

Rivista trimestrale di politica sociosanitaria

I servizi di salute mentale Le esperienze di Firenze e Torino

L'evoluzione del ticket in Italia
Il percorso del piede diabetico

I servizi di Firenze

Le esperienze della città di Firenze: la psicoeducazione. Presentazione
L'attività psicoeducativa
Un modello procedurale per l'applicazione della psicoeducazione
Gruppi con familiari di pazienti con sindromi psicotiche
Conduzione di gruppi con familiari di pazienti
Social Skills Training: trattamento e risultati
Social Skills Training: il network cerebrale
La "Casa di cristallo": gruppo di auto-aiuto di pazienti
Testimonianza di un familiare
Testimonianza di un utente - Riccardo
Gruppi con pazienti ricoverati
Il Progetto "Front-office cittadino per la salute mentale"
Interventi psicoeducativi con famiglie e pazienti
Psicoeducazione rivolta ai pazienti bipolari
La psicoeducazione nelle dipendenze per la riduzione della cronicità
Interventi con famiglie multiproblematiche
Interventi per la prevenzione del disagio psichico

I servizi di Torino

Le esperienze della città di Torino. Presentazione
Trattamenti complessi per pazienti difficili
Promuovere la salute psichica nella scuola e con la scuola
Esperienze di auto mutuo aiuto

Contributi originali

Monografia



FORMAS

Laboratorio Regionale
per la Formazione Sanitaria

Direttore Responsabile
Mariella Crocellà**Redazione**

Antonio Alfano
Gianni Amunni
Carmen Bombardieri
Alessandro Bussotti
Laura D'Addio
Gian Paolo Donzelli
Silvia Falsini
Claudio Galanti
Carlo Hanau
Gavino Maciocco
Patrizia Mondini
Benedetta Novelli
Mariella Orsi
Daniela Papini
Elena Reborà
Paolo Sarti
Luigi Tonelli

Comitato Editoriale

Gian Franco Gensini,
*Preside Facoltà di Medicina e
Chirurgia, Università di Firenze*
Mario Del Vecchio,
*Professore Associato Università di
Firenze, Docente SDA Bocconi*
Antonio Panti,
*Presidente Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri della
Provincia di Firenze*
Luigi Tucci,
*Direttore Laboratorio Regionale
per la Formazione Sanitaria –
FORMAS*

Segreteria di Redazione

Simonetta Piazzesi
349/4972131

Direzione, Redazione

salute.territorio@gmail.com
http://www.salute.toscana.it

Edizione

Pacini Editore S.p.A.
Via Gherardesca 1, 56121 Pisa
Tel. 050313011
Fax 0503130300
info@pacinieditore.it
www.pacinieditore.it

Registrazione al Tribunale di Firenze
n. 2582 del 17/05/1977

Questo numero è stato chiuso
in redazione il 30-12-13

**Sommario**

- 129 L'evoluzione del ticket in Italia
L. Fenech, A. Panfili
- 138 Il percorso del piede diabetico
B. Bini, T. Grillo Ruggieri
- 143 Le esperienze della città di Firenze: la psicoeducazione
Presentazione
M. Crocellà
- 144 L'attività psicoeducativa
S. Domenichetti
- 146 Un modello procedurale per l'applicazione della psicoeducazione
R. Perone, A. Rispoli, V. Massai, A. Barbacci
- 152 Gruppi con familiari di pazienti con sindromi psicotiche
V. Massai, R. Perone, A. Rispoli, A. Barbacci, G. Umbriano
- 156 Conduzione di gruppi con familiari di pazienti
S. Vannini, I. Pepi, O. Granati, A. Barbacci, A. Rispoli, R. Perone, V. Massai, M. Lisi
- 158 Social Skills Training: trattamento e risultati
R. Perone, L. Fossati, V. Massai, A. Rispoli, A. Barbacci, S. Sestini, O. Corbelli
- 162 Social Skills Training: il network cerebrale
S. Sestini, R. Perone, C. Mazzeo, L. Mansi, V. Massai, A. Rispoli, A. Barbacci
- 165 La "Casa di cristallo": gruppo di auto-aiuto di pazienti
A. Rispoli, A. Barbacci, R. Perone, V. Massai, M. Lisi, G. Umbriano
- 167 Testimonianza di un familiare
G. Del Lungo Camiciotti
- 169 Testimonianza di un utente - Riccardo
- 170 Gruppi con pazienti ricoverati
A. Rispoli, S. Bianchini, F. Bertoni, R. Perone, V. Massai, A. Barbacci, M. Lisi
- 173 Il Progetto "Front-office cittadino per la salute mentale"
R. Perone, G. Gozzini, R. Antonini, V. Massai, U. Giorgia, A. Rispoli, A. Barbacci, C. Dell'Olio
- 177 Interventi psicoeducativi con famiglie e pazienti
E. Fumanti, R. Mancini, D. Pancani, B. Pierallini, F. Sirianni, G. Zeloni
- 181 Psicoeducazione rivolta ai pazienti bipolari
A. Cicogni
- 184 La psicoeducazione nelle dipendenze per la riduzione della cronicità
G. Mammana
- 186 Interventi con famiglie multiproblematiche
A. Gonnelli
- 188 Interventi per la prevenzione del disagio psichico
D. Pecori
- 191 Le esperienze della città di Torino
Presentazione
N. Pepino
- 193 Trattamenti complessi per pazienti difficili
L. Gastaldo, A. Bressa, E. Pirfo
- 197 Promuovere la salute psichica nella scuola e con la scuola
I. Ferrio Maria, M.P. Pinna, E. Pirfo
- 199 Esperienze di auto mutuo aiuto
a cura dell'associazione "Sorriso"

L'evoluzione del ticket in Italia

Gli effetti delle politiche sulla spesa sanitaria delle famiglie e prospettive future

Lorenzo Fenech¹, Alessandro Panfilì²

¹ Ricercatore OCPS (Osservatorio sui consumi privati in sanità), SDA BocconiSchool of Management

² Laureando al corso magistrale Discipline economiche e sociali presso l'Università Bocconi

Abstract

All'interno dell'intenso e variegato dibattito sulla sostenibilità del sistema sanitario nazionale, l'attenzione si focalizza spesso sugli effetti e le potenzialità di uno strumento in particolare: il ticket nato con il doppio scopo di migliorare il governo della domanda e allo stesso tempo garantire una fonte alternativa di finanziamento, il ticket viene introdotto per la prima volta in Italia nel 1978 nell'ambito della farmaceutica ma rimane lontano dai "riflettori" fino ai tempi relativamente recenti. L'introduzione del superticket nel 2011 e la recente crisi economica, pongono, infatti, una serie di questioni sulla sua efficacia e sul suo impatto in termini di equità, che rendono controverso l'utilizzo di questo strumento. La frammentazione di dati e informazioni utili condiziona però il dibattito che assume spesso connotati squisitamente teorici se non addirittura, in alcuni casi, ideologici. Laddove ci si basa, invece, su evidenze, si è tipicamente costretti a considerare esperienze di altri sistemi sanitari, rendendo difficile l'applicabilità al nostro contesto.

Questo contributo si propone di analizzare gli effetti del ticket attraverso l'analisi degli andamenti di spesa sanitaria per copayment delle famiglie e di altre variabili di contesto, con il fine di fornire delle chiavi di lettura per l'interpretazione dei risultati.

Nella teoria economica più tradizionale uno dei motivi fondanti che legittima l'intervento dello stato in un sistema di scambi è l'assenza di perfetta informazione e la conseguente asimmetria informativa tra le parti. Riprendendo brevemente un concetto ormai noto, l'asimmetria informativa «si riferisce alla diversa informazione disponibile per le due parti interessate ad una transazione, denominate l'una (quella che non ha informazione completa) "delegante" (o mandante o rappresentato o principale, *principal*), l'altra (quella che ha completa informazione) "delegato" (o mandatario o rappresentante o agente, *agent*)» (Acocella 2002). Questa condizione determina incertezza che, a sua volta, può incentivare comportamenti eccessivamente "selettivi" da parte del delegante, in fase di scelta della controparte (*selezione avversa*), oppure, stimolare comportamenti opportunistici da parte del "delegato", a transazione avvenuta (*rischio morale*). Nell'ambito della tutela della

salute, il problema è particolarmente rilevante e amplificato in virtù della disparità di conoscenze tra il portatore del bisogno sanitario, l'erogatore del servizio sanitario e il finanziatore, quando diverso dal primo o dal secondo. L'operatore pubblico può quindi intervenire erogando, finanziando o regolando il "bene salute" per arginare queste problematiche. Considerando il caso italiano, in cui lo stato interviene con tutte e tre le leve, si riduce in particolare il problema della selezione avversa (comportamenti "discriminatori" nella scelta degli assistiti). Rimane però la questione del "rischio morale" che, in sanità, si declina nella forma di domanda inappropriata da parte degli utenti. Questi possono essere mossi sia da una loro erronea percezione sul bisogno che da una percezione erronea del medico curante (effetto *SID-Supply Induced Demand*), con l'effetto di generare *sovraconsumo*. In ogni caso, l'utente continua a richiedere prestazioni anche con beneficio marginale nella spesa sanitaria privata,

pubblica e PIL). Prima di procedere all'osservazione e analisi dei dati, si ripercorre il frame *worko*, poiché non ritiene che la sua rinuncia alla prestazione possa avere effetti considerevoli per il resto della collettività. L'individuo reputa inoltre che tutti gli altri svolgono il medesimo ragionamento e che nessuno lo seguirebbe nel ridurre il consumo eccessivo (Buchanan, 1965). In un contesto di risorse decrescenti o stagnanti sia per la collettività (PIL) che per la sanità pubblica (spesa pubblica), la questione del consumo inappropriato diventa fondamentale per la sostenibilità del sistema e il dibattito su quali siano gli strumenti più idonei per il nostro sistema è ancora aperto. Richiamando quanto già scritto da Muraro e Rebba (2004), è possibile distinguere tra strumenti di controllo della domanda diretti e indiretti. I primi non richiedono necessariamente l'azione di indirizzo di un professionista sanitario, e, quando prevista, essa non attenua l'efficacia dell'intervento sulla domanda originaria. Tra questi si distinguono le "misure di compartecipazione" (franchigia, coassicurazione, *copayment*), il "razionamento reale" (tetto al volume di prestazioni sanitarie garantite), l'"educazione sanitaria" (prevenzione e riduzione dei comportamenti dannosi, *empowerment* del paziente per corretta autodiagnosi e automedicazione). Gli strumenti indiretti attengono invece strettamente alla dimensione dell'offerta-erogazione dei servizi in termini che questa può dare per il supporto, orientamento e selezione della domanda (es: *empowerment* della medicina territoriale¹, linee guida e percorsi diagnostici secondo *Evidence Based Medicine*² gestione delle liste di attesa secondo criteri di priorità).

Il ticket rappresenta, quindi, una delle tante leve di governo della domanda, collocandosi in competizione essenzialmente con gli altri meccanismi di compartecipazione che, per definizione, perseguono un duplice obiettivo: disincentivare la domanda inappropriata e garantire il cofinanziamento della stessa, laddove questa risulta persistente.

Le criticità del ticket: quando è inefficace ed effetti collaterali

Nel raggiungimento del suo obiettivo di governo della domanda, è ragionevole ipotizzare due principali situazioni in cui può essere inefficace. Si tratta, ad esempio

del caso in cui la domanda inappropriata è indotta dallo stesso medico (effetto SID) oppure quando il ticket è applicato a delle prestazioni che sono usufruibili da una molteplicità di strutture. Per questo secondo caso, si pensi, ad esempio, alle visite diagnostiche che possono essere erogate sia in ospedali che, a volte impropriamente, in Pronto soccorso.

Oltre ad essere uno strumento di controllo della domanda, il ticket svolge anche il ruolo di forma di finanziamento della spesa sanitaria che però può avere rilevanti effetti collaterali in termini di equità, laddove non si rispettano alcune condizioni di base. La letteratura economica suggerisce la seguente regola generale: i servizi caratterizzati da bassa elasticità della domanda al prezzo dovrebbero presentare un livello di compartecipazione bassa (Newhouse, 1993; Rebba, 2009). Se così non fosse, il ticket costituirebbe una forma di tassazione regressiva, non essendo commisurato alla capacità contributiva del paziente ma solo al costo o alla quantità delle prestazioni domandate. Inoltre, qualora il livello di compartecipazione fosse così elevato da scongiurare o contenere la richiesta di prestazioni, ciò porterebbe all'acutizzazione delle malattie nel lungo periodo, aumentando così i costi per il sistema sanitario. Un utilizzo appropriato del *copayment* necessita inoltre che vengano previsti (congiuntamente o meno) un sistema di classificazione, di esenzioni e di tetti. Il criterio di classificazione permette di richiedere diversi livelli di compartecipazione per lo stesso servizio, poiché la stessa prestazione può essere considerata più o meno essenziale e urgente (e quindi essere meno o più onerosa) a seconda della categoria di appartenenza di chi la richiede. Le esenzioni soggettive sono invece attribuite in riferimento alla singola situazione clinica ed economica del paziente. Per quanto concerne le condizioni cliniche, solitamente vengono ritenuti esenti dal pagamento i soggetti che presentano patologie croniche o condizioni che "irrigidiscono" la domanda di prestazioni. Un ragionamento analogo viene svolto tenendo in considerazione le condizioni economiche: cittadini con bassi livelli di reddito presentano una domanda molto elastica al prezzo e l'introduzione del ticket potrebbe condurre a un sott consumo di prestazioni sanitarie (Rebba, 2009). Per quanto riguarda il sistema di tetti, possono essere previsti dei limiti massimi annui o un limite massimo d'incidenza del ticket sul reddito annuo, come proposto da Spandonaro,

¹ Per "*empowerment* della medicina territoriale" si intende il potenziamento della medicina territoriale nel suo ruolo di governo della domanda. Tale risultato può essere raggiunto attraverso modifiche dell'assetto organizzativo (patti tra aziende sanitarie e medici territoriali), interventi economico-finanziari (aumento del budget o sistemi di incentivazione per il raggiungimento di standard qualitativi) e corsi formativi del personale.

² L'EBM consiste nell'usare sistematicamente i risultati di ricerche su campioni di popolazione per basare alcune decisioni cliniche.

il quale suggerisce una soglia massima del 5% (Spandonaro, 2006).

Le tappe del ticket in Italia

Il *copayment* viene introdotto per la prima volta in Italia nel 1978, applicato solo sui farmaci. In seguito, tra il 1988 e il 1989, viene avanzata la proposta di adottare il ticket anche per le prestazioni specialistiche, entrata effettivamente in vigore nel 1993.

Guardando alla normativa in prospettiva cronologica si possono individuare quattro momenti critici: l'introduzione del ticket sui farmaci (1978), l'estensione alla specialistica (1993), la regionalizzazione e il decentramento di alcune competenze alle Regioni (2001), l'adozione del ticket per il Pronto soccorso e, infine, del superticket per la specialistica (2006) (Fig. 1).

Non volendo qui effettuare un excursus normativo, si richiamano brevemente le tappe fondamentali che caratterizzano il ticket fin dalla sua implementazione. L'attenzione si focalizza in particolare sul ticket per i servizi sanitari, caratterizzata da percorso alquanto articolato fin dalla sua prima introduzione. Entra, infatti, solo virtualmente in vigore nel 1989 e nel 1991 viene regolata l'esenzione,

prevista per tutte le prestazioni sanitarie, con riferimento ad alcune categorie di invalidi, mentre, per altre, l'esenzione riguarda solo le prestazioni necessarie per la cura della particolare patologia collegata. È con la legge n. 537 del 1993 che però si dà concreta implementazione al ticket, prevedendo il pagamento di una quota per le visite specialistiche, le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio. La stessa legge e la successiva, la n. 724/1994, introducono poi l'esenzione per reddito, comunque condizionata anche a requisiti anagrafici o di status lavorativo. Il processo normativo riguardante le esenzioni si chiude con il D.M. n. 329/1999 e il D.M. n. 279/2001. Nel primo si specificano, per ogni malattia, le prestazioni da considerare esenti e include anche le malattie croniche già regolate nel d.l. n. 124/1998. Il secondo riguarda, invece, l'esenzione da tutte le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza, necessarie per il monitoraggio e per la prevenzione di ulteriori aggravamenti. Nel 2001 inizia il processo di regionalizzazione nell'ambito del *copayment* con legge n. 405/2001. Questa attribuisce alle regioni la facoltà di istituire nuovi ticket sull'assistenza farmaceutica e di individuare nuove categorie di esenti; il primo meccanismo

Figura 1. Timeline delle tappe del ticket in Italia

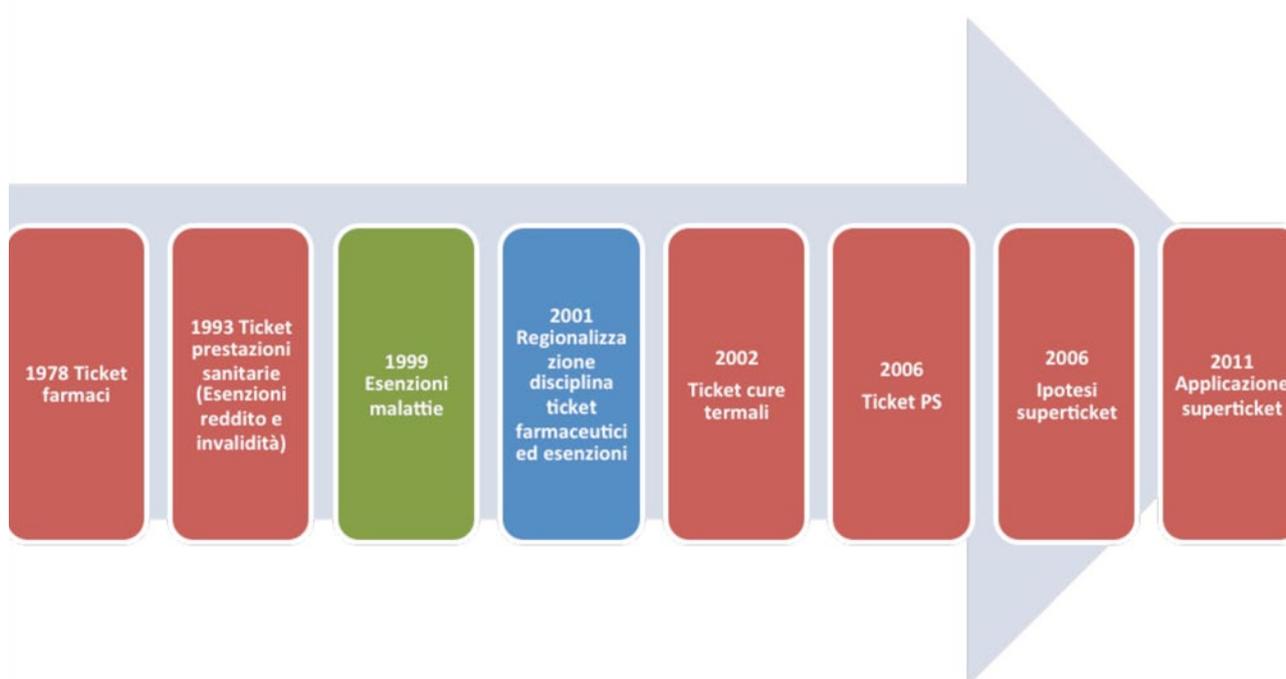


Tabella I. *Suddivisione delle Regioni italiane secondo il metodo di ricezione della nuova normativa sul Pronto soccorso.*

Codice bianco Pronto soccorso		
Quota fissa 25 euro	Quota fissa > 25 euro	Quota fissa + variabile
Abruzzo Basilicata (quota non applicata fino al 2011) Lazio Lombardia Marche Molise Piemonte Sardegna Sicilia Trento Umbria Valle d'Aosta	Campania PA Bolzano	PA Bolzano Calabria Emilia Romagna Friuli Venezia Giulia Liguria Puglia Toscana Veneto

Fonte: rielaborazione da Cantù e Ferrè (2012).

non è stato però applicato da molte Regioni per almeno dieci anni. Sempre in questa fase, vengono introdotte nuove leggi riguardanti il sistema di compartecipazione, incominciando con la legge n. 289/2002 che prevede un ticket di 50 euro per le cure termali. Un cambiamento radicale si ha, infine, con la finanziaria del 2007 (legge n. 296/2006) che introduce il ticket per il Pronto soccorso e il superticket. Il primo riguarda le prestazioni in regime di Pronto soccorso non seguite da ricovero e ammonta a 25 euro di base, con delle differenziazioni regionali nell'applicazione della normativa (Tab. I). Il secondo prevede il pagamento di 10 euro per ricetta da applicare in aggiunta al ticket già in vigore per le presta-

zioni specialistiche. Tale intervento è stato però rimandato fino al d.l. 98/2011. In attuazione di tale decreto le Regioni si sono conformate a uno tra questi quattro differenti modelli di politiche (Tab. II):

- recepire la normativa senza modifiche;
- non applicare il nuovo ticket, o applicarlo in misura irrisoria (si veda il caso della Sardegna, nella quale è stata semplicemente aumentata la franchigia da 46,15 euro a 47,15);
- rendere il ticket proporzionale al reddito familiare;
- introdurre un ticket proporzionale al valore tariffario della prestazione fornita.

Tabella II. *Suddivisione delle Regioni italiane secondo il metodo di ricezione della nuova normativa sulla quota ricetta.*

Quota ricetta (superticket)			
Quota non applicata	Quota fissa 10 euro	Quota proporzionale al reddito	Quota proporzionale al valore
PA Bolzano PA Trento Valle d'Aosta Sardegna (modifica della franchigia)	Abruzzo Friuli Venezia Giulia Liguria Lazio Molise Puglia Calabria Sicilia	Emilia Romagna Marche Toscana Umbria Veneto	Basilicata Campania Lombardia Piemonte

Fonte: rielaborazione da Morandi (2013).

Tabella III. Spesa sanitaria pubblica e privata, spesa complessiva per copayment, PIL, 2003-2012.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Spesa sanitaria pubblica										
Miliardi di euro	81,3	89,4	95,3	100,5	101,3	108,1	109,7	112,1	111,4	-
In % del PIL	6,1	6,4	6,6	6,7	6,5	6,9	7,2	7,2	7,1	-
Spesa sanitaria privata										
Miliardi di euro	23,8	24,9	25,0	25,8	26,2	27,2	26,7	27,0	27,6	26,9
In % del PIL	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7
Ticket Farmaceutica- Specialistica – PS										
Miliardi di euro	1,6	1,6	1,6	1,5	1,7	1,8	2,0	2,2	2,7	2,9
In % della spesa privata	6,7	6,4	6,2	5,8	6,6	6,5	7,6	8,2	9,7	10,9
In % della spesa pubblica	2,0	1,8	1,6	1,5	1,7	1,6	1,9	2,0	2,4	
In % del PIL	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
PIL (miliardi di euro)										
	1.341,9	1.397,7	1.436,4	1.493,0	1.554,2	1.575,1	1.519,7	1.551,9	1.578,5	1.565,9

Fonte: Rielaborazioni su AIFA, ISTAT e Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Dinamiche nazionali della spesa per ticket

Nel 2012 la spesa per *copayment* in Italia è di circa tre miliardi di euro, ammontare che comprende le entrate da ticket per i farmaci (somma del ticket sui farmaci equivalenti e dei ticket regionali), per la specialistica e per il Pronto soccorso. Il dato è irrisorio se rapportato al PIL, di cui costituisce lo 0,2% nel 2012. Risulta invece rilevante se confrontato con la spesa sanitaria pubblica, circa il 2,5 % nel 2011 (ultimo dato disponibile) e, in particolare, con la spesa privata³, di cui costituisce circa l'11% nel 2012. Quest'ultimo dato segnala come il *copayment* risulti a tutti gli effetti un *item* di spesa delle famiglie, molto spesso sottovalutato (Del Vecchio, Fenech, Malarini, Rappini, *forthcoming*). Bisogna però notare che il peso del *copayment* sulla spesa sanitaria privata è quasi raddoppiato a partire dal 2008, per due effetti. Al denominatore, la spesa sanitaria privata subisce una contrazione tra il 2011 e il 2012⁴ in linea con l'anda-

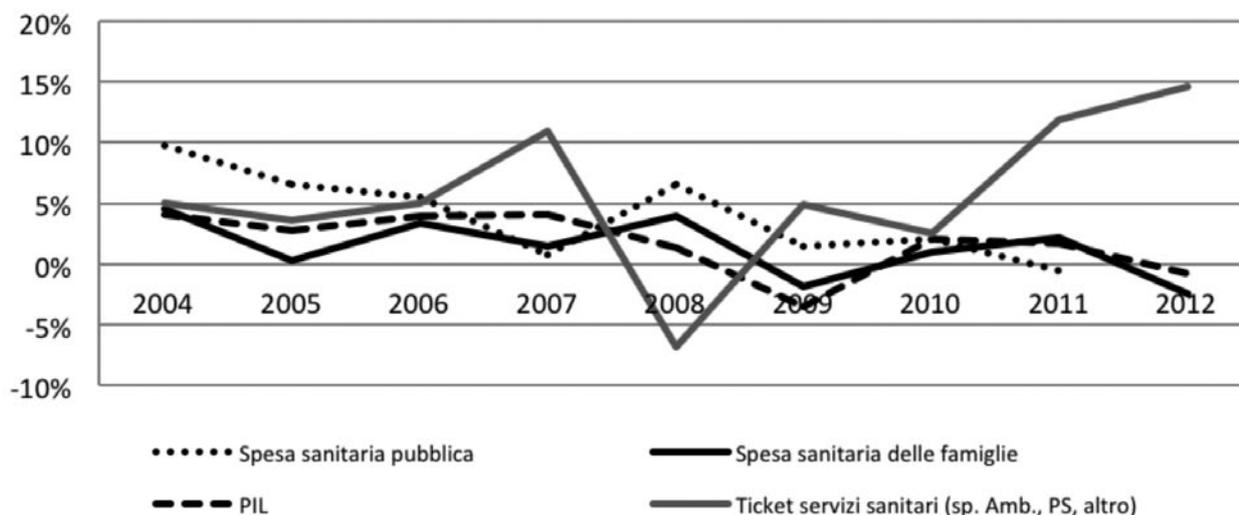
mento del PIL. Al numeratore, la spesa per *copayment* inizia a crescere stabilmente nel 2006; tale fenomeno appare avulso dal contesto reale del 2008-2012 e trova una sua spiegazione nelle manovre congiunte sui ticket, come si può notare anche dall'andamento dei tassi di crescita (Figg. 2, 3).

Per quanto riguarda i servizi (Pronto soccorso e specialistica ambulatoriale), vi è prima uno *shock* negativo nel periodo 2007-2008 che si può ragionevolmente imputare all'effetto di iniziale "spiazzamento" dovuto all'entrata in vigore del ticket nel pronto soccorso (fine 2006). Dopo lo *shock* iniziale segue poi una repentina crescita che potrebbe indicare che, all'interno delle prestazioni sanitarie soggette a ticket, ve ne sia almeno una percepita dagli utenti come "necessaria". La notevole crescita della spesa per ticket tra il 2011 e il 2012 (più del 10%) è poi spiegata dall'introduzione del superticket. Si può notare in questo caso il netto contrasto con l'andamento della

³ Spesa sanitaria privata qui è sinonimo di spesa sanitaria delle famiglie che comprende la quota del ticket, i pagamenti per intero e ragionevolmente anche i pagamenti soggetti ex post a rimborso assicurativo.

⁴ In base ai dati ISTAT di Contabilità nazionale il decremento è avvenuto in tutte e tre le macro categorie della classificazione COICOP a tre cifre ("prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico", "servizi ambulatoriali", "servizi ospedalieri").

Figura 2. Tassi di crescita annuali dei principali indicatori macroeconomici e delle entrate da ticket (2004-2012). Rielaborazioni su ISTAT e Ministero dell'Economia e delle Finanze.



spesa sanitaria delle famiglie che, nel 2012, mostra una flessione del -2%.

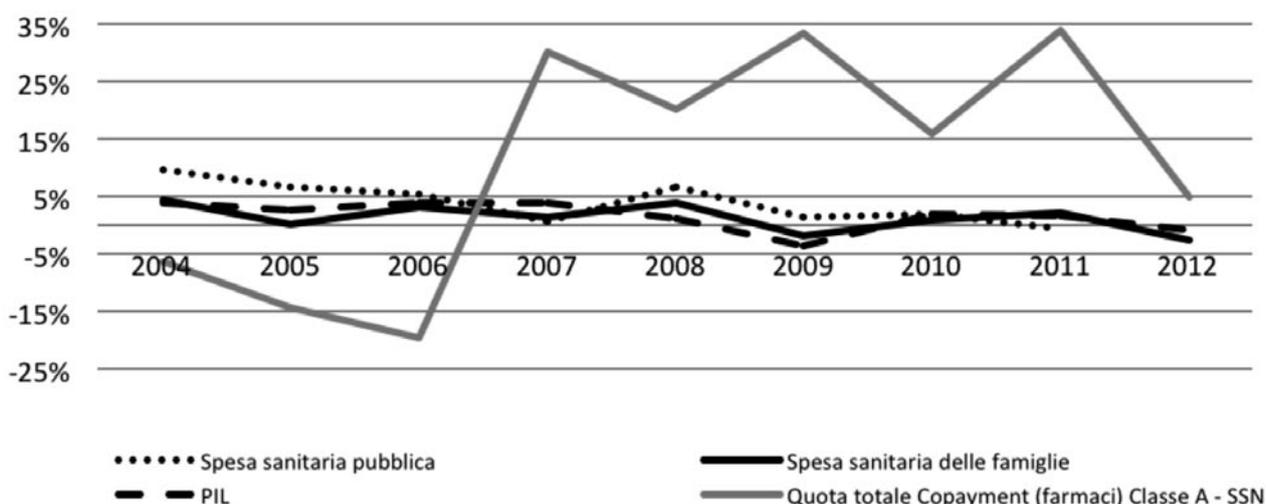
La spesa per il ticket sui farmaci decresce tra il 2004 e il 2006 e nel 2007 cambia improvvisamente direzione, continuando a crescere fino al 2012 (Fig. 3). Tale andamento, apparentemente legato dalle dinamiche economiche reali, può ancora una volta trovare parte di spiegazione nelle manovre sul ticket. Ci si riferisce, in

particolare, al fatto che il processo di regionalizzazione della disciplina sui ticket è stato attuato dalle Regioni solo dopo alcuni anni.

Le dinamiche regionali della spesa per ticket sulla specialistica

Osservando i tassi di crescita del ticket riscosso per le sole prestazioni specialistiche negli anni 2011-2012, si può notare come i diversi modelli di politiche hanno

Figura 3. Tassi di crescita annuali dei principali indicatori macroeconomici e delle entrate da ticket farmaceutico (2004-2012). Rielaborazioni su AIFA e ISTAT.



dato risultati eterogenei e di difficile interpretazione. Le tre Regioni che non hanno applicato la quota hanno visto comunque un'espansione delle entrate dalla specialistica, ma trattandosi di Regioni a statuto speciale non possono essere considerate come una situazione esemplificativa di cosa sarebbe accaduto se la manovra non fosse stata attuata. Delle quattro *policy* quella più evidentemente in controtendenza risulta essere l'applicazione di una quota proporzionale al reddito (-1%). Il valore medio negativo è però dovuto alla forte decrescita della riscossione nelle Marche (-34%), nelle quali il deflusso sembra esser stato compensato dal forte incremento delle entrate del ticket sulle prestazioni del Pronto soccorso (6,4 milioni di euro nel 2012).

Negli ultimi due anni (Fig. 2), non sembra essere confermata la tipica ipotesi che l'aumento delle tariffe del ticket induca una sostituzione di consumo pubblico con consumo privato, forse perché viene comunque percepito come Alla luce degli andamenti di medio e breve periodo si possono fare le seguenti riflessioni.

Primo, se si guarda agli andamenti della spesa sanitaria privata delle famiglie e del *copayment* "pubblico" e quindi meno caro oppure perché gode ancora di una certa fidelizzazione. Bisogna però tenere conto che i dati sono di spesa e non di consumo. Per i consumi pubblici, sappiamo, ad esempio, che l'incremento delle entrate per *copayment* tra il 2011 e il 2012, è indotto principalmente dall'aumento delle tariffe e non dai consumi effettivi, che sono invece diminuiti (Cislaghi e Sferrazza, 2013). Il ragionamento opposto si potrebbe fare per i consumi privati, di cui purtroppo non si dispone di dati. La diminuzione della spesa sanitaria privata potrebbe essere, infatti, ascrivibile alla dinamica dei prezzi, laddove, per esempio, ci sia un notevole tasso di competizione tra strutture private e/o vi sia in crescita il fenomeno del *lowcost* (Del Vecchio e Rappini 2011). La tematica della sostituzione tra consumi pubblici e privati andrebbe pertanto indagata con dei carotaggi *ad hoc* sui consumi locali.

Secondo, dall'osservazione dei tassi di crescita per i servizi sottoposti a ticket (Fig. 2) emerge inoltre una certa rigidità della domanda sia al prezzo sia al reddito, per almeno una tra prestazioni ambulatoriali e Pronto soccorso (il dato non è scorponabile). Bisogna, infatti, notare che la spesa per *copayment* per prestazioni in Pronto soccorso e di specialistica ambulatoriale aumenta più del 10%, nonostante la nota diminuzione dei consumi pubblici. Tale variazione positiva è ancora più sorprendente se si tiene in considerazione che il numero degli esenti aumenta nello stesso periodo (Zocchetti, 2013) di tutta la serie storica in

Tabella IV. Politiche di super-ticket e tassi di crescita pro capite delle entrate da ticket per prestazioni specialistiche 2011-2012.

Tipo di policy	Tasso di crescita spesa copayment specialistica pro capite 2011-2012
Quota non applicata	
PA Trento – PA Bolzano	-1%
Valle d'Aosta	4%
Sardegna (modifica della franchigia)	8%
Media	4%
Quota fissa 10 euro	
Abruzzo	10%
Friuli Venezia Giulia	11%
Liguria	88%
Lazio	5%
Molise	-2%
Puglia	6%
Calabria	6%
Sicilia	19%
Media	18%
Quota proporzionale al reddito	
Emilia Romagna	8%
Marche	-34%
Toscana	22%
Umbria	-2%
Veneto	-1%
Media	-1%
Quota proporzionale al valore	
Basilicata	11%
Campania	-1%
Lombardia	8%
Piemonte	19%
Media	9%

Fonte: elaborazione da Corte dei Conti, Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica.

Figura 2: nonostante la situazione recessiva, le famiglie continuano a pagare il ticket. Analisi econometriche⁵ confermano che servizi come le visite mediche, diagnostiche e le analisi di laboratorio sono percepiti come beni necessari, poiché la loro domanda risulta anelastica al reddito e al prezzo (cioè all'ammontare della quota di *copayment* fissata). Nell'applicazione del ticket su specialistica e Pronto soccorso sembra quindi essere venuta meno una regola fondamentale, richiamata all'inizio: non si applica o si aumenta il ticket su beni e servizi sanitari "necessari", se non accompagnato da politiche di esenzione molto mirate e con una concreta progressività delle tariffe.

Le evidenze a livello nazionale pongono l'accento su un'importante questione: il ticket nasce principalmente come uno strumento di controllo della domanda per evitare fenomeni di sovraconsumo ma, in mancanza di dati ed evidenze robuste su tale aspetto, l'unico effetto visibile e certo è quello di costituire una forma di gettito stabile nel tempo.

Bisogna però notare come questo dato non sia generalizzabile a tutte le Regioni italiane. Marche, Umbria, Campania, Veneto, Molise e Trentino mostrano, ad esempio, una decrescita nelle entrate da ticket per la specialistica ambulatoriale negli ultimi due anni disponibili (2011-2012). C'è inoltre una forte eterogeneità anche nei tassi di crescita delle Regioni che mostrano variazioni positive. In questo quadro, le politiche regionali risultano scollegate dai *cluster* di politica economica individuati in Tabella IV, segnalando il rischio di una possibile "perdita

di controllo" sullo strumento del ticket. A tal proposito, il caso delle Marche rappresenta un ulteriore campanello d'allarme: è infatti ragionevole assumere che l'asimmetria nei tassi di crescita tra spesa per ticket sulla specialistica ambulatoriale e quelle per Pronto soccorso, sia dovuta ad un effetto di compensazione del primo con il secondo, meno "caro" e soprattutto più accessibile (Mengoni e Rappini, 2007). Il problema potrebbe sussistere anche laddove la spesa per Pronto soccorso cresce più di quella per la specialistica. Al tema della sostituzione di consumi pubblici con quelli privati si dovrebbe anteporre quella della sostituzione inappropriata all'interno degli stessi consumi pubblici.

In conclusione, tenendo conto delle carenze dal punto di vista di sistemi informativi, ancora troppo poco integrati, e delle peculiarità delle realtà locali in termini socio-economici, epidemiologici e di interdipendenze pubblico-privato, l'operatore pubblico potrebbe iniziare a prendere in considerazione l'ipotesi di affidare la disciplina del ticket alle ASL, ponendo lo Stato e le Regioni come garanti del sistema e collettori delle risorse. Le aziende sanitarie locali hanno, infatti, maggiori potenzialità di governo dello strumento in quanto dispongono di informazioni più robuste sul proprio contesto di riferimento e possono pertanto operare in modo più adeguato. Nell'attuale dibattito sulla efficacia o meno del ticket e sui possibili strumenti alternativi di compartecipazione, l'"aziendalizzazione" del ticket potrebbe pertanto costituire un'ulteriore opportunità da valutare.

Bibliografia

Ancona A. et al. *Ticket ed esenzioni: efficienza ed efficacia degli attuali assetti e loro possibile riforma*. Roma: Il pensiero scientifico 2007.

Acocella N. *Economia del Benessere – la logica della politica economica*. Roma: Carocci Editore 2002.

Arrow KJ. *Uncertainty and the welfare economics of medical care*. The American Economic Review 1963;LIII:941-73.

Arrow KJ. *The economics of Moral Hazard: further comment*. The American Economic Review 1968;58:8.

Babazono A, Tsuda T, Yamamoto E, et al. *Effects of an increase in patient copayments on medical service demands of the insured in Japan*. International Journal of Technology Assessment in Health care 2003;19:465-75.

Besstremyannaya G. *Heterogeneous effect of coinsurance rate on the demand for health care: a finite mixture approach*. Centre

for Economic and Financial Research at New Economic School, Working Paper No. 163, 2012.

Borgonovi E, Fattore G, Longo F. *Management delle istituzioni pubbliche*. Milano: Egea 2009.

Buchanan JM. *The Inconsistencies of the National Health Service*. Occasional Paper 7, Institute of Economic Affairs 1965.

Buchanan JM. *Public Choice: Politics Without Romance*. The quarterly review of The Centre for Independent Studies 2003.

Cantù E, Ferrè F. *L'attuazione regionale del ticket sulle ricette*. Age.Na.S. 2012.

Cislaghi C, Sferazza A. *Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica*. Gruppo Re.Mo.Le.T (Rete di Monitoraggio LEA tempestiva) Age. Na. S. 2013.

Del Vecchio M. *Settore, sistema e azienda. Logiche di governance in Sanità*. Milano: Egea 2012.

⁵ Si veda Besstremyannaya (2012) e *Ticket ed esenzioni* (Ancona et al., 2007) per un riassunto esaustivo sui risultati di altri autori.

- Del Vecchio M. *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*. Milano: Egea 2008.
- Del Vecchio M, Fenech L, Mallarini E, et al. *I Consumi Privati in Sanità*. In: Cantù E, a cura di. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2013*. Milano: Egea 2013.
- Del Vecchio M, Rappini V. *Low cost in sanità*. In: Anessi Pessina E, Cantù E, a cura di. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2011*. Milano: Egea 2011.
- Dirindin N. *Un ticket che porta alla Sanità Privata*. LaVoce.info 2011.
- Kupor SA, Liu YC, Lee J, et al. *The effect of co-payments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan's National Health Insurance system*. International Journal of Health Services 1995;25:228-33.
- Maeda N. *Study on the medical cost rising by the new policy for the expansion of benefit in health insurance*. The Quarterly of Social Security Research 1978;14.
- Mengoni A, Rappini V. *La domanda non urgente al pronto soccorso: un'analisi*. Mecosan 2007;62:61-82.
- Morandi I. *Compartecipazione alla spesa sanitaria. Tabelle di sintesi dei provvedimenti regionali relativi a prestazioni specialistiche ambulatoriali e farmaceutica*. Age.Na.S. 2013.
- Muraro G, Rebba V. *Bisogno di salute e governo della domanda: gli strumenti del governo della domanda*. Salute e territorio 2004;XXV:102-7.
- Newhouse JP, e The Insurance Experiment Group. *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Harvard University Press 1993.
- Panfilì A. *Gli effetti del copayment sulla spesa delle famiglie per le prestazioni specialistiche sanitarie: un'analisi empirica nel SSN*. Tesi di Laurea, Università Bocconi 2013.
- Pauly MV. *The economics of Moral Hazard: comment*. The American Economic Review 1968;58:531-7.
- Rebba V. *I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso delle cure?* Politiche Sanitarie 2009;10:221-42.
- Rebba V, Rizzi D. *Ticket e gestione delle liste di attesa per una prestazione specialistica ambulatoriale pubblica in presenza di un'alternativa privata: un modello agent-based*. Politiche Sanitarie 2012;13:19-30.
- Spandonaro F. *Responsabilizzazione e riequilibrio finanziario: due concetti da non confondere*, Care. Costi dell'Assistenza e Risorse Economiche 2006;4:24.
- Tokita T, Hosoya K, Hayahashi Y, et al. *A claim data analysis of medical fee revision*. The Economic Review 2002;53:3.
- Zocchetti C. *Il copayment oggi: la variabilità regionale, Lombardia. Dossier sul Copayment*. Age.Na.S. 2012.

Il percorso del piede diabetico

B. Bini, T. Grillo Ruggieri

Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

Abstract

La Regione Toscana, pur facendo registrare ottimi risultati a livello nazionale, mostra tuttavia un'ampia variabilità tra le diverse ASL per quanto riguarda il tasso di amputazioni maggiori per complicanze del diabete. Il Laboratorio MeS, con mandato della Regione Toscana, ha dunque coinvolto i professionisti del percorso di cura e assistenza del piede diabetico al fine di indagare le possibili determinanti di tale variabilità e di individuare le best practice organizzative che concorrono a migliorare gli esiti. La mappatura e la valutazione condivisa delle fasi organizzative dei diversi percorsi nelle ASL e nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie e l'analisi dei dati relativi alle storie dei pazienti amputati sono i principali strumenti attraverso i quali si sono messe in luce best practice e criticità da migliorare. L'articolo descrive i primi risultati delle analisi del progetto che, attraverso il sistematico coinvolgimento dei professionisti, si pone l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza del percorso del piede diabetico e i relativi outcome clinici.

Ogni anno più di un milione di persone diabetiche subiscono l'amputazione di un arto inferiore, facendo segnare una probabilità venticinque volte superiore di subire tale intervento rispetto alla popolazione non diabetica (Bakker, 2011).

A livello europeo, almeno il 3% della popolazione diabetica è soggetta a problematiche al piede e tali complicazioni risultano essere la prima causa di amputazione non traumatica agli arti inferiori (Bakker 2011; Boulton et al., 2005).

Ciò è confermato anche per il nostro Paese dove alla popolazione diabetica (circa il 5%) si può attribuire circa il 60% delle amputazioni non traumatiche (Anichini et al., 2012).

Nel 2010 in Italia sono state rilevate ben 7.261 amputazioni maggiori in pazienti diabetici, con 137.148 giornate di degenza e una degenza media di 18,9 giorni per paziente (Senato della Repubblica italiana, 2012).

L'amputazione è un intervento che modifica la qualità di vita della persona in modo rilevante e determina costi economici significativi per il sistema sanitario a causa delle prolungate ospedalizzazioni, del ricorso ai servizi di riabilitazione e

all'acquisto di presidi sanitari, nonché a causa dei costi sociali dovuti alla necessità di assistere i pazienti a domicilio.

Studi clinici ed epidemiologici hanno dimostrato che tra l'80 e l'85% delle amputazioni per diabete siano precedute da ulcere al piede come prima complicazione evidente (Pecoraro et al., 1990; Reiber et al., 1992; Larson, 1994; Apelqvist et al., 1995).

Per queste ragioni, la prevenzione e l'identificazione precoce del paziente affetto da (o a rischio di) ulcera rappresentano due capisaldi per migliorare gli esiti ed evitare conseguenze fortemente debilitanti per i pazienti e costi ingenti per l'intera società.

Nel tempo, la comunità professionale ha a tal proposito raggiunto un notevole consenso circa l'esigenza di predisporre un percorso multi-disciplinare e multi-professionale per la cura del piede. Molte evidenze cliniche, infatti, hanno dimostrato come un tale approccio abbia consentito di ridurre il tasso di amputazione tra il 49 e l'85% (Bakker, 2011).

Risulta quindi evidente come un buon livello di coordinamento tra gli attori del sistema sanitario in questo percorso con-

¹ http://151.1.149.72/pne11_new/

senta di prevenire esiti fortemente debilitanti per il paziente. La Toscana risulta già tra le *best practice* a livello nazionale per i dati riguardanti il tasso di ospedalizzazione per amputazione per diabete calcolato nell'ambito del Piano nazionale esiti (PNE) ¹.

In particolare, due realtà, le ASL di Arezzo e Pistoia registrano da anni tassi di amputazioni tra i migliori in tutta Italia.

Tuttavia, anche se la Toscana presenta performance mediamente molto positive, al suo interno è ancora presente una forte variabilità di esiti (Fig. 1; Laboratorio MeS, 2012), sintomatica di diversi livelli di efficacia assistenziale nel percorso del paziente.

Oltre alle competenze degli operatori e alla gravità dei singoli pazienti, tali differenze nelle performance sono per certo influenzate dalla "componente organizzativa", cioè dalla capacità di mettere in piedi un percorso multi-disciplinare e integrato sia a livello ospedaliero che territoriale per la cura di queste complicazioni (Kinsman et al., 2010).

Il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, con mandato della Regione Toscana e in collaborazione con la Commissione per le attività diabetologiche regionale e i professionisti coinvolti di

ogni azienda, ha dunque analizzato il percorso di cura del piede diabetico offerto in ogni contesto per individuare e condividere suggerimenti e interventi per ridurre la variabilità dei risultati e migliorare il percorso di cura.

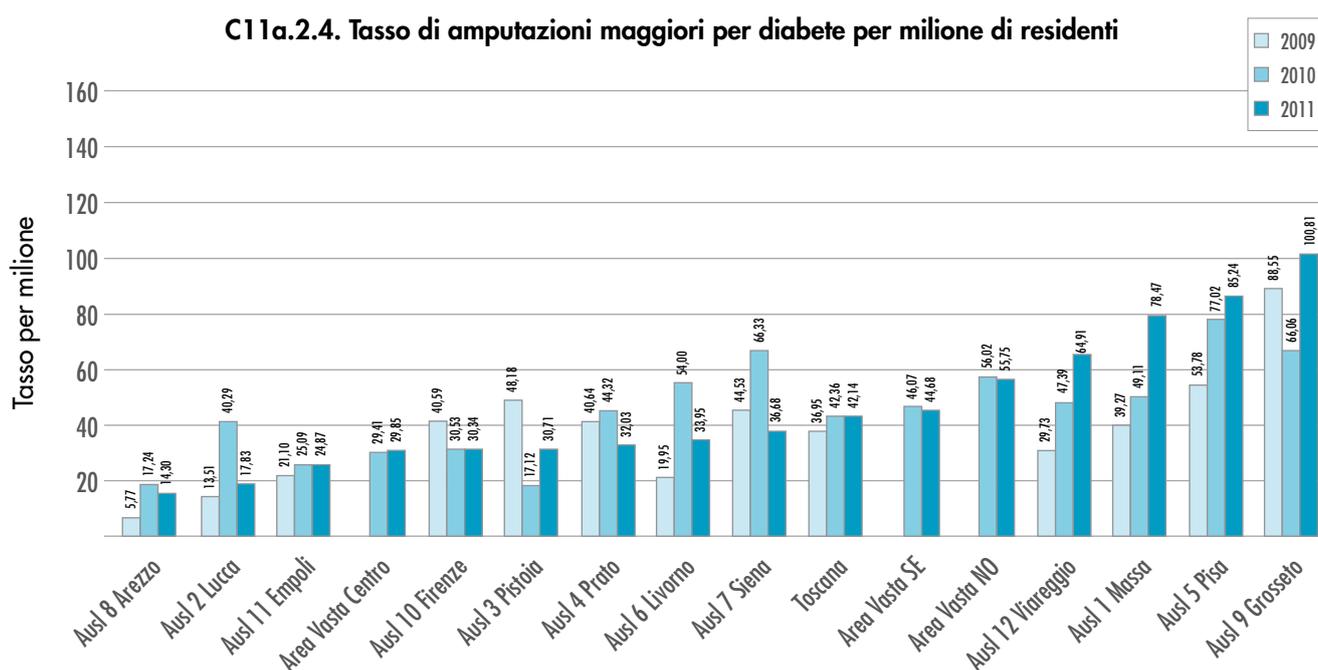
Obiettivi del progetto

Obiettivo del progetto è quindi il miglioramento del percorso del piede diabetico e dei suoi esiti.

Nella cura del diabete in generale e, a maggior ragione, delle complicazioni gravi quale il piede diabetico a rischio di amputazione, giocano un ruolo fondamentale sia le diverse strutture erogatrici (ospedali, servizi territoriali specialistici e assistenziali, servizi domiciliari, cure primarie, ecc.), sia i diversi reparti e dipartimenti della medesima struttura organizzativa.

Data una certa costanza nel tempo della variabilità negli esiti, risulta quindi importante verificare se vi siano modelli organizzativi alla base dei risultati positivi raggiunti da alcune realtà. In tal caso, da tali realtà possono essere tratti spunti per ristrutturare e uniformare i percorsi dei pazienti e, di conseguenza, cercare una convergenza degli esiti, per una migliore assistenza e una maggiore equità nel percorso di cura.

Figura 1. Tasso di amputazioni per diabete per milione di residenti. Dettaglio trend 2009-2011 Ausl toscane.



Fonte: Laboratorio MeS 2012.

Obiettivo del progetto dunque è l'analisi dei percorsi organizzativi per la prevenzione e cura del piede diabetico, al fine di supportare la Commissione per le attività diabetologiche regionali a comprendere e gestire le determinanti di questa variabilità e il loro impatto sui risultati.

Certamente, molta responsabilità in questo percorso è posta in capo ai servizi ambulatoriali di diabetologia delle ASL e delle AOU, in quanto nodi focali del percorso di cura. Per questo motivo, si è deciso di partire dal coinvolgimento degli operatori di questi servizi per analizzare l'organizzazione del percorso e presentare eventuali ipotesi di miglioramento dello stesso.

Metodo

Il gruppo di ricerca, sotto la supervisione scientifica della prof.ssa Sabina Nuti, ha individuato due filoni di analisi:

- la mappatura organizzativa dei percorsi di cura;
- l'analisi, tramite *record linkage* dei vari flussi regionali amministrativi, dei reali percorsi seguiti nel triennio 2009-2011 dai pazienti amputati nel 2011. Si sono quindi estrapolati per il triennio i ricoveri ospedalieri, le prestazioni ambulatoriali e gli esami di laboratorio di un particolare sottogruppo di pazienti: coloro che sono stati amputati per diabete per la prima e unica volta nel 2011.

La mappatura dei percorsi assistenziali

La mappatura dei percorsi aziendali si è basata sui dati raccolti mediante questionari compilati dai referenti aziendali del percorso diagnostico-terapeutico del piede diabetico volti a raccogliere evidenze sulle fasi fondamentali del percorso: formazione degli operatori, formazione di pazienti e *caregivers*, modalità di accesso per visite ed esami non urgenti, modalità di accesso per visite ed esami urgenti, diffusione e utilizzo dei sistemi informativi, rivascolarizzazione, intervento chirurgico, follow-up e continuità assistenziale.

Questa fase si è avvalsa inoltre di un secondo step di validazione dei dati, effettuato dai ricercatori MES, che si sono recati presso tutti i centri di riferimento delle aziende coinvolte per revisionare le risposte al questionario e discutere eventuali dubbi.

Il questionario, composto da 46 domande suddivise in otto sezioni, è stato sviluppato con la collaborazione della dott.ssa Ricci, referente della Commissione per le

attività diabetologiche regionali, ed è stato inviato ai responsabili del percorso del piede delle ASL di Massa, Lucca, Pistoia, Prato, Pisa, Livorno, Siena, Grosseto, Firenze, Empoli, Viareggio e delle AOU di Pisa, Siena e Firenze. In molte delle riunioni effettuate, in occasione delle visite, è stato possibile confrontarsi, non solo con i referenti aziendali, ma anche con altri professionisti (podologi, infermieri, specializzandi, personale amministrativo, ecc.), che hanno contribuito alla discussione e alla validazione dei dati raccolti.

Ripercorrere le storie dei pazienti

Metodologia e primi risultati

Ripercorrere le storie dei pazienti incrociando i diversi flussi amministrativi consente di comprendere in che modo i pazienti siano concretamente arrivati a un esito debilitante come l'amputazione maggiore all'arto inferiore (o, in alcuni casi, a entrambi gli arti): se siano stati assistiti in regime ambulatoriale e se vi siano stati ricoveri ospedalieri precedenti all'amputazione, se vi siano stati eventuali vuoti di offerta e una mancata presa in carico tempestiva per il singolo paziente, ecc.

L'approccio seguito in questa ricerca non ha voluto mettere in luce la presenza di significatività statistica di correlazioni tra variabili, ma ha cercato piuttosto di favorire la riflessione tra i professionisti sulle modalità di presa in carico dei pazienti e di dar luogo a una ricerca sistematica delle possibili cause di ogni singola amputazione.

Sono stati quindi incrociati i dati per i pazienti residenti in Toscana amputati per diabete nell'arco del triennio 2009-2011 relativamente ai flussi SDO (schede di dimissioni ospedaliere) e SPA (schede prestazioni ambulatoriali e esami di laboratorio) ².

Partendo dunque dalle 442 amputazioni maggiori effettuate nel triennio ³, si è deciso di effettuare un focus sui soli pazienti amputati per la prima e unica volta nel 2011 (n = 123), al fine di rendere la ricerca maggiormente esplicativa di come un paziente sia arrivato a tale esito.

Risultati

I primi risultati di questi due differenti filoni di analisi, ottenuti tra ottobre 2012 e gennaio 2013, sono stati presentati in una riunione plenaria con gli operatori dei team delle ASL/AOU tenutasi in gennaio a Pisa.

Per quanto riguarda la mappatura dei percorsi, è emerso

² Si considera la codifica utilizzata per l'indicatore c11a.2.4 del sistema di valutazione del MeS. Per approfondimenti si veda: www.performance.sssup.it/aziende.

³ Per il 2009 non sono considerate le amputazioni erogate fuori dalla Regione Toscana.

Tabella I. Alcuni dati aggregati per il triennio.

	2009	2010	2011	Totale
Ricoveri ospedalieri (ordinari o day hospital)	89	209	388	686
di cui ordinari	73	179	363	615
Prestazioni ambulatoriali ed esami di laboratorio	7.551	12.546	10.875	30.972

come la tempestività degli interventi, con percorsi chiari e definiti per l'accesso urgente, e la collaborazione interprofessionale e multidisciplinare in ospedale e sul territorio siano elementi di primaria importanza per fornire un'assistenza appropriata ed efficace ai pazienti. Al contrario, le principali criticità si sono riscontrate: da una parte, nel rapporto con il territorio, sia per l'individuazione dei pazienti a rischio di ulcere che per la prevenzione, e, dall'altra, sul grado di collaborazione tra professionisti per le decisioni relative alla rivascolarizzazione e all'intervento chirurgico.

Si è potuto inoltre evidenziare la variabilità nei modelli organizzativi adottati su alcuni importanti aspetti o fasi dei percorsi come, ad esempio, le modalità operative per le rivascolarizzazioni e l'utilizzo dei sistemi informativi.

Nel corso della riunione, questi risultati sono stati discussi e condivisi dai professionisti, i quali hanno concordato come le modalità organizzative di Arezzo e Pistoia siano quelle più in linea con il modello multidisciplinare e integrato, riconosciuto a livello internazionale come più efficace per la cura del piede diabetico. In particolare, Arezzo appare maggiormente integrata a livello ospedaliero con percorsi condivisi per quanto riguarda le urgenze e le rivascolarizzazioni, mentre Pistoia risulta maggiormente integrata a livello territoriale, con percorsi di accesso rapidi e corsi di formazione per tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza al paziente diabetico.

Per quanto riguarda l'analisi delle storie dei pazienti, sono stati estrapolati, per il triennio considerato, i ricoveri effettuati e i reparti di dimissione, la quantità, la tipologia e le specialità di erogazione delle prestazioni ambulatoriali e degli esami di laboratorio (Tab. I), nonché ovviamente alcune statistiche descrittive per il gruppo dei 123 pazienti amputati.

Per questi pazienti, con età compresa tra 49 e 95 anni e con un livello di istruzione mediamente basso, sono stati erogati 686 ricoveri (di cui 615 in regime di ricovero ordinario) e quasi 31.000 prestazioni in ambulatorio ed esami di laboratorio, per un totale di attività nel triennio

dal valore di quasi cinque milioni di euro (di cui circa un milione e mezzo per i soli ricoveri per l'amputazione).

Questi dati possono essere letti su due livelli: da un lato, si possono guardare in aggregato per tutto il gruppo dei 123 pazienti; dall'altro, possono essere estrapolati per singolo paziente per mettere in risalto alcune "storie" particolari, al fine di stimolare la riflessione dei professionisti su eventuali vuoti nella presa in carico del paziente.

Inoltre, questi dati possono essere suddivisi per ASL/AOU di erogazione, per ospedale o per reparto, al fine di isolare l'attività di un singolo soggetto erogatore.

Infine, e non certo per importanza, questi dati nel complesso riescono a mettere in luce anche le "culture aziendali" di una particolare ASL o AOU, cioè prassi consolidate nelle diverse fasi del percorso. Effettivamente, dalle prime analisi si possono riscontrare alcune prime conferme di quanto evidenziato attraverso la mappatura dei percorsi fatta tramite questionari e interviste. Ne è un esempio la propensione a utilizzare la rivascolarizzazione come trattamento per i pazienti diabetici di Arezzo, i quali risultano quindi indirizzati in un percorso interno multidisciplinare rapido ed efficace. Inoltre, i dati relativi ai servizi erogati ai pazienti hanno confermato, laddove segnalata dagli operatori nei questionari e nelle interviste, l'effettiva frammentazione degli erogatori del percorso (sovrapposizione delle competenze tra Aziende, difficoltà di comunicazione tra reparti e con il territorio, ecc.).

A seguito della presentazione di questi primi risultati, i professionisti hanno discusso su come proseguire ulteriormente il progetto, andando ad analizzare più a fondo altri aspetti ancora non sviluppati (come ad esempio quelli riguardanti la farmaceutica) e affinando ulteriormente la selezione del gruppo di pazienti.

Conclusioni

Il progetto prevede quindi ulteriori analisi e sviluppi, in particolare:

- il proseguimento dell'analisi retrospettiva dei percorsi andando a estrapolare le prescrizioni di farmaci e raf-

finando ulteriormente i criteri di selezione del gruppo di pazienti da analizzare;

- l'analisi dei percorsi dal punto di vista del paziente tramite *focus group* o interviste ai pazienti stessi, al fine di includere anche il loro fondamentale punto di vista;
- l'organizzazione di altre giornate in plenaria con gli attori coinvolti nel progetto per presentare e discutere insieme i risultati delle successive elaborazioni;
- l'allargamento ad altri professionisti del tavolo di discussione sui percorsi (medici di famiglia, chirurghi vascolari, medici del PS, ecc.).

Risultato finale atteso del progetto è infatti quello di individuare e condividere un modello toscano di riferimento del percorso piede diabetico in grado di offrire un livello di assistenza più omogeneo sul territorio delle singole azien-

de, stimolando al contempo una maggiore sensibilità nei professionisti coinvolti circa l'impatto delle loro scelte sugli esiti delle cure e sull'andamento del percorso.

Il confronto sistematico e la condivisione interprofessionale infatti rappresentano il metodo di lavoro più adeguato per poter garantire il miglior esito ai pazienti con le risorse disponibili, senza vuoti di offerta ma anche senza sprechi e assicurando l'appropriatezza dei servizi erogati.

Ringraziamenti

Si ringrazia la prof.ssa Sabina Nuti e la dott.ssa Lucia Ricci per i suggerimenti forniti, i ricercatori del Laboratorio MeS che hanno contribuito al lavoro di ricerca, gli operatori dei percorsi aziendali per la grande collaborazione dimostrata e la Regione Toscana che ha finanziato il progetto.

Bibliografia

- Anichini R, Lombardo F, Maggini M. *Ricoveri per diabete, piede diabetico e amputazioni in Italia*. In: Gruppo di Studio Epidemiologia, Costi e Qualità Società Italiana di Diabetologia, a cura di. *Il Diabete in Italia*. Edizioni Minerva Medica 2012.
- Apelqvist J, Ragnarson-Tennvall G, Larsson J, et al. *Long-term costs for foot ulcers in diabetic patients in a multidisciplinary setting*. *Foot Ankle Int* 1995;16:388-94.
- Bakker K. *International Working Group on the diabetic foot*. International Consensus on the diabetic foot, 2011. www.iwgdf.org.
- Boulton AJM, Vileikyte L, Ragnarson-Tennvall G, et al. *The global burden of diabetic foot disease*. *Lancet* 2005;366:1719-24.
- Kinsman L, Rotter T, James EL, et al. *Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs*. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(3):CD006632.
- Laboratorio MeS. *Il Sistema di valutazione della performance della sanità toscana - Report 2011-2012*.
- Larsson J. *Lower extremity amputation in diabetic patients*. Lund University, Doctoral Thesis, 1994.
- Pecoraro RE, Reiber GE, Burgess EM. *Pathways to diabetic limb amputation: basis for prevention*. *Diabetes Care* 1990;13:513-2.
- Regione Toscana, delibera n. 1304 del 9-12-2003 – *Linee organizzative per la gestione del piede diabetico*.
- Reiber GE, Pecoraro RE, Koepsell TD. *Risk factors for amputation in patients with diabetes mellitus: A case-control study*. *Ann Int Med* 1992;117:97-105.
- Senato della Repubblica Italiana, Interrogazione a risposta scritta 4-08355 presentata da Emanuela Baio, giovedì 4 ottobre 2012, seduta n. 809.

Le esperienze della città di Firenze

a cura di Rosanna Perone, Veronica Massai, Alessandra Rispoli

La psicoeducazione Presentazione

La salute mentale rappresenta un settore in cui, in gran parte delle Regioni, il servizio pubblico non dispone delle risorse e degli operatori necessari per rispondere adeguatamente alle richieste di coloro che soffrono di patologie psichiatriche più o meno gravi. In questi casi l'intervento privato può rappresentare l'unica alternativa ma i costi e la lunghezza dei trattamenti risultano inaccessibili a molti di coloro che ne avrebbero la necessità.

Il ricorso esclusivo agli psicofarmaci può rappresentare di conseguenza una "cura palliativa" adottata anche quando il disagio esistenziale conclamato o agli esordi si risolverebbe con un sostegno psicologico adeguato.

La riorganizzazione dei servizi di salute mentale rappresenta pertanto una priorità sottolineata, già nel 2001, dall'Organizzazione mondiale della sanità che ha raccomandato l'adozione di modelli di intervento non solo diretti ai pazienti, ma anche ai loro familiari con il sostegno del volontariato organizzato.

La Regione Toscana ha reso operativa questa indicazione, adottando nei propri servizi il modello della psicoeducazione, a cui è dedicata la prima parte di questa monografia.

Di particolare importanza l'obiettivo di creare una rete fra i servizi territoriali della salute mentale per affrontare le varie patologie con interventi coordinati e professionalità opportunamente formate.

All'esperienza fiorentina viene associata quella portata avanti nello stesso settore nella città di Torino. Le scelte e le modalità operative sono formalmente diverse ma offrono comunque uno scenario, anche se limitato, di quanto è possibile fare per dare a chi ne ha la necessità le cure per affrontare, e possibilmente prevenire, il disagio o la malattia con strumenti che coinvolgono la persona sofferente nelle sue dinamiche di vita e di rapporto, non limitandosi a mettere a tacere i sintomi senza risalire alla cause che li hanno fatti emergere.

Mariella Crocellà

Direttore Salute e Territorio

I temi affrontati in questa monografia sono stati presentati al Convegno "Psicoeducazione: metodologia e partecipazione nei servizi di salute mentale" organizzato a Firenze dal Formas nell'ottobre 2012. I contributi sono stati interamente riscritti e aggiornati dagli autori.

L'attività psicoeducativa

Sandro Domenichetti

Psichiatra Responsabile,

Unità funzionale salute mentale adulti, Firenze

sandro.domenichetti@asf.toscana.it

Abstract

I modelli psicoeducativi sono nati dal filone di ricerche sull'emotività espressa. Intorno agli inizi degli anni '80, si sviluppano tecniche di intervento familiare, generalmente note sotto il nome di "interventi psicoeducazionali", tese a ridurre gli alti livelli di emotività espressa nei contesti familiari e di conseguenza i tassi di ricaduta dei pazienti psichiatrici. Alla base della psicoeducazione vi è inoltre il concetto di "abilità di coping". Il paziente attraverso le varie strategie di coping, che gli vengono spiegate, riesce ad affrontare con maggiore successo le sue difficoltà e modificarle. I cardini della psicoeducazione sono: problem solving, abilità di comunicazione, abilità sociali. Un intervento psicoeducazionale consiste nell'espone al paziente, in modo chiaro e interattivo, le informazioni necessarie per affrontare il disagio di natura psicologica o psicosomatica di cui soffre.

I modelli psicoeducativi sono nati dal filone di ricerche sull'emotività espressa. Questo concetto, nato nei primi anni '70 sulla scia degli studi di Brown et al. (1962) e ripreso successivamente da Leff (1976), identificò alcuni fattori quali i commenti critici, l'ostilità, l'empatia, l'ipercoinvolgimento emotivo e l'insoddisfazione, come ricorrenti nei contesti familiari e caratterizzanti famiglie ad alta o bassa emotività espressa.

La scoperta importante di queste ricerche risiedeva nel ruolo che l'emotività espressa aveva nel decorso della patologia schizofrenica. Intorno agli inizi degli anni '80, si sviluppano tecniche di intervento familiare, generalmente note sotto il nome di "interventi psicoeducazionali", tese a ridurre gli alti livelli di questa emotività nei contesti familiari e di conseguenza i tassi di ricaduta dei pazienti psichiatrici. Questo tipo di programmi classicamente è stato rivolto ai nuclei familiari (con o senza la presenza del paziente); solo negli ultimi anni sono stati progettati e valutati interventi psicoeducazionali centrati su problematiche più specifiche e rivolti ai soli pazienti in gruppo o singolarmente, e tra di essi alcuni programmi hanno riguardato il miglioramento delle conoscenze e della gestione della terapia farmacologica.

Un intervento psicoeducazionale consiste nell'espone al paziente, in modo chiaro e interattivo, le informazioni necessarie per affrontare il disagio di natura psicologica o psicosomatica di cui soffre. Così, il paziente arriva gradualmente a una maggiore consapevolezza delle proprie difficoltà. Qui il psicoterapeuta è come un maestro che insegna al proprio allievo/paziente a conoscere e gestire la malattia.

Alla base della psicoeducazione vi è inoltre il concetto di abilità di coping. Il paziente, attraverso le varie strategie di coping che gli vengono spiegate, riesce ad affrontare con maggiore successo le sue difficoltà e modificarle.

I cardini della psicoeducazione sono:

- il *problem-solving*;
- le abilità di comunicazione;
- le abilità sociali.

In buona sostanza, anche i trattamenti psicoeducativi sono significativi, come molte altre tecniche di intervento, nel favorire una buona aderenza ai trattamenti da parte dei pazienti/familiari.

Le cause di scarsa aderenza al trattamento si possono in sintesi così elencare:

- mancanza di consapevolezza di malattia (causa principale);

- concomitante abuso di alcool e altre sostanze;
- cattiva relazione e/o difficoltà nell'alleanza terapeutica tra psichiatra e paziente.

Al contrario, i fattori che influenzano positivamente l'aderenza alla terapia sono:

- età avanzata;
- elevato titolo di studio;
- buona alleanza terapeutica con i curanti;
- supporto sociale;
- coscienza dei rischi della malattia e dei benefici del trattamento;
- riconoscimento delle conseguenze avverse della mancanza di aderenza alla terapia (ad esempio, ospedalizzazione).

Tuttavia, nonostante il grande numero di linee guida e le sempre più efficaci terapie per le principali patologie psichiatriche, gli esiti rimangono ancora non pienamente soddisfacenti e questo è dovuto principalmente alla scarsa aderenza al trattamento.

L'aderenza al trattamento richiama la costruzione di un'alleanza terapeutica, per S. Freud (1912, 1937): "La prima meta del trattamento rimane quella di legare il paziente

alla cura e al medico. È un'alleanza tra l'analista e la parte sana dell'io del paziente, che stringono un patto comune contro gli elementi patologici della sua personalità". È una dimensione interattiva tra paziente e terapeuta, con la capacità di sviluppare una relazione basata sulla fiducia, il rispetto e la collaborazione nel lavoro comune al fine di affrontare i problemi e le difficoltà del paziente. L'alleanza terapeutica non è più solo condizione per il cambiamento, ma fine stesso del cambiamento: raggiungere la possibilità collaborativa può essere un obiettivo in sé della terapia. Per Allan Schore, l'alleanza terapeutica è basata su: "... influenze inconscie eppur reciproche, durante le quali la capacità del paziente di sviluppare un attaccamento si combina con i comportamenti del terapeuta, facilitanti a livello contingente, per permettere lo sviluppo di una relazione di lavoro ... La capacità del terapeuta di stabilire un'alleanza terapeutica va considerata una determinante fondamentale per prevedere l'esito del trattamento. L'alleanza terapeutica va depurata dalla relazione perversa che collude e soprattutto sottopone a diniego la possibile corretta critica del paziente verso il terapeuta".

Un modello procedurale per l'applicazione della psicoeducazione

Rosanna Perone¹, Alessandra Rispoli²,
Veronica Massai³, Agnese Barbacci⁴

¹ Psicologa SOS SMA 5, ASL 10 di Firenze, Responsabile Progetto sulla psicoeducazione – rosanna.perone@asf.toscana.it

² Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze – ale_rispoli@yahoo.it

³ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze – vmassai.esterno@asf.toscana.it

⁴ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze – agnesebarbacci@libero.it

Abstract

Viene presentato il modello procedurale per l'applicazione della psicoeducazione, ideato durante la realizzazione di progetti rivolti alle famiglie di pazienti con sindromi psicotiche, finanziati annualmente dalla Regione Toscana da quasi 10 anni e svolti presso l'ASL 10 di Firenze. Tale modello è centrato sulla valorizzazione delle risorse dei pazienti, delle famiglie, degli operatori, del volontariato organizzato e della rete sociale. I vari tipi di intervento psicoeducativo previsti dal modello dovrebbero essere svolti anche in termini di applicazione della teoria dell'attaccamento. L'obiettivo complessivo del modello è quello di migliorare l'efficacia degli interventi psicoeducativi e la qualità dei servizi per la salute mentale, prevedendo anche il coinvolgimento della rete sociale. Il modello procedurale che presentiamo è il risultato delle riflessioni scaturite durante la graduale realizzazione di una serie di progetti sulla psicoeducazione rivolti alle famiglie di pazienti con sindromi psicotiche, finanziati annualmente dalla Regione Toscana dal 2004 fino ad ora e svolti presso l'ASL 10 di Firenze.

Ritengo che l'applicazione degli interventi psicoeducativi dovrebbe essere centrata sulla valorizzazione delle risorse degli operatori, dei pazienti, delle famiglie, del volontariato organizzato e della rete sociale.

Credo, infatti, che ogni soggetto coinvolto nel trattamento (operatore, paziente, familiare, volontario, ecc.) possa svolgere un ruolo attivo, costituendo così una risorsa preziosa in termini di idee, di critica costruttiva e di proposte da realizzare.

Ciò significa che non dovrebbe limitarsi a svolgere passivamente una funzione di "esecutore" di attività preordinate, secondo uno schema troppo rigido di lavoro (ad esempio, attendendosi a linee-guida prestabilite o a indicazioni ricevute, senza considerare la possibilità di metterle in discussione).

Questo principio fondamentale, che caratterizza il nostro modello, considera che il raggiungimento dell'obiettivo più importante della psicoeducazione (lo sviluppo delle abilità di comunicazione e della capacità di *problem-solving*) sia possibile se l'altro, chiunque esso sia (operatore, familiare, volontario, ecc.) viene considerato, ascoltato e valorizzato per la sua specificità.

L'attenzione per lo stato mentale dell'altro, infatti, può sollecitare la capacità di riflettere sugli altri e su se stessi e può favorire l'espressione delle proprie risorse.

Il modello procedurale centrato sulla teoria dell'attaccamento

Quanto affermato sopra significa che i vari tipi di intervento previsti dal modello dovrebbero essere svolti anche in termini di applicazione della teoria dell'attaccamento

(Bateman e Fonagy, 2006; Fonagy, 2001; Fonagy et al., 2005; Gergely e Watson, 1999a).

Riteniamo, infatti, che la creazione di un contesto tipo base sicura (Gergely e Watson, 1999b), in termini di flessibilità, di comprensione e di valorizzazione dell'altro, costituisca un presupposto fondamentale per lo sviluppo della capacità riflessiva e per l'espressione delle risorse di ogni soggetto coinvolto nel trattamento (operatore, familiare, volontario, ecc.).

Definizione del modello

Il modello procedurale corrisponde a una procedura che è rivolta a migliorare l'efficacia degli interventi psicoeducativi, la qualità dei servizi per la salute mentale e il benessere organizzativo e che prevede anche il coinvolgimento della rete sociale.

Si propone lo svolgimento di alcune attività rivolte al sostegno delle famiglie con problemi di salute mentale, previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA). Questi ultimi possono essere definiti in termini di "percorsi di cura esigibili". Tale modello è centrato su una strategia di integrazione delle attività dei servizi pubblici con quelle delle associazioni di familiari, del volontariato organizzato e della rete sociale. Tale integrazione è coerente con quanto affermato dal *Mental Health Policy Project*, WHO 2001:

- "il settore sanitario da solo non può fornire tutti i servizi necessari e non può rispondere a tutti i bisogni per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi psichici";
- "la necessità di una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura, prevedendo il loro coinvolgimento attivo";
- "la necessità del coinvolgimento della rete sociale e dell'intervento di rete, soprattutto per i pazienti ad "alta priorità".

Inoltre, il modello integra le tecniche psicoeducative con le tecniche psicodiagnostiche e con la riabilitazione cognitiva dei pazienti con psicopatologie gravi e si propone di applicare la teoria dell'attaccamento.

Caratteristiche del modello

Il modello presenta le seguenti caratteristiche:

1. Considera la psicoeducazione come un trattamento multiprofessionale che richiede l'integrazione operativa dei vari tipi di figure professionali che lavorano all'interno dei servizi per la salute mentale.
2. Considera la psicoeducazione come un trattamento integrato, vale a dire centrato sull'integrazione dei servizi pubblici con il volontariato organizzato e con la rete sociale.

3. Comprende vari tipi di intervento psicoeducativo e ne definisce le modalità di integrazione.
4. Attribuisce all'associazionismo un ruolo più propositivo, costruttivo e progettuale, che va oltre la tutela dei diritti dei pazienti malati.
5. Supera la logica dell'antagonismo tra l'associazionismo dei familiari e i servizi pubblici, sostituendola con una logica di collaborazione, centrata sulla critica costruttiva.
6. Stimola il coinvolgimento attivo dell'associazionismo dei familiari e del volontariato organizzato, soprattutto quello di coloro che hanno condiviso esperienze psicoeducative.
7. Considera indispensabile la costruzione di una rete di interventi e lo sviluppo di risorse in grado di auto-alimentarsi ed espandersi.
8. Tiene conto delle affermazioni di Zubin et al. (1992); questi autori avevano sostenuto che il programma di trattamento più efficace per la schizofrenia consisteva nell'integrazione del trattamento familiare, del *Social Skills Training* e del trattamento psicofarmacologico.
9. Si propone di attuare una logica di integrazione di competenze tra il settore della salute mentale e quello delle dipendenze patologiche.
10. Considera indispensabile la figura dello psicologo sia per lo svolgimento di determinate attività che richiedono competenze specifiche (ad esempio, la valutazione psicodiagnostica) sia per garantire la corretta applicazione dell'approccio psicologico agli interventi psicoeducativi considerati dalla procedura.
11. Prevede un sistema di monitoraggio costante.

Descrizione del modello

Il modello procedurale, che ancora necessita di ulteriori perfezionamenti e misurazioni, prevede:

- diversi tipi di attività e specifiche modalità di integrazione tra loro;
- alcune fasi di lavoro, che seguono uno specifico ordine cronologico;
- una funzione specifica svolta dal servizio pubblico, rivolta a sollecitare e sostenere l'associazionismo, affinché possa esprimersi come "una risorsa reale" che integra e arricchisce gli interventi sanitari.

I diversi tipi di attività

- I gruppi psicoeducativi rivolti ai familiari (Falloon, 1992).
- I gruppi di auto-mutuo-aiuto di familiari.
- Il *Social Skills Training* rivolto ai pazienti (Bellack et al., 2003).

- I gruppi di auto-mutuo-aiuto di pazienti.
- I gruppi psicoeducativi rivolti ai pazienti ricoverati in SPDC.
- Gli interventi psicoeducativi presso i punti di ascolto (Progetto *Front-Office*).
- La valutazione psicodiagnostica approfondita dei pazienti.
- La valutazione del livello di stress all'interno dei nuclei familiari.
- Il coinvolgimento del volontariato organizzato.
- La formazione degli operatori dei servizi per la salute mentale.
- La formazione del volontariato organizzato.
- L'applicazione di un sistema di monitoraggio per la verifica degli esiti.
- Per il futuro, sono previsti anche interventi preventivi rivolti alle famiglie, finalizzati a prevenire l'insorgenza delle patologie psichiatriche e del disagio psichico (vedi Progetto europeo BELL – di cui l'ASL 10 è stata partner – referente: dott.ssa Rosanna Perone e Progetto europeo TATI).

Le fasi di lavoro

Ciò che caratterizza il modello procedurale è la distinzione di alcune fasi di lavoro, e uno specifico ordine per lo svolgimento delle attività e per l'integrazione delle stesse. Le fasi di lavoro sono rappresentate nello schema in Tabella I. Osservando lo schema delle fasi si può notare che le specifiche attività che vengono riportate hanno le seguenti caratteristiche:

Tabella I. Schema delle fasi del modello procedurale per l'applicazione della psicoeducazione realizzato a Firenze.

1° FASE: Valutazione del livello di stress all'interno dei nuclei familiari (TEST)		1° FASE: Valutazione psicodiagnostica approfondita dei pazienti (TEST)
↓		↓
2° FASE: Trattamento psicoeducativo di Gruppo rivolto ai Familiari	↔	2° FASE: <i>Social Skills Training</i> rivolto ai pazienti
↓		↓
3° FASE: Valutazione del livello di stress all'interno dei nuclei familiari (RE-TEST) per misurare gli esiti	↔	3° FASE: Valutazione psicodiagnostica approfondita dei pazienti (RE-TEST) per misurare gli esiti
↓		↓
4° FASE: Gruppo di auto-mutuo-aiuto dei familiari	↔	4° FASE: Gruppo di auto-mutuo-aiuto dei pazienti
↓		↓
5° FASE: Associazionismo dei familiari	↔	5° FASE: Associazionismo dei pazienti
↓		↓
6° FASE: Coordinamento delle associazioni dei familiari e dei pazienti		
↓		
7° FASE: Formazione degli operatori e del volontariato organizzato		
↓		
8° FASE: Definizione e realizzazione di progetti integrati da realizzare in vari contesti (istituzionali e non)		
↓		
9° FASE: Coinvolgimento della rete sociale		
↓		
10° FASE: Definizione di progetti di prevenzione		
↓		
11° FASE: ESPANSIONE DELLA RETE DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI		

1. Devono essere svolte rispettando un determinato ordine temporale, indicato dalla freccia verso il basso (ad esempio, la partecipazione al gruppo di auto-aiuto dei familiari deve essere successiva al trattamento psicoeducativo di gruppo rivolto a familiari, ecc.).
2. Alcuni tipi di attività possono prevedere un certo livello di integrazione tra loro, indicato dalla doppie frecce. Ciò significa che alcune informazioni emerse durante lo svolgimento di un'attività potrebbero essere utilizzate durante l'esecuzione di un'altra attività.
3. Il livello di integrazione delle attività aumenta dalla 6° alla 11° fase. Questo significa che il modello procedurale prevede uno sviluppo graduale (i) dell'integrazione tra le varie associazioni di familiari e di pazienti e (ii) dell'integrazione tra gli operatori dei servizi per la salute mentale e il volontariato organizzato/rete sociale.
4. Il passaggio graduale e progressivo da una fase all'altra può consentire la definizione dei ruoli (di operatore, di familiare, di volontario, ecc.) e l'evitamento della confusione dei ruoli, spesso accompagnata dalla conflittualità improduttiva. Ne può scaturire sia il rispetto delle competenze professionali sia la valorizzazione delle risorse dei familiari, dei pazienti, dei volontari e della rete sociale.

L'ultima fase del modello procedurale (11°) corrisponde all'espansione della rete degli interventi psicoeducativi ed è caratterizzata dall'integrazione dei servizi per la salute

mentale con il volontariato organizzato. La possiamo rappresentare con il grafico seguente (Fig. 1).

Funzione svolta dal servizio pubblico

I servizi per la salute mentale, per garantire l'efficacia e qualità degli interventi, dovrebbero svolgere una funzione che va oltre i compiti istituzionali e che è molto importante: sollecitare e sostenere l'associazionismo, affinché possa esprimersi come "una risorsa reale" che integra e arricchisce gli interventi sanitari.

L'obiettivo complessivo

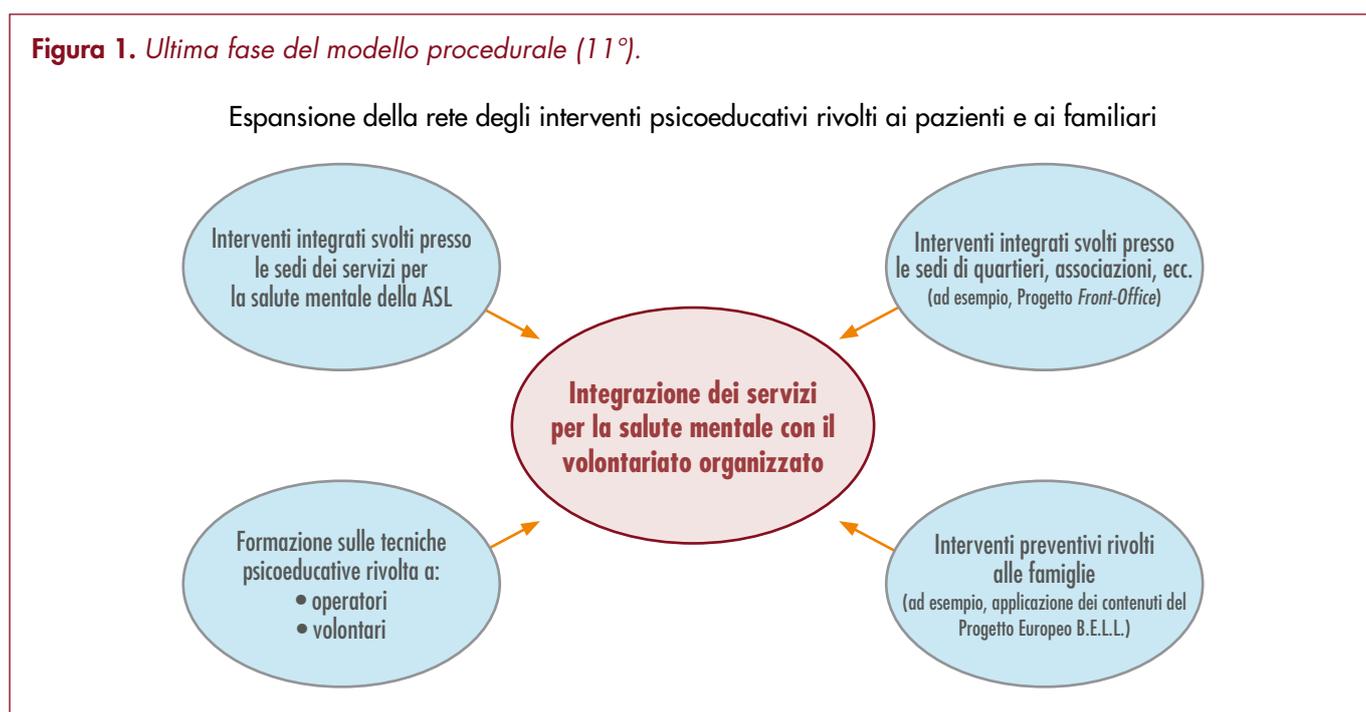
L'obiettivo complessivo del nostro modello procedurale è quello di migliorare l'efficacia degli interventi psicoeducativi e la qualità dei servizi per la salute mentale, prevenendo anche il coinvolgimento della rete sociale.

Tale modello, infatti, si propone di migliorare l'efficacia delle tecniche psicoeducative in termini di: (i) incremento del livello di funzionamento globale dei pazienti (con particolare riferimento alle loro abilità sociali e al loro funzionamento cognitivo) e del (ii) miglioramento della qualità di vita del nucleo familiare.

Obiettivi specifici

1. Ridurre il livello di stress familiare (soprattutto attraverso il trattamento psicoeducativo di gruppo con fami-

Figura 1. Ultima fase del modello procedurale (11°).



- liari e i gruppi di auto-mutuo-aiuto di familiari, Zubin et al., 1992).
2. Aumentare la capacità dell'individuo vulnerabile di fronteggiare lo stress familiare e quello riferito alla realtà sociale.
 3. Migliorare l'aderenza al trattamento psicofarmacologico.
 4. Aiutare le famiglie a portare alla luce le proprie risorse.
 5. Sostenere l'associazionismo dei familiari, l'auto-aiuto e il volontariato organizzato e promuoverne l'espansione.
 6. Rafforzare il lavoro d'équipe valorizzando le diverse figure professionali.
 7. Realizzare idonei programmi di formazione per gli operatori dei servizi e per il volontariato organizzato.
 8. Realizzare una prevenzione secondaria e terziaria in termini di riduzione delle ricadute, miglioramento del decorso e rafforzamento dei fattori protettivi.
 9. Ottimizzare i risultati attraverso un miglioramento del livello di integrazione tra i vari tipi di intervento psicoeducativo, con le attività dei SOS, del volontariato e della rete sociale.
 10. Sollecitare e favorire lo sviluppo di una rete di interventi che si auto-alimentino, capaci di produrre risorse e iniziative rivolte a promuovere la salute mentale dei cittadini.
 11. Svolgere interventi preventivi rivolti alle famiglie, finalizzati a prevenire l'insorgenza delle patologie psichiatriche e del disagio psichico.

Verifica dei risultati

Il modello prevede la costante verifica dei risultati dei diversi tipi di interventi psicoeducativi e dei progetti integrati, allo scopo di garantire un sistema di monitoraggio rivolto a garantire risposte adeguate ai bisogni di salute dei cittadini (Perone et al., 2011; Perone et al., 2006).

Limiti del lavoro svolto

1. Non è ancora pienamente soddisfacente il livello di integrazione:
 - tra i vari tipi di intervento psicoeducativo;
 - tra gli interventi psicoeducativi e gli altri interventi svolti all'interno dei servizi per la salute mentale;
 - tra gli interventi psicoeducativi e gli interventi svolti dalle associazioni di familiari e dal volontariato organizzato;
 - tra la rete degli interventi svolti e le risorse del territorio.
2. Risulta ancora non pienamente soddisfacente il livello del coinvolgimento multi professionale.
3. Il modello psicoeducativo dell'esperienza fiorentina, realizzato fino ad ora, necessita di perfezionamenti legati all'applicazione della teoria dell'attaccamento.
4. Durante lo svolgimento degli interventi psicoeducativi, occorre attribuire un ruolo di maggior rilevanza alle informazioni sugli psicofarmaci.
5. I risultati del lavoro svolto, ottenuti fino ad ora, presentano il limite di riferirsi ancora a un piccolo campione di pazienti.
6. Da un punto di vista misurativo i limiti riguardano:
 - a) la valutazione psicodiagnostica che necessita di perfezionamenti riguardanti sia la scelta degli strumenti psicodiagnostici che la metodologia della ricerca applicata;
 - b) l'integrazione dei dati psicodiagnostici con i risultati della PET.

Proposte di miglioramento

1. Migliorare la qualità della valutazione psicodiagnostica, individuando strumenti psicodiagnostici e metodi più idonei per (i) la valutazione del livello globale di funzionamento e del funzionamento sociale dei pazienti e per (ii) la misurazione dell'intelligenza emotiva.
2. Distinguere due tipi di trattamento psicoeducativo di gruppo per familiari di pazienti con sindromi psicotiche: (i) gruppi per familiari di pazienti con recente esordio della malattia e (ii) gruppi per familiari di pazienti con esordio della malattia che risale a un periodo più lontano nel tempo.
3. Perfezionare lo studio delle correlazioni tra i risultati delle valutazioni psicodiagnostiche e quelli della neuro-immagine del cervello (PET).
4. Ottimizzare i risultati attraverso un miglioramento del livello di integrazione delle attività.
5. Migliorare il livello del coinvolgimento multiprofessionale.
6. Migliorare l'efficacia dei gruppi di *Social Skills Training*, prevedendo uno spazio specifico per le informazioni mediche.
7. Migliorare la misurazione dell'efficacia delle tecniche psicoeducative, rilevando anche (i) la quantità degli interventi psichiatrici programmati e urgenti, (ii) le ricadute e (iii) le ospedalizzazioni.

Bibliografia

- Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, et al. *Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia*. Torino: Centro Scientifico Editore 2003.
- Crittenden P. *Attaccamento in età adulta*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1999.
- Bateman A, Fonagy P. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2006.
- Falloon I. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*. Trento: Edizioni Erickson 1992.
- Fonagy P. *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2001.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, et al. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2005.
- Gergely G, Watson J. *Early social-emotional development: contingency perception and the social biofeedback model*. In: Rochat P, a cura di. *Early social cognition: understanding others in the first month of life*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum 1999a, pp. 101-37.
- Gergely G, Watson JP. *The social biofeedback model of parental affect-mirrorin*. *Int J Psychoanal* 1999b;77: 1181-12.
- Perone R, Pecori D, Domenichetti S, et al. *Verifica dei trattamenti psicoeducativi con famiglie di pazienti psicotici*. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2006;XXV:102-12.
- Perone R, Bartolini L, Pecori D, et al. *Risultati del Social Skills Training applicato a pazienti con sindromi psicotiche*. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2011;17:413-24.
- Zubin J, Steinhauer RS, Condray R. *Vulnerability to relapse in schizophrenia*. *Br J Psychiatry* 1992;16(Suppl 18):13-8.

Gruppi con familiari di pazienti con sindromi psicotiche

Veronica Massai¹, Rosanna Perone², Alessandra Rispoli³,
Agnese Barbacci⁴, Giorgia Umbriano⁵

¹ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – vmassai.esterno@asf.toscana.it

² Psicologa SOS SMA 5, ASL 10 di Firenze, Responsabile Progetto sulla psicoeducazione – rosanna.perone@asf.toscana.it

³ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – ale_rispoli@yahoo.it

⁴ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – agnesebarbacci@libero.it

⁵ Psicologa volontaria Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – giorgia.umbriano@libero.it

Abstract

La “psicoeducazione familiare” è un metodo di intervento psicologico rivolto a famiglie di pazienti psichiatrici e ha come obiettivi principali la riduzione dello stress familiare e la diminuzione/prevenzione delle ricadute e dei ricoveri dei pazienti. Il presupposto teorico di base della psicoeducazione familiare è rappresentato dalla teoria stress-vulnerabilità. Alcune recenti rassegne indicano che, nel trattamento della schizofrenia, la psicoeducazione familiare risulta una pratica clinica efficace per la riduzione delle ricadute e dei ricoveri, oltre che per altri risultati, soprattutto se abbinata a un efficace trattamento farmacologico. Viene esposta l'attività psicoeducativa svolta con i familiari di pazienti con sindromi psicotiche presso il SOS SMA 5 ASL 10 di Firenze, in riferimento al periodo dal 2004 al 2012. I riferimenti teorici del lavoro svolto sono stati l'intervento psicoeducativo integrato di Falloon e la teoria dell'attaccamento di J. Bowlby. Vengono infine presentati punti di forza, punti di debolezza e prospettive future dell'attività svolta fino ad ora.

La “psicoeducazione familiare” è un metodo di intervento psicologico rivolto a famiglie di pazienti psichiatrici e ha come obiettivi principali (Falloon, 1988):

- la riduzione dello stress familiare, considerato un fattore di rischio per l'insorgenza di sintomi psicotici, depressivi e maniacali;
- la diminuzione/prevenzione delle ricadute e dei ricoveri dei pazienti.

Il presupposto teorico di base della psicoeducazione familiare è rappresentato dalla teoria stress-vulnerabilità (Zubin et al., 1992), modello esplicativo della patogenesi dei disturbi mentali secondo il quale, in alcune persone, l'effetto combinato della vulnerabilità genetica e di fattori stressanti favorirebbe la comparsa dei sintomi del disturbo mentale a cui la persona è vulnerabile. Si tratta di un modello multifattoriale che riconduce la malattia mentale a una molteplicità di fattori. In letteratura lo stress familiare viene valutato con indici quali:

- l'“emotività familiare espressa” (Vaugh e Leff, 1976), che si riferisce al clima emotivo all'interno della famiglia e comprende la critica, l'ostilità, l'ipercoinvolgimento emotivo, il calore affettivo e i commenti positivi;
 - il “carico familiare” (Grad e Sainsburg, 1963), cioè il peso oggettivo e soggettivo che la malattia comporta.
- Alcune recenti rassegne (Jewell et al., 2009; Murray-Swank e Dixon, 2004; Rummel-Kluge e Kissling, 2008) indicano che, nel trattamento della schizofrenia, la psicoeducazione familiare è attualmente considerata una pratica clinica efficace per la riduzione delle ricadute e dei ricoveri, oltre che per altri risultati, soprattutto se abbinata a un efficace trattamento farmacologico. Possiamo ricondurre l'intervento psicoeducativo con le famiglie a tre parti (fasi) fondamentali (Falloon, 1988):
- una prima parte informativa, in cui vengono fornite ai

partecipanti informazioni scientifiche aggiornate sia sul disturbo in oggetto sia sugli interventi integrati a esso rivolti;

- una seconda parte, che consiste nell'insegnamento di abilità di comunicazione (tra cui l'ascolto attivo, l'espressione di sentimenti piacevoli, l'espressione di sentimenti spiacevoli, il fare richieste in maniera positiva, ecc.), volte a migliorare lo stile comunicativo e relazionale all'interno della famiglia;
- una terza parte dedicata all'insegnamento della tecnica del *problem-solving*, per facilitare la soluzione di problemi della vita quotidiana. Il *problem-solving* si articola in sei tappe che sono:
 1. Definire con esattezza il problema/obiettivo.
 2. Esprimere le possibili soluzioni.
 3. Valutare le alternative.
 4. Scegliere la soluzione ottimale.
 5. Fare un piano per attuarla.
 6. Verificare i progressi compiuti.

Esponiamo adesso l'attività psicoeducativa svolta dal nostro gruppo di lavoro con i familiari di pazienti con sindromi psicotiche presso il SOS SMA 5 dell'ASL 10 di Firenze nell'arco di tempo che va dal 2004 al 2012. I riferimenti teorici del nostro lavoro sono stati l'intervento psicoeducativo integrato di Falloon (1988) e la teoria dell'attaccamento di J. Bowlby, che, pur essendo un costrutto trasversale in psicologia e quindi imprescindibile, ci è particolarmente servita per tenere ben presenti alcuni concetti inerenti le basi delle relazioni affettive.

Per motivi logistici e organizzativi abbiamo deciso di lavorare con gruppi di familiari e non, come nel metodo originale di Falloon, con singole famiglie a domicilio. Abbiamo quindi costituito, per ogni trattamento (della durata di 1 anno, con cadenza settimanale), un gruppo formato dai familiari dei pazienti (circa 8-10 partecipanti). Il trattamento prevede la conduzione da parte di due psicologi e 1 educatore e/o infermiere. I gruppi sono stati tutti tenuti presso il centro diurno del SOS 5 ASL 10 Firenze, tranne l'ultimo presso il centro diurno del SOS 9 ASL 10 Firenze. Esponiamo adesso qualche dato sulla nostra attività di psicoeducazione con gruppi di familiari di pazienti con sintomi psicotici (Tab. I).

La percentuale di abbandono del trattamento è stata del 43% in riferimento al numero di familiari e del 41% in riferimento al numero di famiglie.

Dal QPCF (questionario di percezione del carico familiare, Pecori, Perone) somministrato a n = 27 familiari emerge quanto segue riguardo al campione:

- età media = 61 anni;
- sesso: 37% maschi, 63% femmine;
- stato civile: 70% coniugato/a, 15% vedovo/a, 11% separati/divorziati, 4% celibe/nubile;
- titolo di studio: 34% media inferiore, 26% diploma professionale/media inferiore, 22% laurea, 18% V elementare;
- familiari che assistono maggiormente i pazienti: 52% madre, 33% entrambi i genitori, 7% padre, 4% partner, 4% altro.

Tabella I. Dati relativi all'attività di psicoeducazione condotta con gruppi di familiari di pazienti con sintomi psicotici dal 2004 al 2012.

	N. familiari che hanno iniziato il trattamento	N. familiari che hanno terminato il trattamento	N. famiglie che hanno iniziato il trattamento	N. famiglie che hanno terminato il trattamento
2004-2005 (2 Gruppi)	29	18	22	14
2005-2006	10	8	8	6
2006-2007	6	3	6	3
2008-2009	9	2	7	2
2009-2010	6	3	5	3
2011-2012	4	3	4	3
In corso nel 2011-2012 SOS 9 Bagno a Ripoli	13	8
Totali	77	37	60	31

Su n = 14 familiari (psicoeducazione svolta nel periodo 2004-2006) sono state condotte analisi statistiche approfondite, utilizzando i dati del QPCF (Pecori, Perone) somministrato al test e retest. Nello studio effettuato da Perone et al. (2006), i dati disponibili sono stati elaborati individuando 4 aree/categorie percettive mutualmente escludentisi (a loro volta comprendenti sub-aree):

- a) le percezioni/valutazioni del familiare verso l'intero nucleo familiare;
- b) le percezioni/valutazioni del familiare verso il paziente;
- c) le percezioni/valutazioni del familiare verso se stesso;
- d) le percezioni/valutazioni del familiare verso il servizio.

Nel 50% dei familiari sottoposti al trattamento psicoeducativo è stato registrato un miglioramento della percezione del carico familiare; in particolare sarebbero migliorate:

- a) le percezioni/valutazioni dei familiari verso i pazienti (maggior valorizzazione, maggior fiducia verso gli stessi);
- b) le percezioni/valutazioni dei familiari verso se stessi (si sentono più capaci di affrontare la malattia e meno soli, lavorano meglio).

Sulla base di quanto esposto possiamo sottolineare i punti di forza, i punti di debolezza e le prospettive future/obiettivi del lavoro svolto finora.

In merito ai punti di forza, possiamo affermare che questo tipo di intervento offre un messaggio di speranza ai familiari (Dixon et al., 2004; Pickett-Schenk et al., 2006), l'opportunità di avere una rete di supporto sociale cui far riferimento nei momenti di difficoltà, particolarmente utile per evitare l'isolamento (Dixon et al., 2004; Pickett-Schenk et al., 2006).

Inoltre, mediante l'intervento psicoeducativo, vengono insegnate abilità sociali volte a un miglioramento dell'atteggiamento dei familiari verso i pazienti e quindi del clima familiare (Chulkwon e Mueser, 2011).

La durata dell'intervento è di un anno (Pickett-Schenk et al., 2006) e successivamente i partecipanti hanno la possibilità di entrare a far parte di gruppi di auto-mutuo-aiuto rivolti a familiari (Chulkwon e Mueser, 2011).

Abbiamo cercato di individuare i punti deboli del lavoro svolto fino ad ora allo scopo di migliorare la qualità degli interventi futuri.

In particolare si rileva una significativa percentuale di abbandoni nel corso del trattamento, forse dovuta anche a modalità di invio non troppo soddisfacenti. Appare, quindi, necessario mettere a punto modalità di lavoro rivolte sia a sviluppare la motivazione dei familiari a partecipare

all'attività del gruppo sia a estendere il numero dei partecipanti per ogni singolo nucleo familiare (generalmente partecipa un solo membro).

Ci proponiamo di migliorare i programmi di elaborazione statistica e di aggiungere ulteriori strumenti psicodiagnostici.

Alla luce di tutto ciò, riteniamo che la prosecuzione del lavoro svolto dovrebbe essere rivolta al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- miglioramento della *compliance* dei familiari (quindi riduzione degli abbandoni);
- partecipazione di un numero maggiore di componenti di ogni singolo nucleo familiare;
- potenziamento della parte del trattamento psicoeducativo riferito alle abilità sociali;
- miglioramento del livello di integrazione dei trattamenti psicoeducativi con l'attività delle associazioni di volontariato organizzato;
- aggiornamento delle elaborazioni statistiche finora svolte;
- eventuale conduzione di gruppi di familiari di pazienti con recente esordio psicotico.

Concludiamo con alcuni spunti di riflessione.

Quali potrebbero essere i modi per migliorare la *compliance* e la motivazione dei familiari, soprattutto durante la fase iniziale di reclutamento? Possiamo formulare varie ipotesi:

- la comunicazione di informazioni adeguate sul trattamento psicoeducativo di gruppo potrebbe ridurre la resistenza a parteciparvi, causata dal timore e dalla vergogna di esporsi in un contesto di gruppo;
- il miglioramento delle modalità di invio potrebbe agire positivamente sulla motivazione dei familiari;
- la comunicazione delle esperienze di altri familiari che hanno terminato il trattamento psicoeducativo potrebbe favorire la riduzione del timore dei nuovi partecipanti e offrire loro la possibilità di sperimentare il supporto dei pari.

Come migliorare l'efficacia del trattamento psicoeducativo di gruppo con familiari?

- Le idee e le proposte potrebbero essere molte e varie, tuttavia riteniamo particolarmente utile rivolgere un'attenzione particolare, oltre che alle tecniche, anche all'applicazione della teoria dell'attaccamento, per la creazione di un "contesto tipo base sicura", all'interno del quale i partecipanti possano sentirsi il più possibile accolti e stimolati.

Bibliografia

- Chulkwon K, Mueser KT. *The effects of Social Skills Training vs. psychoeducation on negative attitudes of mothers of persons with schizophrenia: a pilot study*. *Psychiatry Investig* 2011;8:107-12.
- Dixon L, Lucksted A, Stewart B, et al. *Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness*. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:207-15.
- Falloon I. *Comprehensive management of mental disorders*. Buckingham, UK: Buckingham Mental Health Service 1988 (trad. it.: Magliano L, Morosini P, a cura di. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria: guida al lavoro con le famiglie*. Trento: Erickson 1992).
- Grad J, Sainsburg P. *Mental illness and the family*. *Lancet* 1963;i:544-7.
- Jewell TC, Downing D, McFarlane WR. *Partnering with families: multiple family group psychoeducation for schizophrenia*. *J Clin Psychol* 2009;65:868-78.
- Murray-Swank AB, Dixon L. *Family psychoeducation as an evidence-based practice*. *CNS Spectr* 2004;9:905-912.
- Perone R, Pecori D, Domenichetti S, et al. *Verifica dei trattamenti psicoeducativi con famiglie di pazienti psicotici*. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2006;XXV:102-12.
- Pickett-Schenk SA, Cook JA, Steigman P, et al. *Psychological Well-being and relationship outcomes in a randomized study of family-led education*. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1043-50.
- Rummel-Kluge C, Kissling W. *Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field*. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:168-72.
- Vaughn CE, Leff JP. *The measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients*. *Br J Soc Clin Psychol* 1976;15:157-65.
- Zubin J, Steinhauser RS, Condray R. *Vulnerability to relapse in schizophrenia*. *Br J Psychiatry* 1992;16:13-8.

Conduzione di gruppi con familiari di pazienti

Serena Vannini¹, Ilaria Pepi², Orlando Granati³,
Agnese Barbacci⁴, Alessandra Rispoli⁵, Rosanna Perone⁶,
Veronica Massai⁷, Marco Lisi⁸

¹ Infermiera CSM SOS 9 – serena.vannini@asf.toscana.it

² Educatore professionale CSM San Casciano – ilaria.pepi@asf.toscana.it

³ Psichiatra SPDC S.S. Maria Annunziata (Antella) – orlando.granati@asf.toscana.it

⁴ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – agnesebarbacci@libero.it

⁵ Psicologa Progetto psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – ale_rispoli@yahoo.it

⁶ Psicologa ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 Responsabile Progetto sulla psicoeducazione – rosanna.perone@asf.toscana.it

⁷ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – vmassai.esterno@asf.toscana.it

⁸ Psicologo specializzando Progetto psicoeducazione, ASL 10 di Firenze – Marco.lisi1983@gmail.com

Abstract

Viene illustrato l'intervento di psicoeducazione familiare svolto presso il Centro di salute mentale adulti di Bagno a Ripoli – SOS 9-10 nell'anno 2012-2013. L'intervento di psicoeducazione è stato rivolto a un gruppo di famiglie con uno o più figli/fratelli affetti da un disturbo di spettro psicotico afferenti al servizio di salute mentale di Bagno a Ripoli nel periodo 2012-2013.

Gli obiettivi che ci eravamo posti e che sono stati raggiunti erano quelli di:

1. Rafforzare la struttura familiare migliorando le relazioni e riducendo lo stress familiare.
2. Ridurre le ricadute dei pazienti.
3. Creare uno scambio di esperienze tra famiglie che si trovano a vivere situazioni simili.
4. Favorire la formazione di un gruppo di auto-mutuo-aiuto.

Il punto di forza del nostro gruppo è stato la creazione di un clima accogliente e di una buona relazione che ha favorito legami fondati su una base sicura.

L'intervento di psicoeducazione è stato rivolto a un gruppo di famiglie con uno o più figli/fratelli affetti da un disturbo di spettro psicotico afferenti al servizio di salute mentale di Bagno a Ripoli.

Il gruppo individuato era composto da 6 famiglie (hanno partecipato 3 coppie, un padre da solo, due sorelle, una madre da sola e una coppia si è alternata in quanto per 6 mesi è venuto il padre e per 6 mesi la madre).

Gli operatori Ilaria Pepi e Serena Vannini sono stati affiancati da altri due operatori, l'infermiera Anna Risi e l'educatrice professionale Maria di Giorgio del centro di salute mentale di San Casciano e da una psicologa esperta nella conduzione di gruppi di psicoeducazione, la dott.ssa Agnese Barbacci.

Gli obiettivi che ci eravamo posti erano quelli di:

1. Rafforzare la struttura familiare migliorando le relazioni e riducendo lo stress familiare.
2. Ridurre le ricadute dei pazienti.
3. Creare uno scambio di esperienze tra famiglie che si trovano a vivere situazioni simili.
4. Favorire la formazione di un gruppo di auto-mutuo aiuto.

Il raggiungimento degli obiettivi è stato possibile grazie a incontri in cui le famiglie venivano informate sui disturbi mentali dei loro congiunti, all'insegnamento di tecniche di *problem-solving* e di abilità specifiche di comunicazione mirate a gestire l'emotività espressa e a gestire i segnali prodromici della crisi.

Il punto di forza del nostro gruppo è stato la creazione di un clima accogliente e di una buona relazione che ha favorito legami fondati su una base sicura, grazie alla conoscenza degli operatori delle varie teorie dell'attaccamento. Questo percorso ha favorito nei familiari il desiderio di capire e affrontare i problemi legati al disagio mentale e la voglia di creare qualcosa di utile per i propri figli: ecco che nella zona sud-est di Firenze nasce l'associazione dei familiari "Le Rune" (segni grafici, alfabetici e simbolici, delle antiche scritture germaniche).

Per noi è stato un lavoro interessante e abbiamo visto veramente un miglioramento del clima familiare e dei pazienti stessi.

Ecco qualche loro considerazione:

- "Ci siamo resi consapevoli delle difficoltà di nostra figlia".
- "È migliorato il nostro rapporto con lei perché abbiamo capito che alcuni nostri comportamenti possono contribuire a irritarla".

Bibliografia

Bowlby J. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1989.

- "Ho cambiato atteggiamento verso mio figlio".
- "Le situazioni sono difficili anche per quei familiari come fratelli o sorelle che non convivono fisicamente e quotidianamente con il familiare con disagio psichico"
- "Finalmente mi sono sentita capita".
- "Sono circolate tante emozioni".
- "A volte ascoltando situazioni più difficili delle nostre, ci sentiamo impotenti".
- "Vorremo essere aiutati a far vedere ai nostri ragazzi il loro futuro".

Questa esperienza ha dato a tutto il servizio la volontà di spendere energie per la creazione di un nuovo gruppo che dovrebbe partire dall'anno nuovo che speriamo possa confluire, alla fine, nell'associazione dei familiari "Le Rune", che, oltre a essere e svolgere le funzioni di un'associazione familiare, è anche un ottimo e accogliente gruppo di auto-mutuo aiuto.

Falloon I. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*. Trento: Centro Studi Eriksson 1993.

Social Skills Training

Trattamento e risultati

Rosanna Perone¹, Luisa Fossati², Veronica Massai³,
Alessandra Rispoli⁴, Agnese Barbacci⁵, Stelvio Sestini⁶,
Oriana Corbelli⁷

¹ Psicologa SOS SMA 5, ASL 10 di Firenze, Responsabile del Progetto sulla psicoeducazione – rosanna.perone@asf.toscana.it

² Psicologa specializzanda presso SOS SMA 5, ASL 10 di Firenze – luisa.fossati@gmail.com

³ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA – vmassai.esterno@asf.toscana.it

⁴ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – ale_rispoli@yahoo.it

⁵ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – agnesebarbacci@libero.it

⁶ Medico nucleare, PhD, UO Medicina nucleare, Nuovo Ospedale di Prato (NOP) – ssestini@usl4.toscana.it

⁷ Educatrice SOS SMA 5, ASL 10 di Firenze – oriana.corbelli@asf.toscana.it

Abstract

Da qualche anno, presso la ASL 10 di Firenze, tra le attività previste dai Progetti sulla psicoeducazione finanziati dalla Regione Toscana, è stato introdotto il "Social Skills Training" rivolto a gruppi di pazienti con sindromi psicotiche. Il SST è una tecnica psicoeducativa rivolta a favorire sia lo sviluppo delle abilità sociali, sia il miglioramento delle disfunzioni cognitive generalmente associate alla sintomatologia psicotica. Il modello di SST applicato è stato quello di Bellack et al. Presso i servizi per la salute mentale il SST fa parte di un insieme di trattamenti seguiti dai pazienti con sindromi psicotiche (farmacologici, riabilitativi, ecc.). Tali trattamenti, rivolti alla cura e alla prevenzione delle ricadute, si propongono il miglioramento del funzionamento globale di tali pazienti. Il presente lavoro riferisce i risultati dei SST svolti finora, facendo riferimento in particolare al funzionamento cognitivo e ai dati di neuro-immagine ottenuti mediante la SPECT. Il proposito di quest'ultima è stato quello di individuare le aree cerebrali responsabili del miglioramento delle funzioni cognitive osservato nel gruppo di pazienti con sindromi psicotiche trattati.

Da qualche anno, nell'ambito dei Progetti sulla psicoeducazione finanziati annualmente dalla Regione Toscana presso il SOS SMA 5 dell'ASL 10 di Firenze, è stato introdotto il *Social Skills Training* con gruppi di pazienti con sindromi psicotiche.

Si tratta di una tecnica psicoeducativa rivolta a favorire lo sviluppo delle abilità sociali, intese sia in termini di capacità di comprendere gli altri, sia come capacità di comunicare le proprie emozioni e i propri pensieri. L'incremento di tali abilità può soddisfare i bisogni affettivi dei soggetti trattati, facilitare il raggiungimento dei loro obiettivi personali e consentire lo sviluppo della loro vita autonoma.

Alcuni autori (Kopelowicz et al., 2006) considerano il SST anche una tecnica di riabilitazione cognitiva che si propo-

ne di produrre effetti positivi sul funzionamento cognitivo. Abbiamo seguito il modello di SST ideato da Bellack et al. (2003) per i pazienti psicotici. Si tratta di un modello fondato sui principi ampiamente riconosciuti dell'apprendimento sociale, che si propone di favorire lo sviluppo delle abilità sociali e della capacità di *problem-solving*. Tale sviluppo "a sua volta" può produrre effetti positivi sulle disfunzioni cognitive dei soggetti trattati.

Deficit delle abilità sociali

I fattori critici che determinano il disagio del paziente con sindromi psicotiche possono essere riassunti nella definizione "deficit di abilità sociali". Questi deficit determinano difficoltà a stabilire relazioni sociali e a svolgere ruoli

sociali (ad esempio, lavoratore, coniuge). Il *training* di abilità sociali è una delle fondamentali pratiche riabilitative nel trattamento di pazienti psicotici.

La competenza sociale e i comportamenti di *coping* offrono protezione contro le ricadute indotte da stress; inoltre migliorano la qualità della vita. Quando gli individui riescono a tenere comportamenti più adeguati, tali da poter affrontare gli eventi stressanti e le difficoltà quotidiane, sono più capaci di risolvere i problemi. Il SST può favorire la stabilizzazione della malattia dei soggetti trattati, migliorare la loro adesione al trattamento farmacologico e psicosociale, e promuovere progressi verso la guarigione. Questo perché è una tecnica che permette ai pazienti di diventare soggetti attivi nel controllo della propria malattia.

Caratteristiche della conduzione di un gruppo di SST

Composizione di un gruppo di SST

È preferibile che i soggetti funzionino a un livello simile (anche se non sempre è possibile).

Numero dei partecipanti: da 4 a 10 pazienti.

Durata del gruppo: di solito un anno.

Frequenza e durata degli incontri: di regola la frequenza è bisettimanale. La durata di ogni seduta di solito è di 1 ora (può essere ridotta se il livello di compromissione dei pazienti è elevato).

È preferibile che gli incontri avvengano in un ambiente pubblico (un centro diurno, ecc.).

L'orario: È bene mantenere lo stesso orario e lo stesso luogo degli incontri.

Risultati del trattamento di *Social Skills Training* con gruppi di pazienti con sindromi psicotiche – periodo 2007-2012

Ci sembra importante premettere che, presso i servizi per la salute mentale, il SST fa parte di un insieme di trattamenti seguiti dai pazienti con sindromi psicotiche (farmacologici, riabilitativi ecc.). Tali trattamenti, rivolti alla cura e alla prevenzione delle ricadute, si propongono il miglioramento del funzionamento globale di tali pazienti. Anche se riteniamo difficile isolare lo specifico contributo del SST all'interno di un complesso programma riabilitativo che richiede servizi integrati, ci è sembrato opportuno riferire alcuni risultati dei trattamenti di SST da noi effettuati durante questi ultimi anni.

Numero dei pazienti che hanno terminato il trattamento

Sono stati condotti 3 gruppi di SST. Dei 22 pazienti che hanno iniziato il trattamento solo 17 lo hanno terminato

(77%), mentre 5 lo hanno abbandonato (23%). Il 4° gruppo è in corso.

Condizione psicopatologica dei pazienti

La valutazione della condizione psicopatologica dei pazienti sull'ASSE I è stata effettuata attraverso la somministrazione della SCID I/P DM IV-TR versione ricerca (2002), tradotta da R. Perone (2007).

È stato, così, possibile individuare due tipi di diagnosi principali sull'ASSE I: disturbo psicotico (53% dei pazienti) e disturbo dell'umore con aspetti psicotici (47% dei pazienti).

Risultati riferiti al funzionamento cognitivo dei pazienti

All'inizio del trattamento di SST abbiamo somministrato la WAIS-R e alcuni test neurocognitivi (test di Wisconsin, test delle fluenze – fluenza verbale e fluenza semantica). Al termine del trattamento (dopo 1 anno) abbiamo effettuato il re-test. Successivamente abbiamo confrontato i risultati del test con quelli del re-test allo scopo di rilevare le eventuali differenze di funzionamento.

Abbiamo ritenuto opportuno elaborare i dati ottenuti mettendo a confronto i risultati di due sottocampioni, caratterizzati da due tipi diversi di diagnosi principale: quello dei pazienti con disturbo psicotico e quello dei pazienti con disturbo dell'umore con aspetti psicotici.

Il proposito è stato quello di verificare quanto riferito dalla letteratura internazionale rispetto al miglior funzionamento cognitivo dei pazienti con disturbo dell'umore con aspetti psicotici se confrontati con i pazienti con disturbo psicotico.

Risultati relativi al QI, QIV e QIP

Confrontando i due sottocampioni abbiamo rilevato che:

- mentre il QIP dei pazienti con disturbo psicotico, nella fase del test, risulta di tipo inferiore (QIP = 70,50) quello dei pazienti con disturbo dell'umore con aspetti psicotici è di tipo medio-inferiore, avvicinandosi molto alla media (QIP = 87,60). Emerge, quindi, la diversità di funzionamento cognitivo dei due sottocampioni e in particolare il miglior funzionamento cognitivo dei pazienti con disturbo dell'umore con aspetti psicotici;
- l'aumento del QIV sembra riguardare solo i pazienti con disturbo psicotico (differenza = 3,38);
- l'aumento del QIP si verifica in entrambi i sottocampioni, anche se in misura più consistente nel campione dei pazienti psicotici. Questi dati sembrano, quindi, indicare che i pazienti con disturbo psicotico sono quelli che sembrano ottenere maggior beneficio dal trattamento di *Social Skills Training*.

Risultati relativi ai sub-test della WAIS-R

Presentiamo ora i risultati dei sub-test della WAIS-R (test/re-test), ottenuti attraverso un'elaborazione diversa da quella da noi effettuata in passato (Perone et al., 2011). Abbiamo, infatti, ritenuto interessante attenerci ad alcuni recenti studi, riportati dalla letteratura internazionale (Allen e Barchard, 2009; Goldstein e Allen, 2008), che ci sono apparsi di notevole interesse. Tali studi hanno applicato l'analisi fattoriale ai risultati dei sub-test della WAIS-R e hanno individuato alcuni fattori che permettono di descrivere più esattamente il funzionamento cognitivo del soggetto esaminato. Abbiamo, quindi, ottenuto i risultati riferiti a 4 fattori: cognizione sociale, comprensione verbale, organizzazione percettiva e *working memory*. Sono i seguenti:

Risultati relativi al 1° fattore - cognizione sociale

Abbiamo rilevato che i pazienti psicotici migliorano sempre tra test e re-test, seppure non in modo sempre rilevante, mentre i pazienti con disturbi dell'umore con aspetti psicotici no.

Risultati relativi al 2° fattore - comprensione verbale

I pazienti psicotici tendono a migliorare sempre tra test e re-test. Il miglioramento è più marcato per i pazienti con disturbi dell'umore con aspetti psicotici.

Risultati relativi al 3° fattore - organizzazione percettiva

Il miglioramento sembra più marcato nel gruppo dei pazienti psicotici. Un'ipotesi è che, attraverso l'intervento di *Social Skills Training* si verifichi nei pazienti psicotici una sorta di riattivazione della percezione e della presa di contatto con il mondo esterno.

Risultati relativi al 4° fattore - working memory

Sembra che l'ampiezza del miglioramento sia leggermente maggiore per i pazienti psicotici. Abbiamo poi rilevato i risultati riferiti alle seguenti funzioni cognitive.

Risultati relativi alla capacità di problem-solving (sub-test comprensione della WAIS-R)

Il miglioramento avviene sia nei pazienti psicotici che nei pazienti con disturbo dell'umore con aspetti psicotici. Sembra, però, che in questi ultimi il miglioramento sia più marcato.

Risultati relativi all'esame di realtà

(sub-test completamento di figure della WAIS-R)

C'è un leggero miglioramento in entrambi i gruppi di pazienti.

Risultati relativi alla flessibilità del pensiero (test di Wisconsin)

Per quanto riguarda gli errori perseverativi si può notare che i pazienti psicotici presentano un miglioramento in termini di riduzione di errori perseverativi (stereotipia del pensiero).

Risultati relativi alla capacità di pianificare e di progettare (test delle fluenze)

Entrambi i gruppi di pazienti ottengono un incremento.

I contenuti innovativi per il trattamento di SST

Durante gli anni di applicazione del trattamento di SST abbiamo gradualmente riflettuto sul contenuto e sui risultati del lavoro svolto.

Siamo, così, giunte alla convinzione che alcuni contenuti innovativi da noi introdotti, che necessitano comunque di ulteriori perfezionamenti, possono consentire di migliorare l'efficacia del trattamento di SST, rendendolo così maggiormente rispondente ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari.

I contenuti innovativi comprendono:

- l'applicazione al SST del modello procedurale da noi ideato per la realizzazione degli interventi psicoeducativi. Questo allo scopo di incrementare l'efficacia del SST in termini di: (i) mantenimento nel tempo dello sviluppo delle abilità sociali e di (ii) generalizzazione delle abilità;
- l'applicazione della teoria dell'attaccamento al SST.

1° contenuto innovativo: L'applicazione al SST del modello procedurale da noi ideato per la realizzazione degli interventi psicoeducativi

Applicare il nostro modello significa considerare il trattamento di SST come corrispondente alla 1° fase di lavoro da svolgere. Siamo, infatti, convinte che lo sviluppo delle abilità sociali, il mantenimento nel tempo delle abilità apprese e la generalizzazione delle abilità siano possibili se vengono previste anche altre due fasi successive di lavoro. In altre parole riteniamo che sia indispensabile lo svolgimento di altre 2 fasi successive di lavoro per migliorare l'efficacia del SST e per evitare che i progressi realizzati dai pazienti possano regredire dopo la cessazione del trattamento di SST.

Le fasi di lavoro da noi previste sono le seguenti:

- 1° fase di lavoro: trattamento di SST;
- 2° fase di lavoro: gruppo di auto-aiuto dei pazienti che hanno condiviso l'esperienza di SST (successivo al trattamento di SST). Durante questa fase gli operatori si propongono l'obiettivo di favorire l'ulteriore sviluppo delle abilità sociali, il mantenimento nel tem-

po delle abilità apprese e la generalizzazione degli apprendimenti ottenuti al termine del SST;

- 3° fase di lavoro: sollecitazione dei pazienti a partecipare attivamente alla realizzazione di progetti integrati con le associazioni di volontariato organizzato, con i servizi per la salute mentale, e con la rete sociale.

2° contenuto innovativo: L'applicazione della teoria dell'attaccamento al SST

Siamo convinte che la conduzione dei gruppi di SST debba essere centrata sulla teoria dell'attaccamento (Fonagy, 2001; Fonagy et al., 2005; Gergely e Watson, 1999). Riteniamo, infatti, che un contesto affettivo tipo "base sicura" possa stimolare la motivazione necessaria per riflettere su se stessi e per cercare di comprendere le sensazioni e il punto di vista dell'altro. Ne può scaturire un miglioramento della mentalizzazione (Bateman e Fonagy, 2006; Crittenden, 1999; Gergely e Watson, 1999), della meta-cognizione e della teoria della mente.

Limiti del nostro lavoro

1. Non è ancora pienamente soddisfacente il livello di integrazione tra i vari tipi di intervento psicoeducativo, tra gli interventi psicoeducativi e gli altri interventi svolti all'interno dei servizi per la salute mentale, tra gli inter-

venti psicoeducativi e gli interventi svolti dalle associazioni di familiari e dal volontariato organizzato, e tra la rete degli interventi svolti e le risorse del territorio.

2. Risulta ancora non pienamente soddisfacente il livello del coinvolgimento multiprofessionale per lo svolgimento degli interventi psicoeducativi.
3. Il modello psicoeducativo dell'esperienza fiorentina, realizzato fino ad ora, necessita di perfezionamenti legati all'applicazione della teoria dell'attaccamento durante lo svolgimento dei vari tipi di attività.
4. Durante lo svolgimento degli interventi psicoeducativi, occorre attribuire un ruolo di maggior rilevanza alle informazioni sugli psicofarmaci. Questo per migliorare la consapevolezza di malattia e l'adesione al trattamento (*compliance*). In tal modo è possibile favorire maggiormente una diminuzione delle ricadute, un miglioramento del decorso dei disturbi e una riduzione dei costi sanitari.
5. I risultati del lavoro svolto, ottenuti fino ad ora, presentano il limite di riferirsi ancora a un piccolo campione di pazienti.
6. Da un punto di vista misurativo occorre perfezionare la scelta degli strumenti psicodiagnostici e la metodologia della ricerca applicata. Appare necessaria anche una migliore integrazione dei dati psicodiagnostici con i risultati della PET.

Bibliografia

- Allen DN, Barchard KA. *Identification of a Social Cognition Construct for the WAIS-III*. *Appl Neuropsychol* 2009;16:262-74.
- Bateman A, Fonagy P. *Il Trattamento basato sulla mentalizzazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2006.
- Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, et al. *Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia*. Torino: Centro Scientifico Editore 2003.
- Crittenden P. *Attaccamento in età adulta*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1999.
- Falloon I. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*. Trento: Edizioni Erickson 1992.
- Fonagy P. *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2001.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, et al. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2005.
- Gergely G, Watson J. *Early social-emotional development: contingency perception and the social biofeedback model*. In Rochat P, a cura di. *Early social cognition: understanding others in the first month of life*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum 1999, pp. 101-37.
- Gergely G, Watson JP. *The social biofeedback model of parental affect-mirroring*. *Int J Psychoanal* 1999;77:1181-212.
- Goldstein G, Allen DN, Minshew NJ, et al. *The structure of intelligence in children and adults with high functioning autism*. *Neuropsychology* 2008;22:301-12.
- Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. *Recent advances in Social Skills Training for schizophrenia*. *Schizophrenia Bull* 2006;32(Suppl):S12-23.
- Perone R (2007). Traduzione Italiana della SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002). Inserita nel CD-Rom della pubblicazione: Perone R, Pecori D. *La Procedura COMOVAL MULTIASIALE per la SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002). Guida integrativa di istruzioni per l'applicazione e la validazione della procedura*. Numero speciale della Rivista *Quaderni di S & P La Rassegna Italiana delle Tossicodipendenze (ottobre 2007)*. Le indicazioni della traduzione italiana sono riportate sul sito americano della SCID IV: www.scid4.org
- Perone R, Bartolini L, Pecori D, et al. *Risultati del Social Skills Training applicato a pazienti con sindromi psicotiche*. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2011;17:413-24.
- Zubin J, Steinhauer RS, Condray R. *Vulnerability to relapse in schizophrenia*. *Br J Psychiatry* 1992;16(Suppl 18):13-8.

Social Skills Training

Il network cerebrale

Stelvio Sestini¹, Rosanna Perone², Christian Mazzeo³, Luigi Mansi⁴, Veronica Massai⁵, Alessandra Rispoli⁶, Agnese Barbacci⁷

¹ Medico nucleare, PhD, UO Medicina nucleare, Nuovo Ospedale di Prato (NOP) – ssestini@usl4.toscana.it

² Psicologa SOS SMA 5, ASL 10 di Firenze – rosanna.perone@asf.toscana.it

³ TSRM, UO Medicina nucleare, Nuovo Ospedale di Prato (NOP) – cmazzeo@usl4.toscana.it

⁴ Medico nucleare, UO Medicina nucleare, Università Federico II di Napoli – luigi.mansi@unina2.it

⁵ Psicologa Progetto psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – vmassai.esterno@asf.toscana.it

⁶ Psicologa Progetto psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – ale_rispoli@yahoo.it

⁷ Psicologa Progetto psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – agnesebarbacci@libero.it

Abstract

L'imaging funzionale bio-molecolare della perfusione cerebrale regionale mediante tomografia a emissione di fotone singolo (SPECT) è una tecnica ampiamente consolidata in ambito clinico-routine per oggettivizzare un qualsivoglia miglioramento clinico delle funzioni cerebrali osservato in seguito all'utilizzo di un certo trattamento mediante la fotografia in vivo delle aree cerebrali responsabili di tale miglioramento. Attraverso l'utilizzo di tale metodica, lo scopo del presente studio è stato quello di indagare quali fossero le aree cerebrali responsabili del miglioramento delle funzioni cognitive osservato in un gruppo di pazienti schizofrenici con sindrome psicotica trattati con una tecnica di riabilitazione psicosociale chiamata "Social Skills Training (SST)", svolta presso il SOS SMA 5 dell'ASL 10 di Firenze.

Materiale e metodo

Da un punto di vista metodologico, 17 pazienti sono stati sottoposti a indagine SPECT rispettivamente prima e dopo 1 anno di trattamento con SST svolto presso il SOS SMA 5 dell'ASL 10 di Firenze. Parallelamente all'imaging funzionale, i pazienti sono stati valutati mediante apposite batterie di test al fine di oggettivizzare e dare una misura alla loro situazione neuro-psicologica prima e dopo SST (WAIS, TMT, verbal fluency, story recall test, Wisconsin). Al fine di svincolarsi dalla soggettività che comporta una semplice analisi visiva delle immagini della perfusione cerebrale, i dati SPECT di ciascun paziente prima e dopo SST sono stati analizzati attraverso una procedura di analisi statistica parametrica, a livello di voxel, mediante un software accreditato a livello mondiale per tali scopi chiamato *Statistical parametric mapping (SPM)*. Ciò ha permesso di studiare in modo oggettivo e in ciascun paziente le eventuali variazioni statisticamente significative della perfusione cerebrale regionale post-SST rispetto alla condizione pre-SST. Il software è stato inoltre utilizzato

per rilevare la presenza di una eventuale correlazione tra gli score clinici ottenuti dai pazienti a ciascun test di valutazione neuro-psicologica pre- e post-SST (covariata di interesse) con i valori della perfusione cerebrale pre- e post-SST al fine di rilevare le aree cerebrali responsabili del miglioramento di quello specifico test.

Risultati

I risultati dell'analisi neuro-psicologica hanno dimostrato che tali pazienti andavano incontro a un significativo miglioramento di alcune funzioni cognitive dopo SST, in particolare della capacità di risolvere problemi (WAIS: test di comprensione) e di esaminare la realtà (WAIS: test di completamento delle figure) ovvero di funzioni essere note per essere strettamente connesse alla capacità di adattamento sociale. Parallelamente i risultati della analisi visiva (Fig. 1) e statistica parametrica dei dati (Fig. 2) evidenziavano un miglioramento statisticamente significativo ($p < 0,0001$) della funzione di alcune aree

Figura 1. Sezioni coronali, sagittali e transassiali di pazienti con Schizofrenia rispettivamente prima e dopo trattamento con SST. L'analisi visiva evidenzia un miglioramento del flusso cerebrale regionale (rCBF) (e.g. incremento del colore rosso) dalla condizione pre-SST a quella post-SST a 1 anno, in particolare nelle regioni frontali.

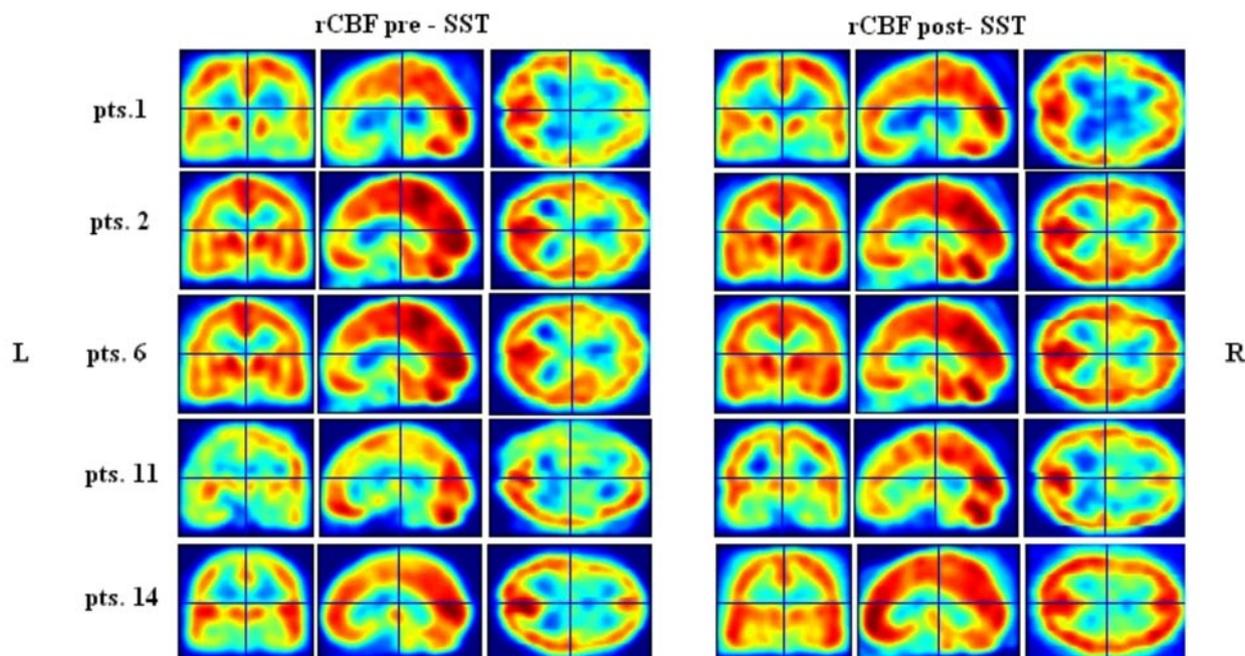


Figura 2. Aree cerebrali caratterizzate da un miglioramento del flusso cerebrale regionale (rCBF) dalla condizione pre-SST a quella post-SST a 1 anno ($p = 0,001$). Molte delle aree fanno parte del Default Mode Network. Di queste aree, quelle direttamente responsabili del miglioramento della capacità di adattamento sociale sono le aree corticali frontali, in particolare le pre-frontali dorso mediali (DMPFC).

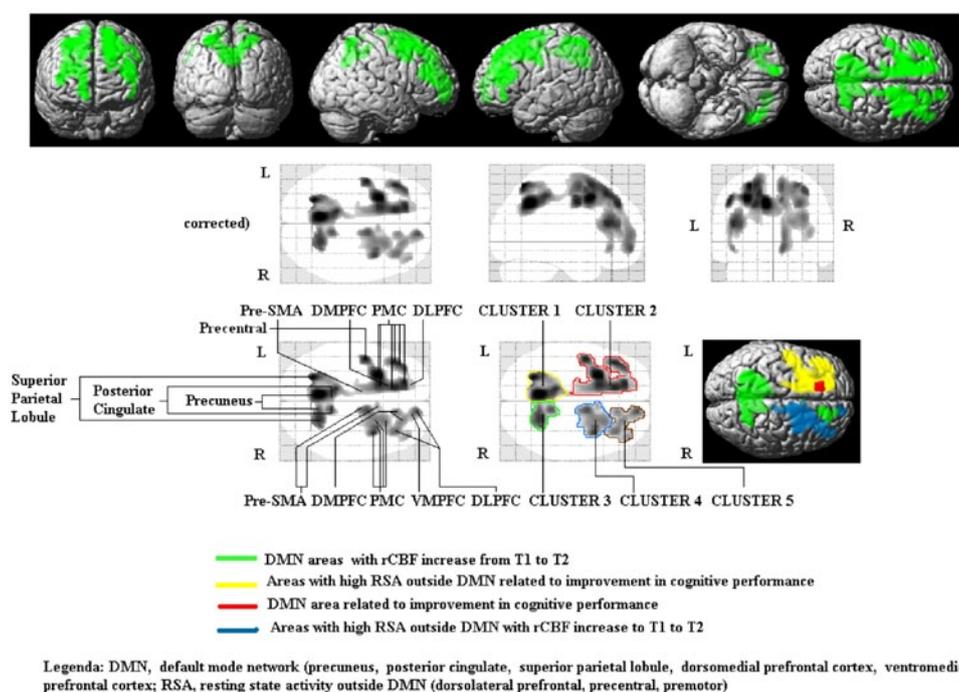
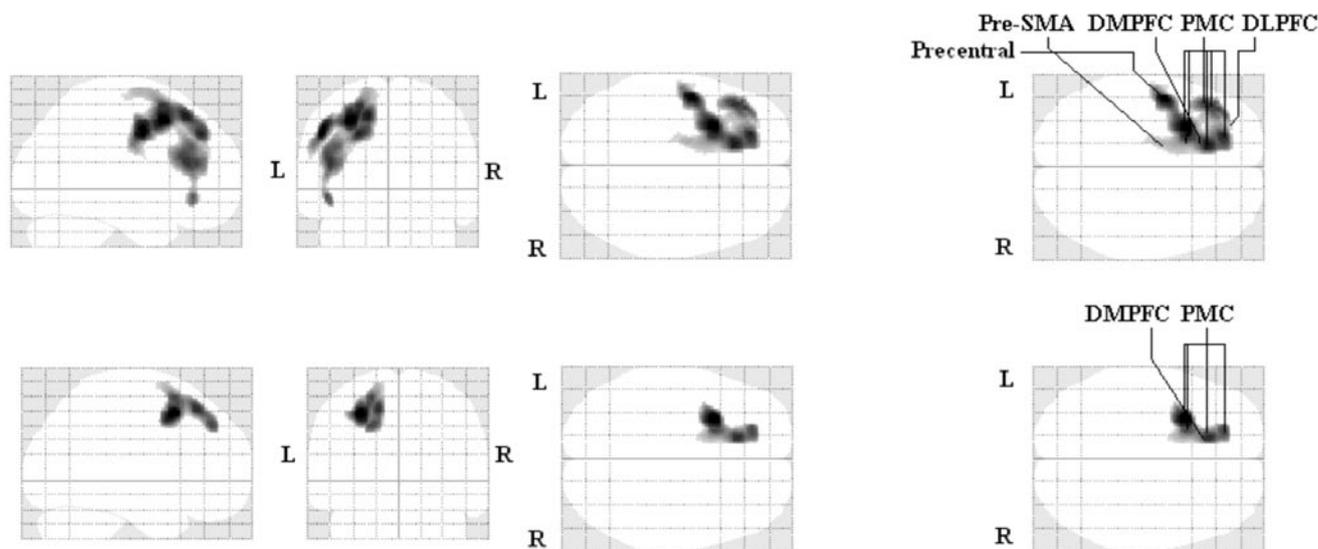


Figura 3. Nella figura in alto sono mostrate le aree corticali responsabili del miglioramento del "Problem Solving" dalla condizione pre- alla condizione post-SST. Nella figura in basso sono mostrate le aree corticali responsabili del miglioramento dell'"esame di realtà".



corticali quali il pre-cuneo (BA7), il giro del cingolo posteriore (BA31), del lobulo parietale superiore (BA5,7), della corteccia pre-motoria (BA6,8), della corteccia pre-frontale dorso-mediale (BA8 mediale), della corteccia pre-frontale ventro-mediale (BA10 mediale) e dorso-laterale (BA9,10,46), della corteccia orbito-frontale (BA47), e della corteccia motoria pre-supplementare (BA6 mediale). L'analisi statistica evidenziava inoltre una correlazione statisticamente significativa tra il miglioramento degli score di ciascun paziente al test di comprensione e il miglioramento della funzione corticale nelle aree pre-motorie, pre-frontali laterali, orbito-frontali, pre-frontali dorso-mediali e della corteccia pre-motoria supplementare ($p < 0,0001$). Analogamente, l'analisi statistica evidenziava una correlazione significativa tra il miglioramento degli score evidenziato al test di completamento delle figure e il miglioramento della funzione corticale nella corteccia pre-motoria laterale e in quella dorso-mediale ($p > 0,0001$) (Fig. 3).

Conclusioni

I risultati del presente studio suggeriscono che il miglioramento della capacità di adattamento sociale dopo terapia riabilitativa con SST è correlato al miglioramento della funzione di numerose aree della corteccia cerebrale, molte delle quali appartengono al cosiddetto *Default Brain Network*, un sistema di aree strettamente interconnesse tra loro il cui funzionamento è stato dimostrato essere alterato in pazienti schizofrenici. In particolare, il miglioramento della capacità di adattamento sociale risulta essere correlata al miglioramento della funzione di aree corticali frontali come le pre-frontali dorso-mediali il cui corretto funzionamento è stato dimostrato essere strategico nell'espletamento di funzioni cognitive correlate alle performance di adattamento sociale.

La “Casa di cristallo”

Gruppo di auto-aiuto di pazienti

Alessandra Rispoli¹, Agnese Barbacci², Rosanna Perone³,
Veronica Massai⁴, Marco Lisi⁵, Giorgia Umbriano⁶

¹ Psicologa Progetto psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – ale_rispoli@yahoo.it

² Psicologa Progetto psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – agnesebarbacci@libero.it

³ Psicologa SOS SMA 5, ASL 10 di Firenze, Responsabile Progetto sulla psicoeducazione – rosanna.perone@asf.toscana.it

⁴ Psicologa Progetto psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – vmassai.esterno@asf.toscana.it

⁵ Psicologo – specializzando, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – Marco.lisi1983@gmail.com

⁶ Psicologa volontaria Progetto psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – giorgia.umbriano@libero.it

Abstract

In seguito a un'esperienza di Social Skills Training (SST) svoltosi nell'anno 2008, alcuni pazienti sono andati a formare un gruppo riabilitativo che ha assunto il nome “Casa di cristallo” e che si riunisce con cadenza settimanale presso il centro diurno “Fili & Colori”, presidio facente parte del centro di salute mentale del Quartiere 5. Il gruppo non è totalmente autogestito, ma viene condotto da due psicologhe. I riferimenti teorici di base del gruppo “Casa di cristallo” sono stati, oltre a una base metodologica dell'intervento psicoeducativo di Falloon (1988), la teoria dell'attaccamento di J. Bowlby e la teoria e tecnica del SST. Gli obiettivi principali sono: favorire l'autonomia dei partecipanti nella gestione di attività della vita quotidiana, consolidare la abilità sociali apprese durante il SST, aiutare l'integrazione nel mondo del lavoro e facilitare la socializzazione tra i membri del gruppo anche grazie ad attività varie da loro proposte. Sono state rinforzate nei partecipanti le abilità di comunicazione e di espressione dei sentimenti e dell'affettività, che hanno di conseguenza portato a un miglioramento delle relazioni familiari e sociali.

Il gruppo di auto-aiuto di pazienti con sindromi psicotiche, denominato dai suoi componenti “La Casa di cristallo” è nato dopo la conclusione di un percorso di *Social Skills Training* iniziato nel 2008, all'interno del centro diurno “Fili & Colori”, presidio facente parte del SOS 5 dell'ASL 10 di Firenze.

Il *training* sulle abilità sociali è uno degli interventi psicoeducativi più accreditati dalla letteratura per lo sviluppo e il potenziamento di tali abilità in pazienti psichiatrici gravi (Bellack et al., 1997). Si tratta di un intervento psicoeducativo (considerato anche di riabilitazione cognitiva) finalizzato a incrementare le strategie più funzionali dei pazienti e a correggere gli atteggiamenti che ostacolano il recupero o l'apprendimento della abilità.

Una volta terminato il trattamento di *Social Skills Training* ci è apparso opportuno non interrompere il rapporto con

i pazienti coinvolti, offrendo loro la continuazione di un percorso rivolto a sollecitare nel tempo l'espressione delle loro “risorse”. Tale percorso doveva essere caratterizzato da un maggior grado di autonomia che doveva essere costantemente valorizzato e stimolato.

I riferimenti teorici di base del gruppo “La Casa di cristallo” si riferiscono alla base metodologica dell'intervento psicoeducativo di Ian Falloon (1988) e alla teoria dell'attaccamento di Bowlby (Holmes, 1996). Il presupposto è che la competenza sociale si basa su una serie di apprendimenti comportamentali e può essere pertanto acquisita o modificata con l'esperienza e l'addestramento (Perone et al., 2011).

Gli obiettivi che il gruppo di auto-aiuto si è proposto di raggiungere durante il percorso riabilitativo sono stati i seguenti:

- lo sviluppo di iniziative autonome e autogestite da parte dei componenti del gruppo;
- lo sviluppo della capacità di integrare le abilità apprese durante il trattamento di *Social Skills Training*. L'esperienza dell'auto-aiuto si è proposta di favorire relazioni sempre più adeguate tra i componenti;
- la possibilità di favorire l'integrazione con il mondo del lavoro, utilizzando alcune delle attività previste dal centro diurno;
- l'organizzazione di uscite del gruppo fuori dalla realtà del centro diurno e l'intervento di personaggi pubblici (mondo sport, cultura, spettacolo).

Gli incontri si sono svolti settimanalmente per circa 1 ora. Le attività sono state suggerite e scelte all'interno del gruppo, in base agli interessi e alle richieste dei partecipanti. In linea generale le proposte si sono alternate tra attività di cine-forum, uscite organizzate, incontri di sostegno e riflessioni su varie tematiche proposte dai pazienti. Dal 2010 il gruppo ha portato avanti l'iniziativa di scrivere un giornale a tematiche aperte; ogni componente ha partecipato attivamente non solo alla stesura degli articoli, ma anche all'organizzazione, all'impaginazione, alla correzione delle bozze e alla stampa.

La gestione del gruppo da parte dei soli partecipanti non sarebbe stata possibile perché la psicopatologia grave di alcuni partecipanti ne avrebbe ridotto notevolmente il funzionamento. Per questo motivo si è resa necessaria la conduzione di due psicologhe del progetto sulla psicoeducazione. Le suddette operatrici si sono proposte di sollecitare le risorse dei partecipanti, sostenendoli durante il lavoro svolto insieme.

Bibliografia

- Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, et al. *Social Skills Training for schizofrenia. A step-by-step guide*. The Guilford Press. Inc. 1997 (trad. it.: Nicolò G. *Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia. Guida pratica*. Torino: Centro Scientifico Editore 2003).
- Chulkwon K, Mueser KT. *The effects of Social Skills Training vs. psychoeducation on negative attitudes of mothers of persons with schizophrenia: a pilot study*. *Psychiatry Investig* 2011;8:107-12.
- Falloon I. *Comprehensive management of mental disorders*. Buckingham, UK: Buckingham Mental Health Service 1988

Durante il percorso sono state approfondite alcune tematiche già trattate durante il *Social Skills Training*, ad esempio le informazioni sui farmaci, i disturbi psichiatrici, ecc. Sono state maggiormente approfondite le abilità di comunicazione (in particolare l'espressione dei sentimenti e dell'affettività), sollecitando i partecipanti a utilizzarle durante la vita quotidiana e nell'ambito del contesto familiare (generalizzazione delle abilità), allo scopo di migliorare il loro funzionamento sociale e le loro relazioni familiari. Come viene riportato in letteratura, il rinforzo delle capacità comunicative e la conoscenza della propria emotività riduce significativamente l'angoscia e i deficit relazionali; in tal modo l'insegnamento sistematico di nuove competenze interpersonali, seguite da esperienze gratificanti, ne favorisce l'utilizzo all'interno delle relazioni sociali e familiari (Chulkwon e Mueser, 2011; Liberman et al., 1989).

All'interno del gruppo di auto-aiuto, fin dall'inizio sono emersi in maniera del tutto naturale dei *leader*, ovvero soggetti la cui presenza favoriva un buon andamento del gruppo e dell'attività da svolgere. Gradualmente i soggetti investiti di questo ruolo sono risultati indispensabili a sollecitare alcuni componenti che talvolta mostravano una carente partecipazione.

Durante il percorso è stato possibile constatare quanto le competenze sociali e la capacità di *coping* offrano protezione contro le ricadute indotte da stress, migliorando così la qualità della vita. Infatti, quando i partecipanti riescono ad affrontare con maggior adeguatezza gli eventi stressanti e le difficoltà quotidiane, il loro ottimismo e la loro autostima migliorano in misura nettamente significativa.

(trad. it.: Magliano L, Morosini P, a cura di. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria: guida al lavoro con le famiglie*. Trento: Erickson 1992.

Holmes J. *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*. Ed. Cortina 1996.

Liberman RP, DeRisi WJ, Mueser KT. *Social Skills Training per pazienti psichiatrici*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon 1989.

Perone R, Bartolini L, Pecori D, et al. *Risultati del Social Skills Training applicato a pazienti con sindromi psicotiche*. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2011;17:413-24.

Testimonianza di un familiare

Gabriella Del Lungo Camiciotti

Membro delle Associazioni di familiari malati psichiatrici "La Fenice" (Quartiere 5) e "Santa Rosa" (Quartiere 4), Firenze – gabriella.dellungo@alice.it

Come osservato da Perone et al. (2006, p. 103), "durante gli ultimi 15-20 anni gli interventi psicoeducativi integrati, rivolti alle famiglie di pazienti psicotici, hanno acquistato una notevole rilevanza in molti paesi." Alla cura farmacologica si accompagnano oggi interventi psicoeducativi, rivolti sia ai pazienti sia ai loro familiari, in grado non solo di ridurre la recidività dei pazienti, ma anche di migliorare la qualità di vita dei nuclei familiari con membri affetti da patologie della salute mentale. Il MOM SMA 5 ha accolto questi recenti sviluppi istituendo presso il centro diurno "Fili e Colori" vari corsi di psicoeducazione per pazienti e familiari con scopi e metodi diversificati. I corsi sono stati organizzati dalla dott.ssa Rosanna Perone e collaboratrici e dal dott. Andrea Cicogni e collaboratori.

Il corso organizzato dalla dott.ssa Perone rivolto ai familiari, che si avvale della collaborazione delle dott.sse Rispoli e Barbacci, ha l'intento di ridurre lo stress familiare fornendo informazioni da parte di esperti sui vari aspetti delle malattie mentali e migliorando la comunicazione paziente/familiare mediante tecniche finalizzate a evitare incomprensioni e ostilità, quali ad esempio esprimere l'emozione e esternare sentimenti positivi nel rapporto con il paziente.

Il gruppo della dott.ssa Perone organizza anche un corso di psicoeducazione rivolto a malati psichici per migliorare la loro capacità di comunicare e di relazionarsi con familiari e persone non appartenenti al nucleo familiare, utilizzando la tecnica *Social Skills Training* (Perone et al., 2011).

Si è poi lanciato un progetto "Front-office cittadino per la salute mentale", sotto l'egida del coordinamento delle associazioni fiorentine per la salute mentale e dell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti zona Firenze, ASL 10, organizzato dalla dott.ssa Rosanna Perone e presieduto dal dott. Sandro Domenichetti. L'obiettivo del progetto è quello di mettere a disposizione dei cittadini un primo punto di contatto con esperti e volontari per far emergere

bisogni relativi alla salute mentale e orientare i cittadini nel trovare soluzione ai loro problemi. Il corso di formazione per volontari, tenuto dalle dott.sse Perone e Massai presso le Oblate, si è focalizzato sulla comunicazione, estremamente importante per il servizio che si intende offrire.

Presso il centro diurno "Fili e Colori" si tengono anche corsi psicoeducativi e terapie di gruppo per pazienti bipolari a cura del dott. Cicogni e collaboratori. Tra le varie attività, oltre al corso per pazienti, è stato previsto anche un corso per familiari, compagni, amici di pazienti bipolari. La modalità degli incontri prevede anche riunioni in cui sono presenti sia i pazienti, sia i familiari, i quali interagiscono con pazienti non appartenenti al proprio nucleo familiare. In questo caso il focus del corso per familiari è sull'informazione. Se infatti è importante che i pazienti raggiungano la consapevolezza di malattia e sappiano riconoscere prodromi e sintomi in modo da prevenire recidive, anche i familiari, oltre a acquisire conoscenza dei farmaci usati nella terapia farmacologica e dei loro effetti, dovrebbero essere in grado di conoscere i prodromi di crisi che possono essere anche molto specifici per ciascun paziente e quindi osservabili in ambiente familiare. Il fine ultimo, ispirato dalle ricerche condotte all'università di Barcellona, è quello di stringere un accordo terapeutico, che non solo include paziente e psichiatra ma che integra anche un familiare purché questi sia formato.

A conclusione di tutta quest'attività si è anche organizzato un convegno (*Psicoeducazione: metodologia e partecipazione nei servizi di salute mentale. Il modello e la rete degli interventi dell'esperienza fiorentina*) presso Villa La Quiete alle Montalve, 4 ottobre 2012, allo scopo di presentare i risultati raggiunti. Il format del convegno prevedeva, accanto alle comunicazioni di esperti, alcune testimonianze di pazienti e familiari, nel cui ambito ho presentato la mia, in quanto familiare frequentatrice sia

dei corsi della dott.ssa Perone per familiari e per volontari, sia di quello per familiari del dott. Cicogni.

Vorrei concludere presentando alcune mie osservazioni scaturite dall'esperienza di psicoeducazione. La mia frequenza ai corsi come anche la mia appartenenza al gruppo di auto-aiuto La Fenice ha certamente contribuito alla rottura del senso d'isolamento che mi aveva in prima istanza spinto a cercare una associazione di familiari per consigliarsi su specifici problemi. Ha inoltre migliorato i rapporti con la figlia bipolare perché le conoscenze acquisite mi hanno aiutato a collocare alcune sue

reazioni e comportamenti nell'alveo di un comportamento "normale" nell'ambito della sua patologia. La maggiore consapevolezza dei problemi relativi alla bipolarità e la conoscenza degli effetti collaterali dei farmaci ha abbassato il mio livello di ansia e ciò ha migliorato i rapporti con mia figlia, precedentemente caratterizzati dalla sua percezione di avere una interlocutrice spaventata e forse poco in grado di gestire situazioni di difficoltà relative alla salute mentale.

Nel complesso posso dire che i risultati attesi dagli interventi psicoeducativi nel mio caso si sono realizzati.

Bibliografia

Perone R, Bartolini L, Pecori D, et al. *Risultati del Social Skills Training applicato a pazienti con sindromi psicotiche*. Giornale Italiano di Psicopatologia 2011;17:413-24.

Perone R, Pecori D, Domenichetti S, et al. *Verifica dei trattamenti psicoeducativi con famiglie di pazienti psicotici*. Quaderni Italiani di Psichiatria 2006;XXV:102-12.

Testimonianza di un utente - Riccardo

Circa tre anni fa, dopo varie esperienze negative, mi trovavo in una situazione infernale: avevo paura di uscire di casa tanto che la mattina mentre andavo al lavoro avevo voglia di piangere senza sapere il motivo, avevo attacchi di panico, paura delle persone, manie di persecuzione, crisi d'identità, paura di morire, ansia, rabbia.

In quel periodo, durante un colloquio, il mio psichiatra – il dott. Andrea Tanini, responsabile del SOS 5 SMA – mi propose di partecipare al gruppo di *Social Skills Training* (SST), condotto dalle dott.sse Rosanna Perone e Veronica Massai, con lo scopo di rieducarmi alla relazione con gli altri. Io accettai e, nonostante tutto il mio disagio, riuscii a mantenere l'impegno di frequentare il gruppo di SST due volte a settimana, ritrovando, grazie alle tecniche di comunicazione che mi venivano insegnate, la fiducia e il coraggio necessari per relazionarmi con le persone. Nel confrontarmi con le varie patologie degli utenti, incominciai a far luce sulla mia diagnosi, sulla mia vita e sull'importanza dei farmaci, che inizialmente non accettavo. L'unione del gruppo continuava anche al di fuori degli incontri di SST: periodicamente ci incontravamo e passavamo del tempo insieme, organizzando varie iniziative. Tutto questo ci permetteva di risollevarci anche il morale.

Col passare del tempo, anche grazie alla mia fede buddista della Soka-Gakkai (scuola di creazione di valore), mi sono rialzato in tutti i sensi trovando "coraggio e ragione di vivere" non solo per me, ma anche per gli altri. Dopo aver terminato il SST, che è durato un anno, ho frequentato con successo un corso di formazione per facilitatore di dialogo (aiutante dello psicologo nei gruppi di auto-aiuto). Attualmente sto frequentando il gruppo di auto-aiuto "La Casa di cristallo", condotto dalle dott.sse Alessandra Rispoli e Agnese Barbacci. Nell'ambito di tale gruppo, di cui ho la vice-responsabilità come utente, abbiamo organizzato varie iniziative culturali e non: visite a musei, gite, stesura di articoli per il giornalino del gruppo "Fragili pensieri di luce", in cui vengono raccolti contributi su tematiche personali e sociali.

Inoltre, qualche mese fa abbiamo invitato il dott. Andrea Tanini a tenerci un incontro sul ruolo e l'importanza degli psicofarmaci: il dottore, rispondendo a domande che avevamo precedentemente preparato, ha fatto molta chiarezza e luce sull'importanza dell'assunzione dei farmaci in base alle varie patologie. Attualmente lavoro, gestisco la mia vita autonomamente e frequento lo psichiatra, che mi sta scalando la terapia poiché sono in via di guarigione.

I miei migliori auspici sono di riuscire sempre a stare attento a me stesso e agli altri, perché credo che la mia vera felicità sia legata a tutti e a tutto. Infine mi auguro che la mia esperienza di depressione possa essere utile a tutte quelle persone che non vedono più una via d'uscita.

Un grazie a tutte le persone che mi hanno aiutato in questo percorso di vita.

Gruppi con pazienti ricoverati

Alessandra Rispoli¹, Stefania Bianchini², Fulvia Bertoni³,
Rosanna Perone⁴, Veronica Massai⁵, Agnese Barbacci⁶, Marco Lisi⁷

¹ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – ale_rispoli@yahoo.it

² Infermiera coord. SPDC delle Oblate e SOS SMA 5, ASL 10 di Firenze – stefania.bianchini@asf.toscana.it

³ Infermiera generica SPDC delle Oblate, ASL 10 di Firenze – fulvia.bertoni@asf.toscana.it; bertonifulvia@tiscali.it

⁴ Psicologa SOS SMA 5, ASL 10 di Firenze, Responsabile Progetto sulla psicoeducazione – rosanna.perone@asf.toscana.it

⁵ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – vmassai.esterno@asf.toscana.it

⁶ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – agnesebarbacci@libero.it

⁷ Psicologo – Specializzando, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – Marco.lisi1983@gmail.com

Abstract

Viene illustrata l'esperienza, che dura da due anni, dei gruppi psicoeducativi con pazienti ricoverati presso l'SPDC delle Oblate dell'ASL 10 di Firenze, condotti da uno psicologo e co-condotti da due operatori del reparto. Gli incontri si svolgono con cadenza bisettimanale, partecipazione volontaria e sono aperti anche ai pazienti già dimessi. Si tratta di un'attività che vuole adattare il modello psicoeducativo di Falloon al servizio psichiatrico di diagnosi e cura, con l'obiettivo principale di favorire la partecipazione attiva e informata dei pazienti alle cure. Vengono presentati i dati sull'attività svolta, da cui emerge la partecipazione ai gruppi anche dei pazienti dimessi. I gruppi di pazienti ricoverati possono offrire uno spazio di ascolto non giudicante, all'interno del quale i partecipanti hanno l'opportunità di sentirsi accettati; una particolare attenzione viene rivolta alle abilità di comunicazione e alle informazioni sui disturbi psichiatrici. Gli operatori del reparto hanno riconosciuto l'efficacia dell'attività svolta, sia riferendosi ai pazienti che ne usufruiscono, sia perché hanno percepito un miglioramento del clima del reparto.

La psicoeducazione è un'attività complessa che si inserisce e agisce in collaborazione con le altre attività terapeutiche; nasce storicamente come intervento rivolto alle famiglie di pazienti psichiatrici, dalla constatazione di quanto un nucleo familiare informato possa essere determinante nel processo di cura del parente malato. Viene considerata come "un precursore e catalizzatore di successive strategie di trattamento, farmacologico, psicoterapico e psicosociale" (Bäumel et al., 2006).

Attraverso l'interazione con i familiari e i pazienti vengono comunicate informazioni e indicazioni chiare e utili, grazie alle quali, in un clima accettante e privo di giudizio, è possibile affrontare in maniera appropriata disturbi e problemi di natura psichica e sociale. Con l'apprendimento delle abilità di comunicazione e del *problem-*

solving si favoriscono lo sviluppo della capacità di *coping* (dall'inglese, *to cope* = fronteggiare, affrontare) e la modificazione delle modalità disadattive di gestione dello stress che hanno contribuito sia all'instaurarsi del disturbo, sia al suo mantenimento.

Le strategie di *coping* apprese permettono "quindi" di comprendere gli errori commessi e mettere in atto modalità migliori di gestione del disturbo. Naturalmente la conoscenza della malattia e dei suoi sintomi aumenta la capacità di fronteggiarla, facendo incrementare la probabilità che il paziente riesca a modificare la propria condizione di sofferenza. Diversi studi hanno mostrato come gli interventi psicoeducativi rivolti ai pazienti con disturbi mentali gravi e ai loro familiari possano migliorare l'aderenza ai trattamenti farmacologici, aiutare i pazienti e i familiari a riconosce-

re tempestivamente i segni iniziali di crisi e migliorare la comunicazione all'interno del nucleo familiare.

Varie ricerche hanno evidenziato che, attraverso le sessioni educative, l'insegnamento delle abilità di comunicazione e del *problem solving*, è possibile ottenere la riduzione delle ricadute (Goldstein, 1994). Gli studi di efficacia si riferiscono a vari tipi di disturbi psichiatrici (Veltro et al., 2007; Olmsted et al., 1991; Lubin et al., 1998; Liberman, 1998; Vieta, 2005; Rouget e Aubry, 2007).

L'esperienza all'interno dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura

Gli interventi psicoeducativi si propongono di accogliere e avvicinare il paziente ricoverato, comunicandogli anche informazioni utili al trattamento del suo disagio e/o malattia. In tal modo l'esperienza del ricovero può favorire l'accesso a un percorso rivolto a promuovere le risorse dei pazienti e a sollecitare un processo di cambiamento. Da circa 2 anni, grazie al finanziamento della Regione Toscana, sta proseguendo a Firenze l'applicazione del progetto sulla psicoeducazione all'interno dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) delle Oblate e di Santa Maria Nuova (ASL 10 di Firenze).

I gruppi vengono condotti da una psicologa e da 2 operatori del reparto (infermieri e OSS); hanno cadenza bisettimanale e sono aperti a tutti i pazienti ricoverati che desiderano parteciparvi.

In corrispondenza di ogni primo accesso viene compilata una scheda informativa sul paziente, contenente generalità, SOS di appartenenza, medico di riferimento, data e motivo del ricovero. Per ogni accesso successivo la scheda viene aggiornata, con l'indicazione se il paziente è ricoverato o in post-dimissione.

Viene stilato il verbale di ogni incontro; in tal modo tutto il personale sanitario può accedere alle informazioni raccolte e trarne indicazioni preziose per la gestione e la presa in carico dell'utente.

Al termine di ogni gruppo viene offerta ai pazienti una piccola merenda allo scopo di creare un contesto piacevole e accogliente.

L'obiettivo complessivo del lavoro svolto è quello di favorire la partecipazione attiva e informata dei pazienti alle cure. Gli obiettivi specifici riferiti ai pazienti sono i seguenti:

- cercare di "normalizzare" l'esperienza di malattia;
- ridurre la tendenza all'isolamento dei pazienti rispetto agli altri degenti;
- aumentare la *compliance* al trattamento (sollecitando il paziente ad assumere un ruolo attivo all'interno del trattamento);

- aiutare i pazienti a riconoscere i segni precoci di crisi;
- migliorare l'autocontrollo e l'autostima (grazie al riconoscimento, al contenimento e alla carica emotiva che solo un gruppo sa dare).

Ma l'attività psicoeducativa prevede anche alcuni obiettivi specifici riferiti al funzionamento dei servizi, vale a dire:

- aumentare la motivazione e l'impegno degli operatori, indispensabili per la percezione della propria auto-efficacia;
- migliorare la collaborazione tra pazienti e fra pazienti e operatori (favorendo un clima di ascolto e cooperazione, in cui i contributi di ognuno, operatore o paziente, vengono considerati validi e importanti);
- formare e rinforzare gli operatori nella relazione con i pazienti (attraverso l'insegnamento di strategie e tecniche utili);
- creare una rete dinamica con i servizi territoriali, rivolta al miglioramento dei progetti terapeutici.

Dati

Di seguito i dati riferiti al solo periodo dicembre 2011-luglio 2012 (Tab. I).

Come è possibile notare dalla tabella, alcuni pazienti hanno continuato a frequentare i gruppi per alcuni mesi dopo la dimissione. Poiché questo comportamento appare degno di nota ci siamo chiesti: cosa ha spinto le persone che non volevano avvicinarsi al reparto a tornare volontariamente per proseguire il percorso psicoeducativo? È probabile che il merito debba essere attribuito alle caratteristiche dell'intervento che offre uno spazio di

Tabella I. *Dati relativi agli incontri psicoeducativi in SPDC (periodo: dicembre 2011-luglio 2012).*

Mese	Numero incontri	Pazienti ricoverati	Pazienti dimessi
Dicembre '11	3	19	-
Gennaio '12	4	25	1
Febbraio	6	27	4
Marzo	8	43	1
Aprile	6	28	1
Maggio	7	36	1
Giugno	7	24	6
Luglio	5	15	-
Totale	46	217	14

SALUTE e Territorio

ascolto non giudicante, all'interno del quale viene rivolta una particolare attenzione alla comunicazione, all'accettazione dell'altro e alla qualità delle informazioni fornite. L'organizzazione e la realizzazione dei gruppi è stata possibile attraverso il coinvolgimento attivo del personale sanitario.

Dai dati raccolti da un questionario interno è emerso che 11 infermieri e 10 operatori socio-sanitari hanno partecipato al progetto. Ogni operatore ha partecipato ad almeno 3 incontri.

È stato, inoltre, possibile rilevare l'aumento della percezione di efficacia degli operatori che hanno svolto gli interventi psicoeducativi, un miglioramento del rapporto tra colleghi e infine l'aumento della soddisfazione lavorativa.

Conclusioni

L'esperienza maturata durante questi ultimi due anni ci ha consentito di giungere ad alcune considerazioni.

Il gruppo con i pazienti ricoverati accoglie, ascolta e contiene le ansie, le stranezze e le paure dei singoli partecipanti. Durante gli incontri vengono espresse e condivise storie e sofferenze, a volte simili tra loro; ciò consente il superamento della solitudine e della convinzione di essere soli a soffrire. L'ascolto delle persone che hanno già vissuto esperienze simili alle proprie permette di immaginare la possibilità di superare le proprie difficoltà; può sollecitare

coloro che tendono a lasciarsi andare ad atteggiamenti pessimistici che impediscono il processo del *recovery*.

Abbiamo potuto osservare che quando alcuni pazienti esprimevano forti emozioni mentre riferivano le situazioni che stavano vivendo, altri partecipanti riuscivano improvvisamente a rendersi conto di cosa stava loro accadendo. Ci è stato possibile verificare che quando il soggetto riesce a individuare i propri segni precoci di crisi può riuscire a raggiungere una maggior consapevolezza di malattia. Quando acquisisce competenze sociali cambia la sua percezione del mondo e modifica la valutazione della propria fragilità.

Parlando insieme dei sintomi per cui si prova vergogna è possibile trovare la forza per affrontarli; facilmente questa forza si trasferisce a chi in quel momento è vicino a noi. Abbiamo rilevato che, sollecitando i pazienti ad assumere un ruolo attivo durante la definizione del loro trattamento, è possibile ottenere una certa diminuzione del tempo di latenza tra la dimissione dal reparto e la presa in carico territoriale.

La psicoeducazione considera indispensabile la comunicazione delle informazioni sulla malattia al paziente e alla sua famiglia; questo per ridurre i sensi di colpa e far comprendere cosa sta accadendo. In tal modo è possibile favorire il miglioramento della qualità di vita e del benessere psicologico dell'intero nucleo familiare.

Bibliografia

- Bäumel J, Froböse T, Kraemer S, et al. *Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families*. Schizophr Bull 2006;32(Suppl 1):S1-9.
- Falloon I, et al. *Comprehensive management of mental disorders*. Buckingham, UK: Buckingham Mental Health Service 1988 (trad. it.: Magliano L, Morosini P, a cura di. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria: guida al lavoro con le famiglie*. Trento: Erickson 1992).
- Goldstein MJ. *Psychoeducational and family therapy in relapse prevention*. Acta Psychiatr Scand 1994;89:54-7.
- Liberman RP. *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press 1998.
- Lubin H, Loris M, Burt J, et al. *Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic disorder among multiply traumatized women*. Am J Psychiatry 1998;155:1172-7.
- Olmsted MP, Davis R, Garner DM, et al. *Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa*. Behav Res Ther 1991;29:71-83.
- Rouget BW, Aubry JM. *Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature*. J Affect Disord 2007;98:11-27.
- Veltrò F, Vendittelli N, Oricchio I, et al. *Studio di efficacia nella pratica dell'intervento cognitivo comportamentale di gruppo per pazienti ricoverati: follow up di 4 anni*. Giornale Italiano di Psicopatologia 2007;13:497-503.
- Vieta E. *Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation*. J Clin Psychiatry 2005;66(Suppl 1):24-9.

Il Progetto "Front-office cittadino per la salute mentale"

Rosanna Perone¹, Gianni Gozzini², Renzo Antonini²,
Veronica Massai³, Umbriano Giorgia⁴, Alessandra Rispoli⁵,
Agnese Barbacci⁶, Cecilia Dell'Olio⁷

¹ Psicologa SOS SMA 5, ASL 10 di Firenze, Responsabile Progetto sulla psicoeducazione – rosanna.perone@asf.toscana.it

² Coordinamento delle associazioni fiorentine per la salute mentale – info@coordinamentofiorentinosalutementale.it

³ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – vmassai.esterno@asf.toscana.it

⁴ Psicologa volontaria Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – giorgia.umbriano@libero.it

⁵ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – ale_rispoli@yahoo.it

⁶ Psicologa Progetto sulla psicoeducazione, ASL 10 di Firenze, SOS SMA 5 – agnesebarbacci@libero.it

⁷ Psicologa specializzanda presso SOS SMA 5, ASL 10 di Firenze – ceciliadellolio@gmail.com

Abstract

Il Progetto Front-Office cittadino per la Salute Mentale, realizzato nell'ambito del progetto sulla psicoeducazione finanziato da vari anni dalla Regione Toscana (responsabile dott.ssa Rosanna Perone), è l'espressione della sinergia tra il coordinamento delle Associazioni fiorentine per la salute mentale e i Servizi per la salute mentale di Firenze. Tale progetto fino ad ora ha consentito di aprire, presso le sedi di due Quartieri di Firenze, due punti di ascolto per la salute mentale rivolti ai cittadini. L'apertura è bisettimanale ed è prevista la compresenza di un volontario (generalmente un familiare) formato alle tecniche psicoeducative e di una psicologa del progetto sulla psicoeducazione.

Il progetto intende creare una rete di punti di ascolto rivolti ad accogliere i cittadini che stanno vivendo un disagio personale o familiare riguardante la salute mentale, con l'obiettivo di favorire sia il loro accesso ai luoghi di cura preposti, sia lo sviluppo dell'associazionismo dei familiari.

I punti di ascolto, accogliendo situazioni non ancora conclamate ma tuttavia a rischio, svolgono un'importante funzione preventiva.

Nel marzo 2008 i familiari che avevano seguito i trattamenti psicoeducativi presso il SOS 5 hanno deciso di costituire l'associazione Fenice-familiari salute mentale (con sede presso il centro diurno "Fili e colori" del MOM SMA 5). Tale decisione è scaturita dal rapporto di collaborazione che si era creato tra le operatrici del progetto sulla psicoeducazione (UFSMA zona Firenze) e i familiari, ed è stata guidata dal desiderio di condividere intenti e obiettivi da raggiungere.

Successivamente l'associazione è entrata a far parte del coordinamento delle associazioni fiorentine per la salute mentale che comprende: l'associazione Fenice, l'associazione Nuova Aurora, l'associazione Pensando al domani, l'asso-

ciatione DIAPSIGRA, l'associazione Gruppo Pentagramma, l'associazione Santa Rosa e l'associazione Noi ci siamo.

Gradualmente il proposito è stato quello di applicare un modello integrato di interventi per ottimizzare la sinergia tra i servizi per la salute mentale, le famiglie dei pazienti e il volontariato organizzato.

Tale sinergia ha consentito di definire il presente progetto, rivolto alla creazione di una "rete di punti di ascolto" per le problematiche di salute mentale, gestiti dal coordinamento delle associazioni fiorentine per la salute mentale insieme all'UFSMA zona Firenze (nell'ambito del progetto psicoeducazione finanziato dalla Regione Toscana), con il patrocinio della Società della salute di Firenze.

L'obiettivo complessivo del progetto

L'obiettivo complessivo consiste nell'individuazione di un modello di intervento integrato svolto dal volontariato organizzato insieme al servizio pubblico per la salute mentale. La sperimentazione del Progetto *Front-office* offrirà l'opportunità di raccogliere informazioni utili per la definizione di tale modello che, comunque, necessiterà sicuramente di integrazioni e di miglioramenti.

Il progetto si propone di:

- a) creare una rete di punti di ascolto per la salute mentale, gestiti dalle associazioni familiari (e/o dal volontariato organizzato), in collaborazione con l'UFSMA Firenze, rivolti alla cittadinanza e in particolare alle famiglie in difficoltà;
- b) far emergere i bisogni e le richieste dei cittadini che avrebbero alcune resistenze a rivolgersi ai Servizi per la salute mentale della ASL. Il proposito è quello di riuscire a intervenire anche sui problemi sommersi della realtà sociale fiorentina, svolgendo così anche una funzione preventiva rispetto allo sviluppo della patologia psichiatrica;
- c) applicare un modello integrato di interventi basato sulla sinergia tra volontariato organizzato e servizi per la salute mentale, rivolto al miglioramento dell'efficacia degli interventi;
- d) favorire lo sviluppo dell'auto-mutuo-aiuto (*self-help*) dei familiari;
- e) considerare il cittadino (paziente e/o familiare) come un soggetto attivo, in grado di svolgere un ruolo di figura centrale nell'ambito del processo di ottimizzazione del Servizio sanitario nazionale;
- f) verificare l'efficacia degli interventi (misurazione degli esiti attraverso la ricerca applicata).

Gli obiettivi specifici e i risultati attesi

Gli *obiettivi specifici* del presente progetto sono i seguenti:

1. Individuazione dei contenuti principali su cui basare il funzionamento di alcuni punti di ascolto per la salute mentale.
2. Formazione dei volontari.
3. Prima sperimentazione applicando i contenuti individuati;
4. Rilevazione dell'efficacia e dei limiti della prima sperimentazione.
5. Realizzazione di alcuni interventi correttivi.
6. Definizione di un modello di funzionamento dei punti di ascolto rivolti ai cittadini e alle famiglie con problematiche di salute mentale, suscettibile di cambiamenti, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dei servizi.

7. Realizzazione di una rete di punti di ascolto in grado di offrire sia informazioni utili che un'accoglienza solidale.
8. Sviluppo dell'associazionismo dei familiari e allargamento della rete di volontariato.

Durata del progetto

Il progetto prevede una durata di 2 anni.

Articolazione del progetto

Attività riferite al 1° anno di lavoro.

1. Applicazione della tecnica di *focus group* a familiari e a volontari allo scopo di individuare i bisogni dei cittadini e delle famiglie con problematiche di salute mentale. Questo tipo di attività è già stato realizzato.
2. Realizzazione di corsi di formazione rivolti a volontari. Anche questa attività è già stata realizzata.
3. Pubblicizzazione del progetto (è prevista per tutta la durata del progetto, vale a dire 2 anni).
4. Prima fase di sperimentazione dei punti di ascolto presso il quartiere 2 e il quartiere 5.
5. Valutazione dell'efficacia e dei limiti della prima sperimentazione dei punti di ascolto, ricorrendo anche alla somministrazione e all'elaborazione di strumenti specifici (interviste, ecc.).

Attività riferite al 2° anno di lavoro

1. Realizzazione di alcuni interventi correttivi rivolti a migliorare la qualità dei servizi offerti dai punti di ascolto e a ottimizzarne il funzionamento.
2. Definizione di un modello di funzionamento dei punti di ascolto sufficientemente adeguato e in grado di soddisfare le esigenze dell'utenza.
3. Realizzazione di una rete di punti di ascolto, distribuiti in vari quartieri di Firenze e in altre sedi da individuare, espressione della sinergia del volontariato organizzato con i servizi per la salute mentale dell'ASL 10 di Firenze.

La definizione dell'attività all'interno dei "punti di ascolto"

Siamo giunti alla definizione dei contenuti dell'attività da svolgere all'interno dei "punti di ascolto" attraverso la realizzazione di 3 fasi progressive di lavoro del gruppo integrato volontari del coordinamento delle associazioni dei familiari/psicologhe del progetto di psicoeducazione. Le fasi di lavoro sono state le seguenti:

1. Conduzione di alcuni *focus group* con familiari del Coordinamento delle associazioni di familiari, condotti da due psicologhe del progetto. Successivamente è

stata effettuata l'analisi di contenuto delle sbobinate dei *focus group*.

2. Sollecitazione dei volontari a esprimere idee progettuali, proposte e critiche, utili per la definizione dei contenuti dell'attività suddetta. Ciò è avvenuto durante la realizzazione del corso di formazione sulle tecniche psicoeducative organizzato dalla ASL 10 e in particolare durante la parte esperienziale del corso.
3. Discussione finale dei contenuti emersi in occasione dell'ultimo incontro del corso di psicoeducazione e dell'ulteriore incontro del coordinamento delle associazioni di familiari con la responsabile del progetto di psicoeducazione.

Contenuti/obiettivi per l'attività dei "punti di ascolto"

Al termine delle 3 fasi di lavoro i contenuti individuati per il funzionamento dei "punti di ascolto" sono stati i seguenti:

1. Prevenzione dell'evoluzione della psicopatologia, favorendo (i) il trattamento precoce della sintomatologia psichica per evitare l'esordio dei disturbi mentali e/o (ii) l'intervento precoce dopo l'esordio, allo scopo di evitare gli effetti dannosi dell'assenza di trattamento.
2. Offerta di un canale di ascolto diverso da quello dei servizi pubblici, allo scopo di raccogliere il disagio dei cittadini che avrebbero difficoltà a rivolgersi ai servizi per la salute mentale (per vergogna, timore della "psichiatria", ecc.). La creazione di un contesto più informale e meno professionalizzato, rivolto a mettere a proprio agio le persone, potrebbe, infatti, consentire loro una maggiore considerazione delle informazioni e dei suggerimenti offerti.
3. Ascolto delle persone che si rivolgeranno ai "punti di ascolto", offrendo un contesto accogliente, semplice e informale, rivolto a trasmettere "un senso di speranza" attraverso la comunicazione di esperienze vissute.
4. Offerta di informazioni sul funzionamento dei SOS salute mentale dell'ASL 10 e sulle specifiche attività svolte.
5. Offerta di *dépliant* o libretti informativi. Alle persone che si rivolgeranno ai "punti di ascolto" verranno consegnati dei *dépliant* o libretti informativi che dovranno contenere informazioni sul funzionamento dell'UFSMA, dei SOS (con l'indicazione del nominativo dell'operatore di riferimento presso ogni SOS), dei servizi sociali, del coordinamento delle associazioni di familiari per la salute mentale e delle reti di solidarietà. Il proposito del materiale informativo è

duplice: fornire informazioni utili e promuovere l'associazionismo.

6. Offerta di un aiuto per problematiche legali. Potrebbero essere fornite informazioni su nominativi di avvocati, magari convenzionati, disponibili a offrire consulenze su tematiche di salute mentale.
7. Rilevazione delle criticità del servizio pubblico, riferite dai cittadini che si rivolgeranno ai "punti di ascolto".
8. Riflessione sulle criticità rilevate e elaborazione di alcune proposte costruttive rivolte a favorire il miglioramento della qualità dei servizi, soprattutto in termini di omogeneità dei tipi di servizi offerti. Dovrebbe essere attribuita una particolare importanza alla motivazione e alla professionalità degli operatori.
9. Miglioramento dell'integrazione tra servizi pubblici e volontariato organizzato nell'ambito della salute mentale.
10. Sviluppo ed estensione dell'associazionismo. Lo sviluppo dell'associazionismo non deve essere inteso solo in termini di aumento del numero di iscrizioni ad associazioni di volontariato. L'obiettivo principale, infatti, dovrebbe essere quello di favorire una maggiore partecipazione attiva dei soci, in termini di realizzazione concreta di vari tipi di attività di volontariato. Ciò che spesso impedisce tale partecipazione è uno specifico stato d'animo del volontario, che può essere descritto in termini di "scarsa chiarezza del ruolo da svolgere, senso di incertezza e timore di sbagliare". Per il superamento di questo stato d'animo può essere determinante il contributo del servizio pubblico, attraverso le psicologhe del progetto psicoeducazione, che possono offrire la formazione e il supporto necessario per lo svolgimento delle iniziative di volontariato. Naturalmente il contributo del servizio pubblico non deve condizionare o limitare l'autonomia delle associazioni, che comunque deve essere salvaguardata.
11. Coinvolgimento di altri volontari che potrebbero offrire il loro contributo presso i "punti di ascolto".
12. Offerta di un contributo sostanziale rivolto a favorire il reinserimento dei pazienti e la generalizzazione delle abilità acquisite o recuperate durante il percorso riabilitativo.

Volontari coinvolti

Presso i punti di ascolto svolgeranno la loro attività volontari del coordinamento delle associazioni fiorentine per la salute mentale che hanno ricevuto una formazione sulle tecniche psicoeducative.

Operatori coinvolti

Inizialmente si prevede il coinvolgimento dei seguenti operatori:

1. Una psicologa responsabile: la dott.ssa Rosanna Perone (UFSMA zona Firenze - SOS SMA 5).
2. Una psicologa che da anni lavora nell'ambito dei progetti sulla psicoeducazione.
3. Una psicologa volontaria.
4. Alcune psicologhe specializzande.
5. Un operatore di riferimento (presso ogni SOS SMA dell'UFSMA zona Firenze).
6. Deve essere ancora definito il coinvolgimento di altre figure professionali (psichiatra, assistente sociale, educatore, infermiere).

Sedi per lo svolgimento dell'attività

Durante il 1° anno di sperimentazione sono previste 2 sedi:

- a) una presso i locali del quartiere 5, Villa Pallini, via Baracca 150/p;
- b) una presso i locali del quartiere 2, Villa Arrivabene, piazza Alberti 2/a.

Interventi psicoeducativi con famiglie e pazienti

Enrico Fumanti¹, Rita Mancini², Daniela Pancani³,
Barbara Pierallini⁴, Franco Sirianni⁵, Gregorio Zeloni⁶

¹ Animatore sociale Cooperativa Di Vittorio, Sesto Fiorentino – fumaenri@tiscali.it

² Coordinatore infermieristico, Sesto Fiorentino – rita.mancini@asf.toscana.it

³ Infermiere professionale, Sesto Fiorentino – daniela.pancani@asf.toscana.it

⁴ Educatore professionale, Sesto Fiorentino – barbara.pierallini@asf.toscana.it

⁵ Psichiatra resp. SOS SMA 7, Sesto Fiorentino – franco.sirianni@asf.toscana.it

⁶ Psicologo SOS SMA 6, Campi Bisenzio – gregorio.zeloni@asf.toscana.it

Abstract

Nei 211 DSM d'Italia sono seguite circa 500.000 persone, di queste oltre 200.000 sono pazienti considerati gravi, che in una percentuale che varia dal 50 all'80% vivono in famiglia con un notevole carico per i nuclei familiari. Un intervento mirato a ridurre i fattori di stress nelle famiglie si impone come anche l'azione a rendere i familiari alleati nel trattamento dei loro congiunti. L'approccio psicoeducativo si è rivelato un buon metodo per raggiungere due obiettivi: far elaborare emotivamente e cognitivamente al gruppo familiare modi più sani di comunicazione e avviare il cambiamento di relazioni spesso cristallizzate in meccanismi intossicanti e disperanti.

La psicoeducazione si è rivelata anche un'utile interfaccia tra la prevenzione, l'intervento medico, quello psicoterapico e riabilitativo, verso il raggiungimento di consapevolezza più alte di tipo psicologico.

L'altro grande vantaggio della psicoeducazione è quello di essere uno strumento utilizzabile da tutte le professionalità. Questo eleva la capacità terapeutica di tutto il gruppo di lavoro, aumentando la sua competenza di accoglienza, comprensione e cura. Tutto ciò rinforza il lavoro di gruppo nella valorizzazione e integrazione di tutte le professionalità. Nel presente articolo vengono esposti gli interventi psicoeducativi svolti presso il SOS SMA 6 e il SOS SMA 7 dell'ASL 10 di Firenze.

In ambedue i SOS, una volta costituenti un unico servizio, è dagli anni della riforma che si è dato sempre particolare importanza alla psichiatria di comunità e al *continuum* che unisce la riabilitazione territoriale alla prevenzione primaria. La sanificazione degli ambienti di vita comunitaria attraverso la prevenzione rende allo stesso tempo accessibili i circuiti della comunità ai portatori di disagio psichico: questo perché la prevenzione comporta la sensibilizzazione dei soggetti sociali presenti nelle reti sociali. Grazie alla sensibilizzazione è possibile attivare gli stessi soggetti e le risorse della comunità, rendendoli disponibili all'accesso di quelle persone che, a causa del disagio di cui sono portatori, hanno una minore contrattualità sociale e strumenti più poveri per usufruire dei percorsi comunitari. L'accessibilità dei circuiti della comunità

rende possibile poi la formulazione e l'attuazione dei progetti terapeutico-riabilitativi territoriali. Questi presupposti teorici improntano lo stile della presa in cura e la formulazione e attuazione dei progetti terapeutici individualizzati e di gruppo dei nostri servizi. All'interno di questa cornice hanno preso via via forma varie attività di tipo psicoterapico individuale e di gruppo, nella concezione di prendere in cura la globalità delle dimensioni della persona: quella biologica, quella psicologica e quella sociale. Nella gamma degli interventi rivolti alla prevenzione secondaria e alla cura della dimensione psicologica delle famiglie e dei pazienti, grossa importanza si è data agli interventi di tipo psicoeducativo. È pensiero del nostro servizio concepire la psicoeducazione come una forma di intervento complesso che include in sé, indirettamente,

utili valenze psicoterapiche in grado di avviare processi maturativi sia nel gruppo familiare sia nel paziente. È proprio il lavoro sulla coscienza di malattia nella famiglia e nel paziente, unitamente a quello sulla comunicazione di tutto il sistema, attraverso l'acquisizione di strumenti di comprensione di comportamenti e messaggi verbali, che prepara il campo alla possibilità di accedere a livelli più profondi di consapevolezza e di risoluzione dei conflitti. La psicoeducazione predispone un *humus* di fondo su cui si possono impiantare interventi più complessi e specifici per gli assetti psicopatologici del paziente e del sistema relazionale e comunicativo del gruppo familiare.

Nel pensiero del nostro servizio, a impostazione bio-psico-sociale, la psicoeducazione appare inoltre come un'utile interfaccia tra la prevenzione secondaria, l'intervento strettamente medico che si fonda sulla consapevolezza di malattia e la cura, l'intervento psicoterapico e la riabilitazione, che richiedono consapevolezze ancora più alte e qualitativamente di tipo psicologico.

L'altro grande vantaggio della psicoeducazione è quello di essere uno strumento utilizzabile da tutte le professionalità dei servizi, previa formazione adeguata. In tal modo si eleva la capacità terapeutica di tutto il gruppo di lavoro, aumentando la sua competenza di accoglienza, comprensione e cura. Tutto ciò rinforza il lavoro di gruppo nella valorizzazione e integrazione di tutte le professionalità, per la decodifica accurata della complessità dei bisogni e per la formulazione e attuazione di progetti terapeutico-riabilitativi che investano sia la dimensione biologica sia quella psicologica che quella sociale.

Interventi psicoeducativi nel SOS 7 SMA

Storia

Nel SOS 7 SMA le attività psicoeducative per pazienti e famiglie sono state effettuate a partire dal 1998. Il primo gruppo, realizzato con una metodologia non strutturata, era rivolto ai familiari di pazienti gravi, e aveva come obiettivo quello di aumentare le capacità di *problem-solving*.

Dal 2000 sono stati attivati gruppi per familiari di pazienti inseriti presso il Centro diurno del servizio e anche per familiari di pazienti seguiti nel territorio, portati avanti poi dall'Associazione Intrecci (famiglie e pazienti volontari formati).

Nel 2005 e 2006 sono stati realizzati interventi psicoeducativi per pazienti portatori di disturbi dello spettro ansioso (DAP, DAG, DPTS, DOC, fobia sociale, fobia specifica ...) con metodologia cognitivo-comportamentale.

Nel novembre 2009, in attuazione del Progetto "get-up" rivolto a pazienti con esordio psicotico, sono stati attivati

interventi monofamiliari, condotti con metodologia Fallon (1988) (Vendittelli, Veltro, Oricchio et al., 2003).

Risultati dell'intervento sui pazienti con disturbi dello spettro ansioso

I risultati ottenuti, misurati attraverso l'osservazione diretta e la somministrazione di specifiche schede di rilevazione quali HRSA (*Hamilton Anxiety Scale*), hanno evidenziato:

- una riduzione statisticamente significativa sia dell'utilizzo degli psicofarmaci che una riduzione della sintomatologia ansiosa;
- le tecniche cognitivo-comportamentali hanno permesso di evidenziare le distorsioni cognitive negli schemi di pensiero dei pazienti in modo da permettere parziali o totali correzioni delle stesse;
- gli esercizi di rilassamento utilizzati unite alle tecniche cognitivo-comportamentali hanno contribuito al raggiungimento dei risultati ottenuti, nonché migliorato la capacità del paziente di gestire la fase acuta del sintomo ansioso.

Esperienze recenti

Nel 2012 si sono avviati interventi per famiglie di pazienti affetti da disturbi psicotici e/o con disturbi dell'umore con sintomi psicotici, con metodo combinato rifacentesi a Ian Fallon (1988) e alla Teoria dell'attaccamento (J. Bowlby). Tutti gli *interventi psicoeducativi* effettuati, anche se con metodi differenziati, hanno prodotto buoni risultati. In particolar modo, per quanto riguarda *i familiari*:

1. Sono state fornite informazioni corrette sulla patologia e sui farmaci in modo da ridurre le informazioni distorte preesistenti.
2. Gli incontri strutturati di gruppo hanno consentito di ridurre l'emotività espressa e hanno facilitato l'espressione dei sentimenti positivi e negativi attraverso modalità comunicative più adeguate, maturate anche attraverso esercizi di *role-playing*.
3. Sono state favorite le abilità di comunicazione, l'ascolto attivo e la risoluzione dei problemi attraverso la metodologia del *problem-solving* e la sperimentazione attiva.
4. Sono state favorite le espressioni delle emozioni e le capacità empatiche.
5. È migliorato il rapporto con il servizio con incremento delle capacità di effettuare richieste articolate.

Tali risultati sono stati rilevati attraverso sia l'osservazione diretta sia la somministrazione di specifiche schede di rilevazione in un follow-up a 6 mesi e 1 anno dall'inizio dell'intervento psicoeducativo.

Il trattamento di gruppo applicato in tutti gli interventi psicoeducativi effettuati, ha permesso altresì di creare un "contesto base sicura", riferibile alla Teoria dell'attaccamento di J. Bowlby (Fonagy, 2011). In particolar modo, nelle famiglie di pazienti psicotici e/o con disturbi dell'umore con sintomi psicotici, ha permesso di evidenziare le dinamiche familiari presenti, facilitando le espressioni delle emozioni, dei sentimenti positivi e negativi, attraverso modalità comunicative meno disfunzionali. Tale scenario, evidenziato anche attraverso esercizi di *role-playing*, ha permesso anche di ottenere maggiori informazioni sulla storia familiare nonché maggiori informazioni sulla psicobiografia del paziente. Tutte le esperienze gruppali (per pazienti e famiglie) hanno permesso altresì una migliore gestione e comprensione del caso.

Organizzazione e obiettivi futuri

L'attivazione di percorsi psicoeducativi oltre che permettere il raggiungimento di un ottimo rapporto fra costi e benefici, per il nostro SOS ha rappresentato l'occasione per pensare e realizzare un nuovo modello organizzativo che ha valorizzato le figure professionali presenti nell'équipe e quindi favorito l'integrazione multiprofessionale nonché la collaborazione fra i diversi CSM presenti sul territorio. Le esperienze accumulate negli anni passati all'interno del nostro Servizio e i risultati delle azioni formative specifiche sul personale, ci permettono oggi di implementare gli interventi di psicoeducazione sia dal punto di vista quantitativo sia qualitativo. Nel futuro si auspica una maggiore integrazione e collaborazione con gli altri Servizi del territorio e con le Associazioni del terzo settore, che ci possa permettere di ottimizzare i percorsi già consolidati e iniziare ad applicare le tecniche di psicoeducazione nell'area della prevenzione del disagio mentale, soprattutto nelle giovani generazioni.

Interventi psicoeducativi nel SOS 6 SMA

Gruppo di sostegno per familiari di pazienti psicotici

Nei 211 DSM presenti in Italia sono seguite circa 500.000 persone, di queste oltre 200.000 sono pazienti considerati gravi che in una percentuale che varia dal 50 all'80% vivono in famiglia. Ciò si traduce in un notevole carico per la maggioranza dei nuclei familiari. Un intervento mirato a ridurre i fattori di stress in queste famiglie è ormai un dato acquisito come anche è diffuso il concetto che i familiari debbano essere considerati significativi alleati nel trattamento dei loro congiunti.

Crediamo sia importante ricordare che prima non era

così: ai tempi della legge 180 l'intento dichiarato fu quello del reinserimento familiare del malato mentale per consentire giustamente la chiusura dei manicomi ma ciò avvenne attraverso un processo simbolico-collusivo di esplicita colpevolizzazione delle famiglie, colpevoli di aver rifiutato un proprio membro "diverso" e di averlo affidato alla violenza dell'istituzione psichiatrica (Carli e Paniccia, 2011). Questo atteggiamento colpevolizzante, supportato anche da un uso improprio di alcune teorie sullo sviluppo della personalità, è durato per molti anni. Una volta eclissata, almeno in parte, questa contrapposizione nociva fra operatori "buoni" e genitori "cattivi", l'approccio psicoeducativo è sembrato un buon metodo per raggiungere essenzialmente due obiettivi: insegnare ai familiari modi efficaci di comunicazione e infondere in loro la speranza nel possibile cambiamento di relazioni spesso cristallizzate in meccanismi intossicanti e disperanti.

Il metodo psicoeducativo con il suo intento pedagogico è a buona ragione inserito negli approcci cognitivo-comportamentali di tipo razionalista. Questa visione teorica si basa sull'assunto che esista un'unica e stabile realtà esterna, alla quale le persone hanno accesso immediato senza deformazioni, e che le emozioni siano sostanzialmente dei sottoprodotti delle cognizioni, cioè delle credenze o convinzioni che ogni individuo ha. Il tema di base è quindi che le emozioni disturbanti dipendono da convinzioni irrazionali o disfunzionali per cui basta modificare quest'ultime per attenuare la relativa attivazione emotiva, fonte di sofferenza. Ciò avviene, per l'appunto, attraverso interventi di tipo persuasivo e pedagogico. Purtroppo non è così semplice.

In un approccio di tipo costruttivista la realtà ontologica è inconoscibile, per cui non esiste una realtà data, ma tante realtà costruite da ogni individuo secondo il suo peculiare modo di mantenere una propria coerenza interna. I problemi delle persone riflettono una difficoltà del loro sistema emotivo e cognitivo incapace di salvaguardare la propria coerenza interna di fronte a qualcosa che minaccia la sua integrità, del resto già da tempo la ricerca scientifica ha dimostrato come le emozioni rappresentino un sistema conoscitivo a sé (Damasio, 2000). Dal che ne discende, come afferma Bara (2012), che le emozioni non dipendono dai pensieri, ma al contrario sono loro a influenzarne il corso, si inverte così la freccia causale: per i razionalisti il pensiero determina le emozioni (e quindi modificando i pensieri si modificano le emozioni), in ambito costruttivista le emozioni influenzano i pensieri (e di conseguenza: i pensieri modificano i pensieri, le emo-

zioni modificano sia le emozioni sia i pensieri) pertanto l'agenda terapeutica è capovolta.

Mi sono un po' dilungato su questi aspetti teorici per entrare meglio sul tema della psico-educazione ai familiari di pazienti gravi all'interno del nostro servizio nel quale da oltre 6 anni è presente un gruppo di sostegno omogeneo (nel senso che i partecipanti hanno in comune la convivenza con congiunti seguiti dal servizio), aperto a nuovi ingressi e guidato da me e da un'infermiera, che ha una lunga esperienza nell'ambito della riabilitazione residenziale e quindi di condivisione prolungata nel tempo della quotidianità con i pazienti. A questo gruppo, negli anni, hanno partecipato una ventina di familiari e alcuni di loro sono tuttora presenti fin dalla fondazione. In una prima fase abbiamo utilizzato un approccio psicoeducativo per favorire una sorta di *humus* comune di modo che i familiari presenti fino dai primi incontri potessero essere in seguito essi stessi agenti di psico-educazione nei confronti dei nuovi arrivati sprovvisti di alcune conoscenze di base. Riteniamo che il tema centrale sia proprio questo che la psico-educazione rappresenti un buon punto di partenza: i familiari hanno imparato quali siano i 5 fattori che determinano problemi comunicativi, che la critica pervasiva e l'ostilità rappresentino concause importanti nelle ricadute dei figli, che i commenti positivi migliorino la qualità della relazione e l'autostima, che evitare eccessiva apprensività e coinvolgimento può facilitare nel figlio maggiore autonomia e favorire tutto questo attraverso una comunicazione assertiva.

Crediamo che il 4° fattore dell'emotività espressa, l'empatia, sia alla base di tutto, perché, se non hai un'autentica comprensione del vissuto di sofferenza di tuo figlio, come fai a non criticarlo aggressivamente? Come fai a

seguire il suggerimento di Falloon (1993): "Guarda tuo figlio, guardalo bene cerca in lui qualcosa che ti piace e diglielo", quindi, l'empatia, come si insegna?

In una ricerca statunitense si concludeva che il trattamento psicoeducativo ai familiari recasse dei miglioramenti fino a una certa soglia (12-20 sedute), oltre la quale non si evidenziavano ulteriori vantaggi se non dei peggioramenti (De Girolamo, 2010), come se questo metodo, coinvolgendo essenzialmente la conoscenza di tipo dichiarativo, rimanesse solo sul piano della rappresentazione. Mi fa pensare ad alcuni genitori del gruppo che conoscono bene gli effetti negativi del criticismo ma in certi periodi, in funzione di vari fattori, non riescono proprio a non essere aggressivi, ostili, espulsivi: sto pensando a genitori sufficientemente sani. In questa separazione che accade tra il modo in cui una persona si sente e come la stessa persona si vede o si vorrebbe vedere, cioè tra il livello dell'immediatezza dell'esperienza che non corrisponde al livello della rappresentazione di sé (vale a dire delle cose che quel genitore sa su se stesso e su suo figlio), si crea una intercapedine che apre lo spazio per un intervento terapeutico (Guidano, 1992). E allora la modalità gruppale, con la sua rassicurante matrice e con gli aspetti tipici e benefici dei gruppi che attengono a livelli esperenziali e procedurali più che dichiarativi, rappresenta il luogo dove pazientemente ogni volta si cerca di ricostruire, di rimettere insieme i pezzi, di comprendere come ogni tanto sia necessario un riadattamento dei propri schemi di riferimento. Una madre ha recentemente detto: "sento che se mio figlio non cambia devo essere io in qualche modo a cambiare", e questo appare come un ulteriore buon punto di partenza.

Bibliografia

Bara B. *Dimmi come sogni*. Milano: Mondadori 2012.

Carli R, Panizza R. *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia*. Milano: Angeli 2011.

Damasio A. *Emozione e coscienza*. Milano: Adelphi 2000.

De Girolamo G. "Comunicazione personale", 2010.

Falloon I. *Comprehensive management of mental disorders*. Buckingham, UK: Buckingham Mental Health Service 1988 (trad. it.: Magliano L, Morosini P, a cura di. *Intervento psi-*

coeducativo integrato in psichiatria: guida al lavoro con le famiglie. Trento: Erickson 1992).

Falloon I. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*. Trento: Erickson 1993.

Fonagy P. *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2001.

Guidano V. *Il sé nel suo divenire*. Torino: Boringhieri 1992.

Venditelli N, Veltro F, Oricchio I, et al. *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Torino: Centro Scientifico Editore 2003.

Psicoeducazione rivolta ai pazienti bipolari

Andrea Cicogni*

* Psichiatra e Psicoterapeuta della ASL 10 Firenze – andrea.cicogni@asf.toscana.it

Abstract

Il trattamento dei disturbi bipolari viene favorito dagli interventi psicoeducativi rivolti ai pazienti e/o ai familiari e caregivers. Il modello in oggetto, realizzato presso l'ASL 10 di Firenze, si rifa a quello del Programma psicoeducativo del Gruppo di Barcellona, validato anche attraverso Registered Clinical Trials. Esso prevede una serie di incontri che affrontano vari temi, quali la coscienza di malattia, l'aderenza farmacologica, l'individuazione precoce di nuovi episodi, la regolarità dello stile di vita e la gestione dello stress. Nel primo ciclo di incontri, che affrontano in modo più organico i temi indicati, ci proponiamo di aumentare la conoscenza-consapevolezza di malattia, l'alleanza terapeutica, la compliance e quindi di ridurre le ricadute; negli incontri successivi, che coniugano un setting psicoterapeutico con alcune attività pratiche, abbiamo anche alcuni obiettivi di eccellenza, come quelli di migliorare le attività interpersonali tra gli episodi e l'acquisizione di competenze emotive per il fronteggiamento dei sintomi residui. Vengono condotti anche gruppi per familiari e caregivers e gruppi multifamiliari, volti ad attivare le risorse della famiglia, la quale può fare molto per essere d'aiuto nel percorso terapeutico dei pazienti.

La psicoeducazione, utile in molteplici aree della psichiatria, trova nel disturbo bipolare una sua precisa indicazione senza la quale un trattamento per questo disturbo non è attuato correttamente: la maggior parte dei pazienti infatti ancor oggi non ha informazioni chiare e precise relative al disturbo di cui soffre, alle terapie adeguate e aggiornate. Poco conoscono dei farmaci che devono assumere e degli effetti collaterali di questi. Ma la cosa più importante è che non hanno idea dei segnali di allarme che preludono una ricaduta e non sanno quindi cogliere i prodromi e i sintomi precoci delle ricadute ed evitarli, attuando gli interventi adatti per evitarle, con la sequela di penosi ricoveri talora in regime di Trattamento sanitario obbligatorio.

Ricordiamo come il disturbo bipolare dell'umore, un tempo chiamato psicosi maniaco depressiva, sia per gravità e ampiezza il maggior disturbo grave della psichiatria: colpisce nella sua forma maggiore circa il 2% della popolazione e, se si considerano i disturbi dello spettro, oltre il 5%, dato che alcuni considerano sottostimato. Secondo

L'Organizzazione mondiale della sanità è una delle dieci principali cause di disabilità nel mondo. Non trattato è molto invalidante, quanto la malattia coronarica è più di artrite e diabete. Senza terapie adeguate causa numerosi decessi per suicidio, per incidenti, malattie associate trascurate e abuso di alcool e altre sostanze.

Ricordiamo come i sintomi di questo disturbo siano facili da riconoscere e hanno come caratteristica di base la mancanza o l'eccesso di energia che si declina come depressione maggiore la mancanza, o mania l'eccesso. La depressione, quella vera della malattia bipolare, è costituita da disturbi fisici che interessano il sonno, le forze, la concentrazione, l'appetito, pensieri di autosvalutazione e colpa, incapacità di vedere il futuro, senso di rovina, pensieri di morte o suicidio, e altri sintomi che conducono la persona a essere progressivamente incapace di affrontare le situazioni sociali e lavorative che la vita richiede. In altri periodi invece l'energia aumenta in modo incongruo fino a sentirsi iperattivi, dormire pochissimo e sentirsi in piena forma, fare molti progetti alcuni dei quali irreali-

SALUTE e Territorio

stici o grandiosi, parlare molto più del solito o velocemente, saltare da un pensiero all'altro per la velocità con cui vengono in mente, perdere le inibizioni, attaccare discorso con sconosciuti, diventare irritabile e aggressivo fino a litigare con tutti, spendere troppi soldi, fino in certi casi a sintomi psicotici tipo deliri di grandezza e onnipotenza o in altri casi anche non congrui con l'umore come sintomi di riferimento e paranoidei (tutto si riferisce a me, le persone mi mandano segnali, la televisione anche, oppure ci sono persone che mi spiano e mi vogliono far del male). Esiste anche lo stato misto che contiene sintomi delle due polarità assieme (ad esempio, agitazione e iperattività insieme a sintomi di profonda tristezza e angoscia). Lo stato misto talvolta è l'evoluzione di una malattia che non è stata trattata precocemente e correttamente e talora è particolarmente difficile da curare.

La diagnosi, nonostante i sintomi siano abbastanza facili da catalogare, avviene spesso con anni di ritardo (mediamente ancora sette o otto) e si perde così tempo prezioso. Il disturbo bipolare è ciclico e, mentre all'inizio abbiamo episodi di malattia intervallati talora da lunghe fasi (fino a 10 anni) da sintomi importanti, nell'andare del tempo se non curato le ricadute possono avvicinarsi nel tempo, fino, in certi casi, a creare cicli rapidi o uno stato misto di disforia cronica, come sopra accennato.

Eppure esiste un grande numero di linee guida di intervento e sempre più efficaci terapie per il trattamento di questo disturbo, ma gli esiti delle cure sono ancora incerti e insoddisfacenti e questo dipende principalmente dalla scarsa aderenza al trattamento. Oltre la metà dei pazienti non assume le cure o le assume in modo inappropriato dopo l'acuzie e questo dipende non tanto dagli effetti collaterali dei farmaci, quanto alla mancanza di consapevolezza di malattia e alla mancanza di una buona relazione e alleanza terapeutica tra lo psichiatra e il paziente. Il paziente dice: "perché devo prendere farmaci per molti anni se non a vita se mi levano l'euforia e l'esaltazione per me fonti di piacere irrinunciabile dopo periodi di tristezza?". La mania produce uno stato di vera dipendenza ad alcuni pazienti. Se il paziente capisce che la mania alternata a grave depressione può rovinargli la vita, che dopo le prime volte non è così piacevole ed è accompagnata da stati misti, che molto tempo viene trascorso in depressione, può accettare le cure. Fare diagnosi corrette e attuare altrettanto corrette terapie è l'unico modo per spegnerla ed evitare penose recidive e mantenere uno stato di umore eutimico (non depresso o esaltato) per il resto della vita.

Tutto questo viene aiutato in modo sostanziale dalla psi-

coeducazione, svolta presso l'ASL 10 di Firenze, svolta nel nostro modello, che si rifà a quello del Programma psicoeducativo del Gruppo di Barcellona, validato anche attraverso *Registered Clinical Trials*.

Esso prevede una ventina di incontri di gruppo che affrontano temi, quali la coscienza di malattia (Cos'è la malattia bipolare, quali sono i fattori eziologici e scatenanti, il decorso e la prognosi, ecc.), l'aderenza farmacologica (con quali farmaci si cura, quali effetti collaterali, rischi associati all'interruzione del trattamento). Si parla inoltre della gravidanza, dell'uso di alcool e altre sostanze e dei rischi specifici associati. Tuttavia gli incontri più importanti riguardano l'individuazione precoce di nuovi episodi: maniacali o ipomaniacali, depressivi o misti. In particolare si danno informazioni di cosa fare quando viene identificata una nuova fase: nel caso di un aumento pericoloso dell'energia si utilizzano anche liste scritte di indicazioni "spegnifuoco", che iniziano dal contattare il proprio curante per rivalutare la terapia, aumentare le ore di sonno e altre indicazioni specifiche per ognuno. L'ultimo gruppo di incontri viene dedicato alla regolarità dello stile di vita e alla gestione dello stress come elementi fondamentali per mantenere uno stato di compenso e salute psicologica. Questo si attua attraverso tecniche di *problem-solving* e altre tecniche più specificamente psicoterapiche. Ricordiamo come dopo il primo ciclo di incontri che affrontano in modo più organico i temi a cui abbiamo accennato, con la distribuzione anche di materiale "didattico" e semplici "compiti a casa", nell'anno successivo si lascia aperta la partecipazione a un gruppo che coniuga un *setting* psicoterapeutico con alcune attività pratiche (cineforum sui film che trattano problemi di salute mentale, lavoro sul benessere fisico, organizzazione di uno spazio di accoglienza-informazione per altri pazienti, etc). Se nel primo ciclo di incontri ci proponiamo "semplicemente" di aumentare la conoscenza-consapevolezza di malattia, l'alleanza terapeutica, la *compliance* e quindi di ridurre le ricadute, negli incontri successivi abbiamo anche alcuni obiettivi di eccellenza, come quelli di migliorare le attività interpersonali tra gli episodi e l'acquisizione di competenze emotive per il fronteggiamento dei sintomi residui. Oltre ai gruppi di soli pazienti, da un paio di anni, stiamo effettuando anche gruppi per familiari e *caregivers* e gruppi multifamiliari. L'importanza del coinvolgimento delle persone con cui il paziente vive è particolarmente importante e molti problemi vengono vissuti con senso di impotenza e disperazione da familiari disinformati e lasciati soli spesso anche dai Servizi. In passato vi è stato uno scarso coinvolgimento dei familiari nel trattamento

dei propri congiunti, qualche volta per un malinteso senso del *setting*, o nella convinzione che la malattia fosse originata dai rapporti familiari. Oggi sappiamo che la famiglia non produce la malattia bipolare, ma può fare molto per essere d'aiuto nel percorso terapeutico, come pure può ostacolarlo. Anche in questo caso una corretta informazione sul disturbo è fondamentale. Le famiglie spesso oscillano tra uno stato d'ansia continuo alternato a fasi di negazioni del disturbo o di minimizzazione: questo è favorito ovviamente anche dalla natura del disturbo bipolare, che ha fasi spesso prolungate di remissione della malattia. Accettare la nozione di vulnerabilità e la necessità di lunghe terapie con stabilizzanti dell'umore non è facile. Particolarmente difficile (e fonte di grossi conflitti) appare per i familiari distinguere anche tra la personalità del paziente e il suo disturbo. I pazienti si lamentano spesso di essere tacciati di essere nuovamente "di fuori" nel caso di ogni conflitto quotidiano. Bisogna d'altro lato dire che i familiari possono essere di grande aiuto nell'aiutare

il paziente a cogliere i sintomi precoci di ricaduta, questo specialmente quando hanno stilato con lui e con i curanti una lista dei prodromi e degli atteggiamenti da tenere in caso di ricaduta. Un patto terapeutico concordato e magari firmato con i curanti. Anche in questo senso stiamo sviluppando un protocollo scritto che i pazienti potranno proporre a familiari, curanti, medici di famiglia, amici o, perché no, anche datori di lavoro, quando possibile.

In conclusione possiamo dire che l'informazione e l'aumento di conoscenza di pazienti e *caregivers* sono un vero cambiamento di paradigma, sono un modello rivoluzionario di potere: dare informazioni è dare potere. Il superamento del manicomio e la vera riduzione dello stigma sociale è fare diagnosi appropriate e tempestive per poi approntare le corrette terapie.

Concludo citando don Lorenzo Milani che molti anni fa diceva: "quando il povero saprà dominare le parole come personaggi, la tirannia del farmacista, del comiziante e del fattore sarà spezzata".

La psicoeducazione nelle dipendenze per la riduzione della cronicità

Giuseppe Mammana

Direttore Ddp ASL Foggia, Sez. di Foggia e Lucera, Presidente Associazione italiana Cura Dipendenze Patologiche (ACUDIPA) – giusmana@hotmail.it

Abstract

Nelle dipendenze l'esperienza strutturata di tipo psicoeducativo non è ancora diffusa, nonostante senz'altro rappresenti un importante trattamento volto alla realizzazione di un approccio integrato alla patologia in oggetto. In tale contesto, per realizzare trattamenti efficaci nel medio e lungo periodo, diventa molto importante una prima osservazione che si accompagni a disassuefazione e diagnosi in condizioni protette e drug free. Si vanno pertanto diffondendo sempre più in tutta Italia le esperienze di Centri di osservazione, diagnosi e disintossicazione protetta. Il progetto REDUCRON è un progetto del Dipartimento nazionale per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, affidato per la sua esecuzione all'Associazione italiana per la cura delle dipendenze patologiche e tratta questa specifica problematica. Un obiettivo fondamentale nel campo delle dipendenze è quello di migliorare il coordinamento e l'integrazione tra la salute mentale adulti, la salute mentale infanzia-adolescenza e i Servizi per le dipendenze patologiche. Gli interventi psicoeducativi, volti a favorire l'integrazione tra questi diversi tipi di servizi, devono essere applicati seguendo una "Strategia curativo-riabilitativa orientata al Recovery".

Il termine "psicoeducazione" indica un tipo di trattamento, introdotto negli anni '80 nel campo delle scienze della salute mentale, rivolto a rendere consapevole la persona portatrice di un disturbo psichico e i membri della sua famiglia, della natura della patologia, insegnando loro anche modalità adeguate di comportamento necessarie per fronteggiarla. Nasce dagli studi sulle "famiglie ad alta emotività espressa", condotti a Londra sulle famiglie con un membro affetto da psicosi schizofrenica, e tesi a prevenire le ricadute e i nuovi ricoveri in reparto psichiatrico. Successivamente negli anni '90 è stata estesa ad altri disturbi psichici (disturbi d'ansia, depressione e disturbi bipolari, disturbi della personalità) grazie soprattutto a studi condotti nell'Università di Auckland (Nuova Zelanda).

La psicoeducazione può ormai contare su una ricca letteratura scientifica riportata sulle più autorevoli riviste internazionali, che ne convalidano l'efficacia. Applica concetti di tipo cognitivo-comportamentale attraverso l'insegnamento delle abilità di comunicazione (espressione dei sentimenti piacevoli e spiacevoli, ascolto attivo, esprimere richieste in ma-

niera positiva) e dell'abilità di risolvere i problemi (*problem solving*). Recentemente questi interventi sono stati integrati anche con approcci di tipo psicodinamico.

Più recentemente la psicoeducazione è stata utilizzata sia nell'ambito di programmi intensivi per la prevenzione dell'esordio psicotico, sia per favorire l'autogestione delle cure nelle persone portatrici di patologie organiche croniche (come il diabete, l'ipertensione, lo scompenso cardiaco, ecc.) attraverso formazione del "paziente esperto".

Tra le patologie croniche o tendenti alla cronicità vi sono anche le varie forme di dipendenza patologica, ma in questo campo l'esperienza strutturata di tipo psicoeducativo non è ancora diffusa.

La difficoltà della penetrazione in questo campo ha a che fare con la complessità della materia e con la sua recente storia naturale. Le dipendenze sono una patologia complessa che ha implicazioni neurobiologiche, mentali, comportamentali, sociali, economiche e culturali: la dipendenza da droghe, da alcol e da altri oggetti e comportamenti si evolve ad alta velocità e si modifica in continuazione nelle sue mani-

festazioni fenomenologiche. La patologia tende alla cronicità e va spesso incontro a fenomeni di cronicizzazione iatrogena derivanti da interventi monosettoriali o inappropriati. La psicoeducazione si colloca tra le azioni che contribuiscono alla realizzazione di un approccio integrato alla tossicodipendenza.

I servizi deputati alla cura delle persone dipendenti si trovano anzitutto di fronte alla necessità di trattare il sintomo e decodificarlo in termini di osservazione clinica e diagnosi in ambiti protetti dal contatto con gli oggetti co-autori della dipendenza. Questo appare ancora più necessario in considerazione della mutata qualità delle intossicazioni, delle dipendenze attuali e della sempre più frequente coesistenza di problemi di comorbidità psichiatrica e doppia diagnosi.

Nelle dipendenze, per realizzare trattamenti efficaci nel medio e lungo periodo, diventa molto importante una prima osservazione che si accompagni a disassuefazione, diagnosi in condizioni protette e *drug free*. Da questo buon avvio possono derivare programmi terapeutici appropriati, ben impostati, capaci di ridurre la tendenziale cronicità della patologia e la cronicizzazione, che inducono approcci clinici non appropriati.

Si vanno pertanto diffondendo sempre più in tutta Italia le esperienze di Centri di osservazione, diagnosi e disintossicazione protetta nei quali i pazienti vengono accolti per periodi limitati fino a un massimo di 90-120 giorni, con l'obiettivo di ben trattare il paziente nella fase più acuta di disassuefazione e di formulare una adeguata diagnosi sulla quale si fonderà e programmerà il futuro e successivo intervento riabilitativo.

Il progetto REDUCRON è un progetto del Dipartimento nazionale per le politiche antidroga della presidenza del Consiglio dei Ministri, affidato per la sua esecuzione all'Associazione italiana per la cura delle dipendenze patologiche e tratta questa specifica problematica.

Il Progetto si propone, anzitutto, di individuare le varie esperienze italiane di Centri di osservazione, diagnosi e disintossicazione in sede protetta di tipo residenziale o semiresidenziale-diurna e/o notturna. Una volta individuate queste realtà operative, ci si propone di confrontarne anche i metodi diagnostici e clinici con particolare riferimento al tipo di dipendenze trattate e ai trattamenti farmacologici, psicoterapeutici ed educativi utilizzati. Inoltre si confrontano l'esito dei periodi di trattamento, anche in relazione alla prosecuzione dei trattamenti in differenti sedi riabilitative, e la formazione più utile per il personale operante in queste strutture e nelle successive strutture riabilitative. All'interno di questi obiettivi il progetto prevede la realizzazione di seminari formativi sugli approcci che consentono di ridurre la cronicità del disturbo

e la cronicizzazione iatrogena dello stesso. In questo ambito un obiettivo centrale è quello di preparare e supportare i familiari di soggetti tossicodipendenti che hanno fatto esperienze di detossicazione, di comunità terapeutica o che stanno seguendo trattamenti farmacologici di lunga durata, allo scopo di ridurre le ricadute.

Verranno organizzati seminari formativi sulla psicoeducazione rivolti alle Comunità terapeutiche e ai Sert coinvolti nel progetto, con il proposito di costituire una rete di familiari capaci di fronteggiare meglio le problematiche della tossicodipendenza, soprattutto quando quest'ultima è associata ad altri disturbi psichiatrici.

Considerata l'attuale configurazione clinica ed epidemiologica delle dipendenze patologiche, un obiettivo strategico importante nel campo delle dipendenze è quello di migliorare il coordinamento e l'integrazione tra la salute mentale adulti, la salute mentale infanzia-adolescenza e i Servizi per le dipendenze patologiche. Gli interventi psicoeducativi possono favorire l'integrazione tra questi diversi tipi di servizi.

La diffusione dell'uso di sostanze, infatti, è uno dei grandi problemi delle società sviluppate e di tutto il pianeta. L'uso, l'abuso e la dipendenza producono, in una quota significativa di persone, complicanze temporanee o permanenti di tipo psichiatrico che richiedono competenze e trattamenti specifici e integrati.

Le persone che soffrono di disturbi mentali comuni o gravi sono maggiormente vulnerabili rispetto allo sviluppo di abuso o dipendenza da sostanze lecite e illecite e la compresenza nella stessa persona di disturbi mentali e dipendenze peggiora notevolmente il decorso clinico e psicosociale, richiedendo interventi coordinati e complessi con competenze specifiche.

Per queste ragioni è necessario sviluppare la collaborazione e il coordinamento tra interventi svolti nell'ambito della salute mentale e quelli effettuati nell'ambito delle dipendenze patologiche. Un approccio integrato consente di combinare i trattamenti basati sulle prove di efficacia per l'abuso di sostanze con i trattamenti che sono efficaci per gli altri tipi di disturbi mentali.

Gli interventi psicoeducativi devono essere applicati seguendo una "Strategia curativo-riabilitativa orientata al *Recovery*", valorizzando le risorse dei pazienti e supportandoli durante il processo di *Recovery*.

L'uso appropriato e non cronicizzante dei farmaci, il *counseling*, la psicoterapia nelle sue varie tipologie e la psicoeducazione, applicati in modo integrato in servizi qualitativamente più validi degli attuali, potranno contribuire in modo significativo alla riduzione della cronicità, della cronicizzazione iatrogena e consentire il miglioramento della qualità di vita dei tossicodipendenti e dei loro familiari.

Interventi con famiglie multiproblematiche

Angela Gonnelli

Psicologo Responsabile Centro Terapia Familiare, ASL 10 di Firenze – angela.gonnelli@asf.toscana.it

Abstract

Le famiglie multiproblematiche sono uno dei sistemi familiari che richiede interventi a più alta complessità di articolazione, con forme di lavoro integrato sia con il nucleo familiare, sia con la rete dei servizi. Tali famiglie spesso hanno subito traumi: sono caratterizzate da isolamento sociale, disagi vari, conflittualità croniche e problematiche psicologiche-psichiatriche e psicosociali importanti. In questi casi è fondamentale lavorare non tanto sul singolo, quanto sull'intero nucleo familiare. Nella proposta operativa si rendono indispensabili, secondo noi, l'integrazione e il coordinamento degli interventi erogati dai vari servizi, un lavoro a rete, un gruppo operativo che condivide il progetto complessivo, che vede i singoli interventi attivi, ma in interazione tra loro. Lavorare "a sistema" significa, secondo noi, costruire un "gruppo operativo" con la funzione di integrare e riparare, contrastare gli "attacchi al legame" e la tendenza a funzionare in modo disorganizzato e frammentato, che spesso caratterizzano queste situazioni problematiche. È un lavoro che, mentre integra le funzioni diverse degli operatori, integra le molteplici parti scisse del paziente e della sua famiglia.

Le famiglie multiproblematiche sono uno dei sistemi familiari che richiede interventi a più alta complessità di articolazione, con forme di lavoro integrato sia con il nucleo familiare, sia con la rete dei servizi. Più autori hanno parlato, a proposito della famiglia multiproblematica, di difficoltà a organizzarsi, difficoltà a identificare precisi ruoli nell'assolvimento di determinate funzioni entro il nucleo familiare.

Sono famiglie spesso traumatizzate (trauma acuto o cronico: un evento imprevisto e improvviso come la morte di un familiare o di una persona cara, una separazione traumatica, la perdita del lavoro, un abuso, ecc., una conflittualità irrisolta familiare).

Sono caratterizzate da isolamento sociale, comunicazione disfunzionale tra i componenti della famiglia, conflittualità irrisolte relative a situazioni anche di separazione o divorzio, disagi multipli; si rileva la presenza di problematiche psicologiche-psichiatriche e psicosociali importanti sviluppatasi in un arco di tempo ampio, tendenti alla resistenza e alla cronicizzazione, con marcato rischio di

stigmatizzazione ed esclusione sociale che richiedono interventi strutturati e duraturi nel tempo sia dei servizi sociali sia sanitari.

Il loro stile relazionale può difensivamente caratterizzarsi con carenza simbolica che le induce ad "agiti", problematiche e agiti che tendono a trasmettersi da una generazione all'altra.

Considerando la storia di queste famiglie, si trovano spesso traumi che hanno contribuito a costruire difensivamente nuclei apparentemente roccaforti, apparentemente chiusi, apparentemente inaccessibili; si tratta di un'utenza che spesso viene sentita come scomoda, arrabbiata con le istituzioni. La sofferenza che non ha trovato uno spazio elaborativo "negata" si può tradurre in uno spostamento sulle istituzioni fatto di richieste concrete, di conflitti, con il risultato di un incremento della patologia, dei casi e delle richieste. Sono situazioni alle quali il servizio pubblico non può sottrarsi.

Nonostante la difficile presa in carico, è richiesto rigore,

flessibilità e umiltà, perché nessuna professionalità, anche la più elevata, da sola, in questi casi, può farcela, perché troppi sono gli aspetti emotivi e sociali in gioco.

L'intervento rivolto al singolo membro di questo tipo di famiglia, visto da solo, non inserito in un contesto più ampio, genera confusività e impotenza. Lavorare con la famiglia significa inserire la richiesta del singolo membro all'interno della storia anche intergenerazionale, ricostruendone la (propria) storia per riportare all'interno della propria dimensione relazionale quei singoli comportamenti visti in ottica di legame e di connessione. Ad esempio, se una mamma vuole a tutti i costi richiamare la propria mamma sulla propria inadempienza genitoriale, per quanto noi mettiamo a disposizione assistenza domiciliare o si facciano gruppi terapeutici madre bambino, per quanto si cerchi di sostenerla, l'intervento rischierà di essere inefficace. In realtà lei vuole che sia sua madre a risarcirla di una carenza primaria che, se non elaborata, genera una trasmissione continua (transgenerazionale) della patologia, senza soluzione per quei bambini che non potranno uscire da questa sorta di trappola, con il risultato poi di adolescenti che potranno mettere in atto comportamenti dimostrativi, delinquenti anche autolesivi e di adulti che tenderanno a ripetere relazioni diadiche come quelle sperimentate sulla loro pelle. L'intervento messo in atto non risponde al bisogno sottostante la richiesta, ma solo a quello esposto e verbalizzato. Direi che l'obiettivo dei servizi sociosanitari è proprio quello di interrompere questa catena tragica.

I legami familiari mantengono un'influenza spesso superiore di quanto si pensi, non solo nei primi anni di vita, ma, attraverso varie forme e intensità, anche in età adolescenziale e adulta, soprattutto quando i processi evolutivi di separazione-individuazione sono stati per qualche ragione bloccati e distorti (vedi ad esempio gli esordi psicotici, DCA, fughe adolescenziali ...). Il lavoro di cura va impostato sulla continuità col passato per evitare il rischio di ripetitività.

Si tratta di offrire un *setting* che, attraverso l'utilizzo di tecniche, procedure e comunicazioni, favorisca nelle persone il

rivolgere l'attenzione a loro stessi e al loro modo di funzionare nel contesto in cui si trovano, permettendo un contatto con sentimenti a volte difficilmente definibili e comprensibili. Nella proposta operativa si rendono indispensabili, secondo noi, l'integrazione e il coordinamento degli interventi erogati dai vari servizi, un lavoro a rete, un gruppo operativo che condivida il progetto complessivo che vede i singoli interventi attivi ma in interazione tra loro.

Criticità della presa in carico

Sono famiglie difficili da trattare che tendono a provocare "rifiuto" da parte dei servizi con la tendenza a essere confinate solo nel sociale. Inducono collusivamente alla "fretta" e "all'agire" da parte degli operatori. Richiedono, invece, un ascolto attento e qualificato per costruire una vera e propria "mappa" storica di tutti gli interventi attivati nel tempo spesso sull'emergenza e frammentati: un lavoro preliminare che permetta di conoscere cosa non ha funzionato, non come giudizio di valore, ma come tentativo di lettura/comprendimento dei singoli movimenti, per tentare di "tenere insieme" tutti i pezzi e strutturare un intervento complesso e articolato, ma unico. Si tratta di creare una regia concordata con obiettivi condivisi.

Lavorare "a sistema" significa, secondo noi, costruire un "gruppo operativo" con la funzione di integrare e riparare, contrastare gli "attacchi al legame" e la tendenza a funzionare in modo disorganizzato e frammentato che spesso caratterizzano queste situazioni problematiche. Un lavoro "altro" dalla semplice somma dei diversi interventi, che seguirà passo passo l'evoluzione del progetto e del processo terapeutico nel suo insieme, coinvolgendo tutti gli operatori (impegnati a vario titolo e servizio nel caso) con incontri periodici per tutta la durata dell'intervento. Deve trattarsi non di un passaggio d'informazioni, ma di un "pensare insieme" anche agli aspetti più critici, attribuendo un ruolo cardine al lavoro preliminare e alla comprensione della domanda autentica.

È un lavoro che, mentre integra le funzioni diverse degli operatori, integra le molteplici parti scisse del paziente e della sua famiglia.

Interventi per la prevenzione del disagio psichico

Donatella Pecori

Psicologo sperimentale e Presidente GRUF – Gruppo per la Ricerca a livello Universitario di Firenze, Firenze – info@gruf.org

Abstract

La prevenzione dei disturbi che compromettono la salute mentale di un individuo comincia alla nascita o forse anche prima. In questo articolo si richiama l'attenzione al rispetto dei ritmi di autoregolazione del bambino durante il suo processo costruttivo, giacché la natura non costruisce a caso. Fare prevenzione è rispettare il sistema autopoietico dell'organismo avendo fiducia nella "legge di crescita" che guida gli organismi. Fare prevenzione è aiutare gli adulti a ridurre lo stress insito nell'accudimento della prole, che spesso non fornisce un adeguato caregiving durante le prime fasi dell'infanzia. Fare prevenzione è organizzare servizi educativi, formativi e di ricerca volti a proteggere i processi di crescita autoregolata del bambino e a formare, in modo sostanziale, il caregiver al rispetto di questi principi.

Quando intendiamo occuparci di prevenzione del disagio psichico dobbiamo inevitabilmente interessarci del bambino piccolo con l'intenzione di salvaguardarne il processo di sviluppo normale, autoregolato. Ciò significa aspettare fiduciosamente i suoi tempi di maturazione, rispettando i modi con i quali l'organismo infantile sceglie di costruire se stesso. Il nostro compito, in qualità di *caregiver* (Bowlby, 1992), sarà allora quello di affiancarlo aiutandolo a riconoscere e soddisfare i propri bisogni (Fonagy, 2001), avendo cura che abbia intorno un ambiente adatto a "sviluppare le risorse geneticamente attese". S'intende parlare di un ambiente fisico, psichico, spirituale e relazionale. In quest'ambiente, se è rispondente ai bisogni di crescita, il bambino si immerge, con grande passione sperimenta e costruisce le sue mani, i suoi sensi, la propria espressività e la sua coerenza, guidato dal desiderio e dai suoi orologi interni (Montessori, 1935). Lui procede in definitiva a montare, a suo modo, l'intero organismo formulando la "Teoria della propria mente e della mente degli altri" (Baron-Cohen, 1995), sperimentando, in modo coerente ed euristico, la propria "Teoria del mondo" e provvedendo da Sé, in ultima analisi, alla "salute fisica

e mentale" del proprio organismo, dallo stato infantile a quello adulto.

Disturbi di tipo psichiatrico nell'adulto

Noi tutti sappiamo quanto siano importanti i periodi sensibili nei cuccioli di mammifero (Eibl-Eibesfeldt, 1967) e in particolare come sia cruciale l'impianto del legame sicuro col *caregiver* nel periodo sensibile dell'attaccamento. Basta poco però, ad esempio nei primi due anni di vita di un bambino, perché s'instaurino disturbi della funzione attentiva "polarizzata" (Montessori, 1970), disturbi del controllo degli impulsi (Pecori e Gomez Ramirez, 2001) e/o disturbi del legame di attaccamento (Bowlby, 1980) in grado di evolversi, nell'adulto, in "Modelli operativi interni" inadeguati fino ai "disturbi di personalità" (DSM IV-TR, 2002) o patologie ancor più invalidanti.

Interventi educativi basati sull'autoregolazione del bambino

La dottoressa Maria Montessori, neuropsichiatra e naturalista, si batté fin dall'inizio del '900 per promuovere la crescita autoregolata nei bambini. Sosteneva che aiutare

il bambino a divenire consapevole dei suoi bisogni fin dalla tenera età, dandogli la possibilità di prendere di conseguenza decisioni autonome sul suo "fare", garantiva una personalità adulta "sana" dal punto di vista della salute mentale. Garantiva la realizzazione di un uomo adulto, equilibrato e pacifico, con capacità ottimizzate e grande forza psichica. Inventò, a questo scopo, le "Case dei bambini" creando intorno ai piccoli un ambiente uterino, attrezzato di quei "set di lavoro", così universalmente amati dai bambini, che hanno la straordinaria proprietà di essere veri e propri "nutrienti intellettuali" proprio come lo sono i lavori spontanei e i giochi d'invenzione infantile (Pecori, 1988). Maria Montessori auspicava che la ricerca scientifica riuscisse a dimostrare l'esistenza dei ritmi naturali di sviluppo nei bambini ovvero la "legge di crescita"; auspicava inoltre che tale ricerca riuscisse poi a misurare, nell'adulto, i risultati raggiunti (Pecori, 1987). È per questo motivo che mi sono dedicata, fin dal 1986, alla creazione di laboratori di psicologia sperimentale che impiegano il Metodo Montessori con i bambini (Honegger Fresco, 1989), che possono essere osservati grazie ai metodi descrittivi dell'etologia. Questi Laboratori hanno raggiunto nel 2005, dopo quasi venti anni di lavoro dell'associazione GRUF, una soddisfacente standardizzazione valutata sulla stabilità dei dati comportamentali emergenti. Si tratta di laboratori di 40-60 mq che permettono, diversamente dalle scuole, di effettuare, in modo affidabile e oggettivo dal punto di vista scientifico, rilevamenti sistematici di tipo biomeccanico (Pecori et al., 1994) e bioacustico (Ricci Barbini, 2011), con campionamenti *lifetime* (longitudinali) del comportamento infantile. Mi sono dedicata anche alla formazione degli adulti e il primo intervento importante su di loro è stato di tipo formativo - professionale ricorrendo ai metodi del *Counseling* di formazione della SECo Scuola europea di counseling del GRUF. Si è trattato del Progetto europeo BELL (Bambini Etologia Laboratori Longitudinali) *Comenius* 2.1 finanziato nel 2006 dalla Commissione europea: una formazione triennale di 350 ore per la qualificazione di "ricercatori partecipanti", esperti nell'applicazione del Metodo Montessori con i bambini e in grado di creare Laboratori BELL *ex novo*; ricercatori in grado di formare anche altri ricercatori BELL (Pecori e Lorenzi, 2010). Tale Progetto ha coinvolto Italia,

Romania e Spagna, producendo venticinque diplomati in Italia, dieci diplomati in Romania e due Laboratori BELL a tutt'oggi attivi: Il Giardino di Pierino a Firenze (Pecori, 1996) ^a e la Veverita Roz (Scoiattolo Rosa) ^b a Fagaras (Romania). Il Progetto BELL, formulato per la qualificazione professionale degli operatori dei servizi infantili, è in piena disseminazione a opera della mobilità europea *Comenius* rivolta agli insegnanti, finanziata da ciascuna delle Agenzie nazionali europee. Le formazioni intensive settimanali *Training in Service Comenius* "Ecosistema bambino" e "Cucciolo dell'uomo dove sei" ^c, approvate dal LLP *Life-long Learning Programme* dell'Indire, impiegano anch'esse i metodi della SECo e hanno prodotto, in tre anni, oltre centoventi mobilità internazionali di cui centodieci verso Firenze e le altre verso altre differenti sedi europee: Fagaras in Romania, Vezia in Svizzera e Medulin in Croazia ^d. Tale attività di mobilità *training in service*, per gli operatori, ha permesso lo stabilizzarsi dei Laboratori BELL in Italia e in Romania favorendo la diffusione dell'idea di una rete internazionale formativa e scientifica in grado di promuovere gli studi sulla biologia dello sviluppo riguardanti la nostra specie; una rete adatta a creare anche servizi educativi di eccellenza ^e nell'ottica di: (i) prevenire il disagio infantile; (ii) prevenire il disagio nel futuro adulto; e (iii) sostenere gli adulti interattori riducendo lo stress in famiglia e durante il lavoro con i bambini.

Interventi psicoeducativi sperimentali sugli operatori e sulle famiglie per la riduzione dei disturbi dell'attaccamento nei bambini.

Una ricerca internazionale

A proposito di riduzione dello stress, le tecniche psicoeducative appaiono efficaci strumenti per la famiglia perché determinano un cambiamento significativo del modo di affrontare i problemi anche quando le condizioni sono oggettivamente difficili. In altre parole si modifica la relazione che la famiglia ha con il paziente "designato" e quella che lui ha con ciascun componente. Il risultato è l'abbassamento del livello di "emozione espressa" che dà la possibilità a tutti di vivere meglio (Perone et al., 2006). Questi interventi psicoeducativi, uniti all'impiego di tecniche per lo sviluppo delle risorse nel paziente, sembrano addirittura in grado di modificare il cervello, riattivando

^a Vedi su face book la pagina "Il giardino di pierino".

^b Vedi su youtube "Veverita Roz Fagaras".

^c [Http://ec.europa.eu/education/trainingdatabase/search.cfm](http://ec.europa.eu/education/trainingdatabase/search.cfm) [Ecosistema Bambino IT-2012-756-010 e Cucciolo dell'Uomo dove sei IT-2012-775-004].

^d Vedi su youtube "Montessori Medulin".

^e [Http://www.ausiliotecafirenze.org/cms/dsa-e-potenziamento/contributi-degli-esperti.html](http://www.ausiliotecafirenze.org/cms/dsa-e-potenziamento/contributi-degli-esperti.html).

aree che apparivano silenti alla neuro immagine, prima dell'intervento (Perone et al., 2011). Poiché la tecnica psicoeducativa è una procedura che può essere applicata a qualsiasi ipotesi di intervento per la riduzione dello stress, ho ritenuto opportuno progettarne un'applicazione sperimentale sui genitori, nonni e operatori coinvolti nel problema dell'emigrazione. L'intervento si pone l'obiettivo di sviluppare negli adulti, nonostante la difficile condizione, un *caregiving* adeguato per garantire lo sviluppo di un "legame di attaccamento sicuro" nei piccoli e lo sviluppo delle loro potenzialità in termini di capacità e intelligenza (Lillard e Quest, 2006) ricorrendo ai principi dell'autoregolazione e, come auspicò Maria Montessori, ottenendo la salute mentale del futuro adulto lavorando fin dall'infanzia sulla "normalizzazione della personalità" (Montessori, 1985).

L'occasione è arrivata col Progetto *Grundtvig TATI (Training for Adult Trainers for Infancy)*, finanziato nel 2012 dalle

Agenzie nazionali europee Italia – Romania e Turchia e coordinato dall'Associazione GRUF – Gruppo per la ricerca a livello universitario di Firenze, sostenuta dal Dipartimento della sicurezza sociale del Comune di Firenze. La sperimentazione psicoeducativa sta avvenendo su persone coinvolte in situazioni di emigrazione e separazione familiare nei tre paesi europei partner, rivolta dunque ai genitori, ai nonni, agli operatori dell'infanzia e ai formatori di adulti nel tentativo di ridurre lo stress familiare o lavorativo e produrre negli adulti un miglioramento come *caregiver*, anche in condizioni oggettivamente stressanti di emigrazione, separazione familiare, povertà, disoccupazione e malattia. L'intervento psicoeducativo si basa sui contenuti emersi dai *focus group* (operatori, familiari, formatori e anche adolescenti) (Krueger, 1994) realizzati in ciascun paese partner nell'anno 2013^f. Di tale sperimentazione internazionale si attendono i risultati nella primavera 2014 a Istanbul in occasione del III Seminario Internazionale TATI.

Bibliografia

- Baron-Cohen S. *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*. Cambridge: MIT Press 1995.
- Bowlby J. *Attachment and loss: loss, sadness and depression*. Vol. 3. New York: Basic 1980.
- Bowlby J. *Attachment and loss: attachment*. Vol. 1. New York: Basic 1982.
- DSM IV-TR. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Text Revision*. Masson 2002.
- Fonagy P. *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina 2001.
- Eibl-Eibesfeldt I. *Grundriss der vergleichenden verhaltensforschung Ethologie*. Munchen: Piper Co. Verlag 1967 (trad. it.: *I fondamenti dell'etologia*. Milano: Adelphi 1976, pp. 376).
- Honegger Fresco G. *Il laboratorio naturalistico di Firenze. Il Quaderno Montessori*. Vol. 22. 1989, pp. 59-67.
- Krueger RA. *Focus Group – A practical Guide for Applied Research*. Sage Publications 1994.
- Lillard A, Quest NE. *Evaluating Montessori Education*. Scientific American 2006;313:189-90.
- Montessori M. *Il Manuale di pedagogia scientifica*. Morano 1935, pp. 11-23.
- Montessori M. *L'Autoeducazione*. Milano: Garzanti 1970, pp. 61-80.
- Montessori M. *La Formazione dell'uomo*. XV ed. Milano: Garzanti 1985.
- Pecori D, Gomez Ramirez ME. *La capacità attentiva: chiave di sviluppo di sviluppo o di blocco delle risorse umane*. In: Atti del Convegno ATISB, Villa Montalvo Campi Bisenzio (Fi) 17-18 novembre 2001, pp. 50-66.
- Pecori D. *Una verifica sperimentale delle ipotesi montessoriane. Vita dell'Infanzia*. Giunti 1987, pp. 9-11.
- Pecori D. *I meccanismi naturali di sviluppo. Vita dell'Infanzia*. Giunti 1988, pp. 3-7.
- Pecori D, Favini I, Guerrini Degl'Innocenti B, et al. *Modelli di sincronizzazione e desincronizzazione della decisionalità nell'interazione madre-bambino*. In: Atti del VI Congresso Psicomotricità, Bologna 18-19 novembre 1994, pp. 23-4.
- Pecori D. *Il Giardino di Pierino: un laboratorio montessoriano nell'ambito della medicina preventiva. Vita dell'Infanzia*. Giunti 1996, pp. 16-8.
- Pecori D, Lorenzi F. *Identity Book B.E.L.L. – Bambini Etologia Laboratori Longitudinali*. Commissione Europea Bruxelles 2010.
- Perone R, Pecori D, Domenichetti S, et al. *Verifica dei trattamenti psicoeducativi con famiglie di pazienti psicotici*. Quaderni Italiani di Psichiatria 2006;XXV:102-12.
- Perone R, Bartolini L, Pecori D, et al. *Riabilitazione cognitiva di pazienti con sintomi psicotici. Risultati del Social Skills Training*. Giornale Italiano di Psicopatologia 2011;17:413-24.
- Ricci Barbini F. *Un pattern sonoro nell'interazione madre-cucciolo in Felix catus. Tesi di laurea in biologia*. Università di Firenze 2011.

^f www.tatiproject.org

Le esperienze della città di Torino

Presentazione

Scrivete F. Minguzzi in un suo bel testo degli anni '70 che c'erano almeno un centinaio di definizioni delle psicoterapie.

Ma partiamo dall'essenziale: l'etimo.

Sostituire con:

Psiche, dal greco ψυχή [psyché], connesso con ψύχω [psycho], "respirare, soffiare" che riconduce all'idea del soffio, cioè del respiro vitale: l'aria che insuffla i polmoni del neonato, ma anche il respiro che si esala prima di morire. Quindi potremmo tradurlo con élan vital.

Terapia, dal greco θεραπεία [therapeía]: cura, guarigione.

Giustamente Galimberti ha differenziato i due termini: guarire è un atto medico-chirurgico che abla, o almeno ci prova, il male; la cura è quella "materna" che aiuta il piccolo a crescere, per quello che è. Se avessi potuto "guarire" qualcuno, l'avrei fatto con me stesso! Ho imparato, male, a prendermi cura del me stesso che sono.

Questo ho provato a fare nell'ente pubblico e questo ritento nella "libera professione" coi miei "impazienti": cercare di accettarsi, per quello che si è.

Scrivete J.P. Sartre: "Dopo i quarant'anni, non importa più chi o perché ti ha fatto quella faccia. Tu ne sei responsabile".

Diceva Yourcenar: "Non si ama come si dovrebbe o si vorrebbe, ma come si può e si riesce!".

Come mai a me "privato", che applico "onorari flessibili", mandano così tante persone dall'ente pubblico?

Credo che i colleghi più sensibili, che non si accontentano di tenere sotto controllo i sintomi con un Depot al mese, mi chiedano una mano, collaborando insieme, a "prenderci cura".

Coi tagli a machete, come li chiama il Presidente Napolitano, i servizi pubblici sono epuisés.

Ecco che suggeriscono ai pazienti di rivolgersi ai privati. Spesso i CSM si reggono su stuoili di tirocinanti, bravi, volenterosi ma, nonostante le ottime supervisioni, non in grado di reggere l'impatto con ciò che ti mette dentro un giovane psicotico o un serio depresso.

Chi paga a questi "giovani" colleghi un'analisi personale, dove sono finite le équipe di una volta?

Perché questa cecità contabile delle amministrazioni che difficilmente mettono in conto il costo, economico, umano, relazionale, sociale del revolving door?

Scrivete Marie Cardinal, in una riedizione del suo bellissimo Le parole per dirlo: "Li ho visti questi 'guariti' dalla psichiatria, zombie spenti e ciondolanti ... senza più desideri".

È questo che fa paura nella psicoterapia ... il rivitalizzare il desiderio? O, più semplicemente, il fatto che sottraiamo clienti alle lobby farmaceutiche?

Eppure anche le neuroscienze, con le attuali tecniche sofisticate, confermano che l'incontro, la parola,

l'empatia sono in grado di rimodulare le connessioni intersinaptiche e l'utilizzo, da parte dei neuroni, del brodo di neuroormoni/enzimi in cui nuotano.

Forse è ri-dimostrato che il compito dei servizi è il controllo sociale. La cura ... un hobby.

Non credo casuale che si siano "importati" dagli USA, oltre la patologizzazione colonialista e la farmacologizzazione del disagio, i gruppi di auto-mutuo-aiuto.

Come diceva un mio amico psicologo, purtroppo non più tra noi: "Portare la psicologia alla gente, non la gente dallo psicologo".

Certo, sempre più controllati da una burocrazia spesso miope, i colleghi migliori si asserragliano nei propri studi, incontrando con dolore persone a cui sanno di applicare pannicelli caldi.

Certo, l'evoluzione che ho scorto nei lavori dei colleghi che hanno contribuito, significativamente, a questo piccolo sforzo è di puntare, finalmente, sul concetto di resilienza e di non amplificare una versione meramente deficitaria della sofferenza psichica.

Non posso esimermi dal ringraziare il collega prof. Elvezio Pirfo, direttore del DSM Maccacaro dell'ASL 2 di Torino, per il sostegno emotivo e fattuale a questa iniziativa.

Nanni Pepino

Medico psichiatra, psicoterapeuta transculturale, saggista

Trattamenti complessi per pazienti difficili

Luigi Gastaldo¹, Antonella Bressa², Romina Castaldo³,
Flavio Bellone⁴, Elvezio Pirfo⁵

¹ Psichiatra Psicoterapeuta, Dipartimento di salute mentale "Giulio Maccacaro" ASL TO2 – luigienzomaria.gastaldo@fastwebnet.it

² Psicologa, Dipartimento di salute mentale "Giulio Maccacaro" ASL TO2

³ Psicologa, Dipartimento di salute mentale "Giulio Maccacaro" ASL TO2

⁴ Psicologo, Dipartimento di salute mentale "Giulio Maccacaro" ASL TO2

⁵ Direttore Dipartimenti di salute mentale "Giulio Maccacaro" e "Franco Basaglia" ASL TO2

Abstract

I trattamenti per i pazienti difficili e per le nuove forme di cronicità rappresentano da sempre una rilevante criticità nelle politiche sanitarie dei Dipartimenti di salute mentale (DSM), resa ancor più evidenti dalla crisi del welfare e dalla contrazione delle spese per la salute.

Nel corso degli ultimi decenni la cultura e le pratiche dei DSM hanno tentato di fornire risposte confrontabili in termini di efficacia ed efficienza, attraverso la strutturazione di interventi e tecniche terapeutiche innovative nel contesto delle pratiche cliniche ordinarie.

Con l'evoluzione delle conoscenze sul funzionamento mentale fisio-patologico attraverso importanti contributi provenienti dall'area neuro scientifica (Siegel 2013), e con recenti e promettenti confronti anche con le culture psicologiche orientali (Baer 2012, Siegel 2009-2011), sono emersi nuovi modelli, ipotesi di lavoro e trattamenti terapeutici e psicoterapeutici che attraversano trasversalmente, modificandoli, i tradizionali orientamenti teorico-pratici, sia di tipo psicoanalitico-psicodinamico che di tipo cognitivo-comportamentale.

Per quanto le terapie in forme strutturate e codificate siano ancora poco diffuse nel servizio pubblico, da tempo fanno parte del patrimonio culturale e professionale di molti terapeuti che hanno una discreta conoscenza dei principi e delle tecniche che le governano e che più o meno consapevolmente spesso le integrano nelle proprie pratiche cliniche quotidiane che risultano in tal modo aggiornate e sensibilmente modificate.

Nei Dipartimenti di salute mentale dell'Asl TO 2 pur in un periodo sfavorevole per la riduzione delle risorse economiche, con il sostegno di una dirigenza non subalterna e difensiva nei confronti della crisi stessa, si sono sviluppate nuove iniziative che specializzano puntualizzano ed aggiornano le pratiche ed i trattamenti terapeutici. Tra queste, con il presente lavoro si vuole rappresentare quanto di innovativo emerge dall'aggiornamento e perfeziona-

mento di alcune pratiche consolidate, dai *Social Skills Training* ai Gruppi di competenza sociale, attualmente in corso di riorientamento sotto l'influsso delle cosiddette terapie di terza generazione.

Gruppi terapeutici e riabilitativi di competenza sociale

Da più di dieci anni, nel Dipartimento di salute mentale "G. Maccacaro" dell'Asl 2 di Torino, è attiva l'esperienza dei Gruppi terapeutici di "competenza sociale" (Gastaldo, et al.) focalizzati sul miglioramento delle abilità sociali, emotive, metacognitive. Tali gruppi, storicamente derivati dai *Social Skills Training* (Bellack et al., 1997), sono stati modificati nel corso del tempo e funzionalmente integrati secondo le nuove conoscenze del cognitivismo clinico, mantenendo le funzioni riabilitative di base ed

assumendo valenze sempre più orientate al versante riabilitativo nell'area della disregolazione emotiva e metacognitiva. Il razionale di questo trattamento è sostenuto in primo luogo dalle evidenze cliniche e dalla constatazione che gli interventi sulla disregolazione emotiva codificati nella terapia dei disturbi *borderline* da Marsha Linehan (Marsha Linehan, 1993) si configurano sempre di più come parte integrante dei programmi di trattamento e cura dei più importanti disturbi a partire dalla schizofrenia, e secondariamente dal fatto che migliori competenze metacognitive influenzano il funzionamento sociale e riducono il ritiro emozionale (Lysaker et al., 2004).

Nel presente articolo, vengono illustrati metodi e risultati di uno studio di *effectiveness*, realizzato "sul campo" ovvero negli stessi luoghi di lavoro ordinario, prendendo in considerazione l'attività terapeutica dei Gruppi di competenza sociale, con l'ausilio di una metodologia valutativa precedentemente proposta in fase progettuale (Gastaldo et al., 2006), atta a descrivere e supportare con strumenti e test obiettivi ciò che i dati clinici hanno ripetutamente confermato, vale a dire che nei partecipanti ai gruppi di "competenza sociale" si registrano sensibili miglioramenti che probabilmente intersecano differenti aree, dal funzionamento sociale alle capacità metacognitive, dal senso d'identità alle relazioni interpersonali.

Metodologia dell'intervento e dello studio osservativo

A un gruppo di 14 utenti del DSM, stabilizzati clinicamente, è stata proposta la partecipazione ai gruppi di "competenza sociale". Ogni gruppo di è costituito da 6-9 pazienti e 2 operatori (conduttori del gruppo) con incontri bisettimanali di 90 minuti, per una durata di 12 mesi. I gruppi sono strutturati secondo un protocollo codificato che articola il trattamento/*training* utilizzando una griglia tematica predefinita, illustrata e condivisa dai partecipanti nella fase di arruolamento. Sono caratterizzati da momenti di discussione e di *role play* in cui sono coinvolti tutti i partecipanti, secondo le documentate tecniche dei *Social Skills Training* (SST). I nostri gruppi di "competenza sociale" si differenziano dai SST classici per la flessibilità applicativa (meno rigidità a restare sull'argomento trattato), per le modificazioni dell'oggetto di lavoro (competenze emotive e metacognitive oltreché abilità sociali), per l'accento posto sulla personalizzazione delle competenze (Gastaldo et al., 2004, 2005). Su proposta degli stessi pazienti i gruppi sulla competenza sociale sono stati rinominati "*Gruppo miglioramento*", segnalando già nella definizione l'ispirazione di fondo che muove alla partecipazione attiva. I gruppi di "competenza sociale" offrono

un intervento omogeneo per ogni paziente e per ogni gruppo in quanto presentano modalità di funzionamento del tutto simili tramite l'applicazione di un protocollo codificato che è stato concordato e definito con la partecipazione attiva dagli stessi conduttori.

I pazienti che hanno scelto di partecipare ai gruppi hanno accettato l'utilizzo di una valutazione all'inizio del *training* (tempo zero = T0) con una serie di test che è stata nuovamente proposta dopo 12 mesi, al termine del *training* (tempo 1 = T1), costituita da: una scala sul funzionamento sociale (HoNOS), una classica scala sui sintomi psicopatologici (PANSS), un questionario sul senso di appartenenza e condivisione (SAC Qtest), un questionario sullo stato di salute (SF-36).

Un breve riassunto descrittivo sui risultati

Per prima cosa occorre rilevare l'elevato grado di frequenza ai gruppi (un dato sempre problematico con gli utenti gravi dei Servizi di salute mentale), che pur risultando impegnativi (2 volte la settimana) sono andati incontro alle esigenze degli utenti rinforzandone la volontà partecipativa.

La partecipazione alle sessioni è stata la seguente: nel primo gruppo, su 66 sedute totali nell'arco di 12 mesi, la media delle presenze è stata di 43, cioè del 65%, con un massimo di presenze di 66 incontri e un minimo di 18; nel secondo gruppo la media delle presenze è stata di 46, pari al 68%, con un massimo di 65 incontri e un minimo di 25.

Le prestazioni connesse al funzionamento sociale hanno mostrato sensibili miglioramenti come rilevato sia sul piano osservativo, sia con i risultati dei test effettuati: in due sottoscale dell'HoNOS l'analisi statistica rileva differenze statisticamente significative confrontando i valori all'inizio del *training* (T0) ed alla fine (T1) negli *items* "Autonomia nella vita quotidiana" ($p = 0,008$) e "Lavoro, studio e attività lavoro equivalenti" ($p = 0,017$). Più in dettaglio "L'autonomia nella vita quotidiana" comprende la cura di sé (mangiare, lavarsi, vestirsi, uso dei servizi igienici, ecc.) e le attività strumentali (come la cura della propria abitazione, fare la spesa, spostarsi e usare mezzi di trasporto, usare il denaro, piccola cucina, ecc.). All'inizio del percorso di *training* con il gruppo di competenza sociale (T0) la mediana dei punteggi che rilevano questo tipo di competenze si attesta al livello 3, segnalando difficoltà evidenti a tutti in una o più attività strumentali; nella cura di sé può essere presente qualche lieve trascuratezza anche nella cura dell'aspetto e dell'igiene. Al termine del *training* (T1) la mediana indica un valore 2, segno di

problemi non evidenti nelle attività strumentali, noti solo a chi conosce bene la persona; per la cura di sé al massimo è presente una lieve trascuratezza nei vestiti.

La scala "Lavoro, studio e attività lavoro equivalenti" prende in esame il rendimento nel lavoro, nello studio o in attività che possono essere considerate utili da familiari, vicini e in genere dal contesto sociale in cui l'utente vive. All'inizio del *training* (T0) la mediana è uguale a 4, il che indica grossi problemi di rendimento o di rapporti coi colleghi e superiori nel lavoro/studio o, se il soggetto non lavora, fa attività considerate utili solo saltuariamente. Alla fine del *training* (T1) la mediana si trova tra il valore 2 e 3: un punteggio di 2 indica qualche problema di puntualità e di rendimento o nei rapporti coi colleghi e superiori, ma non nella maggior parte dei giorni e il soggetto si rende comunque utile sul lavoro o in casa; se lavora, non corre il rischio di allontanamento o di sostituzione, se non lavora, fa attività considerate utili nella maggior parte dei giorni, ma non bene e/o con impegno. Un punteggio di 3 indica che i problemi sul lavoro, in casa o nello studio sono presenti nella maggior parte dei giorni o fa attività considerate utili con qualche problema di rendimento e non nella maggior parte dei giorni, anche se abbastanza spesso.

Entrambe le sottoscale registrano variazioni statisticamente significative in aspetti importanti del funzionamento sociale, solitamente deficitari nei pazienti con gravi psicopatologie. Il miglioramento nella cura di sé, nella capacità di essere autonomi in aspetti importanti della vita, rappresentano importanti indici di valutazione di efficacia dell'intervento, e dal punto di vista dell'individuo testimoniano l'aumento delle capacità di *coping* senza ricorrere ad aiuti esterni.

Non si registrano variazioni significative nelle scale dell'HoNOS riferibili a variabili cliniche (pensieri autolesivi, comportamenti iperattivi, abuso di sostanze, disorganizzazione del pensiero, allucinazioni e deliri, depressione, problemi organici).

Un risultato molto interessante si è ottenuto attraverso una riduzione del ritiro sociale e dell'inibizione, così come rilevato anche dalla scala di valutazione dei sintomi (PANSS) che rispetto alla condizione di base all'inizio del *training* (T0) registra variazioni significative alla fine (T1) ($p = 0,045$) sulla *scala negativa* che valuta 7 *item*: appiattimento affettivo, ritiro emozionale, rapporto insufficiente, ritiro sociale passivo/apatico, difficoltà nel pensiero astratto, mancanza di spontaneità e fluidità nel colloquio, pensiero stereotipato.

Durante tutto il periodo di durata dei gruppi di competenza sociale gli utenti non sono andati incontro a sensibili

scompensi. La *scala positiva* (PANSS) che registra l'eventuale presenza di sintomatologia attiva (deliri, allucinazioni ecc.) in questo studio non subisce variazioni significative, a testimonianza delle relative condizioni di stabilità degli utenti che hanno partecipato al *training*.

Nel complesso insieme al miglioramento del funzionamento sociale anche le condizioni psicopatologiche generali sembrano essere state positivamente influenzate dal percorso di *training*. Si osservano infatti variazioni decisamente positive e statisticamente significative alla *scala di psicopatologia generale* (PANSS) ($p = 0,028$) i cui 10 *item* sono riferibili sia a competenze emotive (ansia, depressione, sentimenti di colpa, tensione, preoccupazione), sia cognitive (povertà attentiva, disturbi della volontà, perdita di giudizio e di *insight*) o più genericamente a competenze relazionali e sociali (non cooperatività, ritiro sociale attivo).

Relativamente ai dati sul senso di appartenenza e condivisione e sull'area emotiva (scala SAC Qtest), l'insieme dei risultati, pur non riflettendo una variazione statisticamente significativa, indica una tendenza positiva e stimola ulteriori riflessioni.

Rispetto alle emozioni associate alla difficoltà di essere partecipi nelle relazioni duali e/o gruppali (scala SAC Qtest), si ha un aumento di soggetti che sperimentano emozioni dolorose (impaccio, vergogna, ansia) (da 3 a 4), una diminuzione per quanto riguarda le emozioni di distacco, indifferenza, freddezza (da 3 a 2) e addirittura un azzerramento dei soggetti che sperimentano emozioni di superiorità (superbia, orgoglio, rabbia) oltre la soglia critica.

Nel complesso quindi si evince che il funzionamento sociale appare migliorato in alcuni aspetti importanti in relazione al trattamento proposto: l'autonomia nella cura del sé e nelle attività strumentali, la partecipazione e il rendimento nelle attività (HoNOS), un minor ritiro sociale e isolamento affettivo, una maggiore capacità di modulazione emotiva e di empatia interpersonale (PANSS). Va sottolineato come questi aspetti siano centrali nelle attività riabilitative in genere, oltre che temi specifici del gruppo di "competenza sociale".

Conclusione

Questo studio di *effectiveness* è stato condotto nelle sedi operative e con i reali soggetti fruitori dei Servizi di salute mentale, selezionati secondo criteri meno restrittivi dei *trial* clinici controllati della letteratura scientifica. Nella lettura dei risultati e nella prospettiva della ricerca clinica ciò costituisce un dato di forza ma al contempo di debolezza e si presta a differenti considerazioni.

1. I casi considerati, 14 soggetti con disturbi psichiatrici gravi, risultano ancora numericamente esigui ai fini di una validazione dei risultati riscontrati, fatto che appare limitativo della validità del presente studio; tuttavia i dati appaiono indicativi, a livello preliminare, della validità della metodologia orientata alla valutazione degli esiti di trattamento.
 2. Un punto di forza è rappresentato dal fatto che questo tipo di trattamento si è dimostrato praticabile ed integrabile nei programmi terapeutici dei Servizi di salute mentale, facilmente implementabile dal punto di vista organizzativo, con un basso tasso di *drop-out* (solo 3 utenti non hanno portato a termine il programma testistico).
- Inoltre a livello sintomatologico, misurato tramite la scala PANSS, si coglie un risultato significativo caratterizzato dalla riduzione della sintomatologia negativa che appare collegata al funzionamento sociale.
- Un'altra dimensione indagata, quella sul funzionamento

sociale, è risultata significativamente modificata in due sottoscale dell'HoNOS: ciò rafforza l'ipotesi che il funzionamento sociale possa essere uno specifico target dei gruppi di competenza sociale come già dei *Social Skills Training*. Una terza dimensione relativa agli aspetti emotivi e di consapevolezza, misurati tramite il test SAC Qtest, non ha mostrato variazioni significative nel confronto dei dati pre e post trattamento, ma un'analisi più approfondita suggerisce attenzione e stimola interesse verso l'area delle competenze metacognitive ed emotive in cui si registrano movimenti evolutivi importanti, per quanto ancora sottoglia rispetto agli standard considerati.

Il trattamento terapeutico-riabilitativo attraverso i gruppi di competenza sociale sembra poter fornire importanti risultati sulla sintomatologia negativa, e sul funzionamento sociale ma necessita di ulteriori dati per confermare o disconfermare obiettivamente le evidenze cliniche significative e sottoglia che si sono palesate nei test effettuati.

Bibliografia

- Anthony W, Cohen M, Farkas M, et al. *Riabilitazione Psichiatrica*. Roma: CIC Edizioni Internazionali 2003.
- Baer RA, Maffei C. *Come funziona la mindfulness. Teoria, ricerca, strumenti*. Torino: Raffaello Cortina Editore.
- Barbato A., *Riabilitazione*. In Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze. Vol. II: L-Z. Einaudi, Torino, 2005.
- Bellack AS, Muser KT, Gingerich S, et al. *Social Skills Training for Schizophrenia*. New York: The Guilford Press 1997.
- Gastaldo L, Bressa A, Fassino S, et al. *Social Skills Training in comunità: non solo abilità sociali. La Competenza Sociale*. Ricerche in Psichiatria. Roma: CIC Edizioni Internazionali 2004;1:137-43.
- Gastaldo L, Bressa A. *Dalle Abilità Sociali alla Competenza Metarappresentativa. Formazione e pratiche cliniche a orientamento cognitivo nel Servizio Pubblico*. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 2005;17:54-67.
- Linehan M., *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2001.
- Siegel DJ, Amadei G, Gazzillo F. *Mindfulness e cervello*. Torino: Raffaello Cortina Editore 2009.
- Siegel DJ, Amadei G, Prunas A. *Mindsight. La nuova scienza della trasformazione personale*. Torino: Raffaello Cortina Editore 2011.
- Siegel DJ, Madeddu L. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Torino: Raffaello Cortina Editore 2013.

Promuovere la salute psichica nella scuola e con la scuola

Isabella Ferrio Maria¹, Maria Paola Pinna², Elvezio Pirfo³

¹ Coordinatrice Centro prevenzione disagio giovanile ASLTorino2 DSM "G. Maccacaro"
² Psicologa psicoterapeuta referente progetti Centro prevenzione disagio giovanile–Scuole –
 mpaola.pinna@fastwebnet.it
³ Direttore DSM "G. Maccacaro" e DSM "F. Basaglia" ASL Torino2

Abstract

Il "Centro prevenzione disagio giovanile del Dipartimento di salute mentale G. Maccacaro" nasce con l'obiettivo di svolgere interventi sia di prevenzione primaria, al fine di monitorare il disagio giovanile e sviluppare progetti di promozione alla salute, sia di prevenzione secondaria mediante l'individuazione precoce dei primi sintomi di disagio psichico. Il contesto naturale per prevenire questi fenomeni è sicuramente la scuola superiore. Per questi motivi la scuola è stata scelta come luogo privilegiato in cui realizzare gli interventi di questo gruppo di lavoro. La scelta del contesto scolastico si basa sull'ipotesi che tale istituzione sia uno dei principali ambienti di vita in cui si sviluppa il giovane, perché è uno dei luoghi privilegiati di incontro ove è possibile osservare e agire sul disagio giovanile.

Gli interventi che sono stati realizzati negli anni sono nati e nascono attraverso, e soprattutto, un intenso lavoro di rete con il territorio che vede coinvolti attivamente: giovani adulti, genitori, insegnanti, dirigenti scolastici, psicologi e operatori dell'ASL territoriale, docenti universitari.

La peculiarità del Centro è quella di avere un'impostazione teorico-applicativa e una condizione mentale di gruppo in formazione al fine di creare uno spazio di arricchimento e scambio formativo e un lavoro di dialogo e ricerca continuo (che è testimoniato dalle collaborazioni di circa 130 tirocinanti universitari e di specialità che hanno partecipato alle attività del Centro dal 1995 ad oggi; dalla stesura di numerose tesi di laurea e di specialità relative a: fenomeni di disagio giovanile, dinamiche di gruppo, tecniche di intervento nel contesto scolastico, progetti di prevenzione; dallo sviluppo di progetti di ricerca regionali).

La composizione estremamente dinamica dell'équipe ha favorito negli anni l'acquisizione di nuove conoscenze, e la trasformazione delle energie creative in elaborazione di nuovi progetti, uniti al desiderio di approfondimento della realtà scolastica e giovanile attraverso esperienze in vivo con i giovani adulti.

L'équipe del centro collabora con un'équipe multidisciplinare integrata composta da dirigenti scolastici, insegnanti referenti alla salute, insegnanti coinvolti nei progetti attivati nelle singole scuole.

Tutti questi attori vanno a costituire il nucleo operativo del LOD (Laboratorio operatori docenti) che analizza, elabora e valuta le azioni progettuali da promuovere nel tessuto scolastico.

Gli obiettivi teorico-metodologici si differenziano tra quelli rivolti all'utenza e quelli rivolti all'équipe di lavoro.

Gli obiettivi rivolti all'utenza possono essere così sintetizzati:

1. Realizzare interventi articolati di prevenzione primaria tesi a monitorare le varie manifestazioni di disagio giovanile e a sviluppare progetti di promozione alla salute.
2. Realizzare interventi articolati di prevenzione secondaria tesi a ridurre manifestazioni di disagio adolescenziale (comportamenti autolesivi, disturbi alimentari, bullismo, abulia, attacchi di panico, distruttività, etc.), e finalizzati a individuare precocemente i primi sintomi di disagio psichico: attraverso l'attivazione di centri di ascolto – nelle scuole e nel territorio – si offrono ai giovani adulti percorsi e processi di acco-

- glienza, ascolto, osservazione e analisi della domanda e, laddove emerga l'esigenza di un'osservazione di tipo clinico, nonché di un'eventuale presa in carico del soggetto, vengono attivati invii ai servizi di salute mentale del territorio.
3. Intervenire sul contesto scuola, in *setting* individuale e di gruppo, per favorire l'espressione dei bisogni del giovane, promuovere un sistema di azioni per favorire il percorso formativo degli adolescenti.
 4. Promuovere una cultura del gruppo-classe come strumento di prevenzione del disagio e della dispersione scolastica.
 5. Restituire la conoscenza prodotta in modo da attivare nei soggetti istituzionali coinvolti (scuole e Asl) le risorse per farsi agenti di cambiamento, promuovendo un processo circolare di ricerca azione in cui analisi della domanda, progettazione, attuazione degli interventi, verifica e ri-progettazione vedono attivamente e costantemente coinvolti tutti gli attori protagonisti del processo di promozione della salute e di prevenzione primaria e secondaria (Laboratori operatori docenti).
- Gli obiettivi dell'équipe di lavoro sono:
1. Fornire gli strumenti teorici, e creare uno spazio di

riflessione sul lavoro svolto all'interno del gruppo di operatori dell'équipe.

2. Usufruire della naturale rete con i servizi presenti nel territorio grazie al gruppo di coordinamento centralizzato.

L'équipe di lavoro, attraverso l'utilizzo del *setting* grup-pale e individuale, ha cercato di curare continuamente il proprio profilo professionale e relazionale attraverso una serie di iniziative e progetti che hanno voluto accrescere le competenze professionali del gruppo (formazione e gruppi di approfondimento e ricerca) e curare le dinamiche grup-pali e promuovere un buon clima relazionale. L'utilizzo del gruppo rappresenta un punto cardine della nostra modalità operativa: rappresenta contemporaneamente il destinatario dell'intervento e l'agente del processo di prevenzione del disagio mentale.

In una società sempre maggiormente caratterizzata dall'isolamento, dalla cultura narcisistica, dall'ottica individualistica, dalle difficoltà di integrazione tra diverse culture, la scommessa è quella di utilizzare il gruppo come strumento e obiettivo per poter promuovere cultura, solidarietà, prevenzione, cura e sostegno del disagio.

Bibliografia

Maggiolini A, Pietropolli Charmet G. *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Milano: Franco Angeli 1999.

Marcelli D, Braconier A. *Psicopatologia dell'adolescente*. Milano: Masson 1991.

Pietropolli Charmet G. *I Nuovi Adolescenti*, Raffaello Cortina Editore 2000.

Esperienze di auto-mutuo aiuto

a cura dell'associazione "Sorriso" – Associazione pazienti sofferenti di malattie psichiche

Da qualche anno si è costituita l'associazione Sorriso, la quale collabora con il DSM Maccacaro dell'ASL TO2. Riunisce circa sessanta soci tra pazienti sofferenti di patologia psichiatrica, familiari e operatori.

Le finalità dell'associazione si sviluppano in ambito prevalentemente sociale, tra le più importanti segnaliamo:

- la sensibilizzazione delle amministrazioni e dei cittadini rispetto alla malattia mentale;
- lo stabilire contatti con le istituzioni e le agenzie interessate ai problemi della salute mentale;
- promuovere e stimolare iniziative che siano volte all'abbattimento dello stigma che spesso permea la malattia.

Sin dalla sua costituzione l'associazione ha maturato l'idea di istituire gruppi che si occupassero di auto mutuo aiuto.

Pensiamo che alla base dell'associazionismo e della sua cultura, ci siano radici come la vicinanza, la partecipazione, l'attenzione all'altro, lo scambio e gli interessi comuni. Questi sono elementi che entrano in gioco in modo preponderante nell'auto mutuo aiuto (AMA).

Si comprende quindi che per la nostra associazione, sensibile alle problematiche psicologiche, l'auto mutuo aiuto sia stato un passaggio naturale, un ideale confluire di esigenze e capacità, espresse in modo forte dai soci.

Il gruppo AMA, essendo condotto direttamente da pazienti "esperti", non viene vissuto come stigmatizzante, cosa che a volte capita nei gruppi gestiti dai servizi psichiatrici. Il gruppo stimola il paziente a porsi di fronte alle proprie problematiche in modo meno passivo, spostando il rapporto medico-operatore-paziente su di un piano contrattuale e collaborativo.

Per affrontare l'auto mutuo aiuto con più consapevolezza, alcuni soci si sono preparati, frequentando un corso per

facilitatori e partecipando a momenti collettivi organizzati dal DSM di Trento.

"Attualmente manteniamo attiva una consulenza specifica che ci aiuti nell'elaborazione di emozioni e contenuti che emergono dal gruppo.

Il nostro gruppo è presente ormai da tre anni, siamo numerosi tanto da doverci dividere in due.

Spesso nel gruppo ci diciamo che la malattia non deve essere un impedimento, ma se riusciamo a condividerla possiamo ritenerla utile agli altri.

Noi siamo esperti di malattia, esperti nostro malgrado, lei ci ha resi più sensibili all'incontro con gli altri, più sensibili alla relazione e allo scambio con le persone. Queste capacità vengono messe a disposizione nel gruppo AMA, e ne sono il fondamento: per questo ogni persona del gruppo riesce a sentirsi utile e importante per gli altri.

Attraverso il gruppo ognuno di noi si accorge di essere cresciuto di aver ricevuto una possibilità, il fluire dei pensieri e delle emozioni che emergono negli incontri ci permette di cambiare il nostro punto di vista, ci rende meno ottusi meno chiusi nelle nostre idee".

Il gruppo è diventato con il passare del tempo, lo strumento che maggiormente stimola l'associazione con tutti i suoi soci.

"Le consapevolezza maturate e cresciute nel gruppo e nell'associazione cerchiamo di metterle a disposizione dei servizi nei quali siamo inseriti, per questo da un anno collaboriamo con il centro diurno dell'ASL TO2. Partecipiamo alla riunione degli operatori una volta al mese. All'interno di essa verifichiamo e programiamo le iniziative rivolte agli utenti, chiedendo agli operatori di assumere un punto di vista differente dal solito, come si fa in auto mutuo aiuto.

Per noi l'esperienza che stiamo vivendo deve proseguire,

è un punto fermo nelle nostre vite, per ognuno ha un significato diverso, ma su ognuno ha prodotto consapevo-

lezza che lo scambio tra pari aiuta nel proprio percorso di cura”.

Bibliografia

Albanesi C. *I gruppi di autoaiuto*. Roma: Carocci 2004.

Animazione sociale. *I gruppi di autoaiuto*. Torino: Edizioni Gruppo Abele 1996.

Francescato D, Putton A. *Star meglio insieme. Oltre l'individualismo: imparare a crescere e a collaborare con gli altri*. Milano: Mondadori 1995.

Silverman PR. *I gruppi di mutuo aiuto*. Trento: Ed. Erickson 1993.