



**Società Italiana di
Riabilitazione Psicosociale**

CONVEGNO

REGIONALE

Puglia - Campania

Riabilitazione psicosociale

e

Percorsi di Cura

Recovery ed appropriatezza

BARI

Giovedì 19 Giugno 2014

Hotel Majesty

ore 08.30 – 19.00

REPORT CONVEGNO REGIONALE SIRP PUGLIA

“RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE E PERCORSI DI CURA RECOVERY ED APPROPRIATEZZA”

BARI, 19 GIUGNO 2014

a cura della dr.ssa Maria Vincenza Minò e della dr.ssa Antonella Vacca

Dr. P. Nigro – Introduzione ai lavori

Il documento AGENAS - GISM dal titolo “Le strutture residenziali psichiatriche” presenta importanti aspetti relativi alla riabilitazione psicosociale. I suoi punti salienti consistono nel concepire per le attività riabilitative e assistenziali, un gradiente di intensità. Da ciò discende la possibilità di pensare la residenzialità strutturata per intensità di trattamento e per programmi e tipologie di intervento. L’orientamento sull’intensità del trattamento riabilitativo e sul livello assistenziale deriva da aspetti psicopatologici (gravità e complessità del quadro clinico, stabilità clinica) e dal livello di funzionamento psicosociale. L’obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli:

- Il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa;
- Il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.

Il concetto nucleare del documento che si inserisce in un articolato filone teorico-organizzativo (a partire dal PON 1998. Linee guida riabilitazione 1998. Progetto Mattone 12 del 2007, Piano riabilitazione 2011, PANSM 2013, et al.) è rappresentato dalla proposta di distinguere le strutture residenziali secondo il grado di trattamento terapeutico - riabilitativo e in secondo luogo di far sì che ai diversi gradi di trattamento corrispondono differenti profili di bisogni dei pazienti. A proposito del profilo dei soggetti interessati, il documento è nitido nel precisare che la residenzialità di cui si occupa è quella rivolta a:

- Disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro autistico;
- Sindromi affettive gravi;
- Disturbi della personalità, con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale.

Gli interrogativi che gli esperti si pongono sono relativi all’efficacia degli interventi psicosociali, soprattutto nella pratica; quando, come utilizzarli e con quali obiettivi.

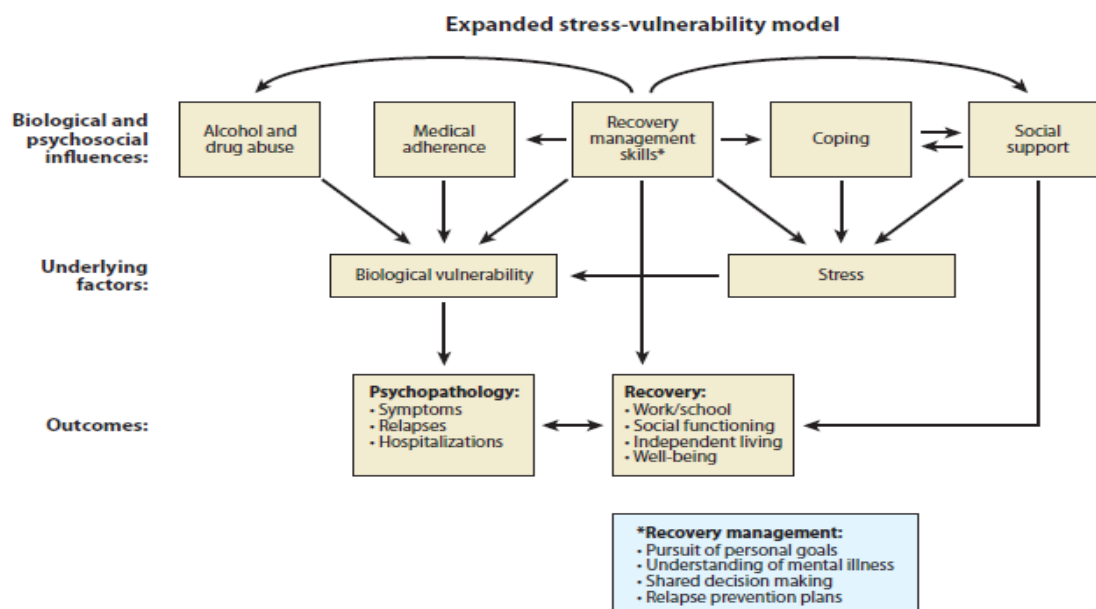


Figure 1
Components of the expanded stress vulnerability model, including recovery management.

Il “Modello stress-vulnerabilità” di Mueser et al. postula come causa primaria la vulnerabilità psicobiologica determinata sin dai primi anni di vita da fattori genetici, ambientali ad es. complicanze ostetriche a cui si associano i fattori di tipo stressante. Una volta sviluppato il disturbo schizofrenico gli eventi di vita caratterizzati da forte stress, i conflitti interpersonali, le stesse condizioni di vita precarie incidono sulla vulnerabilità biologica accentuando la possibilità di recidive. D’altro canto la capacità di coping e il supporto sociale possono ridurre gli effetti dello stress sulle recidive dei sintomi. Tale modello suggerisce che le recidive e i ricoveri possono essere ridotte attraverso la prescrizione di farmaci antipsicotici, evitando l’abuso di sostanze e riducendo lo stress. Il modello ampliato di stress-vulnerabilità include la recovery in termini di funzionamento del ruolo; il benessere e ai sintomi come risultato. Inoltre, la capacità di gestione della stessa recovery include il perseguimento di obiettivi personali e la comprensione della malattia mentale. Il modello ampliato sottolinea l’importanza di sostenere il ruolo attivo dell’utente nel trattamento, in particolare nel raggiungimento dei risultati desiderati, nella scelta dei metodi per il trattamento e nell’aiutare le persone a sviluppare capacità di autogestione della malattia al fine di perseguire i propri obiettivi.

Psychosocial Treatments for Schizophrenia

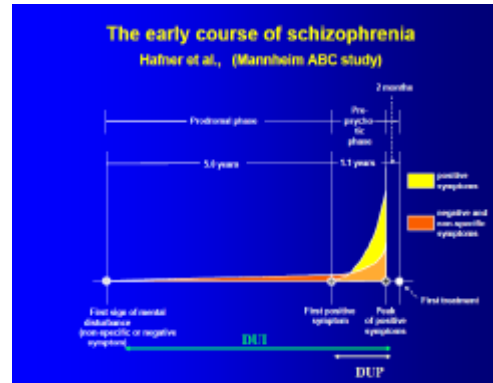
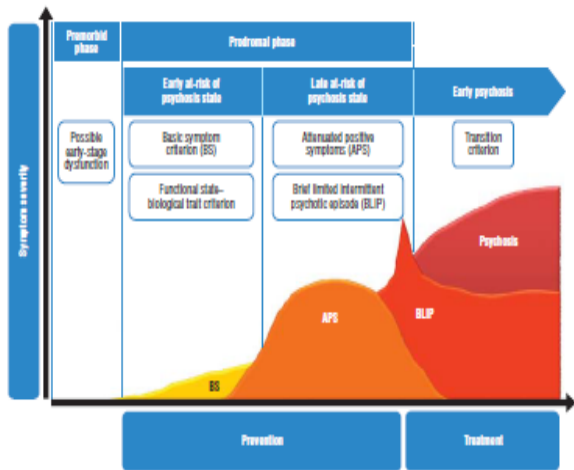
Kim T. Mueser,¹ Frances Deavers,²
David L. Penn,³ and Jeffrey E. Cassisi²

Table 1 Primary domains targeted by psychosocial interventions for schizophrenia

	Core psychopathology		Psychosocial functioning				Comorbid conditions		
	Symptoms/ relapses	Cognitive impair- ment	Overall	Work/ school	Social/ leisure	Self-care	Substance abuse	Trauma/ PTSD	Physical disease
Evidence-based treatments									
CBT for psychosis	X		X						
Cognitive remediation		X							
Family psychoed- ucation	X		X						
Illness self- management training	X		X						
Social skills training			X		X	X			
Supported employment				X					
Promising practices									
Cognitive adaptive therapy	X					X			
CBT for PTSD								X	
Healthy lifestyle interventions									X
Integrated treatments for co-occurring disorders							X		
Physical disease management									X
Social cognition training		X			X				
Supported education				X					

Come riassunto nella **Tabella 1** , quattro dei sei trattamenti evidence-based rappresentano il target principale della psicopatologia come due delle sette promettenti pratiche (“Promising practices). Inoltre , quattro di quest’ultime si concentrano sul trattamento delle condizioni di comorbidità . Da sottolineare che solo due interventi stabiliti hanno come obiettivo primario il miglioramento delle specifiche aree del funzionamento psicosociale (social skills training, occupazione supportata) e due promettenti pratiche (istruzione supportata , CAT) mentre gli altri quattro approcci includono la terapia cognitivo-comportamentale per il Disturbo Post-Traumatico da Stress (CBTp), la

psicoeducazione con le famiglie, la formazione sull'autogestione della malattia, la formazione sulla cognizione sociale.



Nella letteratura scientifica una ricca mole di dati evidenzia che intervenire precocemente negli esordi psicotici, riducendo la DUP (durata di psicosi non trattata), predice il miglioramento degli esiti, che vi è un periodo critico compreso tra due e cinque anni dall'esordio in cui è importante utilizzare interventi psicosociali oltre a quelli farmacologici, che i miglioramenti realizzati con tali interventi intensivi, presso servizi dedicati, possono essere conservati se si continuano ad erogare interventi psicosociali anche di minor intensità (Harrison 2001, Marshall 2005; Young 2002; McGorry 2013, Bertelsen 2008, Norman 2011). Numerosi dati di ricerca evidenziano che quanto più precoce è l'intervento nelle psicosi all'esordio tanto migliore è l'esito, sia sulle dimensioni cliniche che sul funzionamento psicosociale e che i risultati conseguiti con trattamenti psicosociali intensivi nei primi anni vengono conservati nel tempo, quando si garantisce la prosecuzione di cure di mantenimento (Marshall 2005, Opus Trial 2008, Norman 2011, Young 2012).

Il dr. Nigro procede con la citazione di alcuni articoli:

Il primo articolo :“Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohort of first episode patients: a systematic Review” (Associazione tra la durata della psicosi non trattata e gli outcome in coorti di pazienti al primo episodio: una revisione sistematica) di Max Marshall, MD; Shon Lewis, MD; Austin Lockwood, RMN; Richard Drake, PhD; Peter Jones, PhD; Tim Croudace, PhD.

CONTESTO: La Durata della psicosi non trattata (DUP) è il tempo dalla manifestazione del sintomo psicotico prima di iniziare il trattamento adeguato. È stato postulato che una DUP più lunga porta ad una prognosi peggiore . Se ciò corrisponde a verità , il risultato potrebbe essere migliorato attraverso la diagnosi precoce e relativo trattamento.

OBIETTIVI: il contrasto con la regolazione premorboza potrebbe stabilire se la DUP è associata con la prognosi e determinare tutte le associazioni.

CONCLUSIONI: Ci sono prove convincenti di una modesta associazione tra la DUP e il risultato ottenuto. Tutto ciò conferma la necessità di studi clinici che esaminano l'effetto di ridurre la DUP .

Il secondo articolo **“A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness”** (“Uno studio multicentrico randomizzato di integrazione rispetto al trattamento standard per i pazienti con un primo episodio di malattia psicotica”) di Lone Petersen, Pia Jeppesen, Anne Throup, May- Britt Abel, Johan Ohlenschlaeger, Torben Ostergaard Cristensen, Gertrud Krarup, Per Jorgensen, Merete Nordentoft.

TRATTAMENTO: Il trattamento integrato è durato due anni e consisteva in un trattamento assertivo comunitario con programmi per il coinvolgimento della famiglia e la formazione delle competenze sociali. Il trattamento standard è stato offerto in contatto con una comunità del centro di salute mentale.

CONCLUSIONI: Il trattamento integrato ha presentato miglioramenti nell' outcome clinico e nell'aderenza stessa al trattamento . Tale miglioramento clinico ha mostrato coerenza ad un anno e due anni di follow- up.

Il terzo articolo **“Symptom and functional outcomes for a 5 years early intervention program for psychoses”** (“ Sintomi ed esiti funzionali per un programma di intervento precoce di 5 anni per le psicosi ”) di Ross M.G. Norman, Rahul Manchanda, Ashok K. Malla, Deborah Windell, Raj Harricharan, Sandra Northcott.

La prevenzione e i Programmi di intervento Precoce per le Psicosi (PEPP) a Londra, offrono continuità di cura per cinque anni, con la riduzione del livello di intensità degli interventi specialistici dopo i primi due anni. I risultati indicano un miglioramento dei sintomi tra l'ingresso e due anni di follow - up e sono stati mantenuti a cinque anni. La continuità a lungo termine della cura all'interno del SEI è associata a benefici continui almeno per quanto riguarda il livello di sintomi positivi e il relativo funzionamento.

Il quarto articolo **“Dialectical Behavior Therapy Skills Use as a Mediator and Outcome of Treatment for Borderline Personality Disorder”** (Il Rapporto tra l'uso della terapia comportamentale come mediatore e i risultati del trattamento per il Disturbo Borderline di Personalità) di Andrada D. Neacsiu, Shireen L. Rizvi, and Marsha M. Linehan.

La mediazione della DBT ha generato una diminuzione dei tentativi di suicidio e depressione, l'aumento del controllo della rabbia nel corso del tempo.

Legge 30 Maggio 2014 n°81- Legge del superamento degli OPG.

TESTO AGGIORNATO DEL DECRETO-LEGGE 31 marzo 2014, n. 52

Testo del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 (in Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 76 del 1° aprile 2014), coordinato con la legge di conversione 30 maggio 2014, n. 81 (in questa stessa Gazzetta Ufficiale alla pag. 1), recante: «Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.». (14A04143)

(GU n.125 del 31-5-2014)

Vigente al: 31-5-2014

La chiusura degli OPG è fissata al 31 marzo 2015.

All'articolo 1:

«b) dopo il primo periodo sono aggiunti i seguenti: "Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una **misura di sicurezza**, anche in via

provvisoria, **diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario** o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. **Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali"**»;

a) al comma 6, dopo il terzo periodo sono inseriti i seguenti: "A tal fine le regioni, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di formazione per gli operatori del settore finalizzati alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale. **Entro il 15 giugno 2014, le regioni possono modificare i programmi presentati in precedenza al fine di provvedere alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, di contenere il numero complessivo di posti letto da realizzare nelle strutture sanitarie di cui al comma 2 e di destinare le risorse alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche"**;

1-ter. I percorsi terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione di ciascuna delle persone ricoverate negli ospedali psichiatrici giudiziari alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, di cui ai commi 5 e 6 dell'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, e successive modificazioni, devono essere obbligatoriamente predisposti e inviati al Ministero della salute e alla competente autorità giudiziaria entro quarantacinque giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. I programmi sono predisposti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano attraverso i competenti dipartimenti e servizi di salute mentale delle proprie aziende sanitarie, in accordo e con il concorso delle direzioni degli ospedali psichiatrici giudiziari. Per i pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero. 1-quater. Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima. Per la determinazione della pena a tali effetti si applica l'articolo 278 del codice di procedura penale. Per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo non si applica la disposizione di cui al primo periodo»;

Prima sessione

Chairman: G. Corrivetti- T. De Donatis

Documento GISM-AGENAS riformula una nuova tipologia di strutture residenziali che permette di ridefinire un'omogeneizzazione con gli interventi inclusi. Una struttura si connota per il tipo di riabilitazione attuato all'interno. Il dr Vita presenta dei trattamenti riabilitativi per la schizofrenia basati sull'evidenza (EBM).

Prof. Antonio Vita

“Trattamenti psicosociali per la schizofrenia (Mueser K. T. et al.)”

Nei trattamenti psicosociali per la schizofrenia si fa riferimento alle cosiddette EVIDENCE-BASED-PRACTICES ossia:

- 1) ACT- ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT: Modello multiprofessionale della presa in carico del paziente che valuta l'andamento del caso nel corso del trattamento.

Vengono presentati 30 studi randomizzati e controllati. Le caratteristiche rilevate sono: la continuità e l'integrazione. Il risultato: efficacia in alcuni ambiti.

Si è rilevato che tale approccio riduce le ospedalizzazioni, la durata dei ricoveri in ospedale, il rischio di rimanere senza una casa (HOMELESS). Non si riscontrano esiti sulla patologia o un eventuale inserimento lavorativo. Non basta questo tipo di impostazione.

2) FAMILY PSYCHOEDUCATION (Psicoeducazione con le famiglie)

Più di 50 studi randomizzati e controllati.

Risultati: riduzione della probabilità di ricadute e riospedalizzazioni. Si riscontra un minore effetto su altri outcome come psicopatologia o funzionamento sociale. Il rischio di ricaduta risulta ridotto (30 % in meno) e la non aderenza al trattamento risulta essere avvantaggiata su tali interventi.

Un'associazione che si occupa della rieducazione familiare è la COCHRANE COLLABORATION.

3) SOCIAL SKILLS TRAINING strutturati, duraturi e affiancati da un'ottica valutativa hanno dato esiti favorevoli tra cui:

- Un miglioramento sull'abilità addestrata;
- Un miglioramento sul funzionamento sociale.

Il problema riscontrato è relativo alla generalizzazione e durata dell'effetto.

4) COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY FOR PSYCHOSIS (CBTp)

La terapia cognitivo-comportamentale per le psicosi porta alla riduzione degli stessi sintomi psicotici in quanto va ad incidere sulle situazioni all'interno dei quali i farmaci non hanno l'effetto desiderato. Es: deliri e allucinazioni.

5) INTERVENTI DI INSERIMENTO LAVORATIVO

Sono stati effettuati 23 studi che hanno permesso di verificare una significativa efficacia nel raggiungimento del lavoro competitivo. Il tutto occorre tararlo sulle risorse e sul contesto. Occorre pertanto, potenziare le capacità del soggetto e modificare il contesto.

INTERVENTI DI RIABILITAZIONE COGNITIVA

Il disturbo schizofrenico sin dalla fase pre-morbosa presenta alcune alterazioni cognitive che con la comparsa del disturbo risultano più gravi e diffuse ed hanno un peso rilevante nel funzionamento sociale.

Le aree alterate sono: la working memory (memoria di lavoro) e la capacità di pianificazione.

La gravità dei sintomi negativi quali apatia, abulia e i deficit cognitivi predicono l'evoluzione del funzionamento psico-sociale dei pazienti. Su tale area i farmaci agiscono in misura inferiore.

I farmaci di seconda generazione sono più efficaci dei neurolettici ma l'impatto sull'area cognitiva non è soddisfacente.

Tyl Wikes ha rivisto 2000 studi riscontrando che l'effetto è molto soddisfacente sulle funzioni cognitive e sul funzionamento sociale. L'efficacia maggiore si ottiene quando tale intervento viene posto all'interno di altri interventi riabilitativi. Il risultato di altre forme di riabilitazione viene potenziato se accompagnato da questo tipo di interventi. Ad esempio: l'IPT, il COGPACK, e TERAPIA DI RIMEDIO COGNITIVO con una riabilitazione lavorativa. Tali interventi hanno il massimo di efficacia nei SS più giovani o in SS con farmacoterapia ridotta.

Dr. Domenico Semisa

“ DOCUMENTI AGENAS-GISM E PANSM”

La PANSM è il PIANO DI AZIONE NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE. È stato approvato nel Gennaio 2013 dal Ministero della Salute & Commissione Salute della Conferenza Regioni (tramite GISM).

I bisogni di salute emergenti e le criticità riguardano:

- I disturbi psichici gravi all'esordio (area NPI); dist. dell'umore, suicidi e tentati suicidi, DCA; dist. Psichici dei detenuti.

Per ciascuna area di bisogno occorrono:

- Percorsi di cura esigibili, modello di trattamento integrato, riabilitazione ed inclusione sociale fondato su: accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto.
- Percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura.
- Servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone, “recovery-oriented”.
- Percorsi di cura esigibili individualmente, percorsi per gruppi di pazienti con caratteristiche omogenee, percorsi comunitari fondati sulla promozione della salute.
- Strumenti e metodologia ossia un lavoro di rete, programmi innovativi e formazione degli operatori, strutture socio-sanitarie.

Punti di particolare interesse sono:

- Flessibilità nei meccanismi organizzativi e nei percorsi di assistenza attraverso modelli di convenzione tra i servizi psichiatrici, soggetti non istituzionali e rete informale;
- Introduzione di strumenti sia per promuovere la qualità dell'assistenza con interventi basati sulle evidenze, sia per monitorare le attività e valutare gli esiti;
- Favorire e rafforzare il lavoro d'èquipe attraverso la valorizzazione delle diverse figure professionali e con idonee programmi di formazione ed obiettivi dell'assistenza.

Gli obiettivi della PANS per l'età adulta prevedono una differenziazione sull'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale, per migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità.

Per i minori, invece, l'esistenza di una rete regionale di strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento di pazienti extraospedalieri dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza ed adolescenza, in integrazione con i servizi sociali.

1. LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Documento sulle strutture per adulti: INNOVAZIONI

Vengono classificate tutte le strutture in cui, a qualsiasi titolo, sono inseriti pazienti psichiatrici, con impegno del DSM, quindi sia le strutture riabilitative sia le sociosanitarie dei Regolamenti regionali pugliesi.

La suddetta classificazione non è più fondata sulle ore di presenza del personale di assistenza, bensì su:

- Tipologie di pazienti accolti;
- Intensità e programmi di trattamento, tipologie di intervento offerti.

Da ciò derivano i differenti standard strutturali ed organizzativi.

LE TIPOLOGIE DI PAZIENTI ACCOLTI vengono differenziate sulla base di:

- Gravità e complessità del quadro clinico;
- Compromissione del funzionamento personale e sociale;
- Risorse e potenzialità riabilitative;
- Resistenze al cambiamento;
- Stabilità clinica.

Le differenti tipologie di pazienti, i differenti bisogni specifici e le differenti necessità di articolare la risposta terapeutica vengono classificati tenendo conto di due livelli:

- Livello di intervento terapeutico- riabilitativo richiesto: INTENSITA' RIABILITATIVA.
- Livello assistenziale necessario: INTENSITA' ASSISTENZIALE.

Sulla base delle differenti correlazioni tra Intensità riabilitativa e Intensità assistenziale vengono identificate le seguenti tipologie di Strutture:

- S. residenziali per trattamenti terapeutico- riabilitativi a carattere intensivo (SRP1) con varia intensità assistenziale. Durata massima: 18 + 6 mesi.
- S. residenziali per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo (SRP2), con varia intensità assistenziale. Durata massima: 36 + 12 mesi.

- S. residenziali per interventi socio riabilitativi (SRP3): assistenza h 24 ; h 12; a fasce orarie. Durata stabilita nel PTR.

Le tipologie di attività ed i programmi di intervento offerti, con varia intensità a seconda della diversa tipologia di struttura, attengono alle seguenti aree:

- Area clinico- psichiatrica;
- Area psicologica (solo nelle SRP1 e 2);
- Area riabilitativa;
- Area di risocializzazione;
- Area del coordinamento.

Inoltre, l'invio e il PTI deve essere fatto dal CSM, il PTI , il PTR personalizzato dalla struttura riabilitativa e condiviso con il CSM.

Le Strutture Riabilitative operano sulla base di linee guida validate dalla comunità scientifica nazionale ed internazionale, privilegiando interventi fondati su prove di efficacia.

2. I PERCORSI DI CURA

OBIETTIVO DELLA PANSM: Definizione di percorsi clinici per differenziare l'offerta di cura nei servizi del DSM in relazione al bisogno dell'utente.

Fondamentali sono i percorsi di cura che influenzano l'offerta assistenziale ed i modelli organizzativi dei Servizi del DSM ed in particolare del CSM.

Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale (PDTA) per i Disturbi Gravi di Personalità: Disturbo Narcisistico, Disturbo Istrionico, Disturbo Borderline.

PDTA per i Disturbi Schizofrenici; per i Disturbi Bipolari e per i Disturbi Depressivi.

I percorsi di cura forniscono standard di riferimento per interventi clinici e riabilitativi, fondati su evidenze e LG accreditate, differenziati anche sulla base della gravità psicopatologica e della compromissione funzionale.

Con l'adozione dei PDTA ci si prefigge di:

- Ridurre la variabilità dei trattamenti;
- Migliorare la qualità dei processi e degli esiti;
- Valutare l'aderenza delle pratiche dei servizi alle indicazioni dei percorsi di cura;
- Implementare processi di accreditamento tra pari.

Ognuno dei PDTA è articolato nelle seguenti parti:

- Impatto sulla popolazione e impatto sui servizi di salute mentale;
- Inquadramento diagnostico;

- Razionale e raccomandazioni per ciascuna delle tre fasi di malattia:
- 1) presa in carico precoce; 2) gestione della fase acuta; 3) trattamenti continuativi a lungo termine (sia interventi mirati alla promozione del recupero psicosociale, sia interventi specifici sulla compromissione di funzioni ed abilità).
- Set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi (su dati ottenuti dal SISM o altre fonti informative e già esistenti).

Prof. Josè Mannu – Medico Psichiatra

RESIDENZIALITA': dalla semplificazione assistenziale alla complessità dell'abitare

“ Quando il maestro Sufi Abdul Qadir al Jilani (1077-1166) entrò la prima volta a Baghdad, a quel tempo la più colta e ricca delle città, i sapienti che già vivevano gli mandarono incontro una delegazione che portava un bicchiere d'acqua colmo sino all'orlo. il messaggio era chiaro: “ a Baghdad siamo già tanti, forse troppi, non vi è posto per te e per il tuo sapere.” il maestro Sufi estrasse una rosa che portava sempre nel risvolto del mantello e mise un petalo nel bicchiere, senza fare cadere una singola goccia”.

Storia della riabilitazione come storia di residenze

L'INIZIO PINEL ESQUIROL: Pinel ed Esquirol liberano i folli dalle catene sulla base della dea della follia parziale. La prima legge sulla malattia mentale è del 1838 e i folli vengono messi dentro gli ospedali dedicati a per essere curati nella loro parte folle.

IL TRATTAMENTO MORALE E IL CONTENIMENTO DELLA PARTE FOLLE: Si assiste ad un cambiamento nel linguaggio. Il direttore fedele alla sua massima di reprimere i folli utilizza un tono deciso e minaccioso, parla con voce fulminante e avanza verso il furioso fino ad una certa distanza per attirare il suo sguardo. Questo è il grande principio del regime morale dei maniaci: “occorre saper **rompere** in maniera appropriata la loro volontà e domarli...attraverso un **apparato di terrore** che possa **convincerli** che essi **non** sono affatto **padroni** di seguire la loro **focosa volontà**, e che essi non possono fare nient'altro di meglio che **sottomettersi**...”

IL RETREAT DI YORK L'AUTOCONTENIMENTO E IL QUOTIDIANO: Il Retreat di York è il luogo in Inghilterra per il trattamento di persone affetti da malattie mentali. È stato inaugurato nel 1796. Divenuto famoso per aver aperto la strada al trattamento umano e al trattamento morale ed è diventato un modello per manicomi in tutto il mondo. Fondato da William Tuke, è stato originariamente gestito da e per quaccheri, ma a poco a poco è diventato aperto a tutti.

Samuel Tuke, quacchero filantropo, ha notevolmente avanzato la causa del miglioramento della condizione del folle.

Alcuni punti fondamentali:

- separazione dal contesto;
- centralità della MALATTIA.

LE REGOLE DI YORK: L'edificio ospitava 30 pazienti , in campagna, fuori dalla città di York circondato da alcuni ettari di terreno dove erano allevate mucche e dove i pazienti coltivavano la terra per tenersi in esercizio. Si favoriva l'auto-contenimento e chi riusciva a seguire le regole veniva sistemato in un ambiente molto confortevole. Le regole scandivano i tempi: sveglia, colazione, pulizia, pranzo, thè, giardino, notte.

Si arriva a JASPERS – “ COMPRENDERE- SPIEGARE-PROCESSO”- un approccio fenomenologico alla psichiatria.

La teoria di Jaspers si articola in quattro punti:

- 1) Relazione patologica all'evento vissuto: mette in evidenza una patologia reattiva, talora paradossale.
- 2) Sviluppo patologico della personalità: dipende dal carattere, eventualmente eccessivo del soggetto.
- 3) Processo fisico: ad esempio, il delirio di gelosia di origine alcolica, dovuto all'alterazione organica di alcune aree del cervello.
- 4) Processo psichico: ad esempio, la patologia psicotica, in cui l'alterazione organica non è documentabile, ma si può supporre.

UNA POSSIBILE LETTURA DELL'ISTITUZIONE: se proviamo a considerare cosa hanno costituito i luoghi del ricovero (manicomio, Retreat, Connolly) abbiamo:

- Terapia come separazione dal contesto di vita. Buona terapia (trattamento morale). Cattiva terapia (contenzione fisica);
- Descrizioni psicopatologiche prevalenti sulla prassi;
- Prassi sulla matrice premio-punizione.

Letture dell'istituzionalizzazione:

- *io sostengo che i bisogni difensivi e i conflitti intrapsichici comuni alla maggior parte della popolazione dei pazienti costituisce la base intorno a cui l'istituzione si è sviluppata (Rosenberg, 1970).*
- *i promotori della Comunità Terapeutica spesso non si rendono conto che la costruzione di una “società ideale” all'interno di un ospedale può sommar sial bisogno dei pazienti di negare sia i propri conflitti (intrapsichici e interpersonali) sia le contraddizioni reali del mondo esterno. ne deriva che i pazienti...non riescono a prepararsi e rientrare nell'ambiente esterno (Kernberg, 1998)*

Durante la seconda guerra mondiale nell'esercito inglese si pose con forza il problema del disagio psichico tanto che il generale Montgomery si preoccupò di incrementare lo sforzo verso la cura di quei soldati che ne erano affetti: tra l'aprile del 1941 e l'ottobre del 1943 furono trattati 342.729

soldati affetti da disagio psichico e durante tutta la guerra 118.000 tra uomini e donne furono dichiarati invalidi per problemi psichici rappresentanti tra un terzo e la metà dei pazienti trattati in medicina e dichiarati invalidi. La metà dei disagi manifestati aveva una diagnosi di nevrosi ansiosa.

IL MODELLO COMUNITARIO: BION E MAXWELL JONES: I due esperimenti uno di Northfield e l'altro di Mill Hill nascono all'interno della seconda guerra mondiale.

Il modello comunitario di Bion utilizza la "cultura della guerra" che ha prodotto il trauma come strumento di terapia. Il modello Maxwell Jones individua il modello della comunità "democratica" come strumento di responsabilizzazione.

Le nuove analisi:

Da queste premesse sono stati sviluppati nuovi tentativi di analisi rivolti ad una più approfondita comprensione degli elementi che nelle istituzioni potevano essere considerati terapeutici. E' soprattutto dalla letteratura inglese, francese, statunitense e italiana che abbiamo i primi seri tentativi di una comprensione più approfondita della terapeuticità e antiterapeuticità delle istituzioni comunitarie in particolare.

Le analisi sono state centrate sostanzialmente in tre aree: l'ambiente fisico, le dinamiche all'interno dell'istituzione e i rapporti fra l'istituzione e il suo ambiente esterno.

Elementi critici istituzionalizzanti:

- Assenza di tempo/definizione dei tempi e degli obiettivi;
- Spazi fisici privi di privacy/rispetto della privacy;
- Rigidità della separazione dei ruoli tra staff e pazienti/condivisione;
- Regole imposte senza un accoglimento/importanza dell'affettività;
- Assenza di chiarezza nel programma/chiarzza del programma;
- Precarietà delle attività/stabilità delle attività;
- Isolamento rispetto al contesto di origine/lavoro con le famiglie;
- Isolamento rispetto al contesto sociale/stimolo della rete sociale;
- Delega totale alla psichiatria della persona/ coinvolgimento del sociale.

LE TRE DIMENSIONI DELL'AMBIENTE COMUNITARIO (MOOS, 1996)

1. Relazioni caratterizzate dal:

- livello di coinvolgimento;
- supporto reciproco;
- aperta espressione dei sentimenti tra ospiti e staff.

2. crescita personale caratterizzata da:

- autonomia nel prendere decisioni;
- capacità di percepire i problemi;

- presenza di comportamenti aggressivi.

3. mantenimento del sistema caratterizzato da:

- presenza di ordine e organizzazione;
- chiarezza del programma;
- capacità di controllo da parte dello staff.

“un pz aveva scritto sulla porta della sua camera *questa stanza non è un porto di mare, riferendosi al via vai delle persone. Da allora nessuno entrava. Un giorno venne a fare supervisione Bruno Bettlheim e vedendo il cartello chiese cosa stesse succedendo. Gli operatori lo spiegarono e lui osservò che il pz non aveva scritto *non si entra nella stanza. Forse era sufficiente chiedere come fare ad entrare*”.*

Una supervisione in comunità.

LA DEISTITUZIONALIZZAZIONE- Il nuovo paradigma

“l’ambiente non umano è considerato implicitamente, come irrilevante per lo sviluppo della personalità umana nonché per la dinamicità della malattia psichiatrica, come se la vita umana si svolgesse in un vuoto- come se la razza umana fosse sola nell’universo perseguendo destini individuali e collettivi in un’omogenea cornice di non essere, su uno sfondo privo di forma, di colore e di sostanza (Searles)”

Il “campo” di Kurt Lewin: “ Invece di raccogliere questo o quell’elemento isolato entro una situazione, la cui importanza non può essere valutata senza considerare la situazione nella sua totalità, la teoria del campo trova vantaggioso, di norma, prendere le mosse da una caratterizzazione nel suo complesso” (Lewin).

La teoria del campo è un metodo di analisi caratterizzato da due elementi fondamentali: interdipendenza e contemporaneità.

Il concetto di *affordance* di Gibson: Il termine “ *affordance*” è stato introdotto dallo psicologo cognitivo Gibson negli anni ’60-’70, una risorsa che l’ambiente “offre” ad un soggetto in grado di coglierla. Per l’autore, ogni soggetto o ambiente è caratterizzato da una serie di proprietà che supportano un particolare tipo di azione e non altre. L’*affordance* può essere considerata una specie di “invito” dell’ambiente ad essere utilizzato in un certo modo e nasce esclusivamente su base adattiva, frutto di una “esplorazione” nella quale il corpo trae, con la propria attività, direttamente o indirettamente le informazioni che gli sono necessarie.

Una lettura della de-istituzionalizzazione: Tra gli anni 1950 e 1960 la convinzione che il trattamento richiedesse solo una breve permanenza dentro un'istituzione fu portata avanti sia da clinici che da politici in diversi paesi europei.

La lotta contro i vecchi ospedali psichiatrici considerati “ambienti antiterapeutici” fu condotta inizialmente su basi potremmo dire “native”.

- Se il problema era la grandezza si fecero strutture piccole. Le strutture lontane dal contesto di vita, furono costruite dentro le città.
- Le strutture intese come “istituzioni totali” perché accoglievano notte e giorno, vennero sostituite con i Centri Diurni.
- Di fronte al problema delle relazioni di potere venne affidato lo stesso in misura maggiore ai pazienti.

A. Pirella e la de istituzionalizzazione: Il problema non è se la malattia mentale abbia o no una genesi organica. La sofferenza psichiatrica che sempre più si dimostra pura sofferenza, grido d'angoscia in un mondo in cui non si può vivere, ha il diritto di essere ricevuta non dal solo psichiatra come decifratore privilegiato del geroglifico sociale. Oggi che l'attenzione della psichiatria si sposta dal manicomio all'esterno, dallo spazio chiuso istituzionale al campo sociale, questi problemi debbono essere affrontati con estrema delicatezza. altrimenti l'implicito comando della psichiatria “consegnateci il folle” continuerà a risuonare nelle piazze, per le fabbriche, nei quartieri, nei nuovi centri dell'igiene mentale.

NASCITA DELLA RESIDENZIALITA': Quando chiusero i manicomi a Roma e in Italia partì “l'assalto” alle case. Nacquero diversi progetti come il “progetto Giuseppina” dal nome di una ex paziente del manicomio romano “Santa Maria della Pietà”. Nacquero anche molte discussioni sui tempi di “svuotamento” del manicomio e la difficoltà di far “entrare” nella città i più giovani (i degenti quarantenni erano entrati appena nati perché abbandonati o dai brefotrofi).

IL MODELLO DEL CONTINUUM : E' il modello più utilizzato. La residenza non appartiene alla persona ma è in funzione della fase del percorso riabilitativo.

Le tipologie residenziali sono:

- RESIDENZA A TRATTAMENTO INTENSIVO (due mesi);
- RESIDENZA A TRATTAMENTO ESTENSIVO (dai 18 ai 36 mesi, in altri casi 24 mesi non rinnovabili);
- SOCIO RIABILITATIVO;
- Gruppi appartamento o Case alloggio.

ISTITUZIONALIZZAZIONE NELLA RESIDENZIALITA' : purtroppo nel corso degli anni si è visto come il problema dell'istituzionalizzazione compare anche nei piccoli ambienti, nei Centri Diurni e persino nel territorio.

Una serie di esempi di abbandono o di cura basata esclusivamente sul contenimento stanno ad indicare che forse i fattori individuati, produttori di istituzionalizzazione non furono sufficientemente analizzati (Foster & Roberts, 1998).

Un grave errore sarebbe quello che la logica manicomiale esista soltanto in manicomio ... il sistema manicomiale *può realizzarsi in qualunque struttura organizzativa della società* (R. Piccione, 1995).

ELEMENTI DEL CONTINUUM: Favorire le relazioni, la gestione dei conflitti, la definizione delle regole, i rapporti con la famiglia di origine, organizzazione della giornata, cura degli spazi, cura personale, rapporti con il vicinato, gestione alimentare (fare la spesa, cucinare), tempo di permanenza.

IL MODELLO DELL'HOUSING: E' il modello che in letteratura sta avendo sempre più consensi. Si fonda sul fatto che la casa è della persona e varia il tipo di assistenza. In alcuni servizi viene definito "sostegno all'abitare".

Housing nella pratica orientata alla recovery: Si fonda sulla comunicazione della speranza. La relazione si fonda sul riconoscimento reciproco. Ci sono aspettative di guarigione e questo rappresenta l'obiettivo centrale. Il lavoro è rivolto alla crescita delle persone in base ai loro desideri. Sono sostenute le autonomie personali, strategie di coping, ecc. L'integrazione nella comunità è centrale. Le persone sono sostenute nell'affrontare i rischi. Le persone sono coinvolte nelle decisioni a tutti i livelli. E' sostenuto e valutato il rapporto tra pari. Lo staff è in grado di prevedere le crisi e mettere in atto misure anti-crisi.

Lo "strenghts model": Il lavoro dell'housing mette insieme l'integrazione sociale con servizi di supporto a misura della persona in cui quest'ultima ha il controllo degli spazi di vita, ruoli propri e responsabilità. Un supporto adeguato secondo il modello "strenghts model" mette insieme il lavoro di housing con un'elevata qualità di case management.

MODELLO DI PERSONA: ogni modello si rifà a un'idea di persona diversa.

- 1) Il modello del continuum centra l'attenzione sul percorso di malattia.
- 2) Il modello housing centra l'attenzione sul modello di unità salute/malattia nella centralità della persona.

Il primo è sicuramente più economico rispetto al secondo, il secondo richiede alcune riflessioni aggiuntive.

FUNZIONAMENTO E IL MODELLO DELL'ICF: 1. Funzioni e Strutture; 2. Attività e Partecipazione che si divide in CAPACITA' e PERFORMANCE; 3. Fattori Ambientali che si dividono in BARRIERE e FACILITATORI.

LA RESIDENZIALITA' DELL'HOUSING

Oggi, la residenzialità dell'housing ha diverse valenze e livelli di supporto. Il che significa diversi livelli di problemi:

- Ambiente interno
- Ambiente esterno
- Mobilità
- Persona
- Operatore
- Istituzioni
- Valutazione dei livelli di supporto necessari nel corso del tempo
- Relazioni fra tutte le precedenti.

AMBIENTE: l'ambiente implica famiglia, vicinato, coinquilini, quartiere, servizi di trasporto, servizi sociali, scuole di formazione, opportunità di lavoro, punti di incontro per il tempo libero, servizi di salute mentale, altri servizi sanitari. In sintesi, la conoscenza della mappa delle risorse.

L'OPERATORE: L'operatore deve essere in grado di riconoscere il linguaggio della persona, deve sapere quando un'azione è connessa ai suoi bisogni o ai bisogni della persona supportata, deve essere orientato alle capacità della persona, deve conoscere tutte le risorse sanitarie, sociali, economiche del quartiere, conoscere il vicinato, saper dialogare con tutti, saper gestire i conflitti, saper ascoltare *attivamente, saper vedere, saper condividere i progressi e le difficoltà, saper valutare.*

L'EPOCA DEL "post-umano". Latour e l'ANT (Actor Network Theory): si dà importanza al ruolo giocato da quelle entità che veicolano narrazioni, codici, informazioni, relazioni, agibilità delle connessioni. Una persona andrebbe descritta come punto di incrocio tra forze, interazioni, eventi, oggetti che hanno la capacità di rendere possibile l'individuazione, il posizionarsi della persona in quanto soggetto autonomo. La conseguenza è che non ci sono contesti globali e locali ma livelli di legame tra rete e persona.

IDEA MENTE/SELF: L'idea di mente che voglio introdurre attraverso la nozione di Sé è che non è localizzabile né dentro né fuori il cervello/corpo, ma è costantemente rappresentato (enacted) in-tri-cervelli, corpi, oggetti ed è irriducibile a ciascuno di questi tre elementi presi isolatamente" (Malafouris,2009).

QUALI STRADE?

- Operatore come alternativa: **introduce una relazione** non simbiotica in un ambiente (casa del paziente) dove esiste una relazione simbiotica madre-figlio
- Operatore come **mediazione** in un ambiente di spazi piccoli e alta conflittualità.
- Operatore come **mediatore con il fuori** (si esce a fare la spesa, una passeggiata, ecc)
- Operatore che aiuta a **gestire il quotidiano**
- Operatore cerca spiegazioni non sintomi.

DIFFICOLTA' DI PERCORSO: Ci si chiede quali siano i confini dell'operatività (es. la mancanza di identità); il rischio di essere un/una factotum, di "andare oltre" (es. dare il numero di cell.); rischio "triangolazioni" (es. va per la figlia e al madre la spinge verso il figlio).

Esiste un tempo? (quando finisce il lavoro), si tende a vedere il futuro come "scommessa";

come viene valutato tutto ciò? Quale impatto sulla salute ha un servizio di "sostegno all'abitare?"

Oltre ad evitare ricoveri esistono altri eventi sentinella che aiutino nella valutazione dell'impatto di un servizio.

UN PROGETTO DI FORMAZIONE:

- Analisi del linguaggio evolutivo e comparativo;
- Legame tra linguaggio e cultura;
- Vedere, ascoltare, condividere;
- Tempo nella teoria e tempo nella prassi;
- Cultura della diversità e marginalità;
- Recovery: da modello teorico generale a declinazione nella prassi locale;
- Costruzione di un sistema di valutazione dell'impatto del servizio sulla salute mentale.

IMPATTO DEL SERVIZIO:

- Ruolo sociale appropriato;
- Abilità di gestire compiti della vita quotidiana senza supervisione;
- Interazioni sociali;
- Nessun ricovero negli ultimi due anni;
- Lavoro protetto/libero mercato;
- Autonomia nella norma, ovvero capacità strumentali di gestione quotidiana (spostamenti, cura di sé e cura del proprio spazio di vita, gestione finanze ecc);
- Relazioni sociali regolari/pochi ma veri rapporti di amicizia (UCLA Recovery criteria).

Seconda sessione

G. Di Sciascio – S. Calò

“Il valore “protettivo” dell’aderenza al trattamento farmacologico”

SVILUPPO DEL TRATTAMENTO ANTIPSICOTICO E NUOVI OUTCOME

Prima del 1960 l’uso degli antipsicotici ha portato ad un controllo dell’aggressività, dei comportamenti autolesionistici e maggiore cura nell’igiene personale.

Dal 1960 si ha una riduzione dei sintomi positivi e l’inizio della deistituzionalizzazione.

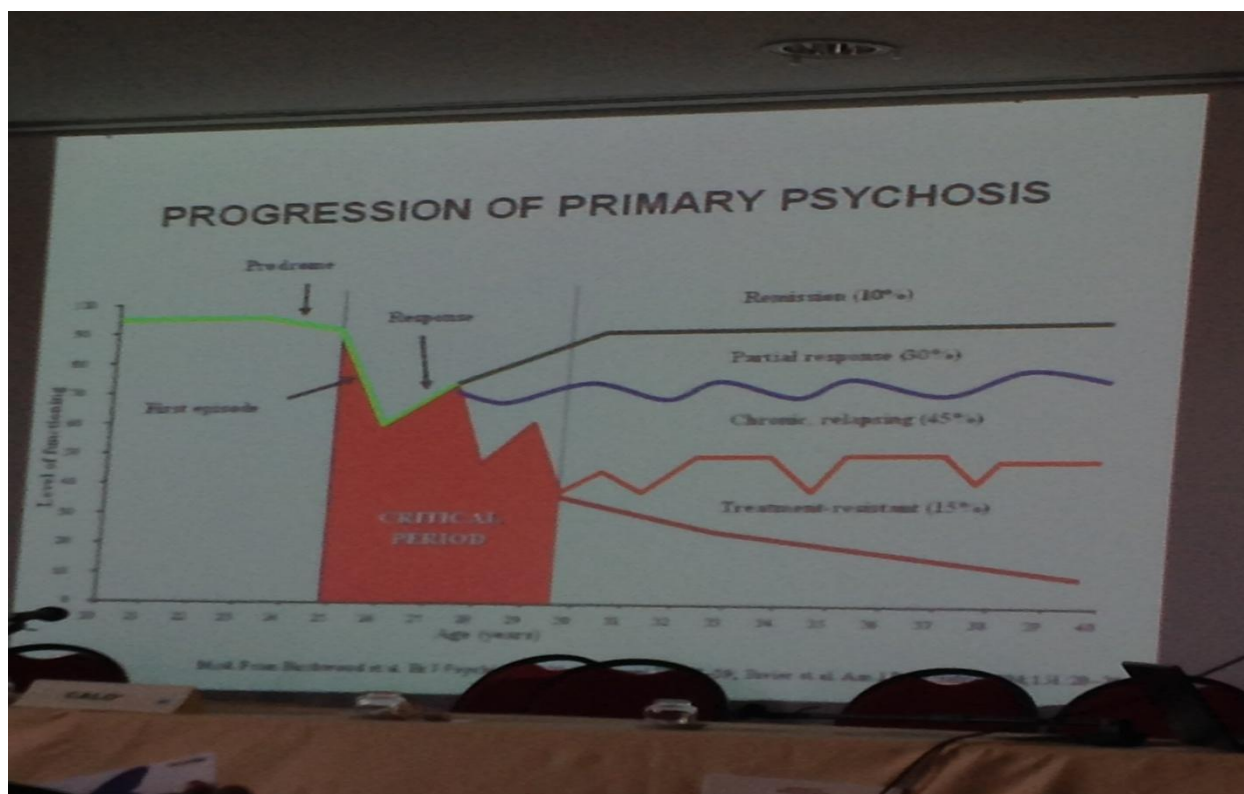
Gli anni ‘60-’90 si caratterizzano per l’ottimizzazione della terapia con antipsicotici convenzionali; sviluppo del “DEPOT”. Si minimizzano i sintomi positivi riducendo la probabilità di ricadute.

Dal 1990 si assiste allo sviluppo degli antipsicotici atipici con la riduzione degli effetti collaterali, il trattamento dei sintomi negativi e l’estensione di una fase stabile.

Dalla fine degli anni ‘90 ad oggi si ha un miglioramento della terapia con gli antipsicotici atipici.

Gli obiettivi sono stati: il miglioramento della qualità della vita, della deterioramento cognitivo, della riabilitazione in termini occupazionali, remissione e recupero (recovery).

LA PROGRESSIONE DELLA PSICOSI PRIMARIA



Dallo schema di cui sopra si evince che il periodo in cui si verificano i prodromi della malattia va dai 20 ai 24 anni. Il primo episodio si rileva a 25-26 anni.

La risposta al trattamento intorno ai 27 anni rileva una probabilità di remissione pari al 10% o può risultare parziale con una probabilità del 30%. A 28 anni i pazienti hanno maggiori probabilità di incorrere in una recidiva cronica pari al 45% o di risultare resistenti al trattamento (15%).

Sugli annali di psichiatria nel 2008 è stata pubblicata una review dal titolo “ Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review” i cui autori sono José M Olivares, Jan Sermon, Michiel Hemels and Andreas Schreiner.

Si sottolinea come la recidiva in pazienti con schizofrenia abbia portato ripercussioni devastanti quali: il peggioramento dei sintomi con la relativa alterazione del funzionamento, un maggior deterioramento cognitivo e una riduzione della qualità della vita. Tutto ciò ha coinvolto anche le rispettive famiglie degli utenti con costi onerosi da sostenere. L'obiettivo terapeutico principale è stato quello di prevenire le ricadute. Tutto ciò risulta ostacolato dall'assenza di criteri che definiscono la ricaduta e permettono di riconoscerla. Pertanto si è partiti da quattro domini: 1) Definizione di ricaduta; 2) I fattori che possono predire ,guidare o ridurre recidiva; 3) Durata e frequenza delle recidive; 4) Costi e delle risorse associati a recidiva .

I potenziali fattori di rischio recidive risultano essere:

- problemi di aderenza al trattamento (21%)
- stress, depressione, sintomi depressivi, nevrosi (11%)
- abuso di sostanze (9%)
- fattori legati allo stile di vita (7%)
- precedente storia di ospedalizzazione o ricadute (7%)
- questioni legate al trattamento (7%)
- interruzione del trattamento o ritardo (7%)
- malattia (6%)
- quetiapina, anticolinergici, stabilizzatori dell'umore (MS), neurolettici per via orale, ansiolitici o ipnotici (4%)
- genere maschile (4%)
- uso di antipsicotici di prima generazione (FGA) contro l'uso di antipsicotici di seconda generazione (SGA) (3%)
- servizio ambulatoriale contro il ricovero (2%)
- scarso insight nei pazienti (2%)
- farmaco generico contro il farmaco originale(1%)
- ridotta compliance familiare (1%)

Terza Parte

Gruppi di lavoro:

- Residenzialità intensiva vs estensiva- Chair: A. Saponaro; V. Maggiulli.
- Attività riabilitativa domiciliare- Chair: M. Di Cagno; G. Cascella.
- Supported housing e Case per la Vita –Chair: N. Altamura; P. Lapenna.

Report Finale – Chair: Dr. ssa A. Vacca; Dr.ssa M. Cirone.

Viene illustrata la nuova grafica del sito della sirp: www.sirppuglia.it. In particolar modo ci si sofferma sulla possibilità di iscrizione alla newsletter della Sirp. Nell'homepage è possibile accedere alle pubblicazioni, allo Statuto, alle modalità di iscrizione e conoscere i componenti del Direttivo.