

**Il *case manager* nei Dipartimenti di Salute Mentale
della Regione Lombardia**

Il percorso formativo e la pratica

Il *case manager* nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia

Il percorso formativo e la pratica

A cura di Giorgio Cerati

In collaborazione con

Cesare Moro

Francesco Caggio

Gian Marco Giobbio

Jérôme Guay

Mauro Percudani

Barbara Pinciara

Massimo Rabboni

Lia Sanicola

Antonio Vita



Regione Lombardia

McGraw-Hill Education

Milano • New York • Bogotá • Lisbon • London
Madrid • Mexico City • Montreal • New Delhi
Santiago • Seoul • Singapore • Sydney • Toronto



Copyright © 2013, McGraw-Hill Education (Italy), S.r.l.
via Ripamonti, 89 – 20141 Milano

I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica e di adattamento totale e parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

Nomi e marchi citati nel testo sono generalmente depositati o registrati dalle rispettive case produttrici.

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della Legge 22 aprile 1941, n. 633.

Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Corso di Porta Romana n. 108, 20122 Milano 20122, e-mail info@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.

Publisher: Paolo Roncoroni
Development Editor: Giuseppe Di Rienzo
Produzione: Donatella Giuliani
Realizzazione editoriale: Fotocompos, Gussago (Brescia)
Grafica di copertina: Elisabetta Del Zoppo, Milano
Stampa: Prontostampa, Verdellino Zingonia (Bergamo)

ISBN 978-88-386-6866-1
Printed in Italy

Indice

PREFAZIONE		VII
PREFAZIONE		XI
PREMESSA		XIII
AUTORI		XV
Introduzione	IL CASE MANAGEMENT COMUNITARIO	1
	<i>Jérôme Guay</i>	
Capitolo 1	IL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE E IL CASE MANAGER	13
	Dalla valutazione multidimensionale alla presa in carico del paziente	
	<i>Giorgio Cerati – Roberto Bezzi – Claudio Maffini</i>	
Capitolo 2	IL LAVORO DI RETE	43
	Concetti, modelli, metodologia e strumenti	
	<i>Lia Sanicola</i>	
Capitolo 3	I BISOGNI SPECIFICI DEL PAZIENTE	77
	Gli obiettivi del progetto di cura, l'integrazione delle funzioni e delle risorse	
	<i>Barbara Pinciara</i>	
Capitolo 4	GLI INTERVENTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI E LE TECNICHE	101
	I principali modelli di lavoro	
	<i>Antonio Vita – Gian Marco Giobbio – Massimo Rabboni – Giovanni Ciniselli</i>	
Capitolo 5	NUOVI BISOGNI, EMPOWERMENT, PROGRAMMI INNOVATIVI	127
	Pazienti multiculturali, doppia diagnosi, facilitatori sociali, famiglie e rete sociale	
	<i>Mauro Percudani – Giorgio Cerati – Mariano Bassi – Marco Goglio – Teodoro Maranesi – Elisa Buratti – Teresa De Grada – Massimo Clerici – Giuseppe Carrà</i>	
Capitolo 6	IL GRUPPO	151
	Dinamiche e relazioni organizzative	
	<i>Massimo Rabboni – Francesco Caggio</i>	

Capitolo 7	IL CASE MANAGER COMUNITARIO	169
	Dai principi alle prassi nel lavoro territoriale	
	<i>Cesare Moro</i>	
Capitolo 8	LA FASE LOCALE DEL PERCORSO FORMATIVO REGIONALE	195
	La traiettoria del corso regionale <i>case manager</i> e la fase locale: dalla formazione professionale alla pratica	
	<i>Giorgio Cerati – Cesare Moro – Annamaria Tanzi – Fabiola Bongiolatti – Vanna Poli</i>	
	RIFERIMENTI NORMATIVI	235
	LEGENDA ACRONIMI	237

Prefazione

Luca Merlino

Direttore vicario, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia

Il 17 maggio 2004 la Giunta regionale lombarda, in attuazione del Piano Socio-Sanitario 2002-04, approvò il Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale (PRSM), che tra i *principi guida* prevedeva: di identificare le principali criticità e aree di bisogno dell'assistenza psichiatrica in Lombardia; di proporre un insieme organico di modelli operativi gestionali e clinici per favorire il governo della salute mentale, attribuendo maggiore importanza ai processi di cura rispetto alla dimensione strutturale; di introdurre un metodo di lavoro per progetti, così da implementare programmi innovativi di assistenza valorizzando i soggetti realmente propositivi.

Obiettivo dell'azione programmatoria regionale degli ultimi anni è stato lo sviluppo della psichiatria di comunità, aperta alla società civile e in grado di intervenire in un contesto ricco di risorse e di offerte, in un territorio concepito come un insieme funzionale ampio, con la possibilità di integrare diversi servizi, sanitari e sociali, e di collaborare con la rete informale presente. L'erogazione di servizi per la salute mentale vede soggetti non istituzionali (associazioni dei familiari e dei pazienti, volontariato) e il privato non-profit interagire con le istituzioni tradizionalmente deputate ad attuare le strategie di intervento previste dalla programmazione nazionale e regionale (aziende sanitarie, enti locali) e ciò nella logica di contribuire, in un'ottica di libertà di scelta della cura da parte degli utenti, allo sviluppo della qualificazione dell'assistenza e all'innovazione nei progetti di trattamento.

In questa dimensione, promuovere una psichiatria "nella" comunità ha significato realmente investire in termini organizzativi e gestionali sui percorsi di cura territoriali dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) sviluppando interventi basati sulla progettualità, sull'integrazione, sulla collaborazione con le reti, sulla continuità terapeutica e assistenziale.

Pertanto la metodologia dei *percorsi clinici*, introdotti dal PRSM, per garantire agli utenti una valutazione approfondita delle loro esigenze, ha portato a un'organizzazione differenziata dell'offerta territoriale, che prevede, oltre all'assunzione in cura per il trattamento specialistico, il percorso della consulenza, che definisce la funzione strutturata di rapporto tra DSM e Medicina generale attraverso modalità organizzate di coinvolgimento del medico di medicina generale fin dalle prime fasi del contatto del paziente col servizio. Il percorso più articolato riguarda la presa in carico degli

utenti con disturbi psichici gravi e bisogni complessi, che richiedono interventi da parte non solo del singolo professionista ma di una équipe multi-professionale, la quale elabora un Piano di Trattamento Individuale (PTI), fondato sui principi di responsabilità, continuità, governo clinico del percorso, e individua al proprio interno un *case manager*.

Attraverso una complessa e costante azione programmatica, passata anche dall'implementazione dei Programmi di azioni innovative (2005) e del Riordino della residenzialità psichiatrica (2007), Regione Lombardia con le Regole di sistema del 2009, sulla scorta delle valutazioni epidemiologiche acquisite, ha aggiornato gli obiettivi del Piano per la salute mentale privilegiando decisamente l'intervento territoriale, i programmi innovativi e le iniziative formative connesse. Come esito di questa azione si possono osservare alcuni dati degli ultimi anni: il numero dei pazienti curati nei Centri Psico-Sociali (CPS) lombardi è cresciuto nel biennio 2009-2011 del 9%; anche i pazienti giovani al di sotto dei 35 anni in contatto con i CPS sono aumentati nel biennio 2009-2011 del + 10%, dato significativo a fronte del non-incremento osservato nel biennio precedente 2007-2009; sul versante degli interventi erogati, il loro numero è cresciuto dell'11% nel periodo 2009-2011 e alla crescita hanno contribuito in misura significativa i programmi innovativi regionali.

In questo contesto e nelle strategie di impulso al rinnovamento della pratica territoriale, si inserisce il progetto "Il *Case Manager* nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia", come area prioritaria della formazione regionale programmata con la DGR VIII/8501/08 e svolta in collaborazione con l'Istituto regionale lombardo di formazione per l'amministrazione pubblica (IReF) nel 2010 e continuata con Éupolis Lombardia nel 2011 e 2012.

Scopi e obiettivi dell'azione, realizzata in tutti i DSM della Regione attraverso il corso, erano di favorire la reale applicazione dei percorsi clinici territoriali previsti dal PRSM e in particolare il percorso della presa in carico, attraverso l'implementazione dello strumento del Piano di Trattamento Individuale e della figura strategica del *case manager*, la cui presenza nei CPS era interpretata in modo piuttosto disomogeneo sul territorio regionale.

Serviva perciò un percorso formativo incisivo, capace di assicurare sia un sapere che un saper fare. E nel contempo che partisse dall'esperienza in atto, coinvolgendo gli operatori già attivi e capaci, con l'obiettivo di elaborare le linee guida del case management comunitario, di uniformare i PTI e di agire sulla organizzazione dei CPS, raggiungendoli capillarmente tutti.

I contenuti proposti, che derivano dal virtuoso tentativo di costruire i fondamenti di una nuova professione, integrano approcci diversi: il lavoro di rete sociale e il case management comunitario; la terapia e la riabilitazione psicosociale; il modello dell'integrazione funzionale nelle psicosi. I contenuti e le metodologie di lavoro sono stati presentati approfonditamente nel programma del corso centrale d'aula, formando alcuni operatori per ciascun CPS. Questi hanno poi contribuito a trasferire la formazione nella fase locale, rivolta a tutti i colleghi, con il corredo di strumenti professionali atti a supportare una presa in carico "forte" della persona in stato di bisogno, sino

alla fase dell'attuazione pratica sul campo e della sua verifica "accompagnata" dai formatori.

Il libro, che riflette fedelmente questo percorso e nel contempo ne ripropone i temi, rappresenta quindi un prezioso strumento di lavoro, fondamentale sia per sostenere la pratica, nei suoi momenti di valutazione, di intervento terapeutico-riabilitativo e assistenziale, di relazione con le persone e la comunità, sia per contribuire a rinnovarla continuamente.

Peraltro, è significativo che tra gli obiettivi di interesse regionale proposti ai Direttori generali delle Aziende sanitarie lombarde per l'anno 2013 nell'area della salute mentale siano puntati – oltre che a ripensare modalità di rapporto organico con i medici di medicina generale – a definire modelli standard "da adottare nei CPS di accoglienza e valutazione, di applicazione del PTI e di individuazione della figura di *case manager*, in coerenza con le indicazioni del corso di formazione regionale concluso nel 2012" (Cfr. DGR n. X/63 del 24-04-2013).

Conviene, infine, concludere non dimenticando che l'originalità dell'impostazione dei percorsi di cura nella psichiatria di comunità, con specifico riferimento a un metodo "professionale" di presa in carico per il paziente con disturbo psichico grave, come quello delineato, offre profonde analogie con le tematiche della continuità assistenziale nelle patologie organiche croniche e sollecita ampie aperture prospettiche verso un cambiamento, oggi quanto mai attuale, dei sistemi gestionali e di governo della salute nel territorio.

Prefazione

Prof. Alberto Brugnoli
Direttore Generale di Eupolis Lombardia

Questo volume presenta i risultati di un'attività di formazione ricerca sul ruolo del case manager nella psichiatria di comunità. È parte di un più ampio percorso formativo triennale sulla salute mentale, che l'Istituto ha svolto fin dal 2009 (prima come Istituto regionale di Formazione) rivolto agli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Il percorso più ampio ha dato luogo a un'altra contemporanea pubblicazione, "La psichiatria di comunità in Lombardia. Il piano regionale per la salute mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)", cui rimandiamo. Qui ci interessa premettere al lettore alcune questioni.

La prima è la ragione. Il *case manager* era figura prevista dalle azioni programmatiche e attuative di Regione Lombardia, ma doveva ancora essere sviluppata in maniera omogenea in tutti i Centri Psico-Sociali (CPS) lombardi. Il percorso formativo, che è stato realizzato con la collaborazione di un *board* scientifico individuato nell'ambito del Comitato tecnico per l'innovazione in salute mentale della precedente Direzione Generale Sanità, è stato dedicato proprio al riconoscimento e allo sviluppo del ruolo del case manager nella psichiatria di comunità e alla sua attivazione secondo ben precise linee guida.

La seconda questione è il metodo. Il percorso è stato curato non solo sul piano del rigore scientifico e didattico, ma anche e soprattutto dal punto di vista dell'applicabilità dei risultati nei servizi coinvolti; l'attenzione, cioè, si è concentrata non solo sul "cosa" del case manager, ma anche sul suo "come" ovvero come rendere più omogenea e coordinata tale figura all'interno delle reti naturali e istituzionali diverse. In particolare, al termine del percorso formativo già complesso, è emersa la necessità di completare il fabbisogno formativo facendo "sedimentare" le linee guida elaborate e verificandone l'incidenza nella pratica, in collaborazione con gli stessi case manager, i responsabili individuati dalle aziende sanitarie e altri operatori fortemente coinvolti nel processo come équipe multidisciplinari. L'obiettivo principale della nuova iniziativa era il monitoraggio dell'andamento dei servizi erogati nei CPS e delle ricadute clinico-organizzative a seguito dell'adozione del modello del Case management e del Piano di Trattamento Individuale (PTI).

Ai 100 CPS della Lombardia è stato somministrato un questionario la cui compilazione era richiesta in équipe. Si sono ottenuti 81 ritorni che hanno prodotto una

serie di dati interessante, rielaborata in termini quantitativi e qualitativi e che ha rappresentato la base per la progettazione e realizzazione di 10 edizioni di corso *“Follow up nei CPS”* per la restituzione ai vari servizi degli esiti dei questionari e la creazione di occasioni di confronto fra operatori, condivisione di metodologie di lavoro, modelli organizzativi e percorsi integrati di cura.

La terza questione è la partecipazione. Al di là del merito dei risultati conseguiti tramite la formazione o dei contenuti di riflessione analitica che il lettore troverà nel volume, è interessante rilevare che il processo ha coinvolto 1450 partecipanti e realizzato 100 giornate formative in tutto il territorio lombardo. Questo approccio partecipato e autoriflessivo, capace di costruirsi intorno agli esiti stessi della propria azione è fondamentale per l’Istituto per esercitare il proprio ruolo di supporto alla elaborazione, monitoraggio e implementazione delle policy regionali.

Questo è anche il ringraziamento che rivolgiamo alla Direzione Generale di allora e presente e ai curatori e collaboratori di questo volume, per avere permesso questa esperienza emblematica.

Premessa

Giorgio Cerati

A Chiara, infermiera case manager a Magenta, in memoria di una indimenticabile presenza umana e professionale che rende queste pagine vive

Il Piano Regionale Salute Mentale (PRSM) ha introdotto il *case management* nella psichiatria di comunità allo scopo di favorire l'attuazione di coerenti percorsi di cura e riabilitazione, centrati sul paziente, all'interno delle reti sociali naturali e della rete dei servizi, con particolare riguardo al percorso territoriale di presa in carico del paziente con disturbi mentali gravi e con bisogni complessi che richiedono un trattamento integrato da parte di équipe multiprofessionali.

Dopo il PRSM, la prima implementazione della funzione di *case manager* e la realizzazione dei percorsi formativi del primo triennio, aveva prodotto nei servizi psichiatrici territoriali l'avvio dell'esperienza di *case management*. Circa la figura innovativa del *case manager* vi è stato negli anni un impegno costante da parte dei Distretti di Salute Mentale (DSM) a sviluppare processi applicativi e migliorativi, secondo i principi di personalizzazione delle cure e di continuità assistenziale, in coerenza con gli indirizzi del sistema, con particolare attenzione alle funzioni di integrazione degli interventi e delle équipe dedicate. Tuttavia le modalità attuative piuttosto disomogenee e poco strutturate suggerivano di programmare un'azione formativa più sistematica e capillare.

Si è pertanto avvertita la necessità di un intervento formativo orientato allo scopo sia di individuare le *linee guida* della funzione di *case manager* sia di consolidarne un'*attuazione effettiva e omogenea* in tutti i Centri Psico-Sociali (CPS).

Sulla scorta di tali sviluppi, Regione Lombardia, con la DGR VIII/8501/08, programmando il nuovo triennio di programmi innovativi territoriali, aveva incluso il *case manager* comunitario tra le aree prioritarie della formazione. Tematiche formative per il mantenimento e lo sviluppo di programmi innovativi: formazione al ruolo di *case manager* e all'acquisizione di strumenti di intervento e valutazione (PTI - PTR); accreditamento professionale e sistemi qualità; programmi di area educativo-informativa in salute mentale (per associazioni di familiari e volontari); area ricerca e valutazione di esito.

I progetti di qualità e formazione sono quindi sviluppate in una dimensione regionale, con approvazione da parte dell'allora Direzione generale Sanità di Regione Lombardia. Nel 2010 le azioni formative sono avviate in collaborazione con l'allora Istituto regionale lombardo di formazione per l'amministrazione pubblica (IReF) nel-

l'ambito delle tematiche individuate (Decreto DGS 24-11-2009 n. 12404), con costituzione di un board scientifico e di un board d'area per la definizione delle azioni formative e progetti specifici.

Pertanto, nell'ambito del programma *Il piano regionale per la salute mentale e le sue linee di attuazione – nuove politiche per la salute mentale*, si inserisce il progetto “Il *case manager* nei Dipartimenti di salute mentale della Regione Lombardia”, che prevedeva:

- una prima fase centrale, con sede a Milano, curata direttamente dall'Istituto regionale lombardo di formazione per l'amministrazione pubblica (IReF) e da Éupolis Lombardia poi, della durata di sette giorni, con la partecipazione come discenti di un operatore per ogni CPS (5 edizioni);
- una seconda fase locale, in favore di tutti gli operatori, da attuare successivamente a cura del personale formato insieme a docenti esperti e tutor.

Scopo di questo itinerario formativo era di favorire l'implementazione reale della figura e del ruolo del *case manager* nei Piani di Trattamento individuale (PTI) dei pazienti, nell'ambito dei percorsi territoriali di cura dei CPS, per tutti i servizi dei DSM regionali. Per sviluppare il profilo professionale del *case manager*, obiettivi del *percorso formativo* erano: l'approfondimento delle capacità relazionali nei percorsi clinici di diagnosi e trattamento personalizzato del paziente psichiatrico; l'attivazione di tecniche atte a supportare i processi della presa in carico e a implementare i modelli funzionali dell'integrazione; favorire la conoscenza degli strumenti applicativi disponibili a supporto dell'attività professionale nell'ambito dei PTI; evidenziare la rilevanza che il profilo dei *case manager* comunitario assume nell'équipe multiprofessionale e nell'attività di intermediazione con le famiglie e la rete sociale.

Il ciclo didattico è stato preceduto da un incontro di informazione, condivisione e verifica, cui hanno partecipato i responsabili medici e infermieristici dei CPS, con presentazione del metodo e della struttura del corso con la fase d'aula e locale e dei contenuti fondamentali proposti. Questi costituiscono i temi delle docenze della fase centrale e i primi sette capitoli del libro.

Il contributo magistrale d'apertura è stato scritto da Jérôme Guay, autore canadese, che ci ha introdotto a questo percorso e ci ha accompagnato con la sua esperienza nel corso degli anni.

Molto interessante ed efficace è stata anche la modalità sistematica di attuazione della *fase locale* con i suoi ulteriori sviluppi:

- il capillare intervento formativo dei docenti e tutor che ha coinvolto tutti gli operatori dei CPS regionali nelle 10 sedi individuate;
- l'implementazione sul campo e il suo follow up, con gli incontri di valutazione e restituzione circa l'applicazione del metodo;
- la proposta di un modello di PTI e di case management evoluti.

A CURA DI:

Giorgio Cerati

direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “Ospedale Civile di Legnano”

In collaborazione con:

Cesare Moro

coordinatore infermieristico, Unità Operativa di Psichiatria n. 17, Dipartimento di Salute Mentale Azienda Ospedaliera di Treviglio.

Francesco Caggio

pedagoga, professore a contratto, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Gian Marco Giobbio

direttore medico Centro “Sacro Cuore di Gesù”, San Colombano al Lambro e Centro “Sant’Ambrogio”, Cernusco sul Naviglio; Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli.

Jérôme Guay

psicoterapeuta, già professore titolare all’Ecole de Psychologie Université Laval, Montréal.

Mauro Percudani

direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “G. Salvini”, Garbagnate Milanese.

Barbara Pinciara

docente di Psicopatologia dei disturbi psicotici e del modello dell’integrazione funzionale, Istituto Studi e Ricerca Disturbi Psicotici (ISerDiP), Milano.

Massimo Rabboni

direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti”, Bergamo.

Lia Sanicola

già docente di Famiglie e welfare comunitario, Università degli Studi di Parma.

Antonio Vita

professore straordinario di Psichiatria, Università degli Studi di Brescia; direttore Unità Operativa di Psichiatria Gardone V.T., Azienda Ospedaliera Spedali Civili, Brescia.

HANNO INOLTRE CONTRIBUITO:

Mariano Bassi direttore Unità Operativa di Psichiatria, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “Ospedale Niguarda Ca’ Granda”, Milano.

Roberto Bezzi dirigente medico di Psichiatria, Unità Operativa di Psichiatria, Azienda Ospedaliera “Ospedale Civile di Legnano”.

Fabiola Bongiolatti educatore professionale, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna.

Elisa Buratti psicologa psicoterapeuta, Associazione Diversamente, Milano.

Giuseppe Carrà psichiatra, Dipartimento di Chirurgia e medicina interdisciplinare, Università degli Studi di Milano-Bicocca; Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “S. Gerardo”, Monza.

Giovanni Ciniselli psichiatra, Milano.

Massimo Clerici professore associato di Psichiatria, Università degli Studi di Milano-Bicocca; direttore, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “S. Gerardo”, Monza.

Teresa De Grada presidente, Associazione Diversamente, Milano.

Gloria Fumagalli assistente sociale, formatrice e responsabile dell’Housing Sociale, Cooperativa L’Arcobaleno di Lecco.

Marco Goglio direttore Unità Operativa di Psichiatria di Saronno, Azienda Ospedaliera “Ospedale di Circolo”, Busto Arsizio.

Claudio Maffini direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera di Crema.

Teodoro Maranesi direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera “Luigi Sacco”, Milano.

Vanna Poli responsabile infermieristica, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Cremona.

Annamaria Tanzi infermiere Comunità Riabilitativa Media Assistenza (CRM), Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia.

Il *case management* comunitario

Introduzione

Jérôme Guay¹

RIASSUNTO

Il modello lombardo di *case management*, anche se basato sul modello Programs for Assertive Community Treatment (PACT), è arricchito dal metodo dell'integrazione funzionale di Zapparoli e dal lavoro di rete, oltre che dalla tradizione italiana di mutuo aiuto di vicinanza. Il *case manager* ha la possibilità di intervenire negli spazi dove la gente comune svolge le attività della vita quotidiana e soddisfa i bisogni di base, come fare la spesa, le attività di tempo libero e socializzazione, ecc. Lo scopo è di rendere porose le frontiere del 'manicomio virtuale', cioè quella sorta di bolla intorno all'ex paziente che lo mantiene in una situazione di emarginazione, creando rapporti fra ex pazienti e la gente comune, sviluppando reti di sicurezza oppure gemellaggi con aiutanti naturali. La prospettiva è quella del *recovery* (o ristabilimento), cioè che la persona non sia definita dalla malattia, ma impari a vivere superando i sintomi, con una concezione pratica della malattia e con la speranza.

PREMESSA

L'impatto derivante dalla diagnosi psichiatrica crea un'identità definita dall'isolamento sociale, la marginalizzazione, l'incompetenza sociale, la passività e la mancanza di iniziativa. Questi comportamenti tipici della situazione di psichiatrizzazione erano precedentemente attribuiti solo alla malattia (sintomi negativi), ma ora si è portati a pensare che potrebbero essere mantenuti dagli interventi di riabilitazione psichiatrica.

Tradizionalmente la riabilitazione psichiatrica, cioè medica, si faceva e si fa ancora all'interno di strutture dette intermedie. Il presupposto, sul quale si fondava la creazione di queste strutture intermedie, era che il paziente non era pronto a reintegrarsi nella società e ritrovare un funzionamento normale, anche quando la sua sintomatologia fosse stata stabilizzata. Il ritorno alla vita sociale doveva farsi attraverso un processo graduale con delle tappe transitorie, nel contesto di ambienti protetti.

¹ Si ringrazia Jérôme Guay per il contributo offerto e per il testo prodotto in lingua italiana.

In via di conseguenza la riabilitazione psichiatrica si è estesa a campi di vita, come l'alloggio, il lavoro, lo svago e la socializzazione, con il rischio di medicalizzare e di chiudere in ambienti cosiddetti protetti. Le strutture che sono state sviluppate potrebbero impedire l'espressione delle competenze, proprio in quanto la condizione di accesso in questi tipi di ambienti costrittivi è l'incompetenza sociale e la mancanza di iniziativa.

A volte queste strutture non favoriscono il reinserimento sociale e, se l'inserimento è inappropriato, potrebbero impedirlo. Le persone in tali casi sarebbero stigmatizzate, rivolte verso i loro simili e definite dal loro gruppo sociale: questo accade per esempio quando c'è poco incitamento a fissarsi degli obiettivi realistici, non vi è alcuna delle norme abituali per quanto riguarda il lavoro o l'autodisciplina, né alcuna esigenza chiara che riguarda l'individuazione strutturata di tempi e azioni.

I rapporti sociali dell'ex paziente, invece di essere aperti a contatti che allargano il suo universo sociale, si riducono a contatti o con i genitori, o con altre persone che vivono la stessa situazione di non competenza o ancora con il personale delle équipe psichiatriche. Si tratta di una situazione poco propizia a favorire la riabilitazione poiché ripete la possibile emarginazione dalla società di persone che vengono mantenute nel ruolo di malati di mente.

Il *case management* comunitario prova a incoraggiare la frequentazione di ambienti non costrittivi dove si incontrano i cittadini nella comunità locale. È la scelta che ha fatto il modello di *case management* della Regione lombarda, al fine di riuscire a superare la sfida maggiore della psichiatria, cioè integrare il trattamento e la riabilitazione, la prospettiva medica e la prospettiva sociale, il sanitario e il territorio. Quando Basaglia parlava di mettere tra parentesi la malattia mentale non voleva negare la realtà della malattia mentale, voleva parlare della disabilità sulla quale intervenire, l'impatto negativo della malattia è innanzi tutto d'ordine sociale: forse si potrebbe parlare di un aspetto sociale della malattia invece che medicale.

«Il PRSM si è posto l'obiettivo di indicare i modelli e gli strumenti per sviluppare una nuova policy per la salute mentale: la risposta ai bisogni delle persone non può essere trovata solo nell'ambito sanitario, ma necessariamente deve coinvolgere anche l'ambito sociale e considerare l'aspetto esistenziale e relazionale della vita dell'uomo.»

(Cerati G., Percudani M., Petrovich L., 2005)

Il modello lombardo di *case management*, anche se in generale basato sul modello PACT, è arricchito in modo originale dal metodo dell'integrazione funzionale di Zapparoli e dal lavoro di rete, oltre che dalla tradizione italiana di mutuo aiuto di vicinanza.

IL MODELLO PACT

Ci sono quattro principi nel modello PACT:

1. la comunità, non l'ospedale, deve essere il luogo principale ove erogare le cure, poiché è nell'ambiente che gli utenti vivono e affrontano le tensioni permanenti del quotidiano;

2. i trattamenti e i provvedimenti di sostegno devono essere complessivi e comprendere tutti i campi della vita;
3. devono essere flessibili, individuali e personalizzati sulla base dei bisogni personali che sono diversi da un utente all'altro e cambiano nel tempo;
4. devono essere strutturati ed erogati in modo tale da raggiungere l'utente quando ne ha bisogno.

Ricordiamo che lo scopo del modello PACT è di assicurarsi che i bisogni di base che sono stati soddisfatti nelle strutture (nutrimento, alloggio, sicurezza) lo siano anche nella comunità, prima di pensare di affrontare altri bisogni che favoriscono la riabilitazione comunitaria (impiego, gestione economica). Non serve a niente chiudere i letti del manicomio se il paziente torna alla povertà, alla solitudine, senza tetto ecc.

Però, molte *équipes* PACT si limitano a un approccio strettamente medicale, offrono servizi di durata limitata, al massimo 1 anno, qualche volta 3-6 mesi. L'obiettivo è anzitutto di contattare, guadagnare la fiducia della persona per convincerla ad accettare la malattia, ad assumere i farmaci e poi, una volta stabilizzata, creare un collegamento con il medico. Più che di *case management* comunitario, veramente si tratta di trattamento a casa o di ospedalizzazione nella comunità. Quando l'obiettivo è l'inserimento sociale, la durata del programma è almeno di 3-4 anni con un alto livello di mobilitazione dell'*équipe*, ottenendo così un risultato medio di permanenza nel territorio per l'80% del tempo.

L'apprendimento delle abilità sociali si fa laddove gli utenti le utilizzano, cioè gli spazi dove la gente comune svolge le attività della vita quotidiana per soddisfare i bisogni di base (come fare la spesa), o attività di tempo libero e socializzazione ecc. Il *case management* comunitario si appoggia sulla nozione della comunità del quartiere o del villaggio. I *case managers* divengono operativi attraverso un accompagnamento dell'utente nel suo ambiente di vita. È là che è messa in gioco l'accoglienza, o la non-accoglienza, dei residenti della comunità e che può costruirsi un sentimento di appartenenza.

Tuttavia si tratta di molto più di un semplice cambiamento del luogo dell'intervento, giacché il professionista potrebbe facilmente portare l'istituzione con sé nella comunità, attraverso il suo atteggiamento. Anche se il paziente è presente nell'ambiente comunitario e frequenta luoghi pubblici con la gente comune, ciò non significa che è integrato, in quanto potrebbe confinarsi in una sorta di *bolla* intorno a sé quasi come un 'manicomio virtuale'.

IL MANICOMIO VIRTUALE

Il manicomio virtuale esiste attraverso lo sguardo degli altri su se stesso – paziente: lo sguardo degli altri che mantiene l'emarginazione. Lo sguardo dell'operatore professionale che lo vede come una persona che ha bisogno d'essere protetta, quindi debole, e senza competenze. Lo sguardo del cittadino che lo vede come una persona un po' strana, magari pericolosa, quindi matta.

Il manicomio virtuale è una costruzione sociale potenzialmente creata da:

- il **case manager**, che ha delle attitudini protettive e mantiene la persona in un proprio mondo senza esigenza di partecipazione attiva nella società;
- il **paziente**, che ha un'immagine di se stesso definita dall'incompetenza sociale, mancanza di spirito d'iniziativa ed emarginazione;
- il **cittadino**, che mantiene la distanza per un senso di malessere a causa delle sue paure e qualche volta i suoi pregiudizi.

Il *case manager* deve intervenire a questi tre livelli: su se stesso, avendo fiducia nelle capacità del paziente; sul paziente, spingendolo a creare il suo spazio nella società; sul cittadino, stimolando relazioni fra paziente e la gente comune.

È l'assenza di rapporti che nutre i pregiudizi, bisogna avvicinare i cittadini alle persone affette da malattia mentale, anche per stabilire contatti e sviluppare una collaborazione con le reti di aiuto reciproco di vicinato. Dunque, la prima tappa nel lavoro del *case manager* comunitario è di creare un rapporto fra il paziente e la gente comune, cosicché la bolla del manicomio virtuale divenga una frontiera porosa.

Per poter creare questo rapporto, il *case manager* deve farsi conoscere nella comunità locale: a questo scopo, il *case manager* deve rendersi visibile e accessibile nel quartiere o nel villaggio.

LA VISIBILITÀ E L'ACCESSIBILITÀ COME MODI DI INTERVENTO

La modalità di lavoro necessaria a stabilire contatti e sviluppare una collaborazione con le reti di aiuto reciproco di vicinato si riassume in due parole: visibilità e accessibilità.

I *case managers* si sono resi visibili e accessibili percorrendo quotidianamente il quartiere, cercando all'inizio di stabilire dei collegamenti con i residenti che, per il loro lavoro, sono regolarmente in contatto con numerose persone. Le abbiamo chiamate 'persone-cardine'. Si tratta di camerieri, di proprietari di piccole drogherie, di portinai, di gestori di lavanderie automatiche ecc. Frequentano anche i luoghi dove è possibile incontrare le persone con disturbi mentali come i parchi pubblici, i dormitori, le mense popolari ecc.

I *case managers* si presentano come persone che lavorano nel campo della salute mentale e parlano degli obiettivi del progetto. In virtù della loro grande visibilità e della loro accessibilità diventano una presenza familiare e rappresentano delle persone di riferimento sulle quali il cittadino residente nella comunità può contare.

SOSTENERE IL CITTADINO

L'aiuto naturale e informale non deve essere concepito come un nuovo tipo speciale di servizio, da aggiungere ai servizi dell'équipe di psichiatria. L'aiuto naturale ha la

sua propria logica: è centrata sul legame, non sulla soddisfazione dei bisogni. Si può dire che fa parte dell'ecologia sociale, di fronte alla quale il *case manager* ha un atteggiamento di rispetto: non prova a cambiarla, ma prova a inserirsi nella dinamica delle relazioni.

Il rapporto umano è uno scambio, le persone nella rete informale di aiuto non possono essere reclutate come impiegate volontarie, hanno già il loro lavoro. Non è loro compito prendersi cura della malattia mentale; inoltre, già pagano, con le loro tasse, gli operatori. Costruendo un rapporto di interlocuzione con la gente comune, il *case manager* stabilisce uno scambio, una condivisione senza fini utilitaristici: egli non può chiedere a cittadini o associazioni di collaborare se prima non dà qualche cosa. Occorre rovesciare la prospettiva abituale, vale a dire: diamo qualche cosa, prima di domandare qualcosa in cambio! Insomma iscriviamo noi stessi nella dinamica della solidarietà umana.

I sistemi informali di aiuto reciproco presenti in un quartiere sono in genere autosufficienti e i cittadini non hanno bisogno di aiuto, se non nel momento in cui le situazioni superano la loro soglia di tolleranza. Spesso, come conseguenza della loro maggiore visibilità, le prime richieste di aiuto riguardano gli interventi in situazioni di crisi o di urgenza per individui che si comportavano in modo minaccioso e che provocavano inquietudine nei cittadini. L'intervento veloce del *case manager* procura sicurezza ai cittadini e fa crescere la fiducia, perché possono confidare che il *case manager* sarà presente per dare loro sostegno quando ne avranno bisogno.

Anche il *case manager*, presente nel quartiere o nel villaggio, può utilizzare l'intervento di crisi come 'pretesto'. Un pretesto per conoscere e integrarsi in un ambiente e arrivare così all'obiettivo di rendere dinamiche le capacità di mutuo aiuto presenti, mettendo in rapporto le persone, facendo in modo che solidarizzino di fronte a una situazione problematica, giocando per esempio un ruolo di conciliatore fra cittadini e i malati mentali.

Il cittadino è l'attore dimenticato del processo d'inserimento sociale, ha bisogno del nostro sostegno e ne ha diritto. In questo senso, il *case manager* ha due clienti: il paziente e il cittadino.

Lavorando in collaborazione con la gente comune delle comunità locali, diviene necessario dare uno spazio importante al sapere popolare. Questo è basato sul buon senso ed è influenzato dalle credenze legate alla sotto-cultura. Anche se viene considerato inferiore al sapere professionale, esso è in sintonia con i pensieri della gente che vive nello stesso ambiente e quindi ne dobbiamo tenere conto per l'inserimento sociale.

Il sapere professionale del *case manager*, basato sul bagaglio di cognizioni scientifiche, offre una prospettiva teorica e orientamenti per la valutazione e l'intervento. È importante che divenga complementare al sapere popolare che si nutre del sentire della gente e che dobbiamo saper utilizzare per il reinserimento sociale delle persone. Ogni cultura ha le sue concezioni della malattia mentale; un esempio è quella secondo cui la guarigione si fa attraverso il lavoro perché fa sì che la persona sia occupata in altri pensieri.

SOSTENERE IL PAZIENTE

La società ha delle attese di rendimento nei ruoli sociali similari per tutti i suoi cittadini, anche se questi debbano far fronte a un fardello supplementare come la malattia mentale: un fardello legato ai sintomi, o legato ad atteggiamenti negativi, come la discriminazione, che fanno diventare difficile la riuscita nella vita personale e sociale.

Il *case manager* sostiene il paziente nei suoi sforzi per adottare dei comportamenti che lo rendono capace di vivere nella società: per esempio evitare quei comportamenti che disturbano la gente. Lo spazio da guadagnare è dentro la società, rispettando le sue regole sociali di base, come rispettare le code, non gridare..., o anche imparare a non parlare della propria vita di fantasia prima d'aver sviluppato un rapporto di fiducia con la persona con cui ci si confida.

I *case managers* sono sensibili agli interessi dei pazienti, valorizzano la loro indipendenza, permettono a loro di prendersi dei rischi, perché ogni paziente ha gli stessi diritti, gli stessi motivi di piacere, passione e felicità della gente comune. Insomma, il *case manager* li aiuta a provare, a testare in vivo le loro capacità e limiti. Crea le opportunità di cui la persona ha bisogno e può intervenire anche a sostenere persone dell'ambiente per ristrutturare in modo positivo gli eventuali insuccessi con il loro aiuto.

Il *case manager* crede nelle capacità d'autonomia del paziente, lo lascia vivere difficoltà, esplorare, sperimentare, fare errori. Interviene solo quando la persona è in grande crisi di adattamento. È importante che il *case manager* sia capace di tollerare la sua ansia, analoga all'ansia del genitore di un adolescente, che deve lasciarlo imparare con i suoi errori, anche quando è ferito.

Il sentimento di inclusione sociale e di appartenenza deriva dall'interazione quotidiana con gli altri e dai messaggi mandati da parte loro. Per ricevere questi messaggi è essenziale essere integrato in una serie di contesti sociali. Il nostro sentimento di inclusione e di appartenenza è legato ad alcune identificazioni sociali, come l'ambiente di lavoro, la nostra famiglia o la chiesa.

Essere inserito in una comunità locale significa essere riconosciuto, essere salutato, farsi chiedere «Come stai oggi? E il tuo mal di schiena?» dalla cameriera che sa che piace il cioccolato nel cappuccino ecc.

Uno spazio importante deve essere riconosciuto anche al sapere che sorge dal vissuto delle persone e dei loro prossimi che hanno sofferto di problemi simili. Il valore di questo sapere fenomenologico viene dal fatto che le persone che lo hanno vissuto conoscono dall'interno la realtà. Inoltre vi è il bisogno di convalidare la definizione personale ed esperienziale come pertinenti, al di fuori del sistema psichiatrico.

METTERE IN RELAZIONE

L'integrazione si definisce a partire dalla relazione fra la persona e la gente comune. Il ruolo del professionista è di natura sistemica poiché i cambiamenti sono collegati

TABELLA I	
Paziente	Persona
Identità di malato mentale	Persona originale
Sintomi	Rifiuto d'essere definito dai sintomi
Incompetenze	
Incapacità di decidere	Può fare scelte
Riceve passivamente l'aiuto	Può aiutare un altro
Isolamento sociale	Ritessere legami
Case manager	
Proteggere, prendere cura	Lasciare prendere rischi e fare errori
Alleviare sofferenza	Crede nelle capacità d'autonomia
Cittadino	
Stigmatizzazione	Apertura
Paura	Accoglienza

e concomitanti. Il *case manager* prova a cambiare lo sguardo della gente, per esempio presentando il paziente come una persona originale, con un temperamento d'artista, molto sensibile, con una vita di fantasia molto ricca. A sua volta, il paziente così cambia lo sguardo su se stesso, la stima di sé cresce.

Il *case manager* in tal modo ha creato un'apertura nella *bolla*, incoraggiando un atteggiamento di apertura da parte del cittadino che accoglie la persona-paziente, apprezzando e valorizzando le sue differenze. La Tabella 1 riassume quanto detto finora.

ATTIVARE I SISTEMI INFORMALI DI MUTUO AIUTO

Il *case manager* prova a ritessere i legami del cliente con le persone dell'ambiente circostante.

Costruire una rete di sicurezza

Le persone cardine conoscono abbastanza bene i pazienti per essere in grado di riconoscere i segni premonitori delle difficoltà che presentano. Conoscono anche il *case manager* e sanno che si può contare sul suo sostegno e aiuto. Quando una persona in difficoltà manifesta comportamenti disturbanti, un abitante del quartiere, in quanto persona-cardine (il meccanico dell'angolo, l'incaricata della lavanderia, il portiere dello stabile), si mette in contatto con il *case manager*.

Ciò rende possibile dei tipi di intervento detti proattivi, cioè interventi che subentrano prima che la situazione si deteriori del tutto e che le persone dell'*entourage*

dello psichiatrizzato vengano del tutto sopraffatte. Gli interventi sono allora più efficaci e meno pesanti poiché la situazione è meno deteriorata, quindi più facile da gestire, e i cittadini sono interessati a dare una mano. Gli interventi proattivi sono possibili poiché le persone, in particolare quelle cardine, riescono a rendersi conto che una persona comincia a vivere delle difficoltà e in tal modo possono avvertire l'operatore, che interviene al momento delle prime manifestazioni sintomatiche.

Quindi il *case manager* è in grado di sostenere una rete di sicurezza intorno al paziente: le persone cardine sono le orecchie e gli occhi della comunità. Il *case manager* mantiene dei contatti regolari con le persone di questa rete di sicurezza: mentre prende informazioni, nel contempo rappresenta una figura rassicurante che dà sostegno.

La collaborazione con gli aiutanti naturali

È possibile identificare, fra le persone cardine, degli aiutanti naturali, cioè persone che, nella loro attività quotidiana, si coinvolgono personalmente per aiutare altri con problemi di salute mentale e che sembrano avere delle attitudini naturali per farlo. Alcuni aiutanti naturali sono stati identificati anche per via indiretta, per mezzo di persone con problemi di salute mentale, chiedendo loro se c'era qualcuno nel loro ambiente che le ascoltava quando 'andava male'. Lo sviluppo della collaborazione fra i *case manager* e questi aiutanti naturali li porta a divenire collaboratori attivi.

Gli aiutanti naturali non sono facilmente visibili e occorre aver acquisito una buona conoscenza delle comunità locali per poterli contattare. L'esperienza ha mostrato che queste persone possono avere un'influenza normalizzante su coloro che hanno un comportamento disadattato. Il loro contributo può situarsi a livello di ruolo di rieducazione che suggerisce regole di comportamento e, se questi atteggiamenti vengono incoraggiati, possono essere motivati a indurre cambiamenti di comportamento nella persona. Quando una persona viene dimessa dall'ospedale lascia un mondo in cui tutto è sottoposto a regole, per trovarsi da solo in un altro mondo in cui vi è totale assenza di regole. Da un universo in cui era costretta a conformarsi a norme e ruoli, la persona viene lasciata sola, senza che nessuno la guidi e la orienti. Diviene necessario quindi preparare un ambito tale per cui il cittadino sia aiutato a partecipare al processo di normalizzazione.

Così, i gemellaggi con delle persone che chiamiamo aiutanti naturali si rivela particolarmente pertinente quando si tratta di bisogni di amicizia e socializzazione. Non soltanto essi aggiungono delle risorse di aiuto preziose considerata la pesantezza dei problemi, ma soprattutto si rivolgono ai bisogni di base che oltrepassano il campo della competenza del professionista. La conoscenza esperienziale che essi hanno, poiché condividono le stesse condizioni di vita o la stessa problematica, è spesso molto più indicata per le tipologie di problemi che non richiedono una competenza basata su un sapere scientifico. D'altronde, alcuni bisogni quotidiani e costanti esigono un tipo di aiuto che si caratterizza per una grande disponibilità e per la prossimità fisica.

Questa collaborazione con i sistemi informali d'aiuto di vicinanza, cambia la prospettiva del lavoro professionale: la nozione di *recovery* (recupero o ristabilimento) si sostituisce alla nozione di malattia.

LA NOZIONE DI RECOVERY SI SOSTITUISCE ALLA NOZIONE DI GUARIGIONE

Il concetto di *recovery* è nato dai movimenti di difesa dei diritti per le persone escluse ed emarginate. Le persone hanno cominciato a parlare della loro esperienza e si è creata una letteratura abbondante, di cui i professionisti si sono interessati comprendendo il senso del *recovery*. Il punto di vista dei professionisti è stato messo alla prova da molti anni ed è cambiato gradualmente grazie all'iniziativa degli utenti. Gli utenti-consumatori hanno parlato e scritto sulla loro esperienza di lotta contro la malattia. All'inizio questo loro prendere parola ha creato una situazione di confronto verso il mondo della psichiatria. Adesso la presa di parola ha portato cambiamenti profondi della pratica professionale.

Il movimento di *recovery* non è anti-psichiatrico. Al contrario riconosce l'importanza dei servizi e della medicina. *Recovery* è interpretato anche come una domanda di cambiamento rivolta ai servizi, nel senso che i servizi sappiano essere positivi, rispettosi e favoriscano l'*empowerment*. Dare potere agli utenti non significa per il professionista perdere il suo potere. Al contrario, essendo questa modalità più efficace ad aiutare l'utente nel suo processo di *recovery*, i professionisti acquistano maggior fiducia nelle proprie capacità.

Il *recovery* è un processo di elaborazione del lutto, cioè di accettazione della malattia, con lo choc, la negazione, la collera, la depressione a essa correlati. La persona paragona il sé passato (prima della malattia) al sé presente e può avere delle reazioni di collera e di depressione legate alle perdite di ordine funzionale. Il *case manager* procura sostegno nel processo di accettazione graduale della malattia, affinché la persona sia in grado di circoscrivere lo spazio occupato dalla malattia e di definirsi al di fuori della malattia. Il sé non è definito dalla malattia, la persona non è impotente di fronte ad essa.

Il *case manager* favorisce una concezione pratica della malattia, che è basata su una spiegazione dell'esperienza di questa e delle ripercussioni sulla stima di sé, sulla situazione sociale e le attese. Questa concezione aiuta a sviluppare una strategia per stare in salute e un piano d'azione in caso di malattia. Non è solo una educazione sulla sua natura, ma anche sui segni, i sintomi e i trattamenti, e una conoscenza delle ripercussioni.

La persona affetta da malattia mentale sviluppa così un'opinione di sé indipendente dalla malattia e il sentimento di avere un valore e la capacità di crescere nella vita: si impara insomma a distinguere la malattia dalla persona. Significa riuscire a non immedesimarsi nella malattia fino al punto che sia questa a definire la vita. Ciò non vuol dire sottostimare le ripercussioni della malattia, ma significa combattere per la guarigione. Uscire da una percezione di sé danneggiata, di persona rotta.

Il *case manager* aiuta la persona a scoprire che le sfaccettature intatte, non danneggiate dalla malattia, potrebbero essere sfaccettature sconosciute e non sfruttate. L'elaborazione del lutto e la scoperta del nuovo sé si intrecciano nella scoperta di forze nuove e nella riattivazione di forze dimenticate, insieme alla valutazione positiva delle debolezze.

Di fatto il *recovery* non è solo il recupero dalla malattia, e neanche dai sintomi o dall'impotenza, ma piuttosto il recupero dell'identità di paziente: le persone si ristabiliscono non solo dai sintomi della loro malattia, ma anche dai pregiudizi e dalla discriminazione.

Il *recovery* è il perseguimento degli obiettivi orientati al miglioramento del benessere e della qualità della vita. La persona utilizza le sue forze per superare i sintomi e le limitazioni causate dalla malattia mentale e dalle sue conseguenze sociali. Nella ripresa delle attività quotidiane, il *case manager* l'aiuta a fare l'inventario delle forze e delle debolezze, al fine di mettere in azione le risorse personali.

L'obiettivo del *recovery* non è recuperare la salute in termini di remissione completa dei sintomi e di ritorno al funzionamento pre-morboso. Il *recovery* è definito come la capacità di superare i sintomi, i limiti funzionali e gli handicap sociali. Il *recovery* è un processo, non è destinazione. Il sistema deve curare la malattia, ma anche lavorare per sostenere le forze personali.

È un atteggiamento di fronte alle sfide della vita quotidiana e come farvi fronte. La persona è consapevole che ha delle limitazioni, ma queste non causano disperazione perché essa, sapendo che cosa non può fare, sa anche che cosa può fare.

Questo atteggiamento crea la speranza, cioè l'anticipazione di un futuro buono, che dà senso alla vita. Il miglior modo di creare la speranza, per il *case manager*, è di far vivere delle esperienze positive nella realtà, affinché nasca la credenza che i cambiamenti positivi siano possibili e che la vita possa modificarsi.

La speranza è nel cuore di questo processo di *recovery*, come pure il sentimento di controllo e di libertà. La speranza è procurata dalle risorse spirituali o dalle persone considerate come modelli. Significa avere fiducia nei propri pensieri, avere piacere dell'ambiente, aumentare la stima di sé. Significa anche sentirsi vivace e vivo, fuggire dell'apatia del disinteresse, andare verso la liberazione emotiva del malato mentale.

BIBLIOGRAFIA

- Allott P., Loganathan L., Fulford B. (2002) Discovering hope for recovery, *Canadian journal of community mental health*, vol. 21, n. 2, p. 9-34.
- Anthony W.A. (2002) Pour un système de santé axé sur le rétablissement, *Santé Mentale au Québec*, vol 27, n. 1, p. 102-113.
- Becker D.R., Drake R.E. (2004) Intégration communautaire et soutien à l'emploi, Sixième chapitre dans Lecomte T. et Leclerc C., *Manuel de Réadaptation Psychiatrique*, P.U.Q.
- Carling P.J. (2002) Un système à rétablir, *Santé Mentale au Québec*, vol 27, n. 1, p.114-127.
- Cerati G., Percudani M., Petrovich L. (2005) A new perspective for mental health. The Lombardy Regional Mental Health Plan, *Journal of the Medicine and the Person*, vol. 3, n. 2, Milano.
- Corin E. (1990) Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14: 153-188.
- Corin E., Lauzon G. (1992) Positive withdrawal and the quest for meaning: the reconstruction of experience among schizophrenics, *Psychiatry*, vol. 55, n. 3: 266-278.

- Corin E., Lauzon G. (1994) From symptoms to phenomena. The articulation of experience in schizophrenia, *Journal of Phenomenological Psychiatry*, vol. 25, n. 1.
- Corin E. (2002) Se rétablir après une crise psychotique: ouvrir une voie? Retrouver sa voix?, *Santé Mentale au Québec*, vol. 27, n. 1, p. 65-82.
- Fisher D.B. Ahern, L. (2002) PACE: une approche qui va plus loin dans l'empowerment, *Santé Mentale au Québec*, vol. 27, n. 1, p. 128-139.
- Guay J. (1994 b) Involving Citizens in the Rehabilitation Process, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 18, n. 1.
- Guay J. (1995) L'aiutoaiuto, un rimedio all'affanno dei servizi pubblici, *Animazione Sociale*, vol. n. 25, p. 15-26.
- Guay J. (1996) Dal lavoro sul caso al lavoro sull'ambiente di vita, *Animazione Sociale*, vol. n. 26, p. 73-86.
- Guay J. (2000) *Il case management comunitario*, Liguori, Napoli.
- Guay J. (2000) Les acteurs oubliés, *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 20, n. 2, p. 123-126.
- Pedlar A. Haworth L., Hutchison P. et al. (1999) *A textured life: empowerment and adults with developmental disabilities*, Wilfrid Laurier University Press.
- Provencher H.L. (2002) L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques, *Santé Mentale au Québec*, vol. 27, n. 1, p. 35-64.
- Rapp C.A. (2004) Le suivi communautaire: approche axée sur les forces, in Rosanne Emard et Tim Aubry eds. *Le suivi communautaire en santé mentale*, Presses Universitaires de l'Université d'Ottawa, Ottawa.
- Riessman F. (1990) Restructuring help: A human services paradigm for the 1990's, *American Journal of Community Psychology*, 18: 2.
- Sanicola L. (1995) *L'intervento di rete*, Liguori, Napoli.
- Sundar P., Ochocka J. (2004) *Bridging the gap between dreams and reality related to employment*, CJCMH, vol. 23, n. 1.
- Trainor J. (1997) Beyond the services paradigm; the impact and implication of consumers/survivor initiatives, *Psychosocial Rehabilitation Journal*.
- Trainor J., Church K. (1984) Structure de soutien pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves », *Association Canadienne pour la Santé mentale*, Toronto.
- Trainor J. et Guay J. (1999) Introduction: Innovations positives en santé mentale, *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 18, n. 2, p. 7-9.

Il Piano di Trattamento Individuale e il *case manager*

Dalla valutazione multidimensionale alla presa in carico del paziente

Capitolo

1

Giorgio Cerati – Roberto Bezzi – Claudio Maffini

IL CASE MANAGER COMUNITARIO: PERCORSI DI CURA, VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE¹

Riassunto

La differenziazione dei percorsi di cura territoriali voluta dal Piano Regionale Salute Mentale è parte dell'obiettivo di sviluppare una psichiatria di comunità. La versione applicata in Lombardia della funzione di *case manager* vede tale figura inserita appieno nella mini-équipe che attua il Piano di Trattamento Individuale (PTI), di cui è referente, cioè garante dello svolgersi del percorso di presa in carico del paziente, responsabile di processo e non operatore unico totipotente. Pertanto dovrà sia intervenire nella fase della valutazione funzionale e conoscere le reti personali, sia occuparsi nelle varie fasi dell'intervento della sua continuità e coerenza con gli obiettivi del programma di cura e riabilitazione del paziente, di cui sarà alleato nella vita quotidiana. Attraverso questa relazione personale, il *case manager* diviene 'intermediario' tra il paziente con i suoi bisogni specifici e la realtà con le reti primarie e secondarie presenti. Una funzione, più che una figura, cruciale nei processi di integrazione quotidiani che consentono il governo clinico dei casi gravi e con bisogni complessi.

Gli indirizzi emergenti in psichiatria

L'assistenza psichiatrica degli ultimi tre decenni a livello internazionale, quanto meno negli ordinamenti delle democrazie occidentali, ha individuato alcuni elementi comuni che si sono progressivamente coagulati sino a conferirle un'identità riconoscibile: il termine 'psichiatria di comunità' è quello che forse meglio la descrive e la caratterizza come costituita, più che da elementi convenzionali, da una serie di fattori chiave di ordine sia organizzativo sia culturale e scientifico.

¹ A cura di Giorgio Cerati e Claudio Maffini.

Anzitutto si è verificato un riconoscimento pressoché unanime della multifattorialità dei disturbi psichici attorno a un modello che viene sinteticamente, anche se un po' riduttivamente, definito come bio-psico-sociale.

Di pari passo le impostazioni epistemologiche e dottrinarie tradizionali – nella classica tripartizione dei modelli medico-biologico, psicologico-ermeneutico, sociale – sono divenute meno esclusive ed escludenti, aprendosi al dialogo (pensiamo al rapporto tra neuroscienze e intersoggettività) e soprattutto restituendo alla clinica nuova importanza (non si può dire centralità della clinica essendo apertissima la discussione circa l'eccessivo prevalere dei sistemi diagnostici sulla psicopatologia).

Altro elemento è dato dalla tendenza attuale a sistematizzare la rilevazione dei dati epidemiologici, delle misure di attività ed efficacia, del risultato degli interventi e, nel contempo, a favorire un più rigoroso studio non solo della farmacoterapia, ma anche delle *tecniche* sia psicoterapeutiche sia riabilitative.

Inoltre l'attenzione oggi si rivolge maggiormente al funzionamento globale del paziente e ai suoi *bisogni specifici*, non soltanto alla sintomatologia o alla gravità clinica, così come emerge la priorità da attribuire alla relazione terapeutica personale, con la responsabilizzazione del paziente, considerato come alleato-protagonista e capace di contrattualità, non oggetto passivo delle cure. Un'analoga *partnership* viene più largamente sperimentata fra terapeuta o équipe curante e famiglia, tramite modalità appropriate di coinvolgimento nel programma di cura o momenti appositi di informazione-formazione in gruppo.

Nasce da questi presupposti la sempre più ampia applicazione di metodiche integrate di intervento specie nel trattamento dei disturbi psichici gravi e ad andamento prolungato, attuate di norma dal lavoro di *équipes* psico-sociali multi professionali, che operano secondo metodologie di fondo orientate a differenziare i bisogni e a integrare le risposte.

Si affianca, e in parte ne consegue, la linea organizzativa e politico-culturale oggi più accreditata, che si fonda sulla ricerca di forme di assistenza e cura non istituzionali, riconducibili ai modelli della psichiatria di comunità o territoriale e che trova attuazione con modalità definite di presa in carico dell'utente e nello sviluppo della funzione del *case manager*.

In tale ambito si va affermando, come metodo di lavoro, anche l'elaborazione e l'implementazione di una progettualità, che si specifica, per esempio, su bisogni emergenti quali l'individuazione e l'intervento precoce nei disturbi gravi al passaggio dall'adolescenza all'età giovanile.

Grande rilievo ha assunto la *rete sociale*, oggetto di crescente attenzione pure nel campo della salute mentale, sia in quanto capace di valorizzare il ruolo delle reti naturali (famiglie, aiutanti naturali) e delle risposte della società (le associazioni, il terzo settore), sia perché questo permette un'offerta di supporti al paziente e alla sua famiglia nel contesto ambientale e non-istituzionale. Di qui la possibilità di interloquire in termini paritari con i servizi nati da libere imprese, cioè non profit e cooperative/impresa sociale, capisaldi di una sussidiarietà operativa collaborante ed efficace.

Infine occorre sottolineare l'importanza dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria, cioè il rapporto con gli altri servizi sanitari e sociali (Comuni, ASL), in ambito

ospedaliero e non Neuropsichiatria Infantile [NPI], Servizio Tossicodipendenze [Ser.T], Medici di Medicina Generale [MMG], nel lavoro di consultazione, nell'approccio a situazioni particolari e gravose di comorbidità (disabilità, psicogeriatra).

Psichiatria di comunità, sussidiarietà, integrazione rappresentano parole che hanno oggi acquisito un rilievo particolare nel lavoro di *case management* per la salute mentale.

La definizione di psichiatria di comunità (termine più 'storico' e meno 'geografico' di territorio) comprende vari aspetti, alcuni dei quali, pur consolidati nella pratica, non devono apparire ovvi, come l'avvenuto passaggio dalla custodia alla cura del malato di mente e il superamento della funzione dell'Ospedale Psichiatrico, da cui la cura e il trattamento del malato attuati nella comunità per evitare l'esclusione e l'istituzionalizzazione, e quindi: lo sviluppo in un ambito territoriale definito di una rete di servizi di cura, riabilitazione, assistenza, disponibile a tutta la popolazione, dove l'integrazione e la continuità dei trattamenti sia garantita con programmi di intervento centrati sul paziente, di prevenzione sui fattori di rischio e di sensibilizzazione attivando le risorse terapeutiche della comunità in collaborazione con la rete sociale e familiare.

La moderna esperienza della *sussidiarietà*, come elemento normativo e di sviluppo della vita sociale e civile, è supportata storicamente da una lunga tradizione. La storia inoltre insegna, cosa meno nota, che fu l'esigenza di una funzione integrativa e regolativa degli interventi sussidiari delle organizzazioni umanitarie, quale si venne a profilare nell'ambito dei soccorsi ai feriti della guerra d'indipendenza americana, che fece introdurre il concetto e il termine di *case manager*.

L'*integrazione* è un aspetto cruciale e profondamente connesso con la stessa natura della psichiatria e con la multiformità degli apporti nel lavoro per la salute mentale, basati su approcci biologici, psicologici e sociali, tanto che i modelli clinici accreditati che formano la professionalità di operatori ed équipes vivono di integrazione, non di indirizzi dottrinari unici: essa fonda la realtà operativa post-180, i programmi individuali di trattamento, la continuità e la personalizzazione degli interventi nei percorsi di cura (cfr. PTI, e anche i Progetti terapeutico-riabilitativi - PTR), il lavoro di rete e il *case management* comunitario, i programmi innovativi quale banco di prova dell'integrazione sui bisogni emergenti.

Percorsi di cura, nuove risorse e principi del Piano Regionale Salute Mentale

Il territorio, individuato dalla legge 180/1978 come luogo 'normale' dell'intervento sulla sofferenza psichica, seppur alla lunga disinvestito del fascino dello stato nascente di allora, ora rappresenta un termine che viene riscoperto al di fuori dei confini dei servizi e vivificato a partire dalle realtà di base esistenti, per esempio del privato sociale, capaci di proporre iniziative autoorganizzate (libere imprese) o in collaborazione con le Unità Operative di Psichiatria (UOP) e i Comuni.

Infatti, a una certa stanchezza istituzionale, fa spesso da contrappunto da parte della comunità la creazione di risposte orientate a operare per il recupero e la qualità di vita del

paziente, ove il tessuto sociale è protagonista attivo con il suo potenziale terapeutico, reso tale dal lavoro di rete e dalle sue applicazioni: reti sociali e reti personali, naturali o secondarie, che costituiscono l'ossatura reale dell'attuale concetto operativo di territorio, inteso non solo come realtà geografica ma come comunità di storia e di legami tra persone.

Non a caso sempre maggior rilievo va assumendo la metodologia del 'fare insieme', cioè di intervenire coinvolgendo le persone, i destinatari degli interventi e le loro famiglie, in tutte le fasi, e quindi di concepire il lavoro riabilitativo in partnership con le risorse della sussidiarietà orizzontale.

A partire da qui si sono diffuse molteplici esperienze che utilizzano l'integrazione delle risorse informali, pubbliche e private, per attuare percorsi clinici terapeutico-riabilitativi, appunto, integrati tra servizi e soggetti non istituzionali o 'sussidiari'.

Dunque, ampio e ricco è divenuto lo scenario dei soggetti che 'concorrono' alla salute mentale.

Le normative stesse nazionali e regionali dell'ultimo decennio ne hanno tenuto conto; per esempio, il Progetto Obiettivo Nazionale 'Tutela Salute Mentale 1998-2000' pone tra gli interventi prioritari la formulazione di piani terapeutico-preventivi o terapeutico-riabilitativi personalizzati e il coinvolgimento delle famiglie nella formulazione e nella attuazione del piano terapeutico; e tra le politiche per programmi di salute sostiene la necessità di predisporre un quadro programmatico che punti alla coordinazione strategica di tutti i soggetti coinvolti. Fa eco in Regione Lombardia il 'Piano Socio-Sanitario 2002-04', anticipando alcuni aspetti del PRSM:

- l'organizzazione dei servizi per la salute mentale vede soggetti non istituzionali (associazioni di familiari, pazienti, volontari) e il privato non-profit interagire con le istituzioni (Aziende Sanitarie, Enti Locali) per contribuire, in un'ottica di libertà di scelta della cura degli utenti, alla qualificazione dell'assistenza all'innovazione nei progetti di trattamento;
- primo obiettivo è lo sviluppo di una psichiatria di comunità, in un contesto ricco di risorse e di offerte, un territorio concepito come insieme funzionale ampio, non rigidamente delimitato, con la possibilità di integrare diversi servizi sanitari e sociali, pubblici, privati e non profit e di collaborare con la rete informale presente, in una reale apertura alla società civile;
- i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) devono proporsi una duplice missione: garantire la libertà di scelta della cura da parte degli utenti e assicurare il trattamento integrato dei pazienti gravi (presa in carico).

Il 'Piano Regionale per la Salute Mentale' (PRSM), approvato il 17 maggio 2004 dalla Giunta Regionale lombarda si inseriva in un quadro di servizi di salute mentale ben radicati nel territorio: i Dipartimenti di Salute Mentale, le Unità Operative di Psichiatria e i loro presidi Centri Psico-Sociali (CPS), Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), Strutture Residenziali (SR) (Progetto Obiettivo regionale 1995). Ma la situazione reale dei servizi in Lombardia non era lineare.

L'analisi dei dati di attività mostrava infatti una notevole offerta di prestazioni, pur evidenziando che i percorsi di assistenza erano caratterizzati da criticità riscontrabili

sia nei servizi territoriali che nei residenziali: l'insufficiente differenziazione della domanda, la scarsa progettualità nei percorsi di cura, le carenze di coordinamento e di integrazione a più livelli, l'esistenza di strutture poco flessibili e poco duttili ai mutamenti, l'incostante continuità-responsabilità di presa in carico.

Perciò il PRSM ha individuato una serie di punti metodologici e di obiettivi caratterizzanti, quali:

- partire dalle buone pratiche esistenti, valorizzandole;
- promuovere l'integrazione tra i soggetti istituzionali e non istituzionali che concorrono alla tutela della salute mentale;
- ridefinire i percorsi di cura sul territorio sulla base della rilevazione dei bisogni e i modelli clinico-organizzativi della residenzialità;
- introdurre flessibilità nei meccanismi organizzativi e gestionali (programmi innovativi);
- promuovere la formazione e la qualità dell'assistenza.

Il percorso programmatico e attuativo del Piano è stato sostenuto da alcune parole-chiave, per esempio quelle che derivano dal modello dell'integrazione funzionale di Zapparoli (1988; 2009) e che offrono uno stile di lavoro clinico in psichiatria improntato all'essenzialità e all'efficacia dell'intervento: differenziare i bisogni, reperire risorse, integrare gli interventi.

Su questa base si è declinato il principio fondamentale di introdurre come metodo il lavorare per progetti personalizzando il trattamento, allo scopo di orientare sempre i soggetti alla prospettiva di organizzare luoghi e momenti di cura, comunque non istituzioni marginali in partenza. Infatti solo così il 'valore aggiunto' del rapporto con il privato sociale diviene un effettivo requisito di qualità per i servizi e cessa di rappresentare una funzione destinata inevitabilmente alla residualità (Cerati G., Percudani M., Petrovich L., 2005).

Il tema dell'integrazione trova inoltre delle connessioni naturali, anche se non scontate e ovvie, con il lavoro di rete, non solo a livello del legame profondo persona-società ma, come vedremo, soprattutto nella pratica clinica.

Di più: se da un lato la triade sussidiarietà, innovazione, integrazione, che abbiamo identificato, riconosce un comune denominatore nell'attitudine a 'partire dal basso', dall'altro essa delinea la prospettiva per i soggetti che desiderano essere presenti nel campo della salute mentale e ne descrive le sfide più attuali da perseguire.

Sfide o impegni su cui si misura oggi la psichiatria di comunità, termine forse più appropriato di 'salute mentale', nel suo intreccio di fatti pubblici e bisogni privati, che richiedono non una sola ma una varietà e una molteplicità di risposte.

L'attuazione del Piano Regionale

La pluralità dei *soggetti* che concorrono alla tutela della salute mentale da chi è rappresentata? Per esempio, un pur incompleto elenco comprende sicuramente la Regione, le Aziende Ospedaliere con i loro Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e i

Soggetti erogatori privati accreditati, ma anche le Aziende Sanitarie Locali (ASL), i Medici di Medicina Generale (MMG), gli Enti Locali (Comuni, Piani di Zona, Provincia) e tutto il mondo del terzo settore, dalle associazioni di utenti, familiari, volontari al privato sociale no profit. Accanto ai tradizionali, vi sono nuovi soggetti in campo (istituzionali e non) ad affrontare i nuovi bisogni legati ai recenti cambiamenti epidemiologici nei disturbi psichici che fanno registrare un aumento di determinati disturbi – per esempio depressivi, di personalità, d’abuso di sostanze – e una diminuzione dell’età d’esordio.

Il PRSM perciò ha voluto elaborare una riflessione complessiva, cimentandosi sia nella dimensione *clinico-organizzativa* sia in quella *culturale e istituzionale*.

Proprio a questo livello, culturale e istituzionale insieme, è stata attivata una funzione di coordinamento con tutti i soggetti che concorrono alla salute mentale nei territori, istituendo a cura delle ASL gli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM – circolare 19/san 2005).

Il nuovo scenario che si è delineato ha contribuito a definire ruoli e funzioni dei diversi Enti, servizi e soggetti che collaborano nell’area salute mentale, nella prospettiva, enunciata dal Piano, di una ‘comunità per la salute mentale’. Si è realmente creata nuova polarità funzionale, specie in quanto vengono responsabilizzate le ASL rispetto alla promozione e alla tutela della salute mentale, con la funzione di sostenere la sussidiarietà nell’azione dei servizi e dei soggetti operanti.

Le ASL in effetti, istituendo gli OCSM, realizzano lo scopo di promuovere l’integrazione tra i soggetti presenti nel territorio, DSM delle AO, erogatori privati, Enti locali, ASL e MMG, rete sociale e terzo settore, con il compito di realizzare l’analisi dei bisogni del territorio, la programmazione dell’impiego delle risorse, l’integrazione della rete socio-sanitaria, le iniziative di prevenzione e promozione sulla salute mentale.

A riguardo invece della dimensione clinico-organizzativa, il PRSM ha previsto la riorganizzazione dei modelli di assistenza, attraverso una complessa serie di azioni sviluppata a tre grandi livelli (tra parentesi le deliberazioni attuative):

- ridefinire i *percorsi di cura territoriali* (DGR 3776/2006 all.15; DGR 5743/07 all. 7);
- riqualificare la *residenzialità* (DGR 4221/2007 e successive);
- attivare *programmi innovativi* (decreto DGS 11132/2004, DGR 8501/2008).

L’effettiva attuazione di questi indirizzi, che risultano aver sollecitato l’iniziativa dei soggetti in gran parte dei territori, è seguita e monitorata anche a livello epidemiologico. Successivamente, attraverso la delibera delle Regole di sistema per il 2009 (DGR 8501/2008), è stato proposto un nuovo elaborato programmatico, che di fatto costituisce l’aggiornamento del Piano Regionale di Salute Mentale: ‘Sviluppo e innovazione in psichiatria: Linee di indirizzo regionali per il triennio 2009-2011’ (AA.VV., 2008).

La traiettoria di questo impegno nel suo complesso – un lavoro esteso lungo un decennio, iniziato con i gruppi preparatori del PSSR 2002-2004 – ha toccato alcune tappe fondamentali. Anzitutto si sono realizzate le azioni necessarie per implemen-

tare gli obiettivi essenziali del PRSM, dal 2004 in avanti, e cioè: i percorsi clinici territoriali; la residenzialità con i progetti riabilitativi individuali; i programmi triennali di azioni innovative; gli Organismi di coordinamento per la salute mentale. Poi, nel 2007, è stato deliberato il 'Riordino della residenzialità psichiatrica' con la revisione delle SR e l'avvio dei programmi di residenzialità leggera, l'adeguamento delle tariffe, il monitoraggio delle attività sia territoriali sia residenziali dei DSM. La nuova programmazione di sviluppo del sistema, sulla base dei dati epidemiologici, forniti dal sistema informativo e cruciali per una valutazione (le attività residenziali erano cresciute più di quelle territoriali), ha ispirato le citate linee di indirizzo 2009-2011, che hanno indicato di incrementare il lavoro territoriale, di sviluppare l'integrazione con le aree affini, di continuare i programmi innovativi su tematiche strategiche definite.

Gli anni dal 2010 al 2012 hanno mostrato un effettivo incremento dell'attività territoriale, cresciuta notevolmente non solo nella prevalenza ma anche nell'incidenza trattata, specie nella fascia d'età giovanile, un dato in buona parte legato allo sviluppo dei programmi innovativi; inoltre si è avviata una più stretta collaborazione con l'area della NPIA sui disturbi gravi tra i 16 e i 20 anni; i temi dell'acuzie psichiatrica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e del superamento dell'OPG sono oggetto di attenzione specifica. Tali attività proseguiranno nel 2013 e avranno il loro focus sul lavoro territoriale nei CPS cui sono legate le tre aree strategiche dei programmi innovativi: intervento precoce/area giovani, disturbi emotivi comuni ed emergenti, presa in carico e lavoro di rete.

I programmi innovativi per la salute mentale hanno quindi rappresentato l'esempio dello sviluppo di un lavoro per progetti per la riorganizzazione dei servizi e l'elaborazione di nuovi percorsi clinico-terapeutici. La loro attuazione è prova concreta della creatività che si può sviluppare, premiando l'iniziativa di tutti i soggetti in campo, pubblici e privati, e stimolando la capacità di creare nuovi ed efficaci modelli di assistenza: la flessibilità nei percorsi di cura voluta dal PRSM ha favorito le collaborazioni non istituzionali, offrendo opportunità di scelta agli utenti, valorizzando la relazione terapeutica e creando equipe professionali dedicate in grado di affrontare nuovi bisogni e disturbi emergenti nella popolazione. A questo si collegano le attività di formazione, tra cui il corso regionale sul *case manager*, e le ricerche svolte da Regione Lombardia ed Éupolis Lombardia nel 2009-2011.

Psichiatria di comunità, percorsi territoriali e presa in carico

Obiettivo principale del Piano, dal PSSR al PRSM, è lo sviluppo di una psichiatria di comunità che operi in un territorio concepito come un insieme funzionale ampio, ricco di risorse e di offerte, con la possibilità di integrare diversi servizi, sanitari e sociali, pubblici, privati e non-profit, e di collaborare con la rete informale e le realtà esistenti, in una effettiva apertura alla società. A livello territoriale il PRSM introduce la metodologia dei percorsi clinici, garantendo agli utenti una valutazione mirata delle

loro esigenze e proponendo percorsi di cura differenziati, con l'identificazione di modelli clinico-organizzativi utili a governare il processo assistenziale (Petrovich L., Percudani M., Ferla M.T. et al., 2006):

1. *consulenza*: una modalità di lavoro strutturata di collaborazione tra DSM e medicina generale idonea per gli utenti con disturbi meno gravi che non esigono continuità di cure specialistiche;
2. *assunzione in cura*: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico continuativo, nell'ambito di una relazione terapeutica duale, ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
3. *presa in carico*: percorso di trattamento integrato per soggetti affetti da disturbi psichici gravi, a maggior rischio di abbandono, che presentano bisogni molteplici, e necessitano di uno specifico programma personalizzato a cura di un'équipe multiprofessionale. Nel percorso clinico della 'presa in carico' è prevista la definizione (scritta) di un **Piano di Trattamento Individuale (PTI)** per il singolo utente, l'introduzione della figura del *case manager*, la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti 'persi di vista', la partecipazione delle famiglie e della rete sociale. La complessità del bisogno presuppone dunque una valutazione multidimensionale del paziente e un lavoro d'équipe.

L'integrazione funzionale

Un percorso clinico personalizzato trae origine da un fondamento clinico, prima che organizzativo: il **metodo dell'integrazione funzionale**, una metodologia centrata sulla persona, sul riconoscimento dei suoi bisogni differenti e sulla capacità dell'équipe multidisciplinare di fornire risposte integrative. A questo livello, clinico e personale, prima che sociale o istituzionale, va posto il concetto di integrazione. Infatti, Zapparoli (2002) identifica il punto di partenza del modello dell'integrazione funzionale nel paziente stesso: una *persona* che anzitutto esige di essere accettata così com'è, un nostro interlocutore che si propone con le sue richieste e caratteristiche peculiari.

Gli psicotici sono persone che hanno il massimo del bisogno e insieme la minima possibilità di gestirlo; contemporaneamente, tendono a rifiutare l'aiuto che per tanti versi sembrano richiedere, con l'opposizione ai trattamenti o con l'ingratitude verso i curanti. D'altra parte i sintomi costituiscono le difese che queste persone hanno organizzato nel tempo, quasi a preservare la loro stessa identità: di qui il loro tenace attaccamento a conservarli, cioè la 'resistenza al cambiamento'.

Esistono inoltre bisogni che sono specifici della condizione psicotica: come il bisogno di non avere bisogni, il bisogno di mantenere un legame simbiotico o di evolvere oltre lo stesso, il bisogno del delirio come principale lavoro, il bisogno di continuità funzionale.

Un approfondimento specifico di questi concetti verrà offerto soprattutto da Pinciarà al capitolo 3 e in parte da un successivo paragrafo di questo primo capitolo sulla presa in carico del paziente grave.

Il percorso clinico comporta la valutazione dell'idoneità o meno del soggetto all'autoconservazione, con le resistenze e le scelte autoterapeutiche, le risorse proprie

e del contesto, le potenzialità evolutive (Cerati G., 2005). Rilevati e differenziati i bisogni, grazie al lavoro dell'intera équipe, nasce un programma di trattamento *integrato*, che si realizza nell'applicare e integrare le diverse funzioni cliniche: la farmacoterapia, la psicoterapia, la riabilitazione, l'assistenza.

La presa in carico coincide con la strutturazione di un tale progetto, adatto a casi gravi e complessi, caratterizzato da continuità e multidisciplinarietà, realizzato da un'équipe che accoglie il paziente 'a tempo indeterminato' e sa utilizzare, integrandole, tutte le risorse disponibili, formali e informali, pubbliche e private, per ogni specifica tappa del trattamento.

Il Piano di Trattamento Individuale (PTI)

La scheda del PTI è contenuta nella cartella clinica, sottoscritta e regolarmente aggiornata, con le motivazioni che hanno reso necessario il trattamento di presa in carico, le prestazioni da erogare nell'ambito delle diverse attività (clinica, riabilitativa, di assistenza, di intermediazione, di coordinamento), l'indicazione del team multiprofessionale e del *case manager*. Infatti esplicitare sia gli obiettivi sia i componenti dell'équipe curante e le strategie di cura scelte è fondamentale per organizzare il Piano di Trattamento Individuale come impegno clinico e strumento del programma di cura. La scheda di PTI (Figura 1.1) prevede perciò spazi pensati e dedicati a: valutazione multidimensionale (diagnosi funzionale); obiettivi del PTI; composizione della mini-équipe e identificazione del *case manager*; programma di cura e relative attività; sottoscrizione. Approfondimenti sul Piano di Trattamento Individuale e sulla scheda di PTI come strumento di lavoro *in progress* utilizzabile in tutti i CPS sono riportati al capitolo 8 nel paragrafo finale a cura di Poli.

Le motivazioni della presa in carico: la valutazione multidimensionale

La valutazione diagnostica deve considerare le diverse dimensioni che caratterizzano la specificità singolare di quel paziente:

- diagnosi nosografica (diagnosi elettive: disturbi psicotici, gravi disturbi affettivi, gravi disturbi di personalità) con il grado di gravità clinica;
- funzionamento psico-sociale, con l'ausilio di strumenti quali le scale di valutazione, da integrare con l'osservazione clinica;
- caratteristiche della rete sia familiare sia sociale, da valutare attraverso metodiche come le carte di rete;
- relazione personale con la rilevazione dei bisogni specifici del paziente;
- esito dei precedenti trattamenti.

Questo passaggio esige un metodo che ogni *case manager* deve possedere, quasi fosse prezioso strumento nella propria 'valigetta' (cioè il PTI). Infatti, il quadro sintetico della situazione clinica e relazionale del soggetto, cioè la sua **diagnosi funzionale**,

REGIONE LOMBARDIA
 AZIENDA OSPEDALIERA...
 DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
 UNITÀ OPERATIVA DI PSICHIATRIA...
 CENTRO PSICO-SOCIALE DL...

SCHEDA SINTETICA PER IL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE – PTI

Nome..... Cognome..... n. Cart _____

Motivazioni della presa in carico

• diagnosi (ICD 10) _____

- | | | | |
|--|--|---|--|
| • funzionamento psico-sociale: | ottimo <input type="checkbox"/> | buono <input type="checkbox"/> | |
| | moderatamente deficitario <input type="checkbox"/> | gravemente deficitario <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | | |
| • rete sociale/familiare: | presente <input type="checkbox"/> | deficitaria <input type="checkbox"/> | |
| | assente <input type="checkbox"/> | | |
| <hr/> | | | |
| • precedenti trattamenti psichiatrici: | presenti <input type="checkbox"/> | assenti <input type="checkbox"/> | |

Obiettivi del PTI

1. _____ verifica _____
2. _____ verifica _____
3. _____ verifica _____

Micro-equipe

Psichiatra: PsicologoInfermiere:.....

Educatore:Assistente sociale

Referente del PTI (case manager)

Programma di cura

- | | | | |
|--|---|-------------------|------------|
| *Colloqui psichiatrici | SI | frequenza | NO |
| *Colloqui psicologici | SI | frequenza | NO |
| *Farmacoterapia | SI | | NO |
| *Psicoterapia | SI | | NO |
| *Interventi domiciliari | SI | frequenza..... | NO |
| *Coinvolgimento / sostegno ai familiari | SI | | NO |
| *Interventi sociali | SI | | NO |
| *Attivazione risorse sociali (progetti con | Enti pubblici, privato sociale, volontariato) | | |
| | SI | | NO |
| *Interventi riabilitativi | SI | | NO |
| *Interventi di inserimento lavorativo | SI | | NO |
| *Inserimento al Centro Diurno | SI | sede del CD | NO |
| *Inserimento in Struttura Residenziale | SI | tipo | sede |
| | | dal..... | NO |

Sede di eventuali ricoveri ospedalieri

Data compilazione PTI : *Data prevista revisione PTI*.....

Visto Direttore dell'UOP (o suo delegato)

Sottoscrizione da parte dell'utente (quando possibile)

FIGURA I.1 Modello di scheda di PTI impostata secondo le indicazioni del PRSM.

costituisce a sua volta la base per la corretta formulazione degli obiettivi del progetto di trattamento.

Le scale di valutazione del funzionamento psico-sociale

Oltre all'osservazione del paziente e alla conoscenza della sua storia, il funzionamento psico-sociale viene indagato con strumenti che favoriscono valutazioni più oggettive e confrontabili: le scale di valutazione, che sono uno strumento utile per integrare l'incontro con la persona sofferente, per individuare aspetti trascurati nel corso del colloquio, per raccogliere sinteticamente informazioni utili all'elaborazione del progetto terapeutico e riabilitativo.

Nel paragrafo successivo, a cura di Bezzi, verranno illustrate alcune fra le scale impiegate comunemente in psichiatria, con indicazioni e suggerimenti rispetto al loro utilizzo nell'attività clinica ordinaria: Life Skills Profile, VADO, CAN, HoNOS, VGF.

Il lavoro di rete sociale

Il PTI prevede, oltre alla ricerca e al recupero del rapporto con gli utenti 'persi di vista', la partecipazione delle famiglie e il coinvolgimento della rete sociale. Il lavoro di rete costituisce un metodo (Sanicola L., 1995) di essenziale importanza sia nell'intervento sia nella valutazione, con proprie specifiche tecniche, come verrà approfondito nel successivo capitolo a cura di Sanicola. In particolare usando strumenti di esplorazione della rete, quali le carte di rete (Figura 1.2), si ottengono rappresentazioni efficaci delle **reti personali** che offrono informazioni essenziali su:

- rete primaria, informale, costituita dai legami con familiari, vicini e amici, è l'ambiente naturale e si caratterizza per affettività o affinità con funzioni di protezione, sviluppo, sostegno;
- rete secondaria, formale, comprende le varie istituzioni e i servizi offerti alle persone: qui il contenuto della relazione è di tipo professionale;
- rete secondaria informale comprende invece le associazioni, il volontariato organizzato, il mondo del privato sociale, il 'terzo settore'.

Il *case manager* comunitario

La figura del *case manager* costituisce una novità significativa, in quanto individua un 'referente complessivo del progetto che, all'interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione' (PRSM, 2004), assicurando una funzione di garanzia della presa in carico. Frutto dell'esperienza nordamericana di psichiatria di comunità, in una delle sue forme più moderne e aggiornate, viene definito *case management comunitario* e pone l'accento su tre aspetti

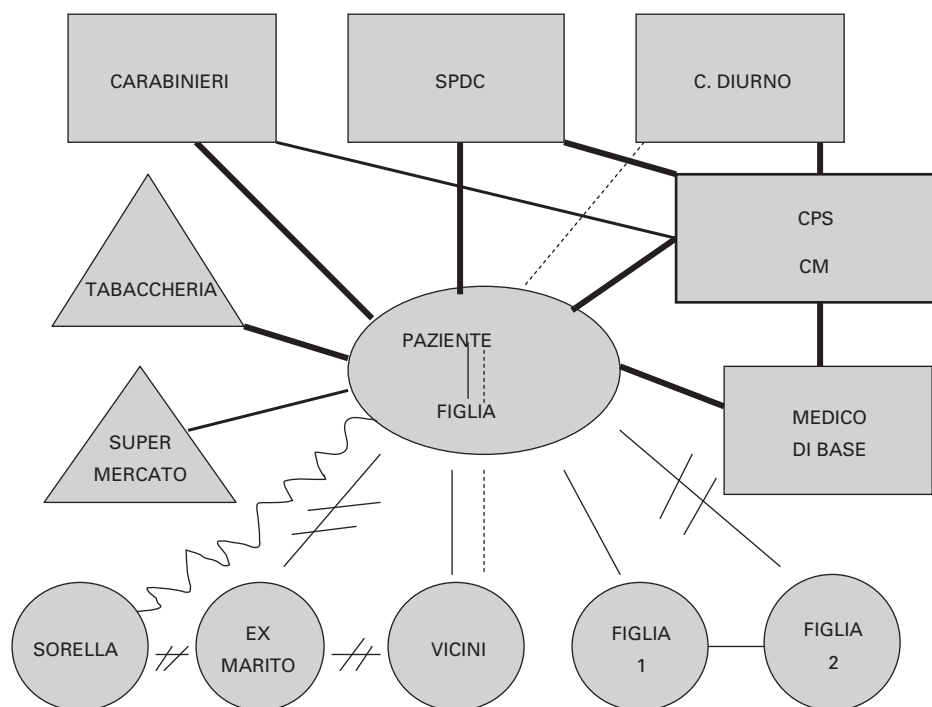


FIGURA 1.2 Un esempio di carta di rete, che rappresenta graficamente il contesto e i legami della persona.

(Guay J., 2000): l'offerta di un supporto alla persona e alla famiglia; l'instaurazione di un legame che valorizzi le risorse dell'ambiente; la costruzione di un piano personalizzato che preveda un intervento organico dei servizi e il coinvolgimento delle reti sociali informali (aiutanti naturali).

La versione applicata in Lombardia della funzione di *case manager* vede tale figura inserita appieno nella mini-équipe che attua il PTI, di cui è referente, garante dello svolgersi del percorso di presa in carico del paziente, responsabile – coordinatore di processo (o progetto), non operatore unico e totipotente. In tal senso dovrà sia intervenire nella fase di valutazione e conoscere le reti personali, sia occuparsi nelle varie fasi dell'intervento della sua continuità e coerenza con gli obiettivi del programma di cura sino al reinserimento sociale del paziente, di cui sarà alleato nella vita quotidiana. Attraverso questa relazione personale, il *case manager* diviene 'intermediario' tra il paziente con i suoi bisogni specifici e la realtà con le sue reti primarie e secondarie presenti.

Inoltre, secondo i principi di buona pratica, imperniati sulla continuità terapeutica e l'integrazione socio-sanitaria, per l'organizzazione di un'offerta di cura in stretta relazione con il contesto ambientale della persona, il PRSM evidenzia le diverse tipologie di attività erogate dall'équipe nel percorso di presa in carico, ove il *case manager* assume un ruolo primario nell'intervento integrato. Infatti, se vi sono le funzioni più

note, quali l'attività *clinica* e l'attività *riabilitativa*, altre non sempre vengono valorizzate adeguatamente:

- attività di *assistenza*: la relazione con il paziente, il sostegno ai suoi aspetti deficitari, il sostegno al funzionamento psicosociale, l'attività domiciliare;
- attività di *intermediazione*: per contrastare gli effetti di deriva sociale connessi con la patologia: utilizzo di opportunità fornite da agenzie territoriali (servizi sociali, realtà di cooperazione e di lavoro protetto, gruppi di volontariato); individuazione di potenziali reti informali, valorizzando i facilitatori o aiutanti naturali; sostegno e informazione alla famiglia;
- attività di *coordinamento - integrazione*: attività sul singolo caso che garantisca integrazione delle diverse aree di attività, nell'équipe e con i diversi servizi che partecipano al progetto di cura, e garantisca continuità al piano di trattamento individuale.

Circa la funzione e la figura del *case manager* comunitario, tanto nei suoi riferimenti concettuali quanto nel versante delle prassi applicate, trattazioni più approfondite e complete sono presenti sia nel capitolo introduttivo, nello scritto di Guay psicologo di comunità del Québec che ha contribuito alla diffusione del metodo in Italia e alla formazione iniziale dei *case manager* nei DSM lombardi, sia più avanti laddove viene dedicato al tema l'intero capitolo 7 a cura di Moro. Il tema dell'équipe come gruppo di lavoro viene invece approfondito nel capitolo 6 (a cura di Rabboni e Caggio).

Il livello dell'integrazione socio-sanitaria

Pur non esaurendosi nell'organizzativo, il *case management* comunitario in salute mentale, centrato sulla persona e fondato sulla rete delle sue relazioni formali e informali, utilizza a fondo le risorse dell'integrazione socio-sanitaria.

Prima di tutto, a livello dei servizi, gli indirizzi internazionali oggi convergono sui modelli di psichiatria di comunità con le valenze integrative dell'intervento psico-sociale, per sua natura immerso nella rete dei servizi sociali e sanitari del territorio: la NPIA, i Ser.T, gli Uffici di Piano ecc.

In secondo luogo si avverte la crescente necessità dell'integrazione degli interventi – sanitari, sociali a rilievo sanitario, sanitari a rilievo sociale – per esempio, dalle patologie di confine (minori, ritardo, abusi di sostanze, doppie diagnosi), ai disturbi d'ansia e umore (consulenza MMG), sino alle competenze sociali per favorire i percorsi riabilitativi di casa e lavoro (Comuni e PdZ).

Ambito incisivo e decisivo per l'integrazione socio-sanitaria, in questi anni di lavoro, sono stati gli OCSM, con i tavoli tecnici, la revisione della residenzialità, i PTR, l'utilizzo delle risorse, i nuovi soggetti, i programmi innovativi, la Conferenza Territoriale e il Patto triennale.

Ma anche il coinvolgimento nell'ambito del DSM delle risorse comunitarie e delle imprese sociali nel percorso riabilitativo rientra in questo scenario di 'sussidiarietà integrata', terreno privilegiato di lavoro del *case manager*.

Livelli di integrazione su tematiche di confine sono esemplificate al capitolo 5 attraverso interventi in aree diverse a cura di Percudani, mentre al capitolo 4 sono riportati contributi in grado di offrire riferimenti utili all'impiego di varie tecniche di intervento terapeutico-riabilitativo a cura di Giobbio e Vita.

La formazione

All'operatore che applica il *case management comunitario*, dunque, è attribuito un compito di estremo interesse e impegno: quello di saper integrare, nello svolgersi del percorso clinico della persona, con la mini-équipe del PTI, le risorse sussidiarie e della rete dei servizi con il metodo dell'integrazione funzionale, che consente di utilizzare al meglio le risorse a disposizione.

Lo strumento del PTI e la figura del *case manager* corrispondono, pertanto, a esigenze cliniche e professionali specifiche, che richiedono una formazione continua: essi includono gli aspetti organizzativi e insieme li eccedono.

Prima del corso regionale 2010, nell'area Qualità e Formazione (QF) dei programmi innovativi, si era svolto uno specifico programma formativo per *case manager* comunitari addestrati all'integrazione funzionale nel PTI, i cui esiti sono sinteticamente riportati nella Tabella 1.1.

Il corso di formazione realizzato da IReF prima ed Éupolis Lombardia poi, *Il case manager nei Dipartimenti di salute mentale della Regione Lombardia*, che questo volume in gran parte e con buona fedeltà riporta, viene presentato in premessa nella sua impostazione, a cura di Cerati, e ripreso al capitolo 8 nei paragrafi dedicati alle fasi dell'attuazione locale, della implementazione nei servizi e della verifica dell'impatto, a cura di Tanzi e Bongiolatti, con una metodologia rigorosa.

Conclusioni

Case management comunitario e governo clinico sono in sinergia, poiché nella psichiatria di comunità la presa in carico territoriale deve misurarsi con la sfida della rete, incontrando la persona con i suoi diritti sociali di cittadinanza. Quindi, la presa in carico del paziente grave, *mission* specifica del DSM, pone la persona come fattore integrante delle differenti funzioni clinico assistenziali e, in quanto percorso di cura personalizzato, diventa la base del governo clinico, attuato tramite un PTI trasversale, che realizza l'unitarietà e continuità del trattamento garantita dal *case manager*.

“Un'importanza fondamentale è data al concetto di integrazione tra soggetti che svolgono un ruolo nella tutela della salute mentale: il PRSM ha definito le condizioni per responsabilizzare le ASL in tema di promozione e tutela della salute mentale, i DSM e gli erogatori privati accreditati in relazione alla organizzazione di percorsi di trattamento psicosociale efficaci, interagendo in ordine a questi obiettivi, per il reperimento delle risorse occorrenti e delle integrazioni utili al governo clinico, con le agenzie del privato sociale e della “rete naturale”. Infine il rapporto con gli Enti Locali, principalmente i Comuni e le Province, è posto in primo piano per favorire la partecipazione della salute mentale ai tavoli tecnici e agli ambiti di programmazione dei Piani di zona per tutti gli aspetti di rilevanza sociale at-

TABELLA 1.1	
Il <i>case management</i> comunitario nei servizi di salute mentale	
<p>Il percorso clinico di 'presa in carico' (<i>trattamento integrato</i>) per pazienti gravi e multiproblematici prevede la figura del <i>case manager</i> come referente della mini-équipe titolare del Piano di Trattamento Individuale (PTI); nell'ambito dei programmi innovativi per la salute mentale del PRSM – area Qualità e Formazione – si sono svolti tra il 2004 e il 2007, corsi biennali rivolti alla formazione dei <i>case manager</i>, coinvolgendo circa 120 operatori, a cura di alcune AO regionali in collaborazione con Iserdip.</p>	
<p>Attività e funzioni (del <i>case manager</i> con l'équipe) Clinico-terapeutiche, riabilitative, assistenziali, intermediazione, integrazione multiprofessionale</p>	
<p>Basi fondamentali Padronanza delle conoscenze tecniche di base: cliniche, <i>nursing</i>, riabilitative, di rete; capacità di effettuare la rilevazione dei bisogni individuali: diagnosi funzionale; impiego delle competenze relazionali: l'alleanza, l'empatia con il paziente; capacità di sviluppare l'integrazione (utilizzando funzioni e risorse disponibili)</p>	
<p>Ruolo cruciale nell'attuazione dei Piani di Trattamento Individuali dei pazienti gravi – multiproblematici (PTI): aggiornamento e professionalizzazione della presa in carico, con il coinvolgimento e l'attivazione delle risorse della rete formale e informale, in particolare famiglie, utenti, volontariato, comuni, privato-sociale (<i>empowerment</i>, mutuo aiuto, sussidiarietà, integrazione socio-sanitaria, cittadinanza)</p>	
<p>Campi di applicazione Pazienti gravi – gravosi (alti utilizzatori dei CPS): costanza di presa in carico; percorsi terapeutico-riabilitativi: inserimenti lavorativi, percorsi residenziali (fino alla residenzialità leggera), interventi precoci nelle psicosi; doppie diagnosi (abusi sostanze, ritardo m.); miglioramento qualità e governo clinico</p>	
<p>Esperienza formativa acquisita Valorizzazione del ruolo responsabile e dell'esperienza professionale sul campo di IP, EP; Tecnici riab., Ass. sociali; acquisizione di strumenti di valutazione multidimensionale, funzionamento psicosociale, reti sociali; utilizzazione di una metodologia composita tra clinica psichiatrica e psicologia clinica e i modelli dell'integrazione funzionale, del lavoro di rete e del <i>case management</i> comunitario; promozione della formazione permanente e del collegamento per lo sviluppo delle capacità e modalità di intervento.</p>	

traverso un coordinamento che rappresenta il fulcro di una nuova polarità funzionale: l'organismo di coordinamento per la salute mentale”.

La sopra citata *DGR 8501/2008* conferma, dunque, che le funzioni del DSM, dell'ASL e dei Comuni si giocano al banco di prova dell'OCSM nel quadro di una responsabilità condivisa, integrando soggetti, attori e risorse sussidiarie presenti per contribuire al governo il sistema.

C'è un rapporto verificabile tra qualità e integrazione ai vari livelli? E tra pubblico e privato, con le tipologie gestionali tradizionali e le nuove? Alcune esperienze hanno sviluppato un percorso di qualità che ha portato a rivedere il sistema residenzialità del DSM anticipando i modelli del Piano regionale: 'nuove' strutture basate su una funzionalità trasversale e caratterizzate da progetti di recupero sino all'abitare, concretizzati con i partner sociali in una condivisione indispensabile e usando infine un dono privato (una casa) per avviare il programma innovativo pubblico di residenzialità leggera. È l'esempio di un'esperienza concreta di sussidiarietà e di alleanza nella comunità che insegna a integrare salute mentale, cultura, istituzioni (Cerati G, Percudani M., Mercling D. et al., 2008), di cui i *case manager* sono partecipi.

Nel sistema sanitario lombardo, fondato sulla Legge 31, che propone la parità tra soggetti erogatori, l'accreditamento delle strutture, la messa a contratto, il ruolo terzo delle ASL appare quindi possibile uno sviluppo del *case management* in salute mentale. Il percorso del PRSM è tuttora attivo e ha già del resto tracciato un disegno incisivo, a partire dal riordino della residenzialità, all'area dell'innovazione, ai percorsi clinici territoriali attuati, che sta favorendo una positiva evoluzione del sistema.

IL FUNZIONAMENTO PSICOSOCIALE: LE SCALE DI VALUTAZIONE²

Riassunto

Le scale di valutazione sono uno strumento utile per integrare l'incontro con la persona sofferente, per individuare aspetti trascurati nel corso del colloquio, per raccogliere sinteticamente informazioni utili all'elaborazione del progetto terapeutico e riabilitativo.

Verranno illustrate alcune fra le scale impiegate comunemente in psichiatria, con indicazioni e suggerimenti rispetto al loro utilizzo nell'attività clinica ordinaria.

Introduzione

Le scale di valutazione sono uno strumento utile per integrare l'incontro con la persona sofferente, per individuare aspetti trascurati nel corso del colloquio, per raccogliere sinteticamente informazioni utili all'elaborazione del progetto terapeutico e riabilitativo.

L'opera del *case manager*, e di tutto il gruppo curante, non può e non deve cominciare con l'impiego di scale, prima è necessario conoscere il paziente, stabilire una relazione e una buona alleanza, coordinarsi con tutta la microéquipe, raccogliere le prime informazioni.

Le scale divengono utili in una seconda fase, quando il progetto terapeutico e riabilitativo inizia a prendere forma e si rende necessario non solo conoscere i punti di forza e quelli critici del paziente, le sue competenze, i suoi bisogni, ma anche poterli descrivere in modo sintetico e avere una guida che eviti di lasciare inesplorati aspetti magari decisivi.

Si tratta di strumenti, e uno strumento di impiego comune e abituale deve essere breve, facile da utilizzare, di veloce somministrazione, valido e affidabile.

In questo capitolo se ne presentano quattro, ponendo l'attenzione sull'impiego che si ritiene migliore e più efficace nella pratica quotidiana. Si tratta di Life Skills Profile, VADO, CAN, HoNOS e VGF.

² A cura di Roberto Bezzi.

Le scale

LIFE SKILLS PROFILE – LSP

È una scala di eterovalutazione del funzionamento e delle disabilità dei pazienti schizofrenici, realizzata in Australia da Parker e Rosen e curata nella versione italiana da Zizolfi (1997).

Misurare il funzionamento sociale è indispensabile per sapere su cosa puntare nella elaborazione di un progetto riabilitativo. Bisogna conoscere le abilità e le competenze del paziente, e conoscerle in modo completo, ma non complesso, dettagliato, minuzioso, in modo da avere un quadro reale e sintetico dei punti di forza su cui far leva e di quelli che richiedono per primi attenzione e cura. La LSP risponde bene a queste esigenze. È applicabile indipendentemente dai sintomi, rileva aspetti chiave per un impegno riabilitativo, analizza comportamenti specifici, non richiede corsi di formazione ed è compilabile in breve tempo da qualsiasi operatore. È composta da 39 items, per ciascuno dei quali sono possibili 4 risposte, dall'assenza di problemi (punteggio 1) alla grave difficoltà (punteggio 4). Se ne possono trarre sia un punteggio totale (minimo 39, massimo 156), sia per sottoscale, che indagano cinque aree: Cura di sé, Non turbolenza, Contatto sociale, Comunicatività, Responsabilità. Ecco qualche esempio di domande e risposte.

- Ha in genere qualche difficoltà a iniziare e mantenere la conversazione?
(Nessuna difficoltà. Lieve difficoltà. Discreta difficoltà. Notevole difficoltà).
- Guarda per lo più gli altri negli occhi, quando parla con loro?
(In misura appropriata. In misura un po' ridotta. In misura molto ridotta. Quasi mai).
- Se necessario, è in genere in grado di prepararsi da solo da mangiare?
(Sì, è capace. Qualche difficoltà. Discrete difficoltà. Non in grado).

La scala è compilabile dall'operatore di riferimento, ma anche da un familiare, e richiede un tempo compreso fra 10 e 30 minuti, a seconda di quanto ricca sia la conoscenza del paziente.

La mia personale esperienza indica che nella pratica quotidiana possa essere applicata non solo per la diagnosi di schizofrenia, ma per tutte le situazioni psicopatologiche complesse che comportino difficoltà ad adempiere alle richieste di adattamento che la società pone per ricoprire un determinato ruolo.

VADO: VALUTAZIONE DI ABILITÀ DEFINIZIONE DI OBIETTIVI³

Si tratta di un manuale per la riabilitazione in Psichiatria, e serve a valutare e pianificare gli interventi riabilitativi rivolti a persone affette da malattie mentali gravi. È composto da due parti, dedicate la prima alla valutazione del soggetto, la seconda alla stesura di un progetto riabilitativo, comprese l'individuazione delle fasi e la verifica della loro evoluzione. È uno strumento completo di moduli descrittivi e scale valutative, ricco, efficace, semplice, orientato al *recovery* e può da solo rappresentare la

³ Morosini P., Magliano L., Brambilla L., 1998.

guida per la stesura di Programmi di Trattamento Individualizzati. Consente inoltre agli operatori di migliorare le procedure di pianificazione e valutazione degli esiti dei loro interventi. Attraverso un'intervista semistrutturata permette di individuare le principali aree di disabilità per scegliere su quali intervenire, coinvolgendo il paziente in un progetto personalizzato che tenga conto dei suoi obiettivi di vita.

Qui desidero soffermarmi sulla citata intervista semistrutturata, lo strumento di Valutazione del Funzionamento personale e sociale (VF). A differenza della Life Skills Profile, le 28 domande sono estremamente dettagliate, anche puntigliose, il che può trasmettere l'impressione di una procedura complessa e faticosa. Credo invece si tratti di una preziosa guida, da completare con calma e determinazione, riservandosi un periodo di tempo anche superiore a quello, consigliato, di un mese, perché quando il gruppo di lavoro è in grado di rispondere esaurientemente a tutti i quesiti può esser certo di conoscere davvero bene il paziente, quindi di saper formulare programmi di intervento mirati e utili. Non richiede un'intervista diretta al paziente o a familiari e conoscenti, ma ricorrere a tutte queste fonti si rivela in pratica indispensabile, oltre a offrire la ricaduta positiva di favorire la nascita di relazioni interpersonali, quindi di una rete.

Di seguito è riportato qualche esempio delle domande.

Cura di sé. In questo ultimo mese è riuscito a lavarsi regolarmente? È riuscito a farlo da solo o qualcuno glielo ha ricordato o le ha dato una mano? Ogni quanto tempo si è fatto il bagno o la doccia? Si è lavato regolarmente i denti? Si fa la barba regolarmente? Tiene in ordine i capelli? (Per le donne: si trucca un po', almeno se deve andare da qualche parte?) La gente si è mai lamentata perché aveva un cattivo odore? È mai stato tanto sporco da attirare l'attenzione di diverse persone?

Cura del proprio spazio di vita e collaborazione alle attività. Nell'ultimo mese ha dato una mano nei lavori di casa, per esempio a lavare i piatti, a scopare per terra, a fare il letto, ad apparecchiare la tavola? Tiene in ordine la sua stanza? Pulisce i servizi igienici dopo averli usati? Sa farsi da mangiare? Cosa? Sa lavare? Sa stirarsi i vestiti? Sa come si conservano i cibi? Usa bene il frigorifero? Il freezer? Usa correttamente i servizi igienici? (Non urina dove le capita?).

Relazioni di amicizia e di aiuto. Ha delle persone che considera amici? Quante sono? Quando si è incontrato o ha parlato al telefono con un amico l'ultima volta? Ricambia la sua amicizia? Sono solo operatori del servizio o altre persone che frequentano il servizio, o c'è qualcun altro? Può contare su di loro per un aiuto se sta male?

CAN: CAMBERWELL ASSESSMENT OF NEED⁴

Dalla convinzione che l'assistenza di tipo comunitario ai pazienti affetti da disturbi mentali gravi debba basarsi sui loro bisogni deriva la necessità di decidere come questi bisogni vadano definiti e valutati.

⁴ Slade M., Thornicroft G., Loftus L. et al., 2000.

Un bisogno è presente quando il funzionamento di un individuo si colloca, o rischia di collocarsi, al di sotto di un determinato livello, a causa di un evento rimediabile o potenzialmente tale.

È inoltre necessario distinguere il concetto di bisogno (capacità di trarre beneficio dall'assistenza sanitaria) da quello di domanda (ciò che è esplicitamente richiesto dall'utente) e da quello di offerta.

Programmare la riabilitazione prescindendo dalla valutazione dei bisogni del paziente è un errore tanto grave quanto frequente. Il rischio maggiore è che siano gli operatori a 'decidere' i bisogni da soddisfare, salvo scoprire che i pazienti 'non ci seguono', non partecipano, non aderiscono al progetto, anzi lo boicottano.

La CAN affronta questo rischio e lo risolve brillantemente, proponendo una scala e, soprattutto, un metodo, per ascoltare le idee del paziente rispetto ai suoi bisogni, per confrontarle col parere degli operatori, per distinguere tra bisogni presenti, ma soddisfatti, e bisogni che richiedono un intervento, così da decidere assieme, équipe curante e paziente, su cosa lavorare e come.

La CAN è quindi uno strumento che valuta i bisogni dei soggetti con gravi e persistenti disturbi mentali. Copre una vasta gamma di bisogni di tipo clinico e sociale e prende sistematicamente in considerazione sia il punto di vista dello staff sia quello degli utenti.

Il volume che la contiene comprende anche una sessione di addestramento, con le domande più frequenti, casi simulati e griglia per controllare le risposte; in questo modo ogni gruppo di lavoro può addestrarsi al suo impiego, senza necessità di ricorrere a formatori esterni.

La scala valuta 22 differenti aree di vita, ricercando i problemi presentatisi negli ultimi 30 giorni. La valutazione è condotta attraverso un'intervista con l'utente (gli autori comprendono in questo termine quelli di paziente, cliente, consumatore) e, separatamente, una con il gruppo curante. È necessario riportare fedelmente le risposte dell'intervistato, anche se non si è d'accordo, perché, come si diceva, la percezione dei bisogni da parte degli operatori e del paziente è diversa.

Per ciascuno dei 22 ambiti sono attribuibili punteggi che vanno da 0 (nessun bisogno, nessun problema grave) a 1 (bisogno soddisfatto, nessun problema o problema moderato grazie all'aiuto fornito) a 2 (bisogno insoddisfatto o problema grave indipendentemente dall'aiuto fornito). Se viene identificato un bisogno, la scheda chiede quanto aiuto il paziente riceva da parte di amici o parenti e da parte dei servizi e quale sia il punto di vista del soggetto sugli interventi necessari. Infine uno spazio bianco accoglie i provvedimenti, se decisi, la data e il nome di chi li ha assunti.

I 22 ambiti indagati comprendono: Alloggio, Alimentazione, Cura della casa, Cura di sé, Attività quotidiane, Salute fisica, Sintomi psicotici, Informazioni su disturbi e trattamenti, Disagio psicologico, Sicurezza personale, Sicurezza per gli altri, Abuso di alcol, Farmaci, Vita di relazione, Vita di coppia, Vita sessuale, Cura dei figli, Istruzione di base, Telefono, Trasporti, Denaro, Sussidi.

Molto interessante è l'approccio consigliato nell'intervista all'utente allorché le risposte sembrano incoerenti. Recita il manuale: 'Quando si valutano i bisogni del-

l'utente, è necessario considerare sempre il suo punto di vista, anche se può sembrare irrazionale o incoerente con le informazioni di cui si dispone. Se questi dichiara che non esiste alcun problema, bisogna provare a vedere se riceve qualche forma di aiuto nell'area indagata. In caso riceva aiuto, va chiesto il motivo per cui viene fornito tale aiuto. Se questi ammette che l'aiuto serve a prevenire l'insorgenza del problema, allora il punteggio è 1 (cioè, nessun problema grazie all'aiuto ricevuto). Se questi invece dichiara che tale aiuto non è legato al problema, il punteggio è 0'.

Raccogliere separatamente i punti di vista di utente e operatori permetterà un confronto concreto e una vera negoziazione su quali bisogni meritino l'avvio di un programma riabilitativo e quali possano essere, almeno per il momento, lasciati da parte.

HoNOS: HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALES⁵

Questo strumento è stato messo a punto da John Wing nel 1998 e ha come obiettivo primario misurare l'esito dei trattamenti e dei programmi riabilitativi. Tuttavia con HoNOS è anche possibile 'pesare' la gravità dei problemi presentati dai pazienti. HoNOS non è un'intervista, ma una valutazione clinica, che si basa su tutte le fonti, è multidimensionale perché valuta problemi clinici e psicosociali, è relativa a problemi e non a diagnosi, si riferisce al periodo delle ultime due settimane e la sua compilazione è affidata all'operatore che meglio conosce il soggetto, ma la mia opinione è che risulti davvero efficace se è l'intero gruppo di lavoro che assegna i punteggi integrando le informazioni ottenute dal paziente, dai familiari, dalla documentazione clinica. A differenza di CAN tutte le valutazioni contenute nella HoNOS sono relative al giudizio dell'operatore e non a quello del paziente. È composta da dodici item che riguardano altrettante aree: comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati; comportamenti deliberatamente autolesivi; problemi legati all'assunzione di alcol o droghe; problemi cognitivi; problemi di malattia somatica o di disabilità fisica; problemi legati ad allucinazioni e deliri; problemi legati all'umore depresso; altri problemi psichici e comportamentali; problemi relazionali; problemi nelle attività della vita quotidiana; problemi nelle condizioni di vita; problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative. A ogni item si può assegnare un punteggio che va da 0 (nessun problema) a 4 (problema grave o molto grave). 1 indica che il problema c'è, ma è di gravità ridotta e non richiede interventi. Si possono creare sottoscale raggruppando gli item: comportamento (1-3), disabilità (4-5), sintomi (6-8) e problemi sociali (9-12).

Ciascun item comprende una gamma ampia di problemi, per cui capita sovente che due problemi siano presenti nel medesimo item, ma con differenti livelli di gravità. Il punteggio viene assegnato in questo caso al problema più grave occorso nelle due ultime settimane. Gli item 9-12 hanno modalità particolari di valutazione.

HoNOS è corredata da istruzioni chiare e ricche di esempi, tuttavia una fase di addestramento può risultare molto utile per confrontarsi con chi già la padroneggia sul modo migliore di assegnare i punteggi in varie circostanze.

⁵ Erlicher A., Lora A., Monzani E. et al., 2012.

VGF: VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO⁶

È la scala scelta per l'asse V del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, ma si può impiegare, al di fuori delle esigenze di classificazione nosografica, per descrivere in modo estremamente sintetico il livello di disabilità del paziente e per misurarne i cambiamenti nel corso degli interventi di cura e riabilitazione. Consente inoltre di confrontare la gravosità dei pazienti, se si suppone che un punteggio basso richieda un maggior impegno di risorse. Riguarda la situazione clinica e il funzionamento sociale e lavorativo, non tenendo conto di disabilità dipendenti da problemi fisici o dell'ambiente di vita, in ciò distinguendosi da HoNOS. Si tratta di assegnare un punteggio dal minimo di 1 al massimo di 100 scegliendo in base al livello di funzionamento psicologico o a quello di adattamento sociale. La scala ha una legenda di cui più sotto è riportato qualche esempio.

- 100: 'Funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano mai sfuggire di mano, è ricercato dagli altri per le sue numerose qualità positive. Nessun sintomo'.
- 60: 'Sintomi moderati: affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico. Oppure moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico: pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro'.
- 30: 'Il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri o allucinazioni. Oppure grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio: talvolta incoerente, agisce in modo grossolanamente inappropriato; idee di suicidio. Oppure incapacità di funzionare in quasi tutte le aree: resta a letto tutto il giorno; non ha lavoro, casa o amici'.

Conclusioni

Le scale di valutazione possono risultare indigeste se imposte agli operatori come un obbligo che inevitabilmente diviene burocratico e si può connotare di timori persecutori. Oppure possono divenire un nuovo meccanismo di difesa cui il gruppo curante, o qualche operatore, ricorrono compilandole e ricompilandole come riparo dalle angosce evocate dall'incontro personale con la gravosità della psicosi, delle malattie mentali invalidanti, della cronicità. Se applicate con curiosità conoscitiva, invece, riservano ricche e affascinanti sorprese, perché inducono a esplorare ambiti trascurati della vita del paziente e del suo mondo, proteggono dall'inventarsi programmi riabilitativi fondati soprattutto su quel che gli operatori fanno o amano fare e che ritengono a priori 'giusto' per i loro assistiti e suggeriscono nuove vie per un lavoro riabilitativo fruttuoso proprio perché condiviso.

⁶ American Psychiatric Association, 2002.

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE GRAVE TRA RELAZIONE E PROGETTO⁷

Riassunto

Particolarmente importante è la continuità di trattamento, come principio operativo che è alla base della presa in carico territoriale. Proprio sulla titolarità e responsabilità della presa in carico il PRSM insiste, individuando nel Piano di Trattamento Individuale (PTI), con identificazione della figura del *case manager*, il suo strumento applicativo per lo specifico percorso di trattamento del paziente grave. La presa in carico è in rapporto con l'integrazione in quanto coincide con la strutturazione di forte progetto: processo 'integrato', caratterizzato dall'accogliere la persona nella continuità e nella ricerca dell'area di sicurezza e nel contempo dall'attuare un'intermediazione con i bisogni di evoluzione emancipatoria, all'interno di un interesse clinico organizzativo reale. Tappa di un percorso clinico e organizzativo ispirato e sostanziato dal Modello dell'Integrazione Funzionale, che è in grado di plasmare servizi e programmi di cura personalizzati, e realizzato dal *case manager* comunitario, con tutte le professioni della mini-équipe.

La relazione con il paziente psicotico

Tanto nel sapere popolare come nell'epistemologia praticata dai servizi esperti, la concezione del paziente psicotico spesso oscilla tra l'approccio sociale, quello medico e quello psicologico. Vale a dire: lo psicotico è visto alternativamente come un matto da legare, o da liberare, piuttosto che come un malato da curare o come una persona da capire e aiutare. Oggi tuttavia si va affermando una visione integrativa, invece che alternativa, dei diversi approcci e sempre più si parla di modello biopsicosociale.

Se di una metodologia di lavoro integrata tra gli operatori si avverte una diffusa esigenza, parimenti si registra il rischio di giustapporre pratiche e di sommare soltanto interventi, cosa ben diversa dall'integrare. L'integrazione necessita infatti di un pensiero, di una chiave interpretativa, cioè di criteri che guidino le scelte e ne scandiscano i tempi.

Zapparoli (2002) identifica il punto di partenza del modello dell'integrazione funzionale nel paziente stesso: esso nasce dall'evidenza elementare che egli è una persona che anzitutto esige di essere accettata così com'è, ovvero un soggetto, un interlocutore che si propone con le sue richieste e caratteristiche peculiari.

Una loro caratteristica fondamentale è che sono le persone più bisognose, gli psicotici: nel senso che hanno il massimo del bisogno e insieme la minima possibilità di gestirlo.

In secondo luogo e contemporaneamente, lo psicotico tende a rifiutare l'aiuto che per tanti versi sembra richiedere: si veda l'opposizione ai trattamenti farmacologici, psicoterapeutici o riabilitativi, che frequentemente manifesta, o anche l'ingratitude che non di rado mostra. Perlomeno ciò è vero se vogliamo così riduttivamente qualificare, dal nostro punto di vista, certi suoi atteggiamenti non responsivi al nostro

⁷ A cura di Giorgio Cerati.

zelo terapeutico, come quando egli si sente vuoto e cupo proprio mentre sembra libero da sintomi produttivi in virtù dell'azione dei farmaci.

D'altra parte i sintomi costituiscono le difese che queste persone hanno organizzato nel tempo, quasi a preservare la loro stessa identità: di qui il loro tenace attaccamento a conservarli, che tecnicamente viene chiamato 'resistenza al cambiamento'.

Sono osservazioni di frequente riscontro nella pratica clinica corrente, di fronte alle quali ci si domanda normalmente che cosa fare: se è possibile attaccare queste difese e se vale la pena in ogni caso di cercare di sradicarle, o fino a che punto invece è bene rispettarle.

Soggetti particolarmente bisognosi, dicevamo: il che farebbe pensare ai pazienti psicotici come a persone indifese o comunque non attrezzate a difendersi. Oppure, per meglio dire, bisognosi lo sono in quanto strutturano sistemi di difesa talmente singolari e disfunzionali che, lungi dal risolvere i conflitti, diventano la fonte di bisogni ancora più radicali.

I bisogni si propongono allora come specifici della condizione psicotica: come il bisogno di non avere bisogni, il bisogno di mantenere un legame simbiotico o di evolvere oltre lo stesso, il bisogno del delirio come principale lavoro, il bisogno di continuità funzionale.

La psicosi e i suoi aspetti privati

Ritornando ora alle questioni del che fare e da dove partire, occorre dire che la nostra psichiatria dei servizi è in grado comunque di trattare i sintomi e i comportamenti di quei quadri, specie acuti, che possiamo qualificare come 'psicosi pubblica': non mancano oggi presidi farmacologici efficaci nel ridimensionare i disturbi, se del caso con l'ausilio di altri legittimi mezzi di contenimento e al limite di coercizione.

Ma come affrontare gli aspetti 'privati' della psicosi? La rilevazione dei bisogni specifici dei pazienti offre un metodo utile a comprendere il loro mondo interno e a orientare gli interventi.

Un'osservazione frequente è data dal fatto che essi ricercano relazioni privilegiate con oggetti poco qualificati, vale a dire si rapportano meglio con interlocutori che sentono meno pericolosi e più controllabili. La comprensione di questo 'bisogno di un oggetto meno qualificato' può rappresentare un suggerimento prezioso, una via d'accesso che i pazienti stessi indicano, per intraprendere una relazione di alleanza, considerando l'alleanza di lavoro la base di ogni forma di aiuto anche di tipo terapeutico (Zapparoli G.C., Cerati G., 2000).

Conquistare la fiducia di base è certamente un compito essenziale dell'operatore psichiatrico e viene favorito dalla capacità di assumere una posizione 'inanimata', che si esprime in forme di relazionalità primaria, accogliente e apparentemente non-esperta, come quella delle 'piccole chiacchiere'. Tale impostazione della relazione con il paziente consente:

- di non sottrarre a lui la sensazione di avere il controllo della relazione e quindi di essere accettato senza l'impedimento determinato da sentimenti eccessivi di vicinanza/distanza;

- di conseguenza di non farlo sentire costretto nel dilemma bisogno-paura, una condizione di paralisi che brucia e consuma subito l'esile fiammella del rapporto di fiducia: bisogno d'aiuto e contemporaneamente paura della dipendenza annientante dall'altro, del rischio di ripetere la storia di relazioni parentali in cui ammettere di aver bisogno dell'altro significava perdere le proprie difese, la propria identità individuale.

Ma soprattutto la posizione dell'oggetto inanimato, di rappresentare per lui un oggetto inanimato (Zapparoli G.C., 2002), pone l'operatore in una condizione più efficace e meno impotente: quella di un ascolto capace di cogliere i bisogni specifici del paziente (avendo così in parte l'opportunità di identificarsi con lui), allo scopo di capire i modi con i quali egli può accettare di soddisfarli.

Si cercherà allora di reperire i corrispondenti oggetti di bisogno, anche quando per esempio si tratta di un oggetto persecutorio rappresentato dall'operatore stesso, sollecitato così a un incontro che lo trasforma da spettatore in attore. E similmente si cercherà di individuare le protesi necessarie rispetto ai deficit del paziente psicotico, per quanto vengano in genere da lui negati.

Il programma clinico: dalla valutazione alla presa in carico

La metodica suddetta è utile, oltre che a organizzare trattamenti basati su interventi focalizzati, a realizzare un percorso clinico, diagnostico-terapeutico, più completo. L'iter clinico di un soggetto con disturbi psichici prevede tappe di percorso come le seguenti:

- primo contatto, invio, richiesta;
- colloquio clinico: di valutazione diagnostica nosografica e psicopatologica, funzionale e dinamica; delle risorse e resistenze del paziente;
- proposta di trattamento: farmacologico, psicoterapeutico, riabilitativo e assistenziale;
- presa in carico: formulazione e gestione del programma in équipe; intervento a lungo termine; utilizzo delle risorse interne ed esterne all'équipe.

Attraverso l'ascolto della storia della persona, attraverso l'iter di osservazioni e colloqui – permeati prima, nella fase dello stabilirsi della relazione di fiducia, di un clima di tensione, di diffidenza, e poi di una continua messa alla prova nei confronti dell'operatore – si giunge a formulare una diagnosi, che dovrà essere funzionale e non solo nosografica.

Vale a dire, oltre al livello di gravità e al funzionamento sociale, il processo di valutazione deve verificare l'idoneità o meno del soggetto all'autoconservazione, comprenderne le paure e le difese, rilevare le sue resistenze, le risorse proprie e quelle del contesto, le spinte emancipogene, le scelte autoterapeutiche ecc. (Zapparoli G.C. et al., 2004).

Rilevati e differenziati i bisogni, grazie al lavoro dell'équipe, cui tutto il personale, compreso quello 'meno qualificato' partecipa, nasce un programma di trattamento integrato, che si realizza nell'applicare e integrare le diverse funzioni cliniche: la farmacoterapia, la psicoterapia, la riabilitazione, l'assistenza.

La presa in carico dovrebbe coincidere con la strutturazione di un tale progetto, adatto a casi gravi e complessi, caratterizzato da continuità e multidisciplinarietà, realizzato da un'équipe che accoglie il paziente a tempo indeterminato e sa utilizzare, integrandole, tutte le risorse disponibili, formali e informali, pubbliche e private, per ogni specifica tappa del trattamento.

Nell'ottica del percorso di cura del paziente psicotico con disturbi persistenti, dunque, se presa in carico descrive il processo di assistenza nel suo insieme, parallelamente decisive sono di volta in volta le scelte dei trattamenti a termine. La tecnica di condividere il delirio o quella di accettare intense relazioni di dipendenza rappresentano esempi di protesi utili, specie nelle fasi meno evolutive del soggetto.

Un'ulteriore osservazione piuttosto significativa riguarda l'uso che si fa delle notizie catamnestiche (Zapparoli G.C., 2002). Se è pacifico il fatto che in genere si svolga un'accurata raccolta anamnestica, meno scontato è che essa venga impiegata per fornire elementi alla diagnosi funzionale, e ancor meno che la catamnesi del paziente in carico sia considerata fonte di informazioni importanti.

Eppure non appare irrilevante porsi domande quali:

- come il malato ha capitalizzato le proposte di aiuto che gli sono state offerte?
- come ha utilizzato le risorse sanitarie, assistenziali, sociali sinora impiegate per lui?
- che effetto ha avuto sul paziente tutta la disponibilità di personale e di servizi messi appositamente in campo?

Mantenendo il discorso a livello clinico, certo senza assecondare meri criteri di economia sanitaria, si può notare come la diagnosi di 'alti utilizzatori dei servizi' definisca specularmente determinate carenze tecniche riguardo alla difficoltà a discernere l'essenziale dal superfluo, sia nelle scelte cliniche dei piani di cura sia nell'organizzazione operativa del lavoro in ambito psico-sociale.

Non è certamente automatico, infatti, che si raggiunga un risultato migliore neppure applicando intensivamente le caratteristiche professionali della presa in carico d'équipe, o le funzioni del trattamento integrato, che lo stesso Piano Regionale per la Salute Mentale propone e che peraltro è auspicabile attuare. Ci si riferisce nello specifico alla pur fondamentale distinzione delle funzioni, da integrare poi nell'ambito del lavoro d'équipe per i Piani di Trattamento Individuali (PTI), tra: la funzione clinica, la funzione assistenziale, la funzione di integrazione e quella di intermediazione.

In altre parole, si tratta certamente di valorizzare una metodologia, ma non alla stregua della meccanica applicazione di strumenti: piuttosto la questione è di come vengono utilizzate quelle diverse funzioni; anzi, a ben vedere, ci si dovrebbe chiedere come il paziente le utilizza e cioè, in fondo, come utilizza gli operatori stessi.

Per esempio, la funzione assistenziale, importantissima e troppo spesso negletta, si usa comunemente per rispondere ai bisogni di accudimento, che a volte sono prevalenti, tanto che il paziente oppositivo verso la terapia non di rado accetta invece di essere assistito. Ma la funzione dell'assistenza, interpretata dall'infermiere, diventa

anche un luogo privilegiato di osservazione per la diagnosi funzionale e frequentemente momento relazionale essenziale per la veicolazione delle terapie.

Analogamente, la funzione professionale di intermediazione, che riguarda i rapporti con le risorse informali e di rete, per essere svolta in modo efficace e non superficiale presuppone la valutazione delle protesi che sono necessarie al paziente e l'individuazione delle aree che più ne possono garantire la sicurezza.

Qui si inserisce il *case management* comunitario, con tutte le professioni della *mini-équipe*, come funzione organizzante dell'integrazione, attraverso la metodica del rilevamento dei bisogni, del reperimento delle risorse e dell'integrazione delle funzioni nell'*équipe*: un processo *integrato*, caratterizzato dall'accogliere il paziente come fosse per sempre, nella continuità e nella ricerca dell'area di sicurezza, di una residenza emotiva, e nel contempo attuare un'intermediazione con i bisogni di evoluzione emancipatoria della persona stessa. Comporta l'uso di tutte le risorse disponibili all'interno di un interesse clinico organizzativo reale.

Una situazione esemplificativa

Un esempio clinico è fornito da un caso discusso in CRA, quello di una donna resa di fatto invalida dall'assenza di difese dall'invadenza di pretese onnipotenti, con subentranti crisi di angoscia panica, di pessimismo, di prostrazione; le diagnosi nosologiche andavano dalla depressione con sintomi deliranti alla psicosi indifferenziata, con frequenti ricoveri in SPDC, terapie divergenti tra CPS e ospedale, numerose e varie proposte territoriali (tra cui anche un gruppo di mutuo aiuto).

Tre figli, un marito debole e difficile, si dimostra sempre brava, lavoratrice efficiente, ma al suo primo cedimento, la madre (rimasta vedova) interviene su di lei in modo ipercritico, esigente, e tuttavia tendente a sostituirla con i figli e a dividerla dal marito.

Anche l'*équipe* viene di fatto divisa tra chi stimola e chi contiene, tra territorio e reparto, tra psichiatri e psicologi, e neppure tra i servizi e le famiglie d'origine c'è sintonia...; ma l'infermiera che si reca a domicilio coglie il bisogno specifico della paziente nel suo non sentirsi idonea all'autoconservazione e nel suo legame simbiotico-ambivalente con la madre.

Emerge un quadro di alto utilizzatore dei servizi, vista la ingente mobilitazione di interventi sanitari e sociali in atto e la resistenza al cambiamento mostrata dalla paziente: come discriminare, tra i tanti, i provvedimenti essenziali dai superflui? Come trasformare la nostra totale impotenza in (relativa) potenza?

Si ritiene opportuno, giunti a questo punto, di provare a disegnare la 'mappa dei poteri' in campo: paziente, mamma, marito, figli, suocera, medici CPS-SPDC, psicologo, infermiera domiciliare, educatrice e assistente sociale del Comune. Fatta tale mappatura, si arriva, di fronte a una paziente deficitaria, a definire e a formulare una domanda: quali protesi sono indicate per il suo deficit? La proposta di ricovero in CRA, come una tregua voluta per interrompere la porta girevole, ha consentito di lavorare con la paziente sulla base di queste indicazioni, focalizzando gli interventi sul quadro familiare, allo scopo di aiutarla a ritrovare una base di sicurezza.

Decisivo è apparso l'aspetto della riduzione di aspettative molto alte: la relativizzazione dei troppi ruoli della paziente e insieme la limitazione dell'invadenza onnipotente della madre (senza estrometterla). Nel frattempo si attuano interventi ausiliari (protesi) volti a evitare di riprodurre collusivamente modalità saturate di pretese e di richieste ambigue.

Infatti, è lei stessa che poi comincia a chiedere di ridimensionare il proprio oggetto di bisogno dell'illusione di eccellere in tutti i ruoli di madre, moglie, lavoratrice: un percorso che in fondo è partito dall'osservazione-rilevazione infermieristica, grazie alla quale si è potuta centrare la diagnosi funzionale. Dopo sei mesi di ricovero al CRA e una graduale preparazione, ella rientra a domicilio, aiutata a recuperare le funzioni familiari e in parte socio-lavorative.

Un esempio di trattamento a termine, focalizzato sul presente, con interventi diversi e convergenti a recuperare il terreno di sicurezza oggi necessario per la persona, ma nel contempo basato sulla presa in carico di un'équipe – ove l'infermiera ha incarnato la funzione di *case manager* – che dà la garanzia di esserci per sempre, di non venir meno. Abbiamo così risposto al bisogno di costanza e di continuità funzionale della paziente, ottenendo insieme di contenere la duplice fonte di angoscia del dramma di una madre che potrebbe mancare e del soffocante legame di dipendenza ambivalente che vi è connesso.

Il trattamento e l'équipe curante

Un'ultima questione, prima di concludere, riguarda il come affrontare la possibilità della cronicizzazione. Essa è certamente possibile tanto nei soggiorni sine die in comunità immutabili, quanto nelle spire dei servizi dipartimentali o delle Unità Operative psichiatriche con le loro porte vorticosamente girevoli. Non è però inevitabile.

La domanda, che si ripropone, diventa allora se e come è possibile il cambiamento.

L'esperienza ci dice che gli spunti evolutivi sono da cogliere attraverso le vicissitudini della ricerca dell'*area di sicurezza* (Gislon M.C., 2000) rispetto ai bisogni del paziente e contemporaneamente dentro l'emergere di spinte emancipative: saper valutare la non-velleitarietà di queste ultime e accompagnare la sua ricerca di sicurezza sono compiti non necessariamente in contraddizione tra loro e certamente molto stimolanti per noi operatori.

Le strade da intraprendere non sono schematizzabili, potendo anche attraversare fasi di discontinuità, non solo di continuità. Per esempio, le protesi che sono fornite nelle strutture, nei servizi territoriali o a livello della rete sociale naturale, in particolare tramite il tessuto delle relazioni – specifiche e aspecifiche – che le costituisce, possono funzionare in modi diversi e opposti. Come 'caserme' immutabili nel tempo e nello spazio, rigide nelle loro regole severe e rassicuranti, oppure come delle 'navi appoggio' (così un vecchio paziente aveva definito la casa-famiglia che lo ospitava), vale a dire ausili, presidi, basi di sicurezza per vivere, per sperimentare la qualità di vita al livello per ciascuno possibile.

Si veda l'esperienza delle nuove Comunità Riabilitative a media assistenza (CRM) un trattamento a termine di due anni, impostato sulla riabilitazione alla vita domestica

e alla vita sociale di pazienti con storie di cronicità, come tappa di un percorso personale che in tal modo è stato riattivato e che dovrà avere come traguardo una casa.

La presa in carico resta peraltro un aspetto interessantissimo dell'agire clinico, su cui occorrerebbe una continua opera di manutenzione e anche di ridefinizione aggiornata in collegamento con le realtà della rete sociale (in una prospettiva di continuità funzionale nel territorio).

Il lavoro della presa in carico 'come fosse per sempre', da parte dell'équipe territoriale, è come un inesauribile laboratorio ove i bisogni si presentano sotto forma di sintomi, di comportamenti, di comunicazioni, che entrano in risonanza con le diverse personalità degli operatori, fibrillando o raffreddando, vagando o depositandosi: proiezioni differenziate e a volte scisse e disgregate gettate sugli operatori da parte dei pazienti, che ci chiedono così risposte autentiche, integranti e integrate. Non certo direttamente e in modo didascalico, ma appunto attuando le modalità di relazione dell'oggetto meno qualificato, ricercando il senso delle scelte autoterapeutiche, fornendo protesi e oggetti di bisogno corrispondenti ai bisogni specifici rilevati, attenti a cogliere ogni nuovo spiraglio evolutivo che possa emergere.

A tutto ciò si lega il tema della *residenza emotiva*, ricorrente nell'opera di Zapparoli, che in altro modo sottolinea i concetti detti sopra di un luogo, fisico e mentale, ove una persona si sente accolta e rispettata e dove accetta di ricevere forme di aiuto attraverso operatori capaci di rappresentare dei buoni intermediari (Zapparoli G.C., Gislone M.C., 1999). Trattamento integrato, dunque, se in grado di armonizzare presa in carico e trattamenti a termine per il paziente psicotico.

Per questi pazienti il tragitto non va mai dato per scontato: come dei Giano bifronte, tanti riescono a evolvere purché abbiano la garanzia di poter sempre guardare dietro le spalle. Vi è inoltre un margine di libertà che sempre si offre alla negoziazione tra paziente e terapeuta.

Quest'ultimo in ogni modo difficilmente vincerà la sua sfida se la manterrà sul piano dell'onnipotenza, terreno sul quale il paziente è maestro, mentre avrà più probabilità di successo se saprà imparare dal basso, dal paziente stesso, cercando lì di legittimare un potere professionale difficile quanto necessario.

Presa in carico e integrazione coincidono con la strutturazione di forte progetto: tappa di un percorso clinico e organizzativo ispirato e sostanziato dal modello dell'integrazione funzionale, che è in grado di plasmare servizi e programmi di cura personalizzati, e realizzato dal *case manager* comunitario, con tutte le risorse disponibili e in particolare le professioni della mini-équipe.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2002) *DSM IV TR Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Masson, Milano.
- Cerati G. (2005) Trattamento a termine nella presa in carico dello psicotico, in: *L'incontro con il paziente psicotico nel suo percorso esistenziale*, Insubria University Press, Varese.

- Cerati G. (2010) Case management psichiatrico, sussidiarietà dei servizi, integrazione degli interventi, in: M. Rabboni (a cura di), *Case management in psichiatria. Un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie*, Update International Congress.
- Cerati G., Percudani M., Merckling D. et al. (2008) Percorsi riabilitativi: i nuovi programmi e la residenzialità leggera, *Psichiatria Oggi*, anno XXI, n. 1-2, Milano.
- Cerati G., Percudani M., Petrovich L. (2005) A new perspective for mental health. The Lombardy Regional Mental Health Plan, *Journal of the Medicine and the Person*, vol. 3, n. 2, Milano.
- Erlicher A., Lora A., Monzani E. et al. (eds) (2012) *Health of The Nation Outcome Scales HoNOS. Una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Gislon M.C. (2000) *Trattato di psicoterapia breve integrata*, Dialogos, Milano.
- Guay J. (2000) *Il case management comunitario*, Liguori, Napoli.
- Morosini P., Magliano L., Brambilla L. (1998) *VADO: Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi*, Erickson, Trento.
- Petrovich L., Percudani M., Ferla M.T. et al. (2006) Il Piano Regionale per la Salute Mentale della Lombardia: nuove prospettive e opportunità, *Quaderni Italiani di Psichiatria*, vol. XXV, Milano.
- Sanicola L. (a cura di) (1995) *Reti sociali e intervento professionale*, Liguori, Napoli.
- Slade M., Thornicroft G., Loftus L. et al. (2000) *CAN: Camberwell Assessment of Need*, Edizione italiana a cura di M. Ruggeri, M. Tansella, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- Zapparoli G.C. (2002) *La follia e l'intermediario*, Dialogos, Milano.
- Zapparoli G.C., Cerati G. (2000) *Il trattamento del paziente psicotico come integrazione di relazioni informali e proposte formali*, Atti del XLII Congresso della Società Italiana di Psichiatria, Torino, 16-21.10.2000.
- Zapparoli G.C., Gislon M.C. (1999) Betrayal and Paranoia: The Psychotherapist's Function as an Intermediary, *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 9 n. 2.
- Zapparoli G.C. et al. (2004) *La diagnosi*, Dialogos, Milano.
- Zizolfi S. (1997) La versione italiana del Life Skills Profile (LSP), uno strumento per la valutazione del funzionamento e delle disabilità dei pazienti schizofrenici, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 6(3).
- Zapparoli G.C. (1988) *La psichiatria oggi*, E. Bollati-Boringhieri, Torino.
- Zapparoli G.C. (2009) *Introduzione al modello dell'integrazione funzionale nella patologia grave*. I Quaderni di Musaikòn, Dialogos, Milano.

Lia Sanicola

RIASSUNTO

Il *case management* comunitario introduce nell'assetto delle cure per la salute mentale una prospettiva di rete, cioè la possibilità opportunità di ampliare lo sguardo non solo nei confronti della famiglia, ma anche delle reti sociali, cioè delle relazioni significative del paziente (famigliari, parente, amici, vicinato). Dopo aver considerato i concetti di base (coordinate teoriche, definizioni, modelli, prospettive di politica sociale), il capitolo presenta il modello d'azione dell'intervento di rete nelle sue due fondamentali dimensioni: l'esplorazione e la mobilitazione delle reti sia primarie che secondarie, con i relativi strumenti, immediatamente fruibili nel lavoro professionale. Ne documenta l'applicabilità nella salute mentale, riportando la situazione di un paziente affrontata con questa innovativa metodologia.

I CONCETTI DI BASE

L'approccio di rete alla salute comunitaria che qui presentiamo si fonda su alcuni aspetti, che hanno permesso di sviluppare interessanti riflessioni nell'ambito del lavoro clinico e sociale con implicazioni sul piano metodologico.

Le coordinate teoriche

Queste coordinate fanno riferimento a contributi teorici di studiosi diversi, tra loro compatibili, che qui di seguito consideriamo.

LA SOCIETÀ COME RELAZIONE SOCIALE

Donati pone al centro della società la *relazione sociale* intensa come legame di reciprocità tra quattro poli della realtà sociale: il sistema dei valori, gli obiettivi, le risorse e i vincoli posti dal sistema normativo (Donati P., 2009).

Essa si genera nell'intersecazione di due assi, il primo è un legame di tipo 'referenziale', e collega gli obiettivi con la sfera dei valori elaborati nell'ambito della sfera

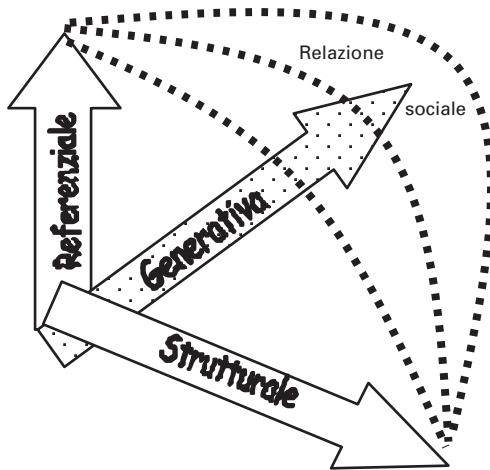


FIGURA 2.1 Gli assi della relazione sociale (Rossi G., 2001).

comunitaria, il secondo è un legame di tipo ‘strutturale’ e collega le risorse provenienti dal mercato con le norme e le regole poste dallo Stato.

Perciò, si parla di rete in quanto sviluppo ‘strutturale’ di connessioni tra agenti e attori appartenenti a sfere diverse (comunità, mercato, stato e non-profit) che agiscono secondo un principio di organizzazione e un metodo specifico, attuando scambi per mezzo del dono, del denaro, della norma o con mezzi misti, come nel caso del non-profit.

Inoltre, si parla di rete anche per identificare la trama di relazioni che si sviluppa, secondo una logica di tipo ‘referenziale’, all’interno e al di là delle connessioni strutturali, grazie all’iniziativa di agenti e attori in grado di agire valorizzando la qualità differente della relazione sociale (Rossi G., 2001: Figura 2.1).

Questi, sviluppano la realtà sociale secondo un disegno reticolare che si stabilisce in base a fattori strutturali di ordine materiale (le risorse) e normativo (le leggi, le regole), posti in relazione a fattori referenziali dati dagli obiettivi stabiliti secondo criteri di orientamento provenienti dalla cultura e dal sistema dei valori.

Ne consegue la possibilità di ben distinguere agenti e attori, di definire i differenti ruoli che essi sono chiamati a ricoprire.

Nello stesso tempo, emerge il nesso che esiste tra tale ruolo e la sfera di appartenenza di ciascun attore, che si differenzia e si qualifica l’una rispetto all’altra, come vedremo, per principio di organizzazione, mezzo di scambio, metodo di azione e qualità della relazione messa in gioco.

Sul piano operativo, la comprensione della natura di questi nessi permette di identificare su quale asse della relazione esiste un problema e in quale è concretamente possibile agire e come.

IL RISCHIO COME DISEQUILIBRIO TRA SFIDE E RISORSE

Donati vede la *rischio* come fattore permanente della vita sociale contemporanea, che si evidenzia nel rapporto di disequilibrio tra sfide (bisogni) e risorse: laddove queste

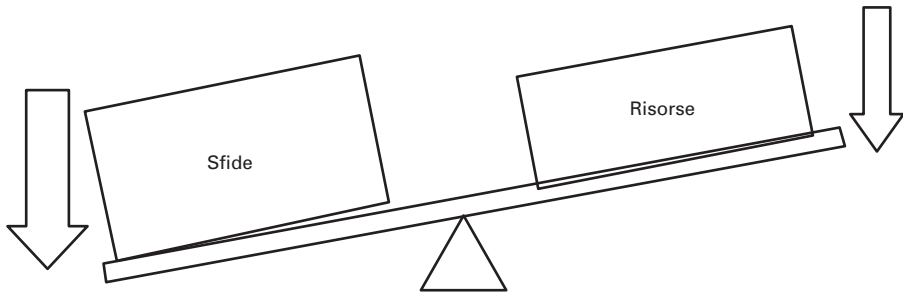


FIGURA 2.2 La situazione di rischio.

ultime non si rendono disponibili o sono fortemente ridotte, si configurano situazioni di pericolo o di danno (Figura 2.2) (Donati P., 1990).

Per esigenze di sintesi, rimandiamo all'ampia letteratura esistente su questo approccio che sposta il punto di osservazione dall'analisi del bisogno, alla valutazione dell'adeguatezza delle risorse nei confronti delle sfide sociali. Tanto più se consideriamo che queste ultime si presentano sullo scenario della vita sociale in modo sempre più imprevedibile e talvolta non valutabile. Basti pensare in questo momento alla sfida della crescita esponenziale del disagio mentale o dell'AIDS.

Sul piano operativo, in questa prospettiva l'articolazione delle risposte si orienta verso la ricerca di un equilibrio tra sfide e risorse derivanti dallo sviluppo di sistemi di autoregolazione sociale. Questi permettono di sviluppare forme di intervento rapide e flessibili, capillari e culturalmente qualificate, se sono concretamente sostenute dall'apparato sistemico, prima che la sfida posta dal bisogno entri in una zona di pericolo e di danno sociale.

IL DONO COME FATTORE DI COSTRUZIONE SOCIALE

Godbout ha realizzato interessanti studi sulla dinamica del dono nella società contemporanea (Godbout J.T., 1998). A partire dalla teoria di Marcel Mauss egli ha sviluppato interessanti osservazioni sulla relazione esistente tra legame sociale ed esperienza del dono, dimostrando come lo scambio sociale nella sfera comunitaria assuma il dono come mezzo in funzione dello stabilirsi del legame sociale e non viceversa.

I suoi studi sull'esperienza del dono nella famiglia e con gli estranei hanno permesso di dare un fondamento sociologico forte alle pratiche che valorizzano gli scambi nelle reti, permettendo di attribuire loro un valore non solo simbolico e referenziale, ma anche strutturale.

LE RETI SOCIALI COME PATRIMONIO

Nel nostro approccio consideriamo le reti sociali come il punto focale del patrimonio umano, più precisamente del capitale personale e sociale: assumiamo l'ipotesi che esse costituiscono una 'offerta' di natura collettiva, cui corrisponde una capacità di 'accesso'.

Spesso, manca alle persone una capacità di 'accesso' alle reti, anche quando queste esistono e sono presenti, a causa di processi di espropriazione, di isolamento, di emar-

ginazione, di esclusione. Tuttavia, le reti possono essere mobilitate e sviluppate, processi di appartenenza possono essere facilitati e promossi. Tanto più si incrementa il patrimonio umano fruibile in termini di reti, quanto più si riduce la vulnerabilità dei singoli.

I MOVIMENTI DELLE RETI

Il gruppo di ricerca sull'intervento di rete dell'Università di Montréal ha osservato che le reti sociali sono realtà collettive fluttuanti, in movimento permanente (Brodeur C., Rousseau R., 1984). Esse assumono direzioni di carattere spontaneo. Si tratta di due movimenti compresenti e dialettici:

1. il movimenti dall'individuale verso il collettivo (condivisione) e viceversa;
2. il movimento dalla dipendenza verso l'autonomia e viceversa.

In presenza di un evento critico, come per esempio la malattia, le reti possono polarizzarsi verso l'individualismo e di conseguenza verso la dipendenza dall'evento critico. Le persone vengono identificate e definite dal loro bisogno e vengono iscritte nell'apparato sistemico dei servizi, talvolta fino allo stigma, come avviene talvolta per i malati mentali.

Le reti, al contrario, possono mettersi in movimento verso il collettivo, cioè orientarsi verso la condivisione e la presa in carico condivisa del bisogno, sviluppando quindi un movimento di autonomia nei confronti dell'evento critico.

Tale autonomia è un effetto della condivisione e passa attraverso un gioco relazionale di interdipendenze, frutto di un intreccio di aspettative e di responsabilità individuali e collettive.

Quando le reti si orientano verso l'autonomia, esprimono sia la loro competenza nella sfera comunitaria nei confronti dell'elaborazione della forma della risposta, sia la loro *capacità* di regolazione e di negoziazione rispetto all'egemonia dei vincoli normativi, espressi dal sistema dei servizi.

Alla base della visione dei ricercatori che hanno elaborato gli approcci sopra descritti, vi è una filosofia che concerne il modo di vedere la società nei suoi diversi aspetti. Le sue implicazioni toccano più in particolare i bisogni e le risposte, il rapporto tra responsabilità individuali e collettive, il ruolo dei diversi attori sociali, gli scambi sociali visti in funzione del legame sociale, le vie di uscita dalla precarietà e il modo di considerare le risorse e le opportunità per la salute individuale e collettiva.

Alcune definizioni

Ma cosa sono le reti sociali? Esiste ormai un elevato numero di studi, di ricerche e di teorizzazioni che hanno costituito per noi un riferimento importante. Si parla di rete come sistema in connessione, rete di comunicazione, strategia messa in atto dagli individui e, infine, 'forma' delle relazioni sociali (Boccaccin L., 2001).

Riportiamo qui di seguito le definizioni operative da noi utilizzate per identificare le reti sociali, come forma delle relazioni sociali, alle quali facciamo riferimento quando parliamo di intervento di rete o di lavoro di rete (Sanicola L., 2010).

Tali reti si caratterizzano e si distinguono secondo due grandi categorie: le reti primarie, dette anche informali, e le reti secondarie, dette anche formali (Figura 2.3).

Le *reti primarie* sono formate dai legami di famiglia, parentela, vicinato, amicizia e lavoro; si costituiscono in forza della storia dei soggetti agenti, non possono essere create, prodotte, ma solo generate nel tempo, riconosciute, promosse e orientate. Hanno come principio di organizzazione il senso del debito sociale, attingono alla reciprocità come metodo e al dono come mezzo.

La relazione sociale che si stabilisce è caratterizzata dalla lealtà orizzontale e verticale tra le generazioni. Infatti, le reti primarie costituiscono l'ambito dove lo spirito del dono si instaura e si sviluppa in modo privilegiato, dando forma al mondo affettivo e simbolico dei singoli e dei collettivi.

Le *reti secondarie formali* sono costituite dalle organizzazioni ufficiali e le istituzioni di servizi (scuole, ospedali, uffici statali ecc.). Si fondano sul principio dell'uguaglianza garantito dalla legge, si caratterizzano per gli scambi fondati sul diritto, primo tra tutti

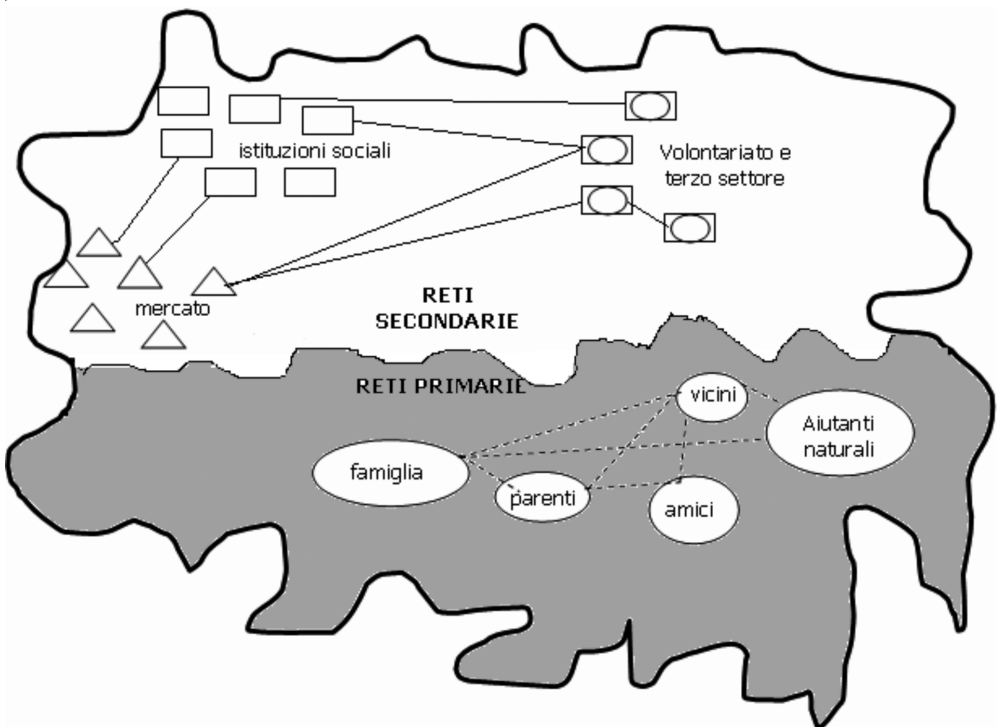


FIGURA 2.3 Il network delle reti sociali nella comunità (Rossi G., 2001).

quello di cittadinanza, e utilizzano la redistribuzione come metodo. Esse erogano prestazioni o servizi e intervengono sulla base di una esigibilità da parte degli utenti. Fanno parte del sistema normativo e costituiscono generalmente un vincolo per la realtà sociale.

Le *reti di terzo settore* sono quelle che si costituiscono come organizzazioni di servizi non-profit (cooperative sociali, associazioni di volontariato e di promozione sociale, fondazioni). Si caratterizzano per un mix sia nel principio di organizzazione che coniuga il debito sociale con le norme, sia nel metodo che coniuga solidarietà e redistribuzione, utilizzando come medium non solo la solidarietà ma anche la norma.

Le *reti di mercato* sono quelle appartenenti alla sfera economica, si fondano sul principio dell'equivalenza, utilizzano come metodo il mercato (che dà loro il nome) e come medium il denaro e il profitto: sono le aziende, le imprese, le unità commerciali, i negozi, le attività di libera professione ecc. La relazione che si stabilisce si caratterizza per la possibilità di uscita (exit), poiché essa non crea vincolo se non in rapporto a ciò che si scambia.

Abbiamo utilizzato queste definizioni che costituiscono dei concetti di base del nostro metodo di lavoro, l'intervento di rete. Esso si fonda sul progetto di azione sociale teorizzato da Brodeur e dalla sua équipe (Brodeur C., Rousseau R., 1984).

I modelli

Le reti sociali presentano un elevato valore non solo conoscitivo ma anche operativo, poiché esse sono accessibili all'esplorazione e permettono lo sviluppo di un'azione a loro favore.

L'intervento di rete ipotizza un'azione mirata sulle reti sociali primarie come elemento del capitale umano da mobilitare, promuovendolo e potenziandolo, al fine di ridurre e/o compensare lo squilibrio tra sfide e risorse. Ciò si realizza assumendo una prospettiva di tipo relazionale, guardando alla realtà sociale non tanto secondo una logica lineare quanto secondo una logica di tipo relazionale. Quest'ultima permette di evidenziare la reciprocità e la complementarietà tra i quattro fattori della realtà sociale sopra detti, con particolare attenzione ai fattori culturali, come polo di orientamento nella multidimensionalità della situazione.

Ne consegue per il *case manager* la funzione di guida relazionale, che egli assume nei confronti degli individui e della rete perché possano orientarsi, mettendo in gioco il loro capitale personale e sociale, cioè mobilitando le reti stesse per uscire dalla dipendenza dal bisogno.

Nelle scienze umane, a partire da Barnes¹, le reti hanno avuto una importante ricaduta sul lavoro clinico e sociale. Speck ha elaborato un modello di intervento basato

¹ J.A. Barnes è stato il primo studioso che nel 1954 ha coniato il concetto di 'rete sociale', per descrivere un fenomeno da lui rilevato sulle interazioni esistenti in una piccola parrocchia di un'isola norvegese, caratterizzato da un tipo di relazioni che non rientravano né nel campo delle relazioni professionali né in quelle di vicinato legate all'organizzazione territoriale.

sulla ‘terapia’ e legato alla scuola di Palo Alto (Speck R.V., 1976) seguito poi, tra i più importanti, da Whitaker e Gasbarrino (1983) e da Maguire (1989) Tuttavia questi sono rimasti nell’ottica dell’approccio sistemico. Dobbiamo ai ricercatori del Québec una messa a punto di pratiche che andando oltre la logica dei sistemi, introducono una epistemologia innovativa dell’azione (Brodeur C., Rousseau R., 1984; Alary J. et al., 1988; Guay J., 1992 e 2000). Pur con lo stesso riferimento epistemologico, in effetti si tratta di pratiche molto diverse l’una dall’altra.

Volendo tentare una classificazione, sia pur riduttiva, degli orientamenti metodologici al lavoro di rete presenti oggi in Italia, possiamo indicare alcuni modelli che fanno riferimento a quattro indirizzi.

1. Il lavoro di rete a indirizzo terapeutico, che si iscrive nelle pratiche a dimensione collettiva e considera la rete informale come una realtà ‘curante’ e ‘curabile’ in senso clinico: la ‘terapia di rete’, la ‘terapia di sostegno’, la ‘rete curante’. (Speck R.V., 1976; Rovera G.G. et al., 1984; Sgarro M., 1988).
2. Il lavoro di rete che, identificando le reti come unità di offerta o come risorse, configura un disegno organizzativo ‘a rete’, tanto delle risorse istituzionali (servizi) quanto delle risorse naturali (rapporti, aggregazioni, gruppi ecc.): questa pratica (Ferrario F., 1992) può essere assimilata al ‘lavoro sul territorio’ (Ferrario F., Gottardi G., 1987).
3. Il lavoro di rete che, a partire da ‘ego’, attinge alle risorse comunitarie, valorizzando in modo particolare il terzo settore che, nella realtà italiana, è ricco e culturalmente significativo: il *social networking* (Maguire L., 1989) e la *community care* (Folgheraiter F., 1990, 1994). Questa pratica ha avuto degli interessanti sviluppi successivi, in una teorizzazione che ha come riferimento epistemologico la sociologia relazionale di Donati ed elementi di processo più rigorosi e percorribili (Folgheraiter F., 1998). Tuttavia si tratta di un approccio che segue la logica del *problem solving*, trasferita in un approccio comunitario.
4. Il lavoro di rete che prefigura un cambiamento nel rapporto tra reti primarie e secondarie, valorizzando le reti naturali del soggetto, cioè i rapporti faccia a faccia, che fanno parte della sua storia o che possono diventarlo. Si tratta dell’‘intervento di rete’, messo a punto da Brodeur e Rousseau (Brodeur, Rousseau, 1984), sperimentato e rimodellato in Italia nel Gruppo di studio per il Lavoro di Rete che ha operato nell’ambito del Corso di Laurea in Servizio Sociale dell’Università di Parma (Sanicola L., 1990, 1994, 1995, 1996, 1997, 2002, 2010). Questa pratica ha dato vita a numerose sperimentazioni pubblicate in Italia e sarà approfondita più avanti.

È possibile analizzare uno a uno i modelli suddetti e tracciare un profilo comparativo, utilizzando cinque analizzatori², che ci permettono di puntualizzare le peculiarità di ciascuna pratica per somiglianza e per differenza, più precisamente:

1. il quadro teorico;

² Tali analizzatori potranno essere utili per inquadrare ognuna delle molte pratiche di lavoro di rete che si affacciano nel panorama operativo del lavoro clinico e sociale.

2. la dinamica dell'azione;
3. le strategie di rete;
4. il ruolo dell'operatore (Sanicola L., 1995).

Rimandiamo alla letteratura indicata per un approfondimento sulle caratteristiche di ciascuna di queste pratiche.

Esistono altre pratiche che vanno sotto il nome di lavoro di rete: esse non sono diffusamente praticate in Italia, anche se conosciute e documentate in letteratura.

La prospettiva di politica sociale

Se prendiamo come punto di osservazione le politiche sociali, quando si parla di approccio di rete si intende porre al centro della realtà sociale la 'relazione sociale' tra agenti e attori differenti appartenenti a sfere diverse.

Le politiche sociali, in tale prospettiva, ipotizzano la possibilità di favorire gli scambi, in una logica di circolarità, reciprocità, complementarità, tra poli differenti della realtà sociale sopra descritta, per raggiungere gli obiettivi seguenti:

- la promozione e il rafforzamento delle solidarietà primarie, sostenendo i movimenti della rete dall'individuale al collettivo, attraverso una metodologia di intervento specifica, che illustreremo di seguito in questo lavoro;
- la promozione e lo sviluppo delle solidarietà secondarie, in particolare le iniziative di non-profit che assumono un ruolo di integrazione e di mediazione tra reti primarie, mercato e Stato;
- la promozione del ruolo sussidiario dello Stato attraverso delle norme che permettano lo sviluppo di strategie di rete.

Il concetto e il paradigma 'rete' permettono agli agenti e agli attori sociali implicati di sviluppare una co-operazione, conservando la loro individualità e autonomia. In effetti l'azione in rete realizza una forma di integrazione che permette di salvaguardare le differenze. Infatti, la rete costituisce un fenomeno sociale e organizzativo in cui è possibile realizzare il massimo di integrazione contestualmente al massimo di differenziazione tra formale e informale, tra processi comunitari, mercato, Stato e terzo settore.

Le implicazioni riguardano la possibilità di attualizzare il principio di solidarietà, legandolo al principio di sussidiarietà enunciato dal Trattato di Maastricht. Esso recita che le entità di ordine superiore devono sostenere quelle di entità inferiore, dando loro i mezzi necessari per il loro sviluppo, senza sostituirsi a esse o prevaricarle.

Prendendo come punto di riferimento la persona, la sussidiarietà, veicolata dalle reti primarie (ivi compresa la famiglia), si estende al terzo settore fino a raggiungere tutti i livelli sistemici dello Stato e del mercato. La solidarietà istituzionale, senza la sussidiarietà, crea dipendenza, assistenzialismo, subalternità, alienazione, come si può constatare nei Paesi in cui esiste un forte protagonismo dello Stato assistenziale.

In una prospettiva di rete si ipotizza una politica sociale in cui si propone un *welfare mix*, poiché si valorizza la libertà degli attori e degli agenti sociali riconoscendo la loro capacità di farsi carico dei loro bisogni, di elaborare delle risposte e delle forme

di intervento, a condizione che essi siano sostenuti *concretamente* senza essere sostituiti o espropriati dalle loro competenze (Donati P., 2011).

Escludiamo l'ipotesi che le popolazioni possano rinunciare all'intervento e all'iniziativa dello Stato, poiché ciò sarebbe contro la storia della civilizzazione. Piuttosto consideriamo che la solidarietà che viene dalle reti primarie costituisce un fattore culturale che fa la differenza. Tuttavia, essa non può avere un'incidenza nelle politiche sociali se non è coniugata con la sussidiarietà orizzontale, cioè con la volontà dello Stato sia di riconoscerla sia di dare agli attori sociali gli strumenti per farli crescere.

IL LAVORO DI RETE

I concetti, le definizioni e i modelli, presentati all'inizio di questo lavoro, hanno permesso di sviluppare un approccio di rete alle politiche sociali, cioè di dare un contenuto e una direzione in senso 'rete' alla dimensione 'macro' delle politiche sociali.

Tuttavia, esiste una dimensione tra il micro e il macro, tra il singolo individuo che è portatore di un problema di salute e il suo ambiente sociale (Sanicola L., 1996), cioè la comunità di appartenenza che – nella nostra prospettiva epistemologica – chiamiamo rete. Il nostro approccio e il paradigma che ne deriva hanno permesso di sviluppare un modello di azione, *l'intervento di rete*, che si iscrive nelle pratiche del lavoro socio-clinico a dimensione collettiva e che, tuttavia, si differenzia da esse, per lo spazio intermedio che esso ricopre.

Si tratta di una forma di lavoro professionale che ha un senso compiuto dalla presa in carico alla conclusione dell'intervento. Nello stesso tempo essa può essere integrata al lavoro clinico, sia come apporto alla formulazione della diagnosi su cui si basa il Piano di Trattamento Individuale (PTI), sia come apporto metodologico al piano di intervento.

Il *case manager* come operatore di rete: atteggiamenti e filosofia dell'azione

Una delle azioni professionali che appartengono all'assetto metodologico del *case manager* è il lavoro di rete. Questo tipo di intervento impone qualità e convinzione, prima ancora che tecnica, sebbene non la escluda e la richieda. In effetti la possibilità di realizzare un intervento di rete e in rete poggia su un salto di mentalità legato ad alcuni principi fondanti dell'intervento stesso. Produce infatti un modo di essere in parte legato alla sua umanità e in parte alla tecnicità (Draher P., 1984).

Sono atteggiamenti umani fondamentali l'apertura esistenziale e la disponibilità. Sono invece atteggiamenti tecnici, legati al metodo e alla tecnica dell'intervento la capacità di decentrarsi rispetto al problema, la direttività nella forma, la non direttività nel contenuto.

Perciò alla base di questa forma di lavoro professionale non c'è solo una tecnica, ma anzitutto la posizione personale e professionale di un soggetto dotato di un metodo per affrontare la realtà. Questo operatore ha come punto di riferimento una filosofia

dell'azione posta alla radice dei suddetti atteggiamenti, senza i quali il metodo stesso si isterilisce.

Il punto di partenza è costituito da una prospettiva che considera le persone connesse da relazioni reciproche all'interno di una rete. Si ipotizza infatti che:

1. ogni persona è responsabile della propria vita, in relazione a quella degli altri, e il bisogno umano, nella sua genesi naturale, produce all'interno della rete legami di appartenenza e condivisione;
2. i membri della rete possiedono la competenza per definire i bisogni personali e produrre le risposte appropriate alle difficoltà nascenti. Quando i bisogni legati soprattutto alla sfera della vita quotidiana non vengono presi in carico e si orientano verso il sistema istituzionale delle risposte, sono la manifestazione di rapporti contraddittori all'interno della rete stessa. Tuttavia è possibile migliorare il livello di benessere di ogni membro, attraverso un cambiamento di tali rapporti all'interno della rete e un modo consapevole e selettivo di accesso al sistema;
3. l'agente fondamentale del cambiamento non è tanto l'operatore quanto la stessa comunità di vita, che chiamiamo rete, una unità relazionale con storia, costituita dai legami di famiglia, di parentela, di vicinato, di amicizia e di lavoro. Essa stessa è competente nel leggere i propri bisogni, condividerli, elaborare un progetto e, possibilmente, risolverli (Brodeur C., Rousseau R., 1984).

A partire da questa filosofia, Brodeur ritiene che l'operatore debba lavorare per sostenere una riflessione nella rete, facendo emergere il desiderio di cambiare da parte della rete e sostenendo il movimento dall'individualizzazione alla condivisione e dalla dipendenza all'autonomia.

Il processo metodologico è stato sviluppato in due stadi: il primo concerne l'esplorazione e il secondo la mobilitazione delle reti sociali.

L'esplorazione delle reti

L'esplorazione delle reti consiste nel portarsi fuori dal proprio ambiente per introdursi in un ambiente dato, ma non noto, per cercare di conoscerlo. Consiste inoltre nell'essere in grado di rappresentarlo e di descriverlo, prendendo in considerazione alcuni aspetti specifici, secondo precisi indicatori. Utilizza delle tecniche e degli strumenti appropriati alle peculiarità dell'ambiente da esplorare.

L'operatore porta il proprio sguardo e il proprio ascolto su livelli diversi della realtà delle reti, come segue.

1. *L'identificazione della natura delle reti presenti*: reti primarie, reti secondarie e quali di esse.
2. *L'esplorazione delle reti primarie*.

Il *case manager* porta lo sguardo sui tipi di reti presenti: le reti familiari e di parentela, amicali, di vicinato, di scuola o di lavoro e si domanda quali siano centrali e quali dominanti. Egli esplora tre dimensioni delle reti primarie:

- la struttura delle reti, prendendo in considerazione i legami esistenti e il modo in cui essi configurano la struttura delle reti, utilizzando le carte di rete;
 - le funzioni svolte dai singoli membri e dalle singole reti, utilizzando la tavola del supporto sociale;
 - le relazioni, che intercorrono tra i membri delle reti e la dinamica di rete che esse configurano, con particolare attenzione ai movimenti delle reti verso il collettivo e verso l'autonomia e i passaggi nel tempo, nello spazio e nelle relazioni (Sanicola L., 1995).
3. *Il rapporto tra reti primarie e reti secondarie.*
L'operatore porterà lo sguardo su come le singole persone accedono alle reti secondarie (soprattutto alle reti dei servizi) e sulle loro esperienze di rapporto nei confronti di esse, che idea esse hanno degli operatori dei servizi, in che cosa e in che misura ne dipendono, se la dipendenza appare cronicizzata. Ascolterà che cosa le reti primarie chiedono alle reti secondarie: prestazioni, aiuto materiale, informativo, affettivo. Se esse pongono richieste di sostegno sostitutivo, cioè aiuti che competono naturalmente e specificamente alle reti primarie (prossimità, compagnia, amicizia, affetto), oppure complementare a quelli già offerti dalle reti primarie (informazioni, prestazioni specializzate, sussidi). Metterà in evidenza quale posto occupano nella vita dei pazienti gli operatori delle reti secondarie: le alleanze, i conflitti, le contraddizioni. Infine, osserverà come le culture delle reti primarie e delle reti secondarie attuano delle transazioni, come le informazioni circolano dalle reti primarie a quelle secondarie e viceversa. Osserverà se si verifica che la cultura delle reti primarie produca solidarietà a livello delle reti secondarie e che la cultura degli operatori produca legalità a livello delle reti primarie.
4. *L'esplorazione delle reti secondarie.*
Nella cultura dei servizi, si parla di reti per indicare sia le reti di operatori sia le reti di organizzazioni. Entrambe sono esplorabili secondo due modalità:
- la prima si sviluppa a partire dai singoli soggetti. Attraverso l'osservazione e lo studio delle carte di rete, permette di 'ricostruire' le reti agite dagli operatori e la loro sedimentazione 'relazionale'. È possibile evidenziarne gli elementi ricorrenti e le variabili, in termini di strutturazione delle reti, di funzioni da esse svolte, di dinamica e quindi di movimenti verso il collettivo e verso l'autonomia.
 - la seconda attinge al metodo e agli strumenti del funzionamento organizzativo.
5. *L'esplorazione delle reti nella salute mentale.*
Nell'ambito della **salute mentale**, l'esplorazione delle reti primarie può centrarsi su campi diversi.
Il primo campo da esplorare in modo imprescindibile è quello delle *reti personali*. L'operatore potrà, a buon diritto, immergersi nelle reti degli utenti, se egli potrà partire da sé la consapevolezza di essere egli stesso membro di una rete, di avere una storia di rete, di appartenere a una cultura di rete che ha avuto un peso determinante nella costruzione della propria identità personale.

Egli potrà esercitare in modo positivo il mandato culturale della sua rete solo se sarà consapevole della sua storia e saprà usarla in modo intelligente e rispettoso. Egli potrà così comprendere, immedesimarsi, riconoscere e differenziare, senza sovrapporre il suo discorso a quello delle reti che incontrerà.

Nei percorsi formativi attuati sia in Università sia nell'ambito di organizzazioni di servizi, è stata data una grande importanza al lavoro di esplorazione delle reti degli operatori che intendevano intraprendere il lavoro di rete secondo il metodo qui presentato.

Il secondo campo concerne *le reti primarie degli utenti*, al loro interno e nel loro rapporto con le altre reti. In calce a questo lavoro riportiamo una breve monografia con le relative carte di rete.

Il terzo campo concerne *l'esplorazione di area*, cioè di collettivi di utenti, omogenei per servizio, per tipo di pazienti o per problema (nuovi pazienti psichiatrici, pazienti cronicizzati, o altra tipologia), oppure per area di disagio (alcolisti, immigrati, tossicodipendenti ecc.). L'esplorazione di questo campo ha permesso di far emergere delle caratteristiche di rete specifiche di un determinato collettivo, fino alla messa a punto di veri e propri 'ritratti di rete'. Ha permesso inoltre di elaborare ipotesi di rete per collettivi omogenei permettendo di razionalizzare gli investimenti degli operatori e dei servizi.

Il quarto campo concerne i *gruppi di auto e mutuo-aiuto o le associazioni* (Guay J., 2000), si tratta di far emergere i requisiti di reticolarità che caratterizzano non solo le reti primarie ma anche altri tipi di collettivi. Per esempio, un collettivo di parenti di familiari di pazienti può costituire una rete di reti, se esistono delle relazioni inter-incrociate, oppure essere una realtà i cui membri sono chiusi in se stessi. Spesso non lo è, poiché è semplicemente un gruppo. Tuttavia accade che essa animi delle esperienze di rete nella misura in cui vi sono al suo interno dei soggetti transattivi, che si spostano tra una rete e l'altra, fanno circolare le informazioni e promuovono degli scambi di natura diversa.

Raramente i collettivi sono in grado di comunicare ed esprimere ciò che avviene al loro interno in termini di rete. Tuttavia l'operatore, attraverso l'esplorazione sistematica, può fare interessanti scoperte, elaborare delle ipotesi e impostare delle azioni, facilitando processi di consolidamento e di autonomia del collettivo.

Proprio nell'area della salute mentale abbiamo realizzato un'indagine (Bisagno R., 1997) che ha evidenziato tre tipi di reti: rete centrata sulla famiglia, rete centrata sulla prossimità (vicini/amici), rete centrata sui servizi (Bisagno R., Sanicola L., 1995).

A. RETE CENTRATA SULLA FAMIGLIA

È una rete costituita da un nodo centrale che può essere la famiglia di origine o acquisita, costituita da una netta maggioranza di donne. Il paziente ha come punto di riferimento i familiari che sembrano rispondere alle sue varie esigenze di supporto. Ciò non implica necessariamente una positività di legami.

Si constata un certo isolamento sociale della famiglia che ha rapporti discontinui con i servizi i quali hanno un ruolo fondamentale nei momenti di crisi.

B. RETE CENTRATA SUI VICINI/AMICI

È una rete i cui pazienti hanno come punto di riferimento importanti i vicini e gli amici. Infatti i rapporti con i famigliari appaiono deboli o addirittura interrotti o inesistenti.

I servizi in passato hanno svolto un ruolo importante: gli operatori, non potendo contare sulla famiglia si sono rivolti alla rete amicale e di vicinato nei quali i pazienti hanno trovato aiuto materiale e sostegno affettivo, producendo migliori condizioni di vita per i pazienti.

C. RETE CENTRATA SUI SERVIZI

Si tratta di reti in cui il punto di riferimento dei pazienti, generalmente uomini, persone celibi, orfani, vedovi o divorziati, è costituito dal servizio psichiatrico.

Il paziente spesso non vive in casa ma in una struttura protetta, consuma i pasti presso strutture varie (centri diurni, istituti, luoghi convenzionati). Riceve un contributo economico e si rivolge al servizio per molti motivi (gestione del denaro, sostegno psicologico, compagnia ecc.).

Il paziente perciò non si rivolge al servizio solo per quel tipo di aiuto per cui esso è preposto, ma anche per quello che la rete primaria non è in grado di dargli.

L'identificazione di queste tipologie di rete ha permesso agli operatori e ai responsabili di considerare il carico di lavoro del servizio in relazione alla quantità di utenti per ciascuno dei tipi di reti, se per esempio i pazienti di un servizio avessero reti del tipo A, del tipo B o del tipo C e in che percentuale rispetto alla totalità della popolazione del servizio.

Infatti le reti centrate sulla famiglia richiedono pochi aiuti materiali ma un elevato investimento terapeutico e inoltre sono a rischio nel tempo, quando le risorse della famiglia cominciano a mancare per la malattia o la morte dei genitori, per il matrimonio dei fratelli o altro. Le reti centrate sulla prossimità spesso sono ben compensate sul piano materiale e clinico, indicano la capacità del paziente di stabilire relazioni, di procurarsi risorse e di accettare quelle esterne alla famiglie talvolta proposte dal servizio, tuttavia presentano una estrema fragilità, non reggono le crisi o un forte aggravamento della situazione. Infine, le reti centrate sui servizi richiedono un enorme investimento operativo, un carico di lavoro che spesso va oltre le competenze degli operatori che devono supplire alle carenze delle reti primarie offrendo supporti non solo materiali, ma anche informativi, affettivi e normativi.

In relazione alle ipotesi sviluppate a partire da questi elementi conoscitivi, gli operatori e il servizio possono sviluppare delle strategie differenziate di intervento tra diversi gruppi di pazienti, in base alle caratteristiche delle reti, identificare forme di intervento specifico per ciascun tipo di rete, in modo da riequilibrare il carico e ottenere risultati specifici, salvaguardandosi dal *burn-out*.

Gli strumenti dell'esplorazione

L'operatore di rete, per l'attuazione dell'esplorazione, dispone di una batteria di strumenti: il diario di bordo, le carte di rete, la tavola del supporto sociale, la griglia di distribuzione del carico, le linee guida per l'esplorazione delle reti del paziente, le linee guida per la valutazione delle reti del paziente.

IL DIARIO DI BORDO

Serve all'operatore per riflettere sulla situazione ed effettuare un'analisi dei contenuti delle diverse forme di espressione dei membri della rete, per arrivare al discorso col-

CARTE DI RETE

Vi sono diverse forme di rappresentazioni grafiche delle reti: le carte di rete più utilizzate sono la carta di Todd e la carta di Rousseau.

La carta di Todd

Costituita da una serie di cerchi concentrici, al cui centro viene collocato l'utente, è ripartita in vari settori (nucleo familiare, parentela, amici, vicinato ecc.) nei quali si dispongono i membri della rete dal centro verso l'esterno in senso decrescente in misura della distanza affettiva con la persona centrale. Costituita da una serie di simboli con i quali vengono indicati la natura delle reti e i legami presenti, consente di determinare le relazioni reciproche tra le reti e di evidenziare bene il rapporto tra i diversi tipi di rete presenti (Figura 2.4). Essa aiuta l'operatore a decentrarsi dal problema e da colui che ha posto la richiesta per assumere uno 'sguardo di rete' (Besson C., 1994).

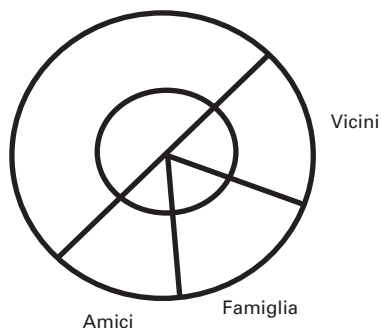


FIGURA 2.4 La carta di Todd.

La carta di Rousseau

Costituita da una serie di simboli con i quali vengono indicati la natura delle reti e i legami presenti, consente di determinare le relazioni reciproche tra le reti e di evidenziare bene il rapporto tra i diversi tipi di rete presenti (Figura 2.5). Essa aiuta l'operatore a decentrarsi

lettivo, che dà informazioni preziose su ciò che accade tra persone e reti. Per fare questo è necessario un resoconto scritto concernente incontri, avvenimenti, riflessioni, impressioni.

LE CARTE DI RETE

Permettono di rappresentare graficamente le reti e di comunicare in modo sintetico sia con gli operatori sia con gli utenti. Per la stesura delle carte è necessario predisporre un elenco di rete, vale a dire la lista delle persone che compaiono nel discorso e dei servizi implicati nella situazione. Sulla base di questo elenco viene rappresentata la posizione di più persone nelle relazioni reciproche a un momento dato della loro storia.

dal problema e da colui che ha posto la richiesta per assumere uno 'sguardo di rete' (Besson, 1994). Lo schema successivo (Figura 2.6) illustra una carta a bolle con i simboli da noi introdotti nella carta di Rousseau.

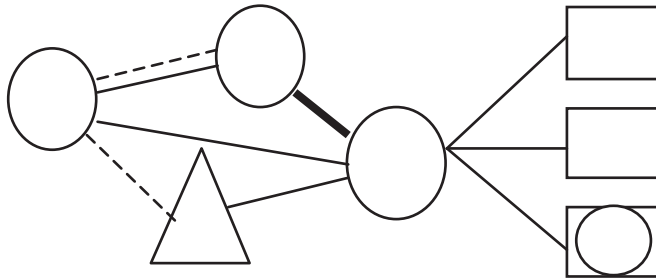


FIGURA 2.5 La carta di Rousseau.

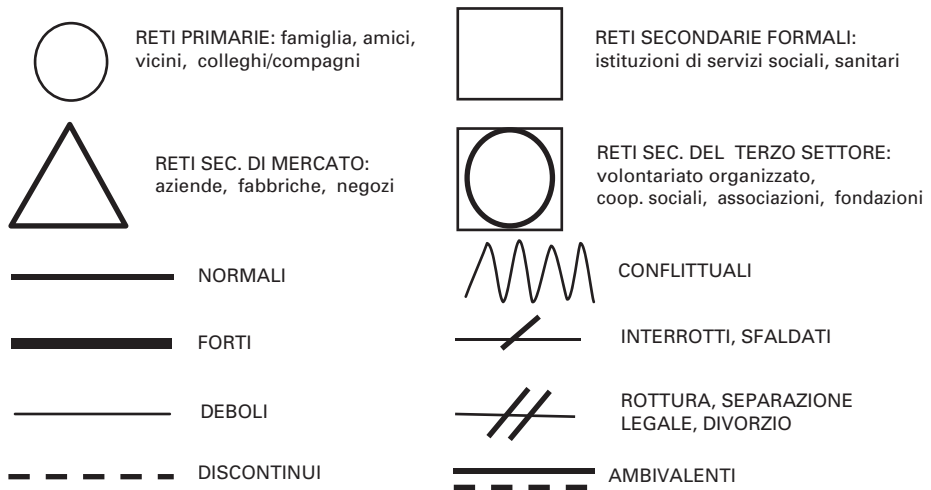


FIGURA 2.6 Simboli per la compilazione della carta di Rousseau.

LA TAVOLA DEL SUPPORTO SOCIALE

Permette di approfondire la qualità di supporto esistente nelle reti. È costituita da due assi (Tabella 2.1):

1. nell'asse verticale sono indicati i tipi di supporto, a livello materiale (nel quotidiano e nell'emergenza), emotivo-affettivo, normativo (come aiuto al rispetto delle regole date), informativo, ospitalità e socializzazione; si specifica infine il grado di soddisfazione espresso dal paziente e/o dal *case manager* sulla qualità del supporto che il paziente riceve dai diversi membri delle reti, nel loro insieme per ciascuna tipologia di supporto;
2. nell'asse orizzontale sono distribuiti tutti i componenti della rete primaria (famiglia, parentela, amici, vicini, colleghi di lavoro e del tempo libero) e delle reti secondarie (medico di base, operatori del Centro Psico-Sociale [CPS], operatori del centro diurno, operatore del comune ecc.); si indica infine se il supporto offerto da un singolo nodo delle reti è multifunzionale (cioè se lo stesso offre supporti di tipo diverso)

TABELLA 2.1											
Tavola del supporto											
	Famiglia	Parentela	Amici	Vicini	Lavoro	Tempo libero	CPS	Altro	Altro	Altro	Soddisfazione*
Aiuto quotidiano materiale/domestico:											
◦ cose											
◦ denaro											
◦ servizi											
Aiuto nell'emergenza											
Supporto emotivo-affettivo											
Supporto normativo											
Consiglio, informazione											
Ospitalità											
Socializzazione, svago											
Altro											
Multidimensionalità**											
Reciprocità											

* Utilizzare le seguenti voci: insoddisfatto/poco soddisfatto/soddisfatto/molto soddisfatto.
 ** Inserire le iniziali delle persone che svolgono più funzioni e con cui c'è reciprocità.

e se è reciproco, poiché non si deve escludere che anche il paziente possa offrire supporto alla rete. Infine, la tavola del supporto può essere modificata inserendo nuove voci sia nell'asse verticale sia in quello orizzontale, in funzione delle esigenze conoscitive ed operative del case manager e del servizio.

LA GRIGLIA DI DISTRIBUZIONE DEL CARICO

È uno strumento più avanzato e più complesso, rispetto alla tavola del supporto ed è il frutto di un'interessante teorizzazione che verte sul carico di cura distribuito nelle reti. Permette di studiare la distribuzione del carico dell'utente tra reti primarie e secondarie. È costruita su due assi, sul primo sono riportati tutti i soggetti delle reti primarie, secondarie e di terzo settore, sul secondo sono riportate sia le prestazioni di cura delle reti primarie sia le prestazioni di servizi tipici delle reti secondarie. Costituisce una forma di intervento in sé stesso, ma è anche molto utile per la ricerca di area (Trevisi G., 2008).

Lo strumento permette di evidenziare chi presta cure e chi presta servizi, se le reti primarie prestano servizi specifici delle reti secondarie (come le prestazioni sanitarie) e se queste ultime prestano cure specifiche delle reti primarie (come il sostegno affettivo e la compagnia nel quotidiano), quale è il loro grado di differenziazione e di complementarietà.

LINEE GUIDA PER L'ESPLORAZIONE DELLE RETI DEL PAZIENTE

È uno strumento che permette all'operatore di mirare in modo puntuale il campo di esplorazione. Prevede una batteria di indicatori, strutturati in tre aree (struttura, funzioni e relazioni), per raccogliere con una certa omogeneità degli elementi delle reti nei loro aspetti di struttura, funzioni e relazioni (Sanicola L., 2010).

1. Sulla struttura:

- Tipi di rete presenti: primarie, secondarie, terzo settore, mercato.
- Caratteristiche strutturali delle reti:
 - ampiezza: quante persone sono presenti;
 - densità: quante persone si conoscono tra loro;
 - intensità: cosa scambiano (poche/molte cose, scambi di qualità, cose intime, reticenza);
 - prossimità-distanza affettiva;
 - vicinanza fisica.

2. Sulle funzioni:

- Tipo di supporto ricevuto/offerto.
- Effetti del supporto.
- Distribuzione del supporto nella rete.
- Identificazione del *care giver*.
- Supporto offerto dagli aiutanti naturali.

3. Sulla dinamica relazionale delle reti:

- Movimenti evidenziati: dall'individuale al collettivo (condivisione e dalla dipendenza all'autonomia).
- Fenomeni relazionali emergenti nelle reti: alleanze, conflitti, discontinuità, rotture, sfaldature, trasgressioni.

LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE DELLE RETI DEL PAZIENTE

Permette di effettuare una sintesi valutativa delle reti sociali tenendo presente tre aspetti in relazione ai quali formulare delle ipotesi di rete:

1. Come si configura il carico di cura (centrato sulla famiglia, sui servizi, sulle altre reti informali/o di terzo settore).
2. Il carico di cura è ben distribuito, equilibrato, differenziato nella quantità e nella qualità.
3. Le reti nel loro insieme rispondono alle esigenze essenziali e alle aspettative del paziente e/o dell'operatore di rete.

La mobilitazione delle reti: il modello di azione

Quali sono i movimenti possibili che l'operatore deve facilitare e sostenere, per un cambiamento nella rete? Brodeur e Rousseau (Brodeur C., Rousseau R., 1984) hanno osservato che nella realtà sociale, come nelle organizzazioni di servizi, possiamo trovare due movimenti che si sviluppano su due assi: il primo asse concerne il movimento che va dall'individuo al collettivo; il secondo asse concerne il movimento che va dalla dipendenza all'autonomia.

Intendiamo per *movimento verso il collettivo* il processo che, partendo dall'incontro e dal riconoscimento reciproco dei singoli, porta a toccare il senso dell'appartenenza delle persone alla propria rete e genera insieme la disponibilità a condividere un bisogno e a farsi carico di un problema, avendo per effetto il consolidamento dell'identità individuale e collettiva. Si tratta di un processo esistenziale della rete che l'intervento tecnico dell'operatore può orientare, accompagnare, sottolineare, rendendolo manifesto fino alla sua maturazione.

Intendiamo, invece, per *movimento verso l'autonomia* il processo che, a partire dal senso di appartenenza, attraverso l'esperienza di condivisione del bisogno, porta la rete a sviluppare la dimensione della libertà, perciò la capacità di assumere responsabilità e rischi nei confronti delle scelte da fare. Il movimento verso l'autonomia può giungere fino al distanziamento della rete dall'operatore e dal servizio.

Questi due movimenti esistono tanto nelle reti primarie quanto nelle reti secondarie.

Il *case manager*, come operatore di rete, essendo collocato all'interno delle reti secondarie, può esplorare e osservare i movimenti esistenti e, ponendosi al centro di essi, favorire e sostenere i processi di rete orientati al collettivo e all'autonomia. Egli si porta all'interno delle reti primarie e instaura un rapporto di fiducia con le persone, nella misura in cui viene accolto e riconosciuto come un agente di solidarietà. Lavora perché le reti elaborino criteri e regole condivise per l'azione. Attraverso lo sguardo e l'ascolto di rete, facilita processi di identificazione e di appartenenza, fino alla presa in carico collettiva e alla formulazione di un progetto di rete condiviso e tendenzialmente autonomo rispetto alla reti secondarie. Diciamo tendenzialmente, poiché la natura del bisogno, il disagio mentale, difficilmente può ipotizzare una

totale autonomia, se non altro a causa dell'esigenza di cure farmacologiche spesso irrinunciabili.

LE IPOTESI OPERATIVE E GLI INTERVENTI

A partire dalla sintesi valutativa espressa in termini di rete, che sarà inserita nel PTI, il *case manager* formulerà delle ipotesi operative che potranno essere centrate:

- sul potenziamento della complementarietà tra reti primarie e reti secondarie;
- sul rinforzo della struttura delle reti e/o sull'attivazione/riattivazione delle funzioni, sulla dinamica relazionale;
- su altra ipotesi suggerita dalla realtà.

La messa a punto di ipotesi operative di rete, tanto più se confrontate in equipe, sono molto importanti perché l'agire del *case manager* sia pensato, motivato e comprensibile.

Il *case manager* può svolgere la sua funzione di guida relazionale orientando la rete verso:

- il potenziamento della complementarietà tra reti primarie e reti secondarie e la conseguente redistribuzione del carico in modo che ciascuna rete si assuma i compiti che le sono propri (aiuto naturale nelle reti primarie, prestazioni nelle reti secondarie);
- il rinforzo della struttura, incontrando la rete a più riprese, invitandola ad aprirsi ad altri membri, creando spazio per tutti, aiutando la rete a consolidare i legami esistenti e ad aprirsi a nuovi legami, come per esempio con aiutanti naturali e con volontari;
- l'attivazione delle funzioni, promuovendo la riorganizzazione e la redistribuzione del supporto, aiutandola a decentrarsi rispetto al problema presentato, a investire nelle relazioni, a raccogliere la creatività della rete, a ripercorrere le esperienze passate e sottolineando come sono state risolte abitualmente le questioni;
- la facilitazione del processo di cambiamento nelle relazioni e, quindi, nella qualità di vita della rete: orientando la vita di relazione della rete in modo non direttivo, sostenendo processi di rete orientati al positivo, mettendo in risalto il cambiamento. L'intervento a questo livello è il più complesso e impegnativo poiché richiede una formulazione di ipotesi sulla situazione relazionale della rete e la capacità di svolgere azioni di natura clinica;
- la facilitazione degli scambi tra reti di cultura diversa, sostenendo lo sviluppo di dinamiche di solidarietà nei confronti delle minoranze culturali ed etniche per migliorare la convivenza civile.

Nello stesso tempo il *case manager*, occupando un posto nelle reti secondarie, può sviluppare relazioni, stabilendo connessioni di natura diversa, tra operatori e tra servizi, quali: informazione, collaborazione; flusso monetario (finanziamenti o compartecipazione economica); progettualità comune; assunzione di obblighi e impegni; connessioni e dipendenze burocratiche.

Sarà il progetto a determinare le tipologie di connessione attivate tra agenti e attori in ragione della differenziazione operativa di ciascuno e del loro grado di coinvolgimento del progetto. Si tratta di una rete di reti, nella quale anche in questo caso l'operatore agisce come guida relazionale, favorendo e promovendo le reti primarie, governando e presidiando le reti secondarie, almeno a livello del singolo paziente.

GLI STRUMENTI DELLA MOBILITAZIONE

L'operatore di rete, per l'attuazione della mobilitazione, dispone di una batteria di strumenti: la tavola delle fasi, la griglia di analisi del movimento e il gruppo di supporto.

La *tavola delle fasi* permette di monitorare l'intervento nei suoi passaggi più importanti. Dopo una fase di introduzione, nella quale avviene il contatto dell'operatore con le reti, si passa a una fase di transizione in cui si sviluppa un processo di trasformazione che implica una mobilitazione della rete. Segue una fase di presa di coscienza in cui la rete acquista consapevolezza delle proprie risorse interne ed esterne per giungere infine alla fase dell'*azione* in cui la rete mette in pratica il suo progetto (Brodeur C., Rousseau R., 1984).

La *griglia di analisi del movimento*, elaborata inizialmente da Rousseau (Rousseau R., Belanger M., 1985) è stata modificata dalle équipes di operatori che l'hanno utilizzata. Permette di porre in evidenza i movimenti della rete dall'individuale al collettivo e dalla dipendenza all'autonomia, attraverso alcuni indicatori che consentono di individuare gli eventi significativi della vita della rete (Sanicola L., 1995, 2010).

Il *gruppo di supporto* è costituito da un gruppo di operatori di rete che si ritrovano con regolarità per una riflessione comune sugli interventi di ciascuno. Vengono presentate le situazioni portate dagli operatori, sulle quali si conduce un'analisi comune. Questo consente una condivisione di risorse personali e professionali, e una maggior attenzione metodologica ai principi dell'intervento di rete.

Le strategie di rete

La mobilitazione delle reti può essere associata ad azioni di rete e a strategie di tipo organizzativo.

AZIONI DI RETE

Per favorire e promuovere le reti primarie, Guay ha proposto alcune azioni di rete che possono essere integrate a quelle basate sui movimenti delle reti che abbiamo sopra descritto (Guay J., 2000)³. Queste indicazioni operative spostano l'asse dell'intervento verso la prospettiva della psicologia di comunità e sono risultate essere di elevata efficacia. Le riportiamo qui di seguito sinteticamente:

- *Prendere in carico la domanda associandosi con la persona che stabilisce il contatto.*
Costruire un legame con chi ha portato la richiesta d'aiuto significa assecondare

³ Ci riferiamo in particolare alle azioni riportate da Guay nel suo modello sul *case management* comunitario, riportato in bibliografia.

il movimento della rete, vale a dire accompagnare chi già si è mobilitato per affrontare e risolvere il problema.

- *Offrire del supporto: condividere la responsabilità.* La condivisione della responsabilità allarga il quadro delle aspettative, che vengono ridistribuite tra più soggetti innescando spontaneamente un modo diverso di posizionarsi rispetto al problema.
- *Alleviare le responsabilità delle persone prossime e supportare la persona-sostegno.* Occorre identificare ‘chi’ sostiene ‘chi’, e tra questi individuare la persona gravata dal carico maggiore (*care-giver*), per poterla supportare evitandone il sovraccarico e la saturazione. Quando la persona (*care-giver*) si assume un carico superiore alle risorse che ha a disposizione entra in un’area di rischio, è spossata, rischia il crollo. Il supporto consiste innanzi tutto nell’accogliere il disagio e la spossatezza della persona coinvolta pesantemente dal problema, convalidando il suo desiderio di esserne alleggerita.
- *Riattivare i legami esistenti.* Guay parla di riallacciare il ciclo della reciprocità (Guay J., 2000), occorre lavorare affinché delle relazioni interrotte o compromesse siano ripristinate. È un lavoro relazionale molto delicato, che non si riduce a un semplice compito negoziale, si tratta della ricostruzione della stima, del ristabilirsi dell’aspettativa, del ripristino della vitalità del legame, del reinvestimento nella responsabilità.
- *Trasformare il cliente in aiutante.* Una modalità per far uscire la persona in difficoltà dal ruolo di paziente designato consiste nel mobilitare le sue risorse e metterle in gioco come assunzione di responsabilità nei confronti di qualcun altro. Il cliente talvolta non è competente per affrontare il suo problema, ma potrà mettere in gioco altre competenze e agire la sua responsabilità verso i genitori, verso i figli, verso altre persone in difficoltà, con un effetto complessivo di rafforzamento dei legami.
- *Promuovere gruppi di mutuo-aiuto.* Possiamo distinguere due forme prevalenti di gruppo, quello condotto da un professionista e quello animato da persone che hanno vissuto il problema, con un’autorità e una competenza che deriva loro dalla profonda conoscenza esistenziale del problema. Vi è talvolta il rischio che la prima forma di gruppo, quella a più forte caratterizzazione clinica, non crei l’exit del cliente, perpetuandone la dipendenza. Per questo motivo, nella logica del nostro approccio di rete viene privilegiata la seconda forma di gruppo.
- *Collaborare con associazioni e gruppi interessati dal problema.* Occorre porre particolare attenzione affinché vi sia anche tra i partner istituzionali e quelli associativi una vera condivisione di responsabilità, evitando tentativi di controllo o di utilizzo strumentale.
- *Collaborare con gli aiutanti naturali.* Gli aiutanti naturali sono una risorsa molto preziosa, sono costituiti dalle persone che forniscono aiuto alle persone per una propria particolare sensibilità o per affinità di esperienza vissute, senza far parte delle reti primarie in senso stretto o appartenere ad associazioni di volontariato. Possono essere negozianti, gestori di bar ecc.

STRATEGIE OPERATIVE PER LA MESSA IN RETE DEI SERVIZI

Se consideriamo lo sviluppo delle reti secondarie in termini di strategia organizzativa, come abbiamo detto, la funzione della rete è integrare e differenziare, vale a dire accedere e uscire in funzione del progetto.

A livello del singolo paziente, la logica da sviluppare e/o consolidare è quella della distribuzione del carico di cura, che sia fondata non solo sulle competenze istituzionali che ne determinano la presa in carico, ma anche su quelle professionali e strumentali, fondate sulla responsabilità sostanziale.

Il *case manager* si farà carico della regia affinché le reti secondarie agiscano in modo complementare alle reti primarie, gli apporti siano differenziati, la responsabilità sia diffusa, le prestazioni siano erogate, gli impegni assunti siano rispettati. Egli sarà garante del funzionamento del collettivo, in modo che esso non crei dipendenza e sviluppi tutte le azioni utili affinché il paziente possa guadagnare in autonomia.

Infatti, la mobilitazione delle reti primarie come pure lo sviluppo di reti di operatori possono essere realizzati appoggiandosi sulla metodologia dell'intervento di rete acquisita dagli operatori e sulla loro volontà di agire in rete.

Per contro, per lo sviluppo e la mobilitazione di reti secondarie, cioè di organizzazioni sistemiche complesse, occorrono non solo una volontà politica e un mandato, ma anche delle condizioni organizzative che si pongono a un livello superiore da quello occupato dagli operatori di base. Questa nostra considerazione si fonda su un dato di osservazione: non è raro che gli investimenti degli operatori si siano infranti su vincoli di natura istituzionale e organizzativa che di fatto hanno impedito ogni forma di progettualità in rete degli interventi.

Infine, a livello dello sviluppo di un progetto di rete su base territoriale, è necessario che la rete possa avere un luogo fisico che la renda *visibile, riconoscibile e accessibile*. L'accessibilità della rete è un punto fondamentale, perciò è necessario sviluppare bene la dinamica tra offerta e accesso: non è sufficiente offrire delle risorse perché le persone cui sono destinate ne usufruiscano, come ben documenta il problema dei 'border line'. Le risorse vanno indirizzate verso i soggetti in modo da consentirne l'accessibilità.

In tal senso sono state evidenziate alcune strategie operative proprie della progettazione partecipata, che facilitano la messa in rete dei servizi (Sanicola L., 2010).

GLI EFFETTI DELL'INTERVENTO

Abbiamo riscontrato che, in base agli interventi attuati, sono avvenuti a livello delle reti:

- *cambiamenti strutturali*: vi sono state delle modificazioni riguardo l'ampiezza della rete e la densità, cioè la quantità di persone che si conoscono tra loro, la prossimità-distanza e l'intensità dei legami;
- *cambiamenti funzionali*: si è constatato un aumento della quantità e qualità degli scambi. Nelle reti primarie ci sono state variazioni nella natura del sostegno per cui

molti scambi di tipo materiale sono diventati scambi affettivi, alcuni scambi informativi invece si sono trasformati in normativi e viceversa. Nelle reti secondarie si sono moltiplicati gli scambi informativi, di collaborazione, di assunzione di impegni e obblighi, mentre si sono ridotte le connessioni e le dipendenze di tipo burocratico;

- *cambiamenti relazionali*: le relazioni nelle reti non sono lineari, ma si caratterizzano per la complementarietà. Molti conflitti vengono superati o gestiti. I cambiamenti avvenuti sono leggibili in termini di dinamica interna alla rete e di significato attribuito dai membri alle relazioni stesse (Brodeur C., Rousseau R., 1987).

Gli effetti più significativi della mobilitazione delle reti sono quindi:

- un ampliamento della rete rispetto a come si presentava all'origine;
- un nuovo modo di porre il problema, di affrontarlo e risolverlo;
- la presa in carico collettiva attraverso un progetto condiviso;
- una progressiva autonomia delle reti primarie dalle secondarie, autonomia che può voler dire anche l'accesso alle risorse istituzionali in modo più mirato e selezionato, per quei bisogni per i quali la rete primaria non risulta essere effettivamente competente.

L'intervento di rete, producendo i due movimenti sinergici verso il collettivo e verso l'autonomia, realizza nelle situazioni prese in carico un cambiamento che può essere così riassunto:

- l'uscita delle persone singole dalla solitudine o dall'isolamento, se non dall'abbandono;
- il riavviarsi di una dinamica di 'condivisione' tra le persone, attraverso una redistribuzione del carico che i singoli comportano;
- la produzione di senso nelle relazioni, attraverso la riattivazione di dinamiche che non sono solo di reciprocità (dare-ricevere), ma sono anche di dono (dare, ricevere, contraccambiare);
- la complementarietà tra reti primarie e reti secondarie sulla base di una domanda autonomamente formulata in relazione alle necessità esistenti e non in relazione all'offerta dei servizi esistenti. In altre parole, non solo servizi pensati e strutturati in un 'altrove' rispetto al bisogno, ma servizi modellati sulla base delle esigenze reali delle persone.

Vogliamo infine ricordare che l'intervento di rete, il lavoro di rete e il lavoro in rete è nato proprio nell'ambito del disagio psichico e della salute mentale. Il fattore di permanenza nel tempo di questo disagio più o meno grave ha facilitato la comprensione che i servizi, istituzionali e non, non siano in grado di assicurare da soli quella salute che la comunità e le norme auspicano e ha evidenziato infine la necessità che gli addetti ai lavori possano contare su risorse non solo sistemiche, per conseguire quella qualità di salute che sia degna di ogni persona.

Nel prossimo paragrafo presentiamo un caso emblematico: '*Storia di Franco*'.

STORIA DI FRANCO⁴

Franco è un uomo di 50 anni nato e cresciuto in un famiglia semplice e laboriosa.

Ha perso i genitori durante l'adolescenza ed è quindi cresciuto con le sue tre sorelle che negli anni si sono sposate e hanno formato una loro famiglia rimanendo tuttavia a vivere nello stesso paese.

I legami con i cognati e i nipoti sono altalenanti e, pur non avendo una frequentazione costante, sono punti di riferimento in caso di bisogno.

Franco non si è mai sposato e non ha mai avuto relazioni affettive significative.

Ha sempre lavorato come artigiano, falegname, con dei buoni riconoscimenti che gli hanno permesso di avere un buon tenore di vita.

Non ha una rete amicale stabile anche se ha molte conoscenze, prevalentemente legate al suo lavoro; frequenta questa rete saltuariamente, nella maggior parte dei casi durante i fine settimana o per uscite serali.

È una persona solitaria, legata al suo lavoro e agli affetti famigliari, solo il tono dell'umore è a tratti depresso ma senza elementi preoccupanti (Figura 2.7).

Evento critico

Senza apparenti eventi critici la situazione si complica quando Franco comincia a intraprendere una serie di viaggi all'estero, spendendo tutti i soldi accumulati durante gli anni di lavoro e contraendo vari debiti con delle finanziarie.

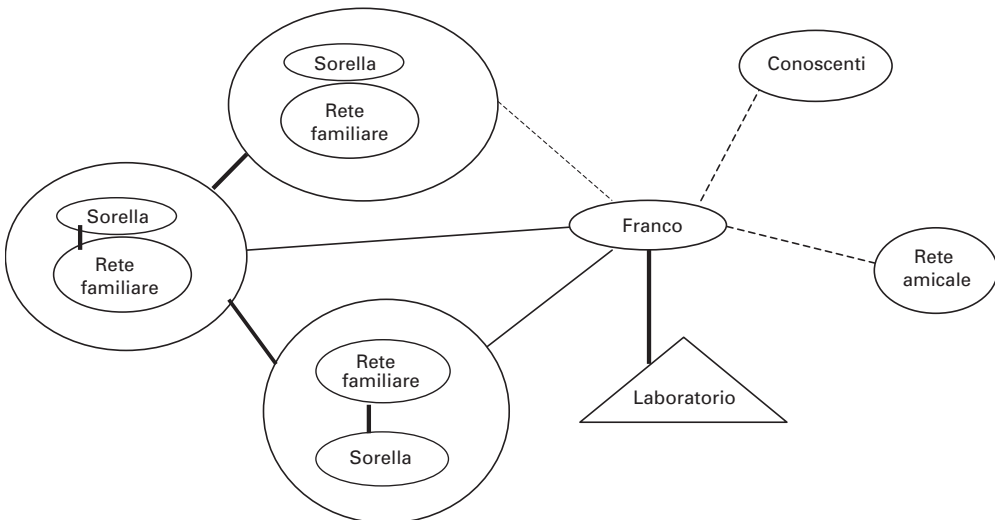


FIGURA 2.7 Carta di rete di Franco alla presa in carico.

⁴ A cura di Gloria Fumagalli.

I viaggi sono caratterizzati da momenti di forte euforia durante i quali visita luoghi nuovi, frequenta amici, intraprende nuovi rapporti sentimentali; a questi alterna momenti depressivi che lo portano a rientrare in Italia e a isolarsi da tutto e tutti per lunghi periodi, fino al viaggio successivo.

Durante il rientro dall'ultimo viaggio manifesta una forte crisi depressiva che comporta l'immediato ricovero in SPDC con la conseguente valutazione diagnostica di disturbo ossessivo-compulsivo.

Ipotesi iniziale

Dopo un periodo di degenza con conseguente trattamento farmacologico, che permette di compensare gli effetti della malattia, Franco viene accolto presso una comunità educativa per intraprendere un percorso di valutazione in merito alla ri-acquisizione di alcune abilità e competenze pregresse.

Nello stesso tempo viene individuato il *case manager referente per il caso* all'interno del CPS territoriale con funzione di operatore di rete e facilitare su un piano normativo e relazionale.

ESPLORAZIONE DI RETE

Considerate la delicatezza del caso e la diffidenza iniziale nei confronti degli operatori, l'esplorazione di rete è stata realizzata dopo l'inserimento in comunità.

A livello metodologico, sono stati utilizzati la lista dei membri della rete (Tabella 2.2), la carta di rete (Figura 2.8), la tavola del supporto e la tavola degli effetti del supporto.

Struttura della rete

Al momento dell'esplorazione, considerata la presenza in struttura già da diverse settimane, la rete di Franco appare già caratterizzata da alcune risorse, con un tentativo iniziale di mobilitazione, prevalentemente a livello di rete secondaria, rispetto alla situazione iniziale presentata dai Servizi invianti.

TABELLA 2.2									
Lista dei membri della rete									
Reti primarie					Reti secondarie				
Rete familiare	Rete parentale	Rete amicale	Rete di vicinato	Rete lavorativa	Reti inform.	Reti form. di diritto	Reti formali del terzo settore	Reti di mercato	Reti miste
	Sorelle Nipoti Cognati	Amicizie legate all'attività lavorativa				CPS Servizio Sociale	Comunità Educatori		

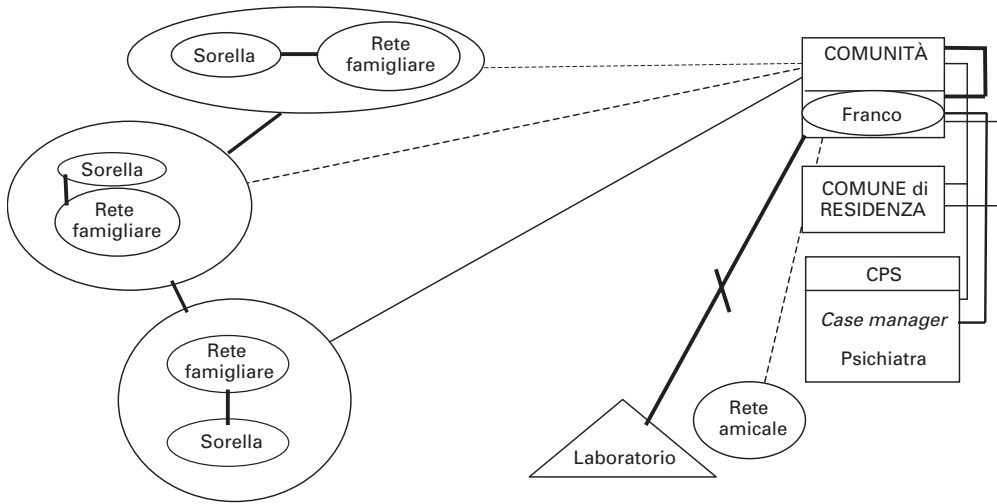


FIGURA 2.8 Carta di rete di Franco (inserimento in comunità).

Nello specifico, la rete è caratterizzata sia da attori di rete primaria (parentale, amicale, ...) sia secondaria (servizi sociali e sanitari del territorio, realtà di terzo settore, ...) non estremamente rilevanti su un piano numerico e affettivo.

L'ampiezza della rete risente significativamente della collocazione attuale di Franco con una conseguente preponderanza di attori di rete secondaria che, in proporzione, appaiono essere maggiori, anche in una dimensione qualitativa, rispetto a quelli di rete primaria.

I rapporti con i membri della rete primaria sono infatti connotati da fragilità, discontinuità e innaturale mancanza di reciprocità, con la rottura di alcune relazioni primarie.

Anche i rapporti con la rete amicale appaiono deboli, in concomitanza con la chiusura del proprio laboratorio, a dimostrazione che le conoscenze erano essenzialmente legate al lavoro.

Le reti secondarie sono caratterizzate prevalentemente da relazioni 'non-scelte', o perché 'istituzionali', come nel caso dei Servizi Sociali territoriali e dei Servizi Specialistici, o perché 'legate alla situazione e al contesto', come nel caso dei legami con gli operatori della comunità e con tutti gli altri attori che, con differenti ruoli (volontari, tirocinanti, ...), gravitano intorno a tale realtà.

Essendo caratterizzate da uno scambio quotidiano e continuo, le relazioni con gli attori della comunità presentano un'alta intensità, connotata anche da prossimità fisica e relazionale, con una ridotta distanza temporale e spaziale negli scambi e negli incontri.

I membri delle reti secondarie, cooperando continuamente per la realizzazione del progetto relativo a Franco, hanno scambi frequenti e sono caratterizzati da prossimità e conoscenza reciproca, soprattutto in riferimento al rapporto con il *case manager* referente per il caso.

In particolare, la frequenza e densità degli scambi con gli operatori della comunità ha consentito la creazione di condivisione di momenti famigliari e intimi, nonostante la recente attivazione di tali risorse di rete, in contrapposizione, paradossalmente, ai legami con i membri della rete primaria con i quali, considerata anche la collocazione spaziale, sono presenti rapporti discontinui, pur vissuti come risorsa in caso di emergenza.

Il rapporto con gli operatori dei servizi specialistici è invece buono, connotato da affidamento, condivisione e riconoscimento del loro ruolo istituzionale anche se Franco tende a ricercare prossimità affettiva e scambi informali, tipici della rete primaria, quasi a voler ricostruire una nuova rete di relazioni significative.

In particolare è forte il rapporto con il *case manager* al quale riconosce un rapporto istituzionale ma anche affettivo-relazionale, vedendolo anche come facilitatore nella relazione con gli altri attori di rete.

Funzioni della rete

Il supporto fornito dai differenti attori di rete primaria e secondaria è diversificato a seconda della posizione dei propri membri nella rete e dalla natura del legame presente con Franco (Tabella 2.3).

È presente un esile legame con i componenti della rete parentale, in primo luogo con la rete famigliare, che è presente prevalentemente nei momenti di emergenza, e con la rete amicale che si è dissolta con la chiusura dell'attività lavorativa.

Il *case manager* e gli attori della rete secondaria offrono invece un importante supporto informativo e materiale, riconoscendo nello specifico alla comunità anche un'importante funzione affettiva e di supporto emotivo-relazionale.

Gli scambi con gli attori di rete secondaria, pur essendo per natura connotati da diritto e denaro, caratterizzati dalla 'non-scelta' e dalla formalità del legame, sono infatti in tale contesto contraddistinti anche da gratuità, reciprocità e prossimità affettiva, soprattutto con gli operatori della comunità e con gli altri ospiti della struttura con i quali i contatti sono frequenti e quotidiani.

Si assiste in questo caso a una contrapposizione di registri simbolici di significato, soprattutto a livello relazionale, con la convinzione che per Franco la comunità rappresenti la propria casa e gli operatori una nuova famiglia, pur con la riservatezza che lo contraddistingue.

Gli *effetti del supporto* evidenziano un quadro di criticità in termini affettivi e relazionali (Tabella 2.4).

Franco presenta scarsa fiducia nelle proprie capacità e poca propensione al confronto e all'apertura, timoroso del giudizio esterno, anche in riferimento alla propria patologia che lo porta, nelle fasi depressive, a vivere in solitudine e ritiro sociale. Il clima interno alla rete primaria è precario e instabile.

Il livello di motivazione è invece buono, supportato dall'intervento della rete dei Servizi che si è attivata per mettere in campo una serie di risorse per consentire a Franco di riconquistare le proprie capacità pregresse.

TABELLA 2.3
 Tavola del supporto

	Aiuto naturale				Aiuto Professionale				Soddisf.
	Famiglia	Parentela	Amici	Vicinato	Comunità	CPS – Case manager	Serv. Soc.	Attiv. lav.	
Aiuto quotidiano materiale/domestico: • cose • denaro • servizi					Vitto – alloggio Disponibilità economica mensile	Condivisione e confronto	Pagamento retta struttura		Soddisfatto
Aiuto nell'emergenza	Sorelle e cognati			Presenza educativa 24 h su 24	Condivisione e confronto			Soddisfatto	
Supporto emotivo-affettivo		Sorelle e cognati			Condivisione, confronto	Condivisione e confronto	Condivisione e confronto		Soddisfatto
Supporto normativo					Regole comunitarie		Definizioni condivise con CPS		
Consiglio, informazione					Richieste varie legate al quotidiano	Richiesta info Aiuto per pr: invalidità	Richiesta informazioni		Soddisfatto
Ospitalità									
Socializzazione			Amicizie legate alle uscite del fine settimana		Educatori	Attivazione supporto psicologico		Volontarie	Soddisfatto
Rete virtuale		Sorella e cognati							Non soddisfatto
Multidimensionalità					Educatori volontari	Assistente sociale	Assistente sociale		Parzialmente soddisfatto
Reciprocità					Condivisione di emozioni ed esperienze	Condivisione ipotesi per il futuro	Condivisione ipotesi per il futuro		Parzialmente soddisfatto

TABELLA 2.4 Conseguenze psicologiche										
		Aiuto naturale					Aiuto Professionale			
		Fam.	Parent.	Amici	Vicinato	Comunità	CPS – Case manager	Ser. Soc.	Att. lavorat.	
Stato psicologico generale	Positivo Benessere Sicurezza					Benessere Sicurezza	Sicurezza	Sicurezza		
	Negativo Tensione Malessere		Tensione	Malessere						
Stima di se stessi (relazionale, status)	Positivo Crescita Mantenimento					Crescita	Positivo	Positivo		
	Negativo Minaccia			Minaccia						
Normativo	Influenza positiva				Influenza positiva	Influenza positiva	Influenza positiva	Influenza positiva		
	Influenza negativa			Influenza negativa						
Motivazionale	Incoraggiamento a persistere Speranza					Incoraggiamento a persistere	Incoraggiamento a persistere	Incoraggiamento a persistere		
	Scoraggiamento Pessimismo Aiuto discontinuo		Aiuto discontinuo	Pessimismo						

Il quadro iniziale è tuttavia a rischio per la mancanza di un supporto adeguato da parte degli attori di rete primaria, con la ricerca di appoggio da parte della rete secondaria che gli ha saputo offrire maggior stabilità e sicurezza.

Permane un'importante fragilità emotiva e di gestione della problematica sanitaria e la mancanza di altri punti di riferimento appartenenti alla rete primaria.

Dinamiche di rete

La natura atipica della rete, prevalentemente centrata sulla dimensione secondaria, e i mutamenti nel tempo delle dinamiche di rete sono scaturiti da due eventi critici quali la manifestazione della patologia e il conseguente inserimento presso la comunità educativa.

Tali eventi hanno comportato una mobilitazione della rete con la conseguente presa in carico di Franco da parte del servizio sociale, e di una serie di attori della rete secondaria, con un passaggio importante nella storia personale e 'di rete' dell'uomo.

Difficile è connotare il clima della rete, che appare tuttavia essere caratterizzato nel tempo da solitudine nel passato, serenità nel presente, e ricerca di stabilità per il futuro, con l'obiettivo di trovare equilibrio e autonomia.

Per quanto concerne i due assi dell'intervento, si osserva uno stallo sul piano della dipendenza e dell'individuale, con un rifiuto, per timore e diffidenza, ad aprirsi all'esterno, fatta eccezione per alcune relazioni con la rete secondaria, con poca propensione alla sperimentazione per il raggiungimento di una piena autonomia.

Forte è il mandato conferito al case manager-operatore di rete che si è mobilitato, in accordo con gli attori presenti, per promuovere l'attivazione di alcune risorse e ha riconosciuto l'adeguatezza di Franco, in grado di agire nel tempo in autonomia.

In sintesi, dall'esplorazione emerge la preponderanza della rete secondaria, sia su un piano quantitativo sia qualitativo, in riferimento anche alla collocazione in struttura e ai legami positivi che ha strutturato nel tempo.

Si riscontra la presenza di alcuni attori chiave, appartenenti alla rete secondaria dei Servizi, che supportano Franco nella gestione delle attività del quotidiano e che contribuiscono a trasmettere maggior tranquillità e serenità all'uomo che si mostra quindi più sicuro e determinato in riferimento ai rapporti discontinui e fragili presenti con la propria rete primaria.

Fondamentale è stato in questo caso il ruolo del *case manager* in quanto operatore di rete che, già a partire dall'esplorazione, ha messo in atto una prima mobilitazione aiutando Franco a comprendere le carenze funzionali e relazioni presenti nella sua rete.

IPOTESI DI RETE

In questa situazione, la volontà è di sostenere le dinamiche di rete presenti, supportando una rete che, a seguito di alcuni eventi critici e per la mancanza di attori significativi della rete primaria, si è essenzialmente strutturata intorno all'asse secondario.

La gestione di questo caso è congiunta e il *case manager* (operatore del CPS che ha la titolarità progettuale e sanitaria) opera in sinergia con l'educatore di riferimento

della comunità e con l'assistente sociale comunale (che ha la titolarità sociale e la gestione delle dinamiche famigliari).

Si interviene quindi a un livello **strutturale**, incentivando l'attivazione degli attori della rete parentale presenti e ricercando nuovi attori sul piano delle reti di mercato, al momento assenti (e fonte di ansia per Franco che, avendo sempre attribuito un importante significato al proprio lavoro, fatica a non vedersi più in una dimensione produttiva).

Si può ipotizzare un intervento anche a un livello **funzionale**, ricercando attori informali e della rete primaria che possano con il tempo sostituirsi ai Servizi della rete secondaria e alla comunità.

Importante è inoltre intervenire a livello **relazionale**, con la promozione di azioni mirate in grado di ristrutturare la rete primaria di Franco e di favorire la nascita di un clima di rete autonomo in vista di una possibile dimissione dalla comunità.

Considerata la permanenza di Franco sull'asse dell'individuale e della dipendenza, in riferimento al legame di forte prossimità con gli attori di rete secondaria, il *case manager-operatore di rete* si pone inoltre lo scopo di promuovere una graduale mobilitazione verso l'asse dell'autonomia, con un rapporto più equilibrato con i Servizi, con il riconoscimento di un ruolo importante a livello supportivo, decisionale e funzionale anche agli attori di rete primaria.

MOBILITAZIONE DELLA RETE

Franco si è nel tempo dimostrato una persona ricca di risorse, su un piano relazionale e umano, in grado di instaurare buoni rapporti, seppur poco intimi, dimostrando una sempre maggior autonomia nei confronti della comunità e dei servizi.

Pur mostrando la fragilità legata alla propria malattia, Franco ha infatti cominciato con il tempo ad acquisire consapevolezza in merito alle proprie risorse personali e si è messo concretamente in gioco.

Il percorso in comunità è stato positivo: Franco si è mostrato propositivo, ha assunto con regolarità la terapia farmacologica e ha intrapreso un percorso lavorativo presso una cooperativa sociale.

Per risolvere le criticità legate al suo difficile rapporto con il denaro gli è stato affiancato un amministratore di sostegno per la gestione economica condivisa.

In questo periodo si rafforzano i legami con le sorelle e con la rete parentale, diventando un punto di riferimento importante non solamente nell'emergenza ma anche in relazione al quotidiano.

Franco decide inoltre di interrompere relazioni negative con alcuni componenti della propria rete amicale appartenenti al passato che lo influenzano molto su un piano economico e progettuale (lo mantengono ancorato a un piano di dipendenza e creano in lui ansia per la difficoltà nella gestione relazionale).

Rimangono buoni i rapporti con i servizi, sia di base sia specialistici, e con gli operatori delle strutture che l'hanno aiutato negli ultimi anni.

Continua a essere un solitario, vive con diffidenza il rapporto con i colleghi al lavoro e con i coinquilini ma ha una maggior motivazione a uscire e a ricrearsi nuove amicizie.

Intraprende anche una relazione sentimentale che mantiene tuttavia su un piano superficiale dando l'impressione di non essere ancora pronto per un legame stabile.

Il lavoro realizzato ha consentito a Franco di rafforzarsi su un piano personale non ponendosi più in modo passivo nei confronti dei membri della propria rete ma, con maggior consapevolezza delle proprie potenzialità, ha favorito una sua collocazione più serena e armonica nella rete, impostando le relazioni su un piano di maggior reciprocità e scambio.

Importante è stato in questo frangente il ruolo della rete secondaria, soprattutto della comunità educativa e del *case manager* che, assolvendo gran parte delle funzioni relazionali e di sostegno richieste, hanno saputo modulare il proprio intervento supportandolo in questa fase di passaggio verso l'autonomia.

In riferimento ai due assi dell'intervento di rete e alle ipotesi formulate dall'operatore di rete-*case manager*, si può osservare una graduale mobilitazione dall'asse dell'individuale a quello del collettivo con uno sguardo d'insieme più orientato alle necessità personali e al desiderio di realizzare un miglioramento qualitativo della struttura e del clima di rete, in condivisione con alcuni attori della rete primaria (sorelle, cognati e nipoti), con l'emancipazione dalla rete secondaria a seguito della dimissione dalla struttura.

Si assiste infine a una mobilitazione anche per ciò che concerne l'asse della dipendenza-autonomia con un maggior livello di autonomia raggiunto anche grazie alla ripresa di un'attività lavorativa che, oltre a permettere a Franco di strutturare in modo diverso la propria giornata, ri-spendendosi sul mercato, ha favorito la creazione di nuovi legami con un conseguente ampliamento della rete.

È quindi riuscito a ricreare una relazione paritaria e rispettosa con i membri della rete primaria in generale, e un rapporto più sereno ed equilibrato con la rete secondaria, superando difficoltà legate alla propria storia passata e alle fragilità legate alla patologia.

Fondamentale è stato in questo progetto il *case manager* che, fungendo da facilitatore su un piano relazionale e simbolico, ha consentito l'attivazione e/o ri-attivazione delle risorse presenti e si è posto come regista in riferimento ai differenti attori di rete e alle evoluzioni nel tempo della rete stessa.

Al termine del percorso comunitario, considerato l'esito positivo del progetto, gli viene proposto il passaggio presso un appartamento di housing sociale per un periodo di due anni sempre supportato dai servizi specialistici di riferimento e dal *case manager* (Figura 2.9).

BIBLIOGRAFIA

- Alary J. et al. (1988) *Solidarités, pratiques de recherché-action et de prise en charge par le milieu*, Boréal, Montreal.
- Barnes J.A. (1972) *Social Networkes*, Addison-Wesley, Reading.
- Besson C. (1994) *Gli strumenti a servizio dell'operatore di rete* in Sanicola L. (a cura di), *L'intervento di rete*, Liguori, Napoli.

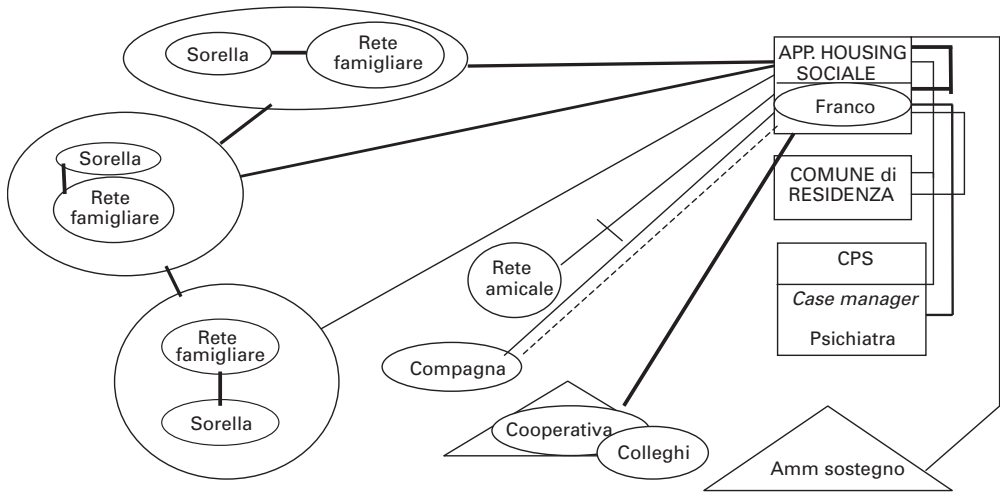


FIGURA 2.9 Carta di rete Franco (uscita dalla comunità).

- Bisagno R. (1997) *L'esplorazione delle reti primarie* in Sanicola L., *Salute mentale e servizio sociale*, Liguori, Napoli.
- Boccaccin L. (2001) *Le reti familiari e le reti sociali* in Rossi G. (a cura di), *Lezioni di sociologia della famiglia*, Carocci, Roma.
- Bott E. (1957) *Family and Social Network*, Tavistock Publications, London.
- Brodeur C., Rousseau R. (1984) L'intervention de réseaux in *Une pratique nouvelle*. Ed. France-Amérique, Montréal.
- Brodeur C. (1994) Storia dell'intervento di rete. In: Sanicola L. (a cura di), *L'intervento di rete*, Liguori, Napoli.
- Brodeur C., Rousseau R. (1987) Une nouvelle méthode d'intervention: la pratique de réseaux in *Service social dans le monde*, n. 1.
- Colozzi I., Donati P. (1995) *Famiglia e cure di comunità*, Franco Angeli, Milano.
- Di Nicola P. (1986) *L'uomo non è un'isola*, Franco Angeli, Milano.
- Di Nicola P. (1998) *La rete: metafora dell'appartenenza*, Franco Angeli, Milano.
- Di Nicola P., Stanzani S., Tronca L. (2008) *Reti di prossimità e capitale sociale in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- Donati P. (1990) Famiglia e infanzia in una società rischiosa: come leggere e affrontare il senso del rischio in *Marginalità e società*, n. 14, pp. 7-38.
- Donati P. (2000) Il welfare della società civile in *Sociologia e politiche sociali*, in a. 3, n. 1.
- Donati P. (2009) *Teoria relazionale della società: i concetti di base*, Franco Angeli, Milano.
- Donati P., Colozzi I. (a cura di) (2011) Il valore aggiunto delle relazioni sociali in *Sociologia e Politiche Sociali*, vol. 14-1.
- Donati P., Solci R. (2011) *I beni relazionali. Che cosa sono e quali effetti producono*, Bollati Boringhieri, Torino.

- Draher P. (1984) Les attitudes fondamentales de l'intervenant en intervention de réseaux in Brodeur C., Rousseau R. (a cura di) *L'intervention de réseaux. Une pratique nouvelle*, France-Amerique, Montréal.
- Ferrario F. (1992) *Il lavoro di rete nel servizio sociale*, Nis, Roma.
- Ferrario F., Gottardi G. (1987), *Territorio e servizio sociale. Aspetti e problemi di un intervento*, Unicopli, Milano.
- Folgheraiter F. (1998) *Teoria e metodologia del lavoro sociale. La prospettiva di rete*, Franco Angeli, Milano.
- Godbout J.T. (1998) *L'esperienza del dono nella famiglia e con gli estranei*, Liguori, Napoli.
- Godbout J.T. (1998) *Lo spirito del dono*, Bollati-Boringhieri, Torino.
- Godbout J.T. (2008) *Quello che circola tra noi*, Vita e Pensiero, Milano.
- Granovetter M. (1973) The Strength of Weak Ties in *American Journal of Sociology*, 78. n. 6.
- Guay J. (1992) *Thérapie bève et intervention de réseaux: une approche intégrée*, PUM, Montréal.
- Guay J. (1995) I sistemi informali di aiuto reciproco e di vicinato in Sanicola L. (a cura di), *Reti sociali e intervento professionale*, Liguori, Napoli.
- Guay J. (2000) *Il case management comunitario*, Liguori, Napoli.
- Maguire L. (1989) *Il lavoro sociale di rete*, Centro Erickson, Trento.
- Mastropasqua I. (2004) *Architettura delle reti sociali*, Carocci, Roma.
- Mitchell J.C. (1969) The concept and use of social networks in Mitchell J.C. (a cura di) *Social Networks in Urban Situations*, Manchester University Press, Manchester.
- Nappi A. (1999) Servizi sociali e servizi sanitari: alcuni pre-requisiti per l'attivazione di una cultura di rete in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 2/99.
- Rossi G. (2001) *Lezioni di sociologia*, Carocci, Roma.
- Rousseau R., Belanger M. (1985) *Les outils d'intervention de réseaux*, Gruppo di ricerca sulle pratiche di rete, pubblicato grazie al finanziamento del Ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre Social del Canada.
- Rovera G.G. et al. (1984) Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari in *Rassegna di Ipnosi*, Minerva Medica, Torino.
- Sanicola L. (a cura di) (1994) *L'intervento di rete*, Liguori, Napoli.
- Sanicola L. (a cura di) (1997) *Salute mentale e servizio sociale*, Liguori, Napoli.
- Sanicola L. Trevisi G. (2003) *Il progetto: metodo e strumenti per l'azione sociale*, Liguori, Napoli.
- Sanicola L. (1990) *Il bambino nella rete*, Jaca Book, Milano.
- Sanicola L. (1996) L'intervention de réseaux dans le travail social in *Les Cahiers de l'Actif*, n. 236-237.
- Sanicola L. (2010) *Dinamiche di rete e lavoro sociale*, Liguori, Napoli.
- Sanicola L. Piscitelli D., Mastropasqua I. (2002) *Metodologia di rete nella giustizia minorile*, Liguori, Napoli.
- Sanicola L. (a cura di) (1995) *Reti sociali e intervento professionale*, Liguori, Napoli.
- Sgarro M. (1988) *Il sostegno sociale*, Kappa, Roma.
- Speck R.V., Attneave C.L. (1976) *La terapia di rete*, Astrolabio, Roma.
- Trevisi G. (2008) *La distribuzione del carico di cura. Un metodo per il lavoro sociale*, Liguori, Napoli.
- Whitaker J.K., Gasbarrino J. (1983) *Social Support Network*, Aldine Publ., New York.

I bisogni specifici del paziente

Gli obiettivi del progetto di cura,
l'integrazione delle funzioni e delle risorse

Capitolo

3

Barbara Pinciara

RIASSUNTO

In questo capitolo si delineano gli aspetti dell'approfondimento della diagnosi dei pazienti gravi, schizofrenici o portatori di gravi disturbi della personalità che, utilizzando meccanismi di difesa, quali scissione, negazione e proiezione, proiettano sui vari membri dell'équipe psichiatrica le loro parti scisse comunicando, attraverso il meccanismo dell'identificazione proiettiva, vissuti ed emozioni. Il materiale osservato, utilizzando l'analisi del controtransfert, fornisce un codice di lettura più profondo rispetto alla diagnosi tradizionale. Andando a valutare, inoltre, la condizione di simbiosi per individuare il grado di fusionalità, si raccolgono importanti informazioni sulle relazioni all'interno della famiglia e si rileva la mappa dei poteri. In seguito si individuano i bisogni specifici della condizione di malattia e gli aspetti deficitari nella relazione per valutare il funzionamento del paziente. Con approcci che rispettino tempi e modi del paziente, si procede all'aggancio e alla presa in carico, con modalità non intrusive da oggetto inanimato e da oggetto parziale.

In questo modo l'équipe, che parte dal paziente e procede con la famiglia, con il medico di medicina generale e con le agenzie del sociale, restituisce al paziente l'immagine di un'équipe integrata e pertanto, a sua volta, integrante e terapeutica. L'integrazione è un processo lungo e faticoso, in continuo movimento, che prevede competenza professionale, sovranità nel ruolo, pari dignità delle funzioni e delle figure professionali, rispetto dei colleghi e solidarietà.

Solo in questo modo si procede insieme al paziente a individuare gli obiettivi da raggiungere e si formula il Piano di Trattamento Individuale (PTI), di cui il *case manager* è il tutore, mirato su quel paziente con tempi e strategie per attuarlo. Per monitorare l'integrazione necessitano formazione e supervisione delle dinamiche di gruppo, mentre la scena dove si compongono i conflitti è il momento fondamentale della discussione del caso.

INTEGRAZIONE

Integrazione è un termine ultimamente molto inflazionato, che, è a volte considerato in modo approssimativo, confondendolo con la buona collaborazione esistente tra i vari membri dell'équipe psichiatrica, i quali qualificati professionalmente, operano con competenza, ma in modo frammentato, seguendo il modello organizzativo cosiddetto a orticello. L'integrazione è invece un processo, quindi un concetto dinamico in continua evoluzione, che prevede alcuni passi ed elementi fondamentali, tra cui anche in questo caso la specifica competenza professionale di ciascuna figura dell'équipe, nonché la sovranità nel ruolo, la pari dignità delle funzioni e dei ruoli professionali, la capacità relazionale di tutti gli operatori dell'équipe nel trattamento dei pazienti gravi.

In entrambi i modelli, come abbiamo visto, la competenza professionale è un elemento imprescindibile, sia per quanto riguarda i neoassunti, che oltre all'apprendimento di conoscenze nozionistiche dovrebbero essere affiancati da tutor esperti per il necessario addestramento nella relazione con il paziente grave, sia per coloro che già lavorano da tempo; il processo informativo e formativo non può mai venir meno ed esaurirsi e dovrebbe essere continuamente sostenuto sia dentro sia fuori dall'équipe, attraverso la frequenza a corsi, convegni, giornate di studio e quant'altro. Spesso, però, succede che chi partecipa ad un aggiornamento non condivide quanto imparato con la solita scusa che non c'è il tempo necessario per farlo. Di fatto raramente avviene una restituzione collettiva di quanto appreso dal singolo, che resta quindi, al massimo, bagaglio personale e non opportunamente condiviso.

Sembra opportuno ora addentrarsi in questi concetti, che sembrano semplici, ma di fatto non sono così facilmente comprensibili e raggiungibili, benché sempre passibili di monitoraggio e miglioramento.

Se ci si rifà alla storia della formazione delle équipe psichiatriche intorno agli anni Ottanta, quando con la chiusura dei manicomi la nuova organizzazione psichiatrica prevedeva l'uscita di pazienti e operatori sul territorio: allora le prime figure presenti nelle équipe erano solamente psichiatri ed infermieri generici e professionali, che, in mancanza di altre figure professionali specifiche, si adattavano a svolgere compiti che spesso esulavano dalla loro competenza professionale, lacuna solo in seguito colmata con l'arrivo degli assistenti sociali, degli psicologi, degli educatori professionali e più di recente dei tecnici della riabilitazione psichiatrica (inseriti, non senza fatica, per la difficoltà a ritagliarsi un proprio spazio). La competenza professionale aggiornata ci porta, invece, inevitabilmente alla sovranità nel ruolo, per cui, passati i tempi del 'facciamo di tutto', ciascuno dovrebbe non solo essere competente, ma anche in grado di difendere la propria professionalità da intrusioni di chi, gerarchicamente superiore, si avoca anche competenze che non ha, impartendo ordini improvvisati, con già l'indicazione di un'improbabile soluzione, senza consentire al diretto interessato il necessario approfondimento e dargli modo di prendere la decisione più opportuna per il trattamento.

Infatti, nella sovranità del ruolo e nella pari dignità delle funzioni è prevista anche una diagnosi secondo la funzione, per cui la diagnosi assistenziale, quella sociale,

quella relazionale, la valutazione del deficit e del conflitto portano ad una conoscenza più completa della persona da trattare, con l'individuazione di obiettivi e strategie mirate, che conducono di conseguenza alla formulazione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) non generico ma ritagliato su quel paziente e con lui condiviso.

L'integrazione, dunque, deve tenere conto di tutti questi passaggi, eliminando il pregiudizio che una figura professionale sia più importante di un'altra nella presa in carico del paziente grave ed avendo la consapevolezza che tutti gli operatori siano ugualmente necessari per la correttezza della diagnosi e del trattamento e che, se anche momentaneamente non sono ancora in gioco, siano tuttavia pronti ad intervenire al momento opportuno. Ovviamente, questo complesso coordinamento di ruoli e funzioni prende corpo nella discussione del caso, che non è certamente un passaggio velleitario ed inopinatamente considerato superfluo, ma mette insieme le visioni professionali ed il materiale osservato da ciascuna ottica, avendo come comune denominatore la capacità relazionale dei vari membri dell'équipe.

Inoltre, tutti dovrebbero conoscere la specificità professionale dei colleghi per veicolare, quando necessario, l'ingresso di altre figure, ma ciascun membro dell'équipe dovrebbe essere in grado di entrare in relazione con personaggi così particolari e difesi come gli psicotici, conquistando fiducia ed alleanza terapeutica. Quindi, ogni équipe, attraverso il lavoro tanto del *case manager* quanto dell'integratore, dovrebbe essere in grado di monitorare la restituzione del materiale condiviso in un insieme integrato: questo offre al paziente, scisso per definizione, come nel caso della persona affetta da schizofrenia o dei portatori di gravi disturbi della personalità, ovvero di coloro che utilizzano meccanismi di difesa di tipo scissionale, la visione di un'équipe integrata e pertanto, a sua volta, integrante e terapeutica. Infatti, nel gioco psicodinamico delle proiezioni frazionate, il paziente, attraverso il meccanismo dell'identificazione proiettiva, fa vivere a ciascun operatore delle parti di sé, dei propri vissuti e delle proprie emozioni: questo meccanismo ha un altissimo valore comunicativo, per cui se l'operatore impara a decodificare l'emozione, e a cogliere questo importante messaggio, ha a disposizione un materiale importantissimo per la conoscenza del paziente. Se, dunque, non ci si ferma più riduttivamente solo all'analisi del comportamento, ma, andando maggiormente in profondità, si entra in una relazione emotiva correttiva e con una conoscenza maggiormente arricchita, si passa già al trattamento, cioè all'aggancio del paziente. Al di là del fatto che ci sono operatori che per loro natura sono più integrati di altri, più capaci di entrare con il paziente in una relazione ravvicinata senza paura di farsi sopraffare e di conseguenza sono in grado di mantenere una posizione professionale tenendo a bada la familiarizzazione, occorre ricordare che la capacità relazionale, che usufruisce dell'ascolto empatico ed utilizza la decodificazione del codice di lettura emotivo, si può affinare con un training e con una formazione specifica, attraverso l'analisi delle dinamiche di gruppo e la supervisione di casi clinici complessi. Tale formazione è ancora più necessaria nelle strutture residenziali, dove azioni parlanti o interpretazioni agite debbono accompagnare la gestione della quotidianità e la mente collettiva dell'équipe deve accompagnare il paziente nella comprensione, nel contenimento e nel trattamento.

In questo modo l'équipe continua a rinnovarsi in un processo dinamico fatto di considerazione, di scambio, di rispetto e di sostegno: ovviamente tutto ciò concorre all'integrazione.

L'integrazione, che, come ho detto, si origina a partire dalle parti scisse del paziente e si diffonde sull'équipe e sulla famiglia, non si può infatti prendere in carico persone affette da psicosi senza trattare anche la famiglia, portatrice come il paziente di grande sofferenza, si estende poi al medico di medicina generale, alle agenzie del sociale, senza le quali è impensabile procedere alla risocializzazione del paziente ed al suo reinserimento nel tessuto sociale, per arrivare a sviluppare il modello fondamentale della rete.

Certo, questo modo di procedere prevede che ci si metta in discussione, che ciascun operatore accetti di lavorare in rapporto stretto con i colleghi, per evitare schemi rigidi di riferimento o modelli difensivi, che conducono alla cronicità. La tendenza alla cronicità, con le conseguenti resistenze al cambiamento, in parte è frutto della proiezione del paziente, che teme di lasciare le sue difese storiche, seppur vacillanti nei momenti di crisi, per soluzioni più evolute ed ha bisogno che l'équipe si faccia garante del rispetto delle difese, ma in parte è anche una tendenza insita nell'operatore stesso, che teme di essere troppo coinvolto nella relazione e di restare solo ad affrontare situazioni così gravi.

Proprio per questo la presa in carico del paziente grave prevede la gestione in équipe, la solidarietà e la condivisione, per cui se un operatore si trasforma da spettatore ad attore del delirio, nella misura in cui la relazione risulta più significativa e le distanze si sono accorciate, e diventa pertanto il persecutore, un collega lo sostituirà, svolgendo la medesima funzione e preservandolo da possibili reazioni pericolose, messe in atto dal paziente con disturbo psicotico.

Può essere proficuo che una figura gerarchica, il primario con funzioni di professional o il responsabile del Centro Psico-Sociale (CPS), per il ruolo che ricopre, basato sulla normatività tipica del codice paterno, svolga il compito di assumersi il contenimento e la posizione dell'oggetto persecutorio, come colui che può prescrivere i tanto temuti farmaci o persino promuovere il ricovero in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

Quindi, inizialmente, l'équipe funziona come un insieme di oggetti parziali nella complessa relazione con il paziente, accogliendo le proiezioni frazionate, ma con una modalità definita da oggetto inanimato, cioè con una modalità non intrusiva, che rispetti i modi e i tempi del paziente. Solo così, rassicurato nelle sue paure, egli risponderà positivamente all'iniziale aggancio, sviluppando fiducia e alleanza terapeutica.

Zapparoli aveva parlato della prova della credenza, riferendosi al mobile che nel medioevo serviva a riporre, alla vista di tutti, i piatti ricolmi di pietanze, che venivano assaggiate dagli scalchi, servitori adibiti a questa funzione, a verifica che il cibo destinato al principe non fosse avvelenato. L'operatore, novello scalco, non deve ovviamente rischiare la propria vita, ma condividere il senso di persecutorietà vissuto dal paziente, che a volte, proprio per metterci alla prova, sottopone l'operatore a richieste o domande cosiddette impossibili, proponendogli per esempio di suicidarsi insieme, di mantenere il segreto sulle sue intenzioni suicidarie, mettendo a rischio la propria

vita e l'incolumità di altri, o più semplicemente chiede se sente anche lui le voci che lo tormentano o se crede ai contenuti del suo delirio.

Se l'operatore non è preparato a rispondere con argomenti credibili, ma banalizza le richieste, soprattutto se si schermisce con risposte improvvisate e grottesche, il paziente perde la fiducia. Spesso, in queste domande o in altre di contenuto rischioso, si cela il trabocchetto della seduzione: per esempio, nella richiesta di mantenere il segreto professionale sulla comunicazione di ideazioni suicidarie, è opportuno non colludere narcisisticamente con l'idea di essere stato prescelto come unico custode del segreto ma, occorre, valorizzando il lavoro di équipe e la necessità della tutela, chiarire che si condivideranno con i colleghi, anch'essi tenuti del resto al segreto professionale, le comunicazioni pericolose. Si ritiene di aver fornito alcuni esempi significativi, ma ovviamente ce ne potrebbero essere molti altri, di come si procede verso l'integrazione.

Ciascun operatore, dal punto di vista della propria specificità professionale, rileva i bisogni del paziente grave per giungere ad una diagnosi complessa e articolata, che individua appunto bisogni e deficit ed apre la strada alla valutazione del funzionamento di quel particolare paziente, il quale non è più semplicemente il Signor Giovanni Bianchi Schizofrenico, ma il Signor Giovanni Bianchi Schizofrenico caratterizzato da quei bisogni e da quelle difettualità.

Si passa così dal mio paziente al nostro paziente e si delinea in dettaglio la funzione del *case manager*, spesso confuso con l'operatore di riferimento, anche se talvolta le due funzioni possono coincidere nella stessa persona. Il *case manager* è il tutore ed il custode del processo di cura e, nella farraginosità del CPS, è colui che richiama i colleghi al raggiungimento degli obiettivi del PTI, ai tempi prefissati per realizzarli, alla condivisione. In molte équipe, dove il concetto non è stato ben sviluppato, viene ritenuto come un compito burocratico e noioso ed affidato a figure considerate minori oppure gli psichiatri se ne accollano in toto la funzione, con la scusante della responsabilità, senza imparare a delegare ad altri. Inoltre all'inizio sono sorte, da parte di alcuni operatori, resistenze a svolgere questa funzione, nel timore che ciò comportasse la responsabilità della gestione del caso, ma se ciascuno risponde di quanto fa personalmente, la responsabilità del trattamento è ovviamente da condividere in équipe.

LA DIAGNOSI DI FUSIONALITÀ

Per tornare però a comprendere meglio i meccanismi della relazione patologica è necessario soffermarsi sulla simbiosi.

Il termine simbiosi deriva dal greco e significa "vita insieme" ed è stato coniato per definire la relazione esistente tra specie diverse, che concorrono alla sopravvivenza; esempi in natura sono il paguro bernardo e la conchiglia, il pesce pagliaccio e la pianta spirografa, dal cui veleno il pesce è indenne, per cui si muove tra le sue spire, tenendo pulito l'ecosistema dai residui di cibo e nel contempo nutrendosene. Poi è stato trasportato da Mahler (1978) nella descrizione delle fasi della relazione umana tra il bambino e la nutrice, individui della stessa specie.

Simbiosi sta a definire quella particolare relazione di fusionalità in cui l'uno vive in funzione dell'altra; il bambino neonato non potrebbe sopravvivere senza l'accudimento della madre, non essendo ancora idoneo all'autoconservazione. Ma questa fase della vita, attraversata da tutti gli individui, anche se non ne rimane traccia nella memoria, se non da parte della madre, che la rivive con il proprio bambino, dura solo qualche mese, dopo di che interviene l'Edipo precoce, descritto da Klein (2006), ovvero sotto la spinta pulsionale il padre richiama la propria moglie alla sessualità, introducendo la triangolazione nella relazione. Successivamente, con il compiersi delle tappe emancipogene, il passaggio dall'allattamento al seno all'alimentazione al cucchiaino, con la frequentazione del nido o l'affido alla baby sitter se la madre lavora, con l'andare all'asilo, con le prime separazioni temporanee e via dicendo, si giunge all'adolescenza, superata positivamente la quale, l'individuo può considerarsi autonomo. Sappiamo bene quanto sia difficile separarsi, quanto l'adolescente metta in atto avvicinamenti repentini, quando ha bisogno di sperimentare di nuovo la tenerezza materna e tornare bambino e quanto, sotto la spinta della tempesta ormonale, abbia bisogno di investire la libido sull'altro, sul mondo esterno, prendendo le distanze dai genitori con richieste di autonomia, perpetrate a volte con intensità e con rabbia. Essere autonomi non vuol dire non avere bisogno dell'altro, ma essere in grado di superare lutti e separazioni senza frammentarsi, accettando ed elaborando il dolore come sofferenza umana e non patologica. Il bisogno di rievocare e rivivere la fusionalità si risperimenta nell'adulto, nell'atto d'amore, in cui i corpi compenetrati quasi si fondono in un tutt'uno, concedendosi di lasciarsi andare con la sicurezza, però, di poter di nuovo recuperare la propria separatezza ed autonomia.

Nella letteratura sono descritti dai grandi autori, studiosi e osservatori della prima infanzia, questi importantissimi momenti: Winnicott (1975) nella descrizione dell'*holding*, quando rappresenta la madre che nell'allattamento tiene stretto in braccio il suo bambino e gli sguardi si confondono, descrive momenti di grande lirismo mentre Racamier (1993) nel *Genio delle origini* parla dell'allentamento della simbiosi come del primo grande lutto, il lutto primigenio, su cui si strutturerà la capacità di elaborare la separazione ed il dolore che ne segue, come bagaglio fondamentale della vita. Anche Anzieu, (1987) nel suo libro intitolato *L'io Pelle*, descrive come durante la suzione i corpi della madre e del bambino ricreino quella contiguità come se non fossero ancora stati separati.

Detto questo, nelle psicosi, che un tempo erano anche definite, non a caso, *psicosi simbiotiche*, il processo di individuazione non avviene o si interrompe: la madre, che a sua volta non ha passato indenne questa fase in relazione alla propria figura materna, non riesce a separarsi dal suo bambino e non favorisce il normale svolgersi delle tappe emancipogene. Spesso la famiglia a transazione schizofrenica è un nucleo chiuso, piuttosto isolato, i normali scambi relazionali con la famiglia allargata sono stati interrotti e aleggia un clima di diffidenza e persecutorietà.

Con la nascita del bambino il padre è venuto meno al ruolo coniugale, lascia il passo al legame privilegiato e si sottrae alla sua funzione normativa, ritirandosi silente sullo sfondo.

Lacan (1966) ha parlato della *forclusione* del nome del padre, mentre molti autori si sono soffermati a descrivere, come Carta (1997), il padre del futuro schizofrenico.

Si viene a conoscenza di casi in cui il figlio, ormai adulto, dorme con la madre, mentre il padre è stato confinato nella cameretta ed i rapporti sessuali sono venuti meno, praticamente a partire dalla nascita del futuro paziente.

Ci sono situazioni, invero più rare, in cui o perché la madre è deficitaria o perché è deceduta durante il parto e per la presenza di un padre con personalità paranoica, la simbiosi si organizza con la figura paterna, che diventa l'unico punto di riferimento nello sviluppo del figlio.

Passiamo ora ad elencare le varie fasi della simbiosi. La prima, definita generalizzata, è quella che interessa prevalentemente i pazienti con gravi disturbi schizoidi o gravi cerebropatie, talmente ritirati e dipendenti dalla figura materna, che difficilmente arrivano all'osservazione psichiatrica, se non quando la madre decede, non essendo assolutamente idonei all'autoconservazione, per cui quasi sempre bisogna ricorrere all'istituzionalizzazione. Sono questi i casi descritti di figli, che vegliano la propria madre morta, in stato confusionale senza avere comprensione dell'evento e senza rendersi conto di avere identità separate.

Spesso la madre di un figlio con un grave handicap mentale si sente in colpa per aver generato un figlio malato e tenta di supplire ai suoi deficit, sostituendosi in toto a lui con una modalità iperprotettiva, a volte impedendo anche le seppur minime tappe emancipogene, nel timore che il figlio non possa farcela a superarle e sia, di conseguenza, esposto a pericoli.

La fase successiva è quella della simbiosi cosiddetta ambivalente, in cui si avviano momenti di intensa idealizzazione e fusionalità, dove la distanza relazionale è annullata, ma questo evoca fantasmi di oppressione e genera rabbia e conseguente bisogno di allontanamento: scatta così la persecuzione e la necessità di allontanarsi, spesso veicolate da litigi e violenze. Teniamo conto che la madre simbiotica, non separata dunque, fa molta fatica a riconoscere i bisogni e i desideri propri del figlio e mette in atto quel meccanismo definito 'castrazione del desiderio' per impedirne l'autonomia.

Un certo grado di frustrazione è necessario per poter imparare a procrastinare la soddisfazione del bisogno, per esercitarsi a scoprire strategie di auto soddisfazione, che colmino l'attesa senza vivere l'angoscia di abbandono e frammentazione. Spesso le madri simbiotiche sono madri ipernutrienti, che non tollerano il pianto del figlio, lo rimpinzano di cibo, cosicché il bambino non si rivolge al ciuccio o a succhiarsi il pollice, validi sostituti autoerotici e compensatori per ridurre l'ansia nell'attesa della soddisfazione del bisogno. In questo modo il bambino, totalmente appagato, non esplora il mondo circostante, alla scoperta di altri oggetti e non sviluppa la curiosità della ricerca e dell'istinto epistemofilo.

La simbiosi ambivalente è la fase in cui si sono prevalentemente fissati i nostri pazienti, che fanno vivere anche agli operatori fasi di vicinanza soffocanti o fasi di alternanti distanze siderali.

Spesso le madri, nella fase della vicinanza, ci chiedono di intervenire, allontanando il figlio con il ricovero in qualche struttura, ma dopo poco tempo la lontananza diventa, per entrambi i poli della relazione simbiotica, intollerabile e dunque mettono in atto

strategie di richiamo, che fanno fallire l'inserimento in comunità. Per esempio, può succedere che durante un permesso di uscita dalla comunità, il figlio venga convinto, colludendo entrambi su questa decisione, a non far ritorno in struttura, come concordato con gli operatori, attaccando il progetto terapeutico ed il rispetto degli accordi e delle regole stabilite.

Allo stesso modo in cui hanno squalificato il padre, eludendo gli aspetti normativi, così fanno con l'équipe, svalutando l'intervento concordato.

Se non si tiene conto di questi movimenti ambivalenti e sulle note della razionalità ci si basa solo sulle richieste fatte nella fase di sovraccarico, promuoviamo un'azione imprudente, assunta a partire da valutazioni parziali di fronte all'urgenza della richiesta basata sull'alta emotività espressa del momento e mettiamo in atto il tentativo di rompere la simbiosi senza aver proceduto per gradi all'allentamento della stessa.

In questi casi è una strategia opportuna coinvolgere la madre come co-terapeuta, di modo che non ci viva come coloro che forzatamente vogliono toglierle il figlio, ma come coloro che riconoscono le sue valenze di madre, la sua conoscenza delle dinamiche famigliari e la sua possibile preziosa collaborazione.

Un tempo la psichiatria, intorno agli anni Ottanta, è stata molto colpevolizzante con le madri dei pazienti: pensiamo alla definizione di madre schizofrenogena, a cui si attribuiva in esclusiva la causa della malattia del figlio. Ora ben si sa come l'eziologia delle malattie mentali sia da considerarsi multifattoriale, per cui certamente l'ambiente ha il suo peso, ma non è l'unico fattore in causa. Il più corretto allentamento della simbiosi prevede, invece, che i due poli della relazione simbiotica siano supportati da due operatori, cosiddetti oggetti sostitutivi di simbiosi, che consentano, con la fiducia e l'alleanza, di stabilire la giusta distanza relazionale. La madre onnipotente, nella sua qualità di leader e depositaria del sapere, sarebbe opportuno, come si è detto, fosse seguita da una figura autorevole, con cui potrebbe confrontarsi e rivalutarsi rispetto alle svalutazioni squalificanti perpetrate dai propri genitori, mentre il figlio dovrebbe avere a disposizione un operatore, che noi definiamo oggetto meno qualificato, per esempio un infermiere o un educatore, con cui ripercorrere in sordina le tappe emancipogene ed acquistare un minimo di autonomia. Questi operatori sono vissuti come meno pericolosi, in quanto, a differenza degli psichiatri, non possono prescrivere farmaci o promuovere TSO e non rientrano nel vissuto collettivo degli 'strizzacervelli', quindi sono più facilmente accettati dal paziente e non sono oggetto di diffidenza da parte dei genitori.

Se ne deduce che in questa iniziale fase di conoscenza, in cui si pongono le basi della relazione terapeutica, è opportuno procedere con prudenza, valutando nell'insieme bisogni, difettualità, ma anche risorse di ciascun membro della famiglia a transazione schizofrenica, per definire con precisione quella che è la mappa dei poteri.

Risulta di fondamentale importanza valutare quali siano le risorse della famiglia, se possono essere rivalutate e sostenute, se nella cerchia allargata sono presenti i cosiddetti facilitatori naturali, persone dotate di una valida capacità relazionale, di un buon grado di tolleranza e di capacità di contenimento, che godono di apprezzamento all'interno della famiglia stessa.

Se si conquista la fiducia dei genitori, questi sono in grado in seguito di poter affidare il figlio, come in una sorta di esecuzione testamentaria, all'équipe, consapevoli che l'équipe, a differenza di loro stessi, destinati, in quanto mortali, a doversi separare dal figlio malato, è invece eterna, nella misura in cui se anche un operatore se ne va, non verrà meno la funzione di accudimento, perché sarà opportunamente sostituito da un nuovo venuto.

Infine, attraverso questi passi, si può arrivare così alla simbiosi focale, per cui il paziente, abbandonate le difese più primitive o quanto meno private della componente angosciata, può assumerne di più funzionali e rassicurato da esperienze emotive correttive, meno gravato da aspetti persecutori, può vivere reinserito nel sociale, con una migliore qualità di vita e soprattutto meno solo, sicuro della continuità degli aiuti forniti e più sereno rispetto al futuro. Non si arriva alla guarigione, intesa come uno stato ideale, che si rifà al riduttivo concetto di normalità, ma alla condizione soggettiva di benessere, esperita dal paziente nel rispetto delle norme. Concetto riferibile alla 'guarigione sociale', descritta da Pao (1984) nei Disturbi schizofrenici.

LA DIAGNOSI DI FUNZIONALITÀ

Rilevamento dei bisogni

Compiuta la diagnosi di fusionalità, si procede con la diagnosi di funzionalità, che definisce il grado di funzionamento di quel particolare paziente. Per arrivare a questo approfondimento è necessario avviare la valutazione dei bisogni e dei deficit dello psicotico, ma anche della famiglia.

Ciascun operatore, come si è già accennato, procederà, dall'ottica della propria specificità professionale, rifacendosi alla scala di Maslow (1954), al rilevamento dei vari tipi di bisogni, in alcuni casi, come quelli primari del tutto simili a quelli del cittadino sano bisognoso, con la differenza che quest'ultimo ne è più facilmente consapevole ed è in grado, se non riesce a farlo in modo autonomo, di chiedere aiuto per soddisfarli. Il nostro paziente, invece, spesso non ne è consapevole, nella misura in cui i bisogni specifici della condizione di malattia gli impediscono il riconoscimento degli altri.

Si analizzano ora alcuni esempi, che sono patognomici della malattia, come per esempio il bisogno di non aver bisogni.

Questo bisogno, che supporta l'onnipotenza megalomanica, è presente non solo nei pazienti con gravi disturbi schizofrenici, ma anche nelle pazienti anoressiche, quelle che rientrano nel gruppo della paranoia intrapsichica, descritte da Palazzoli Selvini (1998) in Ragazze anoressiche e bulimiche, che addirittura negano la dipendenza dal cibo fino al punto di morire.

Questo bisogno negli psicotici è a difesa dalla percezione della sensazione di impotenza, che più è profonda, più innesca l'onnipotenza compensatoria, poi proiettata sugli operatori con le già descritte richieste impossibili.

I deliri megalomani, genealogici, a sfondo religioso, ma anche i deliri di colpa, per cui il paziente, nella sua grandiosità, si autoaccusa della rovina del mondo, sono inversamente proporzionali appunto alla sottostante impotenza. Bisogna stare molto attenti a ridurli prescrivendo dosi massicce di farmaci, perché il paziente, in un momento di lucidità, valutata la drammaticità della sua condizione, potrebbe, privato della sua difesa, porre fine tristemente alla propria vita.

Questo vuol dire che è bene mantenere un comportamento prudente, che stia al passo con il paziente e tenga nell'opportuna considerazione il suo altro bisogno/diritto a delirare.

Questa non è una posizione di rassegnazione, del non c'è niente da fare: tenendo a bada il furor sanandi, ovvero il velleitarismo terapeutico, per cui il paziente deve star bene non per un suo diritto legittimo al benessere, ma per sostenere la bontà dell'immagine professionale dell'operatore, è opportuno procedere nel rispetto delle difese, dei tempi e dei modi del paziente, accompagnarlo ed accoglierlo nella stanza del delirio, ovvero in quel luogo ed in quello spazio, dove la sua parte folle può ricevere ascolto, riconducendola da pubblica a privata, decantandola dalla componente angosciosa, di modo da liberare energie, non più impegnate in difese così massicce e primitive, per metterle al servizio dell'io residuale non psicotico e quindi della riabilitazione e della risocializzazione.

Senza un avvicinamento relazionale graduale con la posizione dell'oggetto parziale – a seconda del momento oggetto meno qualificato e dunque meno pericoloso oppure oggetto onnipotente – sempre con una modalità non intrusiva, definita da oggetto inanimato, non si raggiunge la fiducia e l'alleanza terapeutica. Più difficile è avvicinarsi quando il bisogno-diritto a delirare, come nel delirio di veneficio, si scontra con il bisogno primario di nutrirsi, necessario per la sopravvivenza. In questo caso l'operatore dovrebbe essere pronto a condividere il cibo con il paziente, scambiando per esempio i piatti, per dare la prova della credenza.

La strategia relazionale di condividere, come novelli scalchi, la persecuzione, può aiutare il paziente a fidarsi, mentre sconfessare il delirio e di conseguenza la sofferenza che l'accompagna, strategia peraltro messa in atto inutilmente dai familiari, non paga e crea una competizione con il formarsi di strade parallele tra la nostra logica razionale e quella schizofrenica.

Altro importante bisogno specifico è quello di poter usufruire di un ambiente medio, dove il paziente non si venga invaso dal piacere, ma si tenga conto della componente algofila, presente nei pazienti psicotici. Ciò non sta a indicare che si debba sadicizzare i pazienti, ma tener conto che nella loro esperienza simbiotica sono stati inondati di cibo, di piacere, che crea dipendenza e che li spaventa enormemente, nella misura in cui il possibile venir meno della fonte del piacere evoca angosce di abbandono. Quindi, gli operatori, che spesso hanno scelto una professione di aiuto per sanare i sentimenti di colpa, sorti nell'infanzia, nei confronti di figure genitoriali malate o deficitarie, tendono ad essere inutilmente oblativi e pensano che condizioni amevoli possano di per sé essere terapeutiche, mossi dal bisogno di sostenere la bontà della propria immagine professionale, contrapponendosi al genitore deficitario.

Ovviamente la componente algofila va ridotta, ma non prima di averne capito il significato e di aver individuato delle strategie alternative compensatorie.

Altro bisogno specifico della condizione di malattia è quello di realizzare la residenza emotiva e l'area di condivisione con l'operatore (Zapparoli G.C., 1979, 1982, 1985, 1987, 1988, 1992, 1994, 2002, 2008, 2009): con la condivisione, appunto, del senso di persecuzione, ma anche assicurando la garanzia del sostegno per 'l'eternità'. Quando si sono aperte le prime comunità, i Centri di Terapie Psichiatriche e Risocializzazione (CRT, ora CRA), si era visto che l'aggressività dei pazienti e di conseguenza i ricoveri e gli agiti pericolosi venivano meno, ma non si riusciva più a dimmetterli, a rischio di nuovi scompensi.

Questo perché la residenza emotiva ed il senso di appartenenza non erano forniti dalla relazione con gli operatori, ma dalla permanenza in struttura. Il CPS e la sua équipe venivano meno alla loro funzione di 'fulcro' del progetto terapeutico e si procedeva ad una delega totale all'équipe della comunità. Così, nel corso degli anni, strutture ad alta valenza riabilitativa si trasformavano in comunità a media o bassa protezione con un inadeguato utilizzo delle figure professionali e con conseguente dispendio di energie e di denaro.

È stato introdotto di conseguenza il fattore tempo come indicatore di permanenza corretta in struttura ed in questo modo l'équipe del CPS deve fornire la continuità terapeutica della presa in carico. A volte ingegnosamente i pazienti o i loro familiari trovavano soluzioni felici nel reperire piccoli appartamenti nelle vicinanze delle strutture per mantenere un rapporto di contiguità con esse. In seguito sono poi sorti con modalità e funzioni satellitari appartamenti protetti nelle vicinanze delle stesse.

Come si è già descritto, un altro bisogno specifico è quello di entrare in relazione con oggetti parziali, fintanto che il processo di integrazione delle parti scisse del paziente non si è avviato.

Questi sono alcuni dei bisogni specifici della condizione di malattia, ma nel procedere alla rilevazione bisogna indagare anche quali sono i bisogni dei familiari, a volte veramente gravati dalla convivenza con il paziente, e anche quelli degli operatori, che se troppo impauriti o sovraccarichi di lavoro, non sono più in grado di fornire lucidamente il loro apporto.

Valutazione dei deficit

Si può adesso passare a individuare i deficit attinenti alla relazione, presenti nelle persone con disturbi psicotici, che insieme alla corretta lettura e soddisfazione dei bisogni aiutano a comprendere il funzionamento di quel determinato paziente.

Spesso è presente nei pazienti un deficit nella capacità di tollerare la perdita e l'attesa, per cui sorgere del bisogno e sua soddisfazione devono essere contemporanei. Questo deficit è legato in parte al fatto che per quel meccanismo citato della castrazione del desiderio, la soddisfazione immediata nell'infante, per esempio del bisogno di essere nutrito, impedisce l'imparare a tollerare la frustrazione, che sta nel procrastinare la soddisfazione del bisogno, il che sviluppa la capacità appunto di tollerare l'attesa e di immaginare strategie consolatorie, che accompagnino il periodo dell'attesa stessa.

Un altro deficit importante consiste nella capacità di autoregolazione degli impulsi aggressivi.

Qui si apre un grosso capitolo, che riguarda l'aggressività nelle psicosi, spesso dettata dal fatto che, in preda a deliri di persecuzione o ad allucinazioni visive o uditive terrificanti e pericolose, il paziente reagisce con comportamenti aggressivi allo scopo di difendere la propria vita ed integrità. Lo psicotico, dal punto di vista della sua ottica delirante, si sente vittima del suo persecutore, pertanto la messa in atto di comportamenti violenti è generalmente dettata da esasperazione o da tentativi incongrui di difesa, come di chi combatte per la salvezza della propria incolumità, messa in pericolo dalle convinzioni deliranti. Ciò fa in modo che le azioni aggressive non siano quasi mai dettate dalla premeditazione, ma spesso improvvisate, goffe e grossolane nel tentativo della loro realizzazione.

Inoltre, la vittima dell'aggressione è nella fantasia del paziente, scambiata per persecutore, ma, pur con questa inversione fantastica, di fatto normalmente non vi è scambio di ruoli nella realtà.

Nelle psicosi è inoltre presente, come detto, il bisogno di non aver bisogni: quindi il legame tra persecutore e perseguitato crea un'intollerabile dipendenza e mina di conseguenza l'onnipotenza megalomantica; a volte il cercare di ripristinarla lo conduce all'azione violenta, nel disperato tentativo di riprendere le distanze necessarie e di rompere il legame con un agito aggressivo.

Invece, gli agiti aggressivi rivolti ai familiari avvengono quando l'ambivalenza simbiotica del nec tecum nec sine te vivere possum è nella fase di vicinanza e di fusionalità, per cui l'agito aggressivo ha lo scopo di riprendere in modo repentino le distanze ed interrompere drammaticamente l'eccessiva vicinanza, alla ricerca di una propria separatezza ed identità.

Nei confronti degli operatori vi è molta differenza se si è attori o spettatori del delirio, ovvero se si è inglobati o meno negli aspetti deliranti: infatti, nella posizione più neutrale di spettatore, a debita distanza, non oggetto diretto dell'aggressività del paziente, è più facile mantenere la necessaria oggettività e lucidità e, scevri dalla paura, essere di maggior aiuto. Quando, invece, si diventa attori del delirio e pertanto si impersonifica il ruolo del persecutore e di conseguenza della possibile vittima, si sperimenta la paura, che agita e non riconosciuta, ci porta a non poter utilizzare la giusta professionalità.

In certe situazioni il ricorso alla violenza è connesso al mancato riconoscimento dei bisogni del paziente, che quindi, in modo incongruo, tenta di far valere le sue ragioni misconosciute.

È importante sottolineare di nuovo come solo l'équipe integrata può far fronte in modo corretto alla paura che il paziente, in preda alla violenza, fa sperimentare, attraverso la condivisione, il sostegno e la solidarietà, mentre operatori divisi possono divenire a loro volta aggressivi, cercando di deviare la violenza del paziente contro i colleghi, nel tentativo di porsi in salvo personalmente.

Di certo, gli operatori devono essere addestrati a non entrare nella sfida onnipotente, il che per esempio succede con coloro che sono soggetti frequentemente a in-

fortuni, perché è opportuno ricordare che in quei momenti il paziente, combattendo a difesa della propria vita, potrebbe essere davvero molto pericoloso. Quello che comunque è essenziale è non accettare la sfida onnipotente e distruttiva innescata dal paziente, che si rivela perdente, inutile e pericolosa.

Certe condizioni molto primitive evocano alla memoria comportamenti altrettanto primitivi quali quelli descritti in etologia di sottomissione al capo-branco, evitando accuratamente risposte reattive.

Può anche risultare utile, per detendere la tensione, comunicare al paziente come la paura impedisca una buona collaborazione e disponibilità: ‘finché sei violento con me non posso aiutarti, perché il dolore e la paura mi impediscono di identificarmi con te.’

La dichiarazione di impotenza sdrammatizza la situazione, a differenza dell’accolimento della sfida onnipotente, che l’accentua. Di certo l’operatore, sanamente idoneo all’autoconservazione, deve essere in grado di porsi in salvo, e se è assolutamente opportuno utilizzare queste strategie relazionali, anche con atteggiamento deciso ed autorevole, non è assolutamente accettabile, dal punto di vista etico, contrapporre violenza alla violenza del paziente.

“Contenimento e rispetto delle regole sono strumenti importanti, ma la violenza deve essere assolutamente bandita. Contenimento psicologico e repressione costituiscono due modi opposti di reagire all’aggressività psicotica, poiché mentre la repressione mortifica il paziente ed è solo funzionale ai bisogni e all’ideologia dell’istituzione che lo ha in cura, il contenimento attraverso la comprensione ne riflette e integra i bisogni reali e si rapporta con lui non come a ‘un matto da legare’, ma come a una persona da capire”.

(Gnocchi E. et al, 1991)

Occorre, infatti, differenziare l’aggressività come impulso ostile e socialmente dannoso dai modi in cui essa viene scaricata: modi, come si è detto, che possono violare il codice sociale o esservi conformi. Si tratta di due aspetti completamente diversi, in quanto nel primo caso dove c’è dell’aggressività, che diventa – appunto per le sue modalità anomale di espressione – distruttività, si cerca sempre e comunque di rimuoverla; nel secondo, invece, se ne accetta l’espressione, dal momento che avviene secondo le norme del vivere civile.

Un esempio lampante di quanto detto è quello che avviene nella competizione sociale nel campo del lavoro e dello sport.

Nel paziente con psicosi, non solo vi può essere una particolare intensità degli impulsi aggressivi, ma anche l’incapacità a mantenere un sano controllo e quindi a manifestarli in modo adeguato; basta pensare al contenimento assoluto del catatonico o all’agire violento senza freni di certi schizofrenici.

Molto spesso i genitori li hanno privati della possibilità di affrontare la loro aggressività e quindi di imparare a modularla, in questo modo ridimensionandola; di conseguenza uno dei capisaldi della relazione psicologica di contenimento, oltre a comprenderne l’origine e quindi esercitare a monte una prevenzione attraverso la comprensione dei bisogni, consiste nel dare al paziente la possibilità di decantarla, in modo socialmente accettabile, impedendone comunque le scariche eccessive.

A volte i pazienti hanno la convinzione di aver subito dei danni, per cui diventano rivendicativi, attribuendo a coloro che ritengono i responsabili dei loro deficit l'obbligo del risarcimento, in questo alla ricerca di un caprio espiatorio a giustificazione e copertura della propria impotenza, per loro insostenibile. In questi casi, soprattutto per i cosiddetti pazienti irrisarcibili, è necessario organizzare una protesi, che compensi in parte gli aspetti deficitari, ma che contempli il dono, cioè la possibilità dinamica di uno scambio e della reciprocità.

In questo modo, con il dono e non con la carità, essi possono a loro volta offrirci qualcosa, occuparsi per esempio della nostra salvezza eterna, pregando per noi, se sono dei mistici e soprattutto, in seguito allo scambio, non sentirsi totalmente dipendenti.

Si può contenere la rivendicazione stimolando la ricerca del risarcimento nell'area illusoria attraverso l'accorgimento di instaurare, come abbiamo già detto, la 'stanza del delirio', spazio di ascolto protetto e privato per ridimensionare così l'aspetto pubblico del delirio stesso e le sue conseguenze sociali. Nello spazio dedicato si può, insieme al paziente, cercare di promuovere l'oblio, il che può essere un buon obiettivo per il PTI.

Per operare con modalità di maggior sicurezza sono richieste alcune cose: la capacità di padroneggiare la paura, che altrimenti diventa un'emozione paralizzante o al contrario che ci mette in fuga o ci fa diventare degli oggetti di violenza permissivi e di viverla come modalità di comunicazione di sentimenti del paziente, molto spesso a propria volta impaurito; la possibilità di prevenire le crisi di aggressività, attraverso l'individuazione dei cosiddetti segni premonitori, che sono indici di incipiente scompenso, senza arrivare ad una situazione ormai incontenibile per decidersi a prendere i necessari provvedimenti; la capacità di formulare in tempi brevi una corretta diagnosi, rispetto al mezzo più idoneo, chimico, meccanico, psicologico o strutturale per aiutare il paziente a contenersi in quel preciso momento; l'aver a disposizione luoghi specializzati, i centri di crisi, oppure un posto per il ricovero, per neutralizzare e contenere l'aggressività.

Se queste condizioni non ci sono, c'è il rischio di porsi in una situazione in cui non si è i contenitori della violenza, ma degli oggetti permissivi e perversi, non in grado di tutelare la propria incolumità fisica e psichica, non attenti persino a spostare gli oggetti contundenti dalla scrivania o a togliersi gli occhiali, in presenza di minaccia di aggressione.

La situazione e le tecniche sono ovviamente molto differenti quando si procede con un paziente conosciuto, i cui bisogni e comportamenti sono genericamente noti, per cui è bene cercare insieme una modalità adeguata di soddisfarli e contenerli, per ridurre la tensione dell'insoddisfazione, lavoro che deve parallelamente procedere con i familiari, i quali vanno opportunamente aiutati a non promuovere e a contenere la violenza del loro congiunto.

Spesso, infatti, si assiste al fatto che le comunicazioni non sono circolari e che il paziente scarica a casa, in famiglia, la propria inadeguata aggressività, senza che da parte dell'équipe si sia pensato di attrezzare i familiari, che a volte del tutto involontariamente 'provocano' il paziente, ad imparare tecniche per contenerlo.

Molto più difficile invece è il contenimento con il paziente sconosciuto, di cui non si hanno sufficienti notizie su quali siano i vissuti più profondi, per cui è necessario procedere in prima istanza con altri modi di contenimento, che non siano esclusivamente psicologici, utilizzando dunque dapprima quelli chimici o meccanici, per metterlo in grado di non nuocere a sé stesso o agli altri nel più breve tempo possibile.

Per fare un esempio semplice: ci sono schizofrenici che non possono aspettare quando arrivano in visita in ambulatorio, nella misura in cui l'attesa li carica di tensione, che non scaricata si accumula e si trasforma in vissuti persecutori; in questo caso, si lavora prima sull'accoglimento del bisogno, ricevendoli subito quando arrivano o mettendo loro a disposizione, in attesa del colloquio stabilito, un altro operatore, per esempio del front office, che li intrattenga; è necessario poi procedere con il paziente, attraverso un sapiente lavoro cognitivo, ad individuare il modo per contenere l'ansietà dell'attesa. In questo caso, due aspetti deficitari, l'incapacità di tollerare l'attesa e l'incapacità di gestire gli impulsi aggressivi, si fondono.

Se l'operatore, che sperimenta la paura, riesce a cogliere che anche il paziente può essere impaurito e l'analisi come un'importante comunicazione, atta a fargli mantenere le necessarie distanze, può identificarsi meglio con lo psicotico, ma l'aggressività viene a volte negata per un senso di vergogna ad esprimere la propria paura, il che può condurre l'operatore ad avvicinamenti imprudenti o a non prendere in considerazione per esempio la necessità di un ricovero.

Quando, invece, questo finalmente avviene, in reparto, nella condizione di protezione, il paziente è in grado di criticare il gesto compiuto, prendendone le distanze, di manifestare gratitudine per l'intervento di contenimento e di dare buoni suggerimenti su cosa fare qualora l'episodio dovesse ripresentarsi.

L'essere attrezzati a gestire l'aggressività deriva dalla tecnica, dall'organizzazione nel rapporto con i colleghi e dalla condivisione e discussione del caso nella riunione di équipe, oltre che e anche infine da caratteristiche personali dell'operatore.

Ci sono, infatti, membri dell'équipe più capaci di altri di tollerare l'ansietà di certe situazioni senza spaventarsi, esaudendo le richieste senza essere sopraffatti, perché a volte la paura dell'operatore stimola il paziente e l'assenza di paura lo seda.

È piuttosto evidente che un operatore, paralizzato dalla paura, non è in grado di prendere le misure necessarie per salvaguardare la propria incolumità. Un suggerimento è quello di assumere, anche in questa occasione, la posizione di oggetto inanimato, inerte e come tale incapace di nuocere, pertanto meno pericoloso e quindi da non aggredire.

Un'ultima considerazione è che spesso le persone affette da psicosi, ma anche coloro che sono affetti da gravi disturbi della personalità, si infliggono o infliggono punizioni per sentirsi vivi: si graffiano, si tagliano, strappano, bruciano e colpiscono anche allo scopo di ottenere una minima sensazione di realtà, che riempia la percezione di vuoto desolante della loro vita psichica. Essi possono essere quindi violenti per salvaguardare una sensazione di vita, di rapporto, di contatto, infliggendo dolore e sofferenze a sé stessi e agli altri, usando quindi la violenza per provare emozioni vitali, perché non riescono a tollerare la sensazione passiva di esistere nel vuoto. Devono perciò poter vivere in un ambiente medio, in cui sia garantita la costanza del

dolore. Infatti, nella condizione di aver bisogno di non avere bisogni per non ridurre l'onnipotenza megalomantica e di non dover dipendere, non sono in grado di tollerare soprattutto la dipendenza dal piacere, nella misura in cui la dipendenza dal dolore si può interrompere, ma quella dal piacere evoca immediatamente l'angoscia dell'abbandono.

Un'altra area deficitaria può essere connessa all'incapacità di tollerare l'ansia, di utilizzarla positivamente come segnale di pericolo, mentre nel paziente grave può essere l'innescò di una situazione di panico disorganizzante. La condizione di panico organismico evoca angosce di frammentazione e negli esordi della malattia, quando iniziano i sintomi produttivi, il paziente è in quello stato in cui alterna momenti di lucidità a momenti di confusione ed angoscia, teme di stare per impazzire, poiché le difese non si sono ancora ben strutturate. È opportuno che in queste occasioni, nello spazio ben protetto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, l'operatore accetti la relazione adesiva dello schizofrenico e, con la sua presenza costante, lo protegga dal timore della contaminazione della follia da parte dei codegenti.

Inoltre, standogli a fianco, si propone una relazione emotiva correttiva, che nell'arco del tempo aiuta il paziente a ridurre questo deficit e ad accettare la propria ansietà.

Ancora si segnala il deficit nello stabilire e mantenere relazioni oggettuali, in particolare quelle fondate sulla differenziazione tra sé e non sé, sulla simmetria e sulla reciprocità, che – come già detto – si ricollegano alla differenza tra il dono e la carità, precedentemente esposta.

L'elenco continua con il deficit nella capacità di separazione-individuazione, con l'incapacità a stabilire la giusta distanza relazionale, rapportabile all'ambivalenza e alle esigenze simbiotiche, anche queste già esaminate.

Altro aspetto difettuale si manifesta nella mancata capitalizzazione del giusto aiuto, ovvero della capacità di utilizzare positivamente esperienze e trattamenti potenzialmente positivi.

Quando una terapia non funziona, si rende necessario andare a vedere come mai l'aiuto fornito non viene utilizzato. Questo è un dilemma che nel tempo si sono posti anche gli psicoanalisti rispetto, per esempio, al timing delle interpretazioni, ovvero quando avvengono troppo precocemente ed il terapeuta, spinto da velleitarismo terapeutico o dal bisogno narcisistico di dimostrare di avere capito, interviene inopportuno svelando l'arcano, quando il paziente non è ancora pronto per recepire la rivelazione. In questo caso, l'intervento non solo non viene compreso, ma può dar il via a uno stallo nella terapia e dare inizio a una reazione terapeutica negativa, nella misura in cui il paziente si spaventa, perché teme di essere intruso da materiale, che non sente gli appartenga.

Nelle terapie di équipe con pazienti gravi le motivazioni dello stallo possono essere di varia natura, che è bene analizzare con precisione.

In alcuni casi, l'aiuto fornito può non essere quello richiesto, in quanto i bisogni più profondi o difficili da capire, quelli specifici della condizione di psicosi, non sono stati esattamente decodificati ed individuati oppure i tempi e i modi del paziente, come si è detto il timing, non sono stati rispettati.

I terapeuti, spinti da velleitarismo terapeutico, da furor sanandi e dal bisogno di sostenere la propria immagine di terapeuta buono, si scontrano con le resistenze del paziente al cambiamento, con il suo timore di lasciare le difese storiche, che anche se non sono più così stabilizzanti di fronte al suo vacillante equilibrio, lasciandolo indifeso nei confronti delle angosce di frammentazione e di morte, non sono comunque ancora state sostituite da difese più funzionali.

Quindi, per usare un lessico specifico della Scuola Zapparoliana, il diritto a delirare viene intaccato, senza tenere conto del valore difensivo dello stesso.

Questi sono i casi più frequenti, ma in genere anch'essi prima o poi si risolvono, in quanto il paziente, nostro datore di lavoro ed insegnante (Zapparoli G.C., 1979, 1982, 1985, 1987, 1988, 1992, 1994, 2002, 2008, 2009), ripropone di nuovo il quesito non capito, finché, privato dall'ambivalenza e dall'ambiguità della richiesta, diventa nel tempo e con la miglior conoscenza più intellegibile.

Tante volte, per esempio, un paziente chiede una cosa con costanza e fermezza, ma di fatto vuole che l'esatto contrario non solo gli venga proposto, ma imposto, perché si continui a mantenere il ruolo di persecutori, che non cederanno mai, ma più controllabili e comunque reali di quelli costruiti nel delirio dalla sua mente malata. In questo modo egli esercita un controllo più diretto su un persecutore reale, vicino, costante e immutabile nel tempo.

Alla stessa stregua, nel percorso per la strada dell'immortalità e del rendere immutabile tutto e conseguentemente congelare il tempo, questi tipi di pazienti si pongono come irrisarcibili.

In questo modo, non vengono a patti con l'onnipotenza per loro irriducibile, con il bisogno di non aver bisogni, che li farebbe sentire inermi senza la difesa più importante e quindi per ritornare alla capitalizzazione del giusto aiuto, ci si deve rendere conto che più si dà, in qualche modo seducendoli, più essi si devono trincerare nell'irrisarcibilità.

In questi casi, quando le strade divengono parallele ed il paziente è sempre più arrabbiato e gli operatori sempre più frustrati, è necessario fermarsi, riconoscere il danno e se possibile elaborare il lutto di quanto lo psicotico pensa sia stato irrimediabilmente perduto, a volte permettendo di fantasticare l'illusione di come tutto sarebbe potuto andare diversamente, se non fosse successo quel danno.

Molto spesso, il danno è una nascita ritenuta troppo misera o banale o in una famiglia con grandi attese di riscatto, in cui per i genitori il figlio stesso avrebbe dovuto riscattare un'esistenza mediocre ed i loro sogni non realizzati, con delle attese narcisistiche e megalomaniche, che, suscitando impotenza nel figlio, portano inevitabilmente anche in lui alla soluzione megalomanica compensatoria.

Se nella raccolta anamnestica di questi pazienti ci si sofferma a valutare i precedenti trattamenti, si può spesso riscontrare che gli interventi compiuti sono tanti e sovente messi in atto da operatori competenti, ma se, nonostante ciò, non sono andati a buon fine, non ha senso pensare che si sarà più bravi degli altri, svalutando gli interventi precedenti, ma che forse, molto più semplicemente, il paziente non può accettare di essere aiutato, nella misura in cui già il farlo potrebbe significare venire a patti con la tanto temuta dipendenza.

Si rivela quindi che l'unica terapia possibile per questi tipi di pazienti è l'autoterapia e che al massimo i terapeuti possono fungere come loro consulenti per un training per l'autoterapia.

Basta pensare al fiorire con successo, in questo momento storico, dei gruppi di self help, che se all'inizio riguardavano patologie meno gravi come depressione, alcolismo, bulimia, ora si stanno organizzando anche per le psicosi.

Un altro dei possibili motivi di fallimento delle terapie è perché non ci si chiede prima se il paziente sia in grado oppure no di reggere il piacere.

I terapeuti si sentono buoni, come si è detto, portatori di piacere nella loro vita sventurata, senza chiedersi se essi stessi, algofili e sottoposti all'ottica specifica del bisogno della costanza del dolore, non debbano necessariamente sottoporvicisi per poter sopravvivere.

Questo modo di porsi in rapporto con la vita è così antitetico rispetto alla consueta visione edonistica della stessa, che è difficile da comprendere che pertanto è altrettanto difficile entrare in sintonia con questo modo di vivere. Infatti, di fronte a questi pazienti, si teme di dover diventare sadici, si pensa con orrore di dover compiere qualcosa di aggressivo verso il paziente, senza capire che non è questo ovviamente che viene richiesto, ma che è opportuno contenere il bisogno salvifico, oblativo, tendente a soffocare l'altro: quanto meno si dovrebbe eliminare la convinzione che sia sufficiente essere buoni per poter curare, diversificandosi così dai genitori "cattivi".

Non si dovrebbe dimenticare, come si è detto, che spesso la scelta di questo tipo di professioni, che tendono all'aiuto degli altri, nascondono profondamente il bisogno di sanare rapporti difficili con le proprie figure parentali e conseguenti bisogni di riparazione, e che quindi i bisogni personali dell'operatore si sovrappongono in modo antitetico a quelli del paziente.

Quindi, ci si deve chiedere se il paziente è in grado o no di tollerare il piacere e di come si possa fargli un training sulle capacità di opporsi e di sottrarsi senza il timore dell'abbandono, altrimenti la terapia continuerà ad essere inefficace.

Molti terapeuti criticano gli interventi dei colleghi, attaccando credenze o teorie degli altri, ma se tutti ci si chiedesse dove vanno a finire gli esclusi, ovvero quei pazienti che nessuno e nessuna tecnica riescono a curare, sarebbe un punto molto importante per la comprensione.

L'evidenza clinica insegna che ci sono coloro che non vogliono essere curati e che paradossalmente possono essere curati solo se si accetta di non curarli. Basti pensare al successo di sciamani, maghi, fattucchiere, che di fatto non curano, ma propongono un pensiero magico, attraverso amuleti, pozioni e quant'altro, che promette l'onnipotenza e l'immediata soddisfazione dei desideri.

Le catamnesi potrebbero vertere su ciò che è stato superfluo e ciò che è stato invece essenziale in un trattamento.

Sicuramente oggi arrivano pazienti più consapevoli, che rendono maggiormente necessario lo scambio tra insegnante ed allievo e non si può più instaurare un rapporto asimmetrico, basato sul potere.

Si consideri ora il deficit nella capacità di accettare il limite e di valorizzare le risorse residue. Colmare questa difettualità è fondamentale non solo per ridurre gli aspetti

grandiosi, ma anche per stimolare la resilienza, ovvero la capacità di adattarsi e superare gli eventi traumatici e negativi, valorizzando le risorse del paziente, ma anche quelle di coloro che gli stanno vicini.

È facile trovare questi deficit in quei pazienti, con forti resistenze al cambiamento, che continuano a cambiare terapeuti, in quanto non sono in grado di accettare un miglioramento, che limiterebbe la loro dimensione narcisistica. Solitamente squalificano i terapeuti, che, a loro dire, non sono mai stati in grado di comprenderle, se, come detto, si collude, si rientrerà in breve nel novero di coloro che già sono stati “usati e scaricati”.

Se, invece, ci si sofferma, consci dei propri limiti, sulle resistenze, sulle strategie messe in atto dal paziente, per evitare possibili cambiamenti, ci si pone come un valido modello identificativo, non altrettanto onnipotente come il paziente, ma concreto e realista sulle difficoltà da affrontare.

Tra gli aspetti problematici all'interno dell'équipe va, come si è detto, considerata la sordità empatica, cioè l'impossibilità di entrare in sintonia con il paziente, non riuscendo ad identificarsi con lui, per coglierne correttamente i bisogni o per valutarne in modo puntuale le richieste.

Questo può essere determinato per esempio da una condizione di burn out, che coinvolga più operatori, da un venir meno dell'integrazione e del sentimento di condivisione e di solidarietà. Anche l'umore globale ed il clima del gruppo hanno certamente un riflesso sulla capacità terapeutica, quando sarebbe opportuna probabilmente una leadership più elastica, autorevole ed accogliente, in cui ci sia maggior spazio per la gratificazione ed il sostegno da parte dei dirigenti.

Quando si realizzano delle cristallizzazioni nell'organizzazione, con il conseguente strutturarsi di relazioni di manutenzione non volute ma per impasse, quando non si riesce più a fornire attenzione ed ascolto per il monitoraggio nella rilevazione dei bisogni e si tende alla cronicizzazione della relazione, può essere opportuno promuovere una *Job Rotation*, che costringe alla rimessa in circolo degli investimenti emotivi e dopo un primo momento di smarrimento, può rimotivare il gruppo.

Nei casi in cui si sia creata conflittualità o demotivazione manifesta, è fondamentale poter ricorrere alla supervisione esterna, che reingaggi l'équipe e rimetta in gioco energie ed interesse, che sembrano, ma non sempre lo sono, andate irrimediabilmente perdute.

In una professione, che si potrebbe definire usurante, come l'operare in psichiatria, resta di importanza vitale, come detto, l'aggiornamento continuo, informativo e formativo, per sostenere creatività e motivazione. Pazienti provocatori, svalutanti, possono evocare contro transfert negativi ed indurre frustrazione, per cui è fondamentale sostenere il morale dell'équipe, tramite un serio impegno professionale e lo sviluppo di uno spazio di discussione e di confronto.

Il Progetto Terapeutico Individuale

In base a quanto descritto, si può procedere a formulare il PTI, individuando obiettivi, tempi, modi e strategie per raggiungerli. Alcune équipe, che li hanno formulati sem-

plicemente per soddisfare l'aspetto burocratico ed adempiere al mandato dell'ASL e dei nuclei di controllo, senza capirne l'importanza, esprimono obiettivi generici, non mirati al trattamento di quello specifico paziente. Si trovano in cartella dei PTI standard con obiettivi del tipo 'stabilire l'alleanza terapeutica', che di fatto non hanno significato, essendo troppo generici ed ovvii e che, inoltre, sono spesso riproposti in modo pedissequo, tipo ciclostile a ripetizione. Si ritrovano, infatti, simili in tutte le cartelle e, paradossalmente, potrebbero essere spostati da una cartella ad un'altra senza neppure accorgersene, se non ci fosse la differente anagrafica a connotare il paziente. Anche dal punto di vista diacronico sono sempre uguali, come se il paziente non si fosse minimamente modificato nell'arco del trattamento e l'équipe non avesse prodotto con i suoi interventi nessun cambiamento.

Altre possibili resistenze sono legate ad una visione superficiale, per cui il PTI è considerato come un adempimento burocratico, l'approfondimento come un'inutile perdita di tempo e la relazione come qualcosa di superfluo o troppo indaginoso. In genere queste équipe lavorano con schemi rigidi di riferimento, per i quali deve essere il paziente ad adeguarsi al sistema organizzativo e non viceversa, senza tenere in debito conto che l'organizzazione dovrebbe essere funzionale all'approccio clinico e alle necessità del paziente e non a quelle dell'istituzione.

Spesso, si critica l'opportunità della firma del paziente, a testimonianza della condivisione degli obiettivi, trincerandosi dietro il fatto che essendo per esempio i pazienti paranoici molto sospettosi, questa richiesta inficerebbe la possibile alleanza terapeutica.

In realtà, a parte qualche raro caso, quando appunto con i pazienti irrisarcibili può essere necessario configurarsi come i persecutori ed imporre gli interventi, perché il paziente non può venire a patti, nel tempo il paziente diventa meno difeso ed è perfettamente in grado di partecipare, a diverso titolo, al suo trattamento.

Nessuno, infatti, pretende che con pazienti di questa portata si proceda in prima battuta, senza aver già stabilito credenza ed alleanza e senza il necessario tempo di osservazione, a formulare un PTI completo ed articolato.

Entrare in rapporto con la psichiatria inizialmente reifica le paure della propria follia ed attiva pertanto grosse resistenze ed inoltre il paziente, che non si ritiene malato, non riesce ad accettare un rapporto che di per sé lo qualifica come tale; per superare quindi questa barriera è necessario porsi in una posizione di ascolto che, tendente all'empatia, non sia vissuta come pericolosa.

Un breve ma significativo esempio è quello di un paziente, che già in passato si era rivolto al CPS e che, poiché si voleva connotarlo come malato ed affidarlo in prima battuta allo psichiatra, aveva interrotto il rapporto, dal momento che il suo bisogno specifico era quello di essere riconosciuto ed aiutato ad affrontare le sue difficoltà con la voce misteriosa che, spiandolo in casa nella propria intimità, diffondeva poi all'esterno, compromettendo quindi la sua reputazione, ogni attimo privato.

La sua richiesta non era quindi di essere riconosciuto e trattato come un malato, ma ascoltato e sostenuto nella sofferenza della sua persecuzione e nello specifico chiedeva un sopralluogo da parte dell'assistente sociale, che già per il suo ruolo lo

connotava unicamente come cittadino bisognoso, per verificare e per condividere il senso di angoscioso mistero, che pervadeva la sua casa.

Solo successivamente, stabilita in questo modo la credenza e l'alleanza terapeutica, il paziente ha accettato di incontrarsi con lo psichiatra per essere aiutato a ridurre la sofferenza che questa situazione gli procurava, per cui, accolto e rispettato nella sua parte malata, ha potuto liberare le istanze più sane, connesse alla possibilità di essere aiutato per far fronte alla sua sofferenza.

Un altro elemento importante molto spesso misconosciuto è la raccolta anamnestica relazionale, che va a vedere e ricercare come sono i rapporti all'interno della famiglia: notizie sugli ascendenti sono importanti per comprendere se ci sono dictat, segreti, relazioni, che hanno condotto allo strutturarsi delle condizioni attuali. Invece, molte cartelle riportano solo le scarse notizie, previste dalla cartella regionale, che si fermano alle minime e generiche indicazioni sulla composizione della famiglia e sugli eventi, che hanno condotto alla consultazione.

Si propone ora uno schema di intervista, atto a segnalare i punti più importanti per l'operatore di un'équipe integrata per i primi approcci con il paziente grave, tenendo conto che quasi sempre egli è condotto all'osservazione in CPS contro la sua volontà, in una condizione di alta emotività espressa e di incipiente scompensamento, nonostante magari stia male da tempo:

- Buona disposizione del terapeuta, ovvero attenzione e disposizione a cogliere, fin dai primi momenti dell'incontro con il paziente, i suoi ed i propri vissuti emotivi, tralasciando schemi preconcepiuti di tipo medico-sanitario, psicoanalitico, moralistico, che siano in qualche modo riduttivi rispetto all'approfondimento della conoscenza del paziente. In quest'ottica va indirizzata la tecnica del tipo di intervista, più o meno direttiva o volta all'attenzione delle libere associazioni.
- Ricerca degli elementi della diagnosi tradizionale: indagine sul motivo e sulle modalità dell'invio e della richiesta della consultazione, raccolta dei dati anamnestici, relazionali, del corredo sintomatologico e degli elementi del disagio del paziente.
- Diagnosi dinamica di fusionalità: quali sono gli oggetti di bisogno, che il paziente propone e perché non può utilizzarli. Valutazione delle caratteristiche degli oggetti di simbiosi (deficitari, assenti o conflittuali), valutazione della struttura e dei bisogni della famiglia.

Individuazione delle valenze emancipogene, attraverso la storia di successi e fallimenti dei tentativi di emancipazione (personalità premorbosa, grado di simbiosi ed eventuali precedenti episodi di scompensamento, legati alla minaccia di rottura del legame simbiotico).

- Rilevamento delle risorse del paziente: autosufficienza o meno nella capacità di saturazione dei bisogni primari, rapporto tra realtà e fantasia nel campo dell'adattamento, capacità da parte del paziente di creare il sintomo (delirio), ovvero valutazione dello stesso da parte dello psichiatra come elemento di conoscenza e di difesa dalla realtà e dagli oggetti e non come prodotto patologico estraneo da eliminare, sistemi escogitati dal paziente per autocurarsi (cure non mediche fatte da

altri, ricorso a rituali, adesione a gruppi politici o religiosi, possibili tentativi di sublimazione). Infine, valutazione dell'area normativa, ovvero quando il sintomo-difesa è funzionale all'autoconservazione e quando viene meno a questa funzione e quindi come il paziente si organizza tra fantasia e realtà (rapporti con la famiglia e il sociale, accettazione delle regole...).

- Analisi delle resistenze: indagini sui precedenti tentativi di cura, su successi e fallimenti, individuazione dei motivi dell'interruzione o della risoluzione, cambio di genere di terapeuti, medici, pranoterapisti, maghi, religiosi...
- Analisi delle crisi e dei conseguenti ricoveri: ricerca dei segni premonitori dell'incipiente scompenso, capacità di comunicare il disagio, modalità efficaci di contenimento delle pulsioni e del panico, sostegno dei familiari nel rinforzare i meccanismi di difesa e favorire la rassicurazione.
- Proposta dell'intervento farmacologico o di altri accorgimenti come possibile ipotesi per rendere il paziente più idoneo all'autoconservazione, per esempio quando il delirio viene meno alla sua funzione protettiva e diventa delirio di morte, quando sono presenti voci allucinatorie ingiuntive al suicidio o in situazioni paniche con perdita di controllo.
- In base alla valutazione del deficit o del conflitto, proposta di intervento assistenziale o psicoterapico e farmacologico con modalità integrata.

A conclusione di quanto detto, si potrebbe affermare che lavorare solo con una visione superficiale sembra essere troppo dispendioso, ma se si pensa come i cosiddetti alti utilizzatori, che sono molti dei pazienti, che fruiscono del percorso della presa in carico, assorbono innumerevoli risorse del servizio e come costringano gli operatori, non essendo compresi, a modalità di relazione da coazione a ripetere, come in una sorta di poco produttiva tela di Penelope, ci si rende conto in breve come sia meglio fermarsi e prendere in considerazione il necessario approfondimento. Questo modo di procedere non solo è funzionale al paziente, ma anche all'équipe, per creare un clima di rispetto, soddisfazione e tenere alta la motivazione: infatti in un'équipe integrata, con le caratteristiche sopra descritte, si dovrebbe poter star bene per far star bene.

BIBLIOGRAFIA

- Anzieu D. (1987) *L'io - pelle*, Borla, Roma.
- Carta I. (1997) *Il padre nella famiglia dello Schizofrenico*, Sanità e infante, Roma.
- Gabbard G.O. (2007) *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano.
- Gislon M.C. (1988) *Il colloquio clinico e la diagnosi differenziale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Gnocchi E. et al. (1991) *L'infermiere psichiatrico*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Kernberg O.F. (1993) *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- Klein M. (2006) *Scritti*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Lacan J. (1966) *Écrits*, Edition du Seuil.

- Mahler M.S. et al. (1978) *La nascita psicologica del bambino*, BollatiBoringhieri, Torino.
- Palazzoli Selvini M. (1998) *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Raffaello Cortina, Milano.
- Pao P-N (1984) *Disturbi schizofrenici*, Raffaello Cortina, Milano.
- Perris C. (1993) *Psicoterapia del paziente difficile*, Mètis, Chieti.
- Racamier P.C (1993) *Il genio delle origini*, Raffaello Cortina, Milano.
- Winnicott D. (1975) Lo Sviluppo Emozionale Primario in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze.
- Zapparoli G.C. (1979) *La paura e la noia*, Il saggiatore, Milano.
- Zapparoli G.C. (1982) *La psicoanalisi del delirio*, Bompiani, Milano.
- Zapparoli G.C. et al. (1985) *La psichiatria oggi*, Strimmgraf, San Giovanni Lupatoto (VR).
- Zapparoli G.C. (1987) *La psicosi e il segreto*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zapparoli G.C. (1988) *La psichiatria oggi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zapparoli G.C. (1992) *Paranoia e tradimento*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zapparoli G.C., Torregiani G. (a cura di) (1994) *La realtà psicotica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zapparoli G.C. (2002) *La follia e l'intermediario*, Dialogos, Milano.
- Zapparoli G.C. (2008) *Psicopatologia grave: una guida alla comprensione e al trattamento*, Dialogos, Milano.
- Zapparoli G.C. (2009) *Introduzione al modello dell'integrazione funzionale nella patologia grave. I Quaderni di Musaikòn*, Dialogos, Milano.

Gli interventi terapeutico riabilitativi e le tecniche

I principali modelli di lavoro

Capitolo

4

Antonio Vita – Gian Marco Giobbio – Massimo Rabboni – Giovanni Ciniselli

RIASSUNTO

Questo capitolo presenta una rassegna di contributi che intendono offrire elementi metodologici o anche strumenti e tecniche di carattere specifico circa gli interventi riabilitativi in campo psicosociale, come conoscenze che i *case manager* e gli operatori delle équipes dei Centro Psico-Sociali (CPS) devono possedere. Anzitutto viene introdotta e discussa da Rabboni la problematica di fondo riguardo ai “Fattori specifici e aspecifici della riabilitazione psicosociale”. Segue il contributo centrale di Giobbio su “Gli interventi riabilitativi strutturati: tecniche riabilitative ed esperienze applicative nei servizi psichiatrici”. Il tema molto attuale e ricco di aspetti innovativi “La riabilitazione cognitiva nella schizofrenia” viene svolto da Vita. Conclude Ciniselli, che tratta un argomento sempre di grande rilievo: “Gli interventi di riabilitazione lavorativa e l’inserimento lavorativo vero e proprio”.

FATTORI SPECIFICI E ASPECIFICI DELLA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE¹

La riabilitazione psico-sociale (RPS) nasce negli anni Sessanta, inizialmente negli Stati Uniti, in esito dell’introduzione stabile in clinica degli antipsicotici neurolettici e della conseguente dimissione di un gran numero di pazienti dagli Ospedali Psichiatrici (Chamberlin J., 1978). Questa massiva dimissione di pazienti fu seguita da un radicale cambiamento dell’orientamento legislativo e contemporaneamente da un radicale cambiamento del contesto culturale. Il primo si orientò in quel periodo a ridurre le ospedalizzazioni improprie e a restituire ai pazienti il diritto di esprimere il loro giudizio sulla qualità delle prestazioni offerte; il secondo, elidendo un modello riduzio-

¹ A cura di Massimo Rabboni.

nistico e manicomiale, lasciava spazio alla nascita del concetto stesso di 'psichiatria di comunità' alla base ancora oggi dell'organizzazione dei servizi psichiatrici nel nostro e nella maggior parte dei paesi occidentali. Sintomatica di questo cambiamento fu la battaglia sostenuta dai dimessi per non essere più designati con il termine 'pazienti', ma con quello di 'clienti' o appunto di 'utilizzatori dei servizi'.

Con questo, veniva a modificarsi profondamente la valutazione prognostica della malattia, fino a quel momento pensata come destinata a un peggioramento cronico e inemendabile, e di conseguenza mutavano gli scopi del trattamento, che cominciava a tendere non solo al miglioramento del paziente, ma anche alla sua guarigione. Quantunque il dibattito proprio sugli scopi generali del trattamento in generale, e della RPS in particolare, continui tutt'oggi (Bellack A.S., 2006), il suo orientamento fondamentale verso un miglioramento del funzionamento e dell'integrazione psicosociale non è più controverso.

Piuttosto, una questione che si va in questi ultimi anni strutturando è quella della/e patologia/e destinate a essere il bersaglio preferenziale del processo riabilitativo. In origine, infatti, la schizofrenia rappresentava l'ambito di interesse esclusivo, per ragioni tanto storiche quanto epidemiologiche; attualmente, la schizofrenia rimane area di interesse prevalente, a causa del suo carico sindromico in grado, al di là degli aspetti clinici, di determinare una significativa caduta del funzionamento psicosociale globale, della cura di sé, della capacità di vivere da soli, di lavorare o di esercitare una funzione genitoriale (Hafner H., Heiden W., 2008). Anche se sotto il profilo epidemiologico, in Italia e in Lombardia in particolare, i pazienti affetti da schizofrenia non sono più la maggioranza degli utenti dei servizi psichiatrici pubblici, né i massimi consumatori di risorse (Lora A. [a cura di], 2007). Se mai, va detto che questo aspetto ha introdotto nuove e inedite questioni tecniche, in cui non ci addentreremo qui, relativamente alle tecniche per la riabilitazione delle patologie non schizofreniche, e dei disturbi di personalità in particolare.

Riferendoci quindi principalmente ancora a pazienti affetti da schizofrenia come ai nostri principali – se non più massimi – utilizzatori, dovremo rilevare che numerosi lavori hanno, in questi ultimi anni, valutato con metaanalisi anche molto ampie la specifica efficacia dei singoli trattamenti, stabilendo una graduatoria fra trattamenti di provata efficacia, trattamenti promettenti e trattamenti la cui efficacia non risulta, allo stato, dimostrata. Tra i primi una recente e ricca metaanalisi (Mueser K.T., Deavers F., Penn T.L. et al., 2013) annovera il trattamento assertivo di comunità, la terapia cognitivo-comportamentale, i trattamenti di rimedio cognitivo, la psicoeducazione familiare, i *social skills training*, il supporto all'inserimento lavorativo; tra i secondi il supporto abitativo, il supporto all'inserimento scolastico, i gruppi di auto aiuto, gli interventi all'esordio e nelle fasi prodromiche della schizofrenia.

In apparente contrasto con posizioni culturali e scientifiche ampiamente validate e condivise nel nostro, e in altri Paesi, alcuni dati disponibili in letteratura non sembrano documentare una sicura efficacia di tecniche da noi ampiamente attestate, e con esiti generalmente considerati positivi non solo dai clinici, ma anche dalle autorità regolatorie, che le includono tra le risorse a disposizione dei DSM: per esempio, non risulta documentata l'efficacia delle arti-terapie (Ruddy R, Milnes D., 2005), ma neanche dell'utilizzo riabilitativo degli appartamenti protetti (Chilvers R., Macdonald G.M., Hayes A.A., 2006).

Ancora dalla letteratura più recente, un dato emerge però come significativo, e in grado di fornirci una prima chiave interpretativa di queste divergenze; dato rappresentato dalla constatazione che la dimensione clinica e la dimensione sociale tendono a seguire nel tempo percorsi semi-indipendenti, manifestando dunque, in modo inaspettato, una relativa autonomia tra loro (Lasalvia A, Ruggeri M., 2003). È cioè legittima l'ipotesi che alcuni interventi della riabilitazione, che non a caso si definisce psicosociale, possano migliorare il livello di competenza sociale e di *empowerment* dei pazienti, senza necessariamente andare ad agire su una specifica dimensione sintomatologica o sindromica della malattia, ma piuttosto sostenendo l'indipendenza del paziente dalla sua malattia; rivisitazione in chiave contemporanea dell'assunto ormai classico che la RPS ha piuttosto lo scopo di supportare nel paziente la dimensione emotiva e desiderante rispetto a una possibile riappropriazione del mondo, piuttosto che meramente delle abilità specifiche necessarie per questo scopo (abilità forse non poi tanto in sé danneggiate dalla malattia). In questo senso sembra andare l'uso pressoché ubiquitario della residenzialità riabilitativa (Rabboni M. [a cura di] 2003) e degli appartamenti protetti in Lombardia e in Italia (Rabboni M., 2013).

La questione che deve allora essere preliminarmente affrontata, rispetto alla distinzione tra fattori specifici e aspecifici della riabilitazione, è proprio quella epistemologicamente generale delle modalità di valutazione degli uni e degli altri, che potremo quindi considerare come coincidenti rispettivamente con le caratteristiche specifiche delle singole tecniche e con le caratteristiche di contesto dell'operare riabilitativo.

Storicamente, il problema della valutazione degli esiti in riabilitazione è sempre stato controverso, anche a causa della difficoltà a rendere espliciti gli scopi finali della stessa RPS. In effetti, in riabilitazione psicosociale è particolarmente rilevante il problema del rapporto tra elementi di valutazione internistici ed esternistici: i primi definiscono gli esiti come coerenza al modello impiegato; i secondi, come capacità del modello di essere utile per uno scopo. Ora, è forse necessario riconsiderare, alla luce della valenza epistemologica generale del problema, la questione del rapporto tra queste due modalità di valutazione (Szalek P., 2009). La prima, infatti, è certamente la più utilizzata, in quanto offre un elevato livello di specificità, standardizzabilità e ripetibilità, tanto da poter avvalorare la bontà del metodo oggetto di valutazione, grazie alla coerenza degli strumenti di valutazione utilizzati (*Rating Scales*, in genere) con i presupposti teoretici su cui il metodo stesso si fonda, ma è anche a rischio di autoreferenzialità. La seconda metodologia, simmetricamente, fatica a trovare scale standardizzate, in quanto deve predefinire come oggetto della valutazione la condizione globale del paziente, ma evita il rischio di rilevare unicamente quanto quel paziente abbia svolto correttamente un percorso riabilitativo molto specifico, che potrebbe però essere poco pertinente con gli obiettivi e le necessità generali della sua vita.

Premesso questo – in sintesi, i fattori aspecifici potrebbero essere considerati sovrapponibili a quelli valutabili con metodo esternistico, per un verso, e con la somma delle variabili affettive, capaci di modificare il destino sociale dei pazienti, per un altro verso – possiamo ora cercare di ripercorre quali siano, in sintesi e al di là della definizione, questi fattori aspecifici.

Seguendo un orientamento attestato in letteratura (Corrivetti G., Perrozzello F., 2009), è sicuramente possibile traslare in ambito riabilitativo quanto ampiamente dif-

fuso nel dibattito scientifico sui fattori specifici e aspecifici delle psicoterapie. In realtà, per entrambi gli ambiti, sembra piuttosto corretto riferirsi a ‘fattori terapeutici specifici comuni’ (Berti Ceroni G. [a cura di] 2005), intesi come elementi globalmente dotati di risonanza emotiva, correlati al rapporto tra medico (o riabilitatore) e paziente, ma specialmente correlati, in riabilitazione, al clima affettivo e alla collocazione ecologica (Bronfenbrenner U., 2002) del contesto in cui la riabilitazione stessa trova luogo.

È possibile annoverare diversi fattori terapeutici specifici comuni, che psicoterapie e riabilitazione sembrano avere in comune: soggettività e intersoggettività, relazione terapeutica e alleanza terapeutica, setting, (ricordiamo, specificamente in riabilitazione, i concetti attestati di ‘setting ambientale, breve e prolungato’) (Rabboni M., 1998), la continuità terapeutica, e altre variabili che concorrono alla multidimensionalità dei due ambiti trattamentali.

Alcuni di questi fattori risultano, però, assolutamente specifici della riabilitazione, e sono:

- l’empatia, come fondamento che regola il rapporto tra ‘io’ e ‘mondo’ sulla base di una intersoggettività che si forma fin dalle prime fasi della vita e che successivamente plasmerà la personalità, modellandone le principali caratteristiche e che rappresenta la capacità fondamentale del riabilitatore di accostarsi al paziente secondo l’obiettivo, condiviso tra i due, di facilitare al malato la comprensione e il raggiungimento di quegli obiettivi che egli stesso ritiene di dover perseguire (Ba G., 2004);
- il concetto di ‘base sicura’, formulato da Perris (Perris C., 1996) soprattutto per la riabilitazione residenziale, e che raccoglie di fatto tutti gli aspetti di continuità terapeutica, di coerenza e di memoria storica che possono essere assicurati unicamente dal lavoro condiviso all’interno dell’équipe multiprofessionale;
- la coerenza dei contesti riabilitativi con i contesti sociali e con i saperi, di cui la riabilitazione è crocevia, dando senso al proprio essere ‘sociale’; in questo senso, anche rispetto proprio alla questione complessa della definizione degli obiettivi della RPS, il ruolo del terzo sociale, come garante, come committente, ma anche come portatore di attese legittime rispetto ai risultati diviene cruciale, quanto il ruolo di terzietà del padre rispetto ai rischi simbiotici nella crescita;
- il ruolo dell’istituzione, che opera nella ricerca delle connessioni e delle relazioni tra sistemi di senso degli attori coinvolti, costituendo un *frame*, un insieme di percorsi possibili e di attraversamenti guidati, il cui scopo è quello di favorire la possibilità per l’utente di ‘assumere quella flessibilità agli scambi e alle mediazioni’ che è propria del lavoro condiviso (Alison P., Corrivetti G., Di Munzio W. et al., 1991).

Vi sono però alcuni altri fattori che meritano una disamina concettualmente più allargata per i nostri scopi, rappresentati dal contesto normativo, dal ruolo dell’équipe e dalla funzione del *case manager*.

Per quanto riguarda il lavoro in équipe, esso costituisce parte ormai irrinunciabile della cultura dei servizi psichiatrici italiani, già da diversi anni prima delle leggi di riforma, di cui anzi ha certamente costituito uno dei presupposti culturali. Non è così ubiquitariamente, tanto che, per esempio, nel Regno Unito un lavoro abbastanza re-

cente ha valutato l'efficacia del modello di lavoro in équipe rispetto a una modalità di intervento standard, che non lo prevede, rilevando che: '... il trattamento in équipe territoriali non è inferiore alla terapia standard non gestita in équipe in nessun aspetto importante ed è superiore nel promuovere una maggiore accettazione del trattamento. Può essere superiore anche nella riduzione dei ricoveri ospedalieri e nella prevenzione del suicidio' (Tyrrer P. et al., 2005). Va notato che il concetto di 'non inferiorità' è quello della ricerca biometrica, che consente l'introduzione in commercio di nuovi farmaci in alternativa a quelli consolidati; è cioè una rilevante affermazione di valore. Il rilievo concettuale che assume l'équipe, in quanto gruppo di lavoro, in relazione con il paziente e in rapporto con la figura del *case manager* è per altro estesamente trattato nella corrispondente sezione di questo volume.

Anche la funzione del *case manager*, pur certamente più diffusa in ambito internazionale, anche se specialmente in ambito internistico, è stata oggetto, per quanto riguarda il nostro campo, di valutazioni di efficacia e di efficienza, che hanno concluso che: "...il *case management* favorisce il mantenimento del contatto tra i pazienti mentali e i servizi (per ogni 15 persone che ricevono il *case management*, una in più rimane in contatto con il servizio), tuttavia non è dimostrato che esso apporti un miglioramento negli esiti clinici, nel funzionamento sociale o nella qualità della vita, mentre aumenta probabilmente il numero e la durata dei ricoveri e i costi." (Marshall M., Gray A., Lockwood A., Green R., 2005). Anche in questo caso, va detto che il lavoro presenta qualche aspetto riduzionistico rispetto al tema dei costi, di cui valuta quasi solo quello diretti, piuttosto che orientarsi al versante del vantaggio sociale. Sicuramente ancora da valutare è l'opportunità che il *case manager* sia unico per ogni singolo paziente, oppure che, soprattutto per quei territori che presentano un'organizzazione frammentata rispetto ai diversi tempi dell'intervento, siano previsti *case manager* diversi per il trattamento ospedaliero, quello territoriale e quello riabilitativo.

La questione del contesto normativo, lasciata per ultima in quanto cruciale, rappresenta sicuramente il più potente dei fattori specifici della riabilitazione, almeno nella realtà italiana. Proprio l'attenzione prestata ai fattori specifici, o meglio ai fattori specifici comuni della RPS (e anche in parte delle psicoterapie) ha sostenuto il processo culturale di riforma antimanicomiale del sistema di cura italiano, definendo le prospettive della nuova operatività dei servizi pubblici. In effetti, si è aperto un circolo virtuoso che ha incluso la demanicomializzazione, l'istituzione dei servizi psichiatrici territoriali, l'avvio di ricerche mirate soprattutto sul versante delle strategie di apprendimento per imitazione (Gallese V., Migone P., Eagle M.N., 2006); circolo che ha finito di dimostrare anche in termini di rilievo epistemologico, oltre che etico, la non terapeuticità dell'istituzione manicomiale. Ora, la complessa articolazione dei servizi italiani, e lombardi in particolare, costituisce certamente una sorta di 'zona prossimale di sviluppo' per gli operatori, che consente loro di crescere in un orientamento omogeneo, rispetto dei valori della persona e del suo incardinamento nelle sue reti sociali di riferimento (altro, e ultimo, rilevante fattore specifico comune della RPS, estesamente trattato in altra parte del volume da Sanicola).

Bibliografia

- Alison P., Corrivetti G., Di Munzio W. et al. (1991) Culture organizzative e servizi psichiatrici in Graziosi K., Rebecchi E., Spinedi V. (a cura di) *Psichiatria senza manicomi*, Clueb, Bologna.
- Ba G. (2004) *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli, Milano.
- Bellack A.S. (2006) Scientific and consumer model of recovery in Schizophrenia: concordance, contrasts and implications, in *Schizophr. Bull.* 32: 432-42.
- Berti Ceroni G. (a cura di) (2005) *Come cura la psicoanalisi*, Franco Angeli, Milano.
- Bronfenbrenner U. (2002) *Ecologia dello sviluppo umano*, pp. 432, Il Mulino, Bologna.
- Chamberlin J. (1978) *On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System* Hawthorne, New York.
- Chilvers R., Macdonald G.M., Hayes A.A. (2006) Supported housing for people with severe mental disorders, in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD000453. – NCDRR Registry of Systematic Reviews.
- Corrivetti G., Perrozzello F. (2009) *Fattori specifici e aspecifici della riabilitazione psicosociale*, Noos 3: 195-222.
- Gallese V., Migone P., Eagle M.N. (2006) La simulazione incarnata: i neuroni specchio e le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, n. 3, Franco Angeli, Milano.
- Hafner H., Heiden W. (2008) Course and outcome, in Mueser K.T. (a cura di) *Clinical Handbook of Schizophrenia, DV Jeste*, pp. 100-13, Guilford, New York.
- Lasalvia A., Ruggeri M. (2003) *L'esito della schizofrenia. Gli studi internazionali e i dati italiani*, pp.1-243, Centro Scientifico, Torino.
- Lora A. (a cura di) (2007) *Il sistema di salute mentale di Regione Lombardia*. Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità, Milano.
- Marshall M., Gray A., Lockwood A., Green R. (2005) Case management for people with severe mental disorders, in *Cochrane Review*, The Cochrane Library, Issue 2. John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, UK.
- Mueser K.T., Deavers F., Penn T.L. et al. (2013) Psychosocial Treatments for Schizophrenia, in *Rev. Clin Psychol.* 9: 465-497.
- Perris C. (1996) *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Rabboni M. (1998) *Il setting ambientale prolungato, o dell'importanza dello sfondo*, Atti del V Congresso della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale, Fiuggi, 24/28 Febbraio 1998.
- Rabboni M. (2013) L'abitare: vecchia e nuova residenzialità in Ba G. (a cura di) *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, pp. 58-77, Franco Angeli, Milano.
- Rabboni M. (a cura di) (2003) *Residenzialità: luoghi di vita, incontri di saperi*, Franco Angeli, Milano.
- Ruddy R., Milnes D. (2005) Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses, in *Cochrane Database Syst Rev*, Oct 19; (4): CD003728.
- Szalek P. (2009) Nel dibattito sulla giustificazione epistemica, l'internismo e l'esternismo parlano davvero della stessa cosa?, in *Rivista di Filosofia*, 2: 263-386.
- Tyrer P. et al. (2005) Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality, in *Cochrane Review*, The Cochrane Library, Issue 2, John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK.

GLI INTERVENTI RIABILITATIVI STRUTTURATI: TECNICHE RIABILITATIVE ED ESPERIENZE APPLICATIVE NEI SERVIZI PSICHIATRICI²

L'efficacia degli interventi riabilitativi strutturati per i pazienti affetti da disturbi mentali cronici trova sostegno dall'analisi dei dati derivanti dall'evidence based medicine. Oggi è possibile orientare il lavoro riabilitativo verso obiettivi che tengano conto delle specifiche disabilità elaborando interventi mirati. In particolare l'efficacia degli interventi riabilitativi psicosociali è stata studiata nella schizofrenia.

Le numerose pubblicazioni sulle principali tecniche riabilitative applicate al trattamento della patologia schizofrenica hanno dimostrato l'efficacia di specifici interventi su singoli domini psicopatologici del disturbo. Diventa quindi indispensabile, nella pratica clinica dei servizi, avere a disposizione differenti tecniche riabilitative per l'approccio individualizzato ai deficit funzionali del paziente.

Progettazione dell'intervento riabilitativo strutturato

Il trattamento a lungo termine dei pazienti affetti da disturbi mentali si avvale di tecniche riabilitative il cui obiettivo è quello di favorire il mantenimento o la nuova acquisizione di competenze e abilità sociali. Gli interventi, per essere massimamente efficaci, devono essere condotti secondo principi basati sull'evidence based medicine e devono orientarsi verso obiettivi individuali e personalizzati, evitando l'utilizzo di metodi stereotipati od obiettivi generici.

Tra i disturbi mentali cronici, la schizofrenia rappresenta sicuramente la forma più grave e fonte di maggiore disabilità ed è proprio sulla schizofrenia che si sono orientati gli interventi più complessi nel campo della riabilitazione psicosociale (Farkas M.D., Anthony W.A., Cohen M.R., 1989).

L'operare riabilitativo segue principi e linee guida precisi. Gli interventi psicosociali devono essere organizzati tenendo conto delle disabilità del soggetto, del luogo ove il soggetto vive e ove gli interventi sono applicabili, delle possibilità di intervento e delle competenze degli operatori, degli obiettivi realistici raggiungibili. Le modalità di intervento possono e devono essere modificati nel tempo in relazione al raggiungimento di specifici obiettivi o del cambiamento del contesto ambientale e devono permettere al soggetto di conseguire la maggiore autonomia possibile attraverso l'utilizzo di modelli comportamentali e relazionali adeguati, tollerabili e condivisibili con l'ambiente circostante. Perché questo si realizzi è necessario valutare non solo la presentazione clinico sintomatologica del disturbo o i deficit specifici della patologia, ma anche la storia del paziente con particolare attenzione ai modelli di socializzazione acquisiti e allo stile di vita del gruppo sociale di appartenenza. Fondamentale è poi il coinvolgimento diretto del paziente nel percorso di cura e nell'elaborazione del

² A cura di Gian Marco Giobbio.

progetto riabilitativo, elemento di motivazione imprescindibile per la tenuta del progetto stesso.

Il percorso di progettazione dell'intervento riabilitativo deve avvalersi di strumenti di valutazione appropriati in grado di oggettivare le diverse sfaccettature che caratterizzano le disabilità del soggetto attraverso lo studio delle competenze e delle capacità di adattamento all'ambiente. In tal modo sarà possibile identificare obiettivi a medio e lungo termine e specifiche strategie da adottare concretamente (tecnica *step by step*). In assenza di questo modello di riferimento è molto alto il rischio di incorrere in pratiche assistenziali routinarie.

Lo studio del soggetto, delle manifestazioni cliniche della patologia e delle reazioni dell'ambiente deve dunque rappresentare il prerequisito alla discussione del progetto terapeutico. L'osservazione dell'attività dei servizi dimostra, tuttavia, come l'approfondimento delle capacità, dei bisogni e delle risorse del paziente psichiatrico venga fatta, nella maggior parte dei casi, attraverso l'esperienza dei singoli operatori, non supportata da scale o schede di osservazione. Si vengono così a generare elementi difficilmente oggettivabili e trasmissibili. Inoltre diventa difficile valutare l'esito degli interventi in assenza di dati raccolti obiettivamente. L'applicazione di valutazione, al contrario, permette di elaborare progetti terapeutici individualizzati e permette di valutare i risultati degli interventi adottati, guidando l'operatività dell'équipe. L'approccio valutativo può non essere solo limitato al singolo utente e può rappresentare un metodo di valutazione anche delle tecniche adottate per i servizi e dei programmi riabilitativi.

Il percorso formativo ha visto l'approfondimento di strumenti utili a supportare l'équipe alla costruzione di un progetto terapeutico riabilitativo per i pazienti 'gravi' attraverso la valutazione del funzionamento psicosociale e la misurazione dell'esito. L'utilizzo di scale come la HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*) (Royal College of Psychiatrists, 1996) la CAN (*Camberwell Assessment of Needs*) (Slade M., Loftus L., Phelan M. et al., 1999) e la Valutazione Abilità e Definizione di Obiettivi (VADO) (Morosini P.; Magliano L., Brambilla L., 2002), rappresentano utili strumenti per la definizione del percorso e sono state oggetto di formazione specifica.

Nella progettazione dell'intervento sul paziente occorre poi definire linee guida in grado di identificare gli obiettivi generali dell'intervento e il percorso dell'intervento stesso attraverso l'utilizzo di diagnosi funzionali, ovvero di diagnosi in grado valutare l'entità delle risorse del soggetto, del suo ambiente e della rete sociale che si estende intorno all'individuo quali i rapporti con i familiari, con le associazioni, le amicizie, i setting professionali in grado di offrire supporto.

Le tecniche: gli interventi di riabilitazione psicosociale nella schizofrenia

Il trattamento della schizofrenia deve tener conto del modello eziologico multidimensionale che caratterizza la patologia che ipotizza come l'emergere del quadro clinico manifesto sia il risultato dell'interazione tra variabili eterogenee, in grado di determinare la vulnerabilità del soggetto, e i fattori stressanti. L'effetto patogenetico degli

eventi stressanti è mediato da numerosi fattori quali le competenze sociali acquisite nel corso della vita dal soggetto, l'abilità nell'affrontare e risolvere situazioni problematiche e l'azione di vari fattori ambientali (rete micro e macro sociale di supporto). Questo modello bidirezionale prevede che accanto a fattori negativi in grado di far precipitare il processo psicotico (eventi stressanti) vi siano fattori protettivi in grado di ritardarne lo sviluppo o di modificarne la gravità. È dunque ipotizzabile l'avvio di interventi specifici finalizzati a migliorare le capacità del paziente nel fronteggiare la patologia e a modificare il sistema di supporto ambientale (per esempio la famiglia, l'ambiente lavorativo, il sistema di supporto socio relazionale e di cura). Il destinatario dell'intervento, dunque, non potrà essere il solo paziente, ma dovrà comprendere tutto il contesto socio ambientale di riferimento.

Un efficace intervento riabilitativo deve necessariamente essere elaborato partendo dalla valutazione del livello di disabilità del soggetto con particolare attenzione al confronto tra le caratteristiche di disabilità attuali e quelle del passato. Il quadro che emerge è solitamente assai articolato e si svolge lungo un continuum che va dalla mancanza complessiva di specifiche aree di competenza alla perdita più o meno grave di aree già patrimonio del soggetto. Le aree che più comunemente vengono esplorate riguardano la cura di sé, le competenze sociali (con particolare riferimento alla gestione del denaro, alla capacità di mantenere un'adeguata sussistenza, alle competenze lavorative e domestiche), l'autonomia personale, la qualità e quantità delle relazioni sociali, la presenza di comportamenti disfunzionali, le capacità di *problem solving*. Scopo della valutazione è rappresentato dalla corretta elaborazione del programma riabilitativo attraverso la rilevazione di aspetti specifici di disabilità e il monitoraggio nel tempo dei risultati ottenuti.

Le attività riabilitative che costituiscono gli interventi psicosociali sono state sviluppate sulla base di riferimenti concettuali di complessità crescente che vanno dalla acquisizione o riacquisizione di abilità specifiche attraverso interventi pedagogici a interventi complessi di tipo cognitivo comportamentale finalizzati all'apprendimento di abilità complesse per lo sviluppo di adeguate competenze sociali e di gestione di ruoli sociali complessi (abilità di *social skills*).

L'efficacia delle diverse tecniche di intervento è stata oggetto di numerose pubblicazioni (Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D., 2006) e le principali tecniche riabilitative sono state valutate alla luce dell'efficacia su domini specifici che caratterizzano le disabilità della patologia schizofrenica.

Di seguito vengono sintetizzate le principali tecniche di intervento riabilitativo psicosociale sviluppate per il trattamento della schizofrenia.

INTERVENTI SUL CONTESTO AMBIENTALE: LA TERAPIA FAMILIARE

Numerosi studi hanno replicato l'evidenza che pazienti appartenenti a famiglie caratterizzate da alta emotività espressa mostravano maggiori indici di ricadute e più frequenti ospedalizzazioni, dopo l'episodio psicotico acuto. Tali osservazioni hanno dato l'avvio a numerosi interventi finalizzati alla modificazione di questo particolare clima emotivo familiare. Gli obiettivi dell'intervento sono principalmente di tipo psicoeducativo finalizzati a fornire ai familiari informazioni corrette e realistiche sulla patologia

e sul trattamento, migliorare il clima emotivo familiare e migliorare le capacità di gestione delle situazioni problematiche (abilità di *coping*) dei familiari. Gli studi di valutazione dell'efficacia di tali interventi hanno dimostrato un buon effetto su alcune variabili della malattia: si sono osservati una riduzione delle ricadute, particolarmente evidente nei primi mesi dopo il trattamento, una riduzione dell'emotività espressa familiare, un modesto, ma positivo, effetto sul funzionamento psicosociale complessivo del paziente. L'intervento non si dimostra invece efficace nella modificazione del quadro clinico sintomatologico del paziente. I limiti più rilevanti nell'intervento riguardano la necessità di avere una famiglia collaborante e la scarsa efficacia nelle fasi più precoci della patologia.

INTERVENTI SUL SOGGETTO AFFETTO DA SCHIZOFRENIA

Interventi cognitivo comportamentali

Anche in presenza di una adeguata terapia psicofarmacologica, molti pazienti schizofrenici (dal 25 al 50%) manifestano deliri o allucinazioni persistenti. Negli ultimi anni l'approccio cognitivo comportamentale ha assunto una progressiva importanza nel trattamento di questa tipologia di sintomi attraverso lo sviluppo di modelli cognitivi per la descrizione e la comprensione dei sintomi psicotici. È oggi ampiamente accettato che le esperienze psicotiche non siano così rare e che non debbano essere considerate sempre espressione di patologie psichiatriche. È noto che in determinate condizioni – deprivazione sensoriale, deprivazione di sonno, importanti stress – si possono sviluppare sintomi psicotici anche nei soggetti sani. I modelli cognitivi partono dal presupposto che alla base dei deliri e delle allucinazioni vi siano cattive interpretazioni o cattive attribuzioni di forma agli stimoli ambientali o credenze irrazionali. Questi errati giudizi possono derivare da una compromessa 'social cognition' causata in particolare dalle difficoltà di discriminare gli stimoli derivanti dall'esterno da quelli provenienti dalle sensazioni interne. Tali assunti hanno portato all'introduzione di metodi di intervento il cui obiettivo è quello di sviluppare nel paziente un'accettabile e condivisa spiegazione dei propri sintomi. La terapia si basa sull'analisi qualitativa dei sintomi psicotici (per esempio la loro frequenza, intensità e durata), la loro relazione con eventi scatenanti e le condizioni che li mantengono nel tempo. L'obiettivo dell'intervento cognitivo è quello di modificare il significato soggettivo e le possibili conseguenze che deliri e allucinazioni hanno per il paziente. Ulteriore obiettivo dell'intervento è il potenziamento delle strategie di adattamento (*coping*) del paziente alle situazioni stressanti ambientali. La terapia cognitivo comportamentale dei sintomi positivi viene svolta generalmente in un setting individuale che tiene conto dello specifico quadro clinico del paziente.

Training di abilità sociali (social skills training)

I pazienti schizofrenici manifestano numerosi deficit nelle competenze sociali in larga misura indipendenti dalla gravità sintomatologica del disturbo. Scarse competenze sociali espongono il soggetto a maggiori stress nelle interazioni con gli altri individui e determinano condotte di evitamento e di isolamento. Al contrario, buone competenze sociali inducono lo sviluppo di nuove risorse migliorando l'integrazione del soggetto

nella comunità di appartenenza. In questo senso le competenze sociali possono essere considerate come un fattore fondamentale nel difficile equilibrio tra vulnerabilità e stress: sono generalmente correlate all'outcome del paziente e rappresentano pertanto un tipico obiettivo degli interventi riabilitativi. L'intervento si basa sull'assunto che le competenze sociali siano costituite da un insieme di abilità che permettono di acquisire, processare ed esprimere specifici ruoli sociali. Pertanto le situazioni sociali complesse vengono suddivise nelle loro componenti sociali elementari a loro volta oggetto di allenamento (*training*) in un contesto gruppale attraverso varie tecniche derivate per lo più dalle teorie dell'apprendimento sociale – *social learning theory*. Tra gli anni Ottanta e Novanta sono stati elaborati numerosi interventi finalizzati al miglioramento di aree problematiche tipiche dei pazienti schizofrenici quali i programmi elaborati da Liberman (*social and independent living skills*) il cui obiettivo consisteva per esempio nel migliorare la comunicazione, la gestione della farmacoterapia o acquisire adeguate abilità volte a favorire il rientro nella comunità di appartenenza.

Interventi di rimedio cognitivo

I soggetti affetti da schizofrenia mostrano vari livelli di compromissione delle proprie capacità cognitive in particolare nelle aree che riguardano la velocità di processazione delle informazioni, l'attenzione sostenuta, la *working memory*, l'apprendimento verbale, le funzioni esecutive e la cognitività sociale. Il deficit cognitivo viene considerato un marker della vulnerabilità alla schizofrenia. La presenza di rilevanti disfunzioni cognitive rappresenta un fattore limitante gli interventi riabilitativi e l'inserimento occupazionale e rappresenta un obiettivo fondamentale dell'intervento terapeutico. Nell'ultimo decennio sono stati sviluppati numerosi esercizi cognitivi finalizzati alla riduzione del deficit in quest'area (Wikes T., Reeder C., 2005). I numerosi studi pubblicati dimostrano l'efficacia di questi metodi nel modificare i test neurocognitivi e la possibile generalizzazione di questi effetti sull'attenzione, sulle funzioni esecutive, sulla memoria e sulla cognitività sociale. Viene dimostrata inoltre una moderata efficacia sul funzionamento sociale del soggetto, sul quadro psicopatologico complessivo e sui sintomi negativi (per un approfondimento vedi il paragrafo successivo 'La riabilitazione cognitiva nella schizofrenia', Antonio Vita).

Gli interventi riabilitativi, dunque, mostrano un'efficacia selettiva sugli specifici domini che caratterizzano la patologia schizofrenica. Diventa quindi indispensabile nella pratica clinica dei servizi avere a disposizione differenti tecniche riabilitative per l'approccio individualizzato ai deficit funzionali del paziente. L'acquisizione delle competenze specifiche necessita di percorsi formativi articolati dove accanto alla classica formazione frontale d'aula utilizzi altre strategie quali il lavoro in piccoli gruppi, volti ad acquisire le specifiche tecniche attraverso *role play*, e percorsi di supervisione. Grazie ai percorsi formativi organizzati è stato possibile diffondere tra gli operatori dei servizi psichiatrici territoriali, nuove competenze e modelli di intervento quali la Terapia Psicologica Integrata (Brenner H.D., Roder V., Hodel B., 1997) con i moduli aggiuntivi Casa Lavoro e Tempo Libero (Farkas M.D., Anthony W.A., Cohen M.R., 1989) o la *Cognitive Remediation Therapy* (Wikes T., Reeder C., 2005), che hanno reso più specifico l'operare riabilitativo in psichiatria.

Bibliografia

- Brenner H.D., Roder V., Hodel B. (1997) *Terapia psicologica integrata (IPT). Programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico*, E. McGraw-Hill Companies, Milano.
- Farkas M.D., Anthony W.A., Cohen M.R. (1989) Psychiatric rehabilitation programs, in: Farkas M.D., Anthony W.A., eds. *Psychiatric rehabilitation programs*, pp 1-27, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Morosini P., Magliano L., Brambilla L. (2002) VADO – Valutazione Di Abilità, Definizione Di Obiettivi in *Manuale per la riabilitazione in psichiatria*, Centro Studi Erickson, Trento.
- Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. (2006) Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyses, in *Schizophrenia Bulletin*, vol. 32 n. S1, pp. S64–S80.
- Roder V., Zorn F., Brenner H.D. et al. (2002) *CLT – Programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico nelle aree Casa, Lavoro e tempo libero*, McGraw-Hill, Milano.
- Royal College of Psychiatrists (1996) *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*.
- Slade M., Loftus L., Phelan M. et al. (1999) The Camberwell Assessment of Need (CAN), in *Royal College of Psychiatrists*, Spi edition.
- Wikes T., Reeder C. (2005) *Cognitive Remediation Therapy for schizophrenia*, Routledge, Hove.

LA RIABILITAZIONE COGNITIVA NELLA SCHIZOFRENIA³

I deficit cognitivi, in particolare dell'attenzione, della memoria e delle funzioni esecutive sono considerati un sintomo fondamentale della schizofrenia (Heinrichs R.W., Zakzanis K.K., 1998), e costituiscono un fattore predittivo negativo del funzionamento sociale e lavorativo del soggetto, e un fattore limitante l'efficacia degli stessi interventi riabilitativi tradizionali (Alptekin K., Akvardar Y., Kivircik Akdede B.B. et al., 2005; Milev P., Ho B.C., Arndt S., Andreasen N.C., 2005). Per tali ragioni, l'intervento sui deficit cognitivi è divenuto un target rilevante nella trattamento integrato della schizofrenia. Gli interventi di tipo farmacologico si sono dimostrati in grado di migliorare solo parzialmente le disfunzioni cognitive della schizofrenia: in particolare gli antipsicotici di prima generazione hanno dimostrato un impatto per lo più negativo, in particolare sulle performance psicomotorie, mentre gli antipsicotici di nuova generazione si sono dimostrati in grado di ottenere non più di un modesto miglioramento delle funzioni cognitive (Davidson M., Galderisi S., Weiser M. et al., 2009; Woodward N.D., Purdon S.E., Meltzer H.Y. et al., 2005). Questo ha reso necessario lo sviluppo e l'introduzione nella pratica clinica di interventi non farmacologici finalizzati al rimedio di tali deficit cognitivi. Nel corso degli ultimi anni sono state pertanto proposte ed elaborate differenti strategie e specifiche tecniche non farmacologiche di training cognitivo, volte a migliorare la performance cognitiva, con l'ambizione di ottenere, indirettamente, anche un miglioramento dell'esito clinico e funzionale dei pazienti con schizofrenia (Velligan D.I., Kern R.S., Gold J.M., 2006). Tale obiettivo terapeutico si basa sul presupposto che i deficit cognitivi siano in qualche misura modificabili e che nuove abilità, a supporto di quelle perdute, possano essere effettivamente sviluppate (Wykes T., Spaulding W.D., 2011).

³ A cura di Antonio Vita.

Il training cognitivo: definizione e obiettivi

Il *Cognitive Remediation Experts Workshop*, tenutosi nell'aprile 2010 a Firenze, ha definito come le tecniche di rimedio cognitivo per la schizofrenia siano interventi basati su un training comportamentale che mirano a migliorare i processi cognitivi (attenzione, memoria, funzioni esecutive, *social cognition* e metacognizione) con l'obiettivo della persistenza e della generalizzazione degli effetti (Wykes T., Spaulding W.D., 2011). Il cambiamento della performance cognitiva è quindi un obiettivo primario delle tecniche di rimedio cognitivo, tuttavia l'obiettivo principale è rappresentato dal miglioramento del funzionamento globale e della qualità di vita del paziente. La maggior parte delle tecniche di rimedio cognitivo prende in considerazione le funzioni che maggiormente si correlano alle disabilità del paziente. Le funzioni esecutive, la memoria e l'attenzione hanno rappresentato aree di particolare interesse nella ricerca sulla schizofrenia durante gli ultimi decenni e si sono dimostrate importanti indicatori di *outcome* funzionale e rappresentano pertanto tra i principali target degli interventi di rimedio cognitivo (Genevsky A., Garrett C.T., Alexander P.P., Vinogradov S., 2010; Wykes T., 2000). Lo stesso obiettivo è perseguito da altre e diverse strategie di rimedio cognitivo, attraverso lo sviluppo di specifiche abilità. È possibile che i diversi approcci possano essere complementari e sinergici, e che il potenziamento di specifiche funzioni cognitive favorisca l'apprendimento di nuove strategie compensatorie di *problem solving*, da applicare e generalizzare alla vita quotidiana (Medalia A., Choi J., 2009; Wykes T., Reeder C., 2005).

Il training cognitivo: metodi e tecniche

Le attuali modalità di somministrazione della riabilitazione cognitiva comprendono un insieme di interventi eterogenei, computerizzati e non, individuali o di gruppo, che utilizzano specifiche strategie e tecniche (Velligan D.I., Kern R.S., Gold J.M., 2006). Le più recenti strategie si basano sul modello di *recovery* piuttosto che su quello di *deficit* (Lieberman J.A., Drake R.E., Sederer L.I. et al., 2008). Gli interventi di rimedio cognitivo possono essere classificati secondo due principali modelli: compensatorio e riparativo/restorativo. Gli interventi di tipo compensatorio cercano di eliminare o bypassare il deficit cognitivo, facendo affidamento sulle abilità cognitive residue e/o sulle risorse ambientali (Medalia A., Choi J., 2009). Si propongono, quindi, di fare apprendere nuove abilità o di stimolare l'utilizzo di quelle residue, al fine di raggiungere un determinato obiettivo, agendo anche sull'ambiente, in modo da modificare e adattare il contesto in cui vive il paziente, per aiutarlo a superare le sue disabilità. Rimedi cognitivi di tipo compensatorio spesso utilizzano interventi che favoriscono l'adattamento del comportamento alla situazione specifica, utilizzando aiuti quali calendari o contenitori personalizzati per le medicine, oppure insegnando strategie per ricordare compiti e oggetti. Questo tipo di intervento mira soprattutto a ottenere un miglioramento nell'ambito del funzionamento, più che della performance neuropsicologica (Velligan D.I., Diamond P.M., Mintz J. et al., 2008; Velligan D.I., Prihoda T.J., Ritch J.L. et al., 2002).

Gli interventi di tipo riparativo/restorativo tentano, invece, di migliorare e correggere i deficit cognitivi direttamente utilizzando esercizi volti alla pratica ripetuta dei compiti appresi o a sviluppare nuove strategie di apprendimento, e si basano sulle conoscenze acquisite nel campo delle neuroscienze, con particolare riferimento alla plasticità neurale, cioè alla possibilità di una concreta 'riparazione' dei processi neurali compromessi (Medalia A., Choi J., 2009). Questi programmi, di impostazione squisitamente neuroscientifica, richiedono l'apprendimento e l'esercizio ripetuto di compiti che interessano abilità cognitive relativamente isolate, con lo scopo di rinforzare o ripristinare connessioni neuroanatomiche correlate ad abilità neuropsicologiche cruciali (Lindenmayer J., Kaushik S., Branch C. et al., 2008; Wexler B.E., Anderson M., Fulbright R.K. et al., 2000). Anche se i modelli riparativi tengono in considerazione il miglioramento del funzionamento, nella loro forma più pura non è di solito prevista la presenza di concomitanti interventi orientati all'applicazione nel mondo reale delle nuove abilità cognitive sviluppate, dando in parte per scontata una generalizzazione automatica degli apprendimenti. L'esito dei rimedi cognitivi basati sul modello riparativo viene valutato mediante il riscontro dell'attivazione di specifiche regioni cerebrali e della normalizzazione della performance in specifici test neuropsicologici (Wexler B.E., Anderson M., Fulbright R.K. et al., 2000; Wykes T., Brammer M., Mellers J. et al., 2002). La maggior parte dei paradigmi di rimedio cognitivo in psichiatria impiega tale modello di intervento, che si avvale di approcci di tipo *bottom-up* e/o *top-down* (Medalia A., Choi J., 2009). L'approccio *bottom-up* si propone dapprima il recupero delle capacità neurocognitive di base per poi giungere a livelli più complessi, partendo quindi dalle abilità cognitive elementari (attenzione di base, tempo di reazione e memoria di lavoro), per arrivare in un secondo tempo alle funzioni cognitive più complesse (funzioni esecutive, ragionamento astratto e *problem-solving*) (Kurtz M.M., Seltzer J.C., Shagan D.S. et al., 2007; Rund B.R., Borg N.E., 1999). Possono essere adottati interventi di tipo *drill and practice*, che individuano le aree cognitive compromesse e, attraverso la ripetizione di esercizi di specifiche abilità, si pongono l'obiettivo di migliorare l'attenzione, la memoria di lavoro, la velocità di processazione, il ragionamento astratto, con possibili ricadute positive anche sulle capacità di *problem solving* (Medalia A., Choi J., 2009). Le modalità *top-down* utilizzano fin dall'inizio abilità più complesse, per cercare di migliorare indirettamente singoli e specifici domini neurocognitivi (Wykes T., Reeder C., Corner J. et al., 1999). Tali approcci affrontano da subito compiti di tipo esecutivo, ipotizzando che le funzioni cognitive di base, come l'attenzione, possano essere esercitate simultaneamente ad abilità più complesse (funzioni esecutive frontali) e che l'impegno contemporaneo di più funzioni cognitive possa meglio preparare il paziente all'utilizzo delle proprie abilità in situazioni di vita reale (Medalia A., Richardson R., 2005). Alcune tecniche di tipo riparativo/restorativo prevedono, quindi, l'esercizio ripetuto (*drill and practice*) di specifiche abilità, in modo da favorire il ricordo e, possibilmente, la plasticità neurale; altre, nonostante utilizzino l'esercizio ripetuto delle abilità, sono basate sull'implementazione di nuove strategie e si propongono di favorirne la generalizzazione in diversi contesti, attraverso l'esecuzione di compiti diversi che prevedono l'utilizzo di strategie simili (Medalia A., Choi J., 2009).

I programmi di training cognitivo si caratterizzano, inoltre, per alcune differenti caratteristiche del trattamento, prima di tutto il fatto che gli esercizi vengano svolti mediante supporti computerizzati piuttosto che utilizzando esclusivamente carta e penna (Wykes T., Reeder C., Landau S. et al., 2007). Gli interventi basati sull'utilizzo di supporti computerizzati possono essere svolti sia individualmente sia da più pazienti contemporaneamente, mentre gli interventi basati sull'utilizzo di carta e penna vengono solitamente condotti individualmente; alcuni interventi, poi, sono stati specificamente sviluppati come interventi di gruppo. Esiste una vasta disponibilità di software dedicati, da utilizzare anche a casa. Questi software costituiscono generalmente 'pacchetti' integrati, caratterizzati da esercizi specifici presentati in modo progressivo: ciò permette di applicare adeguati algoritmi di apprendimento in modo da raggiungere gli obiettivi prefissati dal programma. Esistono tuttavia interventi di tipo computerizzato che consentono un maggior grado di libertà del paziente e del terapeuta nel caratterizzare il programma. Questo approccio, pur rinunciando all'algoritmo di apprendimento, consente una maggiore personalizzazione, in base alle caratteristiche individuali o di gruppo dei pazienti. La maggior parte degli interventi di rimedio cognitivo attualmente disponibili hanno caratteristiche che li collocano all'interno dei modelli descritti, proponendo diversi approcci e tecniche per pazienti con diversi livelli di deficit cognitivo e per diversi contesti terapeutici (Wykes T., Reeder C., 2005).

Una recente meta-analisi di McGurk et al. (2007) ha evidenziato come i programmi di rimedio cognitivo che includono tecniche di apprendimento basate sull'elaborazione di strategie (ri-apprendimento) e sulla ripetizione di compiti (ri-allenamento) e che insegnano abilità di *problem solving*, basate sull'apprendimento di strategie (*strategy coaching*) da applicare nella vita quotidiana, hanno effetti più marcati sul funzionamento di quelli focalizzati solo su esercizi di tipo istruzione ed esercitazione. Conclusioni simili sul ruolo di un approccio basato sull'elaborazione e apprendimento di strategie (*strategy coaching*) sono raggiunte in una seconda e ancora più recente meta-analisi di Wykes et al. (2011). Gli autori affermano infatti che gli effetti più significativi e marcati sul funzionamento sociale sono evidenziabili quando la terapia di rimedio cognitivo viene somministrata insieme ad altri programmi di riabilitazione psicosociale e quando viene adottato un approccio basato sull'apprendimento di strategie.

Tecniche di training cognitivo

Nel corso degli ultimi anni sono stati proposti ed elaborati differenti protocolli strutturati di training cognitivo, che si possono distinguere, come detto, per le modalità di applicazione (individuale o di gruppo, computerizzata o carta e penna, presenza costante del terapeuta) o per il fatto che prevalga l'esercizio ripetuto di una specifica abilità o un approccio più complesso basato sullo sviluppo e apprendimento di strategie. Le diverse tecniche si distinguono anche per la possibilità di essere più o meno adattabili alle esigenze individuali del paziente, personalizzando l'intervento anche in base al profilo specifico di disabilità cognitiva.

Nel complesso, i dati riportati in letteratura evidenziano gli effetti favorevoli delle varie tecniche sulla performance cognitiva e sulle abilità di *problem solving*, con una

persistenza dell'effetto anche dopo l'interruzione del trattamento e una generalizzazione degli effetti al funzionamento sociale e lavorativo (Genevsky A., Garrett C.T., Alexander P.P., Vinogradov S., 2010; Kern R.S., Glynn S.M., Horan W.P. et al., 2009; Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D., 2006). Due recenti meta-analisi (McGurk S.R., Twamley E.W., Sitzer D.I. et al., 2007; Wykes T., Huddy V., Cellard C. et al., 2011) hanno dimostrato che le tecniche di rimedio cognitivo sono efficaci nel favorire il funzionamento cognitivo in diverse aree, compresa la *social cognition*, e nel migliorare il funzionamento psicosociale e lavorativo dei pazienti con schizofrenia. Gli effetti del rimedio cognitivo sul funzionamento psicosociale sono risultati significativamente più marcati negli studi che prevedevano l'attuazione di una riabilitazione psicosociale aggiuntiva, rispetto a quelli che prevedevano il solo rimedio cognitivo. Di seguito verrà presentata una breve descrizione di alcuni dei principali protocolli strutturati di training cognitivo, sviluppati e pubblicati nella letteratura scientifica internazionale.

TERAPIA PSICOLOGICA INTEGRATA (IPT)

L'IPT è stata uno dei primi interventi di riabilitazione cognitiva a essere sviluppato (Brenner H.D., Roder V., Hodel B. et al., 1994). Il programma IPT è stato sviluppato in modo tale da favorire inizialmente il miglioramento delle funzioni cognitive di base (livello attentivo e percettivo) e degli aspetti cognitivi più complessi (livello cognitivo) e in un secondo momento l'acquisizione di abilità sociali progressivamente più complesse (livello micro e macro sociale). È un intervento di gruppo e comprende cinque sotto-programmi gerarchicamente ordinati: la differenziazione cognitiva, la percezione sociale, la comunicazione verbale, le abilità sociali e le abilità di *problem solving*. Le evidenze sull'efficacia dell'IPT indicano significativi miglioramenti nel funzionamento cognitivo e nelle abilità sociali (Roder V., Mueller D.R., Schmidt S.J., 2011). Inoltre, un miglioramento a livello cognitivo e del funzionamento sociale può essere attribuito già agli effetti dei primi due sotto-programmi del metodo (Vita A., De Peri L., Barlati S. et al., 2011), specificamente volti al rimedio cognitivo, rispetto agli altri sottoprogrammi, più specifici per le abilità sociali.

INTEGRATED NEUROCOGNITIVE THERAPY (INT)

Lo stesso gruppo di ricerca (Roder V., Mueller D.R., 2006) ha recentemente sviluppato un nuovo programma integrato di intervento di rimedio cognitivo di gruppo, denominato Integrated Neurocognitive Therapy (INT) (Mueller D.R., Roder V., 2010). L'INT rappresenta un ulteriore sviluppo dell'IPT, in particolare dei primi due sotto-programmi, e integra interventi finalizzati al miglioramento di specifici deficit cognitivi, tra cui la *social cognition*. L'INT è composto da quattro moduli, ognuno dei quali si focalizza su differenti domini cognitivi e sulla *social cognition*: il Modulo A prende in considerazione la velocità di processazione, l'attenzione e la percezione delle emozioni, il Modulo B l'apprendimento e la memoria verbali e visivi, la percezione sociale e la *Theory of Mind*, il Modulo C il ragionamento, il *problem solving* e gli 'schemi sociali', il Modulo D la memoria di lavoro e l'attribuzione di significati. Alcuni esercizi all'interno delle sessioni nei quattro moduli si avvalgono dell'utilizzo del computer, in particolare del programma computerizzato Cogpack (www.markersoftware.com,

vedi oltre) (Marker K.R. Cogpack, 1987-2007). Roder e Mueller (2009) in uno studio randomizzato multicentrico, in cui sono stati arruolati 145 soggetti con diagnosi di schizofrenia, hanno mostrato una superiorità del metodo INT rispetto a un trattamento riabilitativo abituale su alcuni indici di *outcome* neurocognitivi, clinici e funzionali, con una persistenza dell'effetto a distanza di un anno dal termine dell'intervento (Marker K.R. Cogpack, 1987-2007; Roder V., Mueller D.R., 2009).

COGNITIVE REMEDIATION THERAPY (CRT)

La CRT è un programma di training cognitivo strutturato composto da tre moduli elaborati per lo sviluppo di funzioni quali flessibilità cognitiva, memoria di lavoro e pianificazione, e che ha l'obiettivo di indurre la persona a sviluppare strategie proprie per risolvere i problemi, con il supporto di un terapeuta che guida il soggetto nel fornire risposte adeguate alle richieste dell'ambiente (Wykes T., Reeder C., 2005). La CRT utilizza un approccio prevalentemente di tipo riparativo-restorativo sia *top-down* sia *bottom-up*, e si avvale di tecniche di apprendimento basate sull'elaborazione di strategie (ri-apprendimento) e sulla ripetizione di compiti (ri-allenamento) (Velligan D.I., Kern R.S., Gold J.M., 2006; Medalia A., Lim R., 2004). La CRT è strutturata in una serie ripetitiva di compiti 'carta e penna' che partono da un livello molto semplice per facilitare l'apprendimento senza errori e lo *scaffolding*, ma che possono aumentare di difficoltà e possono essere adattati in itinere al livello raggiunto dal singolo paziente. Numerosi studi randomizzati controllati hanno dimostrato l'efficacia della CRT nel migliorare le performance cognitive e il funzionamento sociale (Wykes T., Reeder C., Corner J. et al., 1999; Wykes T., Reeder C., Landau S. et al., 2007). In uno studio condotto con risonanza magnetica funzionale (fMRI), Wykes et al. (2002) hanno evidenziato come alle variazioni delle prestazioni cognitive, conseguenti all'applicazione della CRT, corrispondesse un'aumentata attivazione cerebrale nelle regioni cortico-frontali, in particolare nelle aree associate alla memoria di lavoro.

PROGRAMMI COMPUTERIZZATI DI TRAINING COGNITIVO

Attualmente è disponibile in commercio una varietà di software e sistemi integrati per il rimedio cognitivo. Alcuni di questi software, derivati da programmi sviluppati inizialmente per la riabilitazione di lesioni neurologiche, si basano sulla sollecitazione ripetuta di specifiche funzioni cognitive, attraverso l'esecuzione di compiti che coinvolgono specifiche abilità. Questo tipo di programmi, generalmente applicati intensivamente (una sessione al giorno) per un breve periodo (2-3 settimane), adottano quindi un metodo di tipo restorativo e mirano al miglioramento della performance cognitiva applicando un approccio *drill and practice*. Altri metodi di rimedio cognitivo utilizzano invece il computer per presentare, anche attraverso approcci strategici, diversi compiti che coinvolgono abilità diverse, nonché esercizi basati su situazioni di vita reale. La maggior parte di questi software utilizza il rinforzo positivo come strumento motivazionale, oltre a consentire di modificare la durata e la difficoltà dei compiti presentati e di adeguare il tipo di intervento alle caratteristiche individuali del paziente. I dati sull'efficacia dei programmi di training cognitivo assistito da computer disponibili in letteratura sono preliminari e controversi: i pazienti hanno dimostrato un miglioramento nell'esecuzione degli esercizi,

ma non sempre si è assistito a un miglioramento generalizzato della performance cognitiva (attenzione, memoria di lavoro, memoria verbale, *social cognition*) e non si è sempre ottenuta una generalizzazione dell'effetto alle misure di esito funzionale (Bellack A.S., Dickinson D., Morris S.E. et al., 2005; Rass O., Forsyth J.K., Bolbecker A.R. et al., 2012). Tra i programmi di training cognitivo computerizzati il metodo Cogpack (www.marker-software.com) è uno dei più utilizzati. Gli esercizi del Cogpack si raggruppano a seconda del dominio cognitivo esercitato: abilità visuomotorie, vigilanza, linguaggio, memoria, logica e calcoli matematici, abilità quotidiane, cultura e orientamento. Gli esercizi possono essere presentati in forma randomizzata e presentano un livello di difficoltà in grado di adattarsi automaticamente alle capacità del paziente evitando così sia l'esecuzione di compiti troppo semplici sia la frustrazione dovuta a compiti troppo complessi. Il Cogpack si è dimostrato efficace nel migliorare le funzioni esecutive, la velocità di processazione dell'informazione, l'apprendimento e la fluenza verbale (Sartory G., Zorn C., Groetzing G. et al., 2005) e, se somministrato insieme a un programma di riabilitazione psicosociale abituale, si è rivelato efficace anche nelle misure di esito funzionale. Lavori realizzati anche nel nostro paese (Cavallaro R., Anselmetti S., Poletti S. et al., 2009; Vita A., De Peri L., Barlati S. et al., 2011) hanno confermato l'efficacia del Cogpack su misure cliniche, neuropsicologiche e di funzionamento.

Considerazioni conclusive e orientamenti futuri

Numerosi studi hanno dimostrato come gli interventi di training cognitivo abbiano importanti e durevoli ricadute non solo sulla sfera cognitiva, ma anche sulla sintomatologia e sul funzionamento sociale e lavorativo (McGurk S.R., Twamley E.W., Sitzer D.I. et al., 2007; Wykes T., Huddy V., Cellard C. et al., 2011). I pazienti affetti da schizofrenia presentano tuttavia profili individuali di *impairment* cognitivo differenti e i diversi trattamenti di rimedio cognitivo influenzano presumibilmente questi profili in modo diverso, per ragioni che possono coinvolgere vari meccanismi neurofisiologici, neurocognitivi e comportamentali. I nuovi modelli teorici che si stanno sviluppando devono necessariamente tenere conto di questa complessità e la ricerca futura dovrà provare a fare luce su numerose questioni, che attualmente restano aperte e/o controverse, tra cui: gli effetti specifici o aspecifici del trattamento, gli elementi attivi del rimedio cognitivo, i mediatori e moderatori di efficacia, il ruolo della motivazione, della metacognizione e della *social cognition*, la persistenza e la generalizzazione dei miglioramenti (Wykes T., Spaulding W.D., 2011; Genevsky A., Garrett C.T., Alexander P.P., Vinogradov S., 2010). Sarà, inoltre, utile capire le caratteristiche demografiche, cliniche, cognitive e funzionali dei pazienti che possono trarre beneficio da un percorso di training cognitivo e individuare eventuali predittori di risposta. Si dovranno, inoltre, precisare alcune modalità in merito alla somministrazione dell'intervento: indicazioni, tempi e durata, frequenza di partecipazione al programma, intensità delle sessioni di addestramento, tipologia delle strategie di istruzione da adottare. Tutte le informazioni acquisite andranno, poi, utilizzate per progettare trattamenti che uniscano efficacia, efficienza e personalizzazione, con favorevole rapporto costo-beneficio.

Bibliografia

- Alptekin K., Akvardar Y., Kivircik Akdede B.B. et al. (2005) Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia?, in *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 29(2): 239-44.
- Bellack A.S., Dickinson D., Morris S.E. et al. (2005) The development of a computer-assisted cognitive remediation program for patients with schizophrenia, in *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 42(1): 5-14.
- Brenner H.D., Roder V., Hodel B. et al. (1994) *Integrated Psychological Therapy for schizophrenic patients*, Hogrefe & Huber, Seattle, WA.
- Cavallaro R., Anselmetti S., Poletti S. et al. (2009) Computer-aided neurocognitive remediation as an enhancing strategy for schizophrenia rehabilitation, in *Psychiatry Res*, 169(3): 191-6.
- Davidson M., Galderisi S., Weiser M. et al. (2009) Cognitive effects of antipsychotic drugs in first episode schizophrenia and schizophreniform disorder: a randomized, open-label clinical trial (EUFEST), in *Am J Psychiatry*, 166(6): 675-82.
- Dickinson D., Tenhula W., Morris S. et al. (2010) A randomized, controlled trial of computer-assisted cognitive remediation for schizophrenia, in *Am J Psychiatry*, 167(2): 170-80.
- Genevsky A., Garrett C.T., Alexander P.P., Vinogradov S. (2010) Cognitive training in schizophrenia: a neuroscience-based approach, in *Dialogues Clin Neurosci*, 12 (3): 416-21.
- Green M., Kern R., Braff D. et al. (2000) Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the right stuff?, in *Schizophr Bull*, 26: 119-36.
- Grynszpan O., Perbal S., Pelissolo A. et al. (2011) Efficacy and specificity of computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: a meta-analytical study, in *Psychol Med*, 41(1): 163-73.
- Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. (1998) Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence, in *Neuropsychology*, 12(3): 426-45.
- Kern R.S., Glynn S.M., Horan W.P. et al. (2009) Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia, in *Schizophr Bull*, 35(2): 347-61.
- Kurtz M.M., Seltzer J.C., Shagan D.S. et al. (2007) Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: what is the active ingredient?, in *Schizophr Res*, 89: 251-60.
- Lieberman J.A., Drake R.E., Sederer L.I. et al. (2008) Science and recovery in schizophrenia, in *Psychiatr Serv*, 59(5): 487-96.
- Lindenmayer J., Kaushik S., Branch C. et al. (2008) Does computerized cognitive remediation change brain activation patterns in schizophrenia: fMRI pilot data, in *Eur Psychiatry*, 23: 127S-8S.
- Marker K.R. Cogpack (1987-2007) *The Cognitive Training Package Manual*, Marker Software, Heidelberg & Ladenburg. www.markersoftware.com.
- McGurk S.R., Twamley E.W., Sitzer D.I. et al. (2007) A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia, in *Am J Psychiatry*, 164: 1791-802.
- Medalia A., Choi J. (2009) Cognitive remediation in schizophrenia, in *Neuropsychol Rev*, 19: 353-64.
- Medalia A., Lim R. (2004) Treatment of cognitive dysfunction in psychiatric disorders, in *J Psych Practice*, 10: 17-25.

- Medalia A., Richardson R. (2005) What predicts a good response to cognitive remediation interventions?, in *Schizophr Bull*, 31: 942-53.
- Milev P., Ho B.C., Arndt S., Andreasen N.C. (2005) Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up, in *Am J Psychiatry*, 162(3): 495-506.
- Mortimer A.M., Joice E., Balasubramaniam K. et al. (2007) Treatment with amisulpride and olanzapine improves neuropsychological function in schizophrenia, in *Human Psychopharmacol Clin Exp*, 22 (7): 445-54.
- Mueller D.R., Roder V. (2010) Integrated Psychological Therapy and Integrated Neurocognitive Therapy, in Roder V., Medalia A. (a cura di) *Neurocognition and social cognition in schizophrenia patients. Comprehension and treatment*, pp. 118-44, Karger, Basel, Switzerland.
- Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. (2006) Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses, in *Schizophr Bull*, 32(1Suppl): 64S-80S.
- Rass O., Forsyth J.K., Bolbecker A.R. et al. (2012) Computer-assisted cognitive remediation for schizophrenia: a randomized single-blind pilot study, in *Schizophr Res*, 139(1-3): 92-8.
- Roder V., Mueller D.R. (2006) *Integrated Neurocognitive Therapy (INT) for Schizophrenia Patients (unpublished manual)*, University Psychiatric Hospital, Bern.
- Roder V., Mueller D.R. (2009) Remediation of neuro- and social cognition: results of an international randomized multi-site study, in *Schizophr Bull*, 35(1 suppl): 353-4.
- Roder V., Mueller D.R., Schmidt S.J. (2011) Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update, in *Schizophr Bull*, 37(2 Suppl): 71S-9S.
- Rund B.R., Borg N.E. (1999) Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: a review, *Acta Psychiatr Scand*, 100: 85-95.
- Sartory G., Zorn C., Groetzing G. et al. (2005) Computerized cognitive remediation improves verbal learning and processing speed in schizophrenia, in *Schizophr Res*, 75(2-3): 219-23.
- Velligan D.I., Bow-Thomas C.C., Huntzinger C. et al. (2000) Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia, in *Am J Psychiatry*, 157: 1317-23.
- Velligan D.I., Diamond P.M., Mintz J. et al. (2008) The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia, in *Schizophr Bull*, 34(3): 483-93.
- Velligan D.I., Kern R.S., Gold J.M. (2006) Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies, in *Schizophr Bull*, 32(3): 474-85.
- Velligan D.I., Prihoda T.J., Ritch J.L. et al. (2002) A randomized single-blind pilot study of compensatory strategies in schizophrenia outpatients, in *Schizophr Bull*, 28(2): 283-92.
- Vita A., De Peri L., Barlati S. et al. (2011) Effectiveness of different modalities of cognitive remediation on symptomatological, neuropsychological, and functional outcome domains in schizophrenia: a prospective study in a real-world setting, in *Schizophr Res*, 133(1-3): 223-31.
- Vita A., De Peri L., Barlati S. et al., (2011) Psychopathologic, neuropsychological and functional outcome measures during cognitive rehabilitation in schizophrenia: a prospective controlled study in a real-world setting, *Eur Psychiatry*, 26(5): 276-83.

- Wexler B.E., Anderson M., Fulbright R.K. et al. (2000) Preliminary evidence of improved verbal working memory performance and normalization of task-related frontal lobe activation in schizophrenia following cognitive exercises, in *Am J Psychiatry*, 157(10): 1694-7.
- Woodward N.D., Purdon S.E., Meltzer H.Y. et al. (2005) A meta-analysis of neuropsychological change to clozapine, olanzapine, quetiapine, and risperidone in schizophrenia, in *Int J Neuropsychopharmacol*, 8(3): 457-72.
- Wykes T. (2000) Cognitive rehabilitation and remediation in schizophrenia, in Sharma T., Harvey P. (a cura di) *Cognition and schizophrenia: impairments, importance and treatment strategies*, pp. 332-51, Oxford University Press, Oxford.
- Wykes T., Brammer M., Mellers J. et al. (2002) Effects on the brain of a psychological treatment: cognitive remediation therapy: functional magnetic resonance imaging in schizophrenia, in *Br J Psychiatry*, 181: 144-52.
- Wykes T., Huddy V., Cellard C. et al. (2011) A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes, in *Am J Psychiatry*, 168: 472-85.
- Wykes T., Reeder C. (2005) *Cognitive remediation therapy for schizophrenia. Theory and practice*, Routledge, London.
- Wykes T., Reeder C., Corner J. et al. (1999) The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia, in *Schizophr Bull*, 25: 291-307.
- Wykes T., Reeder C., Landau S. et al. (2007) Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial, in *Br J Psychiatry*, 190: 421-27.
- Wykes T., Spaulding W.D. (2011) Thinking about the future cognitive remediation therapy – what works and could we do better?, in *Schizophr Bull*, 37 (2Suppl): 80S-90S.

GLI INTERVENTI DI RIABILITAZIONE LAVORATIVA E L'INSERIMENTO LAVORATIVO VERO E PROPRIO⁴

Premessa

La riabilitazione finalizzata al lavoro dei pazienti con gravi disturbi psichici è uno dei temi più dibattuti e sperimentati da sempre in ambito psichiatrico: basti solo ricordare le esperienze americane del cosiddetto ‘trattamento morale’, risalenti al diciannovesimo secolo, in cui il lavoro era uno dei pilastri dell'intervento (Cerati G. [a cura di], 1993) e alla presenza pressoché costante della cosiddetta ‘ergoterapia’ nei manicomi italiani novecenteschi. Per arrivare a periodi più recenti, Libermann (1997) cita fra le sperimentazioni americane più interessanti il *supported employment*, l'IPS (*Individual Placement and Support*), i *job club*, il lavoro protetto (*sheltered work*), il *transitional employment* utilizzato nelle *Club Houses*, il *Boston University Model* e varie altre, che possono essere a loro volta raggruppate in tre filoni (Giangreco G., 2008), privilegianti o il lavoro in ambito protetto, oppure il momento della formazione e dell'apprendimento, oppure ancora l'inserimento lavorativo in contesti normali ma con supporto specialistico.

⁴ A cura di Giovanni Ciniselli.

Anche nel nostro paese, pur dovendo scontare qua e là condizionamenti ideologici di vario genere, soprattutto dall'epoca dell'applicazione della legge 180/1978 sono state create sperimentazioni estremamente interessanti di riabilitazione psichiatrica orientata all'inserimento lavorativo e di modellizzazione degli stessi interventi. Dagli anni Settanta e soprattutto intorno agli anni Ottanta/Novanta si sa, per esempio, che è prevalsa la creazione di imprese sociali (le attuali cooperative di tipo B), con l'intento di produrre rapporti sinergici fra il mondo dell'assistenza e quello della produzione. A tutt'oggi il quadro complessivo delle cooperative sociali è ancora presente e variegato, ma sconta pesantemente la crisi economica e politica, oltre ad alcuni limiti strutturali ed è oggettivamente in contrazione.

Quasi contemporaneamente alle cooperative sono sorti negli anni un po' ovunque altri 'Servizi per l'impiego', di volta in volta creati dai Comuni, dalle Province, dalle ASL, i cui modelli teorici possono essere schematicamente suddivisi in due categorie:

- modelli più incentrati sui bisogni dell'Azienda – SIL, NIL ecc. –, capaci di cogliere un elevato numero di domande, con percorsi predeterminati e fissi, efficaci nell'affrontare situazioni di riqualificazione professionale ma in difficoltà nel gestire gli elementi di complessità dell'utenza psichiatrica;
- modelli più incentrati sui bisogni del candidato – sorti perlopiù all'interno di alcune équipe psichiatriche –, che possono accogliere un numero limitato di richieste, capaci di affrontare situazioni più complesse e di valutare le motivazioni esplicite e implicite dei candidati, ma con scarse competenze sulle domande del mercato del lavoro e con una certa confusione fra gli ambiti della cura, della formazione e del lavoro.

Da qualche anno si è affacciato in Lombardia, grazie a un'Agenzia dell'UOP dell'AO Sacco di Milano (ALA-Sacco) un nuovo modello che si propone di rispettare gli interessi di tre differenti attori protagonisti di questa scena:

- le aziende (e il loro profitto);
- i pazienti/candidati (e il loro benessere, pur lavorando);
- i servizi di cura (e il miglioramento dei loro utenti, affinando le loro competenze clinico-riabilitative).

La complessità, come vedremo, del lavoro da svolgere e le particolari competenze da possedere hanno poi portato a ipotizzare la formazione di un operatore specifico: *il coach per l'integrazione al lavoro*, una sorta di 'mini case manager per il lavoro', competente solo per questo specifico obiettivo.

Secondo questo modello, si possono indicare le successive quattro aree come gli ambiti in cui è indispensabile intervenire per garantire al massimo il successo del nostro intervento di integrazione al lavoro:

- il candidato;
- il servizio psichiatrico che ha in cura il candidato;
- la rete territoriale dei servizi;
- l'azienda/cooperativa.

Prima di entrare nei dettagli concreti dei compiti che devono essere svolti, due ultime premesse.

1. Il termine ‘lavoro’ è di per sé estremamente generico ed è sempre strettamente legato ai contesti e al periodo storico a cui ci si riferisce. In questi ultimi anni, per esempio, si è assistito a una profonda metamorfosi dei mercati, dei diritti e dei tempi lavorativi e gli stessi soggetti lavoratori si sono radicalmente trasformati, privilegiando per esempio valori come competitività e affermazione individuale ad altri come solidarietà e integrazione. E di questo occorre tenerne non poco conto.
2. Gli stessi luoghi del lavoro frequentati abitualmente dagli utenti, come si sa, possono essere molto differenti anche a seconda del grado di ‘protezione’ e ‘tolleranza’ (laboratorio protetto/impresa sociale/realtà artigianale/azienda). In questo capitolo viene escluso l’ambito del ‘laboratorio protetto’, principalmente perché si è verificato che sovente è di ostacolo al passaggio a contesti lavorativi più esposti, meta di queste riflessioni.

Con il candidato

La scelta del candidato al lavoro è il primo impegno a cui gli operatori si devono sottoporre. Utilizzando nel corso dei colloqui iniziali anche strumenti come schede di valutazione della motivazione e i cosiddetti *strumenti per i bilanci delle capacità e competenze*, si deve almeno giungere alla verifica nei candidati dei cosiddetti ‘predittori di buona integrazione lavorativa’, fra i quali ricordiamo:

- sufficienti capacità di adattamento in contesti non conosciuti;
- almeno parziale rappresentazione di sé come lavoratore sano e non solo come invalido;
- un’eventuale storia lavorativa precedente;
- il completamento di precedenti programmi riabilitativi senza ripetuti drop out;
- il non percepire da molto tempo assegni di invalidità o sussidi;
- la presenza di non eccessive aspettative da parte di familiari dell’utente;
- la spendibilità degli studi fatti;
- la reale buona motivazione al percorso di integrazione lavorativa, non solo esplicita ma anche ‘interna/implicita’ del soggetto;
- la sufficiente stabilità delle condizioni cliniche ma, soprattutto, la compliance complessiva alle cure;
- il grado di maturità affettiva, di investimento vitale, di svuotamento interiore, di turbolenza prevedibile ecc.

Successivamente occorrerà il massimo impegno, da parte del *coach* che affiancherà l’utente nel progetto lavorativo, soprattutto per:

- il consolidamento di una buona relazione di fiducia;

- il progressivo spostamento del baricentro del candidato dall'area della cura (il CPS) a quella del contesto sociale e lavorativo, pur stabilendo l'indispensabilità di restare in cura costante;
- la maggiore consapevolezza e la costruzione di una maggiore capacità di gestione delle aree più problematiche;
- il continuo coinvolgimento del candidato nelle scelte da fare lungo il percorso di avvicinamento al lavoro.

Strumenti indispensabili da avere a disposizione nella propria 'cassetta degli attrezzi' sono:

- i colloqui regolari (di orientamento, di accompagnamento, di mantenimento), possibilmente in ambito esterno ai luoghi di cura;
- la conoscenza delle leggi (in particolare la legge 68/1999);
- risorse da poter utilizzare per la formazione anche individuale;
- il poter contare su disponibilità di tirocini socio-assistenziali, osservativi, lavorativi, borse lavoro messi a disposizione anche dagli altri attori della rete.

Con il servizio psichiatrico

Compito del *coach* per l'integrazione al lavoro è anche quello di costruire stabili rapporti basati sulla stima reciproca e la fiducia con gli operatori psichiatrici che hanno in cura il candidato. In particolare si ricorda quanto sia importante:

- fare una valutazione di massima anche dell'équipe inviante (delegante, possessiva, ideologica, integrata, autocentrata ecc.);
- costruire con l'équipe il progetto (rifiutare deleghe in toto) richiamandola continuamente al lavoro comune;
- insistere per adottare via via negli incontri un linguaggio più centrato sul benessere possibile piuttosto che sulla patologia;
- essere garanti della monitoraggio periodica del percorso con i curanti.

Con la rete dei servizi e degli operatori

Occorre, almeno in questa fase storica, pensare continuamente ad azioni di Sistema che attivino una macro-rete territoriale di supporto, laddove non presente. Utili sono, se possibile, la creazione di *progetti sperimentali*, oppure la proposta di tavoli tecnici che riuniscano tutti gli attori della rete per gli inserimenti lavorativi (Ufficio Disabili della Provincia, ASL, servizi psichiatrici, centri per l'impiego, associazioni di categoria, sindacati ecc.) per ottimizzare gli interventi.

Occorre altresì pensare alla manutenzione costante della piccola rete personalizzata di operatori dei vari servizi attivata per ciascun utente (operatori del servizio di cura di appartenenza, insegnanti se il soggetto è in formazione, colleghi o referenti all'interno del contesto lavorativo ecc.).

Con l'azienda, con la cooperativa

Qui il *coach* per l'integrazione al lavoro deve:

- garantire il proprio intervento immediato per la gestione di qualsiasi criticità senza limiti di scadenza, cioè 'fino alla pensione dell'utente';
- valutare i contesti e i climi aziendali per costruire l'inserimento più adeguato possibile, proponendo eventuali adattamenti delle postazioni da ricoprire;
- presidiare la verifica periodica dell'andamento con il referente del personale e del gruppo di lavoro;
- valorizzare comunque gli aspetti di integrazione e la *mission* che 'aziende socialmente responsabili' e contesti cooperativistici hanno nel loro statuto morale;
- saper fornire anche informazioni utili, per esempio sugli sgravi fiscali possibili per le assunzioni di soggetti con invalidità, oppure per l'istituzione di convenzioni tramite gli altri soggetti della rete (per esempio, Provincia) per offrire gradualità nelle assunzioni ecc.;
- prestare attenzione che non si creino confusioni di ruoli, come l'appropriazione di ruoli e competenze tecnico-terapeutiche da parte di figure aziendali o cooperative.

Per concludere, il modello – qui proposto necessariamente in modo sintetico – intende evidenziare l'indispensabile sforzo di attenzione e rispetto in esso contemplati per le esigenze di tutti i protagonisti di questo complesso e ambizioso obiettivo, quale è appunto l'integrazione al lavoro di soggetti con gravi disturbi psichici. Un modello ovviamente ulteriormente migliorabile, anzi, per il quale tutti sono invitati a pensare come renderlo sempre più attuabile, economico ed efficace.

Bibliografia

- Cerati G. (a cura di) (1993) *La fantasia al lavoro*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Giangreco G. (2008) Percorsi di inserimento lavorativo, in *Prospettive sociali e sanitarie*, 16: 12-14.
- Liberman R.P. (1997) *La riabilitazione psichiatrica*, Raffaello Cortina, Milano.

Nuovi bisogni, *empowerment*, programmi innovativi

Pazienti multiculturali, doppie diagnosi, facilitatori sociali, famiglie e rete sociale

Capitolo

5

*Mauro Percudani – Giorgio Cerati – Mariano Bassi – Marco Goglio – Teodoro Maranesi
Elisa Buratti – Teresa De Grada – Massimo Clerici – Giuseppe Carrà*

RIASSUNTO

Negli ultimi anni, l'attuazione degli indirizzi di politica sanitaria previsti dal Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) approvato dalla Regione Lombardia nel 2004 ha dato particolare rilevanza al tema dell'integrazione socio-sanitaria e al coinvolgimento dei diversi soggetti in campo per la tutela della salute mentale. In questo ambito, il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è diventato protagonista di sinergie e promotore di integrazione culturale oltre che fornitore dei livelli di cura e assistenza. Al contempo, le azioni innovative avviate nel corso di un decennio hanno promosso progetti specifici su tematiche considerate strategiche per la revisione dei percorsi di cura territoriali e per la risposta a bisogni emergenti. In questo capitolo saranno affrontati nello specifico alcune problematiche alla luce delle azioni avviate negli ultimi anni e delle conoscenze utili al lavoro di équipe e agli aspetti innovativi della figura del *case manager*: la complessità nella gestione dei pazienti multiculturali, le problematiche legate alla doppia diagnosi, l'esperienza dei facilitatori sociali, l'intervento psicoeducativo e il ruolo dei familiari.

INTRODUZIONE

Il Piano Regionale per la Salute Mentale approvato dalla Regione Lombardia nel 2004 ha tenuto conto della grande complessità dell'assetto gestionale e organizzativo operante nella realtà lombarda e ha posto l'esigenza di un governo del sistema che considerasse il ruolo, le funzioni e le competenze dei diversi soggetti in campo per la tutela della salute mentale. In questa prospettiva, nelle diverse azioni innovative avviate nel corso di un decennio, è stata data rilevanza all'area dell'integrazione, rispetto alla quale, di fronte a una pluralità di soggetti e di attori con diversi compiti nell'ambito della tutela della salute mentale, il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) non solo ha agito come fornitore di prestazioni di cura e assistenza, ma ha saputo promuovere

sinergie e azioni integrate anche a livello culturale. Le équipes psichiatriche che operano nei servizi territoriali e nelle altre strutture delle Unità Operative di Psichiatria (UOP) collaborano ormai stabilmente con i diversi attori presenti nella rete sociale, in primo luogo i soggetti del terzo settore e le associazioni di familiari e utenti. Al contempo si trovano con sempre maggiore frequenza ad affrontare problematiche cliniche connesse al trattamento di soggetti in fascia di età giovanile e situazioni di doppia diagnosi, a problematiche legate a bisogni emergenti quali i disturbi psichici in soggetti di origine straniera, oppure alle istanze di *empowerment* delle persone. Gli autori del capitolo presenteranno una serie di aspetti specifici legati ai problemi emergenti sopra accennati, spesso sviluppati nel corso di programmi innovativi, alcuni elaborati da associazioni, a volte in collaborazione con i DSM, e coinvolgenti familiari e utenti. La finalità è di fornire informazioni importanti per il lavoro di équipes e per i *case manager*, anche tramite forme originali di intervento.

LA COMPLESSITÀ NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI MULTICULTURALI¹

L'immigrazione in Italia è un fenomeno relativamente recente, che ha cominciato a raggiungere dimensioni significative all'incirca nei primi anni Settanta, per poi diventare un fenomeno caratterizzante della demografia italiana nei primi anni del XXI secolo.

Nel 1981, il primo censimento ISTAT degli stranieri in Italia calcolava la presenza di 321 000 stranieri, di cui circa un terzo 'stabili' e il rimanente 'temporanei'. Un anno dopo, nel 1982 veniva proposto un primo programma di regolarizzazione degli immigrati privi di documenti, mentre nel 1986 fu varata la prima legge in materia (legge 943/1986) con cui ci si poneva l'obiettivo di garantire ai lavoratori extracomunitari gli stessi diritti dei lavoratori italiani.

Nel 1991 il numero di stranieri residenti era di fatto raddoppiato, passando a 625 000 unità.

Negli anni Novanta il saldo migratorio ha continuato a crescere e, dal 1993 (anno in cui per la prima volta il saldo naturale è diventato negativo), è diventato il solo responsabile della crescita della popolazione italiana.

Nel 1990 veniva emanata la cosiddetta legge Martelli, che cercava per la prima volta di introdurre una programmazione dei flussi d'ingresso, oltre a costituire una sanatoria per quelli che si trovavano già nel territorio italiano: allo scadere dei sei mesi previsti vennero regolarizzati circa 200 000 stranieri, provenienti principalmente dal Nord Africa.

Nel 1991 l'Italia dovette anche confrontarsi con la prima 'immigrazione di massa', dall'Albania (originata dal crollo del blocco comunista), risolta con accordi bilaterali, stipulati poi anche con altri Paesi, principalmente dell'area mediterranea. Secondo

¹ A cura di Mariano Bassi.

dati stimati dalla Caritas, nel 1996 erano presenti in Italia 924 500 stranieri. È del 1998 la legge Turco-Napolitano, che cercava di regolamentare ulteriormente i flussi in ingresso, cercando tra l'altro di scoraggiare l'immigrazione clandestina e istituendo, per la prima volta in Italia, i Centri di Permanenza Temporanea (CPT) per quegli stranieri 'sottoposti a provvedimenti di espulsione'.

La materia sarà tuttavia regolamentata nuovamente nel 2002, con la cosiddetta legge Bossi-Fini, tuttora in vigore, che prevede, tra l'altro, anche la possibilità dell'espulsione immediata dei clandestini da parte della forza pubblica. Alla data del censimento della popolazione del 2001 risultavano presenti in Italia 1 334 889 stranieri, mentre le comunità maggiormente rappresentate erano quella marocchina (180 103 persone) e albanese (173 064).

Secondo i dati ISTAT più recenti, relativi all'1 gennaio 2010 sono presenti in Italia 4 279 000 stranieri, pari al 7,1% della popolazione totale, con un incremento, rispetto all'anno precedente, del 10% (388 000 persone, valore inferiore sia al 2007 sia al 2008). In questo valore non sono comprese le naturalizzazioni (59 000), fenomeno ancora relativamente limitato, seppure in crescita costante negli ultimi anni, né ovviamente gli immigrati irregolari. Tale popolazione presenta un'età media decisamente più bassa di quella italiana: i minorenni sono 862 000 (tra un quarto e un quinto del totale), mentre gli stranieri nati in Italia (le cosiddette seconde generazioni) sono ormai 519 000, cioè il 13,3% del totale degli stranieri.

All'1 gennaio 2011 sono presenti in Italia (regolarmente o irregolarmente) 5 394 000 stranieri, di cui 5 187 000 provenienti da Paesi a forte pressione migratoria. La Lombardia detiene una quota pari al 23,7% del totale nazionale, prima regione in Italia, e tale primato è confermato dalle anticipazioni sui residenti al 1 gennaio 2012: 1 129 000 in Lombardia su 4 859 000 in Italia (23,3%).

Secondo i dati presentati a Milano il 15 marzo 2011 con l'Undicesimo Rapporto dell'Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità sono presenti in Lombardia al 1.7.2011 1 269 200 stranieri residenti e 116 000 stranieri irregolari, per un totale di 1 385 200 stranieri, pari a circa il 14% della popolazione totale. All'interno di tale distribuzione si nota inoltre una forte disparità tra i capoluoghi di Provincia (con maggiori presenze) e le zone rurali. I dati del 2011 indicano che, tra i presenti in Lombardia, più di un immigrato su tre vive in Provincia di Milano e uno su cinque nel Comune di Milano. Tra le Province lombarde, quella con la comunità straniera più grande è Milano (circa 461 000 cittadini stranieri residenti e almeno 50 000 irregolari) pari a circa il 16,2% della popolazione.

Per confrontare l'immigrazione in Italia con quella più recente di altri Paesi europei, la Spagna resta il Paese in Europa, dove l'incidenza degli stranieri residenti sul totale della popolazione è molto elevata, al 11,7%. In Germania siamo al 8,2% con 8 milioni di immigrati, circa l'8% della popolazione, sul cui totale il 18% ha un passato migratorio. La Francia si conferma uno dei Paesi con una tradizione migratoria più antica se il 23% della popolazione ha genitori o nonni di origine immigrata. In Gran Bretagna l'incidenza degli stranieri residenti sul totale della popolazione ha superato il 6,3%. Spesso il flusso migratorio si orienta prevalentemente verso le grandi aree urbane, co-

me abbiamo visto nell'esempio di Milano nel nostro Paese. Le grandi città sono luoghi di scambio, centri di relazioni commerciali e finanziarie, punti di partenza di attività culturali e artistiche, disponibilità e accessibilità a un ampio ventaglio di servizi per il cittadino e di opportunità lavorative. Ma le grandi città si caratterizzano negativamente per ineguaglianze, discriminazioni, ingiustizie, mancanza di sicurezza e di tutela, criminalità, violenza, povertà, emarginazione, deprivazione ed esclusione sociale. Le comunità etniche nelle grandi città si trasformano quindi in città nelle città. È un fenomeno che si spiega tenendo conto di tanti elementi: l'orientamento dei flussi migratori, i flussi dei capitali e della finanza, le opportunità di integrazione date dalla presenza di una o più comunità etniche omologhe nella città.

Assicurare un'assistenza sanitaria efficace agli immigrati non è un semplice impegno umanitario e solidaristico, né uno sperpero delle risorse destinate alla sanità. Si tratta indiscutibilmente di una necessità primaria volta alla tutela della salute collettiva. La questione focale si correla al diritto di accedere alle prestazioni sanitarie, attraverso strutture e funzioni del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), per tutti gli immigrati. La presenza di immigrati extra-comunitari è caratterizzata nel nostro Paese da una molteplicità di etnie, di culture, di indirizzi religiosi, di lingue. È indubbio che i bisogni proposti da questi nuovi pazienti pongano nuove difficili sfide culturali, professionali e pratiche agli operatori della salute italiani. Le nuove relazioni di cura che ci vengono richieste devono inevitabilmente tenere conto di differenze di lingua, religione e abitudini (relazioni intra ed extra-familiari, regole e stili di vita, alimentazione, rapporti con il mondo del lavoro), ma anche di modalità differenti di espressione della sofferenza fisica e mentale. La quotidiana esperienza clinica porta oggi l'operatore dei servizi psichiatrici italiani a dover rispondere a richieste di cura di una popolazione fortemente differenziata, dove anche il mondo 'immigrazione' inizia a essere conosciuto dai servizi psichiatrici nelle sue caratteristiche e specificità. Bibeau scrive infatti "... ovunque la gente si confronta con una sempre maggiore ambiguità, con modelli referenziali ibridi e zone crescenti di non prevedibilità ai margini dei loro mondi culturali: vengono inventate nuove culture, in tutti i continenti stanno emergendo versioni creolizzate dei sistemi culturali e, paradossalmente, sta svanendo l'etnocentrismo occidentale...la complessità culturale sembra dover essere il futuro dell'umanità..." (Bibeau G., 1997). Credo che, come operatori della salute mentale, la nostra pratica clinica debba tener conto in modo particolare di tali aspetti.

La disciplina che tenta di studiare, dal punto di vista clinico, i disagi psichici e i disturbi mentali nell'immigrato prende il nome di psichiatria transculturale. Essa non è di fatto una disciplina autonoma, ma si costituisce integrando la psicopatologia con l'antropologia, la sociologia e la filosofia. Il modello che si utilizza in psichiatria transculturale è quello complementaristico: si considerano cultura e natura come bidirezionali e tra loro influenzabili. Trattare i pazienti immigrati significa tenere presente che si tratta di persone sempre sospese tra due mondi, e questo stato di sospensione alimenta una condizione di fragilità dell'identità, che può trasformarsi in forma francamente psicopatologica. Il momento della migrazione è quindi un momento di rottura così importante da rischiare di creare uno scompenso. Levi-Strauss

afferma che la dislocazione culturale porta allo shock culturale. Molti etnopsichiatri parlano di tale fenomeno e considerano inoltre i fattori di rischio che rendono al migrante più problematico il passaggio attraverso le differenti fasi che egli affronta dal momento in cui lascia il suo Paese d'origine. Sylla in un suo lavoro ha parlato di tre differenti momenti:

1. la fase di difficoltà di adattamento al Paese d'accoglienza;
2. la fase di perdita dell'identità culturale d'origine, che a volte viene rifiutata dall'immigrato stesso in quanto percepita come fortemente stigmatizzante;
3. la fase di ritorno al Paese d'origine che comporta nuovamente una difficoltà di adattamento.

Per psichiatria transculturale, per citare Rovera (1984), si deve intendere quella psichiatria che si muove nel contesto socio-culturale del momento, mostrandosi capace di interpretare la sofferenza mentale non vincolandosi rigidamente alla propria cultura di origine, ma "... confrontandosi e declinandosi all'interno di culture diverse..."

Un altro studioso, Tseng (2006), sottolinea che sarà proprio la psichiatria transculturale a portare, nei prossimi anni, i maggiori contributi alla disciplina psichiatrica nel suo complesso. Essa non è di fatto, come del resto tutta la psichiatria, una disciplina che fa riferimento a un modello monoculturale e autoreferenziale, ma trae le sue origini dall'integrazione con le scienze umane, come l'antropologia, la filosofia e la psicopatologia. Gli aspetti che caratterizzano l'identità culturale di una persona sono l'etnia, la razza, il Paese di origine, la lingua, il sesso, l'età, lo stato civile, l'orientamento sessuale, la fede religiosa e l'appartenenza a un culto, la condizione socio-economica, l'educazione scolastica, l'appartenenza a un gruppo identificato, la storia migratoria, il livello di acculturazione, il livello di affinità e vicinanza con persone significative. L'esempio degli equivoci che caratterizzano l'approccio a questi aspetti da parte della cultura del Paese ospitante è l'etnia. Il concetto di etnia viene usato spesso erroneamente in modo interscambiabile con il termine razza. In realtà per etnia si intende quell'insieme che fa riferimento a radici culturali comuni, tradizioni condivise, valori comuni, comportamenti collettivamente accettati, modalità condivise di interpretare la realtà circostante e le dinamiche sociali, l'atteggiamento comune nell'affrontare le piccole e grandi avversità della vita quotidiana. La razza invece, elemento spesso usato in senso negativo e svalutativo, mettendo in relazione un aspetto esteriore alla natura e alle dimensioni culturali e comportamentali dell'individuo (per esempio colore della pelle), si correla esclusivamente a elementi biologici e genetici che accomunano un gruppo di individui. Un altro esempio può fare riferimento ai termini acculturazione e immigrazione.

Con il termine acculturazione si intendono le modificazioni che si creano reciprocamente nel momento in cui due gruppi appartenenti a culture diverse si incontrano, ma in realtà, raramente il livello di trasformazione è paritario, in quanto la cultura ospitante, spesso 'dominante', spinge la cultura di 'importazione' verso l'adattamento. Quando si parla di immigrazione il termine acculturazione perde il suo significato originario e si trasforma in assimilazione o integrazione, nel caso in cui l'immigrato accetti di rinunciare alla propria 'identità etnica' e di fare propri i principi fondamentali

della cultura del Paese ospitante o in emarginazione se prevale in lui un atteggiamento di rifiuto.

I principali fattori di rischio per la salute mentale dei migranti sono dunque lo stress derivante dal processo di acculturazione, la mancanza di supporto sociale, le situazioni di precarietà economica e abitativa, le difficoltà di accesso alle agenzie sanitarie e sociali per ragioni culturali, linguistiche e sociali.

LA DOPPIA DIAGNOSI: CRITICITÀ E MODELLI DI INTEGRAZIONE DEL TRATTAMENTO²

Dipendenza e abuso di sostanze rappresentano, ormai da anni, una delle aree più critiche in ambito sociale e sanitario. Secondo lo *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2012), il 4-6% della popolazione adulta mondiale ha utilizzato – nel corso del 2010 – almeno una sostanza illecita. In Italia, nel corso del 2008, cannabis e cocaina sono state assunte almeno una volta dal 12% e dal 2% della popolazione adulta, rispettivamente (EMCDDA, 2013). Abuso e dipendenza da alcol e/o sostanze risultano altamente frequenti tra soggetti affetti da disturbi psichiatrici (Regier D.A. et al., 1990): individui affetti da disturbi psicotici, disturbi dell'umore e disturbi di personalità presentano infatti un rischio nettamente superiore di essere affetti da un parallelo disturbo da uso di sostanze rispetto alla popolazione generale. Tale comorbilità configura la cosiddetta condizione di doppia diagnosi (*dual disorders* o *dual diagnosis*, DD), che, in ambito psichiatrico, rappresenta tutt'oggi una delle principali sfide cliniche. Infatti, sebbene tutte le principali patologie psichiatriche riconoscano significativi elementi di reciproca 'contaminazione', la coesistenza tra i disturbi psichici e i disturbi da uso di sostanze presenta caratteristiche tali da collocarla tra le problematiche a più elevata criticità nella pratica clinica psichiatrica, date le estreme difficoltà che questa tipologia di pazienti comporta dal punto di vista dell'identificazione diagnostica, della prognosi e del trattamento.

In questo contributo verranno dapprima sintetizzate le principali evidenze internazionali disponibili sul fenomeno della DD e sulle principali implicazioni che questa comporta sul piano clinico. Verrà quindi effettuata un'*overview* sullo stato delle conoscenze inerenti la DD in Italia e, più in particolare, in Lombardia, in relazione ai più recenti dati epidemiologici. Verranno infine presentati sinteticamente i principali modelli operativi e trattamentali disponibili, evidenziando quali siano le più importanti criticità attuali sul piano delle opzioni terapeutiche e dell'organizzazione dei servizi, illustrando anche quali possano essere le possibili soluzioni.

Nonostante in Italia si assista all'incremento del fenomeno della DD, i dati epidemiologici a disposizione sono limitati (Carrà G., Clerici M., 2006). Sulla base dei risultati di alcuni tra gli studi principali presenti in letteratura, la DD risulterebbe pre-

² A cura di Massimo Clerici, Giuseppe Carrà, Francesco Bartoli, Barbara Schiavone, Aurora Rossetti, Cristina Crocamo.

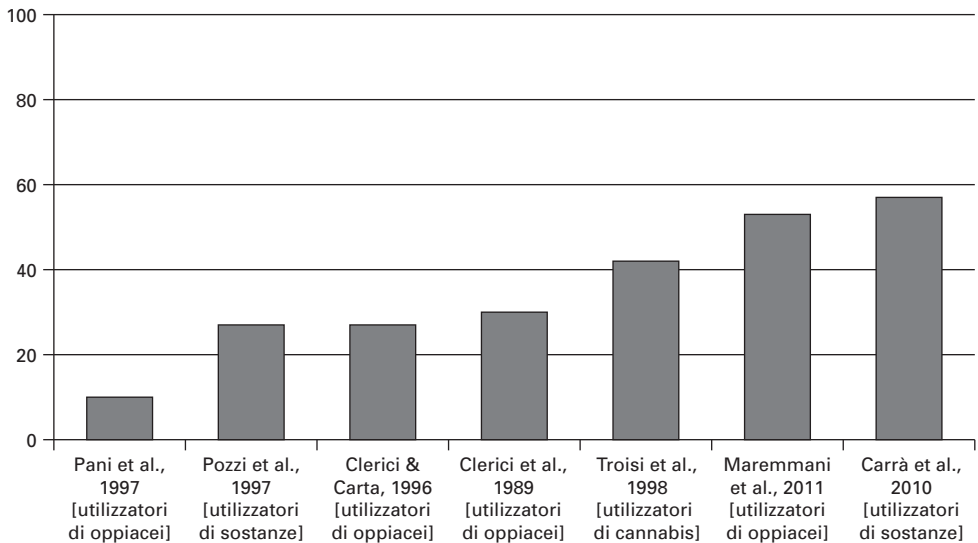


FIGURA 5.1 Prevalenza dei disturbi psichici di asse I in soggetti affetti da un disturbo da uso di sostanze in Italia.

sente in una percentuale variabile tra il 10% e il 60% dei soggetti con un disturbo da uso di sostanze (Figura 5.1).

Tale eterogeneità di risultati è spiegabile dall'estrema variabilità nelle caratteristiche degli studi considerati, come il tipo di popolazione analizzata, il setting di studio, gli strumenti utilizzati per la rilevazione della comorbidità, la differente numerosità campionaria. È inoltre necessario considerare il fatto che i livelli di prevalenza risultano consistentemente maggiori se si considerano anche i disturbi di asse II (disturbi di personalità).

Sono disponibili, poi, alcuni dati di prevalenza sulla comorbidità per disturbi da uso di alcol o sostanze tra soggetti affetti da disturbo psichico: i tassi di comorbidità per abuso o dipendenza da droghe tra individui affetti da disturbi mentali in Italia, per quanto meno diffusi rispetto agli Stati Uniti (Fioritti A. et al., 1997), risultano elevati. Tra soggetti all'esordio psicotico è stato rilevato un tasso lifetime di disturbo da uso di sostanze di oltre il 30% (33), mentre tra soggetti affetti da disturbo bipolare sono state riportate stime di prevalenza della DD di oltre il 50% (34,35). In uno studio del 2007 (Agabio R. et al., 2007) su individui affetti da disturbo depressivo, è stata evidenziata una prevalenza del 25% di comorbidità per disturbo da uso di alcol, sulla base dell'intervista clinica strutturata per il DSM-IV-TR (SCID-I), e del 30% sulla base del questionario CAGE (strumento diagnostico di rapida somministrazione per la diagnosi di alcolismo). Nonostante tali livelli di comorbidità, risultava che non era stata registrata in precedenza alcuna diagnosi di abuso o dipendenza di alcol, a riprova del fatto che i disturbi da uso di sostanze nei pazienti affetti da disturbo psichico sono spesso sottostimati.

Lo studio PADDI-DSM (*Psychiatric and Addictive Dual Disorder in Italy*) (Carrà G. et al., 2010), rappresenta lo studio italiano maggiormente rilevante dal punto di vista

della rappresentatività epidemiologica. È uno studio trasversale che ha esaminato la popolazione di soggetti maggiorenni afferenti a 38 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) in tutta Italia nell'anno solare 2005. Tale studio ha rilevato una prevalenza di doppia diagnosi di circa il 4% tra gli utenti in carico, stima nettamente inferiore a quanto emerso in letteratura in ambito internazionale. Tuttavia, come sottolineato dagli stessi autori, le indicazioni sui sistemi di screening per i disturbi da uso di sostanze in persone affette da malattie mentali attribuiscono allo screening effettuato dagli operatori una sensibilità moderata rispetto a valutazioni diagnostiche standardizzate. È quindi probabile che la reale prevalenza si collochi su livelli superiori.

La comorbilità tra disturbi psichici e disturbi da uso di sostanze è un fenomeno molto diffuso anche tra i detenuti nelle carceri italiane. Circa due terzi dei detenuti con un disturbo per una o più sostanze presenta una comorbilità psichiatrica. Uno studio del 2009 (Piselli M. et al., 2009) – condotto nel carcere di Perugia – ha evidenziato come la DD fosse presente in un detenuto su cinque (21%). Tali soggetti, rispetto a coloro che erano privi di DD, risultavano avere un livello più elevato di compromissione in tutte le aree del funzionamento psico-sociale.

Lo studio PADDI-DSM (Carrà G. et al., 2010) fornisce anche le principali informazioni epidemiologiche sulla DD in Lombardia: dai dati di tale studio, è stato possibile desumere le caratteristiche individuali degli utenti affetti da DD, in carico a 10 DSM lombardi, nell'anno solare 2005, e delineare il profilo di tali pazienti sulla base dell'analisi delle loro caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

Il campione totale di utenti lombardi era costituito da 900 utenti in DD (con rapporto maschi: femmine di circa 3:1): soggetti di sesso maschile risultavano mediamente più giovani rispetto ai soggetti di sesso femminile (40 ± 11 anni *vs* 43 ± 12 anni; $p = 0001$).

La diagnosi psichiatrica di più frequente riscontro tra i soggetti in DD era quella di disturbo di personalità (41.2%), cui seguivano schizofrenia e altri disturbi psicotici (27.3%), disturbi dell'umore (12.8%) e disturbi d'ansia (7.8%) (Figura 5.2).

Nella Tabella 5.1 è riportata la distribuzione del profilo di utilizzo delle diverse sostanze in base alla diagnosi psichiatrica. Per la classificazione dei pattern d'uso erano stati adottati i criteri diagnostici, per i disturbi correlati all'uso di sostanze, derivati dalla *Drake Clinician Rating Scale for Alcohol* (AUS) e *Drug* (DUS) *Use*.

La Tabella 5.2 illustra la distribuzione delle sostanze principali utilizzate in base alla diagnosi psichiatrica. Si evidenzia come l'alcol sia la sostanza d'abuso o di dipendenza più frequente per tutte le diagnosi psichiatriche.

Dall'indagine sono emerse, inoltre, ulteriori caratteristiche distintive dei soggetti affetti da DD. La maggior parte dei soggetti coinvolti non aveva un'occupazione stabile. In particolare, il 39% risultava disoccupato e l'11% inabile al lavoro. Circa un terzo del campione aveva un'anamnesi familiare positiva per disturbi psichici, mentre solo il 12% per abuso di sostanze. Dall'analisi delle variabili medico-internistiche, è emerso come il 27% di tali pazienti soffrisse di epatopatia cronica e il 6% di HIV, entrambe condizioni correlate a comportamenti a rischio. Si è inoltre riscontrato un alto livello di problematiche di natura legale. Circa il 9% dei soggetti in DD aveva ricevuto una condanna

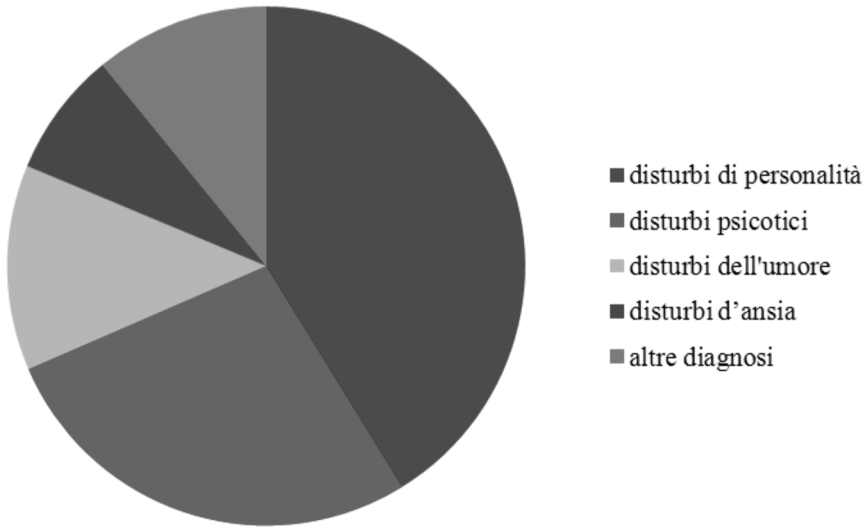


FIGURA 5.2 Diagnosi psichiatriche principali tra soggetti in doppia diagnosi.

TABELLA 5.1

Distribuzione degli utenti con doppia diagnosi per profilo di utilizzo delle sostanze in base alla diagnosi psichiatrica

	Disturbi psicotici (n = 246)	Disturbi dell'umore (n = 115)	Disturbi d'ansia (n = 70)	Disturbi di personalità (n = 371)	Altro n = 98
Uso	23,9%	13,0%	24,3%	29,1%	22,4%
Abuso	94,7%	80,0%	65,7%	88,4%	54,1%
Dipendenza	33,3%	45,2%	45,7%	43,1%	65,3%

TABELLA 5.2

Distribuzione delle sostanze principali utilizzate in base alla diagnosi psichiatrica

	Disturbi psicotici (n = 246)	Disturbi dell'umore (n = 115)	Disturbi d'ansia (n = 70)	Disturbi di personalità (n = 371)	Altro n = 98
Alcol	65,9%	74,8%	67,1%	59,6%	59,2%
Oppioidi	13,0%	13,0%	14,3%	18,3%	19,4%
Cannabis	24,4%	13,0%	7,1%	19,7%	12,2%
Stimolanti	16,3%	12,2%	11,4%	21,0%	16,3%
Allucinogeni	2,4%	2,6%	4,3%	1,6%	3,1%
Ipnocici-ansiolitici	6,1%	9,6%	7,1%	11,3%	9,2%

penale e un ulteriore 4% era in attesa di giudizio. I reati violenti erano i più frequenti, seguiti da reati contro il patrimonio e reati correlati allo spaccio di stupefacenti.

I pazienti in DD costituivano pertanto un sottogruppo diagnostico particolarmente complesso. Essi mostravano profili di gravità che interessano non solo il piano strettamente clinico, ma anche, trasversalmente, quello medico-internistico, sociale e legale.

A tal proposito è utile evidenziare come quasi il 50% dei pazienti in DD preso in esame non avesse mai ricevuto un trattamento specialistico presso un Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T). Tali livelli di accesso al trattamento mal si conciliano con l'esigenza di un approccio gestionale di tipo integrato per questa categoria particolare di soggetti, come ampiamente evidenziato in letteratura, e riflettono la necessità di una maggiore implementazione dei servizi, come descritto più dettagliatamente nell'ultima parte del contributo.

Riguardo ai modelli operativi e ai trattamenti, la letteratura internazionale (Drake R.E. et al., 2004; Murthy P. et al., 2012) descrive tre modalità principali di trattamento dei soggetti affetti da DD.

1. **Trattamento in serie:** i pazienti sono trattati in due differenti setting, per la risoluzione ora dell'uno, ora dell'altro problema, in base alla preponderanza della sintomatologia; tale tipologia di trattamento ha mostrato evidenti limiti, sia in termini di drop-out che del rischio di ricadute.
2. **Trattamento in parallelo:** prevede il trattamento parallelo di entrambe le condizioni, ma in due setting separati: i servizi di salute mentale e i servizi per le tossicodipendenze. Tale tipologia di trattamento è spesso resa difficoltosa dall'eterogeneità degli interventi e degli approcci proposti.
3. **Trattamento integrato:** tale tipologia di intervento prevede che un'unica équipe e un unico servizio si faccia carico del paziente in DD. Sebbene siano necessari ulteriori studi che testino l'effettiva efficacia di interventi specifici di tipo integrato sul paziente in DD, tale strategia d'intervento appare sicuramente la più promettente.

Implementare un approccio di questo tipo alla patologia duale risulta comunque molto complesso nel contesto italiano, storicamente fondato sulla divisione dei DSM dai Servizi per le Tossicodipendenze. Infatti, come sottolineato da Drake e Mueser (2000), i trattamenti integrati possono dirsi tali solo se:

- combinano interventi psichiatrici e per l'abuso di sostanze nella pratica clinica;
- lo stesso professionista (o la stessa équipe) fornisce interventi appropriati per i due problemi, in modo coordinato e non contraddittorio;
- il paziente è indirizzato all'apprendimento di modalità di gestione efficaci per le due patologie combinate;
- il paziente percepisce l'univocità e la coerenza del trattamento e non è messo nelle condizioni di poter negoziare il piano di cura con più équipe o addirittura con sistemi di cura diversi.

L'integrazione non dovrebbe riguardare solamente gli aspetti formali e organizzativi, ma essere la filosofia generale d'approccio per coloro che operano in questo settore.

Ciò implica anche il fatto che i trattamenti – per entrambi i disturbi – debbano essere non solo combinati, ma anche modificati e resi idonei in base agli specifici bisogni dei pazienti.

Sebbene i servizi per le dipendenze e i servizi psichiatrici interagiscano tra loro in vari modi, offrendo a volte interventi specialistici integrati, in Italia i sistemi di intervento di base si fondono su trattamenti in serie o in parallelo e, pertanto, su una gestione separata dei disturbi psichici e dei disturbi da uso di sostanze. Tali modalità di trattamento si iscrivono in maniera altrettanto varia nei diversi sistemi sanitari e di assistenza sociale. A partire dai primi anni Settanta si è verificata quella che alcuni autori hanno chiamato la ‘ritirata psichiatrica’, ovvero un abbandono progressivo di molte aree di intervento precedentemente di appannaggio della psichiatria, tra cui le tossicodipendenze. Tutt’oggi, l’organizzazione dei servizi in Italia si caratterizza infatti per una netta separazione dei Servizi per le Tossicodipendenze da quelli psichiatrici, così come confermato dalla legge 309/1990. Nonostante le raccomandazioni scientifiche (Drake R.E. et al., 1998), il sistema di erogazione dell’assistenza sanitaria non si sta infatti modificando rapidamente verso approcci terapeutici integrati, che sono per lo più limitati ad alcune esperienze-pilota, come:

- l’istituzione di servizi specialistici di consulenza per la doppia diagnosi;
- la specializzazione di alcune comunità terapeutiche con programmi di cura adattati all’utenza di soggetti affetti da DD;
- l’attuazione di protocolli organizzativi tra servizi di salute mentale e servizi per le dipendenze in alcune Regioni italiane, come, per esempio, l’Emilia-Romagna e il Veneto (Carrà G., Clerici M., 2006) fino alla ‘fusione’ dei servizi stessi.

Ne deriva la considerazione dell’opportunità, in prospettiva, di una migliore specializzazione dei servizi e degli operatori di settore, sia per la comprensione dei problemi legati all’uso di sostanze nei pazienti afferenti ai DSM, sia per un miglioramento delle capacità gestionali di quest’utenza attualmente così rilevante dal punto di vista epidemiologico: le ricadute formative, nonché l’adeguamento della legislazione che oggi mantiene divisi i DSM dai Ser.T, ne vengono di conseguenza.

Anche in Italia, così come già avviene in altri Paesi, *in primis* gli USA, è necessario che gli psichiatri acquisiscano la consapevolezza che le problematiche correlate alle sostanze siano parte determinante dello sviluppo, del decorso e della prognosi dei disturbi mentali. Il recupero, da parte della psichiatria, di questo segmento del trattamento risulta decisivo, tanto più in tempi di crisi economica, laddove efficienza e ottimizzazione delle risorse disponibili risultano indispensabili e non ulteriormente dilazionabili. In quest’ottica, il campo della DD può costituirsi come elemento riunificante del sistema di intervento, troppo spesso esposto al rischio di impoverimento generale delle risorse, di erogazioni di interventi multipli inutili e di scarsa aderenza ai requisiti di una medicina basata sulle evidenze. Vanno allora considerati prioritari tutti quei cambiamenti che consentano una gestione moderna ed effettivamente integrata dei servizi, lo sviluppo di linee guida per l’organizzazione degli interventi e l’implementazione di strategie formative che consentano una migliore professionalizzazione degli operatori del settore.

I PROGRAMMI INNOVATIVI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE³

Negli ultimi anni, in molte Regioni italiane, gli indirizzi di politica sanitaria e la programmazione in tema di salute mentale hanno mostrato sviluppi significativi (QUIP, 2012). Tali sviluppi sono avvenuti principalmente in due aree. In primo luogo nell'area dell'integrazione, rispetto alla quale alcune programmazioni regionali hanno considerato prioritaria la nascita di 'organismi di coordinamento per la salute mentale', costituiti d'intesa tra le ASL e i DSM, che coinvolgessero i diversi soggetti sopra citati, diventando il fulcro delle azioni di programmazione in tema di salute mentale e sviluppando progetti di prevenzione e di intervento con l'integrazione delle risorse di un dato territorio e il coinvolgimento della società civile (Percudani M. et al., 2012). Un altro ambito, forse ancora più significativo, riguarda la revisione dei percorsi di cura. In tale area sono state avviate le più importanti azioni di riorganizzazione: la differenziazione dei percorsi di cura territoriali, il riordino del sistema di residenzialità, l'avvio di iniziative progettuali specifiche nell'ambito di tematiche strategiche quali l'intervento precoce nelle psicosi, la riabilitazione psicosociale, i disturbi emergenti.

L'esperienza lombarda rappresenta un esempio interessante: dal 2004 è stato avviato un ampio e organico programma di azioni innovative per la salute mentale (BURL 2004b), successivamente all'approvazione del Piano Regionale per la Salute Mentale. Esso ha evidenziato esiti positivi per il sistema, in termini qualitativi e quantitativi, tanto da orientare stabilmente le azioni regionali verso uno sviluppo dell'innovazione nei servizi fondato sul metodo della progettualità, inclusiva del coinvolgimento dei soggetti e delle risorse della rete sociale (Cerati G. et al., 2005) (Tabella 5.3).

Sulla base della valutazione dell'andamento dei programmi innovativi, svolti nell'area territoriale nel corso del triennio 2006-2008, per il triennio 2009-2011 sono state previste ulteriori risorse destinate specificamente all'area dell'innovazione territoriale e della qualità di formazione, per un importo complessivo pari a € 10 000 000 per anno.

TABELLA 5.3

Programmi innovativi salute mentale nel triennio 2006-2008

n° programmi innovativi di area territoriale attivati (compreso residenzialità leggera)	42
n° di territori ASL coinvolti	13
n° di soggetti erogatori coinvolti	37
Finanziamento erogato nel triennio 2006-2008	13 077 368
Finanziamento erogato nell'anno 2008	5 988 856

³ A cura di Mauro Percudani e Giorgio Cerati.

Le tematiche strategiche per il finanziamento di programmi innovativi nel triennio 2009-2011 sono state identificate come segue.

1. Area territoriale (attuata a livello locale in tutte le ASL):
 - intervento precoce nelle psicosi;
 - inserimento lavorativo;
 - modelli di intervento integrato nei disturbi psichici gravi;
 - lavoro di rete (per esempio: facilitatori/aiutanti naturali; rapporto con i Medici di Medicina Generale [MMG]);
 - disturbi emergenti: disturbi psichici comuni (ansia e depressione nell'adulto e nell'anziano), disturbi dell'alimentazione e della personalità, quadri complessi con rilievo comportamentale e sociale (abusi, migrazione, devianza ecc.).
2. Area qualità e formazione (attuata a livello regionale):
 - formazione al ruolo di *case manager* e all'acquisizione di strumenti di intervento e valutazione (con un lavoro che ha coinvolto tutti gli operatori dei CPS, i centri di salute mentale regionali);
 - sistemi di qualità e accreditamento professionale;
 - programmi di area educativo-informativa in salute mentale;
 - progetti di valutazione e ricerca.

La metodologia per lo sviluppo dell'innovazione in salute mentale su tali tematiche strategiche si basa sulle macroaree territoriali delle ASL, anche nella dimensione inter-ASL, valorizzando la funzione propria degli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM). La modalità attuativa ha previsto l'assegnazione del finanziamento alle ASL con specifica destinazione per l'innovazione nell'attività dei DSM/erogatori e con invito all'OCSM di farsi garante del mantenimento e dello sviluppo di azioni innovative coerenti con le tematiche strategiche individuate e la sottoscrizione di contratto integrativo specifico tra le ASL e le aziende ospedaliere/erogatori per l'implementazione dei programmi innovativi attraverso un fondo vincolato per l'innovazione in salute mentale. Nel triennio 2009-2011 sono stati attivati complessivamente 79 programmi innovativi ripartiti nelle aree strategiche predefinite secondo quanto riportato nella Tabella 5.4.

TABELLA 5.4		
Programmi innovativi di area territoriale nel triennio 2009-2011		
Tematica strategica	Numero progetti	Finanziamento
Intervento precoce nelle psicosi	17	2 400 000
Inserimento lavorativo	8	900 000
Intervento integrato disturbi psichici gravi	11	1 350 000
Lavoro di rete	26	2 100 000
Disturbi emergenti	17	1 400 000

I programmi innovativi per la salute mentale rappresentano di fatto sia esempi dello sviluppo del metodo di lavoro per progetti su nuovi reali bisogni, sia motivi di crescita per le équipes dei servizi nello sperimentare aree cliniche non usuali: una iniziativa dei soggetti pubblici e privati capaci di integrarsi e costruire efficaci modalità di assistenza, in rapporto con la rete, e modelli più flessibili dal basso in modo sempre più stabile.

L'effetto positivo che i programmi innovativi per la salute mentale hanno determinato è stato recentemente documentato da una serie di dati che hanno confrontato le attività territoriali di psichiatria tra il 2005 e il 2010. Nel corso del quinquennio è stato registrato un progressivo incremento dei pazienti in contatto con i servizi, con particolare riguardo alla fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni: più in dettaglio, l'incremento medio annuo di pazienti in contatto con i centri di salute mentale è stato del 3% nel periodo 2005-2008 e del 9% nel periodo 2009-2010. L'incremento medio annuo di pazienti in contatto con i servizi psichiatrici territoriali nella fascia di età 18-24 anni, nel periodo 2009-2010, è stato del 17%. Tali dati evidenziano un significativo miglioramento dell'accessibilità ai servizi psichiatrici e particolarmente in aree di intervento di età giovanile sostenute dai programmi innovativi. Nello stesso periodo è stato registrato anche un significativo incremento medio annuo dell'insieme degli interventi erogati a livello territoriale dai servizi di psichiatria (+8% tra il 2009 e il 2010) e un incremento di interventi psicosociali specifici quali gli interventi rivolti ai famigliari (+3% nel periodo 2005-2008 e +6% nel periodo 2009-2010) e le attività di tipo psicologico (+5% nel periodo 2005-2008 e +7% nel periodo 2009-2010).

A partire dal 2010, anche l'area della neuropsichiatria infantile è stata coinvolta nella realizzazione di progetti regionali specifici, con il finanziamento di progetti richiesti dalle ASL in aree di intervento considerate carenti e ha trovato una stabilizzazione con l'anno 2012. La DGR 2633/2011 'Regole per la gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2012' ha previsto, oltre alla riconferma dei programmi innovativi per la salute mentale, risorse aggiuntive *ad hoc* di € 10 000 000 indirizzate alle ASL, per attivare, a fronte di esigenze cliniche documentate sulla base di valutazioni epidemiologiche, progetti specifici di NPIA volti al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi e a percorsi diagnostico terapeutici in aree critiche.

Tra le aree considerate strategiche nell'ambito di tale finanziamento vi è stata la tematica della 'acuzie psichiatrica in adolescenza'. Nel 2012 sono stati attivati 10 progetti regionali in diverse ASL relativi ai 'disturbi psichici in età giovanile' con un finanziamento complessivo di oltre 2,5 milioni di euro. Sempre nell'ambito della citata DGR 2633/2011 veniva sottolineato come tema di grande rilievo lo sviluppo di processi integrativi tra NPIA e psichiatria nell'area dell'adolescenza non solo riguardo agli interventi ospedalieri in acuzie, ma soprattutto a livello territoriale per il riconoscimento e il trattamento dei disturbi psichici gravi nella fascia 16-18 anni. Inoltre, riguardo alle attività di salute mentale, vi è l'indicazione a correlare operativamente i progetti di NPIA sull'urgenza psichiatrica in adolescenza con i programmi innovativi specifici per l'intervento precoce, al fine di realizzare équipes funzionali integrate nel territorio in grado di intercettare i bisogni dei 16-20enni affetti da gravi disturbi psichici.

Più specificamente, il documento regionale prodotto dal gruppo di approfondimento tecnico sul tema 'identificazione di linee operative integrate relativamente al trattamento dei disturbi psichici nella fase di transizione all'età giovanile' ha individuato alcune modalità operative ritenute appropriate per avviare i processi di integrazione tra psichiatria, NPIA e psicologia clinica a livello territoriale sul tema della prevenzione e trattamento dei disturbi psichici gravi in età giovanile attraverso la costituzione delle équipes integrate funzionali a cui partecipano operatori provenienti dalle diverse discipline.

Le considerazioni finali riguardano la necessità e l'importanza dell'integrazione a livello territoriale delle diverse discipline in campo. Con le loro specifiche differenti caratteristiche organizzative e di metodologia di lavoro, l'integrazione rappresenta una priorità non dilazionabile, per arricchire la capacità complessiva di risposta al bisogno da parte del DSM.

In tale direzione vanno le indicazioni più recenti che giungono dai documenti di programmazione regionale e nazionale, nell'ambito della salute mentale. A livello regionale, gli ultimi documenti relativi alla programmazione delle attività per la salute mentale nell'ambito del sistema socio-sanitario lombardo del 2012 e 2013 identificano come prioritario il tema della 'integrazione tra psichiatria e NPIA' non solo riguardo agli interventi ospedalieri in acuzie, ma soprattutto a livello territoriale per il riconoscimento e il trattamento dei disturbi psichici gravi nella fascia 16-18 anni, e definiscono la necessità di un confronto tra le due discipline capace di realizzare una sintesi operativa e organizzativa che veda il coinvolgimento sistematico dei Dipartimenti di Salute Mentale.

A livello nazionale, il recente Piano di Azione per la Salute Mentale, approvato dalla Conferenza delle Regioni nel 2012, identifica tra i bisogni prioritari sia l'area 'esordi-intervento precoce', sia l'area dei 'disturbi dell'infanzia e adolescenza', raccomandando ai DSM di elaborare progetti sperimentali con la NPIA per favorire il contatto con adolescenti e giovani (fascia 15-21 anni) a rischio di disturbi psichici gravi. La verifica della effettiva implementazione nel sistema di tali servizi innovativi e la valutazione della loro efficacia rappresenta una sfida per gli anni futuri.

I PROGRAMMI INNOVATIVI E LA RETE: L'ESPERIENZA DEI FACILITATORI⁴

L'obiettivo di valorizzare le risorse degli utenti nasce dalla conoscenza di tante esperienze e di tanti incontri con realtà italiane ed estere. Lo sviluppo delle attività di rete e più nello specifico la tematica dell'*empowerment* è tra quelle più valorizzate nell'ambito dei programmi innovativi per la salute mentale lombardi. Ciò nell'ambito del forte impegno in quella che chiamiamo 'psichiatria di comunità', ovvero quella psi-

⁴ A cura di Teo Maranesi e Marco Goglio.

chiatra che pone particolare attenzione all'inclusione sociale degli utenti e promuove quindi iniziative, incontri, dibattiti, per favorire la riappropriazione dei diritti di cittadinanza di ogni persona che soffra di un disagio psichico.

Il percorso è stato lungo ma sempre interessante e ricco di relazioni umane. Un esempio di questo percorso è la nascita e lo sviluppo dell'associazione 'Clan/Destino'.

I primi anni sono stati impegnati a promuovere una rete territoriale che coinvolgesse sia realtà istituzionali (Distretto, Comuni) sia realtà associative. L'associazione AsVAP4, di familiari e volontari, ha accompagnato le varie tappe che hanno portato al programma dei facilitatori. La nascita dell'associazione di utenti, il 'Clan/Destino', è stato un primo passo per organizzare incontri e autonomie di tanti utenti.

Il Clan/Destino è nato con il mandato di promuovere gruppi di auto mutuo aiuto arricchiti da dibattiti pubblici con la cittadinanza e da iniziative a carattere ludico: viaggi e momenti di benessere in senso lato. Proprio nei viaggi i soci dell'associazione, assieme a operatori e volontari, hanno incontrato diverse realtà italiane e straniere: dalla storica esperienza di Trieste, agli incontri con le esperienze liguri di Savona e La Spezia, agli amici di Prato e di Massa dove hanno inizialmente conosciuto la figura del facilitatore sociale: 'un utente che, attraverso un percorso di consapevolezza e di studio, avvicina e aiuta altri utenti'. È stato però attraverso i vari viaggi a Trento, nell'incontro con Renzo De Stefani e con le UFE (Utenti Familiari Esperti), negli incontri nazionali e regionali del circuito 'Le parole ritrovate' e del 'Fare assieme' che si è messo a fuoco ed è nata l'ispirazione per muoversi assieme (operatori, utenti, familiari e volontari) verso una strada nuova di riabilitazione che influenzava il pensare e l'agire.

I convegni nazionali e internazionali della World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR) hanno aperto l'associazione al confronto con altre realtà, sicuramente più evolute, ma proprio per questo stimolanti e incoraggianti.

Nel programma innovativo 'Consapevolezza della persona con disagio psichico: l'utente diventa facilitatore sociale', la tematica strategica con cui è stato promosso il programma riguarda l'inserimento lavorativo e il lavoro di rete ma le conseguenze di questa attività hanno portato a un significativo ampliamento della collaborazione con gli utenti e con i famigliari. L'intera iniziativa si può inscrivere oggi nell'ambito di quei percorsi qualitativi orientati al *recovery*.

Le Unità funzionali che partecipano al programma sono:

1. Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera 'Ospedale di Circolo' di Busto Arsizio;
2. il Clan/Destino di Saronno, composta da utenti, volontari, operatori e in generale da cittadini con il fine di promuovere benessere nell'ambito del disagio psichico;
3. Delfini Birichini di Busto Arsizio, composta da utenti e cittadini con il fine di promuovere benessere nell'ambito del disagio psichico;
4. AsVAP4 Saronno, Associazione famigliari e volontari;
5. ADIAPSI Busto Arsizio, Associazione di familiari;
6. ATAP Tradate, Associazione di familiari;

7. Cooperativa 'Sun chi' di Saronno, Cooperativa di Facilitatori Sociali nata nel 2007 dal programma innovativo;
8. Istituto Addestramento Lavoratori CISL Lombardia (IAL) con sede in Saronno.

Negli ultimi anni il programma è stato condiviso col Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera di Legnano-Magenta, e successivamente con il Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera di Garbagnate, e con alcune associazioni di quei territori: AFAMP di Legnano, Associazione Aiutiamoli di Legnano, Cooperativa Sociale 'Il Fiore' di Magenta.

Dal 2012 i facilitatori sociali di Saronno collaborano con il Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera S. Anna di Como, e con un'esperienza nata sul territorio comasco di Peer Supporter, anche in collaborazione con l'associazione NEP (Nessuno è perfetto).

Il rationale del programma mira a promuovere corsi di formazione rivolti a utenti (tre corsi dal 2005 a oggi), prevalentemente affetti da patologie croniche, seguiti dal Dipartimento Salute Mentale. I corsi di formazione vogliono offrire all'utente una maggiore consapevolezza del disagio psichico, oltre che una competenza per diventare operatore di base ovvero 'tecnico facilitatore sociale'.

Gli utenti formati sono invitati a iscriversi alla cooperativa 'Sun chi', nata nel 2007 per favorire il lavoro dei facilitatori sociali. La cooperativa coordina vari interventi lavorativi dei facilitatori sociali presso istituzioni e servizi (centri psico-sociali, centri diurni, comunità residenziali) o presso privati (associazioni di volontariato, cooperative che lavorano nell'ambito del disagio psichico o handicap). L'oggetto del lavoro riguarda sia ruoli di assistenza personalizzata rivolti ad altri utenti (servizi al domicilio, appoggio nelle abilità di base) sia l'impiego presso le associazioni e i servizi. Esempi di interventi sono: gruppi riabilitativi (organizzazione del tempo libero, alfabetizzazione, gruppi biblioteca, gruppi discussione, cineforum), conduzione di gruppi di auto mutuo aiuto, attività di front-office nei CPS, promozione di interventi di sensibilizzazione rivolti ai cittadini (dibattiti pubblici, corsi di formazione rivolti a volontari, partecipazione a convegni nazionali e internazionali).

Gli obiettivi principali del programma sono i seguenti:

1. Sostenere risorse e abilità che molti utenti, anche con patologie croniche psichiche, posseggono. Promuovere un percorso di consapevolezza della malattia permette a molti utenti di migliorare la propria qualità di vita. Tali pazienti possono mettere in gioco la consapevolezza raggiunta a favore di altri utenti innescando un processo di benessere anche a favore di nuovi utenti all'esordio.
2. Proseguire e potenziare la collaborazione tra diversi attori istituzionali e non, operanti nel campo della salute mentale, al fine di valorizzare le risorse territoriali e la rete naturale esistente intorno al paziente cronico: associazione di utenti-volontari-operatori, cooperativa sociale utenti, associazioni di famigliari-volontari, Comuni.
3. Migliorare l'offerta lavorativa rivolta a utenti portatori di patologie psichiche croniche.

Di seguito si elencano le attività previste prima di ogni corso di formazione:

1. Definizione e analisi dei bisogni formativi degli utenti, in collaborazione con le UOP del DSM e le Associazioni coinvolte. L'adesione al programma potrà essere allargata a un DSM confinante.
2. Selezione di un gruppo di 30 utenti, per ogni corso di formazione, disponibili ad aderire al progetto formativo. Gli utenti dovranno avere le seguenti caratteristiche:
 - portatori di patologia psichica cronica in carico ai CPS;
 - buone risorse e capacità potenziali;
 - sensibilità al coinvolgimento solidaristico, interesse a svolgere un corso sulla consapevolezza.
3. Convenzione con un istituto di formazione che abiliti al ruolo e/o alla funzione di 'tecnico facilitatore sociale'. Lo IAL-CISL Lombardia, sede di Saronno, ha promosso i corsi con esame finale e conseguimento di diploma con riconoscimento provinciale.
4. Promozione del corso di formazione riconosciuto dalla Provincia, della durata di 350 ore (circa 210 ore d'aula e 140 ore di tirocinio).
5. Collaborazione con la cooperativa 'Sun chi' e con altre agenzie per l'inserimento lavorativo, al fine di reperire nuove opportunità lavorative per i facilitatori sociali già formati e a quelli in futura formazione.
6. Promozione di iniziative di sensibilizzazione e di informazione a livello territoriale per sostenere una maggiore integrazione degli utenti con disagio psichico. Si fa riferimento sostanzialmente a iniziative di prevenzione primaria contro lo stigma psichiatrico e per sensibilizzare all'inserimento sociale e lavorativo degli utenti:
 - incontri tematici rivolti alla cittadinanza;
 - incontri con conferenze dei sindaci;
 - incontri con cooperative;
 - presentazione del progetto e dei risultati presso corsi di formazione al volontariato;
 - partecipazione a congressi per presentare il ruolo del facilitatore sociale.

È oramai riconosciuta a livello internazionale l'importanza di offrire una testimonianza reale di chi è portatore di un disagio psichico: il contatto diretto con le varie realtà cittadine (scuola, datori di lavoro, insegnanti, amministratori di Comuni ecc.) rappresenta la più forte arma per lottare contro la stigmatizzazione e per promuovere l'inclusione sociale.

Il corso prevede 210 ore d'aula che rappresenta circa una giornata di lezione alla settimana per circa 7 mesi; a queste ore vanno aggiunte le 140 ore di tirocinio che i corsisti concordano con i tutor/operatori del Programma Innovativo e svolgono in postazioni concordate con i Servizi della UOP e le Associazioni che collaborano al progetto (Tabella 5.5).

Al termine del corso si svolge l'esame; lo IAL-CISL provvede a formalizzare il superamento dell'esame con un riconoscimento del percorso formativo svolto.

TABELLA 5.5 Materie del corso per 'tecnico facilitatore sociale'	
Azione I	Area psichiatrica
Azione II	Area psicofarmacologica
Azione III	Area legislativa e organizzazione dei servizi territoriali
Azione IV	Dalla relazione d'aiuto alle pratiche del facilitatore sociale
Azione V	Informatica
Azione VI	Igiene/sicurezza
Azione VII	Tecniche di animazione: gestione del gruppo, giochi e attivazione per promuovere la relazione
Azione VIII	Auto mutuo aiuto, testimonianze, riabilitazione psichiatrica e riabilitazione psicosociale

Dal 2005 a oggi il programma innovativo ha incrementato gli interventi articolandoli in più direzioni:

1. promozione dell'*empowerment* e del *recovery* sia attraverso la formazione dell'utente sia attraverso la sensibilizzazione delle équipes del DSM;
2. incremento delle attività di auto mutuo aiuto e di gruppi riabilitativi e di intrattenimento auto gestiti da utenti, prevalentemente, presso sedi esterne ai servizi;
3. incremento dell'attività di auto mutuo aiuto per uditori di voci con gruppi sia interni ai servizi sia esterni;
4. promozione di una band musicale 'La nuova risonanza' che offre agli utenti la possibilità di rimettere in vita, e in musica, qualcosa di intimo e personale. Questa esperienza ha, di nuovo, l'obiettivo di trovare percorsi lavorativi attraverso la promozione di CD musicali e le rappresentazioni dal vivo;
5. la pubblicazione di due testi:
 - 'Dottore non sono di psichiatria! Consapevolezza di utenti con disagio psichico';
 - 'Quando 1 + 1 fa 3. La psichiatria nella logica del fare assieme raccontata da operatori, utenti, famigliari e volontari'.

I testi sono prevalentemente scritti da facilitatori sociali sui temi della malattia, sui sintomi e sul percorso di consapevolezza e di guarigione. Si trovano anche scritti di operatori, famigliari e volontari.

Le scommesse che attendono il prossimo futuro riguardano la possibilità che il facilitatore sociale possa svolgere un ruolo più riconosciuto anche a livello dell'azienda ospedaliera sia nei percorsi di affiancamento alla cura sia nei percorsi formativi rivolti a utenti e operatori. Per sostenere in modo più incisivo questa possibilità stiamo cercando una via per ottenere un riconoscimento ufficiale dalla Regione Lombardia; con altri facilitatori e *peer supporter* (Como, Garbagnate, Legnano, Milano) si sta promuovendo un coordinamento lombardo di utenti finalizzato al riconoscimento ufficiale di una nuova figura che potrebbe chiamarsi: Esperto in supporto tra pari.

L'INTERVENTO PSICOEDUCATIVO E IL RUOLO DEI FAMILIARI⁵

Il ruolo del familiare nella cura

Nel corso della storia il ruolo del familiare all'interno del percorso di cura della persona con disagio psichico ha subito notevoli cambiamenti.

Nell'Ottocento infatti era idea comune in ambito psichiatrico considerare la famiglia come il luogo entro il quale la malattia trovava la sua origine e il suo sviluppo, sia a causa di una cattiva educazione, sia per la presenza di disturbi di tipo ereditario, sia anche come conseguenza di altri tipi di malfunzionamento; tale assunto colpevolizzante, dimostratosi poi errato, portò alla completa estromissione del familiare dalla vita del paziente, il quale nella maggior parte dei casi veniva sradicato dal proprio ambiente e rinchiuso in una struttura manicomiale.

Successivamente, le scoperte scientifiche sulla presenza di una componente organica della malattia mentale, gli studi sulla genetica e la nascita di nuove correnti psicologiche (come il movimento psicoanalitico) ridiedero dignità e valore al contesto familiare, togliendogli quella connotazione negativa e disfunzionale di cui era stato ingiustamente accusato.

Negli anni Sessanta iniziarono a essere condotte le prime ricerche sulle dinamiche familiari e in particolare sull'impatto che la malattia di un membro poteva avere su tutti i componenti del nucleo; i risultati di questi lavori fecero emergere le reali difficoltà a livello emotivo e psicologico di genitori, fratelli o coniugi nel prendersi cura della persona malata.

Nonostante ciò il vero cambiamento culturale avvenne nel 1978 con la legge n.180: Basaglia si impegnò nel compito di riformare l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica ospedaliera e territoriale proponendo un superamento della logica manicomiale.

Questa importante riforma mise le basi per il mondo della salute mentale così come oggi lo conosciamo; sfortunatamente, però, portò anche all'insorgenza di grossi problemi: con la chiusura dei manicomi infatti i familiari si ritrovarono a gestire compiti ben al di sopra delle loro capacità, come il monitoraggio del sintomo o il controllo dell'assunzione del farmaco, ovvero di tutte quelle mansioni che fino a poco tempo prima erano di competenza dell'istituzione.

Fu proprio all'interno di questo clima così confuso che nacquero le prime associazioni di familiari con lo scopo di dare maggior voce in capitolo nelle scelte di politica sanitaria.

Le associazioni, a partire dagli anni Ottanta, divennero quindi sia un luogo in cui potersi riunire per dare maggior forza alle proprie richieste, sia uno spazio mentale in cui poter condividere la propria sofferenza, il senso di solitudine e di abbandono tipici di tutti coloro che vivono questa drammatica condizione.

⁵ A cura di Elisa Buratti e Teresa De Grada.

I cambiamenti culturali, sociali e politico-assistenziali descritti hanno dunque portato a rivedere anche l'immagine e il ruolo del familiare all'interno del percorso di cura della persona sofferente.

Lo spostamento dell'oggetto di interesse, dalla cura della malattia alla cura della persona, ha fatto sì che il malato non venisse più considerato come un'insieme di sintomi da debellare, ma come un soggetto con dei bisogni propri, delle risorse e soprattutto inserito in un contesto sociale di cui bisogna tenere conto. La famiglia dunque viene oggi vista come un importante strumento all'interno della riabilitazione del paziente, ma per ottimizzare il suo supporto è necessario aumentare la competenza sia specifica sia relazionale dei singoli membri del nucleo.

La psicoeducazione

L'intervento psicoeducativo nasce dalla constatazione di come di fatto i familiari siano i più diretti interessati nella cura del paziente in quanto sono quelli che passano in sua compagnia la maggior parte del tempo. Purtroppo però spesso sono logorati dalle richieste e dalle esigenze del loro congiunto e tendono a mettere in atto modalità disfunzionali per la risoluzione della conflittualità aggravando una situazione già critica; questo porta inevitabilmente ad aumentare il carico di stress e sofferenza già pesantemente presenti.

Lo scopo principale della psicoeducazione è migliorare le capacità comunicative e di risoluzione dei problemi (*problem solving*) di tutti i componenti della famiglia al fine di abbassare il livello di Emotività Espressa (EE).

Per EE si intende la 'temperatura emotiva' nell'ambiente familiare, ovvero un indicatore dell'intensità della risposta emotiva (mancanza di affetto o interessamento eccessivamente invadente) del familiare in un dato momento temporale nei confronti del paziente (Vaughn C., 1988).

Il modello psicoeducativo utilizzato all'interno della nostra associazione, proprio per le prove di evidenza sulla sua efficacia, è quello di Falloon (1974). L'intervento è strutturato in diverse sezioni: partendo dalla definizione e spiegazione della malattia mentale, si passa all'insegnamento teorico e pratico di strategie per la gestione delle criticità come le tecniche dell'ascolto attivo, della comunicazione efficace e del *problem solving*.

Il risultato finale atteso è rendere il familiare competente e in grado di affrontare le situazioni complesse che si creano all'interno della relazione col congiunto malato.

Si è potuto osservare infatti che un'adeguata conoscenza del disturbo e del suo trattamento aiuta il familiare a ridurre l'ansia e la preoccupazione legate alla mancanza di informazioni e facilita l'alleanza terapeutica con i curanti; che una comunicazione efficace aiuta a far fronte ai problemi quotidiani e rende la famiglia in grado di avere discussioni costruttive per la risoluzione dei problemi individuali o collettivi e infine che l'ascolto attivo facilita l'accettazione dell'altro, riconoscendolo nella sua diversità di comportamenti e ragionamenti.

Tale tipo di percorso è molto importante in quanto legittima il familiare a prendere un ruolo attivo nella gestione della malattia, senza subirla, senza sentirsi travolto da questa.

È importante dunque sottolineare come anche il familiare sia dotato di una competenza specifica, di tipo 'emotivo', che accompagna, sostiene e arricchisce la competenza 'tecnica' dell'équipe curante.

Tale competenza, però, per essere utilizzata nel percorso di riabilitazione in modo adeguato e produttivo, deve essere rinforzata, rinvigorita attraverso una formazione continua. Per questa ragione la psicoeducazione proposta dall'associazione non si pone limiti di tempo, ma assume le caratteristiche di un sostegno continuo.

I risultati della psicoeducazione

Molte ricerche scientifiche evidenziano come la psicoeducazione rientri nelle *best practices* per la cura di giovani adulti affetti da schizofrenia e per le loro famiglie; per questa ragione già in molti Stati dell'America viene offerta a tutti coloro che ne hanno la necessità.

È stato dimostrato infatti come questo tipo di trattamento, se ben integrato all'interno del percorso di cura, possa prevenire le ricadute, ridurre i tassi di ospedalizzazione, migliorare la funzionalità generale del soggetto e aiutarlo a rispettare il trattamento farmacologico, con un conseguente effetto positivo sia sullo stato emotivo del singolo e della famiglia sia sui costi sociali.

Una recente metanalisi (Lincoln T.M., Wilhelm K., Nestoriuc Y., 2007) sull'efficacia della psicoeducazione indica come gli interventi che includono la famiglia hanno un maggior effetto nel ridurre la sintomatologia alla fine del trattamento e nel prevenire le ricadute considerando 7-12 mesi di follow-up.

Da un altro punto di vista, per confermare ulteriormente questo dato, è importante ricordare che le persone affette da schizofrenia hanno una maggiore probabilità di recidiva se provengono da famiglie in cui si osservano atteggiamenti molto critici e ostili e un maggior coinvolgimento emotivo.

In ultima analisi, esistono nella letteratura internazionale, diversi studi che riportano l'efficacia di questo modello nella gestione di altre patologie come il disturbo bipolare, il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi alimentari e il disturbo *borderline* di personalità.

Conclusioni

La famiglia deve essere considerata come una risorsa fondamentale all'interno del percorso di cura del congiunto malato. Il riconoscersi come portatore di una competenza specifica rafforza il familiare facendogli percepire un senso di controllo fondamentale nella gestione della malattia. Per questa ragione l'intero nucleo deve essere supportato e aiutato da professionisti per superare la paura, l'angoscia e la rabbia legate al senso di impotenza spesso estremamente acute e devastanti nelle prime sconcertanti fasi della malattia.

È opportuno che il coinvolgimento della famiglia nel percorso terapeutico avvenga quanto più precocemente possibile e sia continuato nel tempo.

Questa azione di *empowerment* nei riguardi dei famigliari è ormai sempre più riconosciuta nelle raccomandazioni emanate in ambito legislativo sanitario. Le linee guida dell'*American Psychiatric Association* (Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B. et al., 2004) includono, tra i trattamenti consigliati nella fase di stabilizzazione della malattia dopo l'esordio, quelli psicoeducativi famigliari; le recentissime Linee Guida Italiane sugli interventi precoci nella schizofrenia raccomandano fortemente, nei riguardi dei singoli nuclei famigliari di persone al primo episodio psicotico, trattamenti di tipo psicoeducativo e training di competenza sociale.

Per far fronte a questa esigenza diventa fondamentale il supporto del terzo settore, come l'Associazione Diversamente, che attraverso l'ausilio di volontari e professionisti supporta le istituzioni in questo oneroso compito.

Bibliografia

- Agabio R., Marras P., Gessa G.L. et al. (2007) Alcohol use disorders, and at-risk drinking in patients affected by a mood disorder, in Cagliari, Italy: sensitivity and specificity of different questionnaires, *Alcohol and Alcoholism*, 42: 575-581.
- Alpi A., Cocchi A., Meneghelli A. et al. (2008) Lavorare con le famiglie negli esordi psicotici: un intervento strutturato per i caregiver, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, Supplemento B, vol. 30, n. 3: B62-B70, Psicologia PI-ME, Pavia.
- Angelozzi A., Biffi G., Cappellari L. et al. (a cura di) (2012) Conferenze Nazionali delle Sezioni Regionali della Società Italiana di Psichiatria, *Quaderni Italiani di Psichiatria (QUIP)*, Volume XXXI, Supplemento n. 3.
- Bibeau G. (1997) At work in the fields of public health: the abuse of rationality, *Med Anthropol Q. Jun*, 11(2): 246-51.
- Bhugra D., Kamaldeep Bhui A. (1997) Clinical management of patients across cultures, *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 3, pp. 233-239.
- Carrà G., Clerici M. (2006) Dual diagnosis – policy and practice in Italy, *American Journal on Addictions*, 15: 125-130.
- Carrà G., Sciarini P., Borrelli P. et al. (2010) Dual Diagnosis in Italy: findings from the Psychiatric and Addictive Dual Diagnosis in Italy (PADDI) Study, *Dipendenze Patologiche* 1: 9-16.
- Cerati G., Percudani M., Petrovich L. (2005) Una nuova prospettiva per la salute mentale: il Piano Regionale Lombardo (A new perspective for mental health. The Lombardy Regional Mental Health Plan), *Journal of Medicine and the Person*, 3(2): 71-73.
- De Ponte P., Hughes G. (2005) Mental health care in London, *Eur Psychiatry*, Oct, 20 Suppl 2: S274-8.
- Drake R.E., Mercer-McFadden C., Mueser K.T. et al. (1998) Review of integrated mental health and substance abuse treatments for patients with dual disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 24: 589-608.
- Drake R.E., Mueser K.T. (2000) Psychosocial approaches to dual diagnosis, *Schizophrenia Bulletin*, 26: 105-118.
- Drake R.E., Mueser K.T., Brunette M.F. et al. (2004) A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27: 360-374.

- Fassaert T., Hesselink A.E., Verhoeff A.P. (2009) Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study, *BMC Public Health*, Sep 10, 9: 332.
- Fioritti A., Ferri S., Galassi L. et al. (1997) Substance use among the mentally ill: a comparison of Italian and American samples, *Community Mental Health Journal*, 33(5): 429-442.
- Fondazione ISMU-Iniziativa e Studi sulla Multietnicità (2011) *Undicesimo Rapporto dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multi etnicità*.
- Franklin R.R., Sarr D., Gueye M. et al. (1996) Cultural response to mental illness in Senegal, *Soc Sci Med*, Feb, 42(3): 339-52.
- Istituto Superiore di Sanità (2007), *Sistema nazionale per le linee guida*. Roma (www.snlg-iss.it)
- Kalra G., Bhugra D. (2011) Ethnic factors in managing black and minority ethnic patients, *Curr Opin Psychiatry*, Jul, 24(4): 313-7.
- Lefley H.P., Lefley L., Dale J. (a cura di) (2002) *Famiglia. Interventi in malattia mentale, Prospettive internazionali*, Praeger Publishers, Westport, CT.
- Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B. et al. (2004) Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition, *Am J Psychiatry*, 161: 1-56.
- Lincoln T.M., Wilhelm K., Nestoriuc Y. (2007) Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis, *Schizophr Res*, 96: 232-45.
- McFarlane W.R. (1994) Famiglie, pazienti e medici come partner: strategie cliniche e di risultati della ricerca di psicoeducazione singola e multipla, *Cooperativa Famiglia Per aiutare le famiglie con Malattia Mentale*, Harwood Academic Publishers, Svizzera.
- Murthy P., Chand P. (2012) Treatment of dual diagnosis disorders, *Current Opinion in Psychiatry*, 25: 194-200.
- Percudani M., Cerati G., Angelozzi A. et al. (2012) I modelli regionali nelle politiche di salute mentale, *Sistema Salute*, vol. 56, n. 2, 192-204.
- Pharoah F., Mari J., Rathbone J. et al. (2010) Family intervention for schizophrenia, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12.
- Piselli M., Elisei S., Murgia N. et al. (2009) Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy, *International Journal of Law and Psychiatry*, 32: 101-107.
- Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S. et al. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, *The Journal of the American Medical Association*, 264: 2511-2518.
- Qureshi A., Collazos F. (2005) *Cultural competence in the mental health treatment of immigrant and ethnic minority clients Diversity in Health and Social Care*, 2: 307-17.
- Rovera G.G. (a cura di) (1984) *L'approccio transculturale in psichiatria*, Atti SIPT, M.S., Torino.
- Tseng W.S. (2006) From peculiar psychiatric disorders through culture-bound syndromes to culture-related specific syndromes, *Transcult Psychiatry*, Dec, 43(4): 554-76.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2012) *World drug report 2012*, United Nations publication, Sales No. E.12. XI.1.
- Vaughn C. (1988) Introduzione al concetto di Emotività Espressa, *Notizie ARS*, 2,suppl.al n. 3, pp. 6-11.

Massimo Rabboni – Francesco Caggio

RIASSUNTO

Dopo aver discusso la funzione di *case manager* nell'assistenza alle persone e l'evolversi di questa figura a livello internazionale nei servizi sanitari e nel lavoro di rete sociale, anche nell'ambito della salute mentale, viene considerato il suo rapporto con l'équipe psichiatrica e psicosociale. L'approfondimento delle dinamiche del gruppo di lavoro è peraltro fondamentale in virtù del modello attuato in Lombardia, nel quale il case manager si colloca all'interno della mini-équipe di presa in carico del paziente grave. Quindi viene affrontato il nesso essenziale esistente tra gruppi di lavoro e interventi individuali, per concludere con il tema della specificità delle équipe di lavoro quando operano per la cura delle persone e le diversità.

IL CASE MANAGER, IL GRUPPO, L'ÉQUIPE IN PSICHIATRIA¹

In termini più diversificati e ricchi di quanto accade nella medicina generale, in psichiatria la funzione e la figura del case manager possono essere definite secondo ottiche diverse e complementari, tra loro rispettivamente interagenti.

Anzitutto, il case management viene definito come il processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione dell'assistenza a un individuo per accertarsi che risponda ai bisogni, opportunamente valutati, della persona che necessita di assistenza. Una siffatta definizione appare, ovviamente, del tutto coerente con quanto può essere considerato rispetto alla clinica, giacché il presupposto alla sua base è quello di considerare i pazienti come entità che stanno vivendo un percorso di malattia, allontanandosi dalla concezione di vedere gli utenti attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico.

¹ A cura di Massimo Rabboni.

Una seconda, importante descrizione del case management lo definisce come un modello organizzativo assistenziale che ha lo scopo di provvedere alla qualità delle cure, aumentare la qualità della vita, diminuire la frammentazione e contenere i costi dell'assistenza (American Nurse Association, 1988).

È chiaro che questa seconda definizione sposti il significato operativo dello strumento verso aspetti più legati alla razionalizzazione economica dei percorsi di cura; sebbene gli aspetti di economia sanitaria non vengano in questa trattazione proposti come preminenti, la logica che li sottende deve essere tenuta ben presente, nella misura in cui, anche nel nostro paese, l'introduzione del sistema dei Diagnosis-Related Groups (DRG) sotto il profilo organizzativo, e l'ampia, anche se non universalmente condivisa, stesura di linee guida, sotto il profilo clinico, evoca il sistema anglosassone dei percorsi di cura o *clinical pathways*.

Una ulteriore definizione, che concorre ad arricchire il quadro, è quella che si fonda su presupposti clinici e organizzativi, ma anche sociali, avvicinandoci al tema della 'psichiatria di comunità': in quest'ottica, quindi, il case management si muove al fine di promuovere il coordinamento, che prevede la creazione di nuovi ambiti di pensiero e operativi nati dalla collaborazione delle risorse esistenti; è la prevenzione che si realizza attraverso la piena partecipazione del cittadino alla creazione del servizio del quale lui stesso fruirà. Nel case management vi è la creazione di una funzione scelta sulla base delle risorse disponibili e centrata sulle esigenze individuali del singolo utente, che coordina attivamente, collabora in prima persona alla creazione del servizio stesso e recupera preventivamente le sue potenzialità. In questo senso, perciò, il case management opera nel sistema sanitario in modo biunivoco: da un lato ottimizzandone le funzioni, dall'altro costituendosi come un importante fattore di promozione del cambiamento interno.

Da un punto di vista economico, sociale e organizzativo, il modello del case management, o gestione del caso, può essere dunque definito come un sistema di erogazione dell'assistenza al cittadino, che si propone come strumento empirico atto a favorire l'efficacia e la riduzione dei costi e dei tempi di degenza attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni sanitari e con la creazione di un servizio a misura della persona che ne fruirà.

Esso, poi, per ultimo ma non da ultimo, si costituisce anche come una strategia di lavoro di rete che si fonda sulla gestione di un target di popolazione di utenti, dall'ammissione alla dimissione, sul coordinamento dei servizi presenti sul territorio, sull'utilizzo di risorse adeguate, sull'appropriatezza degli interventi e sul monitoraggio dei risultati ottenuti. In questo senso, come verrà estesamente dimostrato da Lia Sanicola in altra parte di questo volume, la definizione di 'attivatore di rete' sembra essere in grado di descrivere abbastanza bene il lavoro del *case manager* in una dimensione integrata, interna ed esterna alle strutture di cura.

Un ulteriore set di definizioni utili per la nostra trattazione è quello proposto ed esplicitato da uno dei più importanti studiosi del tema, Guay (2000), secondo il quale per il case manager sono individuabili tre ruoli del potrebbero essere definiti come quelli di persona prossima, di agente di collegamento e di professionista. Il ruolo di persona prossima attualizza attraverso la funzione di accompagnamento dell'utente nell'apprendimento delle attività necessarie a un'integrazione alla vita in società. L'at-

teggiamento di distanza terapeutica abituale in psichiatria apparirebbe qui poco adeguato, poiché questa funzione del *case manager* esige attitudini di autenticità, di spontaneità e di trasparenza, come hanno dimostrato numerose esperienze di *case management*. Questo ruolo esige anche molto dinamismo, iniziativa e pragmatismo che devono essere trasmesse al cliente impedendo tuttavia lo sviluppo della dipendenza.

Il ruolo di agente di collegamento si colloca a due livelli: i servizi formali e i sistemi informali nell'ambiente sociale. Questo ruolo esige *savoir faire*, una facilità a stabilire dei contatti e a stimolare la collaborazione, così come la capacità di fornire supporto ai familiari e ai cittadini.

Infine, il ruolo del professionista psico-sociale è abbastanza specifico ed esclude il lavoro sociale individuale a lungo termine il cui obiettivo sarebbe la riduzione dei sintomi o un cambiamento della personalità. Nel contesto del *case management* esso implica una presenza e un ascolto durante i momenti critici in cui l'utente ha bisogno di condividere le sue emozioni negative; implica anche l'intervento di crisi. Questo ruolo esige che il *case manager* sia non solo capace di accogliere le forti emozioni negative dell'utente, ma anche di agire le proprie in modo consapevole poiché esse costituiscono il suo strumento privilegiato.

In ambito psichiatrico, d'altronde, si assiste a un notevole incremento della complessità delle cure con un continuo proliferare di frammentazioni dei molteplici apporti specialistici. Da qui si originano le necessità di assicurare la continuità delle cure, la loro appropriatezza e tempestività anche con apporti provenienti da professionalità e discipline molto diverse fra loro.

Diventa fondamentale un'attività di coordinamento delle cure per ogni paziente, rispetto ai suoi specifici bisogni, e la definizione di profili di cura o percorsi clinico-assistenziali che possano guidare l'integrazione dei diversi apporti.

Il modello della *managed care* è quello che meglio si adatta in un'organizzazione complessa come quella del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) che si articola sia in ambito ospedaliero che territoriale: ciò che, ancora, caratterizza il *case management* è che i servizi diretti sono erogati alla persona attraverso un accompagnamento nel suo ambiente di vita; vale a dire che al posto di essere forniti in un ufficio o istituzione, gli interventi professionali si svolgono a domicilio o nella comunità.

Tra le altre funzioni riconducibili al rapporto tra *case manager* e gruppo di lavoro, vi è sicuramente quella del supporto contro la stigmatizzazione del paziente, necessaria tanto per quelle persone che si trovino in condizioni di isolamento, senza una adeguata e sufficiente rete sociale, quanto, sia pure per motivi e con funzioni in parte diverse, per i pazienti che vivano all'interno della famiglia di origine.

Infatti, l'incapacità della comunità e delle famiglie a far fronte e a saper rispondere ai bisogni del paziente rischia infatti di avviare quest'ultimo verso un processo di stigmatizzazione, che si realizza mediante un intervento che separa la persona sofferente dagli altri cittadini. In Italia, questa era la situazione ai tempi delle legge manicomiale, che prevedeva l'istituzionalizzazione forzata del paziente, facendo sì che la psichiatria avesse come oggetto (non come soggetto!) un utente staccato dal suo ambiente di vita e dal suo ambito sociale.

Il processo di isolamento implicito nella sofferenza mentale stigmatizza spesso in maniera definitiva l'identità della persona che soffre di seri disturbi psichici e che intraprende la sua carriera di malato mentale. L'aggravamento dei sintomi e un loro trattamento non rispettoso dell'esistenza e del significato del contesto di vita e di relazione del malato possono rendere necessarie frequenti e prolungate ospedalizzazioni, che portano a una cronicizzazione del disadattamento in quanto comportano continue rotture nella rete sociale familiare ed extra-familiare, accentuando come conseguenza il livello di incompetenza sociale.

Se il ritorno alla comunità riporta il malato mentale in famiglia, può accadere che si ripeta lo stesso processo, con la ricomparsa dei sintomi che porta i famigliari a sentirsi sopraffatti, spesso con la necessità di una nuova ospedalizzazione; se il paziente psichiatrico torna a vivere in una abitazione propria, lo stesso problema può porsi con i vicini e le persone di riferimento (Rabboni M., 2010).

La funzione del *case manager* all'interno dell'équipe presenta anche rilevanti ricadute in termini di economia sanitaria, che trascendono il rapporto del singolo operatore con la sua équipe, ma che devono essere considerati a livello di sistema.

Il prototipo da cui trae origine specificamente questa funzione è il modello di Stein e Test (1985), detto anche 'modello del Wisconsin'. L'integrazione delle diverse componenti diventa operativa con l'aiuto di una équipe multidisciplinare che offre tanto l'ospedalizzazione quanto l'intervento di crisi, il centro diurno e il case management. Le risorse finanziarie, così, sono legate alla singola persona assistita piuttosto che alle componenti del sistema, e ciò elimina le situazioni di competizione in cui ciascuno cerca di mantenere i suoi fondi e fa di tutto per impedire che vengano destinati altrove. Questo sistema, che lega le risorse al cittadino, non è del resto dissimile dal pagamento a prestazione in regime di accreditamento adottato in Lombardia. Caratteristica ulteriore di questo sistema, nella sua applicazione in psichiatria, è il fatto che i servizi diretti sono erogati alla persona attraverso un accompagnamento nel suo ambiente di vita, tenendo conto delle difficoltà materiali vissute nella vita di tutti i giorni e prendendo quindi spesso la forma di servizi concreti, articolati su più livelli, di progressiva complessità (Stein L.I., 1987).

Un'altra caratteristica di questo modello è l'intervento precoce, poiché è facile agire rapidamente sul campo, nello stesso momento in cui si vivono le difficoltà, rispondendo tempestivamente ai bisogni delle persone; e ciò conduce il *case manager* a ritagliare i suoi servizi a misura delle necessità espresse, piuttosto che fornire moduli di intervento standardizzati e non sempre adeguati (Salzer M., 2006).

È anche possibile definire la funzione del *case manager* all'interno dell'équipe come sequenza di attività, il cui ordinato svolgimento concorre ad assicurare a ogni singolo paziente (la cui centralità, ricordiamo, costituisce il fondamento etico del modello) le risorse occorrenti e gli interventi necessari. Questa sequenza può essere così sintetizzata:

1. effettuazione di una *valutazione* completa della situazione iniziale (*assessment globale e presa in carico*) mediante la ricerca e l'individuazione dei punti di forza e di debolezza dell'assistito con un'analisi multidimensionale rispetto agli spazi di vita del paziente, alla luce delle diverse immagini dello stesso disagio che i differenti

contesti riflettono definendo così lo stato attuale e la possibilità di accoglienza della domanda;

2. *pianificazione* dei servizi di cui il paziente ha bisogno attraverso un documento scritto (nella psichiatria lombarda, il Piano di Trattamento Individuale [PTI] e il Progetto Terapeutico-Riabilitativo [PTR]), esaustivo anche nei minimi particolari e tenuto costantemente aggiornato che definisce le aree di priorità; gli obiettivi su cui lavorare; le iniziative da prendere per raggiungere gli scopi preposti; gli enti che devono intervenire fornendo delle prestazioni; gli ostacoli all'utilizzazione dei servizi da parte degli assistiti; e i risultati attesi in un certo periodo di tempo;
3. *negoiazione* del piano di assistenza con il paziente e con i *care givers*;
4. *implementazione* del piano con collegamento e coordinamento fra i servizi da parte dell'operatore, potenziando le risorse di comunicazione del malato con i diversi professionisti in modo che il paziente sia attivo e partecipe al processo di erogazione del servizio;
5. *controllo, monitoraggio* delle prestazioni e analisi dei risultati da parte del *case manager*, il quale deve verificare che esse vengano effettuate nelle modalità stabilite e nel rispetto dei tempi e rispondenti alle esigenze del cittadino e deve occuparsi della valutazione degli obiettivi a medio e a lungo termine;
6. *revisione*, in cui si valuta e, occorrendo, si modifica il piano di intervento.

Anche se la sequenza di attività qui sopra esposta è di fatto – pur se in un'ottica estensiva – corrispondente alle attività che possono impegnare un *case manager* in tutti gli ambiti disciplinari medici, va notato che le differenze dell'impegno di case management in psichiatria e in medicina generale sono rilevanti, riassumibili nella definizione che:

- per la psichiatria, è prevalente la dimensione della relazione nel contesto di un progetto;
- per la medicina, è prevalente la dimensione dell'organizzazione nel contesto di un piano.

È ancora possibile, prima di passare all'analisi delle intersezioni tra il *case manager* e il suo gruppo di appartenenza, esaminare ancora due questioni, rappresentate dagli esiti in termini di economia sanitaria dell'impiego di questa figura e dagli aspetti istituzionali che possono caratterizzarla.

Per quanto riguarda i primi, la letteratura disponibile fornisce dati interessanti (anche se in larga misura di ambiente anglosassone, e quindi per una volta arretrato rispetto all'organizzazione dei servizi nel nostro Paese) rispetto alla possibilità di ridurre, anche in modo notevole, le giornate di ricovero o i comportamenti aggressivi (Santullo A., 2004) (dati sintetizzati in Tabella 6.1), ovvero di migliorare gli esiti di specifici percorsi riabilitativi (Salzer M., 2006).

Possiamo ora proporre alcune considerazioni ulteriori, relative agli aspetti istituzionali dei rapporti tra Aziende Ospedaliere, équipes e *case manager*. Il punto di partenza, in questo senso, è la considerazione che nell'ultimo decennio le professioni sanitarie hanno subito un'evoluzione culturale e professionale che ha portato l'affermazione di un'auto-

TABELLA 6.1
Risultati del *case management* psichiatrico in letteratura

Studio	Presenza del <i>case manager</i>	Trattamento di confronto
Stei & Test, 1980	6% di pazienti ricoverati in 14 mesi di trattamento	89% di pazienti ricoverati in 14 mesi di trattamento
Hoult, 1984	8,4 giorni di ricovero/anno	53,5 giorni di ricovero/anno
Molder, 1982	959 giornate di ricovero	5530 giornate di ricovero
Dvoskin & Steadman, 1994	Riduzione% di agiti aggressivi	

nomia sempre più ampia consentendo anche in Italia la nascita e la diffusione di modelli organizzativi nuovi che portano gli infermieri, le assistenti sociali, gli educatori professionali e i tecnici della riabilitazione psichiatrica ad assumere un ruolo di *case manager*.

Rispetto alla organizzazione all'interno della quale opera, il *case manager* è chiamato a riassumere in sé una doppia identità professionale:

- quella specifica del ruolo rivestito, in rapporto prevalentemente con il paziente;
- quella specifica della funzione di *management*, in rapporto prevalentemente con l'équipe.

In questo senso, il *case manager* deve avere anche competenze metaosservative e metacomunicative, che gli consentano di includere la sua relazione con il paziente e con i colleghi tra gli oggetti del suo intervento. Per questo, accanto ai percorsi informativi, è necessario un percorso personale di tipo formativo.

Un problema non poco dibattuto, anche per ragioni normative e contrattuali è quello se il *case manager* rivesta una identità funzionale o una identità organizzativa. Allo stato, la risposta è che l'identità del *case manager* si definisce in termini strettamente di funzione: si tratta di una competenza, di un sapere, un saper fare e un saper stare e anche un saper essere.

Quella del *case manager* è quindi esclusivamente una funzione, estremamente specifica ed evoluta, nell'ambito delle nuove articolazioni concettuali della professione infermieristica; non è perciò una posizione definibile, allo stato, in termini amministrativi o contrattuali, anche se, questa evenienza non è affatto esclusa, per il futuro, dallo stato dei lavori preparatori per le prossime revisioni della normativa contrattuale, che dovranno provvedere anche a eliminare ogni possibile asperità rispetto alle relazioni funzionali tra i *case manager* e i coordinatori infermieristici delle équipe di riferimento.

IL GRUPPO DI LAVORO²

Se riprendiamo alcuni significati del lavoro in équipe e di équipe di cui sopra, potremmo ipotizzare, con sufficiente approssimazione, che il gruppo di lavoro, come di-

² A cura di Francesco Caggio.

spositivo metodologico e operativo, rimandi da una parte ai processi di democratizzazione dei rapporti di lavoro e quindi delle relative modalità di intervento all'interno di un'organizzazione e dall'altra al contenimento dei rischi di burocratizzazione dell'intervento di cura.

Si riprenderà in prima battuta il tema della democratizzazione, in quanto questa pare essere la cifra e il cardine fondativo stesso del gruppo di lavoro in relazione ai propri compiti. Stare e fare gruppo richiede competenze comunicative e relazionali, tali per cui si è in grado di muoversi in un consesso democratico (altrimenti il gruppo non si darebbe); consesso, in cui attraverso conflitti funzionalmente orientati alla soluzione di problemi legati al compito, si giunge a decisioni rispetto *al da farsi*, passando per:

- l'esplicitazione dei significati del proprio ruolo, della propria funzione e dei propri compiti da parte di ognuno dei singoli membri e altresì l'esplicitazione dei significati dei compiti di lavoro, cui il gruppo è chiamato a far fronte;
- la negoziazione dei significati per convenire a un vocabolario comune rispetto all'oggetto del lavoro dandosi una terminologia, un lessico professionale nonché linee metodologiche condivise per l'operare quotidiano;
- la rielaborazione creativa degli esiti della negoziazione da parte dei diversi membri del gruppo al fine di giungere a decisioni comuni che orientino e significhino l'intervento di ognuno in relazione al gruppo di appartenenza.

Quindi da una parte i membri del gruppo di lavoro sono chiamati a esserci, a sapere stare nel compito, secondo un richiamo non solo meramente contrattualistico ma anche etico (qui si suppone che il lavoro di gruppo fondi una nuova etica del modo di lavorare); dall'altra a saper convenire a decisioni fattive, concretamente messe in atto. Il gruppo di lavoro è centrato quindi in modo elettivo sul compito, è eterocentrato, è prospetticamente teso, orientato su ciò che si è chiamati a fare.

Il suo vettore è rappresentato dalla declinazione e dall'evidenza operazionali, ancorché non semplificabili in mera esecutività; mera esecutività che il gruppo di lavoro cerca in modo specifico di evitare. Ora l'elaborazione dell'esecutività in un agire di senso è esito dei processi (condivisi fra i singoli membri) di analisi, di discussione e di decisione in ordine a quello che è opportuno, è necessario, è inderogabile compiere; questa elaborazione dell'esecutività, data dalla partecipazione ai processi di comprensione allargata e approfondita dei compiti, dovrebbe favorire e sostenere un lavoro espletato con un livello maggiore di consapevolezza da parte dei singoli membri del gruppo e del gruppo nel suo insieme.

Nel chiedere presenza, partecipazione e condivisione ai/dei processi di conoscenza, di analisi e di disamina delle questioni per poi giungere a prendere posizione rispetto agli stessi in via fattuale, lo stare in gruppo – o meglio il contribuire a creare un gruppo di lavoro, a mantenerlo come tale e a farlo funzionare – chiede da parte di chi lo compone una consapevolezza a monte e a valle del significato del fare parte di un gruppo e dei processi che il gruppo di lavoro deve garantire affinché le decisioni

operativamente declinate abbiano senso. Questa consapevolezza pare poter esser una condizione che possa garantire un lavoro effettuato con un livello di maggiore:

- partecipazione;
- coerenza;
- organicità e ampiezza di significati.

Ma non solo: la consapevolezza di cui si diceva poco sopra rimanda all'aver chiara, da parte di ogni singolo membro e del gruppo, la possibilità di poter influenzare, di poter incidere sugli altri e, per converso, di poter essere influenzato dagli altri, di poter essere all'incrocio di interazioni che possono comportare tensioni in termini di potere rispetto, per esempio, alla presa di parola durante gli incontri del gruppo e/o alla partecipazione più o meno attiva all'elaborazione di significati e alla relativa definizione di decisioni operative.

La dialettica sempre tesa, ambigua e ambivalente fra l'io e gli Altri (Caggio F., 2007), le ritrosie, le paure, le possibilità di fraintendimento, i rischi di aggressività, i timori di essere presi e persi dagli Altri (Caggio F., 2010) chiedono quindi a ogni singolo membro una posseduta e riflettuta consapevolezza di essere parte di un 'tutto' che è anche definito dal proprio singolo esserci, porsi, dire e fare; di far parte di 'un tutto' che si modifica nel tempo; di 'un tutto' che dinamicamente si specifica e prende forma e mente in relazione alla continua interazione fra i diversi io che riescono a diventare un Noi, senza timore di non esserci più come singole individualità, anzi!

Il gruppo si costituisce e si alimenta nel tempo proprio in virtù delle singole individualità che lo nutrono, ma che traggono nutrimento dal confronto; confronto che non esclude scontri finalizzati a quella produzione di senso intorno e per il fare di cui si diceva sopra; confronto con gli altri che in gruppo è continuo, costante e infine portato a mente e nella mente.

Lewin afferma:

"Il gruppo è qualcosa di più o, per meglio dire, qualcosa di diverso dalla somma dei suoi membri: ha una struttura propria, fini peculiari, e relazioni particolari con altri gruppi. Quel che ne costituisce l'essenza non è la somiglianza o la dissomiglianza riscontrabile tra i suoi membri, bensì la loro interdipendenza. Esso può definirsi come una totalità dinamica. Ciò significa che un cambiamento di stato, di una sua parte o frazione qualsiasi, interessa lo stato di tutte le altre³. Il grado di interdipendenza delle frazioni del gruppo varia da una massa indefinita a un'unità compatta. Dipende, tra gli altri fattori, dall'ampiezza, dall'organizzazione e dalla coesione di gruppo. Dal punto di vista logico non vi è alcun motivo di distinguere tra la realtà della molecola, o di un atomo o di uno ione o, più in generale fra la realtà di un tutto e delle sue parti. Alla base del fatto che i gruppi hanno certe caratteristiche loro proprie, che sono differenti dalle caratteristiche dei loro sottogruppi o dei

³ Proprio in ragione di quanto detto poco prima e tenuto conto di questa storicamente cruciale e articolata definizione di gruppo pare necessario verificare, rilevare e anche esplicitare se e quanto i singoli membri del gruppo abbiano chiara questa interconnessione, questa fitta e stretta relazione fra come va il gruppo nella sua totalità e come essi si muovono singolarmente; non poco diffuso è il 'tirarsi fuori', 'il pensare che il gruppo di cui si fa parte funziona o non funziona al di là del proprio contributo e in primis del proprio modo di starci e di parteciparvi'.

loro singoli membri, non vi sono considerazioni logiche superiori al fatto che le molecole hanno proprietà diverse da quelle degli atomi o degli ioni di cui esse sono composte. Nel campo sociale e in quello fisico le proprie strutturali di una totalità dinamica sono diverse dalle proprietà strutturali delle sottoparti.” (Lewin K., 1951)

Si evidenzia quindi un primo vocabolario possibile per circoscrivere il gruppo di lavoro: consesso democratico, interazioni, partecipazione, confronto, negoziazione, interdipendenza.

Ora, *consesso* rimanda (Istituto dell’Enciclopedia Italiana, 1991), etimologicamente, allo ‘*star seduto*’, quindi ad avere e al sapere di avere un posto dedicato a..., di essere con altri in una situazione di attenzione e concentrazione che deve permettere al tavolo – dove altri sono seduti – di poter ragionare, discettare e decidere. Lo stare seduto rimanda all’istituzione, con gli altri, di un luogo, di un’area delimitata che è deputata a..., che è destinata a... *essere in seduta*, appunto. Il gruppo quindi va difeso e si deve difendere da disattenzioni, fughe, assenze e attacchi e soprattutto dall’eventuale insipienza di alcuni suoi membri rispetto alla sedia che essi occupano e che sono stati chiamati a occupare, ‘*per occuparsi di...*’.

Viene di conseguenza richiamata la *partecipazione*, ovvero il fatto di prendere parte a una forma qualsiasi di attività, sia semplicemente con la propria presenza, con la propria adesione, con un interessamento diretto, sia recando un effettivo contributo al compiersi dell’attività stessa; e ancora il fatto di concorrere insieme con altri alla costituzione e allo svolgimento di attività e infine, ma non da ultimo, sentimento di vicinanza affettiva per cui si condividono, avvertendole dichiarandole come proprie, le gioie e le pene di altre persone.

Come si può rilevare, essere in un consesso, seduti, richiede, affinché ci sia gruppo, la capacità dei singoli membri e quindi del gruppo nel suo insieme di:

1. mettere in atto processi, di fare accadere qualcosa che abbia senso, di compiere qualcosa rimandando al livello del realizzare e del concretizzare costruttivamente tensioni e intenzioni che non possono rimanere solo dichiarazioni o desiderata;
2. procedere accanto e insieme lungo il corso del tempo facendo sì che lo svolgimento di quanto prefigurato e destinato a realizzarsi sia seguito passo passo con l’obiettivo di concorrere al successo dell’intrapreso;
3. essere capaci di essere empatici, di essere accoglienti, ma non complici; il saper ascoltare emozioni, affetti e sentimenti legati al lavoro; questo ascolto affettivo diventa un possibile, fra gli altri, elemento di coesione del gruppo.

Nella circolarità che si va evidenziando, i due termini (consesso e partecipazione) richiamano e si sostanziano nell’interagire dei membri del gruppo. *Interazione* è: ‘Azione, reazione, influenza reciproca di cause, fenomeni, forze, elementi, sostanze..., per estensione psicologici e sociali. In particolare nel linguaggio delle scienze sociali, interazione sociale, è la reciproca influenza tra individui (o gruppi) tramite processi di comunicazione (verbale, gestuale ecc.)’. Qui ritroviamo un richiamo alle possibili alleanze, alle possibili complicità, alle possibili prevaricazioni..., ma soprattutto ai pos-

sibili, evidenti e produttivi scambi fra un membro e l'altro del gruppo che possono, nell'influenza reciproca di cui hanno avvertenza e che cercano intenzionalmente, costruire conoscenze e consolidare scelte di metodo utili a rendere il gruppo coeso e dispositivo di apprendimento reciproco per chi vi fa parte.

Possiamo quindi a questo punto guardare *confronto* che in senso estensivo richiama a un incontro polemico fra sostenitori di tesi, concezioni, programmi diversi, che si propone non tanto la lotta e la vittoria di una delle parti quanto la possibilità di un'intesa attraverso un dialogo aperto ed equilibrato; quindi il gruppo evita ideologizzazioni, evita guerre di potere, depone la questione del potere, la periferizza a favore della centralità del compito, cerca ragioni e non prevaricazioni, cerca ipotesi di lavoro e piste di intervento realisticamente fattibili e non chiede mere e formalistiche teorizzazioni su possibili, eventuali modi di pensare e fare, chiede quindi la deposizione della tracotanza dei diversi Io che si incontrano al tavolo, seduti per 'occuparsi di...', non per 'prevalere rispetto a...'. Il gruppo di lavoro quindi è fuori dalla logica mortificante dell'aver ragione a tutti i costi sull'altro, perché l'autentico 'altro', che è il focus del gruppo è colui che attende l'intervento di cura.

Già il termine confronto ce lo confermava, ma ancor più vediamo cosa ci dice *negoziazione* (Quaglino G.P., Casagrande S., Castellano A., 1992) che per estensione è trattare, effettuare le trattative preliminari di un accordo: si potrebbe sintetizzare in 'il gruppo tratta un accordo su come parlarsi, di cosa parlare e di come parlare ai fini di intervenire e quindi trattare il caso'. Ovvero un gruppo può trattare un caso se ha trattato sul e del caso.

In questo continuo trattare costruttivo e quindi fattivo, si costruisce nel tempo *interdipendenza* che è rapporto di intima connessione e di reciproca dipendenza tra più cose, fatti, fenomeni, ricordando così che spesso le capacità professionali espresse in comportamenti consoni alla situazioni e coerenti al progetto sono anche in funzione delle relazioni gruppali.

Ritornando a quanto afferma Lewin (1951), si possono riprendere altri passaggi, ovvero che:

1. "...il gruppo ha una struttura propria, fini peculiari, e relazioni particolari con altri gruppi". Questo rimanda al fatto che (Gallino L., 1993):
 - ogni gruppo in base al numero dei suoi componenti, alle loro specifiche caratteristiche (comprese quindi le eventuali, possibili diverse professioni), allo stile relazionale degli stessi, alla loro storia dentro e fuori dal gruppo, al loro diverso grado di disposizione/motivazione a intessere rapporti di lavoro significativi e infine al diverso grado di motivazione al lavoro ha una sua specifica forma, un reticolato di relazioni, di interazioni, di flussi comunicativi e di significati, nonché di operatività, che lo individualizza e lo costituisce come totalità dinamica unica e originale;
 - ogni gruppo si definisce in ragione del suo mandato organizzativo e quindi del perché si è o è stato costituito, per quali fini, in quale orizzonte rispetto alla *mission* organizzativa e in quale specifica organizzazione si colloca; organizzazione di cui è sì articolazione, ma è anche elemento costitutivo insieme;

- ogni gruppo per quanto detto poco sopra si marca, si perimetra e si fa riconoscibile, rispetto a un altro o ad altri gruppi con cui è in contatto, in relazione al suo compito e quindi al suo intervento specifico, aprendo dinamiche di competizione, collaborazione e/o cooperazione o semplicemente di completamento in rapporto a compiti organizzativi ben più ampi del proprio specifico ambito;
2. “...dipende, tra gli altri fattori, dall’ampiezza, dall’organizzazione e dalla coesione di gruppo”. Questo rimanda (Gallino L., 1993):
- alla quantità delle possibili interazioni *vis à vis*, delle interazioni ravvicinate fatte di scambi prossimi, ‘nel qui e ora’ tali da permettere una elaborazione dell’oggetto di lavoro e dei processi decisionali che dovrebbe, nel tempo, essere sempre più incisivamente efficiente ed efficace;
 - a come il gruppo di lavoro si governa, a come definisce e scandisce i modi e le forme di convocazione, la durata della seduta di lavoro, la definizione dei temi da discutere, le relative priorità, i turni di parola..., in sintesi di come si regola, si autoregola e viene regolato;
 - a quanto i membri del gruppo riescono a convenire sulle decisioni, a quanto riescono a definirsi come ‘totalità dinamica’ nei confronti di altri gruppi rimanendo però osmoticamente aperti a scambi che lo possano arricchire; a quanto, ancora, il gruppo fa fronte comune a problematiche nuove, a incidenti e a impasse evitando posizioni difensive, ma aprendosi dapprima a una solidarietà critica e costruttiva per gestire l’urgenza o l’emergenza per poi ripensare, insieme, i fatti in un orizzonte di innovazione continua.

Si può quindi cominciare a ricordare che il gruppo è il luogo dove si focalizza e si prefigura un fare pensato.

GRUPPI DI LAVORO E INTERVENTI INDIVIDUALI⁴

Ora, se il gruppo è il luogo dove si pensa per fare e per fare a ‘ragion veduta’, bisogna tornare, per una memoria indispensabile, a Bion:

“Ogni gruppo, per quanto casuale, si riunisce per ”fare” qualcosa; nell’esplicare questa attività le persone cooperano ognuna secondo le proprie capacità. Questa cooperazione è volontaria e si basa su un certo grado di abilità intellettuale del singolo. La partecipazione a un attività di questo tipo è possibile solo a persone con anni di esercizio e che si siano sviluppate intellettualmente per la loro disponibilità ad apprendere dall’esperienza. Dal momento che questa attività è collegata a un compito, essa è fondata nella realtà, i suoi metodi sono razionali e pertanto, sia pure in forma embrionale, scientifici... Il gruppo affronta questo ostacolo elaborando una caratteristica cultura di gruppo. Uso l’espressione ‘cultura di gruppo’ in modo molto estensivo; vi includo la struttura che il gruppo raggiunge nei vari momenti, le attività

⁴ A cura di Francesco Caggio.

che svolge e l'organizzazione che adotta... L'attività del gruppo di lavoro è ostacolata, deviata e talvolta favorita, da certe attività mentali che hanno in comune l'attributo di forti tendenze emotive. Queste attività, a prima vista caotiche, acquistano una certa strutturazione se si ammette che esse derivano da alcuni assunti di base comuni a tutto il gruppo" (Bion W.R., 1961).

In questo passaggio interessa, per ora, la dimensione del cooperare e dell'apprendere dall'esperienza che ci riporta al rischio di burocratizzazione dell'intervento delle organizzazioni dedicate alla cura di cui si diceva sopra.

Ancora, se il gruppo è arrivato al livello dell'interdipendenza (Quaglino G.P., 2004) e ogni membro ne ha consapevolezza e lo ha mentalizzato rispetto al suo specifico fare – e questo sia nel caso di gruppi monoprofessionali piuttosto che pluriprofessionali – allora si può pensare che l'intervento con e per ogni singolo caso sia caratterizzato da un livello maggiormente apprezzabile di coerenza, di organicità, di finalizzazione, di intenzionalità e governo delle variabili. Il *maggiormente apprezzabile* lo si riscontra concretamente rilevando se e come l'intervento di ogni singolo membro si collega, riprende, significa l'intervento di un altro membro del gruppo restituendo al soggetto della cura una ricostruibilità del processo di cura stesso.

Questa ricostruibilità sostiene e permette di attestare il criterio dell'organicità che è dato non solo dal susseguirsi coerente e comprensibile dell'intervento di ogni singolo operatore che agisce tenendo presente l'intervento dell'altro, ma anche da una logica dell'intervento che eviti ripetizioni, sovrapposizioni, contraddizioni fra gli operatori e che riesca a restituire valore e a dare valore, in termini di efficacia, all'intervento complessivo.

Questo richiede un'esplicitazione nel gruppo (e un impegno poi del singolo membro a farla propria) della finalità dell'intervento, del suo senso di fondo, del suo significato in termini di funzione, piuttosto che solo di compiti che, se svolti senza una dichiarata finalizzazione, diventano meramente esecutivi. Alla finalizzazione si accompagna l'intenzionalità, intesa come comprensione prima e capacità poi di effettuare interventi che abbiano sempre presente quale sia il bisogno del soggetto in cura e quale sia il complessivo progetto di cura per e con lui, con i relativi numerosi processi che si intrecciano fra loro, piuttosto che sovrapporsi o rimanere disgiunti.

Si evoca qui dunque un progetto di cura i cui processi siano avvalorati da interventi, operazioni e gesti connotati e caratterizzati da una posseduta e anche esplicitabile, da parte del singolo membro del gruppo, collocazione in prospettiva, ovvero strettamente correlati alle finalità e agli obiettivi dell'intervento terapeutico.

Infine ritroviamo il governo delle variabili di contesto e relazionali; ogni intervento si colloca in variabili spazio-temporali, in variabili 'oggettivabili' perché concretamente riferibili alla materialità, alla corporeità degli interventi di cura, ma ogni intervento si colloca anche in un'area fatta di variabili legate al modo in cui si dipana la relazione di cura. L'operatore che ha fatto proprio il pensiero del gruppo e le indicazioni di lavoro dello stesso sa articolare le variabili 'materiali' e quelle 'relazionali' in modo da rendere il percorso di cura maggiormente condiviso, partecipato, compreso da chi ne è il soggetto.

Ora tutto quanto detto ci riporta alla capacità del singolo operatore di rendere specificatamente mirato ogni pur piccolo intervento di cura rispetto al soggetto a cui è rivolto; l'operatore non interviene solo individualmente (che sarebbe ben riduttivo!), *ma interviene in modo individualizzato*. Vale a dire che usa toni di voce, assume posture, effettua richiami, dà spiegazioni, utilizza parole di accompagnamento del suo intervento di cura, esprime e comunica prossimità al soggetto in cura, ha modi concreti di erogare un farmaco, di effettuare un colloquio, di interloquire, di chiamare a consulto... diversamente declinati a seconda dei soggetti a cui egli si rivolge.

Ma se l'operatore è inserito, e ormai lo è sempre, in un gruppo di lavoro, ne consegue che è il gruppo di lavoro che sceglie come proprio modo di lavorare quello di cercare di individualizzare l'intervento di cura, di ritagliarlo proprio su quel soggetto nella sua specificità storica e nella sua personale, originale modalità di esprimere disagio, sofferenza e bisogno.

Si va dicendo pertanto che il gruppo di lavoro è tale se cerca di darsi un metodo di lavoro o se cerca di rispondere al richiamo e alle ingiunzioni normative di doversi dotare di un metodo (Quaglino G.P., 2004). Si può forse cominciare a esplicitare in modo inequivoco che il metodo di lavoro a cui oggi sono chiamati tutti gli operatori è caratterizzato dal fatto di avere presente che ogni soggetto di cura, seppur tassonomicamente inquadrabile, è un individuo con una storia che lo fa irripetibile rispetto ad altri, evitando così anche che la tassonomia possa impoverire e attentare alla possibilità di vedere il soggetto nella sua originalità.

Un primo vocabolario per un operatore che sappia intervenire con i singoli soggetti di cui si prende cura ci riporta alle parole individualizzazione, metodo, monitoraggio, verifica e infine valutazione da parte del gruppo del livello di messa in atto da parte di ogni suo singolo membro, pur con stili diversi, del metodo utilizzato; il gruppo si fa quindi ed è il luogo di un operare soggetto a revisioni e riaggiustamenti continui in un orizzonte dove il termine critica prende tutta la sua potente valenza trasformativa.

Individualizzazione è *l'adattamento di un intervento al singolo individuo* e pertanto prevede:

1. un gruppo di lavoro con singoli membri che si sostengono nella conoscenza dinamica dei soggetti ai quali è destinato l'intervento di cura;
2. un gruppo i cui singoli membri si sostengono nell'incontro concreto con il soggetto di cura facendosi specchio riflessivo l'uno all'altro;
3. un gruppo che ha fatto propria, in termini di metodo, questa scelta, la persegue e ne fa marca specifica di riconoscimento.

Metodo rimanda a: "ricerca, indagine, investigazione e include l'idea del perseguire, del tener dietro, letteralmente dell'andare dietro, e ancor meglio, via per giungere a un determinato luogo o scopo. Quindi rimanda in genere, il modo, la via, il procedimento seguito nel perseguire uno scopo, nello svolgere una qualsiasi attività, secondo un ordine e un piano prestabiliti in vista del fine che s'intende raggiungere. Talora indica più esplicitamente l'ordine, e anche la regolarità costante con cui si procede:

lavorare, studiare, operare con metodo....; nella storia del pensiero filosofico e scientifico, ogni procedimento inteso a raggiungere una conoscenza certa..”

Un gruppo che sviluppa un metodo di lavoro, un singolo membro che lo fa proprio e lo traduce in operazioni e gesti concreti; in sintesi, gruppo e singoli suoi componenti:

1. assumono una posizione rispetto al proprio lavoro di tipo sperimentalistico (Caggio F., 2005), posizione che dovrebbe favorire un continuo riflettere e rivedere il proprio operato connettendo, laddove utile, funzionale e maggiormente efficace ai fini dell'intervento di cura, le diverse variabili dello stesso. Questa capacità di rivedere, riflettere e quindi diversamente declinare le variabili in gioco riguarda ovviamente anche le relazioni intergruppi;
2. hanno selezionato modi di intervenire che si ritengono, alla luce di un serrato processo di studio, analisi e soprattutto contestualizzazione in ordine alla normativa e all'ambiente, i più adeguati al mandato organizzativo. Ora per darsi un metodo un gruppo seleziona anche, rispetto alla definizione dell'oggetto di lavoro, le questioni rilevanti e centrali dello stesso, focalizzando il proprio impegno di programmazione e intervento;
3. hanno tradotto il processo di selezione in comportamenti stabilmente rilevabili nel loro intervenire nel processo di cura; hanno anche tradotto in comportamenti certi e affidabili il loro essere e stare in gruppo.

L'individualizzazione e la conseguente scelta di farne un metodo di lavoro comportano e richiedono un continuo monitoraggio, inteso come osservazione e sorveglianza continua, rispetto al variare del contesto di cura in relazione al variare della presenza dei soggetti, dei diversi progetti e dei numerosi processi che ne derivano; il monitoraggio, nel senso progettuale e programmatico che qui prende, impegna il gruppo a sviluppare e ad adottare una serie di strumenti condivisi per periodiche rilevazioni significative dello 'stato delle cose': dal gruppo... al soggetto di cura.

Il monitoraggio, che chiede quindi anche la registrazione delle rilevazioni, permette poi una verifica e quindi un cadenzato e periodico ritrovarsi del gruppo per darsi a 'che punto si è' rispetto al programmato, al prefigurato: verifica è appunto l'azione e l'operazione di comparazione fra il dichiarato e il realizzato, è *l'accertamento dello stato dell'arte*, è l'accertamento, il controllo e il riscontro della regolarità e conformità di procedimenti e atti, condizioni e situazioni: chiedendo quindi al gruppo la capacità di rilevare cosa è accaduto, in termini positivi o meno, affinché si possa dire se ciò che si era programmato è o non è accaduto nei termini previsti.

È grazie ai dati del monitoraggio, alle puntualizzazioni analitiche della verifica, che già danno conto di un gruppo coeso e centrato sul compito, che si può poi giungere all'operazione più delicata e che maggiormente accerta la capacità del gruppo di lavorare con le sue parti adulte: la 'valutazione', che è la determinazione del valore di cose e fatti di cui si debba tenere conto ai fini di un giudizio o di una decisione.

Se un gruppo riesce a dare un valore al suo intervento rispetto al singolo soggetto di cura, se riesce a dare un valore agli esiti raggiunti, se si misura e commisura rispetto

alle finalità del servizio e agli obiettivi stabiliti per ogni singolo, individuale soggetto di cura, si dichiara abbastanza adulto da tollerare insuccessi, successi parziali o da essere sufficientemente competente a evitare onnipotenze e/o impotenze giustificative o narcisistiche.

L'ÉQUIPE DI LAVORO PER LA CURA DELLE PERSONE E LE DIVERSITÀ⁵

Non casi, non pazienti, ma persone che sono prese in carico, che sono accolte, che sono ascoltate, che sono accompagnate, sostenute, coinvolte in percorsi di cura impegnativi e dolorosi, non poche volte sono oggi gli interlocutori degli operatori della cura; persone perché si chiede loro, a evidenziare una scelta radicale di fiducia, speranza (Caggio F., 1997) e soprattutto titolarità di parola e diritti che gli operatori della cura devono avere ben presenti, pur temperandoli, attraverso un continuo contrattare con i singoli individui, con i bisogni di cura; bisogni resi trasparenti agli interessati.

Questo spostamento dell'asse dell'intervento di cura sul soggetto chiede un gruppo che lavori intorno ai concetti, ai vissuti e alle esperienze riferite alla pluralità e alla differenza. Il gruppo quindi diventa il luogo dove l'abitudinario, il burocratizzato, l'ovvio, il semplificato, lo stereotipo e il pregiudizio vengono svelati, sconnessi e messi in parola critica, vengono riattraversati rendendo la trattazione di queste dimensioni del pensare e del fare cura una possibilità di risposta all'inedito, al non previsto e al complesso. Il gruppo quindi fa stare i suoi componenti nella complessità oltre ogni tentazione di semplificazione.

Quindi se il gruppo funziona proprio perché composto di soggetti diversi in termini professionali (e non solo), non ci saranno posizioni riduzionistiche del tipo '*si è sempre fatto così*', o '*con questi casi si fa così*' dove la sapienza professionale invece di confrontarsi con la storicità singolare dei casi attingendovi possibili significati per intervenire copre la biografia dell'individuo.

Torna qui il tema della burocratizzazione del lavoro (Quaglino G.P., 2004) che porta con sé un trattamento di casi, di questioni, di problemi e persone serialmente pensati e trattati senza alcuna logica di sistema e soprattutto senza interrogare la domanda, in modo apparentemente neutralizzato; la burocratizzazione è il muoversi secondo norme che non assumono le soggettività e il loro darsi culturale e sociale ponendo come centrale un dettato normativo e/o amministrativo che resta obbedito solo formalmente svuotandone il senso relazionale; la burocratizzazione ignora chi ha di fronte ed è centrata sul procedimento, più che su processi produttivi di risultati utili a chi incontra e a chi chiede. Snatura e perverte il bisogno.

Ora, in presenza non solo di una differenziazione sociale e culturale dei soggetti interessati alla cura, differenziazione del tutto inedita e relativamente giovane in ter-

⁵ A cura di Francesco Caggio.

mini storici e sociali, la rottura di un operare burocratizzato è d'obbligo. Le differenze, che possono essere di storie, di culture, di genere, di sofferenze, di bisogni, si vedono, si riconoscono se si riesce ad andare oltre lo scontato, esito dell'ovvietà delle abitudini, dei pregiudizi e degli stereotipi.

C'è bisogno di un pensiero plurale e plurimo garantito da gruppi che pensano e decidono bonificando le proprie resistenze al 'nuovo' e che facciano dell'esperienza un possibile rinnovamento continuo del proprio sapere e delle proprie pratiche di lavoro; che siano in apprendimento proprio perché sul campo, proprio perché prossimi e accanto ai diversi soggetti di cura. Gruppi, quindi, che permettano apprendimenti sul proprio lavoro, gruppi di lavoro che facciano dell'esperienza non una difesa, ma un punto di parola critica, avvenendo ad apprendimenti utili al gruppo, ai singoli membri e all'organizzazione in una triangolazione coevolutiva a favore delle diversità che trattano.

Non resta quindi che una tensione all'innovazione (Caggio F., 2005), che è mutamento, trasformazione che modifica o provoca comunque un'efficace revisione in un metodo di produzione, in una tecnica; è il gruppo che può aiutare, nel suo esser pensiero *con* e pensiero *per*, il singolo a non avere paura di cambiare, a non avere timore nel dover lasciare punti di vista assodati per avvicinarsi o adottarne altri: è la dialettica, è il dialogo, è il conversare, funzioni e operazioni squisitamente sociali, per definizione duali o grup-pali, che permette quella trasformazione dei propri paesaggi mentali tale per cui è possibile pensare le differenze, il differenziarsi e anche il reintegrarsi integrando il nuovo.

È questo differenziarsi per integrarsi raggiungendo livelli più accreditati e certi di funzionamento di un pensare pensato che i singoli componenti un gruppo sono chiamati a fare a favore di se stessi come professionisti, del proprio gruppo di lavoro e di chi attende cura; non senza conflitti!

Un pensiero grup-pale trasformativamente critico può quindi dare conto di una tensione concreta all'innovazione chiesta, per definizione, dalla plasticità e dinamicità delle diverse soggettività in cura e del loro contesto di appartenenza, soprattutto nell'orizzonte, dato per altro come indicazione normativa, della riduzione dello stigma e della minore cristallizzazione possibile dello stato di sofferenza del soggetto e di un contenimento quindi della sua carriera di 'paziente' e quindi della sua condizione di dipendenza. Forse che il superamento di dipendenze reciproche nei gruppi di lavoro incontra la capacità dei membri del gruppo di rompere la dipendenza di chi è in cura e di chi si sta curando?

BIBLIOGRAFIA

- American Nurse Association (ANA) 1988.
 Bion W.R. (1961) *Esperienze nei gruppi*, Trad. it. 1971, Armando Editore, Roma.
 Caggio F. (1997) *Una tensione educativa*, in Rabboni M. (a cura di), *Etica della riabilitazione psichiatrica*, p. 113-124, Franco Angeli, Milano.
 Caggio F. (2005) *La ricerc-azione: un ponte fra aggiornamento, formazione e sperimentazione*, in Rabboni M. (a cura di), *Sapere e saper fare*, p. 61-70, Pacini, Pisa.

- Caggio F. (2007) *Relazioni fra adulti al nido: cominciare a parlare dello stare in... e del fare gruppo*, in Chicco L. (a cura di) *Progettare il fare al nido: un processo di cambiamento continuo*, Junior, Azzano S. Paolo (Bg).
- Caggio F. (2010) *Dalla formazione all'azione professionale, il case manager e l'équipe – partire dall'esperienza e portarla a parola*, in Rabboni M. (a cura di) *Case Management in Psichiatria*, p. 37-57, Update International Congress, Milano.
- Chiari P., Santullo A. (2006) *L'infermiere Case Manager*, parte II, cap.16, McGraw-Hill, Milano.
- Gallino L. (1993) *Dizionario di Sociologia*, TEA Editori Associati, Milano.
- Gallino L. op. cit.
- Guay J. (2000) *Il case management comunitario*, Liguori, Napoli.
- Istituto dell'Enciclopedia Italiana (1991) *Vocabolario della Lingua Italiana*, Roma.
- Lewin K. (1951) *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Trad. It. 1972, Il Mulino, Bologna.
- National Institute of Mental Health, USA, 2000.
- Quaglino G.P. (2004) *La vita organizzativa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Quaglino G.P. op. cit.
- Quaglino G.P. op. cit.
- Quaglino G.P., Casagrande S., Castellano A. (1992) *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Rabboni M. (2010) *Il case management: storia, e tentativo di una sintesi*, in Rabboni M. (a cura di), *Case management in psichiatria. Un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie*, Update International Congress, Milano.
- Salzer M. (2006) *Psychiatric rehabilitation skills in practice: A CPRP preparation and skills workbook*, US Psychiatric Rehabilitation Association, Linthicum, MD.
- Santullo A. (2004) *L'infermiere e le innovazioni in sanità. Nuove tendenze e strumenti gestionali*, McGraw-Hill, Milano.
- Stein L.I. (1987) *Réallocation de resources*, intervento alla 69° Conferenza Annuale dell'Associazione Canadese per la Salute Mentale, Saskatoon, 25 settembre 1987.
- Stein L.I., Test M.A. (1985) *The Training in Community Living model: A decade of experience*, in *New Directions in Mental Health Service*, 26, Jossey-Bass.

Il *case manager* comunitario

Dai principi alle prassi nel lavoro territoriale

Capitolo

7

Cesare Moro

RIASSUNTO

La figura del *case manager* costituisce una novità significativa nel sistema di salute mentale lombardo, in quanto individua un “referente complessivo del progetto che, all’interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione”, assicurando una funzione di garanzia della presa in carico. Frutto dell’esperienza nordamericana di psichiatria di comunità, in una delle sue forme più moderne e aggiornate, viene definito *case management comunitario*. La figura di *case manager*, con la sua evoluzione, viene prima collocata nell’ambito storico dei modelli di assistenza a livello internazionale, per poi evidenziarne l’articolazione delle funzioni, ancora non del tutto sviluppate nei servizi territoriali, che lo vedono come perno del lavoro d’équipe nei piani di trattamento individuali.

IL *CASE MANAGER* NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO

Il Piano Regionale per la Salute Mentale 2004-2007

Le normative inerenti all’area della salute mentale in Regione Lombardia degli ultimi dieci anni hanno favorito la nascita e permesso l’attuazione di percorsi di cura e riabilitazione sempre più integrati nel contesto comunitario e nella rete del paziente. Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) per il triennio 2002-2004 indicava alcuni punti significativi rispetto alle esigenze a cui dare soluzioni in via prioritaria nell’area della salute mentale tra le quali: l’esigenza di trasferire anche al settore della salute mentale alcuni principi ispiratori della ex legge regionale 31/1997 (diritto alla libera scelta del cittadino, alla parità tra soggetti erogatori di servizi); lo stabilire priorità in ordine a progetti personalizzati e protocolli operativi per modalità di accesso ai servizi, definizione dei criteri per la presa in carico, definizione

di criteri per realizzare la continuità terapeutica e attuazione di politiche che realizzino una sempre maggior apertura alle funzioni territoriali (interventi ambulatoriali e domiciliari). Lo sforzo che viene richiesto agli operatori dell'area della salute mentale è quello di permettere l'attuazione di una psichiatria di comunità. È il successivo *Piano Regionale Salute Mentale (PRSM)*, per il triennio 2004-2007, ad articolare l'obiettivo generale della psichiatria di comunità indicando i modelli organizzativi e gli strumenti operativi per sviluppare le nuove politiche per la salute mentale. Tra i punti di priorità particolare rilevanza ha assunto l'introduzione della metodologia dei *percorsi clinici* per garantire agli utenti una valutazione approfondita delle loro esigenze e percorsi di cura personalizzati per i soggetti affetti da disturbi psichiatrici gravi, per i malati con maggiori bisogni e a maggior rischio di abbandono. Il nuovo PRSM delinea al suo interno i *percorsi di cura* distinguendoli in:

- programmi specifici per la *risposta all'acuzie*;
- *consulenza* per le patologie 'minori' attraverso la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici con corresponsabilizzazione dei Medici di Medicina Generale (MMG);
- *assunzione in cura* per la risposta a bisogni di trattamento essenzialmente specialistico con l'elaborazione di protocolli di trattamento specifici;
- la *presa in carico* (trattamento integrato) per il soggetto con disturbi psichici gravi e che richiede programmi articolati nel tempo. Per i pazienti che rientrano in questo percorso devono essere predisposti Piani di Trattamento Individuali (PTI) e Progetti Terapeutico Riabilitativi (PTR) personalizzati e condivisi con il paziente che possano prevedere un'auspicabile integrazione tra pubblico e privato nonché il fondamentale coinvolgimento della rete territoriale e delle famiglie. Per questi pazienti è previsto un trattamento centrato sull'elaborazione del Piano di Trattamento Individuale (PTI), l'istituzione della figura del *case manager*.

Da ultimo la *Circolare n. 42608 del 30/12/2010* – Indicazioni relative all'applicazione delle DGR 1 Dicembre 2010, n. 937 'Determinazioni in ordine alla gestione del SSSR per l'esercizio 2011' per quanto riguarda le attività territoriali erogate nei CPS chiede che gli stessi orientino il loro modo di operare ricercando modalità organizzative di lavoro che perseguano l'integrazione tra le diverse figure professionali implementando il case management soprattutto nel trattamento dei disturbi mentali gravi. Il piano terapeutico individuale è il punto di arrivo del progetto del trattamento integrato ed il documento formale presente nella cartella ambulatoriale o in quella clinica. Diventa quindi centrale nei servizi la figura del *case manager*.

IL LAVORO DI ÉQUIPE E IL CASE MANAGER

Alla luce di quanto illustrato appare chiaro il ruolo e la funzione importantissima che assume, nell'ambito della presa in carico, l'implementazione del lavoro di équipe: l'équipe multi-disciplinare e multi-professionale deve divenire il punto di incontro e di creazione comune della presa in carico e del progetto integrato; la valutazione continua dei patterns e dei risultati e il riconoscimento di una figura pro-

fessionale referente del caso (*case manager*) divengono garanzia per l'attuazione di un percorso di cura con l'accompagnamento dell'assistito verso l'obiettivo comune.

Per realizzare il progetto di una psichiatria di comunità, auspicato nel Piano, è premessa necessaria e sufficiente che si instauri alla base di tutti i progetti una 'comunità' di professionisti che tenga ben presenti le differenze dei ruoli e delle funzioni dettate dai profili professionali, dai codici deontologici e dai percorsi di formazione; questo si può realizzare solo nel potenziamento del lavoro di équipe: la costituzione di équipe funzionali che si riuniscono in funzione di progetti di cura e di attività specifiche permettono di seguire un iter completo di accoglienza, diagnosi, terapie e riabilitazione della persona assistita ricoprendo tutta la gamma di bisogni che costituiscono il panorama di coloro che hanno una storia di disturbo mentale. Tale è la complessità della richiesta dell'utenza in ambito psichiatrico, tale deve essere la risposta che diventa imprescindibile dalla completezza e competenza del lavoro di più professionisti.

Il trattamento integrato delle persone con grave disabilità psichica e multiproblematicità presenta di per sé delle difficoltà oggettive: i soggetti presi in carico sono in maggior numero affetti da psicosi che minano non solo il normale funzionamento psichico e sociale dell'individuo, ma anche il suo rapporto con coloro che erogano servizi. In tale ambito è essenziale, per la buona riuscita della presa in carico, che l'équipe multi-disciplinare diventi un punto stabile di riferimento per l'utente assicurandogli la continuità dell'intervento, una precisa modalità di relazione terapeutica, coerenza e flessibilità verso i suoi bisogni.

L'équipe fa sue delle funzioni basilari rispecchiabili in quelle proprie della presa in carico che conferiscono al suo intervento la forza e la completezza necessarie e che sottolineano la complessità dei piani di cura evidenziando le peculiarità di tutte le figure partecipanti.

La *funzione clinico-terapeutica* è affidata ai medici psichiatri e agli psicologi, con un supporto attivo del MMG. Questa funzione deve avere come target la validità del contratto terapeutico che si esprime nella fiducia dell'assistito e di chi gli sta vicino e in una compliance costante.

La *funzione assistenziale* è correlata alle professionalità infermieristiche e mira alla riconquista da parte del soggetto di tutte le abilità finalizzate al raggiungimento del più alto livello di autonomia possibile. Le attività di tipo assistenziale possono avere differente peso a seconda dei bisogni dell'individuo; esse possono essere di tipo totalmente o parzialmente compensatorio o di natura educativa e supportiva, ma devono essere sempre finalizzate al recupero delle abilità intrinseche alla persona in tutte le istanze che la caratterizzano. Questa funzione può essere esplicitata in tutti i livelli della presa in carico dal momento dell'acuzie in SPDC al momento di accompagnamento nell'ambiente di vita a domicilio.

La *funzione di integrazione all'approccio multiprofessionale* è una caratteristica complessa dell'équipe alla quale sono chiamati a partecipare tutte le diverse professionalità, in particolare quelle infermieristica, sociale ed educativa. Essa è basata sul piano terapeutico individuale o sulle altre forme decise per il percorso di cura; questa

funzione permette all'équipe di lavorare sul caso in maniera esaustiva e coerente, ma soprattutto di mantenere un forte contatto con la realtà dell'assistito con continue valutazioni dell'operato ed eventuali revisioni dei percorsi.

La *funzione di intermediazione* è il fulcro dell'attività del trattamento integrato ed è essenziale per la riuscita della presa in carico. Essa è la premessa essenziale per la creazione di un'efficace relazione terapeutica, poiché, attraverso questa, il soggetto diviene il centro di un intervento che perde la sua connotazione 'istituzionale' per divenire presente e vivo nella realtà quotidiana della persona. L'intermediazione non è rivolta solo verso la ricerca di una facile e immediata fruibilità dei servizi e dei beni, ma è orientata al coinvolgimento del soggetto in tutta la rete informale che lo può sostenere. In altre parole l'intermediario è colui che permette al soggetto di sentirsi parte integrante di un progetto che altrimenti parrebbe astratto, individuando e coinvolgendo le risorse presenti nella vita quotidiana della persona.

L'azione dell'intermediario deve essere volta al recupero della consapevolezza del soggetto di poter superare il disagio creato dalla patologia attraverso un intervento integrato che si basi, prima di tutto, sulla fiducia e il rispetto fra le parti.

Questa figura di intermediario deve essere assunta dalla professionalità che possiede le conoscenze e la formazione specifica e viene individuato all'interno dell'équipe come referente o gestore del caso (*case manager*).

Dal PRSM emergono, quindi, nuove istanze per il raggiungimento di standard di qualità nell'assistenza psichiatrica e vengono attribuiti ruoli a figure relativamente 'giovani' e oscure per la letteratura di settore. Diviene così interessante comprendere l'origine, il ruolo e i metodi operativi di un professionista che è entrato a far parte del panorama socio-sanitario della nostra Regione come garante di un percorso di rinnovamento profondo, ma necessario.

I FONDAMENTI TEORICI DEL RUOLO E DELLE FUNZIONI DEL *CASE MANAGER*

Nel Piano Regionale per la Salute Mentale si ribadisce la necessità di implementare il lavoro d'équipe e l'introduzione di nuove professionalità nel vasto panorama dell'assistenza in psichiatria, quale per esempio il *case manager* che assume in questo contesto un'importanza fondamentale per il percorso di presa in carico del paziente grave e multiproblematico.

Il *case manager* o gestore del caso nasce da una concezione nuova di politica sanitaria dove il primo obiettivo diventa quello di creare una rete di servizi integrati in grado di rispondere efficacemente alla complessità della richiesta dell'utenza.

Questa figura non è propria della psichiatria, bensì nasce in un sistema più ampio e si adatta con successo a tutti quei campi in cui la cronicità rischia di compromettere le funzioni semplici o complesse della vita quotidiana di una persona.

Il case management

Il *case management* è un processo integrato finalizzato a individuare i bisogni degli individui e soddisfarli con le risorse disponibili, partendo dal riconoscimento del principio fondante di unicità e complessità di ogni individuo e del suo diritto di essere protagonista del proprio percorso di cura.

Un corretto *case management* porta alla gestione di ogni singolo caso attraverso il coordinamento temporale e strumentale degli interventi mettendo in iterazione le forze e le professionalità assistenziali per un risultato comune utilizzando standard diagnostici e linee guida con una continua raccolta di indicatori di efficacia. Il *case management* si configura come una metodologia processuale di intervento continuativo e multiprofessionale che si articola in cinque momenti chiave:

1. la valutazione iniziale e la presa in carico;
2. la costruzione di un Piano di Assistenza individuale e multidisciplinare;
3. la messa in atto del Piano;
4. il monitoraggio periodico dei risultati raggiunti ed eventuali modifiche del Piano;
5. la chiusura del caso.

La Community Care e i suoi obiettivi

Il *case management* in ambito sanitario nasce negli USA e in Gran Bretagna negli anni Settanta in concomitanza con l'emergere di una nuova concezione politica sanitaria nazionale che punta alla promozione del principio di *Community Care*.

Secondo Folgheraiter (1991) i fondamenti della *Community Care* si possono riassumere nell'idea innovativa per un sistema fortemente accentrato e ospedaliero di portare la salute – intesa come stato di benessere fisico, psichico e sociale – nella comunità sviluppando una rete di servizi integrati, accessibili ed efficaci in base a tutte le risorse tecnologiche, economiche e umane disponibili.

Il principio guida fondamentale è riassumibile nell'obiettivo di integrazione sociale o 'normalizzazione' basato sul diritto di ogni uomo di vivere in condizioni normali e dignitose quale che sia il suo stato di salute. Per attuare questo appare necessario potenziare una rete di servizi che si occupino del territorio 'nel territorio', prendendo in considerazione il potenziale curativo e riabilitativo della comunità stessa.

In quest'ottica risulta essenziale lo sviluppo di un modello reticolare, auspicato da Benzoari e Petrella (1983), che non sia solo una rete di servizi 'fisici', ma anche ciò che l'ambiente di vita di ogni individuo porta con sé, cioè persone, affetti, esperienze, situazioni ecc.

Tutto questo riconduce al presupposto sul quale si basa l'idea di *Community Care*: il soggetto diventa il protagonista decisionale del proprio percorso di salute rendendo la *Community Care* lo 'strumento più articolato, integrato e complesso di risposta al bisogno'.

L'apertura verso la comunità Il cambiamento dell'organizzazione dei sistemi socio-sanitari si configura come la naturale conseguenza di una nuova percezione da parte dell'utenza della realtà sanitaria: l'attenzione della comunità non si focalizza più sull'aspettativa di vita, ma si sposta sulla qualità della vita intesa nel suo paradigma olistico. In ambito sanitario, la qualità percepita dagli utenti è facilmente riconducibile alla soddisfazione delle richieste che questi portano e il tradizionale sistema ospedaliero si trovava in difficoltà a sopperire alle richieste sempre più specifiche e allo stesso tempo differenziate dell'utenza in modo efficace, efficiente,

fruibile e personalizzato per molteplici fattori intrinseci al sistema stesso come la burocrazia, le risorse economiche sempre più ristrette, l'obsolescenza strutturale ecc.

Il sistema di *Community Care* si prefigge lo scopo di superare queste barriere riformando la normale concezione di servizio sanitario autosufficiente e centralista verso un'apertura concreta sulla comunità che diventa risorsa e forza motrice della salute stessa.

Premessa fondamentale perché la *Community Care* sia efficace è che la comunità si senta investita dei processi di cura ad autonomizzazione che la riguardano considerandoli come un interesse e un investimento comune. Questo può essere realizzato attraverso scelte politiche e gestionali specifiche per ogni territorio, per esempio per mezzo dei Patti per la Salute Mentale come è stato fatto in Lombardia.

Secondo Murphy (1991) ogni piano teso all'istituzione di *Community Care* deve seguire dei principi generali primi fra tutti quelli di autodeterminazione e autonomizzazione che diventano fine e mezzo per una salute di comunità stimolando le persone a risolvere i loro problemi con le risorse disponibili.

Si devono, inoltre, creare strutture specifiche che assicurino protezione e ospitalità riducendo la segregazione che in ambito psichiatrico si traduce in stigma e isolamento. Le strutture devono essere accessibili all'utente sia in senso spaziale sia temporale riducendo così lo stress che accompagna il contatto difficoltoso con il servizio.

I servizi e le strutture dovrebbero essere preferibilmente ben distribuite sul territorio e saper operare trattamenti calibrati e di provata efficacia sui bisogni specifici.

Attraverso il rispetto di questi principi Murphy auspica che la *Community Care* possa assicurare:

- accessibilità ai servizi;
- rispetto della rilevanza dei bisogni della comunità;
- controllo dell'efficacia dell'operato;
- equità nella distribuzione delle risorse;
- efficienza ed economia nell'utilizzo delle risorse.

La risoggettivizzazione del percorso di cura Il buon funzionamento del sistema di *community care* offre le possibilità di:

- portare a compimento i processi di deistituzionalizzazione;
- garantire la presa in carico di problemi assistenziali a lungo termine;
- diminuire il grado di dipendenza del soggetto dal sistema assistenziale;
- valorizzare le risorse non professionali della comunità;
- rendere partecipe il soggetto delle decisioni che lo riguardano.

L'ultimo punto è collegato al rischio che corre il sistema tradizionale cioè quello di divenire una mera macchina da prestazioni specialistiche perdendo di vista il senso umano del servizio che caratterizza il lavoro socio-sanitario, soprattutto in ambiti dove il contatto con l'utenza e la soggettività di ogni cura sono fondamentali, come nell'ambito psichiatrico.

La 'risoggettivizzazione' della cura può essere considerato il target principale della *Community Care* che deve anche rispondere alle necessità emergenti di deistituzionalizzazione che comportano le necessità di ridurre i tempi di dipendenza e stabilire contatti continuativi con il soggetto attraverso una presa in carico multidisciplinare e concreta.

In quest'ottica il soggetto non è più visto come 'portatore' di bisogni, ma come risorsa all'interno del suo percorso di cura che inizia nel momento in cui si stabilisce un contatto basato sulla fiducia e la disponibilità reciproca. La persona diventa, quindi, protagonista del percorso di cura attraverso tre elementi fondamentali:

- l'informazione chiara, corretta, realistica e fruibile al soggetto e ai suoi famigliari;
- lo sviluppo di una rete di servizi efficiente ed efficace;
- l'attribuzione a un operatore del ruolo chiave che porta a una nuova responsabilità di gestione decentralizzata.

IL CASE MANAGER

Breve storia del *case management*

Dal punto di vista storico-legislativo il *case management* nasce negli Stati Uniti nel 1978 quando la Commissione Presidenziale indica nel suo rapporto annuale la necessità dell'introduzione della figura del *case manager* nella cura dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici cronici come garanzia di continuità terapeutica, efficace coordinamento tra i servizi e miglioramento della qualità dei servizi stessi (Chiari 2001).

Nella realtà statunitense, comunque, le premesse per l'introduzione del *case manager* trovano le loro radici già alla fine del 1800 nell'ambito dei servizi sociali, in particolare nelle Associazioni con finalità caritatevoli dove si cercava di sottolineare la necessità di implementare il coordinamento dei volontari e dei servizi pubblici destinati alle classi più disagiate.

Nei primi anni del 1900 la 'nascente' professione infermieristica inizia ad appropriarsi dei contenuti e dei ruoli che saranno i tratti tipici del *case manager* attraverso il lavoro e il pensiero di due donne americane: l'infermiera Annie Goodrich e Mary Richmond, attiva nei servizi sociali.

Annie Goodrich, direttrice della scuola di nursing di Yale, conia la figura del *Community Health Manager* come colui che è in grado di coordinare gli interventi sanitari con i servizi messi a disposizione dall'assistenza sanitaria di base per mezzo di strumenti e metodologie delle quali si approprierà in seguito il *case manager*. Essi si basano sul riconoscimento dei bisogni dell'assistito e dei famigliari, la pianificazione degli interventi in base alle risorse disponibili, il contenimento dei costi e una rinnovata responsabilità della figura professionale in relazione ai risultati rilevati.

Mary Richmond nel 1901 pubblica un modello funzionale di sistema sanitario basato sulla centralità della figura dell'assistito e sul coordinamento delle risorse mettendo in luce le difficoltà di una corretta ed efficace comunicazione e allocazione delle risorse come ostacoli da superare per ottenere buoni livelli di assistenza.

La figura di *Community Health Manager* sostenuta dalla Goodrich si impone nel sistema americano quando nel 1909 viene sostenuta e introdotta nella pratica assistenziale nell'ambito assicurativo a New York dove la *Metropolitan Life Insurance Company* constata i vantaggi economici dell'introduzione di questa figura con dati specifici anche se non porta a favore evidenze di livello clinico.

Nella prima metà del secolo l'entusiasmo verso questo nuovo modello viene testimoniato dall'adozione dello stesso da parte di molte organizzazioni di carattere sociale come la *Veteran Administration* che si occupa dei militari in congedo, soprattutto in seguito alle tematiche socio sanitarie impostesi alla fine della seconda guerra mondiale.

La centralità del ruolo dell'infermiere in questo nuovo modello viene messa in luce dalla Commissione che nel 1962 stabilisce che l'infermiere deve essere il coordinatore di un innovativo programma per la tutela dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici gravi che si traduce in legislazione nei primi anni settanta con l'*Allied Service Act* che mira alla creazione di una rete efficiente di servizi a supporto degli assistiti in ambito psichiatrico.

In seguito alla deistituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici negli USA, la necessità impellente di coordinamento e di continuità terapeutica ha spinto gli organi legislativi a imporre un programma in cui vi fossero figure professionali specificamente addette alla valutazione e al coordinamento di ogni singolo caso, spinti dal sostegno in favore di questa politica da numerosi istituti scientifici come il *National Institute of Mental Health*.

Così nel 1978 la Commissione Presidenziale per la Salute Mentale parla per la prima volta del *case manager* e apre la strada a un nuovo modello di assistenza personalizzata e integrata con le risorse della comunità che si impone fortemente con l'introduzione del sistema di pagamento prospettico. Infatti in questo contesto dove diventa cruciale il controllo della frequenza e della durata dei ricoveri è utile l'introduzione di una figura professionale capace non solo di garantire continuità assistenziale, ma anche un continuo e preciso controllo dei costi-benefici che si basi su valori standardizzati ed evidenze scientifiche.

Il modello medico, socio-sanitario e infermieristico

La figura del *case manager* è nata in ambito sociosanitario senza avere un profilo pre-stabilito, ma ottenendo risultati ottimi tali da convincere gli attori dell'assistenza a sperimentare diversi modelli operativi.

Questi modelli risultano simili nei contenuti e nella programmazione, ma hanno la caratteristica di essere stati sperimentati dalle diverse professionalità della scena socioassistenziale nelle realtà operative più comuni.

Le varie esperienze di utilizzo del *case management* sono raggruppabili in tre modelli:

1. medicina di gruppo basata sul *case management*;
2. modello dei servizi comunitari per pazienti a lungo termine;
3. modello ospedaliero di *nursing case management*.

Il primo modello prende come esempio l'esperienza dell'*Huntington Memorial Hospital* dove si volle migliorare la comunicazione e il coordinamento fra i medici di medicina generale e i case managers individuati negli infermieri o negli operatori sociali, a seconda della preponderanza delle richieste dei 300 pazienti scelti in base a patologie croniche e debilitanti come diabete, cancro ecc.

I risultati evidenziati furono ottimi: solo l'11% degli assistiti non rilevò un miglioramento delle proprie condizioni di vita.

Il secondo modello si sposa con l'assistenza tipica presente nelle strutture di lungodegenza per anziani, dove per case management si intende l'attuazione di programmazioni decise in équipe dove l'infermiere o l'assistente sociale si fanno titolari del caso a seconda della preponderanza dei bisogni presentati dall'assistito. La bontà del modello è facilmente verificabile per la natura stessa delle strutture di lungodegenza, cioè il lungo contatto che si può stabilire con l'assistito e la natura 'chiusa' del luogo, ma è più arduo osservare un'implementazione del lavoro di rete con i servizi situati sul territorio e il reinserimento in esso degli assistiti.

Il modello ospedaliero del *nursing case management* è attinto dal centro pioniere in queste ricerche: il *New England Medical Center* di Boston che nel 1986 si pose l'obiettivo di ottimizzare la durata delle degenze nell'ambito del programma assicurativo Medicare. In questo senso venne creata un'équipe multidisciplinare, la messa a punto di *clinical pathways* con i piani e i risultati conseguiti da ogni paziente, vennero coinvolti in modo maggiore i famigliari con l'attribuzione a una infermiera del ruolo di *case manager*.

Il successo di quest'esperienza portò nel 1987 alla creazione fra le infermiere dell'ospedale di Tucson in Arizona di una rete di comunicazione che superava i limiti della struttura confrontandosi anche con la realtà domiciliare.

In questa esperienza viene provata e implementata l'efficacia del *nursing case management* rilevando la diminuzione dei tempi di degenza con l'importante dato di una maggiore soddisfazione fra il personale infermieristico che si sentiva finalmente in grado di assicurare la continuità assistenziale e di disporre di un valido strumento di comunicazione e informazione.

I tre modelli mostrano come con programmi e obiettivi differenti – anche se tutti sottintendono l'esigenza di una diminuzione dei tempi e dei costi dell'assistenza – si siano delineate delle componenti comuni che caratterizzano tutti i tentativi di implementazione delle pratiche di *case management* e che sono proprie dei programmi attuali.

Tutti i modelli si sviluppano individuando un gruppo di riferimento specifico con caratteristiche stabilite che comprende assistiti che portano tematiche di patologia cronica e debilitante con o senza disagio sociale.

Inoltre, viene indicata la necessità di attuare nuove strategie di valutazione e diagnosi che diventino multitematiche rendendo la reale immagine delle diverse dimensioni che compongono l'essere umano. La valutazione e la diagnosi sono, inoltre, competenze anche del *case manager* che deve collegarle anche alle risorse disponibili e alla rete presente intorno all'assistito.

A questo segue la pianificazione dei servizi e degli interventi necessari e l'individuazione delle risorse disponibili atte a rispondere in maniera efficace e puntuale alle

richieste; questo punto include il riconoscimento della responsabilità che sottintende un processo di assistenza e l'autonomia degli attori dell'assistenza nel creare dei piani di cura personalizzati nei migliori standard scientifici disponibili.

In tutti i modelli è, inoltre, prevista l'implementazione della rete di comunicazione e di servizi nonché il continuo lavoro di coordinamento fra le istanze assistenziali.

Il monitoraggio e la valutazione dell'operato diventano la forza motrice del *case management* e lo mette in grado di migliorarsi grazie a un continuo controllo dei processi e dei risultati assistenziali.

Tutti e tre i modelli, inoltre, contemplanò l'infermiere come principale candidato ad assumere il ruolo di *case manager*, grazie ai buoni risultati ottenuti nei programmi sperimentali e, come vedremo, in funzione del ruolo sociale e professionale attraverso il quale si rende protagonista dell'assistenza.

La professione infermieristica e il *case management*

Il processo di *case management*, come abbiamo visto, può essere adottato da tutti gli attori dell'assistenza, ma come dimostrano le esperienze storiche nei diversi Paesi i programmi raggiungono risultati soddisfacenti quando il ruolo del *case manager* viene sostenuto dall'infermiere.

Alcuni autori come Coehn (1993) sostengono che l'infermiere sia il miglior candidato al ruolo di *case manager* poiché è l'unica professionalità in grado di fornire un'ampia gamma di prestazioni fra quelle richieste in un programma di *case management*.

Pergola (1992) sottolinea che, oltre alle abilità tecniche, l'infermiere sia facilitato nel ruolo dalle 'naturali' capacità di coordinamento apprese nella pratica quotidiana essendo abituato a rispondere alle necessità incrociate dell'assistito, della sua famiglia e della realtà operativa dove opera mettendo in atto strategie di cooperazione e confronto con l'utenza e lavorando in *équipe* mono o pluri professionali.

Zandler (Chiari 2001) riprende quest'ultima considerazione puntando l'attenzione sull'importanza della 'quotidianità' e continuità, insite nel ruolo dell'infermiere che rimane prossimo all'assistito per un tempo più lungo di quello di altre professionalità acquisendo una predisposizione naturale verso l'attenzione ai dettagli, nella comunicazione, nel primo contatto, nel risolvere semplici richieste tenendo sempre conto della totalità dell'essere umano in una prospettiva olistica, nonché facendosi garante della qualità dell'assistenza erogata con un particolare sguardo ai costi relativi.

Zandler sostiene, inoltre, che le responsabilità del *case manager* sono una 'naturale dilatazione del ruolo dell'infermiere'.

Molti autori considerano il *case management* come l'evoluzione ultima dei modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica adattandosi in modo efficiente ed efficace alle nuove istanze dettate dall'ambiente sanitario e dalla richiesta dell'utenza.

Tutte queste considerazioni depongono per la candidatura dell'infermiere a *case manager* o gestore del caso, ma esse sono di natura fortemente generali e legate a una visione 'operativa' della figura infermieristica vista come colei che crea un rapporto di

e elezione con l'assistito sulla base del lungo e continuativo tempo di contatto e del vasto spazio operativo che la porta a vivere la quotidianità della persona. Ma le ragioni per le quali l'infermiere si trova in posizione privilegiata, 'naturale' – per usare le parole degli autori – per vestire il ruolo di *case manager* si devono riscontrare nella natura della professione infermieristica e dei traguardi raggiunti negli ultimi anni sul piano del riconoscimento del campo proprio di attività e responsabilità della professione.

IL CASE MANAGER IN PSICHIATRIA E IL MODELLO COMUNITARIO

Dal modello nordamericano al modello comunitario

Il *case management* tradizionale nasce (Chiari 2001), come visto, in Nord America con una connotazione specifica di lavoro di 'gestione del caso' con lo scopo precipuo di far fronte ai problemi creati dalla deistituzionalizzazione in un contesto dove il paziente psichiatrico veniva catapultato nella realtà quotidiana senza nessun supporto a causa della scarsità e frammentarietà del sistema dei servizi territoriali e si trovava nel disagio di adattarsi alla vita quotidiana dopo un passato di protezione e di isolamento tipico della gestione manicomiale.

In questo contesto il *case management* viene definito nei *Principle of Accreditation of Community Mental Health Service Programs* (Laevit. 1983) come:

“Attività il cui scopo è assicurare il collegamento fra la rete dei servizi e il destinatario e coordinare le diverse componenti della rete al fine di fornire un servizio adeguato al destinatario. Il *case management* è prima di tutto una funzione di risoluzione del problema destinata ad assicurare la continuità delle cure e a combattere la rigidità della rete, la frammentazione dei servizi, inadeguato utilizzo di alcune risorse e l'inaccessibilità delle cure.”

Questa definizione mette in evidenza la funzione di agente di collegamento del *case manager* che rispondeva ai difetti riscontrati con maggior frequenza nelle istituzioni nordamericane e canadesi che si possono riassumere in:

1. lacune nella continuità dei servizi;
2. inadeguatezza dei servizi all'utenza;
3. settorialità dei servizi con ripartizione ineguale delle risorse sia umane sia economiche;
4. difficoltà di accesso ai servizi;
5. mancanza di strumenti di valutazione pluridisciplinari e relativi piani di riabilitazione nell'ambiente di vita;
6. scarsa collaborazione tra la rete formale e gli aiuti informali (Comité de la politique de Santé Mentale 1987).

Il *case manager* per ovviare a queste carenze di tipo strutturale si è trovato quindi a soddisfare più i bisogni del sistema di cura invece che i bisogni delle persone (Gauy 2000) con un orientamento di tipo strettamente gestionale più che sociale. Ad aggra-

vare la distorsione dell'utilizzo della figura si è, inoltre, aggiunta la mole di lavoro per il singolo gestore che si trovava a seguire contemporaneamente anche cento casi (Intagliata 1982) con il risultato di trattare dei numeri più che degli esseri umani.

Con le esperienze istituite sul territorio, con il passare del tempo, sia i dirigenti sia gli operatori del settore hanno riscontrato i limiti di questo tipo di gestione e hanno operato una virata positiva verso la concezione originaria del ruolo centrata sulla persona rendendosi conto come fosse più importante e proficuo spendere energie verso la singola persona piuttosto che sul sistema formale delle cure. Il *case manager* attraverso il lavoro di équipe e la creazione di piani personalizzati ha progressivamente ridotto i casi in esame (dai 10 ai 20) e ha aumentato la qualità dell'assistenza concentrandosi anche sulle reti informali.

È in questo momento che il *case manager*, oltre che a rivestire il ruolo di agente di collegamento e di professionista della salute (nella sua dimensione bio-psico-sociale), si impegna ad accompagnare la persona nel suo ambiente di vita acquisendo il ruolo peculiare di persona prossima.

Il *case manager*, nell'ottica di 'accompagnare la persona standole vicino', si impegna a far acquisire abilità o a riabilitare la persona in tutte le attività necessarie a un'integrazione nella vita esterna alle strutture istituzionali, nella vita quotidiana del soggetto, nel suo microcosmo e nel macrocosmo della comunità.

Per portare a termine questa funzione il *case manager* deve acquisire nel suo lavoro tre qualità essenziali:

1. il *pragmatismo*: deve essere finalizzato ad affrontare la realtà delle cose, poiché le prime difficoltà riscontrate dei pazienti psichiatrici nella quotidianità riguardano le attività della vita di tutti i giorni come l'igiene, il vestirsi, l'alimentarsi. Come sottolineato da Stein (1987), in primo luogo è necessario porre l'accento sull'autonomia della persona nei bisogni di base che vengono garantiti nelle strutture in modo che siano soddisfatti anche a domicilio e, solo quando questi siano acquisiti, spostare le energie sui bisogni 'sociali' necessari per l'adattamento nella comunità come lavorare, gestire le finanze ecc. Infatti raggiungere un buon livello di autonomia nel soddisfare i bisogni elementari permette alla persona stessa di affrontare in maniera più consapevole il reinserimento nella rete sociale e porta a effetti positivi su quest'ultima.
2. *porre l'accento sulle competenze*: è la nuova chiave di valutazione del *case manager*. Si configura come il rovesciamento della prospettiva nella quale sono la patologia e le disfunzioni a connotare un individuo più che le sue capacità residue e le attitudini che lo caratterizzano. Valutando le capacità della persona e i suoi sforzi verso determinati cambiamenti si ottiene un quadro veritiero della situazione, un quadro che bisogna sviluppare, non ridisegnare senza linee di riferimento. Grazie all'accento sulle competenze, inoltre, la persona si sente parte attiva nel progetto di riabilitazione con la consapevolezza di essere capace nel determinare un miglioramento e non solo di essere 'sbagliato' o 'diverso'. Con un atteggiamento di collaborazione e di concreta partecipazione nasce una valutazione comune e ve-

ritiera dei bisogni e degli obiettivi che non sono più percepiti dalla persona come imposizione, ma come sforzo comune.

3. *la polivalenza*: è la caratteristica insita nel ruolo del *case manager* che essendo colui che accompagna al persona deve operare a trecentosessanta gradi in tutti gli ambiti che delineano la salute dell'utenza. I bisogni incontrati nei programmi di case management sono tutti correlati fra loro e concorrono verso l'obiettivo finale della normalizzazione e al reinserimento nella comunità. Il *case manager* non può trascurare una sola istanza dell'utente poiché ogni tassello crea il risultato: quello della salute, delle finanze, degli affetti, della socialità ecc. La polivalenza si riscontra anche nella funzione del *case manager* di rivolgersi alla più grande varietà di sostegno possibile, confrontandosi e coinvolgendo sia la rete formale sia quella informale. Il ruolo del *case manager* è, inoltre, polivalente nel rapporto con l'assistito, caratteristica costruttiva, ma molto delicata in un rapporto con l'utenza. Egli deve infatti sapere leggere le necessità del momento per caratterizzarsi, quando serve, in persona prossima o in mediatore o in professionista per raggiungere gli obiettivi scelti.

Il modello tradizionale nordamericano ha acquisito le caratteristiche fondamentali del ruolo di *case manager* ottenendo buoni risultati operativi ed esportando il suo modello anche all'estero dove il ruolo di gestore del caso si configura sempre di più come una necessità. Il modello tradizionale ha, però, incontrato numerose difficoltà proprio dove doveva connotarsi il suo punto di forza: il coordinamento e la collaborazione fra i servizi che si sono spesso rivelati difficoltosi e, a volte, addirittura inesistenti. Le cause della frammentarietà dei servizi sono complesse e molteplici e sono da ricercare in numerose istanze della società: dalle scelte politiche, gestionali e operative alla relativa novità del problema, o meglio, dell'attenzione al problema.

La realtà rimane, comunque, di disagio per le persone coinvolte e di necessità impellente di una innovativa modalità gestionale dettata da una diversa mentalità di intervento. La nuova modalità cerca di coprire le lacune del sistema allargando lo sguardo a una componente della società che spesso è stata sottovalutata dalle istituzioni e per questo poco coinvolta e incoraggiata a impegnarsi e che nonostante questo ha creato dei canali alternativi per mettersi in luce: la comunità.

La comunità diventa fine e mezzo di riabilitazione nell'ottica di un nuovo modello di *case management* detto comunitario che, 'pur conservando i punti significativi del modello già esistente, propone delle strategie per raggiungere gli obiettivi legati all'apertura sulla rete sociale e sulla condivisione delle responsabilità' (Guay 2000).

I nuovi obiettivi proposti dal modello illustrato da Guay (2000) sono elencati di seguito.

1. Il *case manager* cerca di stabilire un rapporto di scambio con le risorse dell'ambiente circostante:
 - attuando un intervento che vada al di là dei sintomi e dei comportamenti disfunzionali;

- cercando di ritessere i legami del cliente con le persone dell'ambiente circostante;
 - appoggiandosi sul bisogno di cambiamento dell'utente e dei suoi famigliari;
 - condividendo la presa incarico con le persone dell'ambiente sociale.
2. Il *case manager* aiuta il cliente a riallacciarsi al ciclo di solidarietà:
- stabilendo una mediazione fra il professionista e le associazioni del luogo;
 - sostituendo il servizio individuale con il mutuo aiuto.

Gli obiettivi proposti si collocano nell'ambito di un intervento mirato ad aprire il sistema tradizionale di presa in carico alla comunità operando una valutazione della rete intesa come l'insieme di istanze spaziali, temporali e affettive che costituiscono la realtà quotidiana della persona.

Le condizioni della vita quotidiana diventano il centro dell'interesse del professionista essendo i fattori che più influiscono sulla situazione della persona e sono il punto di inizio per interventi più ampi e complessi sui bisogni sociali.

È quindi essenziale che il modello proposto sia correlato da una presenza costante sul luogo di vita della persona per comprendere le reali esigenze e intervenire in modo puntuale e rapido sulle caratteristiche che la persona presenta. Il modello impone un cambiamento non solo dei luoghi di intervento, cioè di accompagnamento della persona, ma soprattutto richiede una svolta in termini di apertura verso nuovi interlocutori che costituisce il vero nucleo del nuovo modello di lavoro di rete.

I nuovi interlocutori ai quali il *case manager* si deve rivolgere si trovano sul territorio fisico e sociale della persona e possiedono una competenza adeguata appresa o innata in un contesto extraprofessionale e possono essere individuati in semplici cittadini, negli aiutanti naturali, nelle associazioni e nei gruppi di auto aiuto.

Infatti il professionista si trova spesso in difficoltà di fronte alle molteplici realtà che gli si presentano e rischia di attuare degli interventi standardizzati che esulano dal contesto di ogni singolo caso poiché non conosce a fondo le specifiche istanze tipiche di ogni 'rete' e perché si sente oberato dalla responsabilità di gestire completamente da solo il singolo caso. Con l'apertura verso la comunità il professionista mette in atto strategie per fronteggiare i due ostacoli sopra citati. In primis, interpellando chi nella comunità vive e partecipa, ha fonti sempre attente di notizie e particolari utili per agire in modo efficace ed efficiente su ogni singolo caso e ottiene un supporto a livello pratico nei campi dove non è necessaria una specifica professionalità, cioè nei territori dove un aiuto concreto e disponibile è sufficiente a creare miglioramenti.

Inoltre la condivisione delle responsabilità, già realizzata in termini professionali nel lavoro di équipe, si può estendere sul territorio dove una rete potenziata di sostegno informale può diventare una condivisione di responsabilità se nella mentalità del professionista si realizza un cambiamento. Questo cambiamento impone il presupposto della fiducia fra gli interlocutori e apre un canale di scambio: il professionista aiuta la comunità e la comunità risponde positivamente al professionista.

La svolta nello sguardo del professionista verso la comunità si può realizzare con due presupposti: accompagnare la persona verso l'inserimento; superare la nozione tradizionale di cliente designato.

L'accompagnamento della persona nella comunità si realizza con interventi che 'tentino di portare un aiuto concreto a livello delle condizioni di vita che hanno contribuito all'insorgere dei problemi invece di limitarsi ai comportamenti' (Guay 2000). Il *case manager*, sempre nell'ottica dell'osservazione delle abilità, deve essere prossimo alla persona dove questa ne senta il bisogno sia a livello puramente pratico sia come presenza attenta e partecipe, dove ciò che serve è un supporto esperienziale o emotivo. È a questo punto che il *case manager* recupera la reale essenza dell'intervento personalizzato che non è solo di coordinamento e collegamento, ma diviene soprattutto di accompagnamento e vicinanza, mirando 'tanto alla crescita personale e alla comprensione di sé quanto all'inserimento dell'ambiente' (Guay 2000).

In questo contesto è naturale che nasca una condivisione di responsabilità con la persona e chi le sta vicino, legittimata dalla competenza e dalla professionalità dell'operatore e dalla relazione bidirezionale che investe le persone del diritto di inserirsi nel rapporto con i servizi.

L'inserimento o contatto con il servizio si realizza con una nuova concezione: si articola a partire dalla rete del cliente designato con il fine di ampliarsi a tutto l'ambiente che lo circonda. Perché questo si realizzi è necessaria una particolare attenzione a colui che instaura il primo contatto con il servizio che spesso non è coincidente con il cliente designato e che spesso viene esclusa o sottovalutata. Questa persona diventa il primo bersaglio, il primo ingranaggio da muovere per far sì che il cambiamento sia accettato e diventa un punto di riferimento importante sia per il professionista sia per le persone coinvolte.

Una volta attuati gli interventi a carattere socio-clinico il *case manager* deve riattivare la rete che circonda la persona e i suoi prossimi rivolgendosi a ciò che l'ambiente offre che è spesso rappresentato dalle associazioni creando dei rapporti reciproci di fiducia e stima.

Come vedremo in seguito il rapporto con gli aiutanti naturali non nasce così facilmente come con le associazioni e questo comporta uno sforzo notevole per il professionista.

Infine i gruppi di auto aiuto rappresentano la trasformazione più radicale della concezione dell'intervento di rete, poiché tramite un rovesciamento dei ruoli permette una reale condivisione delle esperienze e, quindi, anche delle responsabilità.

Il *case manager* comunitario in psichiatria

Il *case management* comunitario in psichiatria è stato sperimentato principalmente in Nord America per ovviare alle difficoltà nascenti dalla deistituzionalizzazione e alle strategie di case management tradizionali orientate verso esigenze gestionali che, come precedentemente visto, non rispondevano alle esigenze dell'utenza.

Il *case management* comunitario in psichiatria si caratterizza per essere intensivo e lungo al contrario di quanto si verifica in altri campi sociali come con le famiglie disaggiate e abusanti; si stima che la durata media di un percorso di intervento sia di due anni, ma spesso il tempo di presa in carico si prolunga anche oltre.

L'obiettivo primario del programma è rappresentato dall'acquisizione delle abilità della vita quotidiana, cioè permettere al paziente di raggiungere un buon grado di autonomia nelle attività che solitamente vengono garantite nei servizi istituzionali o dalla famiglia; l'intervento mira a 'spogliare' la persona assistita del suo ruolo di malato e disabile per permettergli da acquisire la sicurezza e la capacità di assumersi le responsabilità nel proprio percorso di cura.

L'accompagnare le persona nelle attività quotidiane fa parte di un quadro di intervento più ampio attraverso il quale il *case manager* costruisce una relazione terapeutica con l'assistito, all'interno della quale assume il ruolo di modello per stabilire relazioni interpersonali al fine di riattivare la rete di supporto. In altri termini il *case manager* guida l'assistito nella riabilitazione sociale e personale fornendo un punto fisso di confronto non giudicante e aperto al dialogo.

Importanza particolare riveste la funzione di ascolto che il *case manager* deve sempre soddisfare per un duplice obiettivo: come momento di sfogo e confronto per la persona assistita che riconosce all'operatore un ruolo di fiducia, e per permettere all'operatore di comprendere il corso dell'intervento potendo quindi correggere gli interventi in modo rapido ed efficace.

Il *case manager* comunitario non perde di vista il ruolo di agente di collegamento e coordinamento fra i servizi, la comunità e l'assistito, soprattutto nel campo dei servizi psichiatrici dove è spesso necessario che l'assistito venga spronato e stimolato poiché diffidente nei confronti delle opportunità proposte.

A questo proposito il *case manager* deve mantenere la funzione di controllore delle prestazioni erogate dai servizi, assicurandosi che l'assistito le riceva con il livello di qualità richiesto, sia per quelle erogate dai servizi della rete formale sia da quelle della rete informale. Per questo è richiesta una buona capacità di comunicazione con i partners che forniscono i servizi e la disponibilità concreta al confronto.

In ultima istanza il *case manager* deve fornire sostegno e conforto ai famigliari e alla rete informale di sostegno alleggerendo il carico di investimento emotivo nei loro confronti se necessario nei momenti di forte stress. Una presenza costante, che ha alla base un sentimento di fiducia, permette di porsi in maniera costruttiva al confronto per creare stimoli adeguati e recepibili dalle risorse ambientali che possono offrire sostegno.

Il *case management* comunitario in psichiatria è un modello di intervento calzante per rispondere ai bisogni per un'utenza variegata e complessa come quella delle persone affette da disturbi mentali. Esso si pone come opportunità unica per l'utenza di riscattarsi dal fenomeno denominato 'porta girevole' nel quale spesso la persona rimane intrappolata non trovando motivazioni e supporto per uscirne.

Il fenomeno della porta girevole è conseguente al processo denominato di psichiatizzazione che si crea nella visione tradizionale del trattamento psichiatrico cen-

trata sui sintomi e disabilità. Nel momento in cui le disabilità distruggono il fragile equilibrio dell'ambiente la persona entra in un circolo di ospedalizzazioni, trattamenti, tentativi di riabilitazione che creano un sempre crescente distacco e incompetenza sociale.

I fenomeni intrinseci alla psichiatrizzazione vengono indicati da Guay (2000) in:

1. *sovrainvestimento e ritiro della famiglia*. Il sovrainvestimento consiste in una forma di protezione da parte della famiglia, di solito da parte di un solo genitore, in particolare la madre, che costruisce un rapporto privilegiato ed esclusivo (simbiosi) con la persona con problemi psichici innescando un meccanismo di iperprotezione che si richiude su se stesso impedendo ai problemi di emergere in maniera spontanea. A questo fenomeno consegue spesso il ritiro dell'intera famiglia dalla rete sociale nel tentativo di 'nascondere' all'esterno la tematica psichiatrica di uno dei componenti;
2. *deresponsabilizzazione*. La persona affetta da disturbi mentali che entra nella porta girevole dei ricoveri e delle diagnosi, intese come confine fra ciò che è normale e ciò che è anormale e strano, assorbe facilmente la natura del sistema autoritario e tutelare; in quest'ottica si acquisisce l'abitudine di attendere ciò che il sistema decide per la persona andando incontro sia alla perdita di stimoli di determinare con le proprie scelte il proprio percorso di cura e di vita sia il senso vero della cura, della riabilitazione;
3. *marginalizzazione*. Questo fenomeno si attiva in conseguenza della mancanza di responsabilità e di stimoli che si instaura in seguito alla passività con la quale la persona subisce e accetta il sistema dei servizi. Infatti si può pensare che le persone psichiatrizzate non siano effettivamente inabili nei rapporti umani, ma che abbiano semplicemente perso il significato che la creazione di una relazione sottintende. Stigmatizzati all'esterno e dai servizi, le persone si trovano senza stimoli e speranze verso l'esterno e si adagiano in ciò che i servizi impongono finendo per fare ciò che gli si dice di fare, più che seguire le proprie inclinazioni e desideri;
4. *distacco dall'ambiente sociale*. Il distacco si opera nel momento in cui la persona con disturbi mentali attraversa la fase di uscita da una situazione protetta, come l'ospedalizzazione. L'uscita della persona si accompagna solitamente a una ulteriore chiusura nell'ambiente familiare o al massimo alla frequentazione di centri con altri pazienti che porta la persona a rimanere nel ruolo di malato non confrontandosi più con l'ambiente circostante.

I fenomeni della psichiatrizzazione si possono fermare ricorrendo alle reti comunitarie, cioè aprendo alle istanze della comunità la possibilità di impegnarsi in prima persona nella riammissione delle persone con problemi psichiatrici. In quest'ottica il *case manager* tende i suoi sforzi a coinvolgere la rete comunitaria creando un rapporto di scambio e supporto: scambio perché il case manager non chiede solo ai cittadini e alle associazioni di coinvolgersi nel lavoro di rete, ma in cambio fornisce uno sguardo attento dell'istituzione sulla realtà informale e un supporto nei momenti di crisi nei quali la rete si scolla e trova difficoltà a sostenere la situazione.

Il *case manager* comunitario in ambito psichiatrico lavora per conseguire obiettivi specifici attraverso la tecnica tipica della sua professionalità e la relazione; gli obiettivi che si intendono perseguire possono essere riassunti come segue:

1. Favorire il reinserimento comunitario:
 - assicurarsi che i bisogni di base siano soddisfatti (igiene, nutrimento, salute ecc.);
 - assicurarsi che i bisogni legati alla sfera sociale siano soddisfatti (finanze, impiego ecc.);
 - guidare la persona nel costruire e potenziare la propria rete sociale;
 - favorire l'acquisizione delle competenze necessarie per questi obiettivi.
2. Responsabilizzare la persona nei confronti del suo percorso di reinserimento sociale:
 - sviluppare l'autonomia e rendere la persona protagonista del proprio processo di cura.
3. Abilitare le persone dell'ambiente sociale ad accogliere e reinserire la persona nella comunità:
 - supportare ed educare le persone prossime nel loro impegno durante il reinserimento;
 - accrescere la comprensione, la tolleranza, l'impegno della comunità;
 - stimolare e organizzare i sistemi informali di aiuto.

LE FUNZIONI DEL *CASE MANAGER*

Questo ruolo chiave viene attribuito al *case manager* o gestore del caso che assume la sua funzione all'interno di un'équipe multidisciplinare grazie alle capacità e competenze acquisite con la formazione e l'esperienza.

Egli opera all'interno di un'équipe che mette in moto il processo di *case management* basato sul coordinamento di professionalità afferenti da aree diverse, teso alla continua valutazione delle richieste, pianificazione degli interventi, implementazione coordinamento e monitoraggio dei risultati, selezione dei servizi che possano soddisfare le richieste di individui di un target definito in campo sanitario e sociale (Chiari 2001).

Secondo Intagliata (1982) il *case manager* deve operare verso quattro obiettivi specifici:

- deve essere garante della continuità terapeutica;
- deve promuovere l'accessibilità dei servizi;
- deve individuare responsabilità gestionali;
- deve monitorare e valutare l'efficienza dei processi assistenziali.

Queste caratteristiche vengono ben sottolineate nella definizione di Sheperd (1993) che definisce il *case manager* come “agenzia [...] che ha la responsabilità di fornire una cura individualizzata e a lungo termine in modo flessibile e sensibile ai cambiamenti, coordinando gli input di un numero di diverse agenzie fornendo consistenza e committenza, operando come ‘avvocato’ del cliente per assicurare che riceva il servizio controllandone qualità e continuità nel tempo”.

Emerge, quindi, che il *case manager* deve, in primo luogo, identificare i bisogni dell'assistito come presupposto di una 'garanzia terapeutica' di continuità ed efficacia che trovano fondamento nella caratteristica di 'interpretariato' fra assistito e il servizio che ne segue la presa in carico.

Il *case manager* deve realizzare un progetto coerente e realistico coinvolgendo l'utente e la comunità di appartenenza. In questo appare chiara la responsabilità gestionale, la capacità manageriale e l'abilità di coordinamento e integrazione che questa figura deve dimostrare di mettere in pratica sia nel microcosmo dell'équipe assistenziale sia nel macrocosmo dei servizi.

In questo senso il *case manager* deve essere agente di *empowerment* non solo come colui che opera seguendo un chiaro bagaglio di valori e strategie, ma anche come colui che ricerca il metodo di lavoro più efficace al fine di assolvere da parte del servizio la doppia funzione di alleato dell'utente e di referente del suo percorso di cura.

Oltre che all'efficacia del lavoro operato dall'équipe il *case manager* deve monitorare e promuovere la qualità dei servizi offerti, nonché garantire la concreta accessibilità dei servizi in relazione alle possibilità dell'assistito, rispettando la funzione citata da Sheperd di *advocacy*, cioè di sguardo terzo fra la coppia, spesso problematica, utente-servizio, mettendo in condizione l'assistito di scegliere per sé il meglio disponibile.

In ultimo, ma componente basilare per la riuscita del contratto, il *case manager* deve coinvolgere la persona nel processo di cura, intervenire solo con il suo consenso, porre obiettivi chiari a comuni per creare una relazione positiva dove la partnership diventi un camminare insieme verso un obiettivo comune che l'assistito non percepisca come imposizione o dovere, ma opportunità di reale integrazione nella comunità.

Il tema fondamentale che deve essere affrontato è quello della specificità delle funzioni e dei compiti del *case manager*, anche in rapporto a quelle che sono le competenze e incombenze ordinarie che il professionista, chiamato a questo ruolo, riveste in via ordinaria, nell'ambito cioè di quella che rimane la relazione di cura ordinaria con il paziente, declinata secondo le modalità specifiche proprie della professione svolta.

Deve quindi essere chiarito che, di fatto, il professionista *case manager* si trova in relazione con il proprio paziente/utente secondo due modalità distinte, pur se ovviamente tra loro interconnesse: la prima sarà quella tipica del ruolo professionale (per esempio l'infermiere *case manager* rimane, anzitutto, l'infermiere di riferimento per il paziente), la seconda quella tipica della funzione. In realtà, mentre la prima è e rimane una funzione fondamentalmente del registro relazionale, interpersonale ed emozionale, intrattenuta con il paziente, la seconda si troverà a essere una relazione funzionale, organizzativa, razionale, intrattenuta piuttosto con l'équipe, all'interno, e con le diverse reti sociali, all'esterno, che non con il paziente stesso. D'altronde, l'esistenza della prima rappresenta il presupposto per l'efficace svolgimento della seconda; in qualche modo, si assume cioè che sia il paziente stesso a individuare il proprio *case manager*, nel momento in cui sceglie un operatore di riferimento con cui va stabilendo una relazione empatica preferenziale.

FUNZIONI SPECIFICHE DEL *CASE MANAGER*

Le funzioni specifiche del *case manager* sono elencate di seguito:

- *Accompagnamento* dell'utente nel percorso di cura attraverso una buona relazione e un'alleanza con il paziente; valutazione della richiesta di bisogno senza dispersione di risorse in quanto si ha un solo interlocutore, un referente specifico.
- *Intermediazione* tra l'utente e il suo ambiente di vita attraverso la mappatura del territorio e suo utilizzo attraverso la messa in comune delle informazioni, con una maggiore conoscenza delle strutture, per una migliore presa in carico del paziente e utilizzo della rete anche per altri utenti.
- *Integrazione* dei servizi nel percorso di cura attraverso una migliore conoscenza dei servizi per favorirne l'accesso, per superare la frammentarietà e dare maggiore coerenza agli interventi, per una migliore organizzazione del lavoro.
- *Coordinamento* della microéquipe dalla condivisione del progetto senza sovrapposizione di ruoli, con attivazione delle risorse al momento e nei tempi adeguati.
- *Referente* del percorso di cura quale garante del progetto e della qualità delle prestazioni erogate.
- *Monitoraggio* del progetto terapeutico individuale, raccolta di informazioni, conoscenza accurata del paziente, migliore qualità dell'assistenza con confronto sugli interventi e obiettivi intermedi per la garanzia dell'efficacia e della continuità del progetto.
- *Valutazione* del progetto attraverso la riformulazione degli obiettivi, l'adeguamento al programma con una costante verifica della congruità della presa in carico, oltre alla revisione delle risorse investite e l'utilizzo appropriato dei servizi.
- *Advocacy*, uno degli elementi più importanti nel processo di gestione del caso è la relazione con il paziente. Questa relazione è basata sulla fiducia, sul rispetto e sulla comunicazione. Il paziente è sempre il centro di interesse nel processo di gestione del caso.

Dal momento dell'accertamento iniziale, il *case manager* ha il compito di comprendere le prospettive del paziente e far sì che queste si integrino nel sistema d'assistenza, guidandolo lungo tutto il percorso. Non tutti i pazienti sono in grado di comprendere le necessità del percorso; spesso vi sono forti resistenze, soprattutto per gli aspetti preventivi non direttamente collegati a eventi accaduti. La relazione tra *case manager* e paziente è rivolta a facilitare l'orientamento consapevole di quest'ultimo nella direzione sostenuta del percorso clinico.

La relazione privilegiata del *case manager* permette una comprensione intima dei problemi del paziente e della sua famiglia e le sue necessità possono così essere ben rappresentate agli altri membri del team. Sostiene l'intero processo decisionale e di creazione del consenso informato del paziente.

Il *case manager* può identificare più facilmente i pazienti ad alto rischio e quelli che richiedono contatti continuati anche dopo la dimissione. Durante tutta la presa in carico egli anticipa le necessità del paziente, assicurando i provvedimenti per garantire la continuità dell'assistenza e la sua qualità.

I benefici della relazione continua con il paziente sono:

- sostegno del paziente;
- individuazione immediata dei problemi;
- interventi preventivi o risolutivi rapidi;
- riduzione delle riammissioni per riacutizzazione;
- rinforzo del processo educativo;
- promozione della salute.

Gli obiettivi sopra descritti sottintendono la necessità di un rapporto operatore-assistito che si basi sulla continuità della presa in carico e sulla limpidezza e fiducia reciproca. Questo si può realizzare se il tempo di contatto è abbastanza lungo e se si svolge nella quotidianità della persona.

Inoltre nella realtà quotidiana l'infermiere riveste un ruolo privilegiato in quanto ha la possibilità di accostarsi e relazionarsi alla persona per il tempo più lungo, per il tempo più significativo, cioè quello quotidiano e intimo della vita di tutti i giorni, non solo nel momento della crisi. L'infermiere è già nel presente colui che accompagna e conosce la persona ed è in grado di creare una relazione positiva. Di fatto è la natura prevalente dei bisogni della persona con disturbi mentali a significare la discriminante principale della presa in carico. Questa natura è composta in prima istanza dai bisogni legati alla vita dignitosa di tutti i giorni che per gli assistiti psichiatrici può apparire lo scoglio più difficile: alimentarsi, lavarsi, vestirsi possono diventare elementi fonte di grande difficoltà e angoscia. Ma lo specifico sta nell'individuazione di 'bisogni specifici' che solo chi ha una formazione di tipo clinico, quale è quella dell'infermiere, è in grado di identificare e contribuire a soddisfare. È nella natura della professione infermieristica prendersi carico di questi aspetti e guidare verso il miglior stato di autonomia possibile. In campo psichiatrico, inoltre, la somministrazione della terapia rappresenta un momento inscindibile del percorso di cura, sia essa farmacologica o psicologica. L'infermiere, come da profilo, è colui che presidia questo ambito possedendo le conoscenze scientifiche e pratiche specifiche.

Questi due aspetti sono il terreno di base per creare una relazione quotidiana che permette contemporaneamente di aprire lo sguardo verso ciò che sta intorno alla persona e operare il lavoro di coinvolgimento e sensibilizzazione della comunità che smette di essere un luogo e diventa un fondamentale alleato per il professionista, nell'interesse della persona assistita.

CONCLUSIONI

Il percorso fatto con questo capitolo copre soltanto una piccola parte del processo interno di rinnovamento che negli ultimi anni si sta verificando in ambito psichiatrico.

Gli operatori coinvolti si stanno sempre più orientando verso una visione globale persona-relazioni-ambiente che permette di pianificare un'assistenza personalizzata e concreta.

L'assistenza della persona con disturbi psichiatrici durante il lento e tortuoso programma di reinserimento nell'ambiente di vita è appannaggio della figura del *case manager* psicosociale o comunitario che attraverso il lavoro di rete può mobilitare la comunità.

Oggi la malattia mentale non è più assorbita e annullata da istituzioni chiuse, ma si diluisce nel tessuto della comunità stessa, a volte scontrandosi con essa (fenomeni di intolleranza, emarginazione ecc.), altre volte incontrandosi (risocializzazione, solidarietà, integrazione ecc.).

La riabilitazione di chi soffre di un grave disturbo psichico, in questo momento storico, è cosa difficile ma anche affascinante. La diagnosi sta perdendo gradualmente le sue connotazioni descrittive e classificatorie per essere un atto complessivo e globale mirato soprattutto alla comprensione dinamica ed esistenzialista del fenomeno della follia.

Il modello *case management* può permettere una migliore gestione e organizzazione dell'assistenza e della presa in carico territoriale dei pazienti gravi, un rafforzamento della 'rete' complessiva dedicata alla tutela della salute mentale e uno stile di lavoro più avanzato; l'identificazione del *case manager* nell'infermiere parerebbe consentire una notevole miglioria dei possibili risultati, in virtù delle caratteristiche intrinseche che contraddistinguono l'essere infermiere e il processo di assistenza quale suo strumento e metodo di lavoro.

Tra le numerose abilità richieste per aderire adeguatamente al ruolo di *case manager* notoriamente possedute, per esempio, dall'infermiere esperto, vale la pena citare l'*empatia relazionale* sviluppata grazie ai continui contatti con l'utenza e i rispettivi bisogni più variegati da soddisfare, le *capacità di interrelazione* con le altre professionalità grazie alla possibilità di utilizzo di un linguaggio tecnico comune (importante e il collegamento per esempio con il medico di medicina generale), il *senso di responsabilità* acquisito secondariamente alla consapevolezza dell'importanza delle conseguenze sullo stato di salute che gli interventi pianificati e attuati possono determinare sulla persona assistita, le *capacità organizzative* sviluppate per rispondere a dei criteri di lavoro che soddisfino i criteri di efficienza ed efficacia, il *pragmatismo* utile al raggiungimento degli obiettivi (per esempio quelli che rispondono a un bisogno in cui è richiesta tempestività d'intervento), infine l'*accento sulle competenze* raggiungibile attraverso un percorso di laurea altamente professionalizzante che lo configura come una professione estremamente duttile e polivalente.

Certamente la scena che vede coinvolti gli operatori in questo ruolo emergente, non è priva di criticità: l'individuazione dei bisogni specifici attuabile attraverso l'*integrazione* della *diagnosi relazionale* con le altre diagnosi (nosografica, infermieristica, educativa, funzionale ecc.) richiede un ampliamento della capacità di base degli operatori, che ne consentano l'uscita dallo schematismo dei ruoli fissi cui l'operatore viene iniziato nel corso della sua formazione.

Servono due cambi di prospettiva nella considerazione del ruolo professionale:

1. essere referenti del caso diventa garanzia e al tempo stesso forza motrice del lavoro di équipe nel quale il *case manager* veste il ruolo chiave di referente;

2. la persona affetta da disturbi psichiatrici non può più vivere protetta e chiusa in un mondo di servizi istituzionalizzati, deve uscire e misurarsi con l'ambiente che la circonda, deve trovare, con la guida del *case manager*, stimoli e strategie adattative; per questo il *case manager* deve valutare le abilità e le capacità residue, più che la disfunzionalità, e deve farlo attingendo dal patrimonio delle reti primarie che coinvolgono il soggetto, che lo conoscono e hanno voglia di mettersi in gioco per mettere in atto un cambiamento positivo.

Le reti che circondano la persona possono e devono divenire un reale fattore di sicurezza durante il salto spesso funambolico fra il servizio totalizzante ma protettivo e l'autonomia comunitaria che l'assistito psichiatrico è chiamato a compiere. La rete deve essere sostenuta da tutti coloro che la compongono e anche dall'équipe curante stessa, ma viene orientata con un attento lavoro di valutazione e programmazione del *case manager*.

Le difficoltà operative in questo senso sono molteplici: mancanza di tempo adeguato da dedicare alla persona, mancanza di coordinamento fra le figure professionali, difficoltà a inserirsi nel tessuto sociale comunitario spesso troppo rigido e chiuso su se stesso, complessa comunicazione con il terzo settore, attenzione ai costi e alle risorse.

Le barriere sopra elencate sono riportate in ogni articolo o testo che parli di *case management*, ma il loro abbattimento è legato alla pratica quotidiana di ogni professionista che possiede le conoscenze, l'esperienza e la formazione da mettere in gioco per agire in modo efficace ed efficiente.

Questo contributo ha voluto tentare di illustrare una nuova frontiera delle professioni in un campo singolare come quello psichiatrico. Una frontiera che permette ai singoli professionisti di mettere in gioco tutta la complessità tecnica, relazionale e riabilitativa che è fondamento di ogni professione e propria di quella infermieristica. Il ruolo di *case manager* è una conquista che vede finalmente riconosciuta e attuabile la capacità decisionale e l'autonomia operativa del professionista sempre in un contesto di équipe.

Il nuovo scenario professionale ha sollevato il problema della produzione di una documentazione adeguata alle esigenze pratiche: il Piano di Trattamento Individuale è lo strumento condiviso dall'équipe, mentre il percorso di valutazione è proprio del *case manager* e rappresenta un quadro completo e sintetico della persona assistita e in maniera innovativa delle reti che la circondano. Il processo di valutazione messo in atto attraverso lo strumento PTI rappresenta uno spunto interessante a livello professionale attraverso il quale si osserva in maniera pratica l'apertura da un sistema rivolto esclusivamente all'assistito a un processo assistenziale più completo che si rivolga a tutte le persone coinvolte.

Nessun uomo è un'isola, scriveva John Donne nel 1624 (Meditation XVII): nella nostra realtà questo concetto ritrovato è una premessa e una speranza per tutti coloro che operano nel campo della salute mentale.

BIBLIOGRAFIA

- Asioli F. (2000) *Finanziamenti, compiti e costi della psichiatria: quali strategie dei Dipartimenti per la Salute Mentale*, McGraw-Hil, Milano.
- Besson C. (1994) Gli strumenti a servizio dell'operatore di rete, in Sanicola L. (a cura di), *L'intervento di rete*, Liguori, Napoli.
- Brodeur C., Rousseau R. (a cura di) (1984) *L'intervention de resaux. Une pratique nouvelle.*, E. France-Amerique, Montréal.
- Casati M. (1999) *La documentazione infermieristica*, McGraw-Hil, Milano.
- Cerati G. (2007) *Linee di un percorso clinico della presa in carico, L'identità dello psichiatra – Problemi e prospettive*, pp. 170-174, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- Chiari P., Santullo. A. (2001) *L'infermiere case manager*, McGraw-Hill, Milano.
- Cohen N.L. (1998) *Psychiatry takes to the streets: outreach and crisis intervention for the mentally ill*, Guildford Press, New York.
- Comité de la politique de Santé Mentale (1987) *Puor un partenariat élargi*, Ministre des Affaires sociales, Québec.
- Donati P. (1991) *Teoria relazionale della società*, Franco Angeli, Milano.
- Folgheraiter F., Donati P. (a cura di) (1991) *Community care. Teoria e pratica del lavoro sociale di rete*, Erickson, Trento.
- Folgheraiter F. (1991) *Operatori sociali e lavoro di rete*, Erickson, Trento.
- Folgheraiter F. (1998) *Teoria e metodologia del servizio sociale, la prospettiva di rete*, Franco Angeli, Milano.
- Greenwood E. (1979) *Sociologia delle professioni*, Il Mulino, Milano.
- Guay J. (1984) *L'intervenant professionnel face a l'aide naturel*, Morin, Boucherville.
- Guay J. (1996) L'autoaiuto, un rimedio all'affanno dei servizi pubblici, in *Animazione sociale*, Maggio.
- Guay J. (1998) Dal lavoro sul caso al lavoro sull'ambiente, in *Animazione sociale*, 25 Maggio.
- Guay J. (2000) *Il case management comunitario*, Liguori, Napoli.
- Intagliata J. (1982) Improving the quality of community care for the chronically mental disabled: the role of case management, in *Schizophrenia Bulletin*, n. 8, p. 655-674.
- IPASVI (a cura di) (2009) *Il codice deontologico degli infermieri*, Roma.
- Laevit S.S. (1983) Case management: a remedy for problems of community care, in Sanborn C.J. (a cura di), *Case management in mental health services*, Haworth Press, New York.
- Maguire L. (1989) *Il lavoro di rete e servizio sociale*, Erickson, Trento.
- Marsh P., Fisher M. (1992) *Good intention: developing partnership in social services*, Joseph Rowntree, York.
- Murphy E. (1991) Community Care for people with mental illness, in *After Asylum*, Faber and Faber limited, London-Boston.
- Payne M. (1998) *Case management e servizio sociale*, Erickson, Trento.
- Petrella F., Benzoari M. (1983) Modelli semiologici per la nuova cultura psichiatrica territoriale, in *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*, Raffaello Cortina, Milano.
- Petrovich L., Percudani M., Ferla M.T. et al: (2006) Il Piano Regionale per la Salute Mentale della Lombardia: nuove prospettive e opportunità, in *Quaderni Italiani di Psichiatria*, vol. XXV, Milano.

- Phil M. (1997) Notes of social work, in *Sociological Review*, n. 27, p. 1.
- Reissman F. (1990) Restructuring help: a human services paradigm for the 1990's, in *American Journal for Community Psychology*, n. 18, p. 2.
- Rossi G. (2001) *Lezioni di sociologia*, Carocci, Roma.
- Rota S. (2009) *Infermieri Case Manager in psichiatria: uno strumento per una psichiatria di comunità*, tesi di laurea in infermieristica a.a. 2008/2009; Università degli Studi di Pavia.
- Sanicola L. (1994) Gli atteggiamenti base dell'operatore di rete, in *Animazione Sociale*, 5 Maggio.
- Sanicola L. (1995) L'esplorazione della reti primarie, in Sanicola L. (a cura di), *Reti sociali e intervento professionale*, Liguori, Napoli.
- Sanicola S. (a cura di) (1995) *Reti sociali e intervento professionale*, Liguori, Napoli.
- Sanicola L. (2000) Reti sociali nella salute mentale: l'esplorazione e la mobilitazione, in *La psichiatria fuori dall'ospedale*, Atti del Convegno, stampato in proprio, Padova.
- Sanicola R. (2004) *Il lavoro di rete: principi e strumenti di valutazione e metodi applicativi*, materiale didattico corso rivolto al personale delle Unità Operative di Psichiatria, Milano.
- Sheperd G. (1993) Case management, in Watson, Grounds A. (a cura di) *The mentally disordered offender in an era of community care*, pp. 166-176, Cambridge University Press.
- Stein L.I. (1987) *Réallocation de ressources*, intervento alla 69ª Conferenza Annuale dell'Associazione Canadese per la Salute Mentale, Saskatoon.
- Stevenson O., Parsloe P. (1993) *Community Care and empowerment*, Joseph Rowntree, York.
- Tacchini M.A. (2003) *Professione infermiere nel servizio psichiatrico*, Masson, Milano.
- Wright S.A. (1990) *Nursing strategies*, Basic Book, Ottawa.

RIFERIMENTI ON LINE

- AA.VV. (2005) *Elaborazione percorsi assistenziali per utenti e operatori interni ed esterni*, on line, <http://www.utenti.tripod.it/psicoweb>.
- Barbato G., Beffardi G. (2005) *Il case manager nel dipartimento per la salute mentale*, on line, <http://www.mondointermedio.it/Barbato%20articolo.htm>.
- Commodari B., Crisafulli C., Florio C. et al. (2005) *Case management*, articolo apparso sul Sole 24 ore del 9/12/1999, on line, <http://www.psychomedia>.
- Ferranini L. (2002) *Assistenza al paziente psichiatrico in un approccio di sanità pubblica; problemi e strumenti*, on line, Genova, <http://www.sipligure.it>.
- Ferranini L., Peloso P.F. (2000) *Il disease management della psicosi nel DSM 3*, on line, Genova, <http://www.sipligure.it>.
- Rossi L., Rossi B. (2005) *Il lavoro di rete con i minori*, on line, Udine, <http://www.uniud.it>.

La fase locale del percorso formativo regionale

Capitolo

8

La traiettoria del corso regionale *case manager* e la fase locale: dalla formazione professionale alla pratica

Giorgio Cerati – Cesare Moro – Annamaria Tanzi
Fabiola Bongiolatti – Vanna Poli

INTRODUZIONE¹

L'attuazione del corso regionale per i *case manager* dei DSM: dalla fase centrale alla fase locale

Lo scopo dell'iniziativa svolta dalla Regione Lombardia e la Scuola di Direzione in Sanità, prima con IReF e poi con Éupolis Lombardia, "Programma di formazione per gli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale – Area Case Management" (cfr. Nota DGS H1.2010.0011410 del 24-03-2010) era diretto alla formazione capillare degli operatori dei Centri Psico-Sociali (CPS) alle funzioni di case manager nell'ambito del PTI per l'attuazione del percorso di presa in carico del paziente grave.

Il percorso formativo scelto per supportare e sviluppare il profilo professionale del *case manager* prevedeva di coinvolgere rappresentanti dei DSM su obiettivi specifici centrati sulle capacità relazionali, sull'integrazione funzionale, sull'impiego di strumenti idonei, sulla attività di intermediazione con famiglie e rete sociale. I contenuti proposti nella fase centrale sono stati orientati a costruire un percorso professionale *integrando tre approcci*:

- lavoro di rete sociale e *case management* comunitario;
- clinica e riabilitazione psicosociale;
- modello dell'integrazione funzionale nelle psicosi.

L'orizzonte del case management nella psichiatria di comunità, infatti, consiste nella sua potenzialità di valorizzare gli operatori, di farne attivatori o agenti di rete, di favorire la crescita di referenti-integratori che, nell'ambito di miniequipe multiprofes-

¹ A cura di Giorgio Cerati.

sionali, siano “garanti del progetto di cura”, cioè del processo per quanto riguarda sia gli aspetti clinici sia il collegamento tra soggetti istituzionali e non.

La fase locale è stata attuata per favorire, anche tramite l'intervento dei *case manager* formati centralmente, il trasferimento delle conoscenze a tutti gli operatori in modo da implementare realmente il case management nei CPS lombardi, con un piano che ha comportato l'applicazione di un modello formativo coinvolgente attivamente gli operatori comprese le loro risorse e resistenze. Il metodo di lavoro si è servito di strumenti appropriati al *case manager* comunitario, con una riflessione operativa sugli strumenti attualmente in uso ma rivedibili (modelli PTI, scale di valutazione, carte di rete). La continuità dell'intervento del board d'area e dei docenti ha favorito un percorso formativo omogeneo con l'affiancamento sul campo di tutor e di personale formato nella fase centrale, prevedendo lavori di gruppo e sui casi, conclusi con la presentazione di un caso clinico, il progetto di *case management* e il PTI secondo le linee guida apprese.

Gli esiti formativi

Alla luce di quanto emerso, anche a partire dalle relazioni conclusive, deve essere anzitutto evidenziato che il corso ha incontrato alla base livelli non omogenei di preparazione e di attuazione del case management tanto nei diversi operatori quanto nei servizi.

Ciò tuttavia non ha precluso sia l'acquisizione di nuovi concetti, metodologie e pratiche sia la fruizione di stimoli per sviluppare il miglioramento che sono stati percepiti come importanti per tutte le realtà rappresentate. Ne è prova la sostanziale positività dei riscontri sull'apprendimento complessivamente emersi nelle varie edizioni, pur usufruendo di condizioni organizzative generali, specifiche e di metodo diverse a seconda dell'impostazione scelta dai comitati locali.

Anche le docenze sono state utilizzate in modo diversificato, in relazione alle osservazioni già svolte inerenti tanto la preparazione e gli stili di lavoro di partenza quanto l'impatto avuto nel corso. Analoghe considerazioni possono essere fatte riguardo alla parte pratica, che è stata particolarmente esigua rispetto alle esigenze di molti operatori e piuttosto laboriosa per la numerosità di alcuni gruppi: l'acquisizione quindi dei vari strumenti proposti può averne in taluni casi certamente risentito (vedi il paragrafo “L'attivazione del case manager” a cura di Tanzi).

Dall'analisi del lavoro didattico e dai riscontri finali in sede di valutazione, si sono evidenziate, per esempio, alcune differenze rilevanti nella dimestichezza di utilizzo di strumenti quali le scale di valutazione o le carte di rete; analoghe disomogeneità si sono riscontrate rispetto al lavoro d'équipe come stile e come metodo specie nella applicazione del modello dell'integrazione funzionale; diversa è stata anche la capacità di presentare un caso clinico, di organizzare un PTI in modo appropriato e di saper presentare un progetto per l'attivazione del *case manager*, compito proposto per dare modo di sperimentare la predisposizione di un percorso di presa in carico da parte di tutti.

Il monitoraggio dei risultati operativi

Ciascun CPS si è impegnato ad applicare le acquisizioni apprese e soprattutto a introdurre sistematicamente il *case management* e i PTI nei processi di lavoro, verificando contestualmente le aree di forza e quelle di debolezza man mano riscontrate sul campo.

Perciò è stata elaborata la proposta, generalmente ben accolta, di monitorare l'attuazione del PTI e del *case manager* secondo le indicazioni del corso attraverso un *follow up* mirato, allo scopo di poterne analizzare l'andamento reale dell'impatto sui CPS, i quali poi hanno relazionato sulle ricadute clinico-organizzative per gli operatori e i servizi del progetto formativo attuato in un incontro dedicato.

Per favorire tale lavoro è stata predisposta una scheda con una apposita griglia essenziale di questioni come strumento di autovalutazione per le équipes dei CPS dell'implementazione del modello *case manager*.

La restituzione del questionario, con le valutazioni, i pareri e i contributi sulla ricaduta del corso tra gli operatori partecipanti ma soprattutto sulle necessità derivanti dall'impatto reale sui servizi, è stata svolta tramite riunioni apposite, una per sede formativa regionale per un totale di 10, nel corso del 2012.

A ciascuna riunione locale sono stati rappresentati i CPS interessati con la presenza dei Responsabili medici e infermieristici, degli operatori già formati, il docente e i tutor nonché i rappresentanti del Comitato per l'attuazione della fase locale del corso.

Lo studio delle conclusioni e le prospettive

Uno snodo fondamentale del processo si è compiuto con l'analisi della scheda di follow up "Il *case manager* nei DSM lombardi" (vedi il paragrafo "L'implementazione, il follow up" a cura di Bongiolatti). Nei primi mesi 2012, i questionari compilati sono stati analizzati con rigorosa metodologia dall'Istituto Éupolis Lombardia e dai docenti e tutor didattici componenti il board d'area, che hanno costituito gruppi di lavoro per l'analisi e l'elaborazione dei dati raccolti, individuando tre aree tematiche: *Area Strumenti di valutazione* (scale FPS e carte di rete/tavole di supporto); *Area Clinica* (bisogni del paziente e percorsi di cura); *Area Organizzativa* (organizzazione del servizio e del lavoro, proposte di miglioramento nei CPS con l'applicazione del modello *case management*). Viene qui presentato lo studio con i suoi significativi risultati.

Le note conclusive e prospettive sono dedicate al tema della proposizione di modelli di PTI e di *case management*. Nell'anno in cui viene proposto dalla Regione alle Aziende sanitarie tra gli obiettivi per il 2013 di "Definire, nell'ambito del percorso presa in carico per il paziente con disturbo psichico grave, modalità standardizzate da adottare nei CPS di accoglienza e valutazione, di applicazione del PTI e di individuazione della figura di *case manager*, in coerenza con le indicazioni del corso di formazione regionale concluso nel 2012" (DGR n. 63/2013), abbiamo voluto indicare una serie di punti operativi per la riflessione, sia in merito al piano di trattamento individuale come strumento di lavoro in progress, sia in ordine alle linee operative da considerare per i *case manager* (vedi il paragrafo finale "Modelli proposti" a cura di Poli).

L'ATTIVAZIONE DEL CASE MANAGER NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE DELLA REGIONE LOMBARDIA²

La fase locale³

La *fase centrale* per l'attuazione del *case management* nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia si era conclusa con la restituzione dei risultati di questa prima fase (Milano, il 5 ottobre 2010) agli operatori formati, ai direttori delle Unità Operative di Psichiatria (UOP) regionali o loro delegati, ai coordinatori infermieristici dei Centri Psicosociali (CPS) lombardi.

Obiettivo comune e condiviso nel *board d'area* – costituito dai docenti e tutor della Fase centrale – è stato quello di trasmettere un metodo di lavoro, una funzione che può essere assunta da tutti gli operatori sanitari e in modo particolare dagli infermieri, per la specificità del ruolo ricoperto sia in termini di tempo dedicato all'assistito sia in termini di assistenza globale alla persona riferita ai bisogni della stessa.

Uno degli obiettivi generali di questo progetto innovativo della Regione Lombardia è stato quello di favorire la reale applicazione dei percorsi clinici territoriali previsti dal PRSM, in particolare il percorso della presa in carico, attraverso l'implementazione dello strumento del Piano di Trattamento Individuale (PTI) e della figura strategica del case manager, la cui presenza nei CPS era piuttosto incerta e disomogenea sul territorio regionale.

Elemento fondante e originale del modello proposto è risultata la valutazione della rete che deve affiancare le valutazioni di carattere specifico effettuate dai vari professionisti come la diagnosi medica o l'identificazione dei bisogni della persona.

Il case management, infatti, ha l'obiettivo di valorizzare gli operatori sia come attivatori o agenti della rete sociale sia come integratori delle miniequipe multiprofessionali del PTI e come “responsabili di processo” dal punto di vista operativo.

Il primo step formativo centrale ha definito gli strumenti del *case manager* che deve possedere, definendo una sorta di “valigetta” immaginaria al cui interno si trovano:

- le scale di valutazione del funzionamento psicosociale, da integrare con la relazione e l'osservazione clinica;
- i metodi di valutazione delle reti personali: le carte di rete (la carta di Rousseau e carta di Todd);
- la relazione personale e il modello dell'integrazione funzionale.

Un nuovo obiettivo previsto nel primo semestre del 2011 ha riguardato l'organizzazione e l'attuazione della *Fase locale* con lo scopo di raggiungere e formare il maggior

² A cura di Annamaria Tanzi.

³ DGS Lombardia H1.2010.0032167 del 28-09-2010 – Scuola di Direzione in Sanità, prima con IReF e poi con Éupolis lombardia: 'Programma di formazione per i case manager dei dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia – Fase locale'.

numero possibile di operatori dei CPS lombardi e con il seguente scopo dichiarato: *favorire il trasferimento delle conoscenze acquisite sul case management nella psichiatria di comunità, in modo omogeneo, dai partecipanti alla fase centrale a tutti gli operatori dei Centri Psicossociali regionali, così da garantire una piena implementazione e diffusione di tale modalità di lavoro e favorire la veicolazione della formazione sul campo.*

La fase locale ha valorizzato gli operatori già formati che sono stati invitati a collaborare al processo formativo dei loro stessi colleghi operatori di ciascuno dei CPS lombardi.

Le *modalità organizzative* della fase locale hanno previsto:

- l'obiettivo di formare tutti gli operatori dei CPS all'applicazione della metodica del PTI con case manager nella pratica di lavoro;
- i contenuti formativi, affidati a docenti e tutor della fase centrale, oltre che agli operatori già formati per quanto riguarda la fase di tirocinio pratico;
- il lavoro, aperto a operatori di diversi CPS appartenenti ad ambiti territoriali prossimi per ASL, in modo da ampliare i rapporti e le possibilità organizzative, e agevolare la partecipazione degli operatori a edizioni diverse;
- il corso, rivolto a operatori di CPS con qualifica di infermiere, assistente sociale, educatore professionale, tecnico riabilitazione psichiatrica (almeno 1 medico psichiatra per CPS).

La fase locale è stata impostata in funzione del saper fare, cioè con l'obiettivo che tutti gli operatori di CPS sappiano partecipare a progettare e attuare il PTI con case management.

Il programma generale (Tabella 8.1) per la fase locale è stato formulato nel modo seguente:

- due giornate di studio;
- il tirocinio pratico;
- una giornata conclusiva.

Suddivisione per aree

La suddivisione delle aree territoriali è avvenuta per *reti formative* che fanno capo ad ambiti di una o più ASL (accorpate se di piccole dimensioni). Invece dal punto di vista amministrativo è apparso più funzionale identificare come riferimento una delle AO dell'ambito territoriale-capofila (Tabella 8.2).

I membri del board d'area si sono resi disponibili a fare da riferimento ciascuno per una o più delle reti formative così suddivise, costituendo un comitato organizzativo locale a cura dell'Ufficio Formazione dell'AO capofila, con i rappresentanti degli operatori formati, dei tutor, dei CPS, delle AO e ASL.

TABELLA 8.1		
Giornate di studio		
Parte teorica		
1ª Giornata	mattino:	ore 9-11 Lezione: L'équipe di lavoro nel CPS
		ore 11-13 Esercitazione in sottogruppi con tutor e operatori formati
	pomeriggio:	ore 14-16 Lezione: Il lavoro di rete
		ore 16-18 Esercitazione in sottogruppi con tutor e operatori formati
2ª Giornata	mattino:	ore 9-11 Lezione: Il modello Integrato di trattamento
		ore 11-13 Esercitazione in sottogruppi con tutor e operatori formati
	pomeriggio:	ore 14-16 Lezione: Il PTI e il <i>case manager</i> comunitario
		ore 16-18 Esercitazione in sottogruppi con tutor e operatori formati
Tirocinio	Nell'ambito delle attività negli abituali luoghi di lavoro, a partire da situazioni reali, i partecipanti hanno ricevuto la consegna di: <ul style="list-style-type: none"> • predisporre una su un caso clinico complesso • compilare il PTI corredato dagli strumenti • preparare il progetto di case management comunitario. 	
3ª Giornata conclusiva	mattino:	ore 9-12,30 Presentazione delle relazioni e dei progetti sui casi in sottogruppi, con discussione – Tutor e operatori formati
	pomeriggio:	ore 13,30-16 Consegna progetti e Restituzione in plenaria – Docente di riferimento

TABELLA 8.2	
Suddivisione delle reti formative e delle edizioni fase formativa locale	
ASL Bergamo + Sondrio = 3 edizioni AO capofila Bergamo	
ASL Brescia + Vallecamonica = 3 edizioni AO capofila Brescia	
ASL Como + Lecco = 2 edizioni AO capofila Como	
ASL Cremona + Mantova = 2 edizioni AO capofila Mantova	
ASL Lodi + Pavia = 2 edizioni AO capofila Pavia	
ASL Milano città = 4 edizioni AO capofila Niguarda	
ASL Milano 1 = 2 edizioni AO capofila Legnano	
ASL Milano 2 = 2 edizioni AO capofila Melegnano	
ASL Monza Brianza = 2 edizioni AO capofila Monza	
ASL Varese = 2 edizioni AO capofila Varese	

Il Comitato organizzativo ha avuto lo scopo di assicurare un'attuazione della fase locale coerente con la fase centrale e adeguatamente contestualizzata e condivisa. I rappresentanti del comitato locale sono stati così individuati:

- ufficio formazione (capofila), board d'area IReF (uno), operatori formati o tutor corso centrale (uno);

- direttori DSM (o delega a un responsabile di CPS per DSM), coordinatori infermieri CPS (uno per DSM).

È stata organizzata una riunione preliminare informativa da parte della Direzione Generale Salute di Regione Lombardia e da Éupolis Lombardia (in cui è confluito nel 2011 IReF – Istituto regionale lombardo di formazione per l'amministrazione pubblica).

I tempi di attuazione del progetto sono stati: primo semestre 2011.

L'AO capofila ha avuto il compito di trasmettere la relazione finale approvata dal Comitato sull'attuazione della fase locale del corso, al board d'area.

Il metodo di lavoro si è servito di strumenti appropriati al *case manager* comunitario, con una riflessione operativa sugli strumenti abitualmente in uso e da rivedere (*modelli PTI, scale di valutazione, carte di rete*).

La fase locale è stata monitorata attentamente nelle modalità attuative allo scopo di assicurare il raggiungimento degli obiettivi il più possibile completo e omogeneo. Sono stati realizzati incontri intermedi di verifica da parte del board d'area con una panoramica delle Fasi locali relativa ai poli formativi coinvolti e all'andamento del progetto con punti di forza operativi ed eventuali criticità.

Al termine di questa esperienza a livello locale, complessivamente è stata sottolineata una buona collaborazione all'interno dei gruppi di lavoro ma anche dell'Ufficio Formazione delle AO capofila e del comitato organizzativo. È stata rilevata una generale soddisfazione per l'andamento della fase locale del corso considerate l'ampiezza e la complessità dell'impresa a livello dell'intera regione.

Tuttavia, il monitoraggio ha evidenziato differenze di stili di lavoro nei CPS lombardi e talvolta problematiche, quali scarso interesse da parte dei servizi per gli strumenti e le scale di valutazione o difficoltà nella rilevazione dei bisogni specifici e nell'applicazione del modello dell'integrazione funzionale, base per la formulazione degli obiettivi del PTI in équipe.

Oltre a rilevare questi aspetti meritevoli di attenzione, tutti hanno sottolineato l'importanza di questo progetto, che ha cercato di proporre strumenti e creare stimoli/motivazione a superare le resistenze e soprattutto l'autoreferenzialità.

In merito ai contenuti trasmessi nei momenti di aula sono state evidenziate delle rilevanze quali:

- la condivisione di linguaggi, conoscenze e significati sul *case manager* comunitario circa la complessità dei bisogni della persona con patologia grave, che sollecita nell'équipe terapeutica un'integrazione molto stretta fra gli interventi sanitari, psicologici, sociali e riabilitativi;
- l'importanza del *lavoro d'équipe* nel portare avanti la presa in carico, direzionando l'attenzione su continuità e conoscenza del territorio;
- il richiamo ad affinare le competenze del *case manager* comunitario nella lettura dei bisogni specifici, e a produrre un pensiero sulle azioni da mettere in atto per riattivare le risorse del paziente, con una particolare attenzione al suo ambiente di vita;
- l'utilizzo di strumenti specifici per raccogliere e produrre documentazione (relazione sul caso, carte di rete, tavole di supporto, PTI dettagliato, scale di valutazione, progetto di case management);

- l'importanza della funzione di coordinamento, sia all'interno dei servizi sia sul territorio, tra l'unità operativa e tutti i servizi presenti sul territorio, gli interlocutori della rete primaria e secondaria, il privato sociale, non profit.

La seconda parte del lavoro come premesso è stata basata su un lavoro individuale con affiancamento dei tutor formati in fase centrale, con la produzione di:

- relazione sul caso clinico;
- carta di rete;
- tavole di supporto;
- eventuali scale di valutazione del funzionamento psico-sociale;
- PTI con obiettivi e programma di cura dettagliato;
- progetto di case management di integrazione delle funzioni dell'équipe.

I lavori sono stati presentati nella terza giornata dai partecipanti stessi con supervisione e commento da parte del docente e del tutor, presenti entrambi per tutta la giornata.

In alcune sedi è stato ritagliato uno spazio di approfondimento sulle scale di valutazione, ancora non sufficientemente utilizzate nei servizi.

Una sintesi sugli esiti della fase locale

Complessivamente dai report redatti dai tutor didattici al termine dell'esperienza locale si desumono punti di forza e punti di criticità.

Punti di forza:

- Attivazione di formazione condivisa fra gli operatori di un servizio.
- Possibilità di confronto e scambio, opportunità di crescita per tutti.
- Adozione di protocolli e linee guida comunque flessibili e rispettosi della dignità del paziente.
- Unanime accordo sulla validità della carta di rete, che consente di valutare la qualità e l'intensità dei rapporti che la persona vive, in un'ottica sistemica, dove l'utente non viene considerato come individuo isolato ma parte di una rete.
- La possibilità di avere a disposizione strumenti che consentono una visione globale dell'utente (anche se questo richiede un grosso lavoro a monte) e che può essere di volta in volta aggiornata con facilità.
- Utilizzo di strumenti specifici (quelli visti e utilizzati insieme nelle esercitazioni in gruppo in questo percorso e/o scale di valutazione funzionali).
- Confronto sulle prassi ed eventualmente lavori per progetti.
- Continuum con gli altri servizi e/o strutture del DSM.
- Soddisfazione nel poter lavorare in équipe, con un confronto tra professionalità diverse indispensabile per il lavoro di gruppo.

Punti di criticità:

- Non è unanime la disponibilità degli operatori al confronto professionale.

- La dimensione tempo viene portata in primo piano come ostacolo per una fattiva applicazione degli strumenti.
- Mancanza di strumenti di valutazione e di criteri oggettivi per la definizione del funzionamento psico-sociale della persona nella maggior parte dei servizi coinvolti.

In generale, è ben presente la persona affetta da patologia psichiatrica grave e la complessità della presa in carico globale unitamente alla convinzione che si tratti di una operazione in cui più partners sanitari, sociali e comunitari devono intervenire, perché richiede un lavoro di integrazione prima fra le diverse professionalità di una équipe curante e contemporaneamente l'attivazione e la collaborazione della rete sociale e istituzionale prossima al paziente e alla sua famiglia.

Un aspetto carente e abbastanza comune riguarda la partecipazione multiprofessionale nella gestione del paziente grave perché in più realtà è medicocentrica. Tuttavia, c'è la consapevolezza dell'importanza del lavoro d'équipe e dell'istituzione del *case manager* per coinvolgere attivamente la persona assistita e il suo contesto di vita nel processo di cura; per intervenire solo con il suo consenso; per porre obiettivi chiari e comuni a creare una relazione positiva dove la partnership diventi un camminare insieme verso un obiettivo comune che la persona assistita non percepisca come imposizione o dovere, ma opportunità di reale integrazione nella comunità.

Sono state al contempo sollevate una serie di debolezze del sistema in cui si opera e questo da entrambi i gruppi aziendali: si è partiti dall'organizzazione del lavoro che non consente di avere sempre ben presente nella propria mente i pazienti, e pur essendo il lavoro in ambito psichiatrico non tecnicistico e standardizzato, si cade inevitabilmente in interventi routinari senza un momento di riflessione sulle prassi e di valutazione dell'andamento di un percorso terapeutico e/o riabilitativo.

Il risultato si traduce in una mancata attenzione al Piano di Trattamento Individuale (PTI) vissuto più come imposizione che come strumento che consente di fotografare il funzionamento psico/sociale dei pazienti in un determinato momento.

Altri aspetti critici suggeriscono aree di miglioramento sulla valorizzazione delle professioni non mediche, sull'integrazione basata su una cultura condivisa, sulla revisione dei casi in équipe per rimotivare gli operatori e favorire l'alleanza con il paziente e la continuità terapeutica.

Il percorso svolto è risultato complessivamente positivo in termini di coinvolgimento e apprendimento. La partecipazione è stata garantita dalla quasi totalità dei partecipanti sia nella fase teorica, nelle esercitazioni sia nel tirocinio pratico.

Questo modello formativo intrapreso ha saputo coinvolgere attivamente gli operatori presenti, ha consentito di mettere comunque in evidenza e di analizzare le resistenze ma anche le risorse e potenzialità di ognuno.

È stato trasmesso un metodo di lavoro corredato degli strumenti appropriati, che hanno visto un momento di applicazione pratica arricchente e produttivo anche e soprattutto in termini relazionali fra le diverse figure professionali.

L'affiancamento del personale formato nella fase centrale come tutor, in funzione di “*case manager* dei *case manager*” è stata una scelta importante che ha favorito in modo utile la formazione sul campo.

Durante le giornate di corso, docente e tutor hanno lavorato molto sulla dimensione relazionale e di processo, attraverso una metodologia di lavoro attiva e attivante. Si è così venuto a costituire un buon clima di collaborazione tra i partecipanti.

La struttura delle giornate ha favorito gli scambi comunicativi prevedendo, nei pomeriggi, lavori in piccoli gruppi, dove è stato possibile confrontarsi, discutere, vagliare proposte, scegliere, scartare. I tirocini si sono svolti con la produzione, puntuale e documentata, della documentazione richiesta.

L'applicazione nei DSM regionali del case management e PTI

FOLLOW-UP NEI CPS

Le indicazioni date dalla Regione Lombardia ai CPS dei DSM al compimento dell'intero percorso formativo hanno riguardato l'impegno ad applicare le acquisizioni apprese e soprattutto a introdurre gradualmente e sistematicamente il case management e i PTI nei processi di lavoro, verificando contestualmente le aree di forza e quelle di miglioramento man mano riscontrate sul campo.

Il monitoraggio dei risultati operativi ha costituito il punto di partenza per elaborare un *follow-up* mirato allo scopo di poter analizzare l'andamento reale dell'impatto sui CPS e le ricadute clinico-organizzative per gli operatori e i servizi del progetto formativo attuato.

È stata predisposta una scheda con una apposita griglia essenziale di questioni come strumento di autovalutazione per le équipes dei CPS dell'implementazione del modello *case manager*.

Il questionario è stato compilato in tutti i CPS/ambulatori da un campione rappresentativo di operatori con ruoli professionali diversi (medici, infermieri, assistenti sociali, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, coordinatori infermieristici).

Le informazioni rilevate dall'inchiesta campionaria, attraverso l'utilizzo del questionario, ha consentito di esplorare motivazioni, aspettative, opinioni, orientamenti e valutazioni rispetto all'utilizzo degli strumenti e alla effettiva applicazione del case management nel percorso di cura “presa in carico” per i pazienti gravi.

Nel mese di aprile 2012, i questionari pervenuti sono stati analizzati, sia a livello quantitativo sia a livello qualitativo da Éupolis Lombardia e dai componenti il board d'area (docenti e tutor didattici): si rimanda il lettore per l'analisi dei dati al successivo paragrafo di questo capitolo, dedicato allo studio appositamente condotto.

EVENTO FINALE – RESTITUZIONE DEI DATI

La restituzione degli esiti dell'analisi dei questionari, con i contributi e le valutazioni sulla ricaduta del corso tra gli operatori partecipanti ma soprattutto sulle necessità derivanti dall'impatto reale sui CPS è stata svolta tramite 10 incontri dedicati

(maggio/giugno 2012), uno per sede formativa regionale (cfr: L'attuazione della fase locale del corso regionale case manager dei DSM "Follow up nei CPS" – Codice Evento Sds 11145 Éupolis Lombardia).

A ciascun incontro nelle sedi previste hanno partecipato rappresentanti dei CPS interessati con la presenza dei responsabili medici e infermieristici, degli operatori già formati, i rappresentanti del Comitato per l'attuazione della fase locale del corso, nonché il docente e il tutor.

I 10 incontri programmati hanno costituito l'evento finale del programma formativo.

La restituzione è avvenuta attraverso gli strumenti informatici: proiezione di slides appositamente preparate per mettere in rilevanza la situazione locale e riportanti le frequenze percentuali e le risposte fornite da tutti i servizi coinvolti nella Regione Lombardia, aggregate secondo punti di forza e criticità, rispetto ai dati analizzati.

Questo metodo ha favorito il confronto tra i partecipanti, raccolto le criticità, sostenuto l'impegno e i risultati ottenuti. Le giornate sono state ricche di interventi e le discussioni, anche vivaci, non prive di critiche. Il tutto comunque a sottolineare quanto sia stato recepito il messaggio che il cambiamento richiesto dalla Regione sia profondo (di concetto prima ancora che operativo) e non solo formale.

Chiarendo che il modello proposto è stato ben accolto dalla maggior parte dei servizi e che sembra soprattutto aver sistematizzato una buona pratica già in uso in molte realtà, si riportano con estrema sintesi alcune delle principali criticità evidenziate per aree (cfr. Report "Follow up nei CPS – Corso di formazione per l'attuazione della fase locale del progetto case manager nei DSM della Regione Lombardia – Codice Evento Sds 11145/AE_LE" – Éupolis Lombardia).

Area Valutazione

- L'uso sistematico di strumenti di valutazione è ancora poco consolidato.
- L'uso degli strumenti di valutazione a suo tempo proposti è ancora da implementare, manca una formazione specifica oppure viene ritenuto oneroso in termini di utilizzo da parte del servizio.
- I criteri di assegnazione dei percorsi di cura sono ancora poco definiti e da parte dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) non ci sono indicazioni chiare sulla documentazione da produrre: utile definire un format, in termini di contenuti, del PTI a livello regionale.
- Case management come momento di revisione sistematica dei percorsi di cura.
- Richiesta di adeguamento della documentazione regionale (cartella ambulatoriale) per la raccolta di informazioni che permettano la stesura dei PTI in un'ottica di case management.
- Gli obiettivi contenuti nel PTI devono essere costantemente monitorati attraverso una griglia di registrazione degli interventi svolti dai vari operatori coinvolti, con particolare attenzione ai tempi per la valutazione.
- Riorganizzare le équipe e l'impiego delle risorse nell'ottica del case management.

Area Clinica

- Il modello della diagnosi funzionale rappresenta una criticità a causa della formazione specifica che richiede.
- L'integrazione delle diverse professionalità è comunque il punto cruciale per la cura del paziente grave.
- L'individuazione dei bisogni specifici da parte dell'équipe curante è il primo passo per la costruzione di una alleanza terapeutica dove il paziente, coinvolto nel processo di cura, considererà il suo PTI una sorta di impegno reciproco e non avrà problemi ad apporre la sua firma.
- Coinvolgimento partecipato del paziente nella definizione del PTI.
- Le maggiori resistenze al cambiamento vengono spesso dalle figure mediche apicali.
- Manca una pari dignità delle funzioni e dei ruoli all'interno dell'équipe.
- Non è quasi mai previsto un lavoro di "manutenzione" dell'équipe.

Area Organizzativa

- Il processo di graduale cambiamento dello stile di lavoro dei CPS necessita di supporto continuo; ciò è possibile attraverso la formazione permanente (per esempio, formazione sul campo oppure incontri di confronto fra CPS) e supervisione dei casi più complessi.
- La figura del *case manager* deve diventare parte integrante del processo di cura e quindi ha bisogno di essere maggiormente riconosciuta sia dal punto di vista formale che sostanziale. Questo passaggio serve a confermare quanto questo modello organizzativo sia di utilità all'équipe e al paziente *versus* il timore che possa rappresentare un carico di lavoro aggiuntivo in una situazione di risorse limitate.
- Lavoro di miglioramento della qualità attraverso audit tra CPS diversi.
- Utilizzo di modulistica appropriata che consenta al *case manager* il monitoraggio delle fasi, dei tempi, degli interventi e degli esiti.
- Si richiedono maggiori direttive dalla Regione.

Rispetto ai contenuti e agli esiti del *follow up*, i gruppi di lavoro hanno mostrato complessivamente motivazione e interesse verso il progetto innovativo della Regione Lombardia per un modello organizzativo nei CPS/ambulatori orientato al *case management*. Infatti, tutte le équipes presenti nei CPS si sono messe in gioco.

Ogni servizio che ha partecipato a questa ultima fase del progetto ha comunque sue peculiarità e stili di lavoro anche modellati sul tipo di utenza e di contesto e non-dimeno sulle risorse umane e materiali a disposizione.

Tuttavia, dai dati analizzati si possono confermare sia l'introduzione del *case manager* maggiormente diffusa nei CPS sia gli effettivi miglioramenti organizzativi derivati.

L'IMPLEMENTAZIONE, IL FOLLOW UP, LA RESTITUZIONE - ANALISI DELLE SCHEDE FOLLOW UP: IL CASE MANAGER NEI DSM LOMBARDI⁴

Introduzione

A conclusione del programma di formazione Regionale, dell'area "Case management - nuove politiche per la salute mentale" - anno 2011, sul PTI (Piano di Trattamento Individuale) e sulla funzione del *case manager* nei servizi di salute mentale, è stata elaborata la proposta di un monitoraggio dei risultati, attraverso un *follow up* mirato - anno 2012, con la compilazione di un questionario da parte di tutte le équipes dei CPS/ambulatori (Centro psico-sociale/ambulatori) della Regione Lombardia.

Il disegno della ricerca sociale, sottostante la progettazione del questionario, si fonda sulla conoscenza delle disposizioni contenute nel PRSM, Piano Regionale di Salute Mentale (DGR 17-05-2004 n. 17513), ribadite nel PSSN 2010-2014, in merito al percorso territoriale di 'presa in carico', di un paziente che necessita di intervento multidisciplinare, attraverso l'utilizzo del PTI quale strumento operativo del CPS, con l'individuazione della microéquipe e del professionista che assume la funzione di *case-manager*, che si fa garante della *continuità assistenziale*, attraverso la 'gestione del caso', il *coordinamento* degli interventi, l'*integrazione* fra i servizi coinvolti nel percorso di cura, e il *monitoraggio* continuo dei risultati raggiunti (valutazione degli esiti con strumenti standardizzati e condivisi dalla comunità scientifica).

Il questionario utilizzato è stato progettato da un gruppo di lavoro incaricato della progettazione e dello svolgimento della "inchiesta campionaria", con metodologia mista: quantitativa e qualitativa, con domande chiuse primarie e secondarie (1-2-3-4), aperte (8-9-10-11-14-15-16-17-18) e domande di soddisfazione (5-6-7-12-13), su un campione rappresentativo della popolazione oggetto di studio, per rilevare informazioni, esplorare motivazioni, atteggiamenti, opinioni, orientamenti, mediante una procedura standardizzata, allo scopo di studiare le relazioni tra le variabili.

La raccolta dei dati è stata attivata presso ogni CPS/ambulatorio con la creazione temporanea di focus-group con 1-2 conduttori, scelti fra gli operatori che hanno partecipato alla fase centrale e/o locale del programma di formazione regionale, come indicato da Éupolis Lombardia.

Ai gruppi di lavoro hanno partecipato dai 3-9 ai 10-20 operatori di differenti professionalità (medici, coordinatori, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori, OSS) presso ogni CPS/ambulatorio coinvolto. Quella del focus-group è una tecnica qualitativa, che si basa sulla discussione e il confronto fra i diversi punti di vista, che ha portato alla produzione di risposte multiple.

Le domande aperte, a risposta multipla, si sono rivelate particolarmente utili per analizzare in profondità gli argomenti e per ottenere una maggior ricchezza di spunti e di dettagli.

⁴ A cura di Fabiola Bongiolatti.

Se da un lato questa fase ha richiesto un notevole impegno di tempo, in termini di elaborazione dei risultati, anche per la difficoltà di sintesi delle risposte, dall'altro le domande aperte hanno consentito di esplorare: vissuti, emozioni, attitudini, competenze, predisposizioni, limiti, interessi, aspettative personali e condizionamenti del servizio.

Dei 110 questionari attesi ne sono pervenuti 83 (di cui 2, consegnati troppo oltre il tempo limite, non rientrano nell'analisi numerica dei dati effettuata dal gruppo di lavoro).

Nel mese di aprile 2012, i questionari pervenuti sono stati analizzati, sia a livello quantitativo sia a livello qualitativo dall'Istituto Superiore per la Ricerca, la Statistica e la Formazione Éupolis Lombardia e dai componenti il board d'area (docenti e tutor didattici) che hanno costituito tre gruppi di lavoro per l'elaborazione, la rappresentazione grafica e l'analisi dei dati raccolti. Sono state individuate tre aree tematiche:

- 1° Gruppo – Area Strumenti di valutazione (scale FPS e carte di rete/tavole di supporto);
- 2° Gruppo – Area Clinica (sui bisogni del paziente e percorsi di cura);
- 3° Gruppo – Area Organizzazione (organizzazione del servizio e del lavoro, proposte di miglioramento nei CPS/ambulatori attraverso l'applicazione del modello case management).

La presentazione dei risultati è stata articolata in sezioni corrispondenti alle diverse parti del questionario, con la scelta di adozione del criterio di distribuzione di frequenze percentuali per alcune sezioni, mentre per altre è prevalso il confronto delle variabili con aggregazione delle risposte.

I dati quantitativi sulle domande chiuse sono stati inseriti in tabelle e rappresentati graficamente.

I dati qualitativi sulle domande aperte, sono stati organizzati secondo uno schema di codifica che ha consentito di aggregarli, rendendoli fruibili per una restituzione.

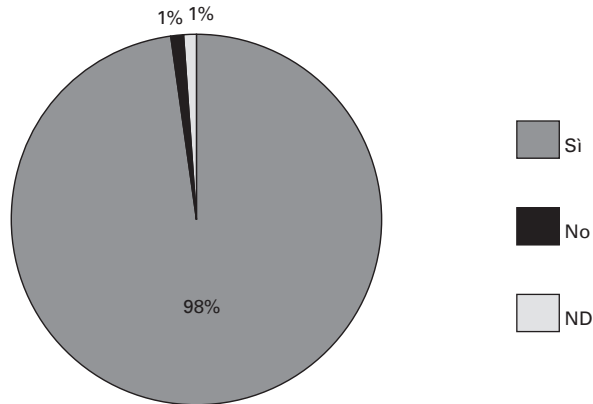
Per la codifica dei risultati è stata privilegiata la ricerca di un “minimo comun denominatore” e la produzione di una matrice-dati (una matrice a righe per colonne, dove sono state riportate tutte le risposte e tutti i CPS), che ha consentito la distribuzione percentuale delle frequenze assolute (o Valori Assoluti VA – numero dei casi che hanno indicato quella risposta) per le domande chiuse, di soddisfazione e per alcune domande aperte, (8-9-15-17 – utilizzo strumenti di valutazione, scale FPS validate e carte di rete, fattori facilitanti e miglioramenti proposti nell'organizzazione).

A. DOMANDE CHIUSE 1, 2, 3, 4 DI NATURA QUANTITATIVA (DOMANDE FILTRO, PRIMARIE E SECONDARIE)

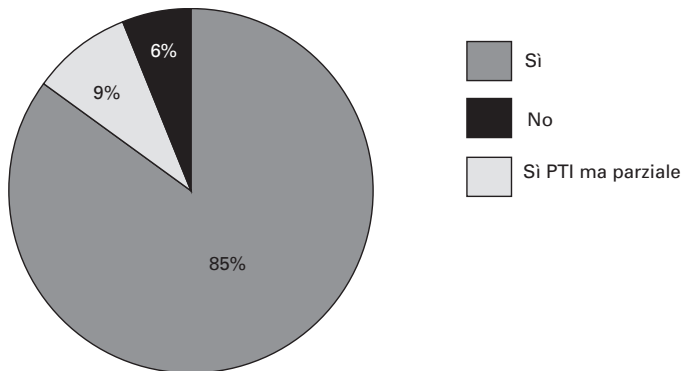
Le modalità di risposta sono indicate nei grafici con: NO – SI – ND (risposta non disponibile, mancata risposta); è stata riportata la frequenza assoluta e percentuale.

1. **Nel vostro CPS sono organizzati i percorsi di cura (consulenza, assunzione in cura, presa in carico)?**

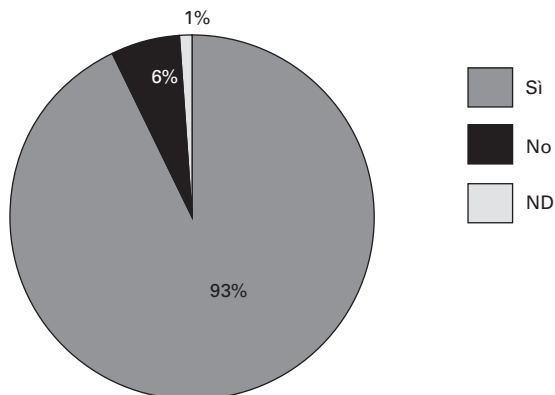
Se no, perché?



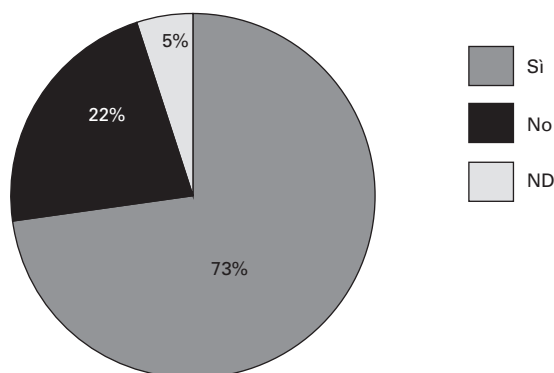
2. Il modello di PTI adottato presenta le aree di valutazione, di definizione del percorso e di intervento proposte nel corso? Se no, perché?



3. Nel vostro servizio è stata introdotta la figura del case manager nel PTI, come previsto? Se no, perché?



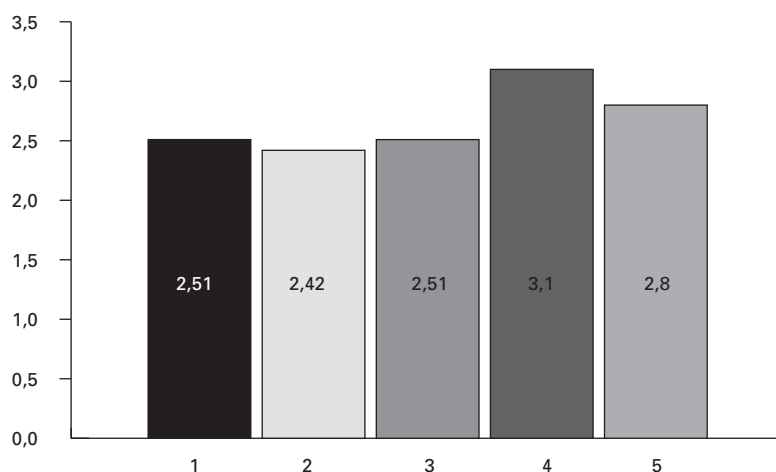
4. Se sì, nel vostro servizio l'adozione del case manager ha prodotto dei cambiamenti organizzativi?



B. DOMANDE 5, 6, 7, 12, 13 SUL LIVELLO DI SODDISFAZIONE

Per calcolare la media aritmetica dei livelli di soddisfazione è stato assegnato a ciascuna modalità di risposta il seguente punteggio: 0 = niente, 1 = molto poco, 2 = poco, 3 = abbastanza, 4 = molto.

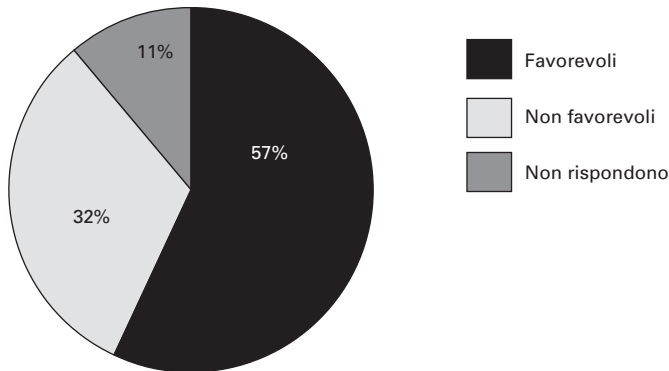
1	Domanda 5	L'adozione del case manager ha migliorato la raccolta e lo scambio di informazioni sul paziente all'interno dell'équipe?
2	Domanda 6	La nuova organizzazione del lavoro ha migliorato le relazioni e la comunicazione all'interno dell'équipe?
3	Domanda 7	L'adozione del case manager ha favorito rispetto all'organizzazione tradizionale l'effettiva conoscenza dei bisogni del paziente?
4	Domanda 12	Ritenete che con l'adozione del case manager il paziente riceva un'assistenza personalizzata?
5	Domanda 13	Rispetto all'organizzazione precedente, essere case manager vi fa sentire più responsabili?



C. DOMANDE APERTE 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18 DI NATURA QUALITATIVA
(CON RISPOSTE MULTIPLE)

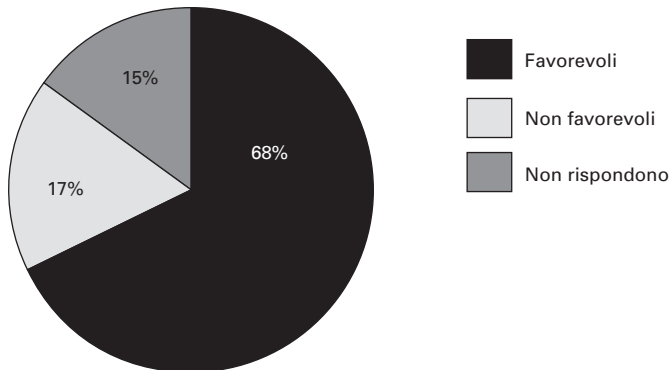
Per le domande 8 e 9, della sezione “strumenti di valutazione del funzionamento personale e sulla rete sociale” è stata riportata la distribuzione di frequenza assoluta e percentuale delle risposte, indicate nei grafici con: favorevoli, non favorevoli, non rispondono.

8. **Nell’applicazione dei contenuti, quali sono i punti di forza e quali di debolezza rispetto all’area del PTI: “funzionamento psicosociale e scale di FPS”?**



Rispetto allo strumento: 57% favorevoli, 32% non favorevoli, 11% non rispondono.

9. **Nell’applicazione dei contenuti, quali sono i punti di forza e quali di debolezza rispetto all’area del PTI: “valutazione della rete e carte di rete”?**



Rispetto allo strumento: 68% favorevoli, 17% non favorevoli, 15% non rispondono.

In una fase successiva, su una porzione dei VA (favorevoli), sempre per le domande 8 e 9 (in relazione alle scale di valutazione e alle carte di rete), si sono calcolate le frequenze relative e percentuali, con aggregazione delle risposte in base a un minimo comun denominatore (Figura 8.1).

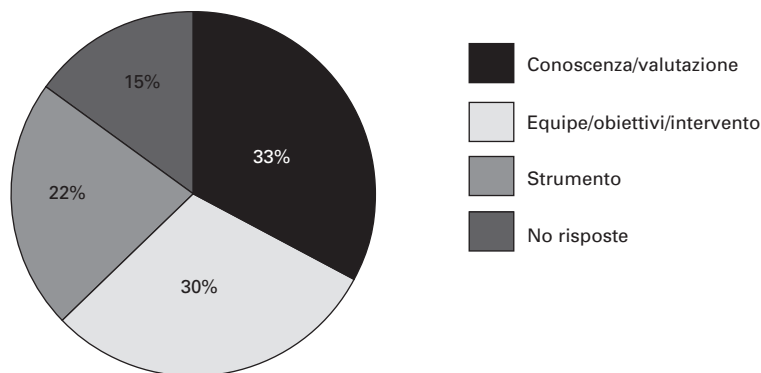


FIGURA 8.1 81 CPS/ambulatori lombardi. Domanda 8: scale FPS, punti di forza.

Domanda 8 scale FPS – punti di forza

33% Rispetto al processo di conoscenza e valutazione le scale FPS: migliorano la consapevolezza del servizio sulla situazione specifica; evidenziano non solo i problemi ma anche i punti di forza e le competenze del paziente; permettono un’analisi più dettagliata delle autonomie del paziente e ne consentono la partecipazione attiva; migliorano la valutazione dei bisogni e delle aree su cui intervenire; consentono di valutare in modo attendibile e documentato e possono essere ripetute a distanza di tempo con dati confrontabili.

30% Rispetto all’équipe, gli obiettivi e l’intervento, l’utilizzo delle scale: permette di indirizzare e definire meglio gli obiettivi del PTI prestando maggiore attenzione ai bisogni riabilitativi; consente di valutare i bisogni in équipe e di restringere il campo di azione evidenziando le priorità su cui agire, orientando le scelte terapeutiche, coinvolgendo il paziente e i familiari; permette inoltre di pianificare interventi strutturati e mirati, centrati su obiettivi individualizzati e realisticamente raggiungibili; introduce il monitoraggio costante nelle fasi del percorso di cura, con la possibilità di confrontare nel tempo i cambiamenti ed evidenziare i progressi nel percorso di cura del paziente; consente di “ri-tarare” e “ri-aggiornare” gli obiettivi anche nei casi di pazienti “cronici” “senza tempo”.

22% Rispetto allo strumento: in alcuni CPS vengono compilate scale, una o più tra queste: HONOS, VGF, VADO, GAF, BPRS, ERIRAO, CGI (Figura 8.2). Talune vengono definite utili e di facile utilizzo, rapide da compilare. In alcuni CPS gli strumenti sono in corso di valutazione/sperimentazione.

Domanda 8 – criticità

In 38 CPS sull’utilizzo delle scale FPS emerge la difficoltà nel coinvolgere tutti gli Operatori della micro-équipe negli incontri di valutazione, per mancanza di tempo e di risorse. Per molti Operatori le scale sono uno strumento ancora poco conosciuto e

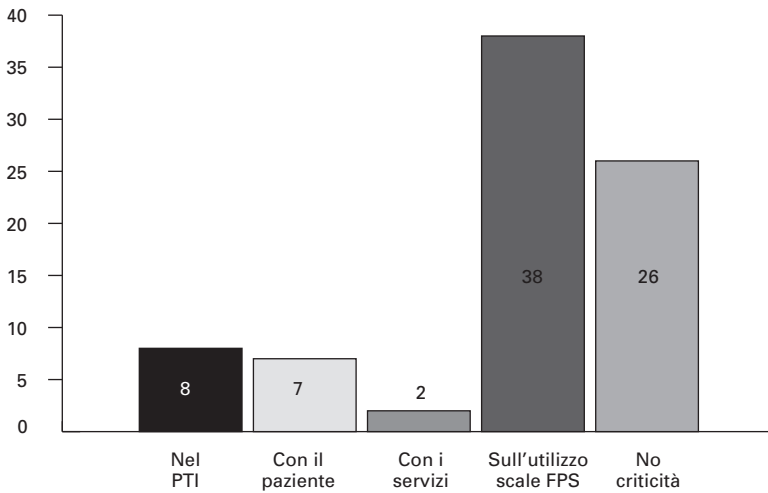


FIGURA 8.2 Risposte 81 CPS/ambulatori lombardi. Domanda 8: scale FPS, criticità.

risulta scarsa la formazione su questi temi specifici. In alcuni CPS nulla è stato ancora codificato e sviluppato nella modulistica in uso, risulta difficoltosa l'adozione sistematica di strumenti, alcuni considerati riduttivi, schematici, rigidi, con scarsa attenzione alle sfumature e altri troppo laboriosi. Secondo l'opinione espressa da altri CPS, non si riescono a valutare i miglioramenti a breve termine, la frequenza degli incontri di valutazione andrebbe regolata in base alle esigenze di cura, non con scadenze rigide, considerata la difficoltà a mantenere la tempistica (Figura 8.3).

In 8 CPS nel PTI vi è poca chiarezza nell'item di "valutazione del funzionamento psico-sociale" rispetto alla prassi operativa; viene sottolineata la genericità, l'inadeguatezza nella dizione dei livelli di funzionamento (troppo lineari, non esprimono complessità) e la non declinazione delle aree deficitarie.

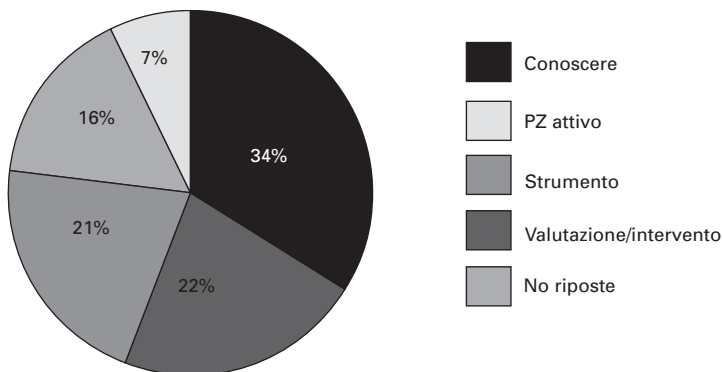


FIGURA 8.3 81 CPS/ambulatori lombardi. Domanda 9: Carte di rete, punti di forza.

In 7 CPS con il paziente l'uso degli strumenti ha creato, a volte, confusione e “scompenso” per limiti legati all'età, alla cronicità della malattia, con difficoltà a personalizzarli e concordarli con il paziente; per alcuni professionisti la scala FPS non permette una conoscenza sostanziale del paziente, la conoscenza è solo formale ed emerge la frustrazione dell'operatore.

In 2 CPS con i servizi risulta difficile la cooperazione ed emerge la complessità nel reperire le informazioni.

26 CPS non hanno espresso criticità.

Domanda 9 carte di rete – punti di forza

34% Conoscere: la carta di rete consente di conoscere il contesto socio-relazionale, orienta nell'individuazione dei legami significativi (densità e intensità) e permette di porre in evidenza risorse ambientali inedite, fornendo informazioni sul/sui “care giver/s”; consente inoltre di realizzare un approfondimento con il *case manager*.

22% Valutazione/intervento: la rete è un concetto cardine dell'équipe: impegna tutta l'équipe a esplorare e consente di lavorare e definire un progetto, un intervento; se condivisa è un punto di forza che permette di mettere in evidenza e di valutare in micro-équipe i legami significativi per l'utente, utili per incrementare la fiducia e la relazione di aiuto, fondamentale per il piano di cura. Inoltre impegna a un programma di “manutenzione” nel tempo della rete e diviene un impegno di tipo qualitativo nell'attività programmata.

21% Strumento: l'utilizzo dello strumento costringe a indagare la rete dell'utente e a darne visibilità;

L'evidenza grafica fornisce un'immagine immediata dei punti di riferimento del paziente: altamente informativa, esaustiva, di facile e veloce interpretazione, rappresenta un quadro chiaro per tutti.

7% Paziente attivo: l'utilizzo dello strumento “carta di rete” facilita una maggiore consapevolezza sulla propria rete da parte del paziente, ne promuove la partecipazione attiva facendo emergere il suo punto di vista. Nel servizio favorisce il superamento della visione dell'utente come individuo isolato.

16% Non risponde

Domanda 9 – criticità

In 35 CPS sull'utilizzo di tavole e carte di rete: la loro complessa compilazione, molto dettagliata, troppo approfondita, richiede tempo e risorse umane e questo pare risultati troppo oneroso per il servizio; per l'utilizzo degli strumenti sono richieste competenze, da parte degli operatori, e questo comporta un impegno significativo per la formazione e l'aggiornamento; alcuni CPS affermano che, anche se considerata un

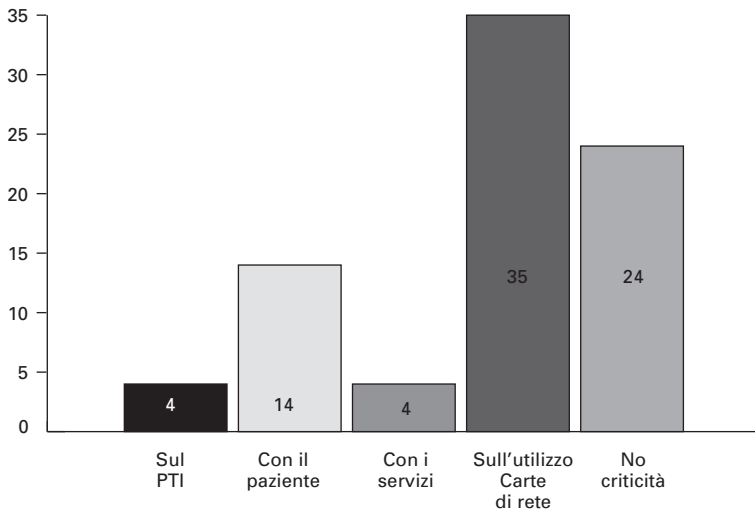


FIGURA 8.4 Risposte 81 CPS/ambulatori lombardi. Domanda 9: carte e tavole di rete, criticità.

valore, la carta di rete per il paziente può risultare ansiogena, complicata da compilare, troppo rigida con difficoltà a schematizzarla (Figura 8.4).

In 14 CPS con il paziente: risulta difficoltosa la raccolta dati e il reperimento delle informazioni, a volte la famiglia e il paziente mostrano scarsa collaborazione; per il servizio è oneroso in termini di tempo poiché implica molti incontri per farla con il paziente e difficoltà nel consolidare i legami nel medio-lungo periodo.

In 4 CPS sul PTI: viene indicato solo l'aspetto quantitativo (presente/assente), ma sarebbe utile indicare anche l'aspetto qualitativo (funzionale/disfunzionale); il PTI adottato non prevede un approfondimento di queste aree con conseguente scarsa esplorazione della rete.

In 4 CPS con i servizi: viene sottolineata la difficoltà a reperire partner territoriali e a interagire in modo efficace con gli altri servizi, evitando sovrapposizioni sullo stesso paziente.

Per 24 CPS no criticità

Per le domande 15, 17 della sezione “fattori facilitanti e miglioramenti nell'organizzazione ...”, viene riportata la frequenza assoluta e percentuale con aggregazione delle risposte.

15 quali fattori facilitanti per il servizio e per l'organizzazione del lavoro:

31% Microéquipe e spazi di condivisione: vengono ritenute importanti le riunioni, con la richiesta di maggiori spazi strutturati e una calendarizzazione degli incontri

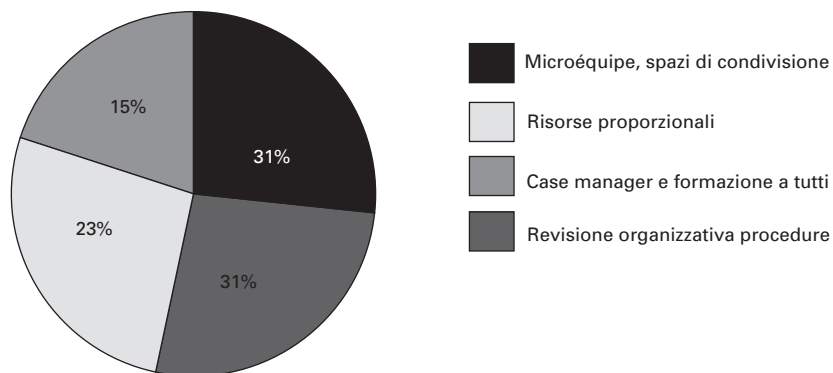


FIGURA 8.5 81 CPS/ambulatori lombardi. Domanda 15: quali fattori facilitanti per il servizio e per l'organizzazione del lavoro.

periodici di revisione per la valutazione degli esiti; viene sottolineata l'importanza di un "PTI subito" per i nuovi pazienti con percorso di "presa in carico" e la creazione di un archivio dedicato (Figura 8.5).

31% Revisione organizzativa procedure: il contesto organizzativo viene favorito dall'utilizzo di una metodologia di lavoro unica, a livello dipartimentale, con l'acquisizione di un linguaggio comune. Si ritiene utile una revisione organizzativa (atteggiamento positivo e proattivo) e la formulazione di procedure nell'uso degli strumenti che possa favorire una condivisione dello stile di lavoro.

23% Risorse proporzionali: un certo numero di operatori chiede risorse proporzionali al numero dei pazienti e ai carichi di lavoro.

15% Case manager e formazione a tutti: si rende necessario rinforzare la figura del *case manager* offrendo maggiore formazione e supervisione agli operatori, sul case management comunitario e sul modello dell'integrazione funzionale nella gestione del paziente con bisogni complessi. Alcuni sottolineano l'importanza per il servizio di dotarsi di un elenco dei *case manager*, altri propongono alla figura del *case manager* di esplorare la rete e reperire le informazioni utili per la compilazione delle scale FPS.

17 Quali miglioramenti proposti nell'organizzazione

60% A livello dell'organizzazione del lavoro: nella quasi totalità dei CPS sono stati già attivati:

1. modello PTI indicato nel PRSM 2004;
2. modello PTI informatizzato;
3. modello PTI rivisto nel dettaglio, comprensivo di scala FPS.

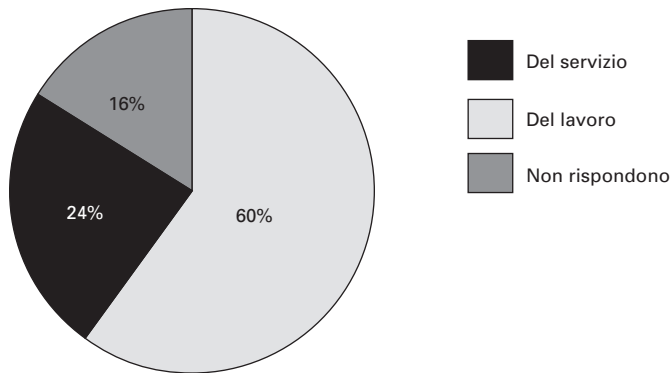


FIGURA 8.6 81 CPS/ambulatori lombardi. Domanda 17.

Per una minoranza di CPS il modello PTI è in valutazione (Figura 8.6).

Viene proposta l'integrazione di strumenti al modello PTI quali le scale FPS e le carte di rete.

24% A livello dell'organizzazione del servizio: sono stati proposti: gruppi di miglioramento dipartimentale e la creazione di un modello base informatizzato; viene dato l'input al *case manager* di compilare carta di rete e scala FPS.

In alcuni CPS la figura del *case manager* non è ancora stata introdotta (in valutazione).

16% Non risponde

Per le domande 10, 11, 14 della sezione "bisogni specifici, integrazione funzionale, lavoro d'équipe, *case manager*; ostacoli e difficoltà nell'applicazione di quanto appreso": sono stati riportati i *punti di forza* e le *criticità* con aggregazione delle risposte.

10. Nell'applicazione dei contenuti, quali sono i punti di forza e quali di debolezza rispetto all'area del PTI: "bisogni specifici, obiettivi e programma di cura"?

Punti di forza

L'80% delle équipes dei CPS: si è messa in gioco!

Il PTI facilita il contatto con il paziente: l'obiettivo è più chiaro e condiviso tra operatori e utenti, con maggiore consapevolezza del progetto e migliore comprensione della figura del *case manager*, con una responsabilità formalizzata.

Punti di debolezza

Emerge la difficoltà a quantificare i tempi di realizzazione del progetto, specie nei pazienti cronici; risulta difficile l'integrazione tra le figure professionali. Inoltre si fatica

a individuare i bisogni dei pazienti, vengono presi in maggiore considerazione gli obiettivi e non le strategie da adottare con difficoltà nella valutazione degli esiti. Il *case manager* è visto ancora come operatore di riferimento e si evidenzia la paura degli operatori di ricevere maggiore delega.

11. **Nell'applicazione dei contenuti, quali sono i punti di forza e quali di debolezza rispetto all'area del PTI: "integrazione funzionale, lavoro d'équipe e case manager"?**

Punti di forza

Rispetto all'integrazione funzionale: permette momenti di confronto interprofessionale e condivisione degli obiettivi con miglioramento nell'integrazione/condivisione/coinvolgimento di tutte le figure professionali presenti in CPS.

Rispetto al lavoro d'équipe: l'utilizzo del PTI aiuta a fare chiarezza su ruoli, funzioni e responsabilità e permette la formalizzazione delle microéquipe.

Rispetto al case manager: la raccolta, la condivisione e l'ottimizzazione delle informazioni in équipe, avviene attraverso l'individuazione del professionista, che assume la funzione di *case manager* e che favorisce la creazione di un progetto unitario e la definizione degli obiettivi da sviluppare, con un'attenzione particolare all'ambiente di vita delle persone. Il *case manager* svolge la funzione di garante sul monitoraggio continuo e sulla rapidità di intervento in casi di crisi; permette inoltre di sistematizzare la revisione del programma di cura dei pazienti.

Il professionista identificato come *case manager* coordina gli interventi riferiti al singolo utente e favorisce l'integrazione socio-assistenziale, nell'ottica di un miglioramento nella relazione medico/paziente. Il *case manager* diventa il punto di riferimento per il paziente e questo favorisce una maggiore fiducia tra paziente ed équipe curante.

Il *case manager* pone l'attenzione ai bisogni del paziente e ne favorisce l'autodeterminazione.

Il *case manager* si pone come intermediario fra assistito, rete comunitaria e servizio e svolge altresì la funzione di *advocacy* ("avvocato" del paziente e della continuità assistenziale).

Punti di debolezza

Rispetto all'integrazione funzionale: viene sottolineata la difficoltà a integrare competenze e priorità nel processo di cura, inoltre la diversità di formazione delle figure professionali porta a conflittualità interprofessionali e a processi decisionali orientati alle gerarchie.

Rispetto al lavoro d'équipe: emergono resistenze al cambiamento, difficoltà temporali a riunire la microéquipe e carichi di lavoro eccessivi.

Rispetto al case manager: riecheggia il limite, già evidenziato in altri ambiti, del fattore mancanza di tempo e spazio necessario a garantire incontri tra équipe e *case manager*, del fattore tempo trasversale richiesto dalle diverse attività del CPS, con ricadute sull'organizzazione. Viene posto l'accento sulle scarse conoscenze rispetto a ruolo e funzioni del *case manager* da parte della rete.

Per alcuni il tema risulta ridondante (se ne parla da tempo) e resta il problema della individuazione dei pazienti che necessitano del percorso territoriale di “presa in carico”.

14. Quali ostacoli o difficoltà avete incontrato, nell'ambito della situazione reale e del contesto organizzativo, nell'applicare quanto appreso?

Difficoltà

Rispetto al contesto organizzativo: difficoltà di integrazione/collaborazione con altre figure professionali e di condivisione delle linee di intervento; ostacoli di tempo-spazio-organizzazione per riunire le micro-équipe; conflittualità interprofessionale; resistenza al cambiamento.

Rispetto alla situazione reale: l'applicazione degli strumenti viene realizzata da pochi operatori, con difficoltà a superare un lavoro per compiti verso lavoro per obiettivi; difficoltà a individuare e attuare un metodo comune con utilizzo di uno strumento accurato; scarsa condivisione del modello proposto di *case manager*; alcuni CPS lamentano la presenza di attività improprie, con crescenti carichi di lavoro clinico e burocratico e difficoltà nel ripensare ai percorsi di cura dei pazienti già avviati; per alcuni pazienti, a causa della frequente instabilità delle condizioni psichiche, si assiste alla mancanza di una reale alleanza terapeutica; ci vogliono tempo e risorse umane, già carenti, anche per il lavoro di rete (dalla mappatura alla collaborazione/coinvolgimento della rete e mantenimento); difficoltà a individuare il numero di pazienti per *case manager*; faticosa la promozione della cultura del *case manager* fuori dai servizi; resistenza al cambiamento.

Per le domande 16, 18, della sezione “proposte di miglioramento...” sono state riportate le proposte formative e organizzative con aggregazione delle risposte.

16. Quali proposte di miglioramento avete elaborato in merito a eventuali esigenze di interventi formativi specifici?

Proposte formative

- Formazione sul campo estesa a tutte le figure professionali (modello integrato funzionale, scale di valutazione e carte di rete, lavoro d'équipe sul PTI).
- Integrazione multiprofessionale nel ruolo di *case manager*.
- Incontri per verifiche periodiche nel DSM – incontri di refresh.
- Formazione contemplata nel piano 2012 con gruppi di miglioramento.
- Condivisione PTI con altri servizi sanitari sul territorio Nucleo Operativo Alcologia (NOA) e Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T).

- Attivazione audit con CPS del DSM.
- Incontri coordinati con altri operatori già impegnati attivamente sul territorio (rete).
- Interventi formativi specifici con percorsi a piccoli gruppi.
- Test psicometrici (una risposta).

18. Quali proposte di miglioramento avete elaborato in merito alle modalità organizzative di applicazione del case manager?

Proposte organizzative

- Organizzazione, potenziamento e calendarizzazione delle microéquipe.
- Intensificazione momenti di riunione e verifica della micro-équipe per il PTI.
- Passaggio da attività per compiti ad attività per obiettivi.
- Omogeneizzazione dei criteri di individuazione dei pazienti.
- Applicazione della funzione di *case manager* a tutti i profili professionali.
- Maggiore spazio al *case manager* nelle riunioni di équipe e confronto con altri CPS almeno due volte l'anno con affiancamento (audit).

In conclusione, il modello organizzativo assistenziale del case management pare abbia tutte le potenzialità per modificare la pratica istituzionale e migliorare i processi, realizzando una sempre maggior aderenza ai principi di personalizzazione delle cure e di continuità assistenziale; l'interesse suscitato nei partecipanti e anche l'emotività da alcuni espressa al riguardo, testimoniano quanto questo tipo di lavoro tocchi effettivamente il cuore operativo dei centri psico sociali della nostra regione.

Analizzando l'andamento reale dell'impatto sui CPS e le ricadute clinico-organizzative per gli operatori e i servizi, come indicato da Éupolis Lombardia, si è osservato quanto tale pratica sia ancora da sostenere e incentivare anche con indicazioni regionali mirate.

MODELLI PROPOSTI: IL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI) COME STRUMENTO DI LAVORO IN PROGRESS E LE LINEE OPERATIVE PER IL CASE MANAGER⁵

Premessa

Pianificazione, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è: "applicazione razionale delle conoscenze umane all'assunzione delle decisioni che serviranno da fondamento all'azione dell'uomo. Il suo intento principale consiste nello stabilire relazioni tra i fini e i mezzi, per raggiungere i fini mediante l'impiego più efficace dei mezzi".

In ambito di salute mentale non è facile parlare di standardizzazione degli interventi. Protocolli, procedure e buone prassi devono necessariamente tenere conto di una delle peculiarità del 'fare in salute mentale': la plasmabilità della pianificazione

⁵ A cura di Vanna Poli, Cesare Moro e Giorgio Cerati

del trattamento individuale che deve essere rispondente alle caratteristiche del paziente e alla soggettività dei bisogni.

Il professionista deve però poter avvalersi di strumenti standardizzati utili al proprio lavoro in termini di efficacia ed efficienza. Strumenti che orientano la pianificazione individuale riconducendola alla chiarezza di contenuti essenziali attraverso un **linguaggio comune e condiviso**.

Questo breve paragrafo si prefigge lo scopo di dare evidenza al fondamentale utilizzo del Piano Terapeutico Individuale nella presa in carico del paziente complesso, con il modello di riferimento aggiornato già diffusamente in uso dopo il corso regionale, e di proporre linee di un procedimento possibile per l'individuazione e l'intervento del *case manager* (vedi Obiettivi di interesse regionale dei DG 2013 – DGR n. 63/2013).

Introduzione

Il Piano Regionale Salute Mentale (PRSM) nel declinare l'Individualizzazione del soggetto sottolinea come la multidimensionalità (organizzativa, professionale, clinica) deve accompagnarsi alla capacità di individualizzare, all'interno della più ampia proposta terapeutica, il percorso per ogni persona, calibrato sulle specifiche esigenze della sua situazione di malattia e di vita: i programmi di cura pertanto devono essere ricondotti ai relativi percorsi territoriali. Indica altresì che i programmi di presa in carico utilizzano lo strumento del Piano di Trattamento Individuale (PTI).

L'iniziale fretta di applicazione di quanto indicato dal PRSM e la successiva necessità di certificare l'effettiva “presenza” del PTI nella documentazione clinica del paziente, a nostro parere, aveva distolto dal corretto e completo utilizzo del PTI quale strumento funzionale al proprio di lavoro.

Rappresentativo fra tutti di un linguaggio comune, universalmente riconosciuto in ambito psichiatrico e psicologico è il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM) uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali più utilizzato dai professionisti della salute mentale in tutto il mondo. Ulteriore esempio ne è la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 10) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In Regione Lombardia pioniere di un *linguaggio comune* nell'identificazione dei trattamenti a favore dei pazienti seguiti dalle Unità Operative di Psichiatria è stato il sistema informativo PSICHE. Nato agli inizi degli anni '80 con una valenza di tipo epidemiologico e statistico, dopo circa un decennio utilizzato a macchia di leopardo, è successivamente diventato un sistema vincolante per tutti gli erogatori pubblici e privati. Il binomio “registrazione delle prestazioni = valorizzazione degli interventi” ha reso possibile in modo uniforme e omogeneo la diffusione del nomenclatore/glossario degli interventi attuati dagli operatori (Circolare 21/SAN e Circolare 46/SAN del 1998).

Il Piano Regionale della Salute Mentale (PRSM) del 17 maggio 2004 a sua volta ha puntualizzato le caratteristiche dei tre differenti percorsi di cura territoriali e ha così

uniformato i criteri generali di afferenza del paziente allo specifico percorso di cura, in relazione alle caratteristiche cliniche e all'impegno terapeutico e progettuale.

L'evoluzione del Piano di Trattamento Individuale (PTI)

Il PRSM del 2004 ha enunciato i requisiti minimi per una corretta stesura del PTI, strumento operativo della presa in carico, pensato quale supporto alla buona progettualità terapeutica per e "con" il paziente.

Gli elementi fondamentali, in alcune voci integrati e sviluppati qualche anno dopo nella riedizione del documento, evidenziano le motivazioni psicosociali che hanno fatto rilevare la necessità di una presa in carico; identificano gli obiettivi che il percorso terapeutico si prefigge; enunciano in forma prescrittiva ma "condivisa" gli interventi terapeutici più appropriati sui quali l'équipe multi professionale descritta nel PTI è impegnata.

Il percorso di cura di presa in carico di pazienti afferenti ai gruppi diagnostici (ICD 10) F2, F3, F6 e portatori di bisogni complessi, presuppone in modo vincolante la stesura del Piano Terapeutico Individuale e in maniera altrettanto indispensabile presuppone l'individuazione di un operatore *case manager* che deve risultare nel PTI.

Da non sottovalutare l'importanza, sovente trascurata, della sottoscrizione del piano di trattamento da parte del paziente, quando le condizioni cliniche lo consentano. Essa si configura sicuramente in una dimensione di sviluppo dell'empowerment che prevede il coinvolgimento del paziente nel processo decisionale. Quando il soggetto partecipa al processo decisionale del proprio percorso di cura (condivisione delle decisioni) è molto probabile che si ritenga più soddisfatto e che i risultati clinici migliorano: più consapevole delle decisioni prese, migliorerà l'aderenza al trattamento (Poletti, 2005).

La prima stesura del PTI pur prevedendo i contenuti indispensabili per la presa in carico, non fu da subito accompagnata, come già detto, da una diffusa consapevolezza della valenza dello strumento: tale consapevolezza è stata recuperata in seguito, dopo l'addestramento a tappeto di tutti gli operatori dei servizi territoriali al modello del Case Management con il corso regionale.

Nella Figura 8.7 viene riportata una scheda di sintesi proposta dal PRSM nel 2004.

L'importanza dello strumento di pianificazione

Il percorso di addestramento alla presa in carico sul modello del case management, oltre a proporre un'integrazione/sviluppo dei contenuti del PTI, ha sicuramente modificato negli operatori l'approccio a tale strumento di pianificazione.

Una delle ricadute attese dall'applicazione del modello appreso, e in diverse realtà sicuramente raggiunta, è l'implementazione del Piano di Trattamento Individuale nella sua forma più completa e di conseguenza utile all'équipe e all'organizzazione.

Partendo dalla definizione più rappresentativa coniata dal National Health Service UK (1998, citato in AA.VV. 2011) che il governo definisce clinico una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili a qualunque livello nel

PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI)

Nome _____ Cognome _____

Motivazioni della presa in carico:

- diagnosi (ICD 10) _____
- funzionamento psicosociale: ottimo buono moderatamente deficitario gravemente deficitario
- rete sociale/famigliare: presente deficitaria assente
- precedenti trattamenti psichiatrici: presenti assenti

Obiettivi del progetto di PTI:

Microéquipe:

Psichiatra: _____ Psicologo _____

Infermiere: _____ Educatore: _____

Assistente sociale _____

Referente del PTI (*case manager*): _____

Programma di cura

- Colloqui psichiatrici: SI NO (frequenza mensile: _____)
- Colloqui psicologici: SI NO (frequenza mensile: _____)
- Farmacoterapia: SI NO
- Psicoterapia: SI NO
- Interventi domiciliari: SI NO
- Coinvolgimento/sostegno ai famigliari: SI NO
- Interventi sociali: SI NO
- Attivazione risorse sociali (progetti con Enti pubblici, privato sociale, volontariato) SI NO
- Interventi riabilitativi: SI NO
- Interventi di inserimento lavorativo: SI NO
- Inserimento al CD: SI (sede del CD) _____ NO
- Inserimento in struttura residenziale (SR): SI NO
 se SI: tipo di SR _____ Sede della SR _____
- Sede di eventuali ricoveri ospedalieri: _____

Data compilazione PTI: _____ Data prevista revisione PTI: _____

Firma del case manager: _____

Firma del medico referente per il progetto: _____

Visto Direttore dell'UOP (o suo delegato): _____

Sottoscrizione da parte dell'utente: _____

FIGURA 8.7 Scheda di sintesi del Piano di Trattamento Individuale proposta dal PRSM.

sistema organizzativo (strategico, strutturale e operativo) del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale, è possibile affermare che l'utilizzo di strumenti di pianificazione è un significativo apporto al *clinical governance*.

Il professionista deve essere consapevole che utilizzare uno strumento di pianificazione aiuta l'orientamento e la scelta delle azioni da compiere verso ciò che si intende realizzare sulla base di obiettivi dichiarati.

Presuppone un pensiero critico da parte sia del singolo professionista sia dell'intera équipe e una valutazione dei bisogni terapeutici del paziente riposizionandoli in una scala di priorità che spesso non corrisponde a quella della loro prima lettura.

L'evoluzione dello strumento

Il Piano Terapeutico Individuale pone tutti i soggetti in esso enunciati (professionisti, paziente e la famiglia) da un ruolo passivo in un ruolo reattivo e proattivo.

Nell'evoluzione della scheda di PTI (Figura 8.8) ciò che deve essere rilevato come francamente significativo non è tanto la diversa strutturazione del format o la più completa declinazione dei singoli item, bensì la differente competenza con la quale l'operatore "addestrato" si appropria alla compilazione dello strumento.

Possiamo rilevare come il Piano di Trattamento Individuale abbia una duplice funzione (vedi i capitoli 1 e 3):

- in fase di valutazione del paziente funge da indice di riferimento per guidare l'operatore e l'équipe nell'affrontare tutti gli aspetti osservativi utili a rappresentare in modo completo la condizione psicosociale del soggetto: in altre parole, la diagnosi funzionale multidimensionale come base per la formulazione degli obiettivi;
- in fase di lettura delle informazioni rilevate e in esso correttamente compilate, esso consente al *case manager* e all'équipe multi professionale di gestire in maniera coordinata ed efficace il percorso terapeutico del paziente per il raggiungimento degli obiettivi.

Nella seconda edizione del PTI trovano maggiore declinazione gli aspetti relativi alla rete familiare e sociale descrivibili, nella fase di valutazione, con le carte di rete (vedi il Capitolo 2). Inoltre, nel programma di cura, nei campi relativi agli inserimenti lavorativi, interventi e attivazione di risorse sociali, l'operatore ha la possibilità di evidenziare in modo immediato gli enti e le agenzie che intervengono in questi ambiti. La raccolta di queste informazioni presuppone il coinvolgimento diretto di interlocutori che ruotano nel contesto di vita del paziente.

L'approfondimento di questi aspetti pone l'operatore e l'équipe nella condizione favorevole di cominciare a tracciare e intrecciare, fin dalla stesura del PTI, una rete di relazioni con soggetti che, in tempi e modi da definire, possono rappresentare una risorsa nel percorso terapeutico e/o nel progetto riabilitativo del paziente.

Logo azienda	Cognome	Nome
UOP	Data di nascita	Comune di residenza
CPS	Codice psiche	
Microéquipe di riferimento		
Psichiatra		Infermieri
Psicologo		
Educatore		
Assistente sociale		
Motivazioni della presa in carico		
Diagnosi (ICD 10): _____		
Funzionamento psicosociale		Moderatamente deficitario
		Buono
		Sufficiente
		Gravemente deficitario
Valutazione FPS effettuata	Con scala	Punteggio
	In riunione équipe	In data
Rete familiare		Presente
		Deficitaria
		Assente
Valutazione rete famigliare	Con	Punteggio
	In riunione équipe	In data
	Familiare di riferimento	
Rete sociale		Presente
		Deficitaria
		Assente
Valutazione rete famigliare	Con	Punteggio
	In riunione équipe	In data
Precedenti trattamenti psichiatrici		No
		SPDC
		SR
		Motivazione termine degenza SR
Compliance farmacoterapica		Costante
		Incostante
		Scarsa
		Nulla
Alleanza terapeutica		Costante
		Incostante
		Scarsa
		Nulla

FIGURA 8.8 Format di Piano di Trattamento Individuale.

Obiettivi del progetto di PTI			

Programma di cura			
Terapie farmacologiche		No	
		Si	Per OS
		Depot	
	Interventi	Frequenza	Operatore
	Psicoterapia individuale		
	Psicoterapia di gruppo		
	Psicoterapia familiare		
	Colloqui psichiatrici/visita psichiatrica		
	Colloqui psicologico-clinici		
	Interventi al domicilio		
Quali	_____		
	Interventi sul territorio		
Quali	_____		
	Coinvolgimento/sostegno famigliari		
Modalità			
	Inserimenti lavorativi	Agenzie da coinvolgere:	
Tipologia			
	Interventi sociali	Agenzie da coinvolgere:	
Tipologia			
	Attivazione risorse sociali	Agenzie da coinvolgere:	
Interventi riabilitativi			
	Tipologia	Sede	Data inserimento
	Interventi residenziali		
	Interventi semiresidenziali		
	Interventi di residenzialità leggera		
Data compilazione PTI _____		Data prevista revisione _____	
Identificativi per esteso		Firma	
<i>Case manager</i>			
Medico referente per il progetto			
Paziente			
Visto responsabile CPS			

 FIGURA 8.8 *Continua*

L'utilizzo della scala del Funzionamento Personale e Sociale (FPS), arricchisce ulteriormente il PTI di informazioni che inquadrano il paziente in una connotazione universalmente condivisa (vedi il Capitolo 1).

Riprendendo ora quanto enunciato nell'introduzione, possiamo affermare che la formazione del personale alla gestione della presa in carico del paziente complesso attraverso il modello del case management accomuna i diversi professionisti dell'équipe nell'utilizzo di un linguaggio comune e condiviso. L'utilizzo e il mantenimento di questo linguaggio univoco trova realizzazione proprio nel Piano di Trattamento Individuale: la sua compilazione fa convergere l'apporto di valutazioni multifunzionali e multidisciplinari, che si avvalgono di strumenti comuni e conosciuti da tutti i componenti dell'équipe (scale di valutazione, carte di rete, osservazione dei bisogni specifici), e quindi indirizza gli operatori a differenziare le competenze e nel contempo a integrare le funzioni nell'ambito della miniequipe responsabile del PTI.

La rivalutazione del PTI, sia essa in forma programmata o conseguente al modificarsi del quadro clinico e delle condizioni del paziente, oltre a essere un atto dovuto nell'agire professionale, rappresenta un fondamentale momento di confronto tra i membri dell'équipe, nonché un'occasione di manutenzione del modello applicato e del linguaggio comune utilizzato.

Nella Figura 8.8 viene rappresentato il format di Piano di Trattamento Individuale rivisitato e diffuso durante la fase centrale e successivamente sperimentato nella fase locale della formazione al case management.

Considerazioni di metodo

Il Piano di Trattamento Individuale deve essere prima di tutto uno strumento funzionale e, come tutti gli strumenti di lavoro, dovrebbe essere acquisito e ben accettato dall'équipe che lo utilizza. Stante che rappresenta una prima forma di accordo/contratto di alleanza terapeutica con il paziente, deve allo stesso modo corrispondere alle esigenze di lettura e di comprensione del paziente che lo sottoscrive.

Attraverso le schede di follow-up recuperate successivamente alla fase locale della formazione dei *case manager* nella psichiatria di comunità, sono stati raccolti suggerimenti utili a rendere migliore il PTI partendo dal punto di vista degli 'utilizzatori'.

Le indicazioni raccolte sono differenti e verosimilmente risentono di numerose variabili quali: le specifiche condizioni dei contesti di appartenenza (risorse, organizzazione, territorio, tipologia prevalente di utenti ecc.), il livello di apprendimento della formazione affrontata, il grado di adesione e implementazione del modello.

Le modifiche al PTI suggerite sono state in taluni casi di carattere riduttivo rispetto all'attuale format in uso perché ritenuto in alcuni punti ridondante di informazioni già contenute comunque nella documentazione generale del paziente in virtù di quanto previsto dalla presa in carico con la presenza del *case manager*. Altri suggerimenti sono orientati ad aumentare l'alleanza e la condivisione con il paziente e la famiglia nella stesura del PTI eliminando però alcune voci di carattere anamnastico ravvisabili anche

in altri punti della documentazione generale (precedenti trattamenti; diagnosi, punteggio FPS ecc). Altri ancora invece propongono ulteriori integrazioni con elementi aggiuntivi.

L'obiettivo di quanto evidenziato nel contenuto di questo capitolo e dalla raccolta di aspetti positivi/negativi e proposte di miglioramento del Piano di Trattamento Individuale attualmente in uso non è quello di redigere un format che corrisponda alle aspettative di tutti. Sarebbe quanto mai impossibile e comunque presuntuoso. Risulterebbe poco rappresentativo delle diverse realtà istituzionali e organizzative.

È auspicabile invece che, successivamente alla concettualizzazione dell'utilizzo del PTI quale strumento fondamentale della presa in carico, ciascuna realtà organizzativa apporti al format le integrazioni che ritiene più utili per il proprio contesto operativo, senza alterarne la struttura fondamentale.

Il rimando che ci pare utile poter rappresentare è che più lo strumento del PTI viene utilizzato in maniera comunitaria, in un contesto di équipe (micro o allargata), maggiore è l'adesione ai criteri di presa in carico che in esso sono enunciati e migliore è il suo utilizzo.

Il Piano di Trattamento Individuale, come qualsiasi forma di pianificazione, deve essere considerato uno strumento in progress e pertanto in grado di modificarsi al modificarsi dei contesti e della domanda, forte però del modello concettuale operativo che lo sostiene.

Modelli operativi

Oltre al modello di PTI da perfezionare, è importante ricordare che la definizione del PTI rappresenta l'atto formale della presa in carico. Lo sforzo delle équipe è quello di arrivare a definire una modalità operativa, un procedimento che permetta la stesura del PTI solo dopo aver analizzato gli elementi motivanti la presa in carico: diagnosi nosografica, gravità clinica, funzionamento sociale, caratteristiche della rete familiare e sociale, precedenti trattamenti psichiatrici.

Particolare significato rivestono quindi le prime due fasi dell'incontro con la persona: l'accoglienza e la valutazione. Una definizione del percorso di cura che abbia alle spalle modalità standardizzate di accoglienza e di valutazione risulta essere più agevole e permette di identificare con maggiore chiarezza gli obiettivi da perseguire.

La possibilità di strutturare fasi diverse permette di intravedere una sorta di definizione del percorso del paziente all'interno del percorso di cura della presa in carico.

Effettuate le fasi di accoglienza e di valutazione, il primo passaggio è definire se la persona ha le caratteristiche per essere definito paziente e, nel caso di presa in carico, paziente grave: il primo passaggio, quindi, consiste nella diagnosi clinica-nosografica. Importante è ricordare che spesso non è sovrapponibile la gravità diagnostica alla presa in carico, come nelle situazioni in cui il livello di collaborazione del paziente e la possibilità di monitorare adeguatamente il caso possono permetterne una corretta gestione attraverso un'assunzione in cura.

Qui si inserisce un aspetto di rilievo riguardo ai criteri di selezione dei pazienti, che pone problemi sia di discrezionalità sia rispetto al numero di prese in carico con PTI e

case manager che un CPS può essere in grado di gestire: il parere unanime è di distinguere bene tra PTI ‘a bassa intensità’ ove prevale spesso il compito formale, da quelli di pazienti per i quali vi è la necessità d’‘interventi intensivi’, persone giovani o con frequenti riacutizzazioni, che richiedono un impegno notevole. Si è inoltre persuasi che difficilmente un *case manager* possa operare bene con un carico superiore a 10 casi ad alta intensità (modello PACT – Programs for Assertive Community Treatment).

La fase successiva è fondamentale: la valutazione della rete familiare e di quella sociale attraverso l’utilizzo delle carte di rete e delle tavole del sostegno (vedi il Capitolo 2) che permettono di evidenziare gli eventuali care givers o partner anche istituzionali che possono o devono essere mobilitati. Reti sociali e familiari assenti o inadeguate sono elementi che, unite alla gravità clinica, concorrono alla diagnosi funzionale che determina l’attivazione del PTI. L’altro elemento da considerare è il funzionamento psico-sociale della persona, per il quale occorre fare buon utilizzo delle scale di valutazione FPS che ne danno evidenza.

È subito dopo questa fase, che va a completare tutta la fase di valutazione, che si costituisce la micro-équipe di riferimento e che, disponendo degli elementi essenziali per la definizione di ‘paziente grave e con bisogni complessi’, si individua il *case manager* del caso. Si rimanda a quanto evidenziato nei precedenti capitoli, in particolare il 7, e nel paragrafo successivo il dettaglio delle attività che vengono attribuite a tale operatore.

Circa la scelta di chi sarà il *case manager*, è opportuno che tale figura sia individuata in un operatore non medico scegliendo tra una delle professioni dell’area sanitaria e tecnico-riabilitativa. Si deve comunque tenere presente che è preferibile, se pur in teoria non indispensabile, che tale operatore abbia una relazione significativa con l’utente poiché fondamentale è la possibilità che i trattamenti siano veicolati da un operatore che funga da intermediario con l’équipe al fine di ricercare il consenso al trattamento e al progetto. Un’altra modalità possibile è che il *case manager* venga scelto in funzione dei bisogni specifici della persona. La rilevazione dei bisogni (vedi capitoli 1 e 3) è un passaggio delicato nella pianificazione del PTI. Spesso un’analisi superficiale, non integrata, non condivisa dalla micro-équipe, porta all’elaborazione di PTI che potremmo definire ‘standard’ applicabili a tutti senza quelle caratteristiche di personalizzazione che invece qualificano l’intervento.

A questo proposito va sottolineata la funzione essenziale del rapporto personale con il paziente, che offre elementi decisivi di conoscenza rispetto alla diagnosi funzionale, e dell’osservazione delle sue relazioni significative: infatti, il modello dell’integrazione funzionale (vedi capitoli 1 e 3) si applica a partire dall’incontro con il paziente, dalla rilevazione delle emozioni che suscita nei singoli e nel gruppo degli operatori, dal lavoro di integrazione della mini-équipe, per giungere a stabilire gli **obiettivi** e a offrire risposte integranti attraverso interventi programmati e coordinati, con risorse da reperire tra gli strumenti terapeutico-riabilitativi (vedi il capitolo 4) e/o tra i soggetti della rete (vedi i capitoli 3 e 5).

Gli interventi trovano la loro ragione nella fase di definizione degli obiettivi: obiettivi generali che devono essere declinati in obiettivi definiti e specifici che si ritengono

attuabili e siano di semplice comprensione per il paziente. Sarebbe utile individuare ed esplicitare già in questa fase l'indicatore di risultato atteso e le attività o azioni da intraprendere per raggiungerlo, cosicché anche le verifiche possano essere meglio indirizzate.

In ultimo il progetto deve essere sottoposto alla persona per presa visione e condivisione quando le condizioni cliniche non lo impediscano.

Un'istantanea del lavoro di *case manager*

In quest'ultimo paragrafo intendiamo affrontare il tema delle funzioni del *case manager* secondo quanto emerso durante il percorso formativo di formazione regionale dell'area "Case management – nuove politiche per la salute mentale" – anno 2010-2012 –, sia in fase centrale sia in quella locale. Quanto descritto di seguito vuole essere un contributo alle équipes dei CPS nella definizione di linee di indirizzo per l'individuazione e assegnazione di attività al *case manager*. Nella realtà del Centro Psicosociale, l'operatore *case manager* viene individuato all'interno della micro-équipe di riferimento del paziente a seconda della prevalenza del bisogno individuato e viene formalizzato in tale ruolo nel Piano di Trattamento Individuale.

Il *case manager* è il referente del percorso di cura, si fa garante della presa in carico, lavora e agisce secondo le indicazioni condivise all'interno dell'équipe: semplificando il concetto, il *case manager* lavora e opera 'in nome e per conto' dell'équipe. Altre definizioni possono aiutare a identificare alcuni compiti particolari svolti dal *case manager*: 'agente di reinserimento sociale' oppure 'guida', cioè la persona significativa verso la quale tutti si rivolgono.

Egli ha un ruolo centrale e specifico nel progetto di cura poiché si colloca alla confluenza tra il soggetto, le istituzioni, i gruppi comunitari, nonché i sistemi informali di aiuto. Occorre qui richiamare il punto sull'**intermediario**, già svolto in modo approfondito nei precedenti capitoli 1, 3 e 7, come aspetto cruciale dell'agire dell'operatore, tipicamente *case manager*, secondo il modello dell'integrazione funzionale: non solo in quanto scandisce e integra gli interventi dell'équipe del progetto di presa in carico (PTI), ma ancor più profondamente in quanto sa intermediare tra i bisogni dell'area di sicurezza (dalla simbiosi alla residenza emotiva) e le esigenze di emancipazione ed evoluzione matura, non velleitaria (dalla riabilitazione all'inclusione sociale e lavorativa).

Nell'assumere funzione di *case manager* (come attività svolta da un soggetto nell'interesse altrui, non nel proprio), il professionista (soprattutto non medico) trova espressione di una propria autonomia giocata in giusto equilibrio con le altre figure che compongono l'équipe multiprofessionale.

Sebbene la letteratura affermi che le funzioni di questa figura possono essere svolte in teoria dai diversi membri dell'équipe, durante il percorso formativo, raccogliendo le riflessioni dei diversi gruppi di lavoro dei servizi territoriali regionali si giunge alla conferma che generalmente il *case manager* è identificato in un professionista non medico, il cui lavoro è sostenuto da opportuna formazione. Anche altre esperienze molto significative (per esempio, nel Québec) concordano su questo.

Durante il percorso formativo si è evidenziato come l'infermiere, per la propria competenza, sembri essere un professionista adatto a instaurare una relazione significativa con il paziente di cui diventa spesso il punto di riferimento, senza certamente dimenticare l'apporto degli operatori dell'area educativo-riabilitativa.

La competenza dell'infermiere è formata dalla combinazione di conoscenze, capacità/abilità professionali e orientamenti che consentono al professionista di sapere individuare la domanda, leggere il bisogno, pianificare e attuare una risposta adeguata in tempi e modalità convenienti.

Attraverso l'analisi dei bisogni della persona con disturbi psichici, il *case manager* gestisce la presa in carico in collaborazione con il paziente, la famiglia, la rete sociale di riferimento gestendo il proprio ruolo appunto all'interno dell'équipe multiprofessionale.

Le parole chiave che sottendono il lavoro del *case manager* sono la **responsabilità gestionale** nei confronti del paziente e del progetto di cui è coordinatore e la **continuità operativa e comunicativa** che deve mantenere e garantire tra i diversi attori che intervengono nel progetto: in tal senso si è più volte chiarito che il *case manager* non si assume responsabilità cliniche o assistenziali diverse da quelle del proprio ruolo professionale, al pari di tutti gli altri membri della mini-équipe, compreso il medico, ma che egli diviene un 'responsabile di processo', colui che assicura l'attuazione effettiva del PTI rispetto al progetto stabilito insieme (interventi, appuntamenti, scadenze, verifiche ecc.).

Attraverso la funzione di coordinamento e di collegamento, svolge – con gli operatori dell'équipe – un compito di accompagnamento in un sistema complesso: quello delle risorse istituzionali e comunitarie. È il garante della continuità delle cure, la loro appropriatezza e la tempestività dell'intervento all'interno del servizio in cui opera e negli altri servizi dell'Unità Operativa.

È nelle funzioni del *case manager* mettere in atto una lettura dei bisogni psicosociali, assistenziali del paziente e di conseguenza programmare e coordinare gli interventi e le azioni specifiche coerenti con il Piano di Trattamento Individuale. L'insieme delle cure erogate ha lo scopo di migliorare, mantenere e ristabilire il benessere dell'individuo.

Il *case manager* diventa la persona 'chiave' che si posiziona strategicamente nei punti critici del funzionamento del paziente e/o nei punti di possibile vuoto nella continuità dei servizi necessari all'assistito e agisce in prima persona o attraverso gli operatori che coordina:

1. garantendo interventi di supporto, accompagnamento, educativi, assistenziali, riabilitativi e mantenendo una costanza di rapporto con il paziente, sulla base dei suoi bisogni specifici, anche in caso di ricoveri ospedalieri o residenziali;
2. assicurando una maggiore protezione terapeutica al paziente e alla sua famiglia ed entrando nel contesto di vita per facilitare la riacquisizione delle abilità legate al vivere quotidiano compromesse dallo stato di malattia: dalla cura della propria persona a quella dell'ambiente in cui vive, dalla compliance al trattamento (non solo farmacologico) alla gestione del denaro, orienta e supporta l'inserimento lavorativo e/o lo studio, favorisce la realizzazione e il consolidamento della propria autonomia.

Grazie alla rilevazione e costante mobilitazione e aggiornamento della **rete** di rapporti che caratterizzano il contesto sociale del paziente:

1. svolge un'attività focalizzata sulla relazione della persona con se stessa e con gli altri all'interno del contesto interpersonale. Nello svilupparsi del programma terapeutico il case manager stesso si troverà rappresentato tra gli elementi/soggetti della carta di rete del paziente;
2. facilita il passaggio di informazioni sul paziente da condividere in équipe, anche attraverso la corretta tenuta della documentazione clinica;
3. monitora le fasi del progetto terapeutico in relazione alla rivalutazione periodica dei bisogni della persona, ai tempi e alle risorse impegnate o impiegabili;
4. si assicura che la micro-équipe sia coesa e che i singoli operatori si attivino realizzando gli interventi concordati;
5. si impegna affinché vengano rispettate le verifiche utili a valutare il raggiungimento o meno degli obiettivi previsti ed eventualmente a ridefinire il PTI;
6. dove realizzabile, monitora l'andamento della presa in carico anche in termini di ricaduta qualitativa percepita dall'utente e dal suo contesto familiare e sociale.

Come enunciato all'inizio del paragrafo, il *case manager* è porzione e parte integrante di un gruppo di lavoro: l'équipe multiprofessionale. Il gruppo di lavoro (vedi il capitolo 6), al fine di essere funzionale al lavoro del *case manager* (e viceversa), deve riuscire a rispondere a due differenti mandati: uno gestionale e l'altro clinico. In quello gestionale concorrerà alla definizione del progetto sulla base dei contenuti a disposizione (diagnosi funzionale, obiettivi, programma di cura) mentre, in quello clinico avrà la funzione attenta e partecipe di osservare e monitorare la relazione con il paziente nel suo svolgersi.

Sempre richiamando un assunto fondamentale, la formazione e l'aggiornamento sono strumenti che validano e promuovono la professionalizzazione di ogni operatore. Conoscenza ed esperienza operativa sono gli elementi che compongono la competenza specifica che può essere a sua volta orientata a costruire il profilo di *case manager* e a concorrere all'uso e mantenimento di buone pratiche assistenziali, cliniche, riabilitative ed educative orientate all'efficacia degli interventi. Il riconoscimento di nuove competenze potenzia la capacità e la qualità di risposta ai bisogni del paziente e insieme arricchisce l'individuo e il gruppo di lavoro nel quale opera.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2010), *Case management in psichiatria, un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie*. Atti, Update International Congress, Milano.
- AA.VV. (2011) 6a Conferenza Nazionale GIMBE. Atti, Bologna, febbraio 2011 (NHS White Paper: A First Class Service 1998).

- AA.VV. (ASL Brescia, AO Spedali Civili di Brescia, AO Mellino Mellini, AO Desenzano del Garda) (2011) *Integrazione del trattamento nella presa in carico del paziente psichiatrico grave*, Corso SDS 10037.
- Chiari P., Santullo A. (2011) *L'infermiere case manager – Dalla teoria alla prassi*, E 2/e, McGraw-Hill, Milano.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition, APA 2012.
- Guay J. (2000) *Il case management comunitario*, Liguori, Napoli.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, OMS 1990-1994.
- Petrovich L., Percudani M., Ferla M.T. et al. (2006) Il Piano Regionale per la Salute Mentale della Regione Lombardia: nuove prospettive e opportunità, *Quaderni Italiani di Psichiatria*, vol XXV, Milano.
- Poletti P. (2005) L'empowerment del cittadino utente, *Care*, 2.
- OMS: World Health Organization www.who.int

Riferimenti normativi

- Deliberazione Giunta Regionale della Lombardia 17 maggio 2004 n. 17513 *Piano Regionale triennale per la salute mentale in attuazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004.*
- Decreto Direttore Generale Sanità – Regione Lombardia 1 luglio 2004 n. 11132 *Bando di invito per la presentazione di programmi innovativi per la salute mentale in attuazione della DGR 17.05.2004 n. 17513 Piano regionale triennale per la salute mentale.*
- Decreto Direttore Generale Sanità 24 novembre 2009 n. 12404 *Conferimento a IREF – Istituto Regionale Lombardo per la Formazione del Personale della Pubblica Amministrazione – dell’incarico di attuare il Programma di formazione rivolto agli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale di cui alla DGR 26 novembre 2008 n. 8501.*
- Decreto ministeriale 14 settembre 1994 n. 739 *Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere.*
- Deliberazione Consiglio Regionale della Lombardia 13 marzo 2002 n. 462 *Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004: Libertà e innovazione al servizio della salute.*
- Deliberazione Consiglio Regionale della Lombardia 13 marzo 2002 n. 462 *Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004: Libertà e innovazione al servizio della salute.*
- Deliberazione Giunta Regionale della Lombardia 17 maggio 2004 n. 17513 *Piano Regionale triennale per la salute mentale in attuazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004.*
- Deliberazione Giunta Regionale della Lombardia 17 maggio 2004 n. 17513 *Piano Regionale triennale per la salute mentale in attuazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004.*
- Legge 26 febbraio 1999 n. 42 *Disposizioni in materia di professioni sanitarie.*
- Deliberazione Giunta Regionale della Lombardia 26 novembre 2008 n. 8501 *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l’esercizio 2009. Allegato 11: Sviluppo e innovazione in psichiatria: linee di indirizzo triennali.*
- Deliberazione n. VII/17513,17 Maggio 2004, *Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004.*
- Deliberazione VII/0462,1 3 Marzo 2002, *Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004.*
- Legge 13 maggio 1978 n. 180 *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.*
- Legge Regionale 11 luglio 1997 n. 31 *Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali.*
- Decreto del Presidente della Repubblica 1 novembre 1999 *Progetto Obiettivo Nazionale “Tutela della Salute Mentale 1998–2000”* (Gazzetta Ufficiale 22 novembre 1999 n. 274).

Legenda acronimi

AUS	Drake Rating Scale for Alcohol Use
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CAN	Camberwell Assessment Of Need
CGI	Clinical Global Impression
CPS	Centro Psico-Sociale
CPT	Centro di Permanenza Temporanea
CR	Comunità Riabilitativa
CRA	Comunità Riabilitativa ad Alta assistenza
CRT	Centro Residenziale Terapeutico-riabilitativo
DD	Dual Disorders/Dual Diagnosis
DRG	Diagnosis Related Group
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
DUS	Drake Rating Scale for Drug Use
EE	Emotività Espressa
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ERIRAOS	Early Recognition Inventory-Retrospective Assessment Onset ff Schizophrenia
FMRI	Risonanza Magnetica Funzionale
FPS	Funzionamento Personale e Sociale
GAF	Global Assessment Of Functioning
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
INT	Integrated Neurocognitive Therapy
IPS	Individual Placement and Support
IPT	Terapia Psicologica Integrata
LSP	Life Skills Profile
MMG	Medico di Medicina Generale
NIL	Nucleo Inserimento Lavorativo
NOA	Nucleo Operativo di Alcologia
NPIA	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
OCSM	Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale

OP	Ospedale Psichiatrico
OPG	Ospedale Psichiatrico Giudiziario
PACT	Program of Assertive Community Treatment
PADDI-DSM	Psychiatric and Addictive Dual Disorder In Italy
PRSM	Piano Regionale per la Salute Mentale
PSSR	Piano Socio-Sanitario Regionale
PTI	Piano di Trattamento Individuale
PTR	Progetto Terapeutico Riabilitativo
QF	Qualità e Formazione
RPS	Riabilitazione Psico-Sociale
Ser.T.	Servizio per le Tossicodipendenze
SIL	Servizio Inserimento Lavorativo
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SR	Struttura Residenziale
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
UFE	Utenti Familiari Esperti
UNODC	United Nations Office On Drugs and Crime
UONPIA	Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
UOP	Unità Operativa di Psichiatria
VADO	Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi
VGF	Valutazione Globale di Funzionamento

