quasi paradossale, ovvero una non esistenza, poiché senza un tempo e uno spazio la vita non sembra possibile.

Velocità: Rappresenta forse una delle problematiche più scottanti nel disagio. Disagio che quando è psichico non è solo psichico ma soprattutto fisico. Il paziente sente di non riuscire a muoversi, di essere impossibilitato fisicamente, si nasconde dietro al corpo, perché quello si presta ad essere insultato mentre la mente può nascondersi dietro la sua non palpabilità. Un corpo fermo, che non ha velocità e che quindi non ha avvenire, perché per raggiungere qualcosa bisogna tendere verso questo qualcosa, e di sicuro agognare la collisione con quello che stiamo aspettando non è un'alternativa riuscita. Il punto focale della questione è rappresentato dal momento in cui lo slancio vitale ci attraversa e acquista un' identità. Le sue connotazioni non cambiano ma si parla ora di slancio personale. Tutto quello che si muoveva, si muove ora per noi, tutto quello verso cui si tendeva, siamo noi a tentare di raggiungerlo. Questo cambio di prospettiva non è per nulla banale dal momento che è ciò che permette un'accelerazione.

Motivazione: Se nel mio movimento non vi è motivazione, mi muoverò maldestro, distratto, lento. Di conseguenza appare ovvio il "bisogno di riconquistare i nostri diritti individuali sul tempo, bisogno che sentiamo a volte con nostalgia pungente."[4]. Bisogno che nei pazienti psichiatrici è ancora più atavico perché la loro necessità di un senso di appartenenza ad un tempo comune non è colmata. La voglia di essere qualcun altro prevale sulla ricerca di se stessi e del proprio tempo. Il mio avvenire necessita che io sia presente e lanciato per avvenire. Se sto fermo il mio avvenire si rintana in me a fantasticare il giorno in cui oserò liberarlo per vedere succedere delle cose. Rimuovere l'istituzione dell'abitudine è consigliabile per tutti, cercare di risvegliare la consapevolezza di poter cambiare, di non essere scontati e di non sentirsi tali.

Il desiderio: Sul piano meccanico, il tempo per proseguire ha bisogno di un motore, che per funzionare necessita di carburante e di una combustione interna. Se questa potenza è usata per raggiungere una destinazione allora ci sarà uno spostamento, se invece l'attrito è eccessivo lo sforzo subito dal motore potrebbe danneggiarlo e lasciarlo fermo, almeno fino a che non possa essere riparato, o farlo implodere. Per percorrere la strada che ci porta da casa nostra all'obiettivo è necessario partire proprio da casa nostra, dalle fondamenta, dal passato e dalla memoria di esso. Sarà lui il carburante, ma toccherà a noi decidere se utilizzarlo per accendere il motore, oppure, presi da un freddo improvviso, utilizzarlo tutto per accendere un fuoco che ci mantenga in vita in casa nostra. Dunque, viaggiare verso altri posti, verso l'altro, o stare fermi nel proprio nascondiglio, in letargo, sognando posti da vedere in un'altra vita,

mentre sopravviviamo? Avere un traguardo non basta da solo per creare movimento, deve tenere conto del desiderio di muoversi del soggetto.

L'attesa: Il tempo dell'attesa rappresenta un tempo interstiziale, schiacciato dall'importanza dei tempi in cui si insinua: è un tempo trascurato, che tende a sfuggire alle rilevazioni. Generalmente messo in secondo piano è invece il nesso tra gli avvenimenti, tra passato e futuro, tra prima e dopo. È un tempo esterno che ha però una sua dimensione ben definita nel nostro interno: un'attesa è dal punto di vista di chi la vive una vera e propria azione, per di più molto costosa. Aspettare o attendere significa "essere con la mente e con l'animo rivolti a persona che deve arrivare o a cosa che deve accadere", aspettarsi o attendersi allude al fatto di "prevedere (con speranza o con timore) che una cosa avvenga."[1]. Quindi è necessaria una distinzione: attesa di qualcosa che deve arrivare/essere raggiunto, e attesa non meglio specificata. La distinzione tra le due si esplica nel movimento. Nella prima accezione io mi muovo verso (se non fisicamente, almeno mentalmente), nella seconda non mi muovo, ma anzi resto sospeso, sospendo. Attesa viva contro attesa frustrata. Attesa vissuta come esperienza oppure attesa priva di significato. Ma se guardiamo "L'attesa" da un'altra prospettiva la scorgiamo come aspettativa esterna ovvero l'attesa che qualcuno agisca in un determinato modo. Che agisca in base a ciò che gli altri si aspettano da lui, o meglio dal suo ruolo. Ed ecco che in un attimo tu appartieni alle previsioni degli altri. Ma non è un "ti aspetto" bensì un "mi aspetto da te". Ed infine attesa come preparazione, come respiro, come time out per ricevere consigli tattici dall'allenatore prima di tornare in campo, ognuno nel proprio ruolo.

Patologia: Il tempo che un individuo vive in una giornata è suo. O forse no. Quando la patologia subentra tirannica nel tuo tempo quotidiano, non sembra chiedere il permesso di spostare i mobili che erano sempre stati in quel punto. Lascia indisturbata le sagome che emergono dalla polvere sul pavimento. Lascia i graffi sul legno fresco, graffi difficilmente riparabili. La patologia toglie sicurezza, soprattutto quando è passata. Porta con sé la paura del ritorno, della ricaduta. E porta con sé la vergogna di quello che si è fatto, di quello che si è stati. Così, in un continuo tentativo di riscatto e rimozione del passato, non ci si riesce a staccare da esso. "Mi allontano dal presente, dall'oggi consumato dalle ansie e dalle preoccupazioni e sprofondo immediatamente negli abissi di una memoria lontana e vicina; nella quale galleggiano esperienze vissute significative e scolorite, luminose e oscure, lampeggianti e pietrificate. La memoria mi aiuta a vivere: mi aiuta a recuperare e a riscattare la fatica di vivere. Cosa ritrovo nella memoria che mi toglie istantaneamente dalle realtà che mi circondano, e che fa rinascere nel mio cuore altre realtà sconosciute e conosciute, dimenticate e riconosciute?"[5].

Contatto vitale con la realtà: Nel momento in cui lo slancio vitale riprende fiato, subentra a dargli il cambio il contatto vitale. Dopo il moto subentra il rilassamento, dopo lo sforzo la distensione. Il contatto vitale è quindi una stasi attiva, un guardarsi attorno dopo la corsa per capire dove si è, per riprendere i punti di riferimento, per prepararsi per il prossimo percorso. E il compagno della nostra corsa è il tempo. Lo vediamo davanti a noi, svoltiamo l'angolo subito dopo che l'ha fatto lui. Ci prefissiamo tutte le volte di raggiungerlo. Arrivare là dove è lui è il nostro obiettivo, inseguiamo il divenire, e quello che nel divenire speriamo di trovare, desideriamo di trovare. Ma nel momento in cui decidiamo di fermarci, ci fermiamo insieme. Aderiamo l'uno all'altro. Osserviamo gli stessi paesaggi. Siamo pari. La dimensione del presente si dilata, facendoci vedere tutto ciò che abbiamo intorno a noi. Stimola la nostra curiosità verso la realtà circostante. Ci permette di sentirci una parte del tutto, di sentirci inseriti in un tessuto che comprende tutto ciò che abbiamo intorno. Il contatto fornisce una qualità al presente, lo rende vitale, reale. Volevo però considerare un caso estremo: quando c'è un assenza di slancio personale ma non vi è presenza neanche di un contatto con ciò che ci è di sfondo. In questo caso si può parlare realmente di una vita ripiegata su stessa, concentrata su se stessa e relegata in

un tempo non reale, non presente. Questo è il caso di chi si rifugia nel passato. Questo preclude l'attivazione del soggetto verso ciò che al di fuori di lui si sta muovendo. Dipende tutto da dove la persona sta guardando. Se guarda l'orizzonte allora attiva uno slancio vitale. Se si guarda intorno allora agisce un contatto vitale con la realtà esterna. Se guarda dentro di sé cercando di ricamare su quello che già indossa allora non apparterrà a una dimensione avvicinabile dagli altri.

Direzione: Il ricordo del passato diventa doloroso quando consiste nel contrasto tra la presenza reale endopsichica del passato e la sua irrimediabile inesistenza oggettiva. "È il rimorso che ci rende plausibile la retrospezione della vita. Poi la retrospezione, dimentica delle sue origini, dimentica anche della propulsione che primitivamente genera, si emancipa fino a diventare un attitudine autonoma. Essa ci porta verso il passato dell'oblio, o anche verso il passato semplicemente. Quando guardiamo dietro a noi, scopriamo prima di tutto la forma generale del passato nella sua tonalità particolare, il regno delle ombre, dell'oblio e del silenzio. In esso ci smarriamo, perché è buio. Qui non c'è chiarezza, non c'è orizzonte, tutt'al più una prospettiva che va a perdersi nelle tenebre dell'infinito. Sembra quasi che le tenebre crescano nella misura in cui tentiamo di squarciarle: nebbia leggera dapprima, diventano alla fine notte impenetrabile; lo sguardo vi affonda come in una massa solida, ma non vi scopre nulla."[4].

Consapevolezza: Nell'arco di una vita, ripensando a tutti i tempi di cui una persona è protagonista, si può fare l'errore di dimenticare il tempo di malattia. Magari perché in quel momento il soggetto non è protagonista ma piuttosto subisce. Magari perché il tempo di malattia non è neanche un tempo vivo, è solo una sospensione. Forse perché è un tempo che si rimpiange e si rivanga con molto dolore. Oppure la malattia, per il tempo in cui rimane in vigore, estromette l'uomo dal contesto, dagli altri; lo allontana dal cerchio di cose che può raggiungere, lo isola. Questo per qualsiasi malattia. "Una delle caratteristiche fondamentali del tempo della malattia è data dall'incertezza che lo contraddistingue: incertezza circa l'insorgere dell'evento, riguardo alla sua durata e circa il suo stesso esito finale (guarigione completa, cronicizzazione, decesso). Si noti quanto questo intrinseco carattere della malattia si opponga ai tratti della cultura temporale dominante: la malattia infatti, se si adotta la prospettiva del malato, è contrassegnata dalla perdita della capacità di programmazione di tempi e attività, così come dal fatto di sottostare ad una perdita di efficienza, dal momento che essa di solito inibisce l'attività professionale dell'interessato e in molti casi ne ostacola o rallenta le stesse attività fisiologiche e i movimenti." [6]. E se il modo in cui li vede la gente fosse il modo in cui si vedono anche loro?

Riabilitazione: "Come è difficile decifrare le tracce di un volto quando il dolore abbia a graffiarlo e a segnarlo; ma cercare di leggere un volto nel suo silenzio e nel suo mistero è possibile solo se, nell'altro, si riesca a intravedere e a cogliere il suo segreto e solo se, nel fare questo, si riesca per un attimo a creare una comunità di destino."[5]. Poeticamente si crea con l'altro una comunità di destino, razionalmente il nostro obiettivo è creare una comunità, un'assonanza con il tempo dell'altro, e quindi lavorare con lui ad un progetto nel modo in cui lui può sporgersi verso questo progetto. Muoverci con lui e soprattutto alla stessa velocità. Essere proprio quell'avvenire che è sempre un passo avanti così da stimolare il movimento, ma pronto a farsi raggiungere appena ne scorge il bisogno, appena scorge la necessità di riprendere fiato. Fargli dimenticare per un attimo il passato per concentrarsi sull'azione che sta facendo adesso. Riappropriarsi del proprio corpo nel giusto tempo: il tempo presente, sufficiente e necessario per creare ragnatele sociali, per rendersi conto di quello che noi "sassolino" provochiamo nell'"acqua" con il nostro movimento. Quindi la riconquista di un tempo attivo, variabilmente attivo ma pur sempre, anche minimamente, attivo, per non lasciare che la noia trasudi nel soggetto, per non lasciare che i colori si mescolino e diventino tutti un ammasso scuro e opaco. Viaggiare assieme indiscutibilmente prevede anche di sostare assieme a ogni fermata per il tempo necessario a ripartire. Il

tempo di cambiamento, in ogni luogo lo si osservi, è dilatato, spetta a noi non dilaniarlo e non lasciare che si dilani. I tempi lenti non devono assolutamente diventare tempi vuoti o tempi persi, arrestarsi, pena la perdita del senso del percorso, sia per il paziente, che per la famiglia, che per l'operatore. Si è cercato attraverso lo strumento creato di far captare il disagio percepito, anche da parte dei pazienti, riguardo al loro modo di usare il tempo. Emerge che assolutamente non hanno bisogno di più tempo, perché quello che hanno è già abbastanza per farli sentire schiacciati da esso, con la sua imperiosa cadenza. Serve organizzarlo, restituendo a una dimensione di collegamento i tempi interstiziali, accentuando la dignità di ciò che collegano.

Metodologia

Lo sviluppo della metodologia ha necessariamente dovuto tenere conto della particolarità del soggetto da indagare: il tempo. A volte impalpabile, a volte compagno di vita invadente, spesso qualità perduta e ancora più spesso dote consumata aspettando lo sposo andato in guerra. Il tempo personale finisce per non avere dei confini, delle definizioni, ma questo non costituisce un problema, dal momento che chiedendolo al soggetto si ha subito una delucidazione. "Come definiresti il tuo tempo?" diventa per noi il mezzo principale per creare definizioni il meno generalizzate e oggettive possibile. Per affrontare questa indagine si è dovuto trovare il metodo adatto per stimolare una reazione nell'altro. Per scandagliare il tempo del soggetto non ci si è soffermati sulla semplice richiesta verbale, comunque necessaria. Si è cercato il modo di rendere il paziente attivo, così da mettere in pratica le parole. Per ottenere risultati da un'inclinazione diversa si è cercato un supporto inusuale: il diario. Il diario ha permesso di porre indirettamente le stesse domande, variando però il mezzo di comunicazione, il tempo della comunicazione, il destinatario, il codice comunicativo. Ciò che non cambiava era insomma il soggetto. Ed è a lui che si è chiesta una dimostrazione di ciò che fino a un secondo prima era stato solo narrato. E così ha iniziato ad esistere un oggetto tanto soggettivo quanto lo è stato il replicare alle mie domande. Forse anche più personale di quest'ultime. Di sicuro più impegnativo, anche solo per la richiesta di costanza in esso presente. Metodologicamente è come se volessimo arrivare al di là di quello che viene detto, senza per questo scostarci dal parere del soggetto. È sempre lui che descrive le cose, ma una volta – nell'intervista – lo fa operando un riassunto, mediando tra gli alti e i bassi della descrizione del suo tempo. La seconda volta - con il diario - scrive il presente, ciò che succede, che non può contenere contemporaneamente qualità opposte ma descrive una situazione precisa, un tempo preciso. La partecipazione si è allargata anche oltre, per sfumare i confini propri del soggetto e arrivare anche in periferia, dove si trovano i quartieri meno frequentati, solitamente poco visitati dai turisti perché lontani dalle grandi attrazioni. L'indagine si è dunque servita di tre grandi gruppi, utili a fornire una immagine in 3D della situazione una volta uniti. Il primo gruppo è quello dei pazienti, il più accessibile ma anche il più riservato. Si potrebbe dire il protagonista. È in lui l'inizio e così la fine. È il suo l'unico tempo a cui si fa riferimento, di cui si vuole parlare. Il secondo gruppo è composto dai familiari. Da una parte demoni e dall'altra risorsa inestimabile. Il loro punto di vista è il solo che si allunga sulla quotidianità del soggetto e ci resta. Sono loro che scorgono l'immobilità del convivente e si perdono nel dolore di non poter fare niente, di non essere abbastanza. È una risorsa quasi logorroica, quella dei familiari, che freme dalla voglia di essere ascoltato, che chiede di poter fare qualcosa per rivoluzionare l'esito della battaglia. E solo alla fine si aggiunge l'operatore che il paziente ha segnalato come quello "di riferimento". Subentra il personaggio del retroscena, quello che osserva il paziente e lo conosce ampiamente: vede parti sconosciute al soggetto e parti sconosciute alla famiglia, vede il cambiamento o se non altro il movimento del paziente. E soprattutto ha in mente il luogo in cui si vuole arrivare, in cui si può arrivare, in cui non si riesce ad arrivare. È la parte consapevole dei limiti ma anche pronta a superarli se il paziente è pronto. Per sondare i fondali del tempo lo strumento utilizzato è quindi la narrazione. Narrazione sia orale che scritta, per non lasciare che il mezzo costituisca un ostacolo. Inoltre, "la narrazione stimola *domini mentali* e aiuta l'individuo a collocarsi nel tempo e nello spazio, a ritrovare un *Self* nel lavoro sulla propria memoria, a riconoscersi e a riscoprire una propria appartenenza sia individuale che sociale."[7].

Il diario

Per maggiore chiarezza, prima di spiegare in che cosa consiste questo strumento e come è stato formulato, spiegheremo da cosa si discosta, per non creare legami fuorvianti. Quindi anzitutto nominiamo i bilancio tempo (time budgets) che ci portano a notare come non si parli più di tempo ma di categorie, di spazi occupati da qualcosa, di sezioni del tempo totale disponibile. Emerge una quantità e non una qualità, aspetto per noi invece fondamentale. È come se il tempo fosse una scatola. paradossalmente vuota, provvista solo di un'etichetta che ben documenta quello che c'è all'interno. Ogni azione può essere riposta in una scatola poiché ha una sua ben precisa definizione. Ma, indipendentemente da quanto metti nella scatola, il suo volume non cambia, perché facendo un mero bilancio si finisce per dimenticare la motivazione, la qualità, la ruvidità della superficie su cui ci si è mossi. Ed è proprio tutto ciò che sottende l'azione che a noi interessa. Vogliamo trovare quello che c'è dentro il contenitore, e, nel caso, quello che manca. Senza contare la maestosità dei già citati tempi interstiziali, che sono imbastitura o sutura dei vari tempi che per noi hanno un senso, dei tempi di cui riconosciamo l'esistenza. Il diario, così come è stato formulato, ha come riferimento le cose a cui ogni soggetto riserva importanza. È lui che crea il cronometro ed è lui che crea l'atleta. Tutto il resto non è rilevante. Anzi le azioni considerate inutili vengono schiacciate nell'angolo, sminuite, quasi denigrate. Anche se questo volesse dire che il tempo è riempito solo di ologrammi minuziosi creati apposta per reggersi l'uno con l'altro e costruire un rifugio. Analizziamo ora il documento allegato:

- È uno strumento soggettivo, permette di apporre personali modifiche.
- Si svolge per un tempo definito: 7 giorni, possibilmente consecutivi. Un tempo mediamente lungo, per un impegno lievemente sostenuto che comprenda ogni giorno della loro routine, anche i giorni "liberi".
- Assoluta segretezza del documento per permettere un libero utilizzo dello stesso e per escludere qualsiasi giudizio. Garantendo l'anonimato lo spazio del foglio ha diminuito la possibilità del suo utilizzo come pubblicità o il suo non utilizzo per paura.
- Possibilità di autogestione del carico del lavoro e dell'organizzazione dello stesso.
- Ogni annotazione tiene conto dell'indicazione: "Se lo ritiene importante".
- Unica regola: segnare la data e motivare gli eventuali giorni in cui non si è riusciti a fronteggiare la richiesta.

Divisione fittizia per rassicurare il paziente e non lasciarlo di fronte a un foglio completamente bianco. La giornata è divisa in tre sezioni:

- Mattina, Pomeriggio, Sera come segmento ed esemplificazione della giornata. È stato ripreso lo schema del centro diurno che spesso coincide con l'organizzazione del tempo del paziente: attività del mattino, attività pomeridiane, ritorno a casa e gestione della serata in famiglia fino all'ora di coricarsi.
- Nota del giorno. Sezione generale, per operare un riassunto e segnalare i dettagli più salienti della giornata.
- Qualcos'altro? Per non permettere l'esclusione di avvenimenti non inerenti, secondo il soggetto, alle sezioni precedenti. Per aggiungere qualcosa a cui il paziente pensa. Per creare uno spazio a sé stante, inserito nella stessa pagina.

:	DIARIO, giorno 6, data: 09/12/2014 giorno della settimana: MATTERÀ mattina
	Pomeriggio HO DORMITO FIND AUR 5 POI HO SUONATO UN PO LA CHITARRA TUTTO ABBASTANZA TRANQUIULO SENZA ANSIA O PENSIERI PARTICILARI
	Sera HI SOND ANDARD A CORCARD PRESTO VERSO LE 9 ANCHE SE AURUD ANKORI HI SOND ANDARD A CORCARD PRESTO VERSO LE 9 ANCHE SE AURUD ANKORI VOGLIA DI SUONDRE UN PO, MA PURTICIPPO DI SERA NON POSSO PERCHE I VICINI VOGLIA DI SUONDRE UN PO, MA PURTICIDIA CHE DEVE PORMIPPE
	Nota del giorno: GIORNATO TRANQUINA
	Qualcos'altro?
:	Ougstions via numero (0.1.2

DIARIO, giorno 7, data: 02 12 giorno della settimana: Juned-

Mi sons reglists alle 11,00 old methens Lo fello - colorione lello Pene Quotidiana Ho portete le immondère negli oppositi hobni trolomi, ho fetto il lelto.

Pomeriggio Ho louvato i pretti e la prepareto olne lobbiglie ob nino ple regular Mego-lage

sera Ho passoto di Ho il pomenzoso e le sue sul ourano e rule Monmi e a rentine le rodio: É stoto fantestice, un jantestico ma Mamento, non la neun Le - le me to ; prendero le pertiglie oulle notte:

Nota del giorno:

HIOBBLIGAVO AD ANDARR AROMA AL GOVERNO LON I MILITARY! SONO TUTTI PAZZI MA PROPRIO TUTTI PAZZI

Qualcos'altro?

VEDRENO IL KUTURO'. TORNO A SCUOLA INGE GIRRIA ACLI UNIMERSITO

Questionario numero: @ 1 2

DIARIO, giorno 2, data: 28.04.15 giorno della settimana: MERC

Mattina CENTRO DIURNO_
POCA VOCLIA DI FREQUENTARE, POCA VOCLIA DI PARLARE
PORSE PERCIIÈ ITO FATTO, FATTICA AD ADDORTENTARNI
E HI RITRO VO ASSOUN ATISIMO.

IL GRUPPO OGGI MON MI HA ENTUSM SMATO ...

NEUL RIUNIONE DECIDO DI ASSOUTARE, MI SI
PARLA SETIRRE DI COSE NOIOSE TIPO I PRESEPI XD
SARA MELLA MILA POCA CONSI DERA 200 ME PER GLI
PSI COLOGI, MA IL DOTTO RE MI DA SETIPRE
MENO FIDUCIA

ANDIAN A PILANZO, CHAPEAN!

Pomeriggio VOCLIO DARTIRE UN PO E DOPO AJERIO FATLA
VADO A TROUA RE TILA HONNA CHE E EMPRE
CARNA CON ME ED 10 CON LEI.
HI OSPITA PER CENA E CHIACEMIERIAMO UN PO!

Sera

Nota del giorno: POCO PRODICENTE, MIA TARRA NOTA CHE DI

Qualcos'altro? STO INIZIANDO A PENSARE AL WEEK END

Questionario numero: **Q** 1 2 1 2 3 4 5 6 **Q** 8 9 0

DIARIO, giorno 1, data: 18-11 giorno della settimana: 18-21

mattina MARTEDI - MI SONO ALZATO TARDI-ESONO - ANDATO

A-MANGIARE UN PANINO

MERCOLEDI-COME AL SOLITO MI SONO ALZATO - TARDI.

SOMO ANDATO - A-FARE COLA ZIONE. E POI O MANGIATO UN

PANINO. GIOVEDI SONO ANDATO A FAR-COLAZIONE

POI SONO ANDATO A LORETO. EO FATTO CA POLENTA

POMERIGIO
HO FATTO LA LAVATRICE MARTEDI
MERCOLEDI-O SCAMBIATO-BDE PAROLE-CON-LA-BONNA
DELLE PULIZIE. POI OLAVARO LE LENZUDCA

DELLE PULIZIE. POI OLAVARO LE LENZUDCA

DEPERATORI CIOVEDI SONO STATO A RIPO SARE SUL-DIVANO
SONO ANDATO AL SUPERMERCATO A FARE SPESE
SONO ANDATO AL SUPERMERCATO A FARE SPESE
ADORO SIAMO ANDATI A BEREUN GAFFE

SONO ANDATO AL CENATO E SONO ANDATO AL CINEMA-IN

COMPANIA. MERCOLEDI O QUARDATO LA TV

CITO VEDI HI SONO PEPRABATO LA CENA

VENERDIMI-SONO ALZATO TARDI. SONO ANDATO A FARE COCAZIONE
COME LL SOLITO MI SONO FATTO UN PANNINO, SONO ANDATO AL'APRATAME
TO A COMUNICARE CONGLI OPERATORI CHE VOLEVI VEDERE UNODI LORO

L'UTIMO SULLASERASI TRATTAVA-DEL MATTINO.

MARTEDI-OGGI-MISENTO BENE & CHETISI ASPETTA UNA

CIOVEDI-DO MANISPRIA MO CHESIA UNA GIORNATA MOLIORE

Qualcos'altro?

Nota del giorno:

SERA DIVESA

Questionario numero: 0 1 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

DIARIO, giorno 6, data: 21/12/2014 giorno della settimana: DOHELLICA

mattina

QUESTA HYTTIDA HI SOUD ACPATA AUE 9.30 HO TUTTO IL
TEMPO PER PULIRHI CASA VISTO CHE HATTED PUTORNA
OGGI AUE 18.00 ! QUINDI VIA DI SPUGNA SECCHIO E
STRACCIO E FACCIAMO SPUENDERE LA REGGIA ! OGGI NON
SI ESCE COMPRETO RECAX. DOPO TUTTO MANGIO UN PO
DI FRUTTA, MONTIAMO INSIGHE A MIO PADRE IL GIREUD
POMETIGGIO X LA "MOCCIOSA" E DOPO UN PO DI PC MI
RIPOSO ANCORA! VERSO LE 16.00 MI RIATTIVO E IMPACCHE
IMPACCHETTO TOTTI I PEGALINI! ME NE E ARRIVATO UNO
IUASPETTATO DA PARTE DEUE MA AMICA MICHECA CHE
HA UN NEGOZIO DI OREFICERIA, NON SI APRE NUCLA
FINO IL ZS/12/2014 (SONO FELLE DI ESSERE AMICA CUA
E DI SUA SORECIA, HANNO AUUTO ANCHE LORO DISPIACERI HA
ORA SONO FELICI)

SETA MATTEO E RITORNATO SONO LE 18.30 HA APPREZZATO

LE CIABATTE COL PELO CHE GLI HO REGALATO, METTO

A LAVARE TUTTI I PADNI SPORCHI VISTO CHE SUO

PABRE ME LI PORTA INDIETRO (USA I SUOI QUANDO

PABRE ME LI PORTA INDIETRO (USA I SUOI QUANDO

STA OU WI) TUTTE COSE CHE DEVO CASCIAR PERDERE

PERCHE ACTRIMENTI LA RABBIA MI ASSACE!

Nota del giorno: Si HANQIA E POI GIOCHIAMO SEMPRE 10 COL.

PC LUI CON LA XBOX E POI A LETTO TUTTE E DUE

PERCHE DOBBIAMO UEBERE CO SPETTACOLO BI

TEO MAHHUCARI SULLA MAGIA - MATTEO DOPO UN

Qualcos'altro?

POT SI ADDORMENTA E 10 CO SEGNO

SPEGNENDO LA TV (ECCO IL MONDO DEI

SOCIL)

LI NESSUNO E HAUTO E A HE QUESTA POLATTIA PESA BA
FARE SCHIFO

Questionario numero: (0 1 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9 9 0

Le interviste

Una narrazione scritta, con l'omissione di ciò che il paziente decide di omettere, non è abbastanza per un'indagine profonda sul tempo. È quindi venuta in aiuto l'intervista semi strutturata, utile a fornire un contesto e un approfondimento. L'intervista ha meno confini, può essere sistemata "live", può adattarsi al soggetto, può indagare quello che non appare chiaro e nel nostro caso ha permesso la formulazione di domande dirette con conseguenti risposte dirette, senza bisogno di utilizzare la deduzione, come è invece indispensabile nell'elemento precedente. La persona, in questo caso, parla con me, mi racconta, mi vede annuire alla sua storia, vede il mio volto reagire alle sue avventure, alle sue definizioni, alle sue spiegazioni. Non c'è spazio per fuggire, per rielaborare un modo migliore di dire ciò che si è detto. Ci sono i silenzi, ma sono riempiti in fretta, per efficienza o per imbarazzo. Parlando avviene una presa di coscienza di ciò che si dice o se non altro viene creata una statua che è visibile a entrambi. Sta ai due interlocutori decidere cosa fare di questa statua. Assottigliare le sue curve in modo da uniformarle, oppure tagliarsi con gli spigoli creati. Da sottolineare allora l'importanza dell'altro come punto cruciale per la conoscenza di noi stessi. Ci permette di percepirci, ascoltarci, realizzarci e correggerci. L'ascoltarsi permette una flessibilità di contenuti che non avvengono senza un riscontro della plausibilità di ciò che creiamo. L'altro ci serve come riflesso, come alter ego che ci distolga dal nostro morboso egoismo. In qualsiasi comunicazione che non sia diretta manca l'immediata, continua e massiccia presenza reale dell'espressività dell'altro. E di conseguenza manca anche una parte di noi. Nonostante le domande siano formulate in modo diverso i nuclei concettuali affrontati sono gli stessi, indagati però tenendo conto della posizione, del legame, della vicinanza e della conoscenza dell'intervistato. Tutte le domande sono contingenti al paziente. Le domande elencate hanno il solo scopo di fissare il concetto e le aree che si vogliono indagare. Durante l'intervista la formulazione delle seguenti domande verrà adattata strutturandola in base alla persona intervistata per maggiore chiarezza e completezza.

Intervista semi strutturata Paziente

- 1. Si indaga la **rete personale** sociale del paziente.
- 2. Si chiede al paziente di descrivere la sua condizione psicopatologica.

Le sembra che condizioni le sue relazioni? In che modo?

Le sembra che questa condizione influisca sulla sua quotidianità, sul suo tempo? In che modo?

3. Si chiede al paziente come lui descriverebbe se stesso.

Punti di forza, punti di debolezza.

Caratteristiche principali del carattere e delle modalità di relazione.

4. Si chiede al paziente come lui pensa che gli altri lo descriverebbero.

Come la descriverebbe la sua famiglia?

Come la descriverebbero le altre persone dopo averla incontrata per la prima volta?

- 5. Si esplora come il paziente pensa che sarà la sua vita in **futuro** e come e se le cose cambieranno da come sono adesso. Si cerca di capire se il paziente ha degli **obiettivi** a lungo termine e cosa stia facendo per raggiungerli.
- 6. Si chiedono al paziente gli **interessi** che coltiva attualmente.

Quanto tempo dedica a queste attività?

7. Si indaga la **soddisfazione** del paziente sulle modalità di occupazione del suo tempo quotidiano.

C'è qualcos'altro che vorrebbe fare?

Cosa le impedisce di farlo?

8. Si chiede al paziente come lui definirebbe il proprio tempo, in termini di quantità e qualità.

9. Si cerca di capire a quale tempo tra **passato**, **presente** o futuro il paziente si sente appartenere e si indaga il perché della sua scelta.

Intervista semi strutturata Operatore di riferimento

1. Potrebbe descrivermi, se presente nel paziente, la sintomatologia principale?

Sintomi produttivi Sintomi cognitivi.

Sintomi negativi Sintomatologia sociale.

- 2. Nota dei momenti in cui il paziente sta 'peggio'? Da cosa sono caratterizzati?
- 3. Può riassumermi la configurazione, l'organizzazione del rapporto tra Lei e il paziente in questione?

Caratteristiche della comunicazione con il paziente, argomenti principali.

Come il paziente le sembra vivere l'alleanza terapeutica.

4. Potrebbe descrivermi la rete personale/sociale del soggetto?

Persone con cui vive e legame con esse.

Persone che conosce e legame con esse.

Posti che frequenta.

- 5. Potrebbe descrivermi le modalità di relazione del paziente con persone non appartenenti al servizio, per quanto a lei noto?
- 6. Potrebbe descrivermi le attività quotidiane del paziente e indicativamente la durata delle stesse? Lavoro.

Attività di interesse per il paziente.

Attività sociali frequentate dal paziente.

7. Potrebbe descrivermi come, secondo Lei, il paziente **percepisce** il tempo?

Velocità del tempo rispetto alle azioni da compiere.

Tempo personale e tempo sociale: densità.

- 8. Il paziente è soddisfatto di come occupa il suo tempo?
- 9. Potrebbe descrivermi come le dimensioni presente, passato e futuro sono vissute dal paziente?
- 10. Crede che questa percezione sia influenzata dalla sua condizione psicopatologica?
- 11. Crede che la percezione del paziente influenzi la modalità con cui organizza e vive il quotidiano?
- 12. Come pensa che sarà la vita del soggetto in futuro? Ci saranno cambiamenti?

Intervista semi strutturata Familiare

Quantità di tempo condiviso, attività condivise con il paziente.

- 1. Si chiede al familiare di descrivere il tipo di **legame** intrattenuto con il paziente.
- 2. Si chiede al familiare di descrivere la situazione psicopatologica del paziente, se ne è a conoscenza.

Da quanto presenta la sintomatologia?

Il paziente è molto diverso dal passato? In quali ambiti è diverso (lavorativo, sociale, sintomatologico, affettivo, emotivo)?

Adesso quali sintomi presenta?

- 3. Si esplora come il familiare giustifichi i comportamenti del paziente che ha indicato sopra.
- 4. Si chiede al familiare di descrivere come si svolgono le giornate del paziente.

Che tipo di vita fa, abitudini.

Vita sociale, impegni extrafamiliari, attività.

5. Si esplora come il familiare descriverebbe il tempo del paziente.

Saprebbe dirmi come il paziente percepisce il tempo?

6. Si indaga se il familiare noti dei momenti in cui il paziente sta 'peggio'.

Saprebbe descrivermi questi momenti e in che modo il paziente cambia atteggiamento?

Saprebbe dirmi da cosa sono causati?

Come si comporta lei in queste situazioni?

- 7. Si indagano gli interessi e le passioni che coltiva il paziente e quanto tempo dedichi a queste attività.
- 8. Si esplora come il familiare pensa che sarà la vita del paziente in futuro in ambito lavorativo, sociale, familiare, affettivo.
- 9. Si chiede al familiare di descrivere l'atteggiamento del paziente.

Modo di comunicare.

Modalità di utilizzo del tempo.

10. Si indaga come il paziente viva il tempo presente, il tempo passato e il tempo futuro. Si chiede a quale di questi sia più legato.

La vita quotidiana come percezione soggettiva: la patologia vissuta dall'interno

La nostra percezione, quella soggettiva, è legata all'esperienza, quella personale. L'esperienza è in un qualche modo l'espiazione del senso comune, che sospende il dubbio. È di questo che noi ora parleremo. "La parola "esperienza" deriva dal latino ex - per - ire: intende un "venire da" e un "passare attraverso". L'esperienza è dunque ciò che *io attraverso*, ciò per cui passo."[8]. L'intimità tra l'esperienza e il tempo trova qui il modo di essere resa pubblica. Se il tempo passa vuole dire che noi passiamo, che troppo intenti a fare qualcosa ci siamo dimenticati di misurare quanto è durato. Se il tempo non passa e riusciamo a definirne i contorni vuole dire che non stiamo andando in nessun luogo, che aspettiamo quello che accadrà dopo, più con passività che con curiosità. Ed oltre al fatto che non stiamo facendo niente, oltre al lasciarci scorrere, non stiamo neanche elaborando ciò che abbiamo già fatto, per capirlo, farlo nostro oppure scartarlo se ci è d'impedimento nel percorso. Come vedremo poi, diamo per assodato quello che è successo senza chiederci quanto ci sia di coerente rispetto a dove vogliamo andare. È per abitudine che non osiamo mettere in discussione il nostro tempo e ciò che in esso abbiamo fatto o stiamo facendo o faremo. L'esperienza ha un legame: sia con il passato, "Per molti versi, l'esperienza è intesa come una memoria: ma una memoria, per così dire, progettuale, una memoria che si trasforma in ipotesi d'azione. In essa, gli eventi si condensano, e si genera una rete di disposizioni che delimitano il campo del possibile."[8], che con il presente, "L'esperienza mi sembra risolversi in questo: un ripetuto, intermittente, rivolgersi del soggetto sui materiali della propria esistenza, nel tentativo di decifrare il senso che hanno, di dominarli e di conciliare con essi la propria coscienza."[8], che con il futuro "Nell'idea di esperienza vi è effettivamente un aspetto per cui il passato viene "conservato", ma se questo si impone sul futuro, o diventa il paravento per non confrontarsi con tutto ciò che non gli somiglia, non si tratta più di esperienza, ma dell'imposizione autoritaria di una tradizione."[8]. E la spassionata accettazione di ciò che abbiamo intorno, della tradizione, non è così simile all'indifferenza? Alla passività? All'inazione? "Nel momento in cui diamo qualcosa per scontato, quasi non lo vediamo: è come se fossimo immersi, rispetto a tutto ciò, in un atteggiamento che scarta il dubbio che le cose potrebbero anche stare altrimenti da come "è ovvio" che stiano. Il soggetto di questo "pensiero" è in qualche modo anonimo: io penso come si pensa, dico quello che si dice, faccio quello che si fa. Il soggetto non sono "io": è si."[8]. Se non ci sono dubbi, si potrebbe affermare di aver trovato la verità. Ma la verità per chi? Per chi crede, per chi è convinto che sia così. Ma già poco più in là si potrebbe trovare qualcuno che crede qualcosa di diverso, e che quindi ha più di un dubbio su ciò che tu affermi. La strategia da adottare è l'essere curiosi, cercare

l'inaspettato, cercare qualcos'altro, dell'altro, l'altro. "Va detto che ci sono molti individui che credono sinceramente che la definizione della situazione che essi abitualmente proiettano sia la vera realtà."[9]. Facendo questo, sospendono il dubbio su ciò che loro credono, dandolo per scontato, auto affermandosi. E nel fare questo non si chiede il parere degli altri, perché non serve, sono già stati cacciati in un'altra stanza dallo stesso soggetto, per differenze inconciliabili. Il soggetto auto evidente non è capace di ascoltare, di scambiare opinioni, di creare discorsi, di immaginare. Tiene tutto quello che ha passato la sua revisione con avidità, con sospetto. Il nemico diventa colui che può offrire un parere diverso, un parere che non esiste per il soggetto autistico, un parere che potrebbe forse salvarlo. Tutto ciò che fa paura è tenuto all'esterno, allontanato, nella speranza che ciò che ci possa salvare arrivi benevolo. Ma facendo partire ciò che ci minaccia, abbiamo fatto partire anche la possibilità di salvarci. Quindi continueremo ad aspettare qualcuno che bussi alla nostra porta, e per non farci trovare impreparati resteremo sempre pronti, immobili, incapaci di fare rumore. Di nuovo timorosi di qualcosa. Per tornare a respirare, a far scorrere l'acqua sul corpo, a rompere un bicchiere senza andare in frantumi, serve l'esperienza. Il paziente è perso in una non esperienza, non si pone domande perché si fida del suo ovvio, del senso comune in cui è immerso. Non si scuce per arricchire le sue esperienze, per espandere l'orizzonte delle cose che sa. Preferisce, o forse gli riesce solo meglio, stare fermo in quello che già conosce e che si è dipinto addosso, ma di cui si lamenta sempre, perché non soddisfatto, perché minacciato dalle possibilità di esperienza e di movimento che ha al suo esterno. Nel mondo vero. In cui devi fare. Sperimentare. Sbagliare.

Evidenze emerse dal lavoro sul paziente:

- Aspettano sempre qualcosa che, dopo, arriverà a salvarli. Come se la salvezza non dipendesse da loro, così come la situazione in cui sono. La loro completa esistenza è un burattino finito nelle mani di quella che loro definiscono come la "malattia", questo essere immondo, che visto che li ha severamente puniti, deve tornare a salvarli. Intanto loro aspettano, pazienti, che il tempo si muova.
- Sono frequenti le contraddizioni nel definire la stessa situazione. Oltre che tra diverse persone, le differenze si scorgono anche all'interno dello stesso paziente. Si può ben cogliere, ascoltando, la differenza di quantità: pieno-vuoto; e di movimento: idea-azione. Sembrano quasi vite diverse, racconti lontani uno dall'altro. Qui non c'è niente, mentre là, dove un giorno devo essere portato, c'è tutto. Credono che l'appoggio venga dall'esterno e che questo viaggio non abbia bisogno di lunghe camminate ed estremi sforzi. La loro idea è pura, ma spesso viziata. Il tempo necessita di concretezza per realizzare davvero qualcosa. Deve esistere così come la cosa che si va a creare.
- È come se chi s'è arreso necessiti di un paragone con il passato, mentre chi porta dentro di sé la forza per combattere, utilizzata oppure no, riesce anche a concepirsi nel presente, adesso. La potenzialità più grande è riuscire ad esserci in questo tempo, esistere adesso.
- Spesso sanno cosa l'altro pensa ma non fanno niente per cambiare. Lo accettano, sono d'accordo con l'altro, gli danno ragione. Ve bene così, è tutto al suo posto. Cosa dovrebbe cambiare? Sono loro i primi a svalutarsi, a non credersi.

La vita quotidiana come percezione sociale: la patologia vista dall'esterno

Ribadendo che il nostro esterno non si riferisce alla totalità della società ma ad un contesto circoscritto ed informato, possiamo comunque parlare di stigma. "L'osservatore è indotto a dare rilievo alle somiglianze che esistono in astratto. Questo costituisce un grande vantaggio per lui anche se a volte può essere fuorviante. Anziché riservare un modello di aspettative e di trattamento differenziati per ogni attore e rappresentazione leggermente diversi, egli può collocare la situazione entro una vasta

categoria intorno a cui gli risulta facile organizzare la sua passata esperienza e un modo di pensare stereotipato. Un sistema di parentela "descrittivo", che cioè assegni ogni persona ad un unico posto, può funzionare solo in una piccolissima comunità, ma aumentando il numero degli individui, la segmentazione del clan diventa necessaria come strumento per fornire un sistema di identificazione e trattamento meno complicati."[9]. Quindi un sistema minuzioso, in cui ognuno ha la sua parte, è possibile solo all'interno della famiglia. Andando poco più in là, dove si trovano gli operatori, pur sempre aderenti al paziente, e ad esso votati, questa distinzione inizia a cedere. Tutto il sapere viene compresso in ogni persona, che non ha più solo un ruolo ma ha anche un'etichetta. Con questo non si vuole dire che l'operatore sbagli, ma che il suo ruolo di esperto deve necessariamente tenere conto di un'istituzione che definisce il soggetto attraverso regole ottenute dall'esperienza. Anzi alle volte è proprio grazie ad un'analisi dall'esterno che si riesce in una visione reale del problema, non fuorviata dall'emotività. Nel momento in cui una persona esce di casa, smette di essere qualcuno e si disperde in tutte le definizioni che gli altri danno di lui, che per convenienza gli vengono attribuite. È così, è banale, e non è fatto con cattiveria. Ma questo accade anche per le minoranze, che quando escono di casa, ricevono una sola etichetta, marmorea, marziale. E devono, il più delle volte, arrendersi ad essa. La minoranza che noi andiamo ad analizzare però non ha la pelle di un altro colore, non ha un'età precisa, non ha malformazioni evidenti, eppure si sente sempre come osservato, come se tutti potessero captare la sua energia inusuale. Molte volte non è così. E parlando di stigma, lo applichiamo alla minoranza psichiatrica, da parte di se stessa. Sono loro i primi che si stigmatizzano, che si presentano al mondo scoprendo i punti deboli, e rimarcando la loro incapacità di stare al passo con tutto quello che accade sotto i loro occhi. Sono loro, che per convenienza, non hanno mai cercato altre definizioni di se stessi e si sono soffermati alla prima. Il primo passo da parte del rado circuito sociale attorno al soggetto è lottare, anche per lui, al fine di ottenere altri cartellini da appendere alla giacca che non diano così nell'occhio, ma che soprattutto facciano apparire normale chi li indossa, lo facciano passare inosservato, quasi dimenticato. Forse è questo il punto: pur di essere notati, di essere qualcuno, va bene anche portare un segno, un'evidenza della punizione. Perché cosa succederebbe se non avessimo più qualcuno che tutti i giorni, attento, ci chiede "Come stai oggi? Vuoi parlarne?". Nel momento in cui la nostra nuova etichetta non lo prevede più da "contratto", dovremmo guadagnarcelo quel qualcuno che si interessa a noi. Dovremmo "prendere in carico" noi stessi e lavorare.

Inizio di sintesi

Se dovessimo inoltrarci più a fondo nell'attuale situazione del paziente, non potremmo fare a meno di accorgerci che un passato c'è, anche se loro non lo nominassero mai e facessero come se non fosse mai esistito. Anche senza un documento o una testimonianza che segnala la sua presenza l'osservatore riuscirebbe a scorgerlo. Oltre al fatto ovvio che tutti hanno un passato, un trascorso che non può non esistere, alcune volte ci capita parlando con una persona di non percepire altro se non quello che è adesso. Con il paziente non può essere così. Rimane un'ombra nel suo adesso che ci fa continuamente tornare a chiederci quale sia la sua storia, piuttosto che dove lui stia andando. Questo perché nel tessuto temporale e personale del soggetto psichiatrico notiamo uno strappo che ha portato a una mutazione. La mu·ta·zió·ne è un sostantivo femminile che indica un "Cambiamento rispetto al quale il concetto di 'variazione' si accompagna a quello di 'sostituzione'"[1]. Si fondono queste due nozioni il cui legame non è sempre così scontato. All'idea di variazione: "Modificazione apportata a qualcosa di prestabilito o consueto"[1] si accompagna l'idea di sostituzione, più potente: "In chimica, reazione mediante la quale uno o più atomi o gruppi di una molecola (*gruppi uscenti*) vengono sostituiti da altrettanti atomi o gruppi diversi (*gruppi entranti* o *sostituenti*)"[1]. Nella sostituzione, quello che c'era prima, non è solo cambiato, ma non esiste più, esiste qualcos'altro che ha preso il suo posto. Il gruppo entrante erige

un nuovo governo che mal si accosta a tutto quello che si è professato prima. E il gruppo uscente, il passato, per quanto lo si voglia ritrovare non esiste più. Anche il ricordo di esso, così labile, è stato cancellato, poiché tutto ciò che viviamo adesso mentre siamo mutati inficia la purezza di ciò che è stato, rendendolo meno limpido. Ma la mutazione di cui stiamo parlando quando avviene? Per i familiari mai, poiché quello che c'è, è la conseguenza o il prolungamento di ciò che vedevano in passato. Per i pazienti nel momento esatto in cui si sono ammalati. C'è qualcosa che cambia e lascia o fa perdurare un segno del suo passaggio. Questo segno è ciò che rammenta al soggetto di essere malato, ciò che fa vedere dall'esterno un'incapacità ad adeguarsi. Questo segno potremmo scovarlo nel tempo del soggetto, che ha subìto un drastico ridimensionamento, nel momento in cui è stato rifiutato o non ha saputo adeguarsi a una definizione culturalmente accettata. Si sono isolati, distanziati, svuotati, sia il tempo che la persona, decidendo come momento fatale il momento in cui qualcuno gli ha detto che il modo in cui lui agiva e pensava era patologico. In quel momento qualsiasi costruzione è crollata. Tutto è cambiato. E ancora oggi il ricordo della mutazione resta perché non è reversibile, è minimizzabile ma non reversibile. "Tutta la discussione che concerne i rapporti tra la personalità primitiva (quella di prima della malattia) e la personalità seconda (creata dalla malattia) si basa sul non volere riconoscere il doppio aspetto dei disturbi mentali, cioè l'aspetto ideo-affettivo da un lato e l'aspetto strutturale dall'altro. Il primo aspetto, più umano, più comprensivo di primo acchito, non dovrebbe farci dimenticare lo studio dei problemi posti dal secondo."[4].

Nella seconda parte, contenuta nel numero successivo, si provvederà ad illustrare l'effettiva sintesi, provvista dei risultati ottenuti, e a presentare le conclusioni del percorso. Nel frattempo si augura una maturazione del nucleo affrontato secondo le idee e la sensibilità del lettore, che potrà poi confrontare le sue personali inclinazioni con quelle dedotte dallo scrivente. Si affronteranno i seguenti nuclei:

- Risultati ottenuti: far incontrare le parti
- Conclusioni

Bibliografia

- [1] Enciclopedia Treccani
- [2] Agostino, Confessioni, Garzanti Editore, Milano, 1991
- [3] Tabboni S., La rappresentazione sociale del tempo, FrancoAngeli, Milano, 2000
- [4] Minkowski E., *Il tempo vissuto*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2004
- [5] Borgna E., L'attesa e la speranza, Feltrinelli, Milano, 2005
- [6] Gasparini G., La dimensione sociale del tempo, FrancoAngeli, Milano, 2000
- [7] Demetrio D., Bolzoni A., *La cultura del ricordo*, in: Rabboni M. (a cura di), *Residenzialità*, FrancoAngeli, Milano, 2003
- [8] Jedlowski P., Il sapere dell'esperienza, Carocci Editore, Roma, 2008
- [9] Goffman E., La vita quotidiana come rappresentazione, Il Mulino, Bologna, 1997

^{*}Tecnico Riabilitazione Psichiatrica, A.O. Papa Giovanni XXIII, Bergamo

^{**}Direttore Dipartimento Salute Mentale, A.O. Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Un Atelier di Terapeutica Artistica in un Centro Diurno Psichiatrico: effetti terapeutici dell'Opera d'arte Condivisa sul benessere psicosociale del giovane psicotico

di Giovanna Crespi*, Daniela Zarro**, Ilaria Amadei***, Rosita Cazzaniga****, Antonio Amatulli****

Abstract

Effectiveness of art therapy based on sharing of artwork on psychosocial functioning of young psychotic patients Introduction: Experience of art therapy in the Centro Diurno dell'A.O. Desio Vimercate in collaboration with Accademia di Brera, Milano. The objectives were concerned with the impact of art therapy on the improvement in psychosocial functioning of young psychotic patients.

Methods: Ten patients with a mean age of 27 years and with a diagnosis of psychotic disturbances were included in the study. This study has used an approach based on group setting and sharing of artwork (Opera Condivisa) as an instrument to improve psychosocial functioning. Patients were evaluated using a SAT-P (Satisfaction Profile) questionnaire, which measures self-reported satisfaction of patients in areas of social, physical, psychological and work functioning. The questionnaire was administered at the beginning (T0) and after 9 months (T1), at the end of art therapy intervention. The items evaluating resistance to stress, mood, emotional stability, self-confidence, self-control, work-efficiency, interpersonal relationships were compared at T0 and T1.

Results: The data show that psychosocial functioning (a composite of items) of patients improved by 17,55 % after 9 months of art therapy.

The comparison of single items shows that:

- a. psychological functioning (mood, emotional stability, self-confidence and self-control) has improved by 13.9%:
- b. physical functioning (resistance to stress) has improved by 26,2%;
- c. work functioning (working performance) has improved by 16,6%;
- d. social functioning (interpersonal relationships) have improved by 13,4%

Conclusions: The data show a statistically significant impact of art therapy based on group setting and sharing of artwork for the psychosocial rehabilitation of young psychotic patients.

Introduzione

Negli ultimi anni gli interventi incentrati sull'apprendimento di abilità sociali si sono dimostrati efficaci empiricamente nel miglioramento dell'intera condizione di vita del soggetto, collocando le figure della riabilitazione nelle équipe psichiatriche in modo sempre più autorevole.

L'assunto di partenza è che non è solo lavorando sui sintomi psicotici e gli aspetti psicologici che si può assicurare un esito favorevole, ma è necessario tener conto dell'area del funzionamento sociale per salvaguardare il più possibile il progetto di vita del giovane psicotico permettendogli di continuare a

vivere esperienze positive e formative. Ognuno di questi aspetti può influire positivamente (o negativamente) sugli altri [1].

Per questo motivo, a partire dal mese di maggio 2012 il Centro Diurno Psichiatrico dell'Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate, ha iniziato un laboratorio di Terapeutica Artistica in collaborazione con l'Accademia di Belle Arti di Brera di Milano.

Obiettivi

La finalità del progetto è di valutare quanto l'esperienza artistica condivisa sia un valido strumento nel percorso riabilitativo di soggetti con disturbo psicotico.

La creatività è espressione della parte sana dell'individuo [2] e il "fare arte insieme" valorizza le competenze di tutti e del singolo attraverso la relazione e la condivisione di un'esperienza .

Il linguaggio artistico scelto è stato quello dell'Opera Condivisa, una nuova metodologia ideata dalla prof.ssa Tiziana Tacconi., nata all'interno del Corso Biennale di secondo livello in Teoria e Pratica della Terapeutica Artistica [3].

Ciò che è originale in queste opere, è la possibilità di condividerle. Il concetto di *con-divisione* è proprio il contrario di quello di *con-fusione*. Infatti, mentre fondersi con gli altri significa perdere le proprie caratteristiche e valori in favore di un abito comune, *con-dividere* significa dividere insieme mantenendo intatta la propria identità. L'Opera Condivisa reca così in sè la possibilità per ogni partecipante di riconoscersi nella porzione che ha personalmente eseguito ma anche di sentirsi co-autore di tutta l'opera.

Le modalità operative di coloro che aspirano a mettere in atto un processo creativo condiviso partono da un tavolo di lavoro in cui ci si confronta per arrivare in un secondo tempo al *fare*.

Inizialmente si pone al centro della discussione il problema e ogni singolo componente porta un suo personale progetto che, una volta eletto a obiettivo comune del gruppo, perde l'individuale proprietà ideativa e diventa patrimonio collettivo.

I partecipanti possono proporre modifiche al progetto e cominciano a lavorarci intensamente e a sentirlo come proprio. La capacità di mettersi in discussione, di esprimere liberamente il proprio pensiero e preferenze, fa di loro un organismo coeso ed evita il rischio di trasformarlo in un mosaico in cui i singoli pezzi portano solo visioni unilaterali e rendono impossibile una visione di sintesi. In questo modo il progetto cambia progressivamente fino a concludersi in una forma che riassuma in sé il risultato del processo.

Nell'Atelier di Terapeutica Artistica di Seregno le opere condivise sono state declinate in diverse forme e tutte portano al loro interno l'esperienza sul colore. In particolare si è scelto di lavorare con i colori secondari che vivono della possibilità di sperimentare la *miscela* di due primari coadiuvata dal terzo, che non è presente fisicamente ma lo è nell'energia che spinge all'azione [4]. I colori sono infatti sempre stati ottenuti mescolando direttamente sulla tela i due primari con l'aiuto di strumenti quali spugne e stracci che hanno consentito un contatto più diretto, meno distante dalla superficie della tela rispetto al pennello. La spugna in particolare per la sua natura elastica durante l'utilizzo porta la mano ad avvicinarsi gradualmente alla pelle dell'opera senza ostacoli, morbidamente, anche quando il gesto è tamburellato: la relazione con la materia è discreta, non traumatica ma coinvolgente.

Il lavoro è stato svolto in un primo momento su grandi tele condivise dove lo spazio comune ha rappresentato per tutti il luogo di una relazione non verbale ma sempre autentica al cui interno le impronte, i segni, i toni di colore lasciati da ognuno sono riconoscibili ma armonici nell'insieme. Nel prosieguo si è invece operato su moduli rappresentati da piccole tele individuali che in seguito sono andate a comporsi dialogando in una grande *opera condivisa*.

Un'altra caratteristica di questo metodo operativo è che durante l'azione non sono presenti osservatori passivi, tutti collaborano alla costruzione dell'opera: operatori del centro, artisti terapisti e utenti si muovono insieme costellando l'opera delle loro presenze dialoganti [5].

In particolare, gli obiettivi che si intendono perseguire sono :

- favorire la recovery sociale, ovvero il recupero, il mantenimento e la promozione del ruolo sociale e delle abilità socio-relzionali;
- favorire il recupero dell'immagine di sé;
- aumentare l'autostima e la fiducia nelle proprie capacità;
- sviluppare capacità di interazione verbale e non-verbale all'interno del gruppo;
- gestire le situazioni di stress;
- tollerare le frustrazioni;
- aumentare le abilità attentive, di concentrazione e di rispetto delle regole di gruppo;
- aumentare la propria capacità espressiva e creativa;
- mettere in forma l'emozione attraverso l'arte, favorendo il riconoscimento e l'accettazione della propria emotività;
- sperimentare metodologie formative di tipo artistico, finalizzate ad una migliore conoscenza di sé, del proprio corpo e delle capacità espressive.

Metodologia

Queste finalità sono raggiunte attraverso un percorso basato su una frequenza d'incontro settimanale, della durata di due ore, condotto da un'artista terapista docente di Terapeutica Artistica affiancata da un gruppo di lavoro formato da un'educatrice e un'infermiera professionale e quattro tirocinanti dell'Accademia di Brera. La presenza di giovani studenti che hanno lavorato insieme ai pazienti in questo progetto di condivisione, ha permesso di abbattere pregiudizi e stigma salvaguardando singoli percorsi di mantenimento del ruolo sociale.

Contesto

L'attività di Terapeutica Artistica si svolge presso il Centro Diurno di Seregno, all'interno di un laboratorio dedicato ad attività artistico espressivo. Il progetto include sia giovani in carico al Progetto Intervento Precoce agli Esordi Psicotici sia pazienti del Centro Diurno che presentano aspetti di omogeneità a livello di età e di compromissione psicopatologica.

I pazienti coinvolti sono 12, con un'età media di 27 anni con diagnosi di disturbo schizofrenico, secondo i criteri DSM IV TR [ICD10 F20] [6].

L'atteggiamento del team è collaborante ed incoraggiante, con rinforzi positivi delle risorse, che trasmette fiducia in se stessi e speranza realistica verso il futuro.

Verifica dei risultati

Sempre più si sta delineando la convinzione che la qualità della vita sia una variabile chiave nella valutazione degli esiti del trattamento riabilitativo in psichiatria e la maggioranza degli autori concorda sulla sua natura eminentemente soggettiva [7]. Abbiamo pertanto ritenuto importante inserire nel percorso uno strumento per rilevare il grado di percezione e di consapevolezza della propria

predisposizione all'utilizzo di un mezzo espressivo artistico che favorisca il miglioramento delle competenze e del benessere psicosociale del paziente.

All'inizio del percorso è stato somministrato loro un questionario, il SAT-P, *Satisfaction Profile* [8], che misura il livello di soddisfazione del paziente nella vita. Si tratta di uno strumento nato nell'ambito della psicologia della salute (più precisamente nella sua applicazione alla medicina riabilitativa). Nella selezione degli item che lo compongono si è anzitutto cercato di comprendere tutti gli aspetti della vita quotidiana del paziente, "nell'intento di evitare parcellizzazioni destinate a fornire un prodotto astratto e slegato dalla realtà della vita del paziente, che parcellizzata non è." Si sono quindi presi in considerazione i seguenti aspetti della vita quotidiana: sonno, alimentazione, attività fisica, attività sessuale, stato emozionale, abilità di coping, risorse cognitive, lavoro, tempo libero, vita relazionale e situazione economica. In tutto sono stati selezionati 32 items relativi ad altrettanti aspetti della vita quotidiana: per ognuno il paziente è invitato a esprimere il proprio livello di soddisfazione nell'ultimo mese. Ai fini della nostra ricerca sono state selezionate, indagate e successivamente analizzate le seguenti aree di indagine: psicologica, fisica, lavorativa e relazionale.

Per quanto riguarda la funzionalità psicologica sono stati valutati gli items che indagano il tono dell'umore, la stabilità emozionale, la fiducia in se stessi e l'autocontrollo; la funzionalità fisica è stata valutata considerando la resistenza allo stress, mentre il lavoro considerando il rendimento lavorativo, infine la funzionalità sociale è stata testata considerando quanto il paziente è soddisfatto del suo rapporto con i colleghi.

Per ogni item il paziente è stato invitato a esprimere il proprio livello di soddisfazione nell'ultimo mese. Per la scelta della scala di misurazione si è adottato il classico analogo visivo : 10 centimetri, presentazione orizzontale, con estremi semanticamente definiti (a sinistra: "totalmente insoddisfatto", a destra: "totalmente soddisfatto"). Al soggetto viene chiesto di tracciare un piccolo segmento perpendicolare a quello compreso tra i due estremi per indicare il grado di soddisfazione che si connette all'ambito indagato. Le sue caratteristiche di semplicità, immediatezza, assenza di spunti verbali e numerici fuorvianti e culturalmente condizionati ne fanno a tutt'oggi un metodo di indiscusso successo, specie in quegli ambiti in cui la misurazione di un'esperienza soggettiva richiede cautela.

Per ogni item il livello di soddisfazione viene calcolato misurando in millimetri la distanza tra il punto estremo sinistro ("totalmente insoddisfatto") e il punto contrassegnato dal paziente. Il range di punteggio è 0-100: 0 corrisponde alla totale insoddisfazione, 100 alla totale soddisfazione.

L'intervista è stata svolta all'inizio del laboratorio (T0) e dopo nove mesi, cioè al termine dell'attività (T1). Prima di procedere si è contestualizzato il SAT-P, fornendo al soggetto tutte le informazioni utili per comprendere le finalità della valutazione. Nel nostro caso specifico, si è chiarito al paziente che la somministrazione dello strumento rientra in uno specifico progetto di ricerca relativo al miglioramento del funzionamento psicosociale della persona. La prima compilazione (T0) è stata assistita per assicurarsi che il soggetto abbia compreso la consegna riportata nel test, osservando la compilazione dei primi item.

Il SAT-P è stato somministrato senza incontrare particolari difficoltà. La compilazione non prevede limiti di tempo, i soggetti hanno impiegato non più di dieci minuti. Le domande del questionario sono risultate chiare alla quasi totalità dei soggetti coinvolti, solo occasionalmente sono stati richiesti chiarimenti inerenti all'utilizzo dell'analogo visivo nella formulazione delle risposte. Successivamente (T1), data l'irrilevante frequenza di problemi emersi, si è ritenuto opportuno passare all'autocompilazione, ritenuto metodo elettivo di utilizzo dello strumento.

I dati ottenuti mostrano un nesso forte e diretto tra l'esperienza artistica condivisa e un costante miglioramento del funzionamento psicosociale dell'individuo.

Confrontando i singoli items è emerso quanto segue:

la funzionalità psicologica è migliorata del 13,9%,

la funzionalità fisica è migliorata del 26,2%,

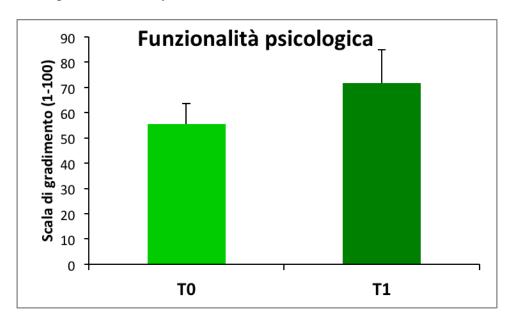
la funzionalità lavorativa è migliorata del 16,6%,

la funzionalità sociale è migliorata del 13,4%.

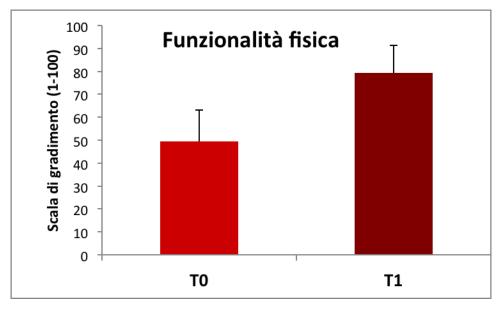
I risultati ottenuti mostrano un incremento del funzionamento psicosociale del 17,55%.

Analisi statistica

I dati sono stati espressi come media (deviazione standard). La comparazione tra il T0 e il T1 è stata effettuata utilizzando Wilcoxon Signed Rank Test. Valori di probabilità < 0,05 sono stati considerati significativi. L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando Stat View SE Graphics program (Abacus Concepts inc., Berkeley, CA-USA).



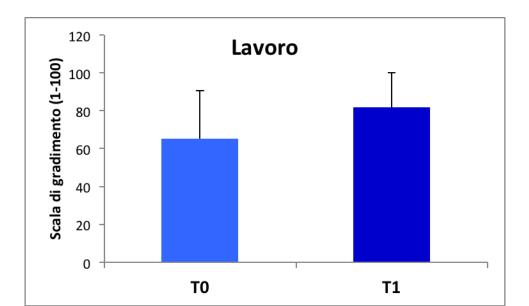
P-Value ,0464



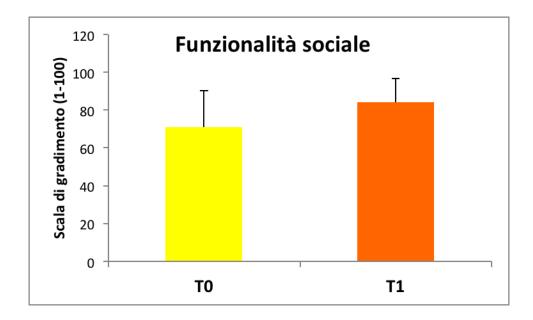
P-Value ,0180

Pag. 77

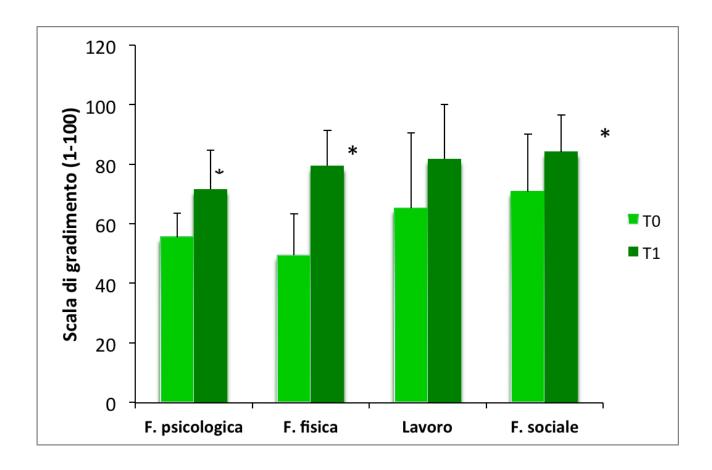
Errepiesse – Anno VI– n° 2 Agosto 2012



P-Value ,0747



P-Value ,0464



Considerazioni sull'esperienza

Dallo studio è emerso come il "fare arte" coinvolga la persona nella sua totalità mente-corpo. L'attività artistica richiede impegno percettivo, sensoriale e motorio : "io sento con il corpo e i cinque sensi il colore", è un'esperienza fenomenologica [9].

Per tale motivo l'Opera Condivisa rappresenta uno strumento capace di rispondere ad esigenze sia espressive che socializzanti.

L'aspetto della socializzazione e integrazione è stato rinforzato dall'obiettivo di uscire dall'istituzione e portare a conoscenza della città il proprio lavoro attraverso due mostre che si sono svolte in spazi diversi per caratteristiche e committenze. La prima, nel maggio 2013 si è svolta presso il Museo Vignoli nel centro della città mentre la seconda è stata presentata a febbraio del 2014 in un noto locale di Seregno, luogo di incontro e di tendenza che ospita eventi culturali, musicali ed artistici. I pazienti-artisti hanno partecipato attivamente all'esperienza occupandosi anche della progettazione e allestimento della mostra stessa, ciò ha permesso al gruppo di sentirsi protagonista nel duplice ruolo di ospiti e artisti accolti nell'ambiente di appartenenza.

Nel nostro studio emerge anche il nesso importante tra arte e potenziale cognitivo.

Il giovane che vive un'esperienza di socializzazione, che fa arte e insieme ascolta musica, ne ricava un miglioramento a livello delle abilità cognitive generali come mostrano i risultati ottenuti.

Prospettive future

Avendo riscontrato un miglioramento a livello delle abilità cognitive si è pensato di integrare l'area della funzionalità psicologica con gli items che misurano l'efficienza mentale, l'abilità di problem solving, l'autonomia psicologica, l'immagine sociale e il ruolo familiare, mentre alla funzionalità lavorativa abbiamo aggiunto gli items relativi al ruolo professionale, al tipo e organizzazione del lavoro.

Oltre a proseguire l'esperienza delle Opere Condivise, si sono attivati percorsi terapeutici individuali dove ogni ragazzo è impegnato nella costruzione di un percorso artistico soggettivo e autonomo, calibrato sulle peculiarità e necessità del singolo.

Considerando il buon esito dell'esperienza, sostenuta da una prospettiva realistica, ma fiduciosa e di speranza, il progetto continua integrato da nuove esperienze, tra cui la partecipazione degli utenti a una serie di lezioni laboratoriali di "Fenomenologia e psicologia del colore". Ancora una volta i giovani vivranno un'esperienza di inclusione sociale, seguendo alcune lezioni accademiche al fianco di studenti loro coetanei.

L'Opera è ciò che resta dell'esperienza artistica, qualcosa che continua a comunicare perché carica dell'energia del "fare insieme" che l'ha costruita e ora la costituisce. Questa qualità che caratterizza le Opere Condivise le rende incisive nel modificare in senso positivo gli ambienti che le accolgono. Per questa ragione si è scelto di inserire negli spazi della struttura del Centro Diurno Psichiatrico di Seregno le opere prodotte nell'atelier.

- * MD SC Psichiatria A.O. Desio e Vimercate
- ** Docente Accademia di Belle Arti di Brera Milano
- *** Educatore Professionale Progetto Innovativo Esordi Psicotici
- **** Infermiera Professionale Centro Diurno Seregno
- ***** Direttore SC di Psichiatria e Dipartimento di Salute Mentale

Bibliografia

- [1] BIRCHWOOD M., The critical period. In The recognition and Management of Early Psychosis. A preventive Approach, eds. P.D., McGorry & H.J., Jackson. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
- [2] JEAN-YVES LELUP: Aver cura dell'Essere, Arkeios, Roma, 1994.
- [3] AAVV: Segni D'arte in Oncologia, Ed. accademia di Belle arti di Brera, Milano, 2008.
- [4] JOHANN WOLFAGANG GOETHE: La teoria dei colori, Il Saggiator, Milano 2008.
- [5] ADOLF GUGGENBUHL-CRAIG: Al di sopra del malato e della malattia, Cortina, Milano 2006.
- [6] APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2000
- [7] COCCHI A., MENEGHELLI A.: Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua. Manuale di intervento precoce. Edi-Erme; 2012.
- [8] MAJANI G., CALLIGARI S.: Sat-p/Satisfaction profile. Soddisfazione soggettiva e qualità della vita. Centro Studi Erickson; 1998.
- [9] UMBERTO GALIMBERTI: Il corpo, Feltrinelli, Milano, 2003.

Piccoli Cart crescono: verso un processo di prossimità e inclusione territoriale

```
di P. Alberti*, C. Bassi*, D. Bruni**, L. Calcaterra***, P. Cetti**, MG. Curioni**, M. Fiorino****, C. Girgi*****, S. Luisetti**, D. Mancini******, D. Mazza****, R. Merlini**, G. Minaglia*, L. Monga*, D. Montini***, M. Napoli***, F. Noseda******, C. Posca******, G. Scorza*******, A. Spreafico**, S. Vanelli*****, S. Vanoli**
```

Abstract

The CART is an experimental organizational solution developed within the Department of Mental Health of the Como Sant'Anna Hospital.

- At the present time, there are 6 CART in the Como's area

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

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

They face 3 key issues regarding the "psychiatrics' work" in the community:

- Proximity to the users' place of residence
- Professional cohesiveness of a small team
- Strengthening of the social networking

The evidence gathered from this experience shows both a qualitative and quantitative increase of delivered interventions and a remarkable increase in the promotion of the psychosocial culture.

The Department is placed within the community as an integrant part of a process of social inclusion. A part of our research was focused on how the local contest and the relatives' network felt our task. We received a positive feedback that encourages our project.

Due to these results, we will continue to work in the direction of a consistent improving of the performances, keeping in mind

- the growing attention given to the optimization of the resources
- the selection of the priorities
- the efficiency and effectiveness of the services provided
- the measures of satisfaction of the population, of the formal and informal communities' networks that, in an inclusive way are an active and indispensable part of the interrelation process of the care services in the communities.

In un precedente lavoro (cfr. Errepiesse, anno III, n°2, agosto 2009) avevamo presentato la nascita e i primi sviluppi di un'esperienza innovativa di intervento psichiatrico nel territorio comasco, delineandone le caratteristiche specifiche e fornendo alcuni dati epidemiologici non sistematizzati.

Oggi a distanza di più di sei anni dall'apertura del primo Cart, vogliamo proporre le nostre riflessioni sulla complessità del processo attivato, cercando di collegare la valutazione soggettiva e quella

oggettiva, nell'intento di evidenziare criticità, punti di forza, necessità di sviluppo, ma soprattutto, speriamo, una più matura consapevolezza del nostro agire.

Nel riproporre la definizione di Cart , i due cardini, la prossimità e il lavoro di rete, devono essere individuati come due aspetti consequenziali l'uno all'altro, finalizzati all'attivazione di un processo di inclusione sociale della malattia mentale.. Ma tale fine si colloca con la necessità di *formulare-rifondare* i modelli di lavoro territoriali, che erano stati centralizzati ed incardinati nella struttura del Cps. Pertanto l'evoluzione storica dell'esperienza che stiamo vivendo va in parallelo con il necessario percorso di superamento di tutti gli aspetti, più o meno contraddittori, che ne avevano segnato la gestazione e la nascita.

Da qui l'impegno di continuare nell'operatività virtuosa sperimentata nella sua validità e quindi da consolidare. E poi, al contrario, l'assoluta consapevolezza di dover articolare e quindi arricchire il percorso di sviluppo territoriale di prossimità, uscendo definitivamente dal circolo vizioso della falsa contrapposizione assistenzialismo/presa in carico clinica, che, comunque, riguarderebbe tutto l'agire psichiatrico, nel lavoro di Cps.

La direzione è perciò verso un modello che realizzi, nelle sue varie sfaccettature di significazione, il processo di inclusione e partecipazione socio-territoriale, per smorzare, se non annullare, lo stigma della malattia mentale e promuovere via via in modo più compiuto la tutela della salute mentale.

Analisi dell'intervento

L'elaborato proposto vuole essere una sorta di "fotografia" trasversale del modello organizzativo, con un'analisi delle variabili relative al funzionamento psico-sociale dei soggetti e delle variabili relative l'esperienza dei Cart, quali la qualità e la soddisfazione del servizio nel rapporto di prossimità con le reti: famiglia e reti locali.

L'obiettivo dello studio è stato quello di definire:

ü percorso di cura dell'utenza

ü valutazione sulla qualità del servizio di prossimità offerto

ü racconti ed aneddoti relativi all'esperienza soggettiva di incontro con il servizio.

Questa riflessione, dopo sei anni di esperienza vuole essere:

- 1) un approccio critico al modello organizzativo ed all'efficacia del servizio;
- 2) uno stimolo per il miglioramento della qualità delle cure e della pratica terapeutica
- 3) la conferma di come il processo di inclusione sociale e culturale (che si attiva attraverso la *domiciliazione* degli interventi di cura) per essere tale, debba essere continuativo, capillare e sostenibile, come prassi consolidata ed autentica di *legame* tra i soggetti coinvolti.

Percorso di Cura

L'indagine raccoglie informazioni e dati relativamente a 124 utenti che hanno fruito di interventi erogati dal 1 gennaio al 31 ottobre 2012 nei sei CART afferenti al DSM dell'Azienda Ospedaliera S. Anna di Como.

La *prossimità* del servizio alle persone orienta la dinamica di cura del disagio psichico, nella maggior misura possibile, nella comunità di provenienza, considerata risorsa imprescindibile da cui partire per formulare un piano di cura. Il modello terapeutico prevede l'organizzazione di una rete di servizi, nei quali una micro-équipe prende in carico l'utente nell'ottica di salvaguardare sempre di più i legami con l'ambiente familiare e sociale.

La presa in cura dell'utente, attraverso il Piano di Trattamento Individuale, favorisce la specificità degli interventi e la modulazione delle cure, in conformità con le preferenze del paziente. Si traduce in un miglioramento della qualità di vita, in un maggior compenso psichico, con evidenti variazioni comportamentali e diminuzione delle ricadute.

Analisi dell'offerta di cura

Da una comparazione soggettiva incrociata con alcuni dati oggettivi emergono cinque aspetti:

- 1 rilevanza della visita colloquio;
- 2 declinazione specifica degli interventi in relazione al contesto territoriale;
- 3 flessibilità degli interventi declinata in sedi differenti;
- 4 intervento domiciliare come pratica di prossimità;
- 5 luoghi spazi risocializzanti autogestiti in un'ottica di autonomia ed intenzionalità.
- 1) Il colloquio, che rileva un bisogno di accoglienza e di ascolto, risulta essere un elemento precipuo che in modo trasversale accomuna tutti i Cart "Il colloquio con la sua unità, sorregge il nostro esserci "(Heidegger, la poesia di Holderirin).
- 2-3) Gli interventi erogati in sede ed in contesti altri (domicilio-altri luoghi) sono rilevanti e trasversali. I Cart offrono la possibilità di fruire di interventi mirati in luoghi differenti in un'ottica attenta al potenziamento della abilità sociali: un luogo flessibile che si occupa di comprendere e poi curare implementando il sostegno ambientale.
- 4) La prossimità del servizio ha potenziato lo spostamento del polo di osservazione e terapia verso la sfera del domicilio,la "casa" del paziente, offrendo un coinvolgimento emotivo ed esperienziale dei familiari, che ha incrementato la compliance terapeutica tra soggetto-famiglia-contesto, rendendola più "densa".
- 5) L'evoluzione della struttura organizzativa ed il sempre maggiore radicamento nel tessuto sociale del servizio, hanno promosso lo sviluppo, sempre più consistente, di esperienze in cui le persone gestiscono insieme alle realtà di volontariato, la loro partecipazione alla vita del Paese.
- Si sono incrementati spazi di autogestione legati alla presenza di facilitatori naturali nel gruppo o peer supporter (1): l'apertura e chiusura del luogo sono a carico delle persone che lo frequentano; l'accoglienza e l'organizzazione di momenti di risocializzazione si orientano sempre più alla partecipazione ad eventi locali e a momenti di intrattenimento autonomi. Questa duttilità, consente alla micro-equipe uno spostamento agile nel territorio e nella domiciliarità per i casi complessi da sostenere, agganciare, accogliere. La sinergia tra autonomia dei soggetti e sostegno alla cura sono garanzia di un processo di inclusione locale sempre più naturale.
- (1) Il Peer Supporter è un una persona che ha avuto o ha problemi di disagio psichico e che ha percorso fruttuosamente il cammino verso la recovery. .."

La qualità del servizio offerto

Il gruppo di lavoro ha sentito l'esigenza di confrontarsi concretamente con gli "altri" per poter comprendere quanto e come il servizio Cart sia, o non sia parte di un processo partecipato di cambiamento del trinomio servizio di cura- benessere della persona-comunità locale, in un'ottica, auspicata e auspicabile, di psichiatria di comunità.

Abbiamo cercato di elaborare "ad hoc" due questionari, ponendo l' attenzione su *due focus*:

- 1) La qualità percepita dalle reti locali nei Cart di Porlezza e Nesso.
- 2) La qualità percepita dalla rete familiare nei Cart di Olgiate Comasco e San Fedele.

Questo ci ha permesso di valutare se la presenza del Cart sul territorio ha un' identità riconosciuta come servizio di prossimità; se la proposta pratica di servizio di territorio si è sviluppata in questi anni

e se la percezione delle reti in rapporto al servizio di cura psichiatrico, si è modificata tra il prima ed il dopo la presenza del medesimo.

La percezione è stata raffrontata con la raccolta di indicazioni relative a suggerimenti critici per incrementare la qualità del servizio. Questa riflessione, a nostro parere:

- ✓ costituisce un forte stimolo all'innovazione e alla definizione di nuove risposte ai bisogni
- ✓ supera l'autoreferenzialità insita fisiologicamente nei servizi
- ✓ orienta la cultura interna del servizio a dinamiche sempre maggiori di cittadinanza attiva
- ✓ motiva le persone della *community* mettendole nelle condizioni di capire meglio l'utilità del loro ruolo e la finalità dei loro sforzi .

Le reti locali

Nell'indagine condotta abbiamo selezionato come campi esplorativi di indagine due realtà del servizio. Il lavoro non ha pretese di misurazione oggettiva, ma di rilevazione della percezione che le agenzie del territorio hanno della qualità offerta.

Abbiamo optato per un'indagine campionaria. Il criterio di campionamento adottato è stato di *convenienza*, ovvero si sono inclusi gli interlocutori che sono stati più raggiungibili e che hanno avuto contatti con il servizio Cart. E' stato considerato come un campione casuale semplice, in cui si è prediletta più la sua creazione invece di avere un campione proporzionale rispetto all'universo.

Abbiamo *segmentato* i **destinatar**i sulla base di due aspetti:

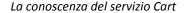
- 1) la localizzazione geografica
- 2) gli interlocutori come *indicatori di rappresentanza* (sono state coinvolte persone fisiche con funzioni pubbliche; realtà di volontariato; stakeholders naturali).

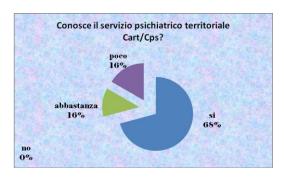
E' stato utilizzato un questionario semplice elaborato dal gruppo di lavoro. Il questionario è stato consegnato direttamente con l'invito all'auto-compilazione ed alla riconsegna.

Dopo una parte introduttiva di informazione sulle intenzioni di indagine volta a stimolare la collaborazione dell'intervistato, il questionario ha posto domande riguardo: la conoscenza del servizio e come gli interlocutori sono entrati in contatto lo stesso (funzione-filtro); il grado di soddisfazione; la qualità percepita; l'aspetto della prossimità del servizio al territorio; la rilevazione della voce pubblica, con una sezione aperta alle critiche ed ai suggerimenti.

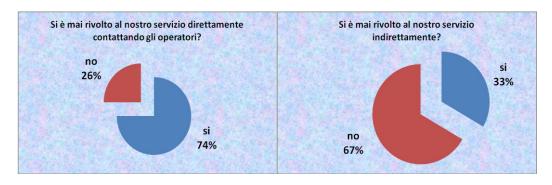
Agli intervistati è stato chiesto di esprimere i propri giudizi sulla base di una scala di valutazione numerica.

Riportiamo l'analisi delle risposte:

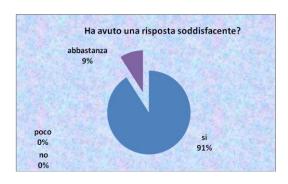




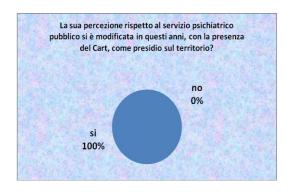
La funzione di filtro

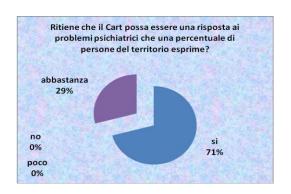


La valutazione della risposta/offerta

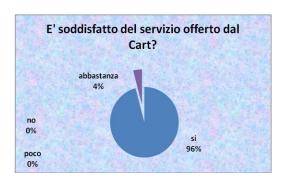


La valutazione della percezione





La valutazione della soddisfazione del servizio





Dall'elaborazione dei dati sembra evidenziarsi una percezione differente del servizio di cura prima e dopo la presenza del servizio Cart. Sembra, inoltre emergere una soddisfazione media positiva del servizio, che pare essere conosciuto, ri-conosciuto come parte di insieme nella comunità locale.

Abbiamo dedicato una sezione specifica, per noi preziosa, che si lega all'ascolto dei suggerimenti, delle critiche sollecitate dai rappresentanti delle reti locali. ("Ben di rado avviene che le parole affermative e sicure d'una persona autorevole, in qualsivoglia genere, non tingano del loro colore la mente di chi le ascolta", Manzoni, I Promessi Sposi);

Nesso
\square Sarebbe bello e utile trovare uno spazio con apertura prolungata su più giorni.
□ Sviluppo ulteriore delle relazioni con i servizi territoriali formali ed informali.
□ Vedo le persone che con la presenza dell'associazione sono più serene tranquille e cordiali; il
servizio è soddisfacente.
Porlezza
□ Potenziare la presenza con relativa "sponsorizzazione" sulla rete internet ed utilizzarla anche per sensibilizzare della popolazione.
\square Non ritengo di poter dare suggerimenti ma auspico però che questo servizio utilissimo per il
territorio sia sostenuto e incentivato sviluppato sempre di più, poiché penso che sia importante il
lavoro di filtro e mediazione, nonché collaborazione che gli operatori stessi hanno fornito alla nostra struttura, nell'avviare processi di inclusione sociale e lavorativa.
□ Credo importante implementare la presenza della figura medica che catalizzi le attività positive
delle figure da me conosciute
□ Incrementare attività che coinvolgono gli altri attori.
☐ Fornire maggior "assistenza" agli attori dell'assistenza nel corso di eventi luttuosi che creano
disagio e sofferenza nel gruppo/famiglia.
□ Poter usufruire di un piccolo budget per iniziative volte al mantenimento dei locali.
\square A mio avviso con percezione personale quindi non supportata da dati statistici in una valutazione
di spending review andrebbe pesato il dato relativo a quanti ricoveri coatti vengono assorbiti e
quindi tramutati in accompagnamento semi- volontario.
\square Andando oltre il freddo dato statistico andrebbe valutata la valenza etica e il follow up
economico ed emotivo su famiglia e vicinato coinvolto.
□ Il Cart mi sembra strumento prezioso di prevenzione e vicinanza al cittadino utente.
\square Avere a disposizione ulteriori spazi che garantirebbero una migliore accoglienza.
🗆 Possibilità di più visite domiciliari.
□ Credo che nella struttura attuale il servizio sia svolto nel migliore dei modi possibili un
eventuale ulteriore collaborazione con l'amministrazione comunale che permetterebbe di
sviluppare la struttura a disposizione potrebbe rendere possibili migliori momenti di convivialità.

A nostro parere, sembra emergere che se un servizio di cura si connota ontologicamente e cerca di compiersi concretamente come "luogo di prossimità", potrebbe essere maggiormente in grado di rispondere "più e meglio" ai bisogni espressi e latenti delle persone.

La persona verrebbe così messa nella condizione di poter agire il proprio bisogno di cura, la propria consapevolezza e storia di vita nel proprio contesto socio-culturale, sapendo di poter contare su una trama capillare di reti di sostegno. D'altro canto sembra che *più si è di territorio*, più la dialettica ("dialettica come sviluppo dello spirito di contraddizione, che fu dato all'uomo perchè imparasse a distinguere la differenza delle cose" Goethe) tra la cittadinanza e la cittadinanza partecipata si incrementa.

Le reti familiari

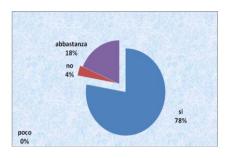
Nell'indagine condotta abbiamo selezionato come campi esplorativi di indagine due realtà del servizio.

Il criterio di campionamento adottato è stato di *universalità*, ovvero il campione è rappresentativo dei familiari dei pazienti che frequentano il Cart.

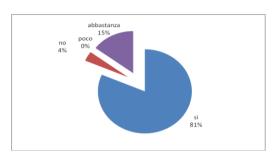
Il gruppo di lavoro ha elaborato un questionario di facile fruibilità, somministrato ai familiari con l'invito all'auto-compilazione e alla riconsegna.

Di seguito l'analisi delle risposte:

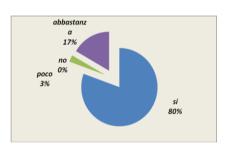
La valutazione delle cure ricevute



La percezione dell'efficacia del servizio



La qualità del servizio



Dall'elaborazione è emersa una soddisfazione generale positiva del servizio; i familiari ritengono il Cart un servizio *prossimo* e di *qualità* vicino a loro e ai loro congiunti. Valutano la struttura, l'organizzazione del servizio, la professionalità degli operatori, le cure ricevute e i risultati raggiunti soddisfacenti; mancano, però dei suggerimenti su come migliorare il servizio e la qualità delle prestazioni erogate.

Aneddotica

Il fascino dell'aneddoto è scritto nella sua stessa origine, dal greco anékdotos, inedito, segreto..qualcosa che incuriosisce, perchè non subito tangibile...margini che avvicinano i contenuti, disvelando lentamente significati e sfumature, come mutevoli "brandelli di bruma" che cambia forma e direzione..

Vorremmo proporre alcuni aneddoti scritti da persone che hanno incontrato l'esperienza dei Cart....luci diverse, sensibili, che rendono percettibili gli scarti tra il consueto e l'inconsueto, il conosciuto e lo sconosciuto, il sostenibile, e l'insostenibile..in quel groviglio affastellato di ruggine e tempo, chiamato, forse a ragione, conoscenza.

Una targa appare sul cancello del Cart,appena aperto ed enuncia Centro Riabilitativo Territoriale. La "gente comune" associa al termine riabilitativo la possibilità di ricevere benessere e chiede se presso il Centro possono essere fatti anche massaggi???

Il Cart non viene inteso come Centro psichiatrico.

Circa la prossimità del Cart con il cimitero, a parte i primi tempi in cui c'era un po'di imbarazzo, in seguito è avvenuta una naturale accettazione. Quasi si è attribuito un significato di continuità vita - cura- morte senza l'attribuzione della valenza negativa.

Il Cart di Olgiate Comasco... "si può riderci sopra" ... un luogo che si connota come luogo di accoglienza.

"M. e R. sono due omoni, non parenti tra loro. Li vedo spesso appoggiati con i gomiti sulla ringhiera, busto spostato verso l'avanti, schiena scoperte per pochi centimetri, e sguardo che va oltre le loro sigarette. Il loro taglio dei capelli mi fa spesso venire in mente la bellissima canzone di Ivano Fossati, L'uomo coi capelli da ragazzo.

A volte parlottano, a volte sono lì, semplicemente vicini a godersi una sigaretta.

Rientrando dal lavoro, mi sono messo bonariamente a scherzare con loro, e rivolgendomi a M., il più giovane dei due: "Bravi, bravi, continuate che dopo la tosse...".

Marco stacca la sigaretta dalle labbra e aprendosi a un sorriso risponde: "Queste sono quelle terapeutiche", lasciando una breve pausa sospesa: "sono al mentolo!". Poi fa seguire una risatina soddisfatta, con colpo di tosse a seguire, ovviamente... Mi chiede se ho mai fumato e rispondo che in passato sì, avevo fumato la pipa, con molta moderazione .Poi continuo: "..il fumo della pipa è quasi rito, e ci vuole tempo. La pulizia della pipa, la carica del tabacco, prima con mano da bambino, poi con mano da donna e da ultimo con mano da uomo, l'accensione con fiammifero di legno, l'ascoltare il crepitio del tabacco e assaporarne l'aroma, lo rendeva tutto diverso".

La conversazione finisce con il proposito che sarebbe bello prima o poi provare a sostituire la sigaretta con l'antico strumento di legno.

Assorto nei miei pensieri mi sono chiesto come mai, rispetto all'utenza "normale", non trovi mai un mozzicone di sigaretta per terra, e dove siano i demoni che lo perseguitavano e lo rendevano *un pericolo* per la popolazione, per la gestione di un cane pericoloso, che poi pericoloso non era.

Molti sono ancora li, accanto, pronti a tornare a fargli male, qualcuno è sicuramente rimasto legato da qualche catena chimica di farmaco, che lascia traccia nell'espressione degli occhi, nell'andatura diversa.. qualcuno in due chiacchiere, scambiate così, per la voglia che abbiamo di raccontare e farci raccontare...qualcuno nel fumo di sigaretta ora, forse un giorno di pipa."

Massimo, responsabile servizio veterinario, Asl Medio Alto Lario, distretto di Porlezza

L'ambulatorio veterinario è situato nella stesso edificio dove è presente il Cart. La porta rossa che collega i due luoghi è sempre aperta...capita spesso di ritrovare al cart veterinari tra un sorso di caffè ed un sostegno relazionale.

"Mi chiamo Barbara, gestisco da 16 anni un bar in un paese sul lago dove anche vi abito."

Una mia amica mi ha dato dei fogli da leggere dicendomi: noi siamo questo!! Dopo averli letti ho trovato delle affinita' tra il Cart a il bar:

- -i bar sono collocati nel territorio, sono prossimi ai luoghi di appartenenza
- -i Cart vogliono connotarsi per questo, i bar gia' lo sono
- -i Cart vogliono lavorare con la rete sociale e il bar è una buona rete sociale: infatti, sappiamo tutti che, nella cultura italiana ,viene considerato come uno dei principali punti di ritrovo dove si puo' trovare un momento di relax e si può "staccare per cosi" dire la spina dimenticando per un attimo i problemi e le preoccupazioni che assillano.

Se poi al di là del bancone si trovano persone che regalano un sorriso e che sanno ascoltare, il bar diventa una piacevole rete sociale.

Io mi prendo cura dei miei clienti, infatti sono una brava ascoltatrice ed ho molta pazienza.

Pero' fare questo non e' per niente semplice, anzi, ascoltare tutti e magari avere anche una parola di conforto

Per fortuna anche nel mio paese e' riuscito ad arrivare il Cart.

Chi meglio di loro puo' aiutare quelle persone che da sole non ce la farebbero mai a vivere una vita "normale"?

Persone che si sentono sole anche se hanno una famiglia, perché, magari, in quella famiglia nessuno le ascolta o le capisce oppure ,quando non hanno una famiglia, si sentono impaurite e vengono isolate dal resto della comunità.

Tutti abbiamo bisogno di essere ascoltati!!!!

Questo i Cart lo sanno benissimo e lo costatano sempre di più, per questo si sono approssimati a questi luoghi, per avere appunto più vicinanza a chi ne ha bisogno.

Sono veramente contenta che i Cart siano arrivati anche a Nesso, così possono dare un grande sostegno alle persone che a me stanno molto a cuore.

Io personalmente ho trovato qualcuno con cui condividere quello che vedo tutti i giorni: in molti cercano un aiuto e devo dire che chi frequenta il cart aspetta questo giorno per ritrovare amici che li ascoltino, per trovare gli amici con cui si è stabilito un contatto.

E dal mio ho potuto vedere miglioramenti in quei soggetti con problematiche diverse; ho visto la gente intorno a me guardare con occhi diversi, quella persona che fino a quel momento, considerava "il matto del paese".

Un grazie di cuore per il bene che i Cart fanno sul nostro territorio".

Barbara, barista di Nesso

Al Cart Di Nesso il ritrovo al bar del paese, è divenuto un appuntamento irrinunciabile!

Conclusioni

Abbiamo condotto questo lavoro cercando di evidenziare la strada teorica e pratica percorsa.

Abbiamo cercato di costruire e trasmettere conoscenza, a partire tanto dall'esperienza quotidiana quanto dalla riflessione teorica.

Riflessione teorica che ha come presupposto la" cura" della persona sofferente attraverso l'offerta di interventi che rispettino, per quanto possibile, il diritto di vivere nel proprio contesto di vita.

Abbiamo rinnovato, riplasmato quando necessario, sulla base della giusta sapienza di un mix di valutazioni oggettive e soggettive, avendo chiaro che tale percorso dovrà comunque essere in fieri.

Abbiamo avuto la capacità di dare spinta propulsiva al lavoro territoriale, partendo dal territorio e quindi centrando la nostra innovazione su di esso.

Come ricorda il Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale (attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002/2004), l'obiettivo per promuovere la salute mentale è quello di sviluppare "una psichiatria di comunità che operi in un contesto ricco di risorse e di offerte, con programmi di cura e modelli di efficacia e valutabili, in un territorio concepito come un insieme funzionale ampio, non rigidamente delimitato, con la possibilità di integrare diversi servizi sanitari e sociali, pubblici, privati, non profit e di collaborare con la rete informale presente, in una reale società civile".

Nel nostro lavoro è stato importante ripercorrere l'evoluzione che ha consentito di ribaltare una psichiatria massificante, autoritaria, fatta di automatismi istituzionali a favore di un'assistenza psichiatrica protesa a recuperare la centralità della persona.

Ma la sfida attuale consiste per noi proprio nel perseguire la massima professionalità nella promozione della salute mentale a partire dalla persona che soffre. Un modo di fare psichiatria che prevenga lo sradicamento totale dell'individuo, promuova il superamento dello stigma, il recupero di speranza e desiderio e sostenga possibili spinte emancipative.

Obiettivo della nostra indagine è stato quello di comprendere come il modello di intervento, abbia modificato, nel corso di questi anni, la percezione di enti locali e familiari in rapporto al nostro servizio. Dall'analisi dei dati raccolti, seppur a livello empirico, abbiamo rilevato una differente percezione del servizio di cura prima e dopo l'apertura dei Cart; pare essere riconosciuto come servizio di prossimità; come strumento di prevenzione, vicinanza e cura. La persona bisognosa può

essere sostenuta dalle trame delle reti in un'ottica di corresponsabilità nel suo contesto di appartenenza, luogo imprescindibile dal quale partire per costruire un processo di cura e di guarigione sociale.

Tutto questo si è sviluppato, passo dopo passo, in una logica di recupero della valenza originaria del lavoro territoriale. Il nostro agire ha dovuto in ogni caso tener conto dello sviluppo del modello psichiatrico lombardo, che, è un dato attuale, deve fronteggiare una crisi operativa dei Cps in un quadro complessivo istituzionale di buona risposta delle strutture residenziali riabilitative e di una stabilizzazione dell'intervento di urgenza ospedaliero.

Non è casuale che nella provincia di Como, nell'ambito delle responsabilità sanitarie dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna sia in atto un modello integrato di intervento dipartimentale sull'urgenza e sull'ospedalizzazione in fase di completamento.

E nelle prospettive più immediate ci sia l'ipotesi di un progressivo inserimento della gran parte delle funzioni psichiatriche nel presidio extraospedaliero.

Il presente lavoro, pur oscillando tra sviluppo di un'esperienza nata più di sei anni fa e prospettive future, illustra ovviamente lo stato attuale ed i risultati raggiunti per accrescere la consapevolezza del nostro agire e nel contempo il bagaglio di riflessioni necessarie per lo sviluppo di cui accennavamo.

E senza minimalismo retorico a questo si limita, anche nella significazione del titolo "Piccoli Cart crescono..."

```
*Infermiere

**Educatore Professionale

***Assistente Educatore Coop. Soc. Cisl, Como

**** Operatore socio-sanitario

****Responsabile Area Riabilitativa

*****Assistente Sociale

******Tirocinante Corso di Laurea Scienze dell'Educazione

******Peer Supporter

******Direttore UOP Lario Occidentale e Appiano Gentile Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como
```

Bibliografia

Bracken P, Autori Vari , *Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma*, Psicoterapie e Scienza Umane.

Bruni D, Cetti P., Spreafico A., Vanoli S., Bassi C., Bellati F., Bianchi S., Minaglia G, Terzaghi L., Mazza D., Napoli M., Calcaterra L., Ferrario T, Scorza G., "I Cart si raccontano: una nuova esperienza d' intervento territoriale in Lombardia", rivista Errepiesse, anno III, n° 2, agosto 2009.

Giusti E. A. Iannazzo, Fenomenologia ed integrazione pluralistica, Ed. Universitarie Romane, Roma 1998.

Mambriani S. La comunicazione nelle relazioni di aiuto Cittadella editrice 1992.

Perini M. L'organizzazione nascosta. Dinamiche inconsce e zone d'ombra nelle moderne organizzazioni F.Angeli 1a edizione 2007.

Piano socio sanitario Regionale 2002-2004.

Piano socio sanitario Regionale 2010-2014.

Scorza G, "La funzione Cart:un'esperienza di inclusione operativa territoriale", Milano 7- 11 ottobre 2012, 46° Convegno Nazionale Nutrire la mente, S.I.P.

Angelo Cocchi, a ricordo

Sono convinto che il tema degli interventi precoci nei confronti delle malattie mentali, la loro rapida individuazione e il lavoro sui fattori di rischio si diffonderanno e si svilupperanno nel sapere scientifico e nelle diverse istituzioni con sempre maggiore spinta e risultati anche per il lavoro che l'amico Angelo Cocchi ha fondato e portato avanti, tra le altre cose riuscendo, con il suo prestigio, a portare la X Conferenza mondiale della IEPA (International Early Psychosis Association) a Milano, nel 2016.

Forse è un poco paradossale iniziare il ricordo di un collega e amico parlando del futuro, ma è vero che possiamo fare vivere la memoria delle persone care anche proseguendo nelle loro opere, nel loro pensiero, nelle loro speranze, nel loro modo di vivere e vedere le cose del mondo.

Parlare del passato è immediato e istintivo. Personalmente ho iniziato a lavorare con Angelo, e Angelo mi ha fornito i primi rudimenti del lavoro nell'istituzione pubblica, e ho subito apprezzato il significato di un primario forte, che mi poteva trasmettere esperienza ma anche conoscenza, e sicuramente principi. Una cosa mi colpì molto presto: la sua tendenza a sdrammatizzare, a spogliare le cose delle loro coperture conformiste, a sperimentare sempre una prospettiva diversa, spiazzante. Ho presto imparato che quello che penso può essere letto in modo diverso, e che si doveva mettere sempre in discussione la parte più condivisa e scontata degli accadimenti. Ciononostante in moltissime occasioni Angelo mi prendeva in contropiede, con una risata ironica (ma mai svalutante) decostruiva e ricostruiva in poche parole un fatto, un'interpretazione e, perché no, talvolta una persona. Mai banale, quindi, e soprattutto raramente prevedibile. La sua tendenza non fu quella di insegnare, di assumere pedantemente il ruolo di esegeta dei fatti della vita o della professione, ma fu "naturalmente" un insegnante, la vicinanza insegnava di per sé (risata benevolmente beffarda e insulto). Appena arrivato nel suo servizio (Rho, allora), mi invitò alla cena con la quale celebrava i suoi 50 anni insieme ad amici e colleghi di lavoro. La cosa mi colpì, perché ero proprio appena arrivato, e lì iniziò a trasmettermi un senso di appartenenza. Io cerco oggi, nel mio lavoro e nel mio ruolo professionale così diverso da allora, di trasmettere quello che allora mi arrivò, e questo è una delle gratitudini che posso esprimere ad Angelo.

Un altro tratto: assolutamente un signore. Non riusciva a decostruire la sua educazione, il suo saper fare e la sua misura. Nelle situazioni conviviali, nelle situazioni di lavoro, nei convegni e negli incontri Angelo Cocchi sapeva come "comportarsi", e questo metteva a proprio agio le persone, lo rendeva una persona molto sociale – inorridirebbe a questo giudizio! - seppure spesso lievemente caustica nei precisi giudizi. Solo un lampo sulla professione: era il chairman perfetto; metteva a proprio agio i relatori con il suo garbo mai formale, stimolava la discussione fornendo spunti e contributi sempre originali, intratteneva con modestia assolutamente autorevole. Lo si poteva definire d'altri tempi, ma sarebbe stata una definizione sbagliata. Lui sapeva leggere i tempi (tempi che ha percorso, seppure ora pensiamo tutti troppo brevemente), viverli pienamente senza lasciarsi trattenere dai lacerti del passato, e spesso li anticipava, i tempi, con una visione frontale e futura, mai passivamente legata alle acquisizioni consolidate, e le sue conquiste professionali (principalmente il suo lavoro sul trattamento precoce delle psicosi) lo testimoniano. Una persona giovane, dentro, capace di continua rilettura delle cose.

Pensavo di fare fatica a ricordare Angelo, di trovarmi, dopo quasi trent'anni dal nostro primo incontro, a scrivere di lui. Invece i pensieri escono facilmente, ma soprattutto mi fa bene. Dobbiamo delle cose alle persone cui la vita ci ha legato, e in qualche modo dobbiamo o dovremmo restituire, e questo è uno dei modi. Nel 1991 andai con lui al Congresso mondiale della WAPR in Canada, e fu lì che, spazientito, mi intimò di passare dal lei al tu, e successero in quei giorni fatti che ricordo con grande piacere e malinconia. La crescita professionale è anche una crescita personale, intima, e

Angelo mi fu quindi a quel tempo anche un po' maestro. E questa cosa a tratti sembrava creargli un po' di fastidio, come a sdrammatizzare anche sé stesso. Ricordo un altro preciso consiglio: occupati sicuramente di tante cose, ma approfondiscine una, sii esperto di quella cosa, ti sarà utile. Uno dei pochi consigli (ammaestramenti) che, purtroppo, ho seguito solo in parte.

Devo dire che la mia vicinanza personale sul lavoro non è durata molto; lui si spostò al Sacco (che delusione non avere ricevuto se non un normale invito a seguirlo, o forse fu una mia impressione, Angelo non era il tipo da ordini perentori o richieste di sudditanza), e poi ancora modificò la sua sede di lavoro, fino a Niguarda. Ma abbiamo avuto tante occasioni di incontrarci, fino a condividere l'impegno nella SIRP Lombarda, e con il solito garbo e la solita misura, e con i pensieri sempre rapidi e creativi, manteneva il suo ruolo nel nostro Consiglio Direttivo anche se, ultimamente, gli dicevo che aveva progetti molto impegnativi, come la Conferenza mondiale IEPA che si avvicinava. Sempre un signore, mi aveva risposto condiscendete e minimizzante. Presidente della nostra ultima Assemblea dei soci, mi colpì ancora per la serietà e la compostezza (paterna, infine lo dico) con cui svolse quel ruolo.

Se mi accorgo di non aver assolutamente delineato la traiettoria professionale di Angelo Cocchi, che tra l'altro ha accompagnato e grandemente contribuito alla nascita e crescita della Psichiatria lombarda e nazionale, storia professionale per altro ben conosciuta dalla gran parte degli operatori della nostra disciplina (storia che, tra i tanti traguardi, lo ha portato alla Direzione del Dipartimento di Salute mentale di Niguarda e alla Presidenza della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica), penso però che la prospettiva personale dello sguardo del ricordo possa contribuire meglio a mettere in evidenza quanto di soggettivo e unico c'era in lui, quanto era in grado di trasmettere, e il passaggio da noi agli altri e da loro a noi è forse la cifra principale del nostro percorso professionale, uno dei meriti maggiori, uno dei più evidenti motivi per dire a una persona, in questo caso a lui, con grande e sincera commozione, grazie.

Antonio Amatulli, con il Direttore ed il Comitato di Redazione di "Errepiesse".

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.