

PSICHIATRIA DI COMUNITÀ

LA RIVISTA DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE



VOLUME IV N. 4 DICEMBRE 2005

■ DIRETTORE SCIENTIFICO

Fabrizio Asioli
(f.asioli@inwind.it)

■ DIRETTORE RESPONSABILE

Walter Martiny

■ COMITATO DIRETTIVO

A. Barbato, M. Bassi,
G. Berti Ceroni, A. Cocchi,
L. Ferrannini, S. Mistura,
E. Pirfo, M. Rossi Monti

■ COMITATO EDITORIALE

G. Agnetti (Milano)
M. Bacigalupi (Roma)
A. Ballerini (Firenze)
D. Berardi (Bologna)
M. Casacchia (L'Aquila)
M. Clerici (Milano)
M. Cuzzolaro (Roma)
G. de Girolamo (Bologna)
G. Dell'Acqua (Trieste)
G. Di Marco (Rovereto)
F. Fasolo (Padova)
G. Favaretto (Treviso)
A. Ferro (Savona)
P. Furlan (Torino)
G. Grassi (Reggio Emilia)

A. Lasalvia (Verona)
T. Losavio (Roma)
A. Maone (Roma)
P. Migone (Parma)
M. Morlino (Napoli)
R. Piccione (Roma)
M. Ruggeri (Verona)
P. Scapicchio (Roma)
F. Scotti (Perugia)
D. Semisa (Bari)
F. Starace (Napoli)
M. Tansella (Verona)
F. Veltro (Campobasso)

■ INTERNATIONAL BOARD

A. Andreoli (Svizzera)
M. Desviat (Spagna)
M. Gittelman (USA)
J. Leff (Gran Bretagna)
S. Priebe (Germania)
B. Saraceno (WHO)
R. Warner (USA)

■ SEDE REDAZIONE

Istituzione Minguzzi
via S. Isaia, 90
40123 Bologna

■ REDATTORE CAPO

Angelo Fioritti

■ REDAZIONE

F. Berti Ceroni
M. Chiappelli
P. Ciavarella
N. Gosio
A. Piazza

■ COORDINAMENTO

EDITORIALE
Luisa Berretta

■ EDITING

In-folio - Torino

■ IMPAGINAZIONE

Kino - Torino

■ PROGETTO GRAFICO

e-motion - Torino

■ STAMPA

MS Litografia - Torino

■ DIREZIONE

E AMMINISTRAZIONE
Centro Scientifico Editore
via Borgone, 57
10139 Torino
tel. +39 011 3853656 r.a.
fax +39 011 3853244

Gli abbonamenti e i numeri arretrati vanno richiesti tramite fax (011-385.32.44) o e-mail (cse@cse.it; www.cse.it) a C.S.E., uff. Abbonamenti.

Psichiatria di Comunità è pubblicata trimestralmente, il costo annuo dell'abbonamento è di € 50 per le persone fisiche e di € 60 per Enti e Società da versarsi con assegno bancario non trasferibile intestato a: Centro Scientifico Editore s.r.l. Il costo per l'estero è di € 77. I fascicoli singoli arretrati hanno un costo di € 21. A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72 n. 633 e del DM 09/04/93, il pagamento dell'IVA, assolta dall'Editore sugli abbonamenti o sui singoli numeri, è compreso nel prezzo di vendita. Pertanto non verrà in alcun caso rilasciata fattura. Psichiatria di Comunità viene inviata per abbonamento. © Centro Scientifico Editore S.r.l. Tutti i diritti di proprietà letteraria ed artistica sono riservati compreso quello di traduzione. I manoscritti e le fotografie, anche se non pubblicati, non si restituiscono. È vietata la riproduzione anche parziale (fotocopie, microfilm, ecc.) senza speciale autorizzazione dell'Editore. In attesa di registrazione presso il Tribunale di Torino. Spedizione in Abbonamento Postale.



NORME REDAZIONALI

Psichiatria di Comunità pubblica lavori nel campo della salute mentale, sulle teorie, le pratiche, i problemi dei Dipartimenti di Salute Mentale.

È trimestrale ed è organizzata in quattro sezioni:

- editoriali: vengono preparati su invito e riguardano temi specifici e di attualità;
- articoli e lavori sperimentali, inediti, su aree di interesse per la psichiatria di comunità;

- comunicazioni brevi: articoli non superiori alle 6 pagine;
- lettere e documenti su notizie e temi relativi all'assistenza psichiatrica e su avvenimenti di rilievo.

I contributi sono accettati per la pubblicazione ad insindacabile giudizio della Direzione della Rivista, che si avvale della valutazione anonima di referees. Gli articoli esprimono l'opinione degli Autori e non impegnano la Rivista.

NORME PER LA PRESENTAZIONE E LA STESURA DEL TESTO

I lavori vanno inviati in 3 copie a stampa e su floppy al Direttore della Rivista: Fabrizio Asioli, Psichiatria di Comunità, Istituzione Minguzzi, v. S. Isaia 90, 40123 Bologna.

Dattiloscritti e organizzazione del testo

Gli articoli devono essere battuti in doppia spaziatura, su una sola faccia del foglio e non devono superare le 20 cartelle di 2000 battute l'una.

Nella prima pagina devono essere indicati solo: nome (per esteso) e cognome dell'Autore/i, Istituzione di appartenenza, indirizzo, telefono, fax, e-mail dell'Autore a cui va inviata la corrispondenza.

La seconda pagina deve contenere solo il titolo in italiano e in inglese.

La terza pagina deve contenere il Riassunto in Italiano, non superiore alle 300 parole (strutturato in Scopo, Metodi, Risultati e Conclusioni) e le Parole chiave.

La quarta pagina deve contenere il Summary (strutturato in Objective, Methods, Results, Conclusions) e le Key words.

Nella lettera di accompagnamento va dichiarato che si tratta di lavoro inedito e la cessione dei diritti.

Bibliografia

Nel testo: citare, tra parentesi, solo gli A.A. i cui lavori vengono inclusi in bibliografia, es.: (Goldberg, 1980); nel caso di due A.A.: (Goldberg & Huxley, 1982); nel caso di più A.A.: (Goldberg et al., 1990).

La bibliografia va compilata alla *fine del lavoro* secondo il sistema di Harvard, osservando le seguenti istruzioni:

Articoli su riviste. Gli autori vanno citati tutti. Indicare cognome, iniziale del(i) nome(i) di ciascun autore, anno della pubblicazione (tra parentesi), titolo del lavoro (iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo), nome della rivista (per esteso e in corsivo), numero del volume, pagina iniziale e finale.

Bridges K., Goldberg D., Evans B. & Shape T. (1991). Determinants of somatization in primary care. *Psychological Medicine* 21, 473-483.

Articoli su supplementi di riviste. Dopo gli autori, l'anno di pubblicazione e il titolo (vedi sopra) indicare titolo del supplemento (corsivo, iniziale maiuscola per tutte le parole del titolo), iniziale del nome e cognome degli *editors*, nome della rivista (per esteso) e numero del supplemento, numero del volume, pagine iniziale e finale (precedute dal simbolo pp.).

Martini P., Cecchini M., Corlito G., D'Arco A. & Nascimbeni P. (1985). A model of a single comprehensive mental health service for a catchment area: a community alternative to hospitalization. In *Focus on the Italian Psychiatric Reform* (eds. C. Perris and D. Kemali). Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum No. 316, vol. 71, pp. 95-120.

Capitoli di libri. Dopo gli autori, l'anno di pubblicazione e il titolo (vedi sopra), indicare titolo del libro (in corsivo; iniziale maiuscola per tutte le parole del titolo), iniziale del nome e cognome degli autori o degli editors, pagina iniziale e finale (vedi sopra), casa editrice e, dopo i due punti, luogo di pubblicazione.

Klerman G. & Weissman M. (1989). Continuities and discontinuities in anxiety disorders. In: *The Scope of Epidemiological Psychiatry* (ed. P. Williams, G. Wilkinson and K. Rawnsley), pp. 181-195. Routledge: London.

Articoli in Atti di Convegni, Seminari, ecc.

Balestrieri M., Arreghini E., Marino S. & Bellantuono C. (1989). I disturbi emotivi nella medicina di base: una rassegna degli studi epidemiologici nell'area di Verona. In *Atti del 37° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria*, pp. 41-46. CIC Edizioni Internazionali: Roma.

Libri e Monografie.

Autore(i) individuale(i):

Shepherd M., Cooper B., Brown A.C. & Kalton G. (1966). *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford University Press: Oxford.

Editor(s) o curatore(i):

Cooper B. (ed.) (1987). *Psychiatric Epidemiology. Progress and Prospects*. Croom Helm: London.

Autore istituzionale:

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd. ed. revised). American Psychiatric Association: Washington DC.

Table, Grafici e Figure

Ne va fatto un uso contenuto. Vanno preparati ciascuno su un foglio, alla fine di tutto il lavoro, numerati progressivamente e corredati di titolo.

Nel testo va indicato chiaramente dove vanno inseriti.

Rapporti fra redazione e autore

All'autore indicato nella prima pagina del lavoro, dopo l'accettazione, verrà restituito il dattiloscritto per la stesura definitiva. La versione finale, in doppia copia e su floppy (sul quale vanno indicati il nome dell'autore e il programma utilizzato), va inviata a: Angelo Fioriti, Psichiatria di Comunità, Istituzione Minguzzi, v. S. Isaia 90, 40123 Bologna.

Si consiglia un'accurata revisione del testo definitivo e della bibliografia. Le bozze non vengono inviate agli Autori per correzione. Il mancato rispetto delle norme previste comporterà l'esclusione o un ritardo nella pubblicazione.

Non saranno realizzati estratti. Gli Autori interessati a ricevere più copie potranno richiederle all'Editore al momento dell'accettazione dell'articolo.



VOLUME IV N. 4 DICEMBRE 2005

PSICHIATRIA DI COMUNITÀ

LA RIVISTA DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

S O M M A R I O

EDITORIALE

193

L'inserimento lavorativo dei pazienti
con gravi disturbi mentali
Deborah R. Becker, Robert E. Drake

ARTICOLI

200

Gli interventi territoriali a 24 ore dalla crisi
sono basati sull'evidenza?
*Roberto Mezzina, Daniela Vidoni,
Maurizio Miceli, Gaetano Interlandi,
Annamaria Accetta, Corrado Crusiz*

217

Per un lavoro da protagonisti:
il Progetto EQOLISE
*Riccardo Sabatelli, Denise Manchisi,
Donato Piegari, Angelo Fioritti*

224

L'"A.B.C. dei familiari"
Studio di riproducibilità di un questionario
per la valutazione di routine dell'aiuto ricevuto,
dei bisogni e del carico familiare dei pazienti
psichiatrici
Franco Veltro, PierLuigi Morosini

230

Espansione del privato sociale all'interno
dei Dipartimenti di Salute Mentale
tra rischi e vantaggi
Idana Morandin, Gerardo Favaretto

238

Perversione e identificazione proiettiva
Un approfondimento psicopatologico e clinico
Giulia Grava, Paolo Scudellari

COMUNICAZIONE BREVE

244

Alleanza europea contro la depressione (EAAD)
*Giancarlo Giupponi, Roger Pycha,
Ingo Stermann, Franz Moser*

DOCUMENTO

249

Stato e prospettive della psichiatria italiana
*Andrea Angelozzi, Mariano Bassi,
Ludovico Cappellari, Gerardo Favaretto, Luigi
Ferrannini, Angelo Fioritti, Carmine Munizza,
Paolo Peloso, Federico Perozziello, Elvezio Pirfo,
Ilic Rossi, Francesco Scapati, Maria Zuccolin*

258

Indice degli autori Anno 2005

259

Indice generale Anno 2005

OFFERTA PER I LETTORI DI *PSICHIATRIA DI COMUNITÀ*
IN REGOLA CON L'ABBONAMENTO 2005 ALLA RIVISTA

È possibile ricevere gratuitamente il volume *Il punto sulla salute mentale: buone pratiche e percorsi di ripresa, Regione per Regione*.

Il volume, pubblicato a cura dell'Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale e dell'Istituzione Gian Franco Minguzzi, raccoglie gli Atti del Congresso Nazionale UNASAM che si è tenuto a Roma il 27-28-29 novembre 2003.

I lettori in regola con l'abbonamento per il 2005 possono richiederlo al Centro Scientifico Editore tramite fax: 011-385.32.44 o e-mail: cse@cse.it; www.cse.it



Deborah R. Becker,¹ Robert E. Drake²

¹Assistant Research Professor of Community and Family Medicine and Psychiatry,
Dartmouth Medical School, New Hampshire, USA

²Professor of Psychiatry and Community and Family Medicine, Dartmouth Medical School;
Director del New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center

L'INSERIMENTO LAVORATIVO DEI PAZIENTI CON GRAVI DISTURBI MENTALI

LINEE GUIDA DEL *BEHAVIORAL HEALTH RECOVERY
MANAGEMENT PROJECT**

Training to work in patients with severe mental illness

Traduzione di Denise Manchisi

Introduzione

La *President's New Freedom Commission on Mental Health* (2003) ha sancito la funzione del lavoro quale veicolo per la riabilitazione di chi soffre di un disturbo mentale. Lavorare in contesti normali favorisce la riduzione delle disabilità, della noia, della paura, dell'isolamento sociale, della discriminazione e dello stigma. Lavorare insieme ad altre persone senza disabilità è il modo più concreto attraverso cui le persone con gravi disturbi possono davvero integrarsi.

La maggior parte delle persone con un grave disturbo psichico desidera un lavoro vero nel libero mercato, e i programmi di sostegno al lavoro *evidence-based* rappresentano attualmente il modo più efficace per raggiungere questo obiettivo.

Il programma *evidence-based* di sostegno individualizzato al lavoro valorizza i seguenti aspetti:

1) lavori competitivi basati sulle preferenze delle persone, sia per quanto riguarda il tipo di lavoro che la quantità d'impegno;

- 2) ambiti lavorativi integrati;
- 3) ricerca del lavoro quando la persona disoccupata mostra un interesse a riguardo;
- 4) preparazione pre-lavorativa;
- 5) *assessment* minimo;
- 6) sostegno continuo da parte del Servizio di Salute Mentale e dell'operatore di riferimento per cercare di mantenere il lavoro, o durante un cambiamento del posto di lavoro.

Il programma di sostegno al lavoro è stato approvato da numerose agenzie governative e accademiche come la *President's New Freedom Commission on Mental Health* (2003), dal *Surgeon General* (1999), dalla *National Alliance for the Mentally Ill* (2001), dal *National Institute of Mental Health* (1999), dal *Substance Abuse and Mental Health Services Association* (www.mentalhealthservices.com) e da una serie di altre organizzazioni federali, agenzie di Stato, da gruppi di pubblica difesa e da fondazioni private.

Da un punto di vista storico, durante l'era della deistituzionalizzazione, la pratica della salute mentale ha perseguito la stabilizzazione dei sintomi e la protezione dei soggetti psichiatrici gravi dalle aspettative e da stress relativi al normale ruolo di adulto nella vita di tutti i giorni. Si invitavano i pazienti interessati a lavorare, a percorrere tappe intermedie in setting altamente protetti e segregati, come i laboratori pro-

*The *Behavioral Health Recovery Project* è un'iniziativa delle seguenti agenzie sanitarie che si ringraziano per aver concesso gratuitamente i diritti di pubblicazione: Fayette Companies, Peoria, IL; Chestnut Health System; Bloomington, IL; University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation; Chicago, IL. Il Progetto è inoltre finanziato dall'Illinois Department of Human Services' Division of Alcoholism and Substance Abuse.



tetti, unità pre-lavorative, *enclave jobs*, a occupare posti a tempo determinato gestiti dal Servizio di Salute Mentale, prima di prendere in considerazione un tipo di lavoro permanente e competitivo. Questi programmi lavorativi protetti hanno comportato un approccio lento e graduale nella preparazione all'occupazione in ambito competitivo; sono state perpetuate aspettative basse e una disabilità a lungo termine.

Wehman e Moon (1988) che lavoravano nell'area dello sviluppo delle abilità hanno invece concettualizzato il sostegno al lavoro come un modello *place and train*, cioè di collocazione e formazione insieme, capovolgendo così la pratica di fornire lunghe preparazioni pre-lavorative prima di trovare un lavoro. Questi autori raccomandavano di assistere le persone a trovare occupazioni in tempi relativamente brevi, per poi fornire un training e un sostegno necessario secondo il tipo di lavoro. Nel *Rehabilitation Act Amendments* del 1986, il sostegno al lavoro è stato definito come un'occupazione competitiva in ambiti lavorativi integrati, con un sostegno continuo per quei soggetti con le disabilità più gravi.

Nel giro di 10 anni, il programma di sostegno al lavoro è stato adattato, a soggetti con disturbi psichiatrici, sulla base di una serie di ricerche. Al cambio di secolo, sebbene sia stato largamente riconosciuto come intervento *evidence-based*, il sostegno individualizzato al lavoro non veniva ancora comunemente impiegato (Bond et al., 2001). Esso prevede incontri da parte del paziente con un operatore specializzato per la ricerca di un posto di lavoro basato sulle preferenze del paziente, sulle sue abilità ed esperienze. L'operatore incontra gli altri membri del team che ha in trattamento il paziente (lo psichiatra, il *caseworker*, il terapeuta) per coordinare gli interventi di ricerca lavorativa con il team del Servizio di Salute Mentale. Il passo di identificare possibili occupazioni e datori di lavoro è determinato dal paziente piuttosto che dagli operatori. L'obiettivo è un'occupazione competitiva, part-time o a tempo pieno, in ambiti lavorativi aperti a chiunque e che garantiscano almeno lo stipendio minimo previsto. Lo stipendio dovrebbe essere equivalente a quello percepito da soggetti senza disturbo mentale nello svolgere lo stesso tipo di lavoro. Tutti i pazienti sono ritenuti idonei per il programma di sostegno al lavoro e tutti sono incoraggiati a prendere in considerazione un lavoro competitivo. Il sostegno è fornito da parte di uno o più operatori per tutto il tempo che la persona lo desidera e lo necessita.

L'*Individual Placement and Support* (IPS) è lo studio più pregnante ed esaustivo tra i programmi di sostegno lavorativo per soggetti con gravi disturbi mentali. Il manuale *A Working Life for People with Severe Mental Illness* (Becker & Drake, 2003) descrive il metodo IPS e le sue linee guida. Negli Stati Uniti tre studi quasi-sperimentali e ben 10 studi randomizzati controllati hanno fornito la prova empirica della efficacia del programma (Bond et al., 2001; Bond, in stampa). I tre studi quasi-sperimentali hanno esaminato programmi semiresidenziali trasformati in programmi di sostegno lavorativo, con uno staff in cui gli operatori avevano appreso la tecnica IPS. In pratica si continuava a fornire ai pazienti trattamenti da parte del servizio, dello psichiatra, del *caseworker*, e di altri membri dello staff con l'integrazione del programma IPS nei trattamenti. Si sono ottenuti risultati simili nei vari studi relativi alla trasformazione attuata in cinque servizi che hanno interrotto il solito trattamento e attuato il programma di sostegno al lavoro, vale a dire un sostanziale aumento dei tassi di occupazione competitivi senza risultati negativi (Drake et al., 1994; Drake et al., 1996; Bailey et al., 1998; Becker et al., 2001). In seguito alla trasformazione, i pazienti, i familiari e gli operatori hanno espresso una netta preferenza per questi programmi di sostegno al lavoro (Torrey et al., 1995). Oltre a questi studi sulla trasformazione dei trattamenti, una serie di studi controllati ha confrontato il sostegno lavorativo individualizzato con i servizi di inserimento lavorativo tradizionali, quali i programmi pre-lavorativi di borsa-lavoro, i laboratori protetti, i programmi di riabilitazione psicosociale o le occupazioni transitorie.

Secondo una rassegna (Bond et al., 1997), il 58% dei pazienti seguiti col programma di sostegno lavorativo ha ottenuto un lavoro competitivo nell'arco di 12-18 mesi, rispetto al 21% dei clienti nel gruppo di controllo. Due meta-analisi hanno raggiunto risultati simili (Crowther et al., 2001; Twamley et al., 2003). Risultati recenti nel *Federal Employment Demonstration Program* hanno confermato l'efficacia del metodo IPS per l'inserimento lavorativo. In un'area centrale di Baltimora, Lehman et al. (2002) hanno reclutato per uno studio controllato un gruppo, ampio e rappresentativo, di clienti con un alto tasso di comorbilità per l'abuso di sostanze. La percentuale di occupazioni competitive era sostanzialmente maggiore per quei pazienti randomizzati al gruppo IPS, rispetto a quelli del gruppo di riabilitazione psichiatrica tradizionale.



(27% contro il 7%). Le percentuali relativamente basse, rispetto agli altri studi IPS (Drake et al., 1999), potrebbero essere dovute alle comorbidità dei clienti nello studio e al loro scarso interesse per programmi di inserimento lavorativo.

Ad Hartford, nel Connecticut, Mueser et al. (2004) hanno condotto uno studio controllato con cittadini provenienti da diversi background (compresi gli afro-americani e gli ispano-americani) con una storia lavorativa scarsa alle spalle, interessati però a un impiego competitivo. I clienti sono stati assegnati casualmente al gruppo IPS o al programma di riabilitazione psico-sociale che comprendeva unità di lavoro, occupazioni transitorie, programmi di riabilitazione standard al di fuori del servizio di salute mentale e altri tipi di servizi. Nell'arco di 24 mesi i soggetti del gruppo IPS hanno raggiunto risultati relativi all'inserimento lavorativo quattro volte superiori rispetto al gruppo di controllo. La percentuale globale di inserimenti lavorativi per il gruppo IPS è stata del 74%. In un terzo studio controllato condotto nel South Carolina, Meisler et al. (2000) hanno ottenuto risultati simili con i pazienti IPS, che hanno raggiunto sostanzialmente un tasso occupazionale più alto, rispetto al gruppo di controllo. Questa ricerca sottolinea vari aspetti del sostegno lavorativo: i risultati raggiunti con occupazioni competitive sono consistentemente più alti con i programmi di sostegno al lavoro, rispetto ad altri programmi. Questo dato vale per tutti i tipi di pazienti che sono stati studiati: uomini, donne, giovani, anziani, soggetti con una scarsa esperienza lavorativa alle spalle, minoranze, abitanti di zone rurali o cittadine, soggetti con diagnosi diverse. Inoltre, studi su servizi di ampie aree dimostrano che è possibile raggiungere un tasso occupazionale del 40% per i pazienti con disturbi psichiatrici (Drake et al., 1996).

Oltre il lavoro: esiti sulla dimensione clinica

Molti clinici, ma anche famiglie e alcuni pazienti, ritengono che assistere le persone con un grave disturbo mentale a cercare direttamente un lavoro competitivo, piuttosto che seguire un approccio graduale, possa produrre effetti negativi. La ricerca dimostra, tuttavia, che i pazienti non subiscono conseguenze negative (peggioramento del quadro sintomatologico, ospedalizzazioni, vagabondaggio, suicidio, drop-out dal trattamento, abbassamento dell'autostima) perché partecipanti a un programma di sostegno lavorativo, o perché impiegati in occupazioni competitive o per

aver lasciato un trattamento tradizionale (Bailey et al., 1998; Becker et al., 2001; Bond et al., 2001; Drake et al., 1994; Drake et al., 1996; Torrey et al., 1995). Solo un piccolo gruppo di pazienti che frequentavano un centro semiresidenziale poi trasformato in un programma IPS ha riferito un maggiore senso di solitudine (Torrey et al., 1995); per questo motivo i Servizi di Salute Mentale e le autorità governative hanno aiutato a finanziare centri autogestiti da pazienti e altri programmi simili (Torrey et al., 1998).

La ricerca sugli esiti in ambito clinico è meno chiara. Uno studio empirico sul programma di sostegno al lavoro dimostra che quei pazienti che hanno lavorato per un periodo consistente in un ambiente lavorativo competitivo sono migliorati dal punto di vista clinico, esprimendo, inoltre, una maggiore soddisfazione per la loro situazione finanziaria, per come passano il tempo libero e per la propria autostima (Bond et al., 2001). Gli stessi miglioramenti non sono stati ottenuti in quei pazienti che hanno lavorato per un consistente periodo, però in ambito protetto non competitivo. La maggior parte dei pazienti partecipanti al programma IPS ha trovato occupazioni part-time. Non è inusuale cominciare a lavorare per 10 ore a settimana. Il tipo di lavoro è di solito a un livello medio, in linea con le abilità e l'esperienza della persona. I pazienti tendono a essere più soddisfatti con il lavoro e ad avere una maggiore tenuta quando questo è in linea con le loro preferenze (Becker et al., 1996; Mueser et al., 2001). Spesso i pazienti cambiano due o tre lavori prima di trovare il lavoro che si addice loro e il cui livello lavorativo corrisponde ai loro bisogni. Uno studio di follow-up a 10 anni ha dimostrato che i pazienti del programma IPS hanno ottenuto risultati migliori in termini di soddisfazione e di conservazione del lavoro (Salyers et al., 2004).

Linee guida del programma IPS

Questo programma è stato implementato in vari modi per le persone con un grave disturbo mentale, la ricerca ha però evidenziato alcuni principi generali che sono fortemente correlati a un miglior esito occupazionale (Bond, 1998; Bond et al., 2001; Cook & Razzano, 2000).

Il programma comprende i seguenti sei principi:

- 1) *Il paziente determina l'eligibilità.* Tutti i pazienti sono incoraggiati a considerare un lavoro e viene loro offerto questo programma. Spetta tuttavia al paziente la decisione definitiva se parteciparvi o



meno. L'eleggibilità non si basa su decisioni circa l'essere pronti, sull'astinenza dall'uso di alcol o droghe, sul basso livello di sintomi, sulla fedina penale pulita, o su altri criteri usati per anni per escludere le persone dalle agenzie lavoro. I pazienti che si ritengono pronti per lavorare sono spesso in grado di superare questi e altri ostacoli.

- 2) *Il programma IPS è integrato con il trattamento dei Servizi di Salute Mentale.* La riabilitazione è considerata una componente integrale del trattamento di Salute Mentale, piuttosto che come un servizio separato. Gli operatori IPS partecipano regolarmente alle riunioni d'équipe e incontrano lo staff sanitario, per garantire una continuità e coordinazione dei servizi. Lo staff comprende di solito lo psichiatra, il *caseworker*, l'operatore IPS, e altri operatori collegati al paziente. Una buona comunicazione fra gli operatori è il punto critico: se, ad esempio, una persona si trova in difficoltà per i sintomi di paranoia mentre è al lavoro, l'operatore IPS riporta questa informazione al resto del team. Viceversa, se lo psichiatra modifica la terapia, informa lo staff. Un approccio integrato, multidisciplinare, piuttosto che interventi paralleli e separati, promuove l'integrazione dei servizi lavorativi, clinici e di sostegno. I membri del team sviluppano un piano in stretta collaborazione con i pazienti, considerati parte integrante dei servizi. Questo evita di generare messaggi confusi e contraddittori. Di solito gli operatori hanno alle spalle esperienze e formazioni diverse, per cui potrebbe variare la loro prospettiva nei confronti del problema. I clinici, ad esempio, sono formati di solito per aiutare i pazienti a ridurre lo stress e a raggiungere stabilità nella loro vita. Quando il paziente comincia a lavorare e aumentano i sintomi, il *caseworker* o lo psichiatra potrebbero tendere a incoraggiare la persona a lasciare il lavoro. L'operatore IPS, d'altro canto, di solito argomenta su come poter aiutare il paziente a identificare modalità per poter mantenere il lavoro, fronteggiare i sintomi, poiché spesso il lavoro rappresenta un'ancora di salvezza quando si presentano i sintomi. Il paziente si mostra quindi ambivalente. Comunicare è il solo modo per garantire un accordo.
- 3) *Il lavoro competitivo è un obiettivo.* Il programma di sostegno al lavoro è per coloro che mirano a un impiego regolare. L'operatore IPS aiuta i pazienti a ottenere un'occupazione competitiva, con uno sti-

pendio minimo e preferibilmente nella media salariale. Il punto è sempre quello di trovare lavoro in ambiti integrati, piuttosto che inserimenti lavorativi intesi come preparazione al lavoro, o laboratori protetti. I servizi riabilitativi devono essere orientati verso il programma IPS piuttosto che a trattamenti ergoterapici o ad attività in laboratori protetti: aspettative basse portano a risultati scarsi. Un'occupazione competitiva, almeno part-time, è un obiettivo realistico per chiunque lo desideri. La maggior parte delle persone sceglie all'inizio un lavoro part-time; lavorare per 5-10 ore alla settimana non è insolito. La maggior parte degli utenti sceglie di lavorare part-time per paura di perdere i *benefit* (pensioni, sussidi, assicurazioni sanitarie). Così anche chi, ad esempio, non ha mai lavorato e chi non ha lavorato per un lungo periodo di tempo, o che ha avuto esperienze negative sul lavoro, preferisce cominciare con un part-time. Col passare del tempo, spesso aumenta poi il numero di ore lavorate, ma questo dipende dalla scelta individuale. Per decidere quante ore lavorare, il paziente necessita di informazioni accurate circa quanto questo inciderà sui *benefit* che percepisce.

- 4) *La ricerca del lavoro avviene in tempi rapidi.* Nel programma di sostegno al lavoro si evitano lungaggini quali: valutazioni, formazioni, training, preparazioni. Approcci gradualisti per preparare al lavoro (ad esempio laboratori protetti, borse lavoro, formazioni, gruppi lavoro, ecc.) tendono a scoraggiare le persone che vogliono un lavoro competitivo. L'assessment iniziale è eseguito rapidamente secondo questo programma:
- a) L'operatore IPS raccoglie le informazioni circa le preferenze delle persone, tenendo conto delle esperienze lavorative e della loro formazione, del livello di adattamento attuale, e di altri fattori correlati al lavoro, come le possibilità di trasporto, il sostegno della famiglia e così via.
 - b) L'operatore IPS parla con il paziente, con gli operatori e, previo consenso del paziente, anche con i familiari, con altre figure di supporto ed eventualmente con il datore di lavoro.
 - c) Il paziente e l'operatore possono sviluppare insieme un piano di ricerca del lavoro, in linea con gli obiettivi lavorativi del paziente. Tale piano viene revisionato spesso durante tutto il processo, secondo le esperienze compiute dal-



l'individuo. Di solito, o l'operatore IPS o il paziente cominciano contattando potenziali datori di lavoro entro un mese dall'inizio del programma. Alcuni pazienti preferiscono richiedere lavoro direttamente, altri invece visitano siti sul lavoro, oppure chiedono informazioni ad altri lavoratori, per saperne di più sul tipo di lavoro che cercano.

Si sottolinea di nuovo che il percorso pianificato, l'iniziare a cercare un lavoro, e il metodo per trovarlo si basano sulle scelte dell'individuo. Il lavoro deve essere adatto per l'individuo. Si aiutano le persone a trovare occupazioni in linea con le loro preferenze, forze, esperienze, a ritagliare posizioni di lavoro personalizzate, piuttosto che forzare l'utente dentro mansioni lavorative precostituite nei programmi di borsa lavoro. Questo tipo di combinazione fra l'individuo e il lavoro influenza criticamente la soddisfazione, la tenuta e il successo. La preferenza dell'individuo è di somma importanza. I pazienti decidono, inoltre, se vogliono svelare o meno al proprio datore di lavoro di avere un problema psichiatrico e se mettere in contatto diretto l'operatore IPS (per loro conto) con il datore di lavoro. Circa la metà delle persone inserite nel programma di sostegno al lavoro sceglie di non rivelare la propria condizione clinica. Alcuni poi cambiano idea nel tempo, quando considerano il ruolo dell'operatore IPS anche come un difensore nei confronti del datore di lavoro.

- 5) *La ricerca di occupazione si basa su consulenze professionali esterne all'azienda.* Gli operatori IPS e gli altri membri dello staff usano i loro contatti nella comunità per trovare opportunità lavorative appropriate: parlano con persone che conoscono, con i membri dello staff, amministratori, amici, datori di lavoro precedenti, con i membri della Chiesa, contattano ditte locali, e così via. L'operatore IPS si reca presso la locale Camera di Commercio e altri servizi e/o organizzazioni, come il Rotary; questi sono tutti modi per aumentare i contatti con eventuali datori di lavoro. Trovare quindi un lavoro, svelare o meno la propria condizione clinica, e fornire sostegno al lavoro secondo le preferenze e le scelte dei pazienti, piuttosto che seguire unicamente il giudizio degli operatori.
- 6) *Il sostegno fornito è a tempo illimitato.* Un sostegno personalizzato fornito dai membri dello staff, da collaboratori, dalla famiglia o da altre figure di

sostegno, rende la persona capace di lavorare con successo e di mantenere l'occupazione. Il tipo e la quantità di sostegno sono vari. Lo psichiatra potrebbe, ad esempio, modificare la terapia farmacologica, il *case manager* potrebbe fornire un training di abilità sociali per migliorare le difficoltà interpersonali presenti sul lavoro, e l'operatore IPS potrebbe incontrare la persona diverse volte durante la settimana, al di fuori del luogo di lavoro, per rivedere insieme la performance lavorativa, e un operatore potrebbe incontrare regolarmente la famiglia e fornirle un sostegno, per ridurre la sua ansia. Questo tipo di sostegno, presente in tutte le varie fasi del programma, continua fintantoché l'individuo ne ha bisogno, piuttosto che terminare a un momento prestabilito.

Componenti del programma di sostegno al lavoro

Questo programma comprende 15 componenti critiche, che sono rappresentate nella *Supported Employment Fidelity Scale* (Bond et al., 1997).

1. Caseload: l'operatore IPS gestisce un carico massimo di 25 pazienti.
2. Staff: l'operatore IPS fornisce esclusivamente un servizio di programma lavorativo. Non fornisce altri servizi diversi dall'inserimento lavorativo, come il case management o servizi territoriali.
3. Compiti: ogni operatore IPS esegue tutte le fasi del programma, compresa la presa in carico, l'assessment, trovare un lavoro e il sostegno continuo.
4. Integrazione della riabilitazione con il trattamento di salute mentale: gli operatori IPS sono parte di un team multidisciplinare, solito a condividere la presa di decisione. L'operatore IPS partecipa ad almeno una riunione a settimana e ha almeno tre contatti a settimana con il *case-manager* di un paziente.
5. Unità lavorativa: l'operatore IPS forma un'unità lavorativa con almeno una supervisione di gruppo a settimana, dandosi sostegno l'un l'altro.
6. Nessun criterio d'esclusione: questo programma non richiede caratteristiche particolari, se non quella di esprimere interesse. Le persone non sono escluse per mancanza di lavoro, o per abuso di sostanze, per comportamenti violenti, per funzionamento intellettuale minimo, o per sintomi residui. Si incoraggiano tutti i pazienti a partecipare.



7. Assessment continui: la valutazione lavorativa è un processo continuo basato su esperienze di lavoro competitivo in setting lavorativi integrati, piuttosto che attraverso una batteria di test. Potrebbe servire una somministrazione minima di test (come ad esempio un test sull'interesse), da non considerare comunque come un prerequisito alla ricerca del lavoro.
8. Ricerca rapida di occupazioni competitive: la ricerca di occupazioni competitive comincia in tempi rapidi dopo l'entrata nel programma. Il primo contatto con un datore di lavoro avviene di solito dopo un mese dall'entrata nel programma.
9. Ricerca individualizzata del lavoro: i contatti con il datore di lavoro si basano sulle preferenze lavorative del paziente (in riferimento a cosa gli piace e agli obiettivi personali) e sui bisogni (considerando l'esperienza, i sintomi, la salute, e altri fattori che potrebbero influenzare un buon lavoro), piuttosto che sul mercato lavorativo (quali lavori sono già disponibili o sono già stati predisposti precedentemente).
10. Varietà di occupazione: l'operatore IPS fornisce varie opzioni lavorative in ambienti diversi. Egli fornisce opzioni sia per lo stesso tipo di lavoro, sia varie mansioni nello stesso ambiente lavorativo per meno del 10% di tempo.
11. Conservazione del posto di lavoro: l'operatore IPS aiuta a trovare occupazioni competitive permanenti, piuttosto che a tempo determinato. Virtualmente tutti i posti sono permanenti.
12. Lavoro come cambiamento: si considerano tutte le occupazioni come esperienze positive secondo la prospettiva della crescita professionale. L'operatore IPS aiuta il paziente, quando opportuno, a interrompere un lavoro, offrendogli aiuto a trovarne un altro, a prescindere dal successo o insuccesso dell'esperienza precedente.
13. Sostegno continuo: si fornisce alla maggior parte dei pazienti un sostegno flessibile, individualizzato e continuo. A prescindere dal fatto che il contatto con il datore di lavoro è a discrezione del paziente, il sostegno nei confronti del datore potrebbe comprendere informazioni e indicazioni. Il sostegno ai pazienti potrebbe comprendere il *job coaching*, il counselling e i gruppi di supporto per il lavoro, il trasporto, cambiamenti nella terapia farmacologica, il sostegno da parte di amici e della famiglia.
14. Servizi basati sul territorio: i servizi lavorativi, quali la presa in carico, il trovare un lavoro e il sostegno

continuo, sono espletati in ambienti "naturalisti" della zona. L'operatore IPS passa almeno il 60% del suo tempo al di fuori del Dipartimento di Salute Mentale.

15. Presa in carico intensiva: l'operatore IPS fornisce una presa in carico continuativa e moderati incoraggiamenti (per telefono, per posta, o tramite visite) come parte iniziale di una presa in carico e almeno mensilmente, senza limiti di tempo, quando il paziente smette di frequentare il servizio deputato all'inserimento lavorativo. Lo staff accerta il livello di "prontezza" dell'individuo e il passo che si sente di compiere.

Altri due aspetti rappresentano la pietra angolare nel programma di inserimento al lavoro:

- 1) Un counselling sui benefit che fornisce informazioni per aiutare a prendere decisioni circa il tornare a lavorare. Tremblay et al. (in stampa) hanno trovato che questo tipo di counselling aumenta il livello delle entrate finanziarie di chi già riceve sussidi o pensioni.
- 2) La collaborazione fra i Servizi di Salute Mentale e i terapisti occupazionali è associata a un miglior esito lavorativo (Gowdy et al., 2003; Drake et al., 1996). Costituiscono la base di una proficua collaborazione: le comunicazioni frequenti, il problem solving e una pianificazione coordinata.

Informazioni ulteriori sui programmi IPS possono essere trovate al sito www.mentalhealthpractices.org

■ BIBLIOGRAFIA

Bailey E.L., Ricketts S.K., Becker D.R., Xie H. & Drake R.E. (1998). Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22 (1), 24-29.

Becker D.R., Bond G.R., McCarthy D., Thompson D., Xie H., McHugo G.J. & Drake R.E. (2001). Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatric Services* 52 (3), 351-357.

Becker D.R. & Drake R.E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. Oxford University Press: New York.

Becker D.R., Drake R.E., Farabaugh A. & Bond G.R. (1996). Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services* 47 (11), 1223-1226.

Bond G.R. (1998). Principles of the Individual Placement and Support Model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22(1), 11-23.



- Bond G.R. (in stampa). Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E., Rapp C.A., Meisler N., Lehman A.F. & Bell M.D. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services* 52 (3), 313-322.
- Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E. & Vogler K.M. (1997). A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 40 (4), 265-284.
- Bond G.R., Drake R.E., Mueser K.T. & Becker D.R. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48 (3), 335-346.
- Bond G.R., Resnick S.G., Drake R.E., Xie H., McHugo G.J. & Bebout, R.R. (2001). Does competitive employment improve non-vocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, 489-501.
- Cook J. & Razzano L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: Recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin* 26, 87-103.
- Crowther R.E., Marshall M., Bond G.R. & Huxley P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: Systematic review. *British Medical Journal* 322, 204-208.
- Drake R.E., Becker D.R., Biesanz J.C., Torrey W.C., McHugo G.J. & Wyzik, P.F. (1994). Rehabilitative day treatment vs. supported employment: I. Vocational outcomes. *Community Mental Health Journal* 30, 519-532.
- Drake R.E., Becker D.R., Biesanz J.C., Wyzik P.F. & Torrey W.C. (1996). Day treatment versus supported employment for persons with severe mental illness: A replication study. *Psychiatric Services* 47 (10), 1125-1127.
- Drake R.E., Becker D.R., Clark R.E. & Mueser, K.T. (1999). Research on the Individual Placement and Support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly* 70, 289-301.
- Gowdy E.A., Carlson L.S. & Rapp C.A. (2003). Practices differentiating highperforming from low-performing supported employment programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26, 232-239.
- Lehman A.F., Goldberg R.W., Dixon L.B., McNary S., Postrado L., Hackman A. & McDonnell, K. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry* 59 (1), 165-172.
- Meisler N., Williams O. & Kelleher J. (2000). *Rural-based supported employment approaches: Results from South Carolina site of the Employment Intervention Demonstration Project*. Paper presented at the Fourth Biennial Research Seminar on Work. Matrix Research Institute; Philadelphia.
- Mueser K.T., Becker D.R. & Wolfe R. (2001). Supported employment, job preferences, and job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health* 10 (4), 411-417.
- Mueser K.T., Clark R.E., Haines M., Drake R.E., McHugo G.J., Bond G.R., Essock S.M., Becker D.R., Wolfe R. & Swain K. (2004). The Hartford study of supported employment for severe mental illness: Employment and non-vocational outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 25, 63-67.
- National Alliance for the Mentally Ill Board of Directors. (2001). *NAMI Strategic Plan, 2001-2003*. National Alliance for the Mentally Ill: Alexandria (VA).
- New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. Final Report*. DHHS Pub. No. SMA-03-3832. MD: Rockville.
- NIMH (1999). *Bridging science and service: A report by the National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup*. National Institute of Mental Health: Rockville.
- Salyers M., Becker D.R., Drake R.E., Torrey W.C. & Wyzik P. (2004). A ten-year follow-up of supported employment. *Psychiatric Services* 55, 302-308.
- Torrey W.C., Becker D.R. & Drake R.E. (1995). Rehabilitative day treatment vs. supported employment: II. Consumer, family and staff reactions to a program change. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 18 (3), 67-75.
- Torrey W.C., Mead S. & Ross, G. (1998). Addressing the social needs of mental health consumers when day treatment programs convert to supported employment: Can consumer-run services play a role? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22 (1), 73-75.
- Tremblay T., Smith J., Xie H. & Drake R.E. (in stampa). The impact of specialized benefits counseling services on Social Security Administration disability beneficiaries in Vermont. *Journal of Rehabilitation*.
- Twamley E.W., Jeste D.V. & Lehman A.F. (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nervous and Mental Disease* 191, 515-523.
- United States Public Health Service Office of the Surgeon General (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service: Rockville.
- Wehman P. & Moon M.S. (1988). *Vocational rehabilitation and supported employment*. Paul Brookes: Baltimore.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Deborah Becker
New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center
2 Whipple Place, Suite 202
Lebanon, NH 03766
Phone: 603-448-0126
Fax: 603-448-0129
E-mail: deborah.r.becker@dartmouth.edu



Roberto Mezzina,¹ Daniela Vidoni,¹ Maurizio Miceli,² Gaetano Interlandi,³
Annamaria Accetta,⁴ Corrado Crusiz⁵

¹Psichiatra, Trieste; ²psichiatra, Firenze; ³psichiatra, Caltagirone; ⁴psicologa, Settimo Torinese; ⁵psicologo ricercatore, Trieste

GLI INTERVENTI TERRITORIALI A 24 ORE DALLA CRISI SONO BASATI SULL'EVIDENZA?

INDICAZIONI DA UNO STUDIO MULTICENTRICO LONGITUDINALE

Are 24 hours community crisis interventions evidence based? Indications from a multicentric longitudinal study

RIASSUNTO

Scopo. Discutere i risultati derivati da uno studio multicentrico che ha analizzato il destino della domanda acuta/grave quale oggi si presenta sul territorio, all'interno di differenti modalità organizzative di servizi territoriali, verificando il grado di dipendenza degli esiti da variabili di trattamento quali: a) differenti patterns d'uso dei servizi stessi; b) modalità di presa in carico e di risposta; c) percorsi istituzionali.

Metodo. Tutti i primi casi sono stati reclutati sequenzialmente in un periodo definito di sei mesi qualora rispondano ai seguenti *criteri di crisi*: sintomatologia psichiatrica rilevante; crisi nelle relazioni e/o grave isolamento sociale; richiesta d'aiuto per situazioni d'allarme nel microcontesto e/o intervento di agenzie dell'emergenza. Ciascun utente del campione è stato poi inserito in un follow-up di 24 mesi.

Conclusioni. Determinanti di una rapida risoluzione della crisi sono risultati: il sesso femminile, l'ambiente di vita extra-urbano, una relazione di fiducia stabilitasi con gli operatori, l'uso di un ampio *range* di interventi comunitari, mentre l'ospedalizzazione non è in relazione con alcun esito migliore della crisi. Essa non dipende dalla "gravità" clinica o psicosociale, mentre è più probabile dopo l'intervento di agenzie dell'emergenza. La ricerca sembra suggerire che il determinante sociale di salute e malattia appare l'assetto complessivo di un sistema di servizi (in particolare la capacità di dare risposte sulle 24 ore, con adeguata articolazione di risorse).

Parole chiave: alternative alla ospedalizzazione, crisi, Servizi di Salute Mentale a 24 h

SUMMARY

Objective. To discuss the results of a multi-centric study which analysed the outcomes of the acute/serious demand as it currently manifests itself in the community, and to do so within the different organisational modalities of the community services, verifying the degree to which such outcomes depended on treatment variables and service organisations and provision, such as: a) the different use patterns of the services themselves; b) the ways of "shouldering the burden" and response to the demand; c) institutional pathways.

Method. All first cases were subsequently recruited during a six months period if they satisfied the following "crisis" criteria: major psychiatric symptomatology plus relationship crises and/or serious isolation plus requests for help in situations of alarm within the micro-context and/or intervention by emergency agencies. The follow-up consisted of a 24-month period.

Conclusions. Determinants of a quick crisis resolution are: female gender, non-urban environment, an established trustee relationship with the service, the use of a wide range of community interventions, while hospitalisation does not have relations with any better crisis outcome. This does not depend on clinical or psychosocial but is more likely after the intervention of general emergency agencies. The research seems to suggest that the social determinant of health and illness appears to be the overall organisation of a system of services (especially the ability to provide responses around the clock and an adequate articulation of resources).

Key words: crisis, alternatives to hospitalisation, 24 hours Community Mental Health Services



Introduzione

Studi descrittivi sugli interventi di crisi

L'uso del termine "crisi" si è finora rivelato di scarsa utilità per la ricerca epidemiologica in salute mentale se riferito, secondo quella che è stata la definizione originaria di Caplan (1964), a sfere problematiche soggettive e relazionali non ancora diagnosticabili come condizioni psichiatriche; ovvero ha finito con l'appiattirsi sui concetti di "urgenza/emergenza", che come tali sono affidati a presunte competenze specialistiche.

A partire da teorie che, negli anni Cinquanta e Sessanta, hanno descritto la crisi come evento potenzialmente trasformativo (Lindemann, 1944; Caplan, 1964), il *crisis intervention* è stato collocato nell'ambito della prevenzione primaria, secondaria e terziaria (Caplan, 1964; Scott, 1967). Nella pratica psichiatrica, tuttavia, prevalgono le scelte operative e le filosofie di intervento che tendono a contenere, ridurre e controllare la crisi adottando il modello medico-biologico (Asioli, 1984). Il termine "crisi" si connette alla nozione di acuzie, il cui trattamento è spesso condizionato da istanze di controllo rispetto a comportamenti devianti, e tale da implicare anche l'impiego di trattamenti senza il consenso del paziente. Analizzando questa contiguità, una serie di studi descrittivi condotti anni fa dall'OMS in Europa (Katsching et al., 1993) ha evidenziato la coesistenza di molteplici modelli di servizi operanti in tale area, che si occupano principalmente, più che di "crisi" nel senso originario, di stati di disadattamento cronico o ricorrente, e dei conseguenti fenomeni di *revolving door*. A livello internazionale si sono comunque sviluppati, soprattutto negli ultimi vent'anni e in ambito anglosassone, interventi territoriali sulle 24 ore, alternativi al ricovero ospedaliero, dunque intesi come *gate-keeper* o filtri al ricovero per l'utenza acuta che presenta disturbi anche severi. Essi consistono in:

- a) modalità di *crisis intervention* mobile, definite in vario modo, come "mobile emergency and crisis teams", "home crisis teams", "home treatment teams", "crisis resolution teams" (Scott, 1967; Stein & Test, 1978, 1985; Ratna, 1978; Houlton, 1986; Reding & Raphaelson, 1995; Phelan et al., 1995; Minghella et al., 1998);
- b) accoglienza in piccole unità residenziali non ospedaliere (Mosher & Menn, 1977, 1989; Warner, 1985, 1995; Moltzen et al. 1986; Ciompi et al. 1992).

Va sottolineato che si tratta solitamente di soluzioni inserite in sistemi di servizi che le prevedono come complementari e non sostitutive dell'ospedalizzazione. Il ricovero ospedaliero, sia pure nelle *acute units* negli ospedali generali, è comunque ritenuto appropriato in situazioni ben definite e piuttosto limitate (Stein & Test, 1980): a) rischio di violenza e/o suicidio; b) associazione di condizioni patologiche mediche; c) gravi acuzie psicotiche con necessità di elevata intensità di assistenza. Per Smyth & Houlton (2000), le cui indicazioni sono state fatte proprie a livello di politica sanitaria per l'organizzazione dei servizi in Gran Bretagna (Mental Health Policy Implementation Guide, 2001), il trattamento domiciliare sarebbe attuabile per l'80% dei pazienti psichiatrici ricoverati in reparti psichiatrici per acuti, e dovrebbe comprendere le seguenti caratteristiche organizzative:

- disponibilità sulle 24 ore per 7 giorni a settimana;
- rapidità di intervento (entro qualche ora dalla richiesta);
- flessibilità degli interventi e dei tempi di trattamento;
- coinvolgimento sin dall'inizio del microcontesto familiare;
- reperibilità di uno psichiatra per la valutazione e il trattamento domiciliare;
- gestione e somministrazione dei farmaci;
- sostegno e assistenza per la gestione della quotidianità;
- consigli e informazioni ai familiari;
- filtro dei ricoveri ospedalieri;
- continuazione del trattamento fino alla risoluzione della crisi;
- collegamento con le altre agenzie di trattamento post-crisi.

Molti sono inoltre i programmi di *day-hospital* alternativi al ricovero per i casi acuti (Bengelsdorf & Alden, 1987; Creed et al., 1989, 1990). Essi, adottando una pratica a bassa medicalizzazione (Rakfeldt et al., 1997), tendono a realizzare un maggiore potenziale di guarigione attraverso una filosofia vicina alle teorie originarie della crisi, o secondo modelli psicodinamici in Francia e in Svizzera in particolare (Andreoli & Garrone, 1986; Andreoli & Foresti, 1993), che privilegiano la dimensione dell'interazione di crisi tra il soggetto e gli altri attori coinvolti. A prescindere dalla validità e affidabilità dei modelli, un problema centrale è rappresentato dal fatto che tutte le modalità di



intervento attivate specificamente sull'acuzie e la crisi, e in particolare il ricovero ospedaliero breve, sono di solito scarsamente integrate con le attività di prevenzione e riabilitazione, e con i necessari presidi di supporto sociale nel prosieguo delle cure. Per tali motivi viene spesso a mancare l'adeguata continuità terapeutica (Rotelli et al., 1986). Tutti questi interventi, e segnatamente i ricoveri ospedalieri, sono di solito scarsamente integrati con le attività di prevenzione e riabilitazione, e con i necessari presidi di supporto sociale nel post-cura, per cui viene spesso a mancare un'adeguata continuità terapeutica (Rotelli et al., 1986). È noto, inoltre, che tale carenza incide negativamente sul decorso in particolare degli stati psicotici acuti favorendone ricadute e cronicizzazione (Bennett, 1978, 1991; Wing & Morris, 1981; Ciompi, 1983), anche in forme nuove condizionate dalla stessa discontinuità degli interventi, come nel caso ben noto degli *young adult chronic patients* (Bachrach, 1982).

Per ovviare a queste problematiche di sistema, due approcci emergono come i più razionali dalle pratiche attuali, come evidenziato nelle *review* dei modelli di intervento sulla crisi (Johnson & Thornicroft, 1995): il team di crisi centralizzato e con équipe propria, inserito in modelli organizzativi "a team" o "funzionali", e l'intervento di crisi come componente operativa di un servizio territoriale "comprehensive" o "integrato" (detto anche *generic team*).

La specificità italiana: riforma, deistituzionalizzazione e stato dei servizi

In Italia, benché la legge di riforma psichiatrica sottolineasse che "gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi extraospedalieri", la sua applicazione ha sin dall'inizio privilegiato la costituzione degli SPDC negli ospedali generali, concepiti come unità di accoglienza della domanda psichiatrica acuta in modo indifferenziato e fondato su un approccio rigidamente clinico. A fronte di essi, spesso scollegati, operano servizi territoriali a impostazione per lo più ambulatoriale, con risorse umane e strumentali limitate e orari di apertura insufficienti, tali da non rappresentare reali alternative di trattamento nei casi acuti di maggiore impegno (Frisanco, 1989; Tansella & Williams, 1987; Tansella et al., 1995; Crepet, 1990), come neppure di solito lo sono centri diurni e/o day-hospital, ove presenti.

Laddove, invece, la deistituzionalizzazione è stata

attuata in modo rigoroso e ha prodotto una rete di servizi territoriali integrati, capace di dare risposte efficaci a una specifica area territoriale, è stato possibile assumere la domanda anche in condizioni di crisi e sviluppare adeguati programmi terapeutici a partire da essa. Lo sviluppo di interventi territoriali alternativi sulle urgenze per il superamento degli ospedali psichiatrici anche prima della legge (Debernardi & Gerbaldo, 1981), ha spesso prodotto una riduzione dell'uso degli SPDC attraverso interventi che tendono a sviluppare accessibilità, precocità, flessibilità delle risposte e a realizzare una successiva continuità di cura (Mezzina & Vidoni, 1991, 1995), adottando un modello basato su un servizio territoriale (Centro di Salute Mentale) aperto 24 ore e dotato di alcuni posti letto per la crisi, come sviluppato da esperienze pilota come quella di Trieste (Rotelli et al., 1986; Dell'Acqua & Mezzina, 1988). Tali interventi devono, per raggiungere livelli di efficacia, affrontare la complessità della domanda acuta/grave attraverso approcci multidisciplinari, favorendo la massima accessibilità e intervenendo sui percorsi e gli agenti di invio (Gallio, 1978), cercando di mobilitare un ampio ventaglio di risposte alla crisi. Nodo centrale è dunque il concetto di "presa in carico" della domanda da parte del servizio territoriale (Dell'Acqua & Mezzina, 1988a), con un'estensione degli interventi sulle 24 ore, e un eventuale accoglimento in ambito extraospedaliero se il paziente non risulta gestibile a domicilio.

La valutazione degli interventi sulla crisi

La valutazione degli interventi di crisi, nei pochi studi controllati esistenti in letteratura, è stata effettuata quasi esclusivamente in riferimento alla loro efficacia rispetto ai ricoveri ospedalieri e alla riduzione della durata delle degenze (Hoult, 1986; Hoult & Reynolds, 1984; Hoult et al., 1984; Muijen et al., 1992; Merson et al., 1992) o in termini di costo-efficacia (Winter et al., 1987; Goldberg, 1991; Goldstein & Horgan, 1988); recentemente sono disponibili alcuni studi di costo-efficacia (Fenton et al., 1998; Knapp et al., 1994). Anche i trattamenti di day-hospital sono stati comparati con l'ospedalizzazione (Creed et al., 1989, 1990). Una review degli studi (Kluiter, 1997) sottolinea che, a prescindere dai primi casi, uno dei fattori decisivi di continuità di cura sembra essere la qualità della relazione stabilita col paziente; in questo senso le équipes specifiche, operanti sulla crisi, andrebbero paragonate con équipes "generiche" territo-



riali, che conoscono i loro utenti (Dean et al., 1993), piuttosto che con i trattamenti ospedalieri. In ricerche con assegnazione randomizzata dei soggetti, il trattamento domiciliare dei pazienti acuti da parte di équipe multidisciplinari si è mostrato efficace nel ridurre il bisogno di letti ospedalieri (Burns et al., 1993; Marks et al., 1994). Nella comparazione dei trattamenti *comprehensive* sulle 24 ore nella comunità con le cure ospedaliere (Rappaport et al., 1987; Sheperd et al., 1997), i primi sono risultati più efficaci e meglio accettati dai pazienti e dai familiari. Sono stati effettuati anche studi sui programmi di affidamento eterofamiliare nella crisi psicotica in comparazione con l'ospedalizzazione, anche in termini di costi (Posner et al., 1996). Studi di esito più complesso, anche a breve termine, che prendano in considerazione dimensioni di esito sia cliniche che psicosociali (Kluiter, 1997) sono rari, data la difficoltà di definire empiricamente l'"oggetto-crisi" e quindi a misurarne la durata, che può non coincidere coi tempi del ricovero.

Studi italiani sui servizi deputati a trattare la crisi e l'urgenza hanno mirato soprattutto a definirne la tipologia e la dotazione di risorse su larga scala (Cozza & Napolitano, 1996) più che l'efficacia operativa, a parte sporadiche ricerche mirate specificamente sugli SPDC (de Girolamo et al., 1988). Recentemente si è intrapreso un progetto di ricerca, finanziato dal Ministero della Salute (Progres-Acuti), che ha censito in maniera sistematica le strutture di ricovero per acuti insieme a un ampio campione di pazienti. Mancavano, all'epoca di inizio della ricerca qui presentata, studi sistematici italiani riguardanti l'intervento di crisi e la presa in carico della crisi da parte dei servizi del territorio. Assumendo nell'ottica della ricerca il servizio territoriale come osservatorio del fenomeno crisi/acuzie, la valutazione degli interventi ha dovuto approfondire e chiarire la loro efficacia, efficienza, accettabilità e accessibilità per l'utenza. Ne è derivata la necessità di una definizione operativa di "crisi" per coglierne il nesso con la domanda acuta/grave cui i servizi di salute mentale sono chiamati a rispondere nella realtà quotidiana.

Sono inoltre apparsi insufficienti, a tali scopi, gli usuali strumenti di valutazione sintomatologica o quelli approntati per il triage dell'urgenza psichiatrica (Bengelsdorf & Alden, 1987), da cui la necessità di utilizzare strumenti idonei agli scopi della ricerca. Una prima versione degli strumenti di valutazione, utilizzata in uno studio realizzato a Trieste tra il 1985 e il 1990

(Mezzina & Vidoni, 1991, 1995), ha subito revisioni successive che hanno coinvolto operatori di vari servizi regionali e italiani, coordinati da P. Morosini (Istituto Superiore di Sanità). Lo studio è stato inserito nel Progetto Nazionale Salute Mentale coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità tra il 1997 e il 2001 (Mezzina et al., 2001, 2005). Parallelamente è stato condotto uno studio di processo finalizzato all'indagine sulla variabilità dei trattamenti in situazioni di crisi (Miceli et al., 2004).

Scopi

Si è voluto analizzare il destino della domanda acuta/grave quale oggi si presenta sul territorio, all'interno di differenti modalità organizzative di servizi territoriali, verificando il grado di dipendenza degli esiti da variabili di trattamento quali:

- a) differenti patterns di uso dei servizi stessi;
- b) modalità di presa in carico e di risposta;
- c) percorsi istituzionali.

I servizi territoriali rappresentano il focus e il punto di osservazione dello studio stesso: si è pertanto studiata la crisi psichiatrica in differenti modalità organizzative e assistenziali, indagando la capacità e l'effettiva possibilità di presa in carico da parte dei servizi psichiatrici territoriali prima, durante e dopo il ricovero in ospedale generale. Attraverso lo studio dei successivi percorsi di cura, si è valutata l'adeguatezza della continuità terapeutica. Infine si è valutata l'efficacia degli interventi attraverso la rilevazione degli esiti psicosociali a breve e medio termine (2 anni). Alcune domande fondamentali della ricerca erano:

- È possibile definire che cosa è la "crisi" oggi per i servizi di salute mentale?
- Quali sono gli attori e i percorsi? Quando il paziente con la crisi arriva ai servizi territoriali, questa come è interpretata e trattata? Prevale il dato istituzionale della gestione dell'emergenza, o vi è attenzione alle possibilità di maturazione per i soggetti, per cui una gestione adeguata della crisi ha effetti a lungo termine?
- I modelli di servizio territoriale a 24 ore sono più efficaci nella presa in carico della domanda acuta e di crisi?
In relazione a ciò, essa si proponeva di identificare:
- Fenomenologia della domanda e tipologia dei percorsi di cura.
- Variabili prognostiche legate ai soggetti.

**■ TABELLA 1. Caratteristiche strutturali e di processo – Indicatori**

Caratteristiche strutturali e di processo	Indicatori
1) Accessibilità e flessibilità dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> • orario di apertura dei servizi • interventi precoci rispetto all'esordio dei sintomi • tempestività della risposta rispetto alla crisi • differenziazione delle procedure di contatto • mancato ricorso alle agenzie dell'emergenza • rapporto ricovero-gravità
2) Adesione ai trattamenti e loro accettabilità	<ul style="list-style-type: none"> • atteggiamenti e disponibilità dell'utente verso le cure • mancato ricorso ai TSO • rapporto di fiducia con gli operatori • soddisfazione dell'utente e del familiare
3) Continuità di cura commisurata ai bisogni	<ul style="list-style-type: none"> • collegamento tra ricovero e trattamenti territoriali per tutta la durata • tipologie del rapporto col servizio territoriale • interruzione di contatto • drop-out • trans-istituzionalizzazione
4) Integrazione e globalità delle risposte	<ul style="list-style-type: none"> • range delle prestazioni extracliniche/sociali, di rete e riabilitative
5) Eventuale attivazione di alternative al ricovero ospedaliero	<ul style="list-style-type: none"> • gestione domiciliare della crisi • modalità di accoglienza in CSM 24h o in Centri Crisi

- Variabili dipendenti dal trattamento: caratteristiche dei servizi (tipologie e modelli assistenziali) e loro procedure efficaci ai fini degli esiti clinici e sociali.
- Predittori di esito (identificabili come potenziali obiettivi di processo nel corso del trattamento).

L'ipotesi da verificare era se i trattamenti contribuissero a determinare esiti migliori, a breve e lungo termine (superamento della crisi in tempi brevi, miglioramento del decorso a più lungo termine del disturbo, mantenimento della persona nel contesto sociale e riduzione dei rischi di *labelling*), quando fossero basati su alcune caratteristiche strutturali e di processo, qui indicate nella Tabella 1.

Metodologia**Campione**

Lo studio multicentrico longitudinale ha preso in considerazione tutti i casi acuti/gravi che si presentano per la prima volta a un servizio territoriale, che quindi risultano nuovi casi per il sistema informativo di ogni

servizio, o che hanno avuto un ultimo contatto segnalato più di due anni prima e che rispondono alle seguenti caratteristiche della crisi:

- a) sintomatologia psichiatrica rilevante;
- b) crisi nelle relazioni e/o grave isolamento sociale;
- c) richiesta di aiuto per situazioni di allarme nel micro-contesto e/o intervento di agenzie dell'emergenza.

Il reclutamento è avvenuto in un periodo definito di sei mesi. Le fonti dei dati sono state il sistema informativo di ogni dipartimento di salute mentale, l'anagrafe e le valutazioni formalizzate ottenute tramite strumenti originali e altri di comune impiego epidemiologico in psichiatria. Ciascun utente del campione è stato poi inserito in un follow-up di 24 mesi dalla data di reclutamento.

Strumenti originali (Mezzina et al., 2005)

- Scheda di Servizio: caratteristiche strutturali del servizio psichiatrico.
- Questionario strutturato denominato CRIIN per la valutazione iniziale della crisi e delle modalità di



contatto con il servizio con dati forniti direttamente dal soggetto.

- Questionario strutturato denominato CRIVAL per la valutazione iniziale del soggetto con dati forniti dal *carer* (stato precedente, insorgenza, disabilità).
- Questionario strutturato denominato CRIFIN per la rilevazione degli interventi, delle prestazioni, della qualità del rapporto col servizio e delle modalità di superamento della crisi entro 2 mesi.
- Questionario strutturato denominato CRIFOL per la rilevazione dati sulla continuità terapeutica, interruzione di rapporto, ricadute, esiti sociali, soddisfazione con dati forniti sia dal soggetto che dal *carer*.

Inoltre:

- BPRS (versione originale a 16 items di Overall & Gorham, 1962): sintomatologia, da compilare a cura degli operatori al primo contatto e al follow-up.

Svolgimento della ricerca

Il Centro Studi "Salute Mentale" del Friuli-Venezia Giulia (centro collaboratore dell'OMS) ha prodotto il protocollo di ricerca e gli strumenti originali. La loro validazione si è basata su analisi di coerenza interna, *inter-rater reliability* (validità convergente) a seconda delle diverse tipologie delle varie parti dei questionari. Essi sono stati preceduti da test di concordanza circa la selezione dei casi sulla base dei criteri di crisi, avvenuta con un gruppo di auditing, e sono stati sottoposti a prove di test-retest. Ciascun servizio, cui il centro studi ha offerto supporto e coordinamento, ha agito come unità autonoma di ricerca nella rilevazione dei dati impiegando propri intervistatori opportunamente addestrati alla somministrazione dei questionari, e coordinati da un responsabile (*monitor*) della ricerca. I servizi coinvolti hanno partecipato a un seminario di addestramento all'uso degli strumenti, che ha anche reso possibile verificare la concordanza dei ricercatori sui criteri di arruolamento dei casi. I dati raccolti, afferiti centralmente ed elaborati presso il Centro Studi, sono stati sottoposti ad analisi statistica utilizzando il test del χ^2 , l'ODDS ratio, il test *t* di Student per campioni indipendenti, l'analisi della varianza univariata (ANOVA). Una prima analisi dei risultati è stata quindi sottoposta al *board* di ricerca, costituito dai centri che avevano maggiormente contribuito alla ricerca, per gli approfondimenti necessari, l'analisi fina-

le dei dati, la stesura del rapporto di ricerca e dei lavori scientifici (Mezzina et al., 1999, 2001).

Risultati

L'esposizione dei dati è organizzata in una prima parte, relativa ai dati generali che documentano la tipologia della domanda acuta/grave di crisi e i suoi percorsi di arrivo ai servizi, nonché la gamma di risposte ricevute all'interno di differenti modalità organizzative dei servizi territoriali. Una seconda parte è relativa allo studio dei fattori legati ai trattamenti e alla verifica del grado di dipendenza della storia naturale delle condizioni psichiatriche acute/gravi, dalla modellistica dei circuiti psichiatrici esistenti nelle differenti situazioni locali.

Dati generali

Alla ricerca hanno aderito 13 servizi territoriali di 6 regioni: 4 del Friuli, 3 del Lazio, 2 della Toscana, 2 della Puglia, 1 del Piemonte e 1 della Sicilia. Sono stati reclutati 73 casi; ogni servizio ha reclutato in media 5,6 casi. Le loro caratteristiche principali sono riassunte nella Tabella 2

Il modello assistenziale e di intervento sulla crisi è stato classificato in 4 tipologie:

Servizio Territoriale aperto 24 ore. È in grado di intervenire sulla crisi extraospedaliera lungo le 24 ore; comporta un uso limitato dell'ospedale (SPDC o altro) solo per l'accoglimento delle emergenze. Corrispondono a tale tipologia: 3 CSM di Trieste e il Servizio di Settimo Torinese. Sono stati reclutati 29 casi.

Servizio Territoriale aperto 12 ore con polo ospedaliero. È in grado di gestire degli interventi di crisi extraospedalieri diurni con la possibilità di un ricovero ospedaliero in SPDC. Corrispondono a tale tipologia: i Servizi di Caltagirone e del Casentino. Sono stati reclutati 10 casi.

Servizio Territoriale aperto 12 ore. È in grado di gestire degli interventi di crisi extraospedalieri soltanto diurni, con una scarsa o nulla gestione dei ricoveri ospedalieri. Corrispondono a tale tipologia: i Servizi di Roma-ex 11, Ferentino, Cisternino-BR1, Bari-S. Paolo, S. Daniele. Sono stati reclutati 16 casi.

Servizio Bipolare ambulatoriale-ospedaliero. È in grado di gestire degli interventi di crisi extraospedalieri inferiori alle 12 ore (ambulatoriale), con la possibilità di ricoveri ospedalieri in SPDC. Corrisponde a tale tipologia: il Servizio di Firenze-ex 10D. Sono stati reclutati 13 casi.

■ **TABELLA 2. Caratteristiche strutturali e risorse dei servizi partecipanti**

SERVIZIO	Bacino d'utenza in abitanti	Orario apertura CSM	Giorni apertura CSM	Organizzazione SPDC	Reperibilità notturna	Tipologia Servizio
S. Daniele (UD)	47.000	<12 ore	6	extrazonale	No	terr. ≤12 h
Barcola (TS)	67.000	24 ore	7	multizonale	Su SPDC	terr. 24 h
M. Vento (TS)	41.000	24 ore	7	multizonale	Su SPDC	terr. 24 h
S. Giovanni (TS)	62.000	24 ore	7	multizonale	Su SPDC	terr. 24 h
Settimo T. (TO)	75.000	12 ore*	6	extrazonale	Terr. II Liv	terr. 24 h
Firenze - D.	105.000	<12 ore	6	multizonale	No	bipolare amb/osp
Bibbiena (AR)	34.500	12 ore	6	zonale	Terr. I Liv	terr. 12 h/osp
Roma - 11a	69.000	<12 ore	6	extrazonale	No	terr. ≤12 h
Roma - 11b	27.500	<12 ore	6	extrazonale	Su SPDC	terr. ≤12 h
Ferentino (FR)	32.000	<12 ore	6	extrazonale	No	terr. ≤12 h
Cisternino (BR)	50.000	12 ore	6	extrazonale	No	terr. ≤12 h
Bari - S. Paolo	80.000	<12 ore	6	extrazonale	No	terr. ≤12 h
Caltagirone (CT)	100.000	12 ore	6	zonale	Su SPDC	terr. 12 h/osp

*Ma con possibilità di attivare accoglimenti nelle 24 ore nel day hospital.

La coorte

Caratteristiche sociodemografiche. L'età degli utenti studiati è in media inferiore ai 40 anni; prevalgono il sesso maschile (55%) e i non coniugati (66%); il 74% ha terminato almeno la scuola dell'obbligo; vivono in città (74%), in casa di proprietà (64%); stanno in famiglia nell'83% dei casi, di cui il 39% in famiglia acquisita. La condizione lavorativa è regolare (26%), o precaria nel (34%), mentre il restante 40% non è occupato (in particolare il 23% non ha mai lavorato).

Lo stato precedente alla crisi risulta così delineato: le abilità sociali appaiono nel complesso buone nei 12 mesi precedenti, precipitando significativamente nel periodo di crisi in particolare nella sfera relazionale (Tab. 3). Emerge la carenza di relazioni confidenziali e quindi di supporto nella rete sociale che si impoverisce ulteriormente nel periodo di crisi. Il 41% dei

sogetti non ha nessuna relazione di confidenza al di fuori della famiglia, mentre il 38% dei soggetti non ne ha nessuno all'interno della stessa famiglia. Si tratta nel 64% di persone che hanno già avuto esperienze psichiatriche (il 36% con un ricovero); oltre la metà di esse presenta una durata del disturbo superiore a un anno (il 25%, 5 anni o più) e risulta aver avuto un intervento meno tempestivo. Il 56% dei casi ha cominciato a peggiorare o a entrare in crisi meno di due settimane prima dell'intervento.

Pattern di accesso

- *Committenza.* L'intervento è richiesto dai familiari nel 67%, che per lo più lo definiscono come psichiatrico (88%). In questi casi è spesso identificabile una situazione conflittuale tra i "problemi sociali e familiari" segnalati dal richiedente e dal-

■ **TABELLA 3. Variazioni dei punteggi medi del funzionamento sociale in relazione alla crisi (punteggio negativo)**

Aree di funzionamento sociale	Punteggio nel mese migliore (ultimi 12 mesi)	Punteggio durante la crisi	Punteggio medio globale per area
Interessi e attività nel tempo libero	1,42	2,25	1,83
Attività domestiche	1,26	2,14	1,70
Cura dell'ambiente in cui vive	1,25	1,85	1,55
Gestione del denaro	1,20	1,46	1,33
Cura di sé	1,16	1,54	1,35



l'utente, come confermato sia alla scala degli eventi di vita, sia nella specifica area di funzionamento sociale (partecipazione alla vita familiare), sia tra le caratteristiche della crisi o parametri di reclutamento (94% crisi nelle relazioni).

- *Emergenza.* Il servizio ha gestito direttamente l'emergenza nel 63% dei casi (nel 5% insieme ad agenzie dell'emergenza). Coloro che vivono in un contesto familiare tendono in misura minore a ricevere interventi di agenzie dell'emergenza alla prima crisi ($p = 0,07$). Quando la segnalazione non perviene direttamente dal familiare, maggiore risulta l'attivazione delle stesse agenzie (37% vs. 47%). Tra le persone con lavoro regolare le agenzie di emergenza sono intervenute nel 27% dei casi, in quelle con lavoro precario gli interventi sono saliti al 32% e si arriva al 56% tra coloro che non lavorano.
- *Primo contatto.* È prevalentemente extraospedaliero (62%) e avviene: nel 34% presso il CSM, nel 30% all'SPDC, nel 28% al domicilio del paziente, nell'8% presso l'ospedale generale.
- *Tempo trascorso tra richiesta e intervento.* È risultato inferiore alle 24 ore nel 67% dei casi. Gli operatori del servizio presenti al primo contatto erano medici (89%), infermieri (49%), altri (5%). Raramente si trattava di team multidisciplinari, comunque mai composti da più di 2 operatori. Le diagnosi prevalenti dell'episodio di crisi sono state per il 53,4% di psicosi acuta non affettiva, per il 9,6% di episodio depressivo maggiore, per il 6,8% di episodio maniacale. La disponibilità iniziale dell'utente era un'adesione passiva nel 54%, buona nel 22%, mentre vi era un rifiuto parziale (delle cure) o totale (non solo del trattamento, ma del contatto stesso) nei restanti casi.

Trattamento del primo episodio

Inizialmente, l'ipotesi di trattamento prevedeva opzioni diverse dal ricovero ospedaliero nel 59% dei casi; nei trattamenti realmente effettuati il ricovero corrisponde, invece, al 45% del totale.

- Il Trattamento Sanitario Volontario (TSV) è stato effettuato presso l'SPDC, un reparto medico, o presso il CSM (nell'8% dei casi totali). Tre casi hanno avuto un ulteriore ricovero oltre al primo nel corso del trattamento della prima crisi.
- Nel 12% dei casi (8 persone) vi è stato un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), effettuato all'inizio o durante il primo trattamento.

Solo 1 è stato richiesto sin dall'inizio, mentre gli altri 7 in seguito. Il TSO è stato effettuato presso l'SPDC salvo in 1 caso (presso il CSM). La metà degli utenti sottoposti a TSO ha avuto anche un TSV.

Appaiono in relazione col ricovero: *minor insight*, scarsa capacità di verbalizzazione, rifiuto parziale o totale delle cure. Non vi sono relazioni con la gravità sintomatologica (comunque si rileva che un punteggio globale elevato alla BPRS tende a essere in relazione con il TSO ma non con il TSV: 52 p. vs. 45 p.; $p = 0,08$), la diagnosi, le caratteristiche di crisi, il supporto sociale. Non risulta essere in relazione significativa neppure la richiesta di ricovero fatta dall'utente o dal familiare. L'intervento di agenzie dell'emergenza e il luogo di primo contatto (ospedaliero) sembrano invece condizionare tale decisione ($\chi^2 = 15,012$; g.d.l. = 1; $p = 0,000$).

La Tabella 4 riassume le tipologie degli interventi e la percentuale di casi rispettivamente trattati.

I farmaci antipsicotici sono somministrati durante il ricovero indistintamente a tutti i gruppi diagnostici, e così pure gli ansiolitici. I dosaggi utilizzati, rispettivamente, sono stati equivalenti come media a 7,5 mg aloperidolo in ricovero, e a 5,9 al di fuori di esso; equivalenti a 15,3 di diazepam come media in ricovero, e 12 al di fuori. Si segnala un uso (modesto) dei neurolettici *depot* anche durante il ricovero.

Esiti a breve termine

Interruzioni di contatto. Nove casi (il 12%) non erano più in carico a fine crisi: 2 non avevano più bisogno di aiuto (interruzione concordata con il servizio), per altri 2 non era più rilevabile alcuna competenza psichiatrica ma di altri servizi sanitari o sociali, 3 casi avevano interrotto per sfiducia o per rivolgersi autonomamente ad altri specialisti o strutture psichiatriche, altri 2 utenti non si erano più presentati per motivi ignoti.

Risoluzione della crisi. La prima componente della crisi a essersi risolta, da un punto di vista cronologico, è stata la situazione di allarme (61%); quindi la sintomatologia grave (23%), l'isolamento (21%) e in ultimo la crisi nelle relazioni per il 12%. Il tempo di superamento era per il 52% entro i 2 mesi (media di 25 gg.). Nel 20% non si era modificato nessun parametro entro 2 mesi.

Atteggimento verso gli operatori. L'atteggiamento



■ TABELLA 4. Trattamenti attuati

Tipo di trattamento	Specifiche	% casi	Durata media
Ricoveri di cui:	TOTALE UTENTI – TSO – Solo TSV	59 11 49	9,3 giorni
DH		30	11,6 giorni
Contatti ambulatoriali		68	8 contatti
Contatti domiciliari		50	6,9 contatti
Farmaci		95	
Psicoterapia di cui:	TOTALE UTENTI – Supporto – Psicodinamico – Relazionale – Cognitivo-comportamentale	51 67 16 10 7	7,1 incontri
Lavoro con la famiglia di cui:	TOTALE UTENTI – Counseling – Interventi psicoeducativi – Auto aiuto – Familiare sistemica	94 83 24 8 6	
Rete sociale		62	
Cura di sé	(inclusi la cura del corpo, il vestiario, il denaro, ecc.)	10	
Sfera lavorativa		14	
Altri riabilitativi		21	
Socioassistenziali diretti		20	
Attivazione di altri enti	(inclusi il medico di base, l'assistenza domiciliare, la ricerca della casa, ecc.)	50	
Difesa giuridica o del patrimonio		32	

verso gli operatori al superamento della crisi o comunque nel primo bimestre era di fiducia e disponibilità piene nel 44%, qualche riserva nel 41%, di diffidenza o di rifiuto nel 15% dei casi.

Variabili legate ai soggetti e risoluzione della crisi. L'età dei soggetti non è risultata correlata col superamento della crisi entro sessanta giorni dal primo contatto; una maggior percentuale di soggetti di sesso femminile risulta aver risolto la crisi entro questo limite convenzionalmente stabilito rispetto ai soggetti di sesso ma-

schile (63% vs. 44%); i soggetti che abitano in ambiente extraurbano risultano aver meglio superato la crisi rispetto ai soggetti che vivono in città (71% contro il 44%). Il 60% dei casi di psicosi acuta, affettiva e non, hanno superato la crisi nei sessanta giorni successivi, a fronte del 20% dei soggetti con diagnosi di depressione. Il fatto che l'utente abbia indicato come "causa soggettiva della crisi" uno *stressor* definito, risulta irrilevante ai fini del superamento rapido della crisi stessa (50%).



Follow-up a 2 anni

Overview del follow-up. Il 64% della coorte iniziale ha completato il follow-up. Non sono state rilevate differenze significative nelle caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei casi che hanno finito il follow-up e i drop-out. La situazione generale vede, dopo 2 anni:

- 32% della coorte iniziale che risulta ancora in carico;
- 21% di dimessi nel corso del follow-up;
- 11% di deceduti (nessun suicidio);
- 36% di drop-out (hanno interrotto il rapporto e il servizio non ha notizie)

Esiti a lungo termine. Le recidive di crisi hanno interessato il 18% dei casi registrati; la gravità sintomatologica è stata rilevata con la BPRS, che ha mostrato alla fine del follow-up un punteggio globale inferiore del 16% rispetto a quanto rilevato all'inizio dello studio. Non è stato rilevato alcun cambiamento significativo nello stato civile, condizione lavorativa o abitativa.

I valori medi globali di disabilità sociale nel campione residuo alla fine del follow-up presentavano un punteggio (9,7) intermedio tra le medie dei valori del periodo migliore iniziale (7,6) e quelle del periodo peggiore o di crisi (10,9). In particolare era peggiorato il funzionamento lavorativo, mentre miglioravano le relazioni di confidenza e il supporto sociale.

Opinioni rispetto all'aiuto ricevuto dal servizio. Riguardo alla soddisfazione per l'aiuto ricevuto dal servizio, si dichiaravano: molto soddisfatti il 32% dei familiari e il 26% degli utenti; abbastanza soddisfatti il 55% dei familiari e il 57% degli utenti; scontenti il 10% dei familiari e il 13% degli utenti (correlazione di Spearman fra giudizi familiare/utente: 0,54). Le figure riconosciute come maggiori fonti di aiuto sono lo psichiatra (68% secondo gli utenti, 78% secondo i familiari), poi gli infermieri (26% e 36%, rispettivamente), infine i familiari stessi (35% e 36%).

Determinanti di processo e di esito. Aver sperimentato un superamento rapido della crisi (entro 2 mesi) determina un rapporto complessivamente più breve col servizio (inferiore a 1 anno) e una dimissione definitiva nel corso del follow-up. La risoluzione della crisi entro due mesi è risultata correlata a un rapporto di fiducia stabilitosi con gli operatori ($p < 0,02$). Avere un rapporto di fiducia a fine crisi è peraltro associato ad assenza di ricadute e a non essere più in carico alla fine del follow-up.

Dati scomposti per modello di servizio

Variabili di trattamento e differenze di processo e di esito

Selezione per gravità e adesione al trattamento. La diagnosi di psicosi acuta riguarda il 62% dei casi reclutati dai servizi operanti 24 ore e il 47% di quelli reclutati dai servizi non operanti 24 ore. Il rifiuto al trattamento (parziale o totale) appare solo nell'11% degli utenti dei servizi operanti 24 ore vs. 34% degli utenti di altri servizi. La capacità di verbalizzare bisogni ed esigenze è maggiormente rilevabile negli utenti dei servizi operanti 24 ore.

Mancato ricorso al ricovero, TSO e farmaci. Il mancato ricorso al ricovero appare più praticabile in modelli di servizio a 24 ore (16 casi su 29 a fronte di 19 su 42; $p < 0,05$), che comunque in caso di ricovero possono utilizzare l'accoglienza nel CSM (nel complesso ha interessato il 21% dei ricoverati), o a 12 ore con polo ospedaliero. È parimenti più breve nei modelli di servizio a 24 ore la durata media dei ricoveri (Tab. 5).

Rispetto al modello di servizio, è stato attivato il TSO: per il 4% dei pazienti afferenti a servizi a 24 ore, 19% delle altre tipologie di servizio (in particolare il 31% riferito ai pazienti afferenti a servizi di tipo bipolare ambulatoriale-ospedaliero). I servizi a 24 ore hanno mostrato un dosaggio medio dei farmaci, in particolare antipsicotici, molto inferiore a quello degli altri servizi (Tab. 6).

Gamma di interventi territoriali. Considerando l'ampiezza dello spettro degli interventi territoriali in funzione del modello di servizio risulta (con alta significatività statistica $p < 0,0005$) che la media del punteggio totale di tali interventi è più alta nei servizi a 24 ore, e decresce a misura che il modello si configura come più "ospedaliero". Coloro che superano la crisi entro 60 gg. hanno usufruito di uno spettro più ampio di risorse e supporti territoriali rispetto a quelli che non la superano (5,4 contro 4,9 p.). L'avvenuto ricovero non sembra essere in relazione con esiti migliori a breve e a medio termine.

Capacità di mantenere la presa in carico e di follow-up. È emersa una chiara correlazione fra la perdita dei casi e la tipologia del servizio "leggero". I tassi di restituzione del CRIFOL, infatti, sono: del 96% per i servizi a 24 ore, del 70% per i servizi a 12 ore con polo ospedaliero, del 40% per i servizi bipolari ambulatoriali/ospedalieri, del 25% per i servizi a 12 ore.

Durata del rapporto. La durata globale del rapporto

■ **TABELLA 5. Durata media del ricovero/ospitalità durante le 24 ore nei diversi modelli di servizio**

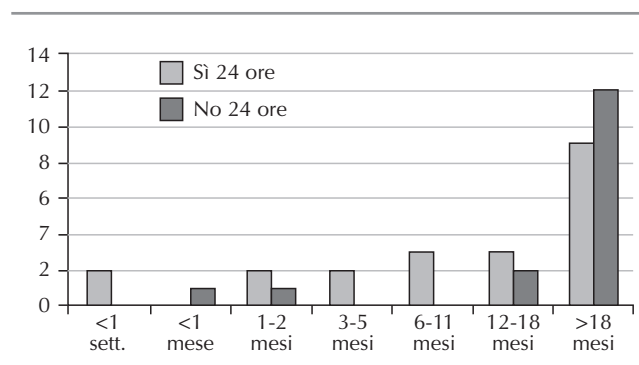
Modello di servizio	Giorni ricovero (numero di casi)	Deviazione standard
24 h	7 (13)	7
12 h con polo ospedaliero	12 (2)	11
12 h	15 (9)	11
Bipolare ambulatoriale ospedaliero	9 (14)	4

■ **TABELLA 6. Uso dei farmaci nei diversi modelli di servizio. Confronto fra dosaggi medi equivalenti per classi di farmaci somministrati durante il ricovero e post-ricovero**

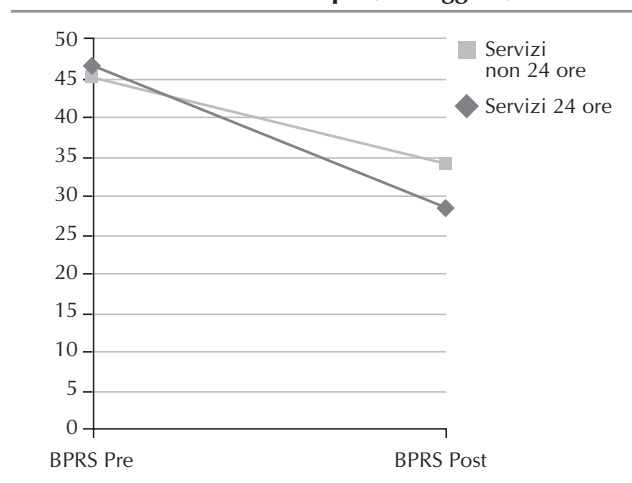
Classe di farmaci	Modello di servizio			
	Servizio 24 ore		Servizio non 24 ore	
	Ricovero	Extra-ricovero	Ricovero	Extra-ricovero
Antipsicotici (mg aloperidolo equivalenti)	5,3	3,2	8,4	7,4
Antidepressivi (mg imipramina equivalenti)	75,0	62,5	113,8	117,5
Ansiolitici (mg diazepam equivalenti)	11,0	10,8	16,7	12,8

col servizio (Fig. 1), ottenuta sommando i diversi periodi di presa in carico (separati da interruzioni superiori ai tre mesi), si mostra distribuita più gradualmente nei soggetti seguiti dai servizi a 24 ore, mentre appare maggiormente polarizzata tra durate brevi e molto lunghe per la tipologia non a 24 ore.

Esiti clinici. Considerando l'efficacia a lungo termine di interventi e modelli di servizio diversi, la BPRS a due anni è risultata minore per i ricoverati (in qualsiasi tipo di *setting*, anche non ospedaliero) e coloro che non lo sono stati (27,7 contro 34,6 p. in media); tale dato peraltro riguarda troppo pochi casi ($n = 14$) per essere preso in considerazione.

■ **FIGURA 1. Durata globale del rapporto terapeutico e modelli di servizio a 24 ore/non a 24 ore**

Rispetto al modello di servizio, dal punto di vista sintomatologico (Fig. 2), si segnalano valori più bassi nel punteggio medio delle BPRS di chiusura del campione residuo dei pazienti seguiti dai servizi a 24 ore. Tale punteggio decresce da 46,5 p. a 28,4 p. (-18,1 p.) per il sottogruppo a 24 ore, mentre da 45,0 p. a 34,2 (-10,8 p.) per i non a 24 ore, anche se tali differenze non raggiungono la significatività statistica per il basso numero della coorte che ha completato il follow-up.

■ **FIGURA 2. Decremento dei punteggi globali delle BPRS all'inizio e alla fine dello studio per l'utenza dei servizi a 24 ore e di altro tipo (26 soggetti)**



Discussione

La ricerca ha coinvolto 13 servizi territoriali di salute mentale di morfologia e caratteristiche differenti, operanti in ambiti territoriali diversificati (grosse città; piccoli centri; territori rurali o montani) e appartenenti a varie regioni italiane; tutti afferivano a una organizzazione dipartimentale, avevano una dotazione di personale abbastanza adeguata e potevano essere classificati come di qualità almeno sufficiente. Nonostante l'elevata variabilità di dotazioni e di condizioni nelle quali operavano, essi sono stati accorpati in 4 tipologie a seconda dell'orario di apertura "territoriale" e della dotazione e uso dell'SPDC, nel senso della capacità di continuità terapeutica tra le varie strutture (determinata dall'organizzazione) e della capacità di controllare il circuito di riproduzione della domanda acuta/grave da parte del servizio territoriale (centralità di referenza).

È stato da essi selezionato un campione la cui numerosità è risultata leggermente inferiore alle attese per motivi sia di carattere organizzativo che di *bias* di selezione da parte dei servizi più "leggeri". La coorte, a causa della selettività dei criteri, sembra essere rappresentativa dell'universo dei pazienti affetti ai vari tipi di servizio rappresentati nella ricerca. Le ipotesi da verificare nelle situazioni definite "di crisi" erano: l'accessibilità dei servizi territoriali, la capacità di risposta alla domanda di crisi (senza un ricorso automatico al ricovero ospedaliero), la continuità di cura e l'impiego di risorse integrate a tal fine. Inoltre, la ricerca dei principali fattori prognostici e di eventuali predittori di esito.

*a) Accessibilità: in che misura arriva ai servizi territoriali la domanda di crisi. L'accessibilità dei servizi territoriali italiani alla domanda di crisi/emergenza risulta essere un nodo particolarmente critico. Tale domanda, spesso dopo essersi rivolta ad altri referenti terapeutici, specie nel privato, tende a toccare altre agenzie della rete dei servizi socio-sanitari e segnatamente gli SPDC. In particolare lo scarso numero dei casi reclutati da parte dei servizi più "leggeri" fa ipotizzare una minore accessibilità alle crisi di tali tipologie organizzative, per una selezione a monte di casistiche meno gravi o meno connotate dall'urgenza. Quando arriva la crisi severa è di solito preceduta da un ricovero in SPDC. Anche i dati che indicano come meno della metà dei casi siano *first-ever* (Tansella et al., 1995) e oltre la metà abbiano già una lunga durata*

di malattia indica una penetrazione ancora parziale del servizio di salute mentale pubblico nel territorio, il che fa ritenere le possibilità di intervento precoce ancora condizionate da pregiudizi e stigma.

L'utenza che arriva in condizione di crisi ai servizi psichiatrici territoriali mostra ancora una buona integrazione sociale, anche se la crisi in sé comporta un calo del funzionamento sociale, nonché conflittualità e isolamento nella rete di relazioni (Starace & Gritti, 1989). Il riconoscimento psichiatrico è di solito veicolato dalla famiglia, che risulta essere il principale committente dell'intervento, evita di ricorrere alle agenzie dell'emergenza e tende a collaborare col servizio. Una volta segnalato, il primo contatto col servizio avviene in tempi brevi e prevalentemente al di fuori dell'ospedale. In casi limitati esso è sostituito totalmente da agenzie dell'emergenza sanitarie o di ordine pubblico, e talvolta vi collabora attivamente (Katsching et al., 1993). Né modalità né luogo di contatto sono risultati chiaramente associati a migliori esiti, a breve termine, dell'intervento sulla crisi.

*b) Flessibilità e mobilità: in che modo i servizi territoriali riescono a incontrare e affrontare tali domande e a prenderle in carico. In che misura essi sono dipendenti dall'uso del ricovero ospedaliero o riescono a governarlo. L'ospedalizzazione, prevalentemente negli SPDC (dunque in una cornice legislativa di maggior garanzia di diritti rispetto a quanto accadeva trent'anni fa nei vecchi OP), è risultata la modalità prevalente di trattamento dell'episodio acuto. Ciò accade in misura maggiore dell'intenzione iniziale espressa dal servizio. In questa ricerca, laddove non sia stata possibile e/o sufficiente una gestione ambulatoriale, di day hospital o domiciliare (Burns et al., 1993; Mujien et al., 1992; Marks et al., 1994; Minghella et al., 1998), si sono dimostrate ampiamente praticabili, ovviamente se disponibili, modalità d'accoglienza alternative al ricovero ospedaliero in letti territoriali. Ciò accade in CSM multifunzionali (*comprehensive*) aperti 24 ore, 7 giorni su 7 (Rotelli et al., 1986; Dell'Acqua & Mezzina, 1988; Mezzina & Vidoni, 1991, 1995); o aperti 12 ore ma dotati di reperibilità notturna sul territorio e possibilità di attivare ospitalità notturne (come a Settimo Torinese).*

Il ricovero ospedaliero appare invece legato soprattutto ad automatismi degli apparati sanitari: un intervento che ha coinvolto in prima istanza agenzie dell'emergenza si declina di solito attraverso un primo



contatto in ambito ospedaliero per concludersi spesso col ricovero. Esso non appare in relazione né con la richiesta dell'utente/committente, né con la gravità clinica o psicosociale. Molti dei fattori segnalati da Stein & Test (1980) non sono quindi suffragati dai dati dello studio. Alcune caratteristiche dell'utente al contatto col servizio sembrano qui invece influenzarlo: scarso *insight*, ridotta capacità di verbalizzazione, indisponibilità verso le cure (che condiziona eventuali TSO). Anche i TSO, brevi e in numero contenuto, sembrano caratterizzarsi soprattutto come strumento di gestione dell'iniziale mancanza di consenso del paziente.

La valutazione di tali caratteristiche (*attitudes*) sembra riflettere più l'atteggiamento dell'operatore (la modalità, lo stile di rapporto) che la reale disposizione soggettiva dell'utente. Rispetto alle tipologie di servizio, il dato che vede i modelli a 24 ore trattare, a parità di altre caratteristiche diagnostiche e di gravità, una maggior percentuale di soggetti con *compliance*, *insight* e capacità di verbalizzazione ridotte, conferma la cruciale importanza degli stili di lavoro, in particolare come l'operatore e il servizio si dispongono all'approccio. Non a caso questi risultano fattori associati (trasversali) tra i quali vi è correlazione. Uno stile di lavoro orientato all'ascolto e al dialogo, volto a guadagnare il consenso alle cure, operante attraverso la negoziazione dei programmi e delle scelte tra diverse opzioni di cura, va incontro all'utente ed è più disposto a considerarlo come soggetto attivo e corresponsabile del cambiamento terapeutico.

Lo stile di intervento mostra notevoli difformità in funzione del modello di servizio. Il consumo dei farmaci, nel complesso contenuto pur con diverse irrazionalità legate a usi e culture terapeutiche locali (come nel caso delle politerapie o dei *depot* durante il ricovero), risulta maggiore nei servizi più "poveri" e dunque appare vincolato al *milieu* terapeutico complessivo. La gamma di trattamenti utilizzati aumenta nelle tipologie di servizio più articolate e la maggior diversificazione degli interventi sembra legata a migliori esiti. In questo senso, l'orario di apertura del servizio appare in sé meno indicativo (e forse predittivo) del dispiegare un modello operativo "complesso", capace di un ampio ventaglio o range di interventi (Rappaport et al., 1987; Sheperd et al., 1997). Lo psichiatra resta la figura chiave dell'intervento specie nelle attività svolte all'interno del servizio; risulta carente il lavoro sulla crisi da parte di team multidisciplinari.

c) Continuità e globalità: valutare se le varie tipologie di servizio territoriale sono capaci di adeguata continuità di cura e attraverso quale impiego di risorse. Il follow-up ha mostrato notevoli difficoltà di seguimento da parte dei servizi più "leggeri": le schede rinviate provenivano per lo più dai servizi più equipaggiati ed efficienti sul piano operativo, i casi non inviati non differivano né per dati socioanagrafici, né per gravità di crisi o diagnosi dal resto del campione. La difficoltà di individuare i "dimessi" nel corso dello studio di follow-up rinvia alla problematica definizione della durata degli episodi di cura sul territorio e alla mancanza di criteri comuni per definire la conclusione del rapporto nei servizi pubblici di comunità.

La presenza di continuità terapeutica tra servizi ospedalieri e territoriali è stata verificata dai questionari sui singoli casi. Gli abbandoni precoci del contatto confermano che in servizi poco integrati il ricovero spesso risulta scarsamente collegato con gli interventi successivi; ciò contribuisce a ricadute e cronicità nel decorso in particolare delle psicosi, come mostrato dalla prevalenza di episodi di cura coincidenti con la durata dello studio e ancora in corso alla fine di esso.

Per gli esiti a medio termine va rilevato che vi è una riduzione evidente, anche se non statisticamente significativa, dei punteggi di gravità della sintomatologia nel campione residuo mentre non vi sono sostanziali cambiamenti nelle condizioni di vita (casa, stato civile, lavoro). I livelli di funzionamento sociale alla fine del follow-up risultano intermedi tra le medie dei valori del periodo premorboso e quelle del periodo di crisi, e sembrano indicare che la coorte si colloca a un livello inferiore di integrazione sociale, segnalando difficoltà a riassumere il ruolo sociale pre-crisi.

La riduzione della sintomatologia a 2 anni è più marcata (punteggio globale BPRS minore del 20%) per i casi trattati dai servizi 24 ore rispetto a quelli di altro tipo. La tipologia del rapporto terapeutico stabilita dai servizi a 24 ore mostra una durata della presa in carico più omogenea e articolata (con una presenza rilevante di dimissioni concordate), a fronte di una polarizzazione tra durate brevi e lunghe (coincidenti con la totalità del periodo di osservazione) per gli altri.

Il ridotto numero di casi che hanno completato il follow-up non consente inferenze statisticamente solide a causa della insufficiente numerosità del campione.

d) Principali fattori prognostici, verificati dagli esiti, legati ai soggetti e a caratteristiche della domanda "di crisi"



nel suo insieme. La gravità di presentazione della crisi iniziale (misurata dalla sommatoria delle caratteristiche di crisi) non sembra incidere sulle ricadute né sull'essere ancora in carico alla fine del follow-up. La diagnosi di psicosi (non affettiva) si associa ad una più rapida risoluzione della crisi rispetto ai disturbi affettivi, ma vede una metà circa di tali soggetti ancora in carico a due anni dal primo episodio. Il sesso femminile e l'ambiente extraurbano sembrano associati a migliori esiti della crisi e in particolare a una più rapida risoluzione; resta incerto il ruolo degli eventi stressanti nell'emergenza della crisi e quali possibili predittori di esito. I soggetti della rete sociale del paziente, che già svolgono un ruolo cruciale come richiedenti-referenti dell'intervento, risultano avere svolto funzioni protettive, di supporto sociale, che si esprimono in migliori esiti.

e) Predittori di esito, tali da rappresentare possibili "indicatori di processo" da apprezzare nel corso del trattamento. Una rapida risoluzione della crisi all'esordio (entro 2 mesi dalla presa in carico) sembra comportare esiti migliori a 2 anni. La durata complessiva del rapporto con il servizio sembra allungarsi per i casi che hanno avuto peggiori risultati nei primi 2 mesi del trattamento. Si può supporre che un buon superamento della prima crisi abbia effetti maturativi e di miglioramento delle capacità di *coping* del soggetto tale da ridurre i bisogni di cura, almeno sul medio periodo (Caplan, 1964). Il ricovero in prima crisi non appare qui in relazione alla possibilità di ricadute o di essere ancora in carico alla fine del follow-up.

Osservando invece la relazione terapeutica, quale uno fra i fattori decisivi della continuità di cura, Kluiters (1997), in questa ricerca la differenza tra il dato iniziale della disponibilità verso il servizio e le cure e quello a fine crisi (il consenso pieno passa dal 21% al 43%) indica che l'adesione al trattamento si è determinata in modo dinamico nel processo di cura. L'acquisizione di un rapporto di fiducia a fine crisi, secondo la valutazione dell'operatore, si correla con la rapidità di superamento della crisi e, nel decorso successivo, con minori percentuali di ricaduta e con una ridotta durata del rapporto con il servizio e relative dimissioni. Benché possa trattarsi di una tautologia (chi sta meglio dimostra fiducia verso chi lo sta curando), ci sembra inevitabile considerarlo non soltanto come un importante indicatore di processo, ma anzi un *proxy* di risultato (Morosini & Perraro, 2000),

rappresentandosi come un obiettivo intermedio del processo di cura che sembra avere valenze prognostiche positive. Speculativamente, l'indicatore "fiducia a fine crisi" potrebbe indicare la percezione dell'aiuto ricevuto dal servizio nella fase cruciale di risoluzione della crisi stessa, il cosiddetto "stato metastabile" (Caplan, 1964). Quali ne siano gli elementi costitutivi esula dagli obiettivi della ricerca e rinvia all'apprezzamento di fattori qualitativi: alcuni certamente "interni" all'utente (un assetto cognitivo orientato alla guarigione, la motivazione alle cure); altri "esterni" (accettabilità delle cure, presenza di una rete sociale attiva e presente) (Mosher & Burti, 1989).

Conclusioni

Osservata sul versante della domanda, la crisi nella comunità appare un evento relazionale, in cui la richiesta di intervento è eterodiretta, definita dagli attori del contesto che svolgono un ruolo cruciale anche come fattori protettivi e di supporto sociale; qui il peso delle variabili extracliniche sembra prevalere su quello delle variabili cliniche. Essa tuttavia è condizionata non solo dalla rete di relazioni, ma anche dall'accesso al sistema di servizi deputato a dare risposta. Un intervento capace di favorire le potenzialità maturative della crisi ha un valore prognosticamente favorevole, dal momento che una rapida risoluzione è associata a esiti migliori a distanza di due anni. Lo studio dei fattori legati ai trattamenti e alla verifica del grado di dipendenza della storia naturale di tali condizioni psichiatriche, acute e gravi, da specifiche tipologie e modelli assistenziali sembra dare prime indicazioni che andrebbero verificate da altre ricerche e su campioni più ampi. I risultati appaiono confermare l'ipotesi iniziale che i trattamenti sulle crisi acute producano esiti migliori se basati su caratteristiche quali quelle di un servizio *comprehensive*, integrato e organizzato a coprire la più ampia fascia oraria. Ovvero: 1) accessibilità e flessibilità; 2) accettabilità dei trattamenti, in rapporto a stili operativi che favoriscano la fiducia dell'utente (un importante indicatore di processo è la qualità del rapporto che si è stabilito col servizio); 3) impiego di un ampio range di risorse integrate, sociosanitarie e di rete. Inoltre: 4) le modalità di accoglimento alternative al ricovero ospedaliero possono essere ritenute accettabili ed efficaci, a condizione che siano inserite in servizi territoriali integrati, dotati delle caratteristiche di cui sopra, operanti sulle 24 ore; 5) la



continuità di cura, per dare esiti migliori, non va disgiunta dal rapporto fiduciario e da una flessibilità della risposta in relazione alla persistenza e modificazione dei bisogni di cura nel tempo.

Riguardo alla correlazione con uno specifico modello assistenziale, è risultata la maggior efficacia dei servizi a 24 ore.

Difatti:

- l'intervento iniziale è tendenzialmente più rapido e tempestivo nei modelli a 24 ore, il che sta a indicare un atteggiamento "assertivo", non attendista, da parte del servizio;
- tutte le misure di accessibilità, da quelle semplici a quelle più complesse, sono più alte nei servizi a 24 ore;
- l'attivazione di una ampia gamma di opportunità e interventi è risultata più elevata nei modelli di servizio a 24 ore, seguiti dai servizi ad ampia articolazione che gestiscono un proprio SPDC, mentre è la più bassa nei servizi che utilizzano un modello bipolare ambulatoriale/ospedaliero;
- esiste una correlazione positiva fra le variabili "tempi di apertura del servizio territoriale" e minor ricorso alla ospedalizzazione, ai TSO, agli psicofarmaci, maggior accettabilità da parte dell'utente e dei familiari;
- i servizi 24 ore, proprio in virtù della maggiore accessibilità (in particolare della rapidità della risposta, dell'orario di accoglimento delle domande) e della dotazione di alternative all'ospedale, possono evitare il ricovero ospedaliero che si associa a trattamenti biologici più pesanti mentre non risulta influente ai fini degli esiti né a breve né a medio termine;
- la continuità di cura nella gestione della crisi è assicurata dai servizi che presentano un'unica équipe che gestisce il CSM (o l'SPT) e l'SPDC, mentre risulta altamente problematica sin dall'inizio nel servizio "bipolare" che prevede un passaggio delicato tra SPDC e SPT nel post-ricovero;
- nei servizi a 24 ore la continuità di cura anche successiva alla crisi è, almeno organizzativamente, garantita dal momento che la stessa équipe territoriale realizza la presa in carico della domanda acuta/grave, interviene sull'emergenza iniziale, gestisce l'ospitalità "di crisi" in strutture territoriali (più raramente l'eventuale ricovero all'SPDC) e provvede al follow-up e alla reintegrazione sociale.

■ BIBLIOGRAFIA

Andreoli A. & Foresti G. (1993). Les centres de crise et évolution des politiques de soins en psychiatrie. *Psychiatrie Française* 3, 93, 145-158.

Andreoli A. & Garrone G. (1986). Les traitements dits de crise dans le secteur. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie* 137, 6, 113-129.

Asioli F. (1984). *Le emergenze in psichiatria*. Il Pensiero Scientifico: Roma.

Bachrach L.L. (1982). Young adult chronic patients: an analytical review of the literature. *Hospital and Community Psychiatry* 33, 189-197.

Bengelsdorf H. & Alden D. (1987). A mobile crisis unit in the psychiatric emergency room. *Hospital and Community Psychiatry* 38, 662-665.

Bennett D.H. (1978). Social forms of psychiatry treatment. In: *Schizophrenia. Toward a New Synthesis* (ed. Wing J.K.). Grune & Stratton: New York.

Bennett D.H. (1991) The international perspective. In: *Community Psychiatry* (eds. D.H. Bennet and G. Freeman). Churchill Livingstone: London.

Burns T., Raftery J., Beardsmore A., et al. (1993). A controlled trial of home based acute psychiatric care: II. Clinical and social outcomes. *British Journal of Psychiatry* 163, 55-61.

Caplan G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books: London.

Ciampi L. (1983). How to improve the treatment of schizophrenics: a multicausal illness concept and its therapeutic consequences. In: *Social Intervention in Schizophrenia* (eds. H. Sterlin, C. Wynne, M. Wirsching). Springer: Berlin.

Ciampi L., Dauwalder H.P., Maier C., Aebi E., Truetsch K., Kupper, Z. & Rutishauser C. (1992). The pilot-project "Soteria Berne". Clinical experiences and results. *British Journal of Psychiatry* 161, 145-153.

Cozza M. & Napolitano G.M. (1996). *L'assistenza psichiatrica in Italia: la normativa e la diffusione dei servizi sul territorio. Secondo rapporto*. Istituto Italiano di Medicina Sociale: Roma.

Creed F., Black D. & Anthony P. (1989). Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness: a critical appraisal. *British Journal of Psychiatry* 154, 300-310.

Creed F., Black D., Anthony P., Osborne M., Thomas P. & Thomenson B. (1990). Randomized controlled trial of day patient versus in-patient psychiatric treatment. *British Medical Journal* 300, 1033-1037.

Crepet P. (1990). A transition period in psychiatric care in Italy ten years after the reform. *British Journal of Psychiatry* 156, 27-36.

Dean D., Phillips J., Gadd E., Joseph M. & England S. (1993). Comparison of a community-based service with a hospital-based service for people with acute, severe psychiatric illness. *British Medical Journal* 307, 473-476.

Debernardi A. & Gerbaldo C. (1981). Intervento sulla crisi. *Il Servizio di reperibilità presso l'ospedale civile di Trieste*. Quaderni di documentazione CNR-PMM. Il Pensiero Scientifico: Roma.

De Girolamo G., Mors O., Rossi G., Grandi L., Ardigò N. & Muk-Jorgensen P. (1988). Admission to general hospital wards in Italy. *The International Journal of Social Psychiatry* 4, 248-266.



- Dell'Acqua G. & Mezzina R. (1988). Modelli organizzativi / lavoro terapeutico. In: *Dalla psichiatria alla salute mentale: scienza, politica, liberazione dell'uomo* (AA.VV.). Edizioni Salemi: Roma.
- Dell'Acqua G. & Mezzina R. (1988a). Risposta alla crisi: strategie e intenzionalità dell'intervento nel servizio psichiatrico territoriale. *Per la salute mentale/For mental health* 1, 139-158.
- Fenton W.S., Mosher L.R., Herrel J.M. & Blyder C.R. (1998). Randomized trial of general hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. *American Journal Psychiatry* 155, 516-522.
- Frisanco R. (1989). The quality of psychiatric care since the reform law: the "Censis" survey. *The International Journal of Social Psychiatry* 35, 81-89.
- Gallio G. (1978). Circuiti della domanda e istituzionalizzazione della crisi. In: *Problemi di valutazione dell'intervento psichiatrico* (eds. D. De Martis, F. Pavan e S. Vender). Quaderni di documentazione CNR-PMM. Il Pensiero Scientifico: Roma.
- Goldberg D. (1991). Cost-effectiveness studies in the treatment of schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin* 17, 441-451.
- Goldstein J.M. & Horgan C.M. (1988). Inpatient and outpatient psychiatric services: substitute or complements? *Hospital and Community Psychiatry* 39, 632-636.
- Hoult J. (1986). The community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 149, 137-144.
- Hoult J. & Reynolds I. (1984). Schizophrenia: a comparative trial of community oriented and hospital oriented psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 69, 359-372.
- Hoult J., Rosen A. & Reynolds I. (1984). Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Social Science and Medicine* 11, 1005-1010.
- Johnson E. & Thornicroft G. (1995). Service models in emergency psychiatry: an international review. In: *Emergency Mental Health Services in the Community* (eds. M. Phelan, G. Stratdee and G. Thornicroft). Cambridge University Press: Cambridge.
- Katsching H., Konieczna T. & Cooper J.E. (1993). *Emergency Psychiatric and Crisis Intervention Services in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. EUR/ICP/PSF 030.
- Kluyter P. (1997). Inpatient treatment and care arrangements to replace or avoid it – searching for an evidence-based balance. *Current Opinion in Psychiatry* 10, 160-167.
- Knapp M., Beecham J., Koutsgeorgopoulou V., Hallam A., et al. (1994). Service Use and Costs of Home-based care for people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 165, 195-203.
- Lindemann E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry* 101, 141-148.
- Marks I.M., Connolly J., Muijen M., Audini B., et al. (1994). Home based versus hospital based care for people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 165, 179-194.
- Mental Health Policy Implementation Guide*. UK Department of Health, 2001.
- Merson S., Tyrer P., Onyett S., Lack S., Birkett P., Lynch S. & Johnstone T. (1992) Early intervention in psychiatric emergencies: A controlled clinical trial. *Lancet* 339, 1311-1314.
- Mezzina R. & Vidoni D. (1991). L'intervento sulla crisi all'interno della pratica di un servizio territoriale a 24 ore: studio di follow-up a 4 anni. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 3, 115-124.
- Mezzina R. & Vidoni D. (1995). Beyond the mental hospital: crisis and continuity of care in Trieste. A four-year follow-up study in a community mental health centre. *The International Journal of Social Psychiatry* 41, 1-20.
- Mezzina R., Miceli M. & Vidoni D. (1999). Crisis and shouldering the burden in the community: a multicentric longitudinal study on process and outcome – preliminary results. *Epidemiology for Sustainable Health*, Florence, 31 August-4 September 1999.
- Mezzina R., Vidoni D., Miceli M., Interlandi G., Accetta A., Crusiz C. & Sindici C. (2001). *Crisi e presa in carico territoriale: studio multicentrico longitudinale di processo e di esito*. In: Progetto Nazionale Salute Mentale, Rapporto Conclusivo. Rapporto ISTISAN, 01/27, Istituto Superiore di Sanità: Roma.
- Mezzina R., Vidoni D., Miceli M., Interlandi G., Accetta A. & Crusiz C. (2005). *Crisi psichiatrica e sistemi sanitari. Una ricerca italiana*. Asterios editore: Trieste.
- Miceli M., Baio G., Vidoni D., Accetta A., Interlandi G., Mezzina R. & Fiorini B. (2004). Variabilità dei trattamenti di crisi nei servizi di salute mentale. In: *Variabilità nei Servizi Sanitari in Italia* (eds. P. Morosini e G. Palumbo). Centro Scientifico Editore: Torino.
- Minghella E., Ford R., Freeman T., Hoult J., McGlynn P.E. & O'Halloran P. (1998). *Open all hours. 24-hour response for people with mental health emergencies*. The Sainsbury Centre for Mental Health: London.
- Moltzen S., Gurevitz H., Rappaport M. & Goldman H.H. (1986). The psychiatric health facility: an alternative of acute inpatient treatment in a nonhospital setting. *Hospital & Community Psychiatry* 37, 1131-1135.
- Morosini P.L. & Perraro F. (2000). *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Mosher L.R. & Menn A.Z. (1977). Lowered barriers in the community: the Soteria model. In: *Alternatives to mental hospital treatment* (eds. L.A. Stein and M.A. Test). Plenum Press: New York.
- Mosher L. R. & Burti L. (1989). *Community Mental Health. Principles and Practice*. W.W. Norton & Co.: New York-London (trad. it. *Psichiatria Territoriale. Principi e pratica*. Feltrinelli: Milano, 1991).
- Mosher L.R. & Menn A.Z. (1989). *Community residential treatment: Alternatives to hospitalization*. In: *A clinical guide for the treatment of schizophrenia* (ed. A. Bellack). Plenum Press: New York.
- Muijen M., Marks I.M., Connolly J., et al. (1992) Homebased and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 304, 749-754.
- Overall J.E. & Gorham D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Report* 10, 799-812.
- Phelan M., Stratdee G. & Thornicroft G. (1995). *Emergency Mental Health Services in the Community*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Phelan M. (1996). Models of Crisis Intervention. In: *Effectively managing mental Health Service Development* (eds. K. Thompson and G. Strathdee). Sainsbury Centre for Mental Health: London.
- Posner N., Langham J. & Madl R. (1996). A host family scheme: making a reality of care in the community. *Soc & Prev Med* 16, 32-34.
- Rakfeldt J., Tebes J.K., Steiner J., Walker P.L., Davidson L. & Sledge W.H. (1997). Normalizing acute care: a day hospital/crisis residence alternative to inpatient hospitalisation. *Journal Nervous and Mental Disease* 185 (1), 46-52.



Rappaport M., Goldman H., Thornton P., Stegner B., Moltzen S., Hall K., Gureviz H. & Artkisson C.C. (1987). A method for comparing two systems of acute 24-hour psychiatric care. *Hospital and Community Psychiatry* 38, 1091-1095.

Ratna L. (1978). *The practice of psychiatric crisis intervention*. The League of Friends, Napsbury Hospital: London.

Reding G.R. & Raphaelson M. (1995). Around the clock mobile psychiatric crisis intervention: another effective alternative to psychiatric hospitalisation. *Community Mental Health Journal* 31, 179-187.

Rotelli F., De Leonardis O. & Mauri D. (1986). *Deinstitutionalization: a different path. The Italian mental health reform*. Health promotion W.H.O, Cambridge University Press: Cambridge.

Scott R.D. (1967). Closure at first schizophrenic breakdown: a family study. *British Journal of Medical Psychology* 40, 109-111.

Sheperd G., Beadsmoore A., Moore C., Hardy P. & Muijen M. (1997). Relation between bed-use, social deprivation, and overall bed availability in acute psychiatric units, and alternative residential options: a cross sectional survey, one-day census data, and staff interviews. *British Medical Journal* 25, 314, 262-266.

Smyth M.G. & Hoult J. (2000). The home treatment enigma. *British Medical Journal* 320, 305-308.

Starace F. & Gritti P. (1989). "Social Network" and "Social Support": Experiences and Prospects for Intervention. *For Mental Health* 4, 112-117.

Stein L.I. & Test M.A. (1978). An alternative to mental hospital treatment. In: *Alternatives to mental hospital treatment* (eds. L.I. Stein and M. Test). Plenum Press: New York.

Stein L.I. & Test M.A. (1980). An alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 37, 392-399.

Stein L.I. & Test M.A. (eds.) (1985). *Training in the community living model - a decade of experience. New directions for mental health services*. Jossey-Bass: San Francisco.

Tansella M., et al. (1995). Episode of care for first-ever psychiatric patients. *British Journal Psychiatry* 167, 220-227.

Tansella M. & Williams P. (1987). The Italian experience and its implications. *Psychological Medicine* 17, 283-284.

Warner R. (1985). *Recovery from schizophrenia. Psychiatry and political economy*. Routledge & Kegan Paul: London, Boston and Henley (trad. it. *Schizofrenia e guarigione*, Feltrinelli, Milano, 1992).

Warner R. (ed.) (1995). *Alternatives to Hospital for Acute Psychiatry Treatment*. American Psychiatry Press: Washington DC.

Wing J.K. & Morris B. (1981). *Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice*. Oxford University Press: Oxford.

Winter D.A., Shivakumar H., Brown R.J., Roitt M., Drysdale W.J. & Jones S. (1987). Explorations of a crisis intervention service. *British Journal of Psychiatry* 151, 232-239.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Roberto Mezzina

E-mail: romezz@libero.it



Riccardo Sabatelli, Denise Manchisi, Donato Piegari, Angelo Fioritti

AUSL, Rimini

PER UN LAVORO DA PROTAGONISTI: IL PROGETTO EQOLISE

The EQOLISE Project

■ RIASSUNTO

Scopo. L'inserimento nel mondo del lavoro è da alcuni anni divenuto un importante *focus* di intervento da parte dei servizi di salute mentale. Infatti, le molte difficoltà affrontate dagli operatori dei servizi sia sulla "tenuta" lavorativa del paziente che sulla disponibilità del mercato rendono spesso molto problematico per gli utenti dei servizi un approccio efficace a una vita lavorativa.

Metodi. Numerose sono le strategie attuate per favorire l'incontro tra sofferenti psichici e lavoro, tra queste si distingue il modello IPS di Drake & Becker (1993) che ha ottenuto interessanti risultati negli studi controllati svolti negli Stati Uniti. Il progetto di ricerca europeo EQOLISE ha riproposto questo modello, al fine di valutarne l'impatto in una realtà, quella del vecchio continente, dove il mercato del lavoro ha regole molto diverse rispetto a quello statunitense.

Conclusioni. Il lavoro che segue presenta la metodologia del progetto e alcune considerazioni finali sia sullo studio in sé che sulla ricerca nell'ambito dei servizi di salute mentale.

Parole chiave: inserimento lavorativo, modello IPS, pazienti psichiatrici

■ SUMMARY

Objective. Over the last few years, supported employment has become an important aspect of Mental Health Services. Mental health professionals know how it's difficult to find an effective approach to a working life for people with mental health problems, especially when facing problems of job tenure and job availability in the free labour market.

Method. Many strategies have been used and studied to help people with mental health problems to get together with the job market. The IPS model (Individual Placement and Support) conceived by Drake & Becker, investigated through several controlled studies, achieved in the United States very interesting results. The EQOLISE project tests the method in Europe, trying to investigate its effectiveness in a context with different economic properties, where the job market itself is governed by different rules.

Conclusions. This article explains the methodology used in EQOLISE and comments about problems in doing research in mental health services in general.

Key words: supported employment, IPS model, psychiatric patients

Introduzione

Il tema del lavoro è da sempre uno dei più dibattuti e controversi all'interno dei Servizi di Salute Mentale. Sono molte, infatti, le occasioni in cui le équipes dei servizi si confrontano al loro interno sulle problematiche connesse a questo aspetto evidenziando spesso l'esistenza di due diverse "anime" lungo il cui asse di connessione gli operatori "pendolano" in maniera più o meno costante. Esiste cioè all'interno dei servizi un'anima "paterna" desiderosa, a volte più in teoria che in pratica, di avviare senza indugi i clienti verso un'attività lavorativa e un'altra più "materna" che vive intensamente il timore che tutto ciò possa ingenerare una



“ricaduta” con la conseguente perdita di quell’equilibrio psichico spesso così faticosamente raggiunto.

I percorsi di formazione propedeutici al lavoro devono quindi la loro nascita sì alla naturale logica delle cose (prima si impara un’arte e poi la si esercita) ma nascondono al loro interno anche quest’anima materna, fortemente protettiva, che tende troppe volte a cristallizzare questi percorsi come tali a tempo indefinito, venendo conseguentemente confusi dagli utenti, e non solo da essi, come un vero e proprio lavoro che per tutta una serie di aspetti, non ultima la “remunerazione economica”, ingenerano una serie di rivendicazioni alla base di molti fallimenti. Si pone perciò come determinante, all’interno dell’agire psichiatrico, la necessità, oltre che di rivedere in molti casi le modalità di utilizzo di questi strumenti consolidati, anche di realizzare nuovi percorsi che superino questa frequente ambiguità e, soprattutto, rendano maggiormente protagonisti gli utenti di questo aspetto fondamentale della vita di ognuno.

Sono queste le considerazioni che ci hanno spinti a ricercare un diverso approccio alle problematiche del lavoro per queste persone, un approccio da non intendersi, chiaramente, come alternativo ai sistemi esistenti ma al contrario come modalità operativa che si affianchi alle altre quale ulteriore “freccia nella faretra” dei servizi.

Il progetto EQOLISE

Il progetto EQOLISE (*Enhancing Quality of Life and Independency through Supported Employment*) è una ricerca internazionale che ha visto Rimini tra i 6 centri europei (Londra, Sofia in Bulgaria, Zurigo, Ulm in Germania e Groningen in Olanda) in cui viene valutata l’efficacia del modello IPS (*Individual Placement and Support*), rispetto al percorso ordinario previsto dai Servizi di Salute Mentale locali.

Presso il nostro centro di Rimini, il percorso ordinario è caratterizzato principalmente da programmazioni di un periodo variabile di formazione (corsi di formazione, stage, il più delle volte borsa lavoro), prima di tentare eventualmente un inserimento lavorativo diretto. L’utente viene affiancato durante questo percorso da un assistente sociale che valuta sia le possibilità del paziente sia quelle dei percorsi di formazione. Il percorso ordinario prevede, inoltre, un sostegno durante il periodo di formazione. Le finalità di tale servizio sono, in sintesi, di formazione e di orientamento propedeutico all’inserimento lavorativo.

Il modello IPS (*Individual Placement and Support*)

Il modello IPS è stato sviluppato negli Stati Uniti presso il New Hampshire Dartmouth Psychiatric Research Center da Drake & Becker (1993).

Scopo primario del programma IPS consiste nel fornire alle persone con gravi disturbi mentali un supporto nella ricerca, nell’ottenimento e nello svolgimento dell’impiego all’interno del mercato del lavoro competitivo. L’attività lavorativa dell’utente deve svolgersi all’interno di un *setting* integrato, con i diritti e i doveri che ogni libero cittadino incontra svolgendo il proprio incarico lavorativo. Tali caratteristiche sono centrali nel programma IPS, poiché ne costituiscono la filosofia fondamentale e la base teorica. Esso, che è innanzitutto un intervento riabilitativo centrato sull’utente, deve supportare la persona stessa nell’elaborare l’idea che l’ottenimento di un impiego nel libero mercato del lavoro sia possibile. Se ciò costituisce l’obiettivo fondante dell’intervento, tuttavia altre finalità a questa si aggiungono, tra le quali la possibilità di rendere l’utente affetto da gravi disturbi mentali un individuo indipendente e, soprattutto, integrato nella comunità d’appartenenza.

Le fasi dell’intervento

Per raggiungere i propri scopi, il programma IPS articola la strategia d’intervento intorno ad alcune fasi:

- invio;
- istituzione di una buona relazione con l’utente;
- valutazione professionale;
- piano d’intervento individuale;
- ricerca dell’impiego;
- supporto costante e continuativo.

L’*invio*, e il conseguente inserimento dell’utente nel programma IPS, muove dalle segnalazioni effettuate dagli operatori dei servizi psichiatrici e sociali. Esso si basa sulla motivazione al lavoro dell’utente. Senza di essa non potrebbe esservi alcuna strategia d’intervento riabilitativo professionale. Compito dell’operatore IPS è di sapere utilizzare al meglio tale motivazione. Supportare l’utente nel raggiungimento della consapevolezza che l’ottenimento dell’impiego competitivo è possibile diviene il miglior fondamento per l’attuazione della strategia d’intervento.

Istituire una *buona relazione con l’utente* rappresenta uno degli obiettivi primari delle fasi iniziali dell’intervento. Ciò può richiedere una serie di incontri preli-



minari. Tra i due soggetti in gioco deve instaurarsi una relazione di fiducia, in modo da facilitare l'intervento, ma soprattutto per consentire il giusto svolgimento del programma nelle fasi successive. Solo così, infatti, operatore e utente potranno conoscersi e ottenere un costante scambio di informazioni. Il programma IPS, essendo centrato sull'utente, deve costruirsi come processo altamente individualizzato. È dunque necessario che ogni atto interno al programma d'intervento derivi, in prima istanza, dalle informazioni espresse dall'utente stesso, calibrate e armonizzate, insieme alle valutazioni dell'operatore. Ciò richiede che tra i due soggetti in gioco si costruisca un alto grado di reciproca conoscenza. Tale scambio può avvenire solo se si realizza un rapporto di fiducia. L'operatore dovrà attenersi a tutta una serie di accorgimenti. Per esempio, è necessario, soprattutto all'inizio dell'intervento, incontrarsi spesso con l'utente, anche una volta alla settimana. In quest'ottica, venire con regolarità agli appuntamenti fissati dall'operatore rappresenta un segno visibile del nascente rapporto di fiducia. Gli incontri, certamente, avverranno nei locali dei servizi psichiatrici, tuttavia con un approccio il più elastico possibile. Se dovesse rendersi necessario, l'operatore dovrà essere pronto a incontrare l'utente anche in luoghi non propriamente usuali: in un locale pubblico o a casa dell'utente stesso. Ciò allo scopo di inviare all'utente un messaggio di rispetto e di completa disponibilità. Questo contribuirà a facilitare la comprensione dell'utente. L'operatore riuscirà, a poco a poco, a entrare nella vita dell'utente, a conoscere le caratteristiche della sua personalità, così come della sua sintomatologia clinica, al fine di ottimizzare la raccolta di informazioni e il procedere dell'intervento. Risulta evidente quanto la collaborazione con il team dei servizi psichiatrici e sociali sia di fondamentale importanza in queste fasi preliminari, così come la creazione di contatti con i familiari dell'utente e con gli spazi del suo vivere quotidiano.

L'ottenimento di informazioni riguardanti il curriculum formativo e professionale dell'utente costituisce la fase denominata *valutazione professionale*. L'operatore deve ottenere più indicazioni possibili riguardo alla situazione personale e sociale dell'utente. Tali informazioni sono richieste, certamente, all'utente stesso, ma anche alle altre figure che, con ruoli diversi, fanno parte della sua vita. In nome della collaborazione tra i servizi, le indicazioni devono pervenire dagli operatori dei servizi psichiatrici e sociali. Se necessa-

rio, la fonte di informazioni deve allargarsi a familiari, conoscenti, precedenti colleghi e datori di lavoro. Le indicazioni devono riguardare la storia personale, familiare, clinica e lavorativa dell'utente. Tali valutazioni non cesseranno mai per tutta la durata dell'intervento, sia durante lo svolgimento del lavoro, sia in seguito a un'eventuale interruzione dello stesso, e dovranno essere costantemente aggiornate. Qui di seguito, sono elencati alcuni tra i principali argomenti di cui si compone la valutazione professionale:

- Obiettivi dell'utente
- Attuabilità degli obiettivi
- Formazione scolastica ed esperienze lavorative
- Cause delle precedenti interruzioni lavorative
- Storia clinica
- Relazioni tra esperienze lavorative e storia clinica
- Capacità lavorative
- Attitudini, interessi, desideri e motivazioni.
- Informazioni concrete sulle possibilità di trasporto (ad es., se è in possesso della patente), anche in relazione con la sintomatologia in atto
- Abuso di sostanze
- Stato economico (compresi i benefici sociali)

Il *piano d'intervento individuale* costituisce la fase successiva. È un documento redatto in conseguenza della precedente fase del programma d'intervento. Esso, cioè, è costruito in base alle informazioni ottenute nella valutazione professionale. Il piano d'intervento non deve essere considerato come un atto definitivo e imm modificabile, ma come profilo indicativo e, come tale, soggetto a tutte le variazioni del caso. Il programma IPS, come già detto, è centrato sull'utente. Dunque, la personalità dell'utente, i suoi desideri, le sue motivazioni e i suoi interessi, possono ovviamente cambiare, anche in relazione alla sua situazione clinica. Questi sono i punti fondamentali intorno cui il piano d'intervento si articola:

- Gli obiettivi dell'utente per come egli stesso li ha espressi.
- Un riassunto dei punti di forza e dei punti deboli relativi al raggiungimento degli obiettivi.
- Un profilo di indicazioni che possano aiutare l'utente a raggiungere i propri scopi.
- Un profilo di obiettivi realistici.
- Definire il tipo di supporto di cui l'utente necessita.

A questo punto inizia la *ricerca dell'impiego*. Essa avviene nel contesto del mondo del lavoro competi-



vo. Dunque, essa non si rivolge a canali privilegiati e facilitati, ma ai normali strumenti di ricerca di nuovo impiego (annunci sui giornali, agenzie di lavoro pubbliche e private, iniziative e risorse personali). Un elemento importante da evidenziare, è che l'operatore IPS, tenendo conto del supporto che il programma prevede, non deve cadere nell'errore di sostituirsi troppo all'utente, così come alle risorse che normalmente il mondo del lavoro fornisce a tutti i cittadini. In molti casi, l'operatore accompagnerà l'utente nei luoghi sopra menzionati, ma solo se ciò deriva da una richiesta dell'utente stesso.

Un'ultima notazione. Il supporto fornito all'utente da parte dell'operatore IPS deve essere *costante e continuativo* per tutta la durata del rapporto. L'intervento dell'operatore, cioè, non si ferma nell'eventualità dell'ottenimento del posto di lavoro. Esso continua anche durante lo svolgimento del lavoro stesso. Qui il supporto potrà svolgersi attraverso frequenti incontri e colloqui con l'utente, ma anche con interventi diretti sul posto di lavoro, così come nell'abitazione dell'utente. Tutto ciò, naturalmente in accordo con le richieste e la situazione generale dell'utente. Il supporto, infine, si articolerà anche nel caso in cui il rapporto di lavoro dovesse interrompersi. In questo caso, l'operatore, con la collaborazione dell'utente, ma anche, se necessario, col datore di lavoro o con i colleghi, dovrà cercare di stabilire le ragioni dell'interruzione, supportare emotivamente l'utente in un momento evidentemente difficile (questo in stretta collaborazione con psichiatri e operatori sociali), cominciare a ricostruire un nuovo piano d'intervento individuale.

Il progetto EQOLISE

Lo scopo del progetto è stato quello di verificare l'efficacia e la praticabilità del metodo IPS in Europa, attraverso un trial randomizzato. In ogni centro collaborativo, 25 pazienti sono stati seguiti con il metodo IPS e 25 pazienti con la metodologia in vigore presso ogni centro all'epoca dello studio. In particolare presso il centro di Rimini ciò ha significato:

1) Confrontare l'efficacia del modello IPS con quello riabilitativo standard offerto dal Servizio di Coordinamento Opportunità Lavorative (COL) dell'Ausl. In particolare si sono rilevati gli esiti degli impieghi (ottenimento e mantenimento del lavoro) nel gruppo sperimentale e in quello di controllo, la condizione clinica dei soggetti prima dello studio,

durante lo studio e dopo, e il livello di soddisfazione dell'utente (qualità della vita).

- 2) Confrontare i costi-benefici di un intervento innovativo (l'IPS) per l'inserimento lavorativo diretto di utenti psichiatrici gravi.
- 3) Tentare di migliorare la qualità di vita delle persone, utenti dei Servizi di Salute Mentale, tramite un inserimento lavorativo mirato, in base alle numerose variabili oggetto di studio della presente ricerca.
- 4) Riduzione dell'esclusione e promozione del miglioramento della qualità della vita della persona con disturbi psichici gravi.

Metodo

Soggetti

Il campione del gruppo di ricerca italiano è costituito da 50 soggetti (n = 50), mentre quello complessivo dello studio cross-culturale è di 300 soggetti (n = 300).

I criteri d'inclusione sono stati i seguenti:

- Età >18 anni
- Diagnosi: schizofrenia (F20, F22, F24, F25, F31), disturbo schizoaffettivo, disturbo delirante, disturbo bipolare tipo I
- Disturbo clinicamente significativo da almeno due anni
- In carico ai Servizi di Salute Mentale da almeno due anni
- Utente disoccupato da almeno 1 anno
- Che l'utente esprima motivazione al lavoro.

Procedura

Al fine di sensibilizzare gli operatori dei servizi verso la ricerca e ottenere quanto più possibile una collaborazione attiva, i servizi sono stati informati e coinvolti nella ricerca, illustrando i principi, le modalità e le finalità della stessa.

Il periodo di reclutamento è durato circa 1 anno ed è avvenuto secondo la seguente modalità:

- a) Il clinico che ha in carico un utente, previo consenso dello stesso, lo ha segnalato al ricercatore che, dopo essersi accertato dei criteri d'inclusione, ha contattato l'utente, convocandolo a un incontro individuale o di gruppo per illustrare le modalità di procedura, i tempi e lo scopo della ricerca. Questi incontri informativi variavano da un minimo di 1 seduta a un massimo di 4, dopodiché è stato chiesto all'utente di prendere una decisione riguardo alla partecipazione alla ricerca.
- b) È stata somministrata all'utente la batteria di test



prevista (*baseline*, TO) e al suo completamento è stato randomizzato o al gruppo sperimentale (gruppo metodo IPS) o a quello di controllo (percorso ordinario). Il processo di randomizzazione è stato eseguito da Londra (centro coordinatore), a cui il ricercatore ha inviato esclusivamente le informazioni riguardo il genere del cliente e nozioni riguardo la storia lavorativa del soggetto (lavoro per più o meno di 1 mese negli ultimi 5 anni). L'utente è stato tempestivamente informato della collocazione nel gruppo a cui è stato assegnato e dei relativi referenti dei due gruppi: l'assistente sociale, nel caso del gruppo di controllo, o l'operatore IPS, nel caso del gruppo sperimentale, e ovviamente, il medico di riferimento in entrambi i casi.

- c) La valutazione testistica dei gruppi dura 18 mesi, a intervalli di 6 mesi. Allo stato attuale della ricerca EQOLISE, i 52 soggetti del campione italiano hanno completato il follow-up a 12 mesi e 30 soggetti hanno ultimato anche quello a 18 mesi. È stata registrata, inoltre, nel corso di tutti i 18 mesi, qualsiasi variazione (inizio, cessazione o interruzione temporanea del lavoro) dello status lavorativo e clinico (es. ricoveri, uso dei servizi ecc.) degli utenti.

Il ricercatore di ogni centro ha valutato, inoltre, il funzionamento e il grado di fedeltà di aderenza al modello previsto per l'inserimento lavorativo, sia del percorso ordinario sia del percorso IPS. Questo viene effettuato attraverso osservazione diretta, interviste agli operatori e tramite l'uso di strumenti testistici specifici.

Strumenti

- *Operational Criteria Checklist for Psychotic and affective illness* (McGuffin et al., 1991), strumento usato in ricerca per facilitare il processo psicodiagnostico di disturbi mentali.
- *Client Socio-demographic and Service Receipt Inventory – European Version* (Chisholm et al., 2000), strumento ampiamente usato per rilevare variabili relative all'uso dei servizi sanitari e per raccogliere informazioni di tipo sociodemografico, sulla situazione abitativa, sulla condizione lavorativa, sulla situazione economica del paziente.
- *Positive and Negative Syndrome Scale* (Kay et al., 1989; Pancheri & Brugnoti, 1995). La PANSS è

un'intervista semistruutturata che indaga la sintomatologia positiva e negativa delle psicosi. La scala è composta da 30 item, di cui 7 costituiscono la scala positiva, 7 quella negativa e 16 costituiscono la scala di psicopatologia generale. Ognuno dei 30 item è definito in modo specifico e ha criteri specifici di attribuzione di punteggi su una scala a 7 punti, dove 1 corrisponde ad "assente" e 7 a "molto grave". I livelli da 2 a 7 corrispondono a valori crescenti della gravità del sintomo.

- *Lancashire Quality of Life Profile (LQL)* (Oliver et al., 1997). La scala, proposta per la valutazione della salute e del benessere di utenti con patologia psichica, prende in considerazione tre tipi di variabili, le caratteristiche personali degli utenti (gli indicatori, demografici ed economici, quali: età, sesso, provenienza, classe sociale, ecc.), gli indicatori obiettivi della LQL (che comprendono indicatori sociali, di competenze comportamentali e tratti psicopatologici) e le misurazioni soggettive. L'LQL, che deve essere compilata dall'utente, è composta da 100 item che esplorano 13 sezioni: caratteristiche dell'utente, benessere generale (due sezioni), lavoro-istruzione, attività del tempo libero, religione, situazione finanziaria, situazione abitativa, situazione legale e sicurezza, relazioni familiari, rapporti sociali, salute e concetto di sé. Il periodo di tempo preso in considerazione varia, a seconda degli item, dalle ultime due settimane all'ultimo anno. La versione italiana dell'LQL è stata messa a punto e validata dall'Istituto di Psichiatria dell'Università di Verona.
- La *Global Assessment of Functioning (GAF)* (Endicott et al., 1976) prende in considerazione il funzionamento psicosociale e lavorativo dell'utente collocandolo in un ipotetico continuum che va dalla salute mentale (100) al disturbo psichico gravissimo con rischio di morte (1), indipendentemente dalla natura del disturbo psichiatrico. È stata inserita nel DSM-III-R e nel DSM-IV come Asse V della classificazione multiassiale.
- La *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983) è una scala molto semplice, composta da 14 item che esplorano tanto l'ansia generalizzata che la depressione, mantenendo divisi i due punteggi. La caratteristica principale della scala è che esclude dalla valutazione la sintomatologia somatica concentrando, invece, l'attenzione per la depressione sulla riduzione delle



capacità edoniche, considerate gli indicatori più sensibili di questo disturbo.

- *L'Indiana Job Satisfaction Scale* (Drake et al., 1999) misura il livello di soddisfazione al lavoro, comprendendo la soddisfazione generale, la paga, la possibilità di carriera, il rapporto col capo, il rapporto con i colleghi e l'impatto emotivo con il lavoro.
- *L'Indiana Job Termination Scale* (Drake et al., 1999) misura il livello di soddisfazione al lavoro dopo che questo è stato interrotto. Questo test indaga in maniera retrospettiva sia il livello di soddisfazione generale, sia quello specifico per la paga, la possibilità di carriera, il rapporto col capo, il rapporto con i colleghi e l'impatto emotivo con il lavoro.
- *L'Helping Alliance Scale** (HAS-K) (Priebe & Gruyters, 1993) è uno strumento autosomministrato per indagare su una scala Likert a 10 punti (0 = per niente; 10 = moltissimo) il punto di vista dell'utente sul tipo di rapporto fra il paziente e l'operatore chiave di un Servizio di Salute Mentale.
- *L'Helping Alliance Scale (HAS-V)* (Priebe & Gruyters, 1993) è uno strumento autosomministrato per indagare su una scala Likert a 10 punti (0 = per niente; 10 = moltissimo) il punto di vista dell'utente sul tipo di rapporto fra l'utente e il referente lavorativo.
- *L'Helping Alliance Scale (HAS-P)* (Priebe & Gruyters 1993) è uno strumento autosomministrato per indagare su una scala Likert a 10 punti (0 = per niente; 10 = moltissimo) il punto di vista del referente per l'inserimento lavorativo sul tipo di rapporto fra se stesso e il paziente.
- *La Job Preferences Interview* (Becker et al., 1996) è un'intervista che indaga il tipo di preferenze lavorative e le sue modalità di svolgimento.

Risultati

Oggetto d'indagine di questo studio è stato principalmente quello legato alla proporzione di utenti entrati nel mondo del lavoro competitivo. Si sono rilevate, inoltre, le ore lavorate, la tenuta del lavoro, il guadagno totale, il livello di soddisfazione, il grado di indipendenza dell'utente, ecc. Si è rilevato l'uso dei servizi, in termini di giornate di ricovero, di sedute al CSM o di uso di psicofarmaci e i relativi costi legati all'uso dei servizi.

*Le Helping Alliance Scale (K, V, P) sono un adattamento (degli autori originali) dell'*Helping Alliance Questionnaire*.

La testistica ha fornito un dettagliato quadro clinico dell'utente, ponendo particolare attenzione a distinguere la condizione clinica dal livello di disabilità. Infine, ma non meno importante, si sta studiando in maniera dettagliata il livello di soddisfazione dell'utente, in termini di benessere generale, e legato ad attività del tempo libero, al lavoro/istruzione, alla religione, alla situazione finanziaria, alla situazione abitativa, alla situazione legale/sicurezza, alle relazioni familiari, alle relazioni sociali, alla salute e al concetto di sé.

Conclusioni

La ricerca è al momento ancora in fase di realizzazione per cui non ci è dato di poter esprimere giudizi sui risultati in via di definizione; è però possibile esprimere alcune riflessioni che attengono ad aspetti di carattere più generale. La realizzazione di questo progetto, basato su una metodica con presupposti teorici fortemente innovativi, ha determinato un significativo cambiamento sia sul piano operativo che su quello concettuale all'interno della attività consolidata. L'attivazione di un processo con le caratteristiche descritte, tendente cioè a privilegiare il punto di vista dell'utente in una scelta di così grande importanza, come quella dell'iniziare un'attività lavorativa in ambito non protetto a volte anche in contrasto con l'opinione dei clinici, costituisce una scelta per certi versi coraggiosa che modifica inevitabilmente tutto l'approccio al disagio psichico. Il porre realmente l'utente al centro delle sue scelte, non limitandone cioè l'autonomia all'acquiescenza, verso un percorso predeterminato da altri, ma rendendolo autore del percorso, restituisce al paziente la piena responsabilità della propria esistenza, della quale è stato privato dalla malattia mentale, e gli permette quel "salto di qualità", in termini di autonomia, che appare fondamentale in un'ottica, ove possibile, di uscita dal percorso psichiatrico istituzionale. La semplice modifica anche di uno solo dei percorsi previsti per gli utenti di un dipartimento di salute mentale, con una sorta di "effetto alone", ha realizzato un significativo cambiamento anche nell'approccio generale al disagio psichico con importanti conseguenze anche su altri percorsi (per esempio, la casa, la gestione del tempo libero, l'associazionismo). Il dipartimento, che pure si era da sempre riconosciuto in un approccio alla salute mentale su un modello biopsicosociale, ha scoperto di assumere nei confronti dei propri utenti una posizione più



tesa a proteggere che ad autonomizzare con l'involontario risultato di "assistere" più che "riabilitare". Le riflessioni precedenti sono state il frutto di confronti a volte anche serrati all'interno di un'équipe che vedeva con occhi nuovi il proprio operare e metteva anche in discussione anni di lavoro che riteneva orientati all'autonomia e alla responsabilizzazione della utenza più grave.

Un secondo aspetto che il gruppo di ricerca ha potuto osservare durante questi quasi due anni di lavoro è la scarsa abitudine dei servizi di salute mentale italiani alla ricerca, alle sue metodiche, e ad approcciare in maniera "sperimentale" l'attività quotidiana. La diffidenza, perlomeno iniziale, nei confronti di questo percorso e la difficoltà nell'inserirlo nell'operatività quotidiana sono state a nostro avviso da ascrivere, oltre che agli aspetti tecnici, anche alla resistenza degli operatori al cambiamento (che spesso viene occultata da generiche insinuazioni di "dubbia eticità" operativa). Le perplessità nel nostro caso sono state sostenute anche dal fatto che non era stato pienamente compreso dagli operatori l'aspetto veramente innovativo del modello e almeno in una prima fase non è stata colta alcuna significativa differenza rispetto al modello tradizionale degli interventi di formazione/ lavoro. L'équipe ha anche guardato con scetticismo a un modello di matrice statunitense, che sottende una cultura, un'assistenza alla disabilità e un mercato del lavoro diverso da quello italiano tanto da considerarlo inapplicabile da noi. Altro aspetto di problematicità non trascurabile è stato il confronto continuo con il vissuto di "bocciatura" del proprio operare, in alcuni momenti particolarmente intenso, soprattutto di quegli operatori che storicamente si occupavano nei servizi di inserimenti lavorativi: quasi che l'introduzione del nuovo percorso dovesse sostituire i precedenti e non, invece, integrare quanto già realizzato.

■ BIBLIOGRAFIA

Becker D.R. & Drake R.E. (1993). *A Working Life: The Individual Placement and Support (IPS) Program NH*: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.

Becker D.R., Drake R.E., Farabaugh A. & Bond G.R. (1996). Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services* 47 (11), 1223-1226.

Chisholm D., Knapp M.R.J., Knudsen H.D., Amaddeo F., Gaité L., van Wijngaarden B. & Epsilon Study Group (2000). Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory - European Version: development of an instrument for international research. *British Journal of Psychiatry* 177 (suppl 39), s28-s33.

Craddock et al. (1996). Concurrent validity of the OPCRIT diagnostic system. *British Journal of Psychiatry* 69, 58-63.

Drake R.E., McHugo G.J., Bebout R.R., Becker D.R., Harris M., Bond G.R. & Quimby E. (1999). A Randomized Clinical Trial of Supported Employment for Inner-city Patients With Severe Mental Disorders. *Archives of General Psychiatry* 56, 627-633.

Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L. & Cohen J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry* 33, 766-771.

Kay S., Opler L. & Lindenmayer J.P. (1989). The positive and negative syndrome scale (PANSS): Rationale and standardisation. *British Journal of Psychiatry* 155 (suppl. 7), 59-65.

McGuffin P., Farmer A. & Harvey I. (1991). A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Development and reliability of the OPCRIT system. *Archives of General Psychiatry* 48, 764-770.

Oliver J., Priebe S., et al. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32, 76-83.

Pancheri P., Brugnoti R., et al. (1995). Valutazione dimensionale della sintomatologia schizofrenica. Validazione italiana della versione italiana della scala per la valutazione dei sintomi positivi e negativi (PANSS). *Giornale Italiano Psicopatologia* 60, 1-3.

Priebe S. & Gruyters T. (1993). The Role of the Helping Alliance in Psychiatric Community Care: A Prospective Study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181 (9), 552-557.

Zigmond A.S. & Snaith R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 17-80.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Denise Manchisi
c/o Centro di Salute Mentale
Azienda USL Rimini,
via Asili Baldini, 2
47900 Rimini
Tel.: 0541-707453
E-mail: d.manchisi@libero.it

Franco Veltro,¹ PierLuigi Morosini²¹Dipartimento di Salute Mentale, ASL 3 "Centro Molise", Campobasso²Istituto Superiore di Sanità, Roma

L' "A.B.C. DEI FAMILIARI"

STUDIO DI RIPRODUCIBILITÀ DI UN QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DI ROUTINE DELL'AIUTO RICEVUTO, DEI BISOGNI E DEL CARICO FAMILIARE DEI PAZIENTI PSICHIATRICI

The "A.B.C. of relatives/family"

The intra-rater reliability of a questionnaire to evaluate in clinical routine the opinion of received help, needs and family burden of psychiatric patients

RIASSUNTO

Scopo. Descrivere un questionario autocompilato per la valutazione da parte dei familiari dell' Aiuto percepito, dei Bisogni e del loro Carico. Illustrare la metodologia del focus group per la valutazione della *face validity* e i risultati dello studio di riproducibilità.

Metodo. Il questionario è stato elaborato a cura dell' associazione locale dei familiari dei sofferenti psichici che ha curato la selezione degli item sui bisogni da un questionario di Eufami (Dell'Acqua et al., 1998) e ha partecipato ai focus group per la valutazione della *face validity*, e degli Autori che hanno formulato gli item del carico familiare e hanno adattato quelli sull' opinione dell' aiuto ricevuto selezionandoli da un questionario sulla soddisfazione (Gigantesco et al., 2002). Lo studio di riproducibilità è stato effettuato con il metodo del test-retest su 20 familiari-chiave di soggetti affetti da psicosi e valutato con il Coefficiente di Correlazione Intraclasse (CCI).

Risultati. Per la compilazione sono necessari tra i 5 e i 6 minuti. Il questionario è stato accettato e molto gradito dall'utenza. Gli item sono risultati facilmente comprensibili. L'accordo all'interno dello stesso compilatore (*intrarater reliability*) è risultato elevato con un CCI per 28 item su 34 superiore a 0,5, per 5 item compreso tra 0,3 e 0,50 e 1 con $r = -0,07$.

Conclusione. Nel concludere la prima fase di validazione del questionario oltre ai buoni risultati relativi alle proprietà psicometriche si sono registrati una buona accettazione e gradimento di questo strumento, oltre che facilità di compilazione. Ciò è da mettere sicuramente in relazione al fatto che tale questionario è stato elaborato in un percorso congiunto con l'utenza. Si sottolinea la necessità di strumenti utili e applicabili in condizioni di routine.

Parole chiave: Aiuto ricevuto, Bisogno, Carico dei familiari, questionario

SUMMARY

Aim. To describe a new self-filled questionnaire to evaluate in a clinical routine the opinion about the received help, the needs and family burden. To illustrate the focus-group methodology to evaluate the face validity and the results of the intrarater reliability study.

Method. This tool has been elaborated by the local Association of psychiatric patients that has selected the item of *Needs* from the Italian version of the Eufami questionnaire (Dell'Acqua et al., 1998) and has participated to focus-group, in collaboration with the Authors that formulated the item of *Family Burden* and adapted those of *Received Help* from a questionnaire of Gigantesco et al., (2002). The intra-rater reliability has been conducted by test retest on 20 key-relatives of psychotic patients and evaluated by Intra-Classes Correlation Coefficient (ICC).

Results. The average time to fill the questionnaire is 5-6 minutes. This tool has been accepted quite well with great satisfaction by relatives of patients. The items have been resulted fully comprehensible. The intrarater reliability is high with an ICC upper than 0.5 for 28 items out of 34, between 0.3 and 0.5 for 5 items, and very low (-0.07) for just one item.

Conclusion. In conclusion this first phase of evaluation showed good psychometric properties and also a good acceptance with high satisfaction of relatives as users. These results are sure the consequence of the involvement of relatives in the phase of elaboration. We underline that we need this kind of tool useful for clinical routine evaluation.

Key-words: received help, needs, family burden, questionnaire



Introduzione

Il ruolo del *caregiver* è indispensabile per l'assistenza alle persone che soffrono di malattie e/o disturbi con decorso protratto. In Italia, tale ruolo è rappresentato nella maggior parte dei casi dai familiari. L'attuale legislazione prevede che sia data molta attenzione alle famiglie degli utenti dei servizi sociosanitari. Infatti, sia per il Progetto Obiettivo Salute Mentale 1999-2001 (G.U., 1999) sia per il recente Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 (G.U., 2003), i familiari devono essere coinvolti nelle cure e sostenuti se ne hanno bisogno. Allo stesso modo è raccomandata la valutazione del carico familiare e la soddisfazione degli utenti dei servizi sanitari.

L'Aiuto percepito da parte degli utenti dei servizi sociosanitari, i Bisogni e il Carico Familiare sono dunque tre parole chiave per l'assistenza alle persone che necessitano di cure per molto tempo.

Maggiore attenzione nel nostro Paese è stata data alla valutazione del Carico Familiare (Magliano et al., 1998, 2002, 2003, 2005), mentre da alcuni anni l'*assessment* per la soddisfazione (Ruggeri, 1994; Cozza et al., 1998; Gigantesco et al., 2002; Buscaglia et al., 2004) e per i Bisogni (Dell'Acqua et al., 1998) è più regolare. Tuttavia, va lamentato che per il carico familiare, la cui importanza è stata evidenziata in Italia già nei primi anni Novanta (Morosini et al., 1991; Veltro, 1993), la valutazione non avviene di routine nei servizi, ma è promossa e condotta prevalentemente da istituti di ricerca. La stessa osservazione è valida sia per la soddisfazione degli utenti, sia per i loro bisogni. Sono rari gli studi elaborati e condotti direttamente dai Servizi Sanitari (Lanzara et al., 1999; Cozza et al., 1998; Buscaglia et al., 2004), soprattutto per quanto riguarda i Bisogni. Tuttavia, in accordo con Lasalvia et al. (2000), e non solo come abbiamo visto, possiamo concludere che "l'Italia sconta in questo campo un notevole ritardo rispetto ad altre nazioni". L'unico studio di riferimento, infatti, possiamo individuarlo in quello di Galletta et al. (1999).

Probabilmente l'assenza di strumenti per la valutazione di routine nei servizi, concepiti in collaborazione con gli utenti, ha rappresentato un limite per l'accertamento sistematico e regolare nel tempo delle tre dimensioni relative alle problematiche dei familiari.

Per questo motivo, è stato elaborato, in collaborazione con l'associazione "Vivere Insieme"* dei sofferenti psichici di Campobasso, il questionario denominato l'"ABC dei familiari", che indaga le tre dimensioni sopradescritte.

Nel presente contributo sono descritti tale strumento, la metodologia per la messa a punto e i risultati relativi alla riproducibilità (test-retest).

Descrizione del questionario

Il questionario è autocompilato e si distingue in 5 parti:

- a) 13 item relativi a informazioni sul servizio (ad es., setting) e sul paziente (ad es., anni di presa in carico) da compilare a cura del "ricercatore" (che può essere anche un familiare con questo ruolo);
- b) 11 item relativi a informazioni di carattere generale sul rispondente;
- c) 8 item (Tab. 1) con sei livelli di codifica per l'opinione sull'"Aiuto Ricevuto";
- d1) 1 item per chiedere se i familiari avvertono il "Bisogno di ricevere informazioni sul disturbo" del paziente e in caso positivo 6 item con risposta "sì" o "no" (Tab. 2) e uno a risposta libera;
- d2) 9 item a risposta "sì" o "no" e uno a risposta libera sui "Bisogni del paziente percepiti dal familiare";
- d3) 7 item a risposta "sì" o "no" e uno a risposta libera sui "Bisogni dei familiari";
- e) 1 item per il "Carico familiare oggettivo" e 1 item per quello soggettivo del familiare chiave, 1 item per il carico soggettivo di un altro familiare convivente, 1 item relativo alla speranza per il futuro. I 4 item hanno una scala di codifica a 6 livelli. Vi è inoltre 1 item che indaga i costi sostenuti nell'ultimo anno. Per gli altri item il periodo di riferimento è l'ultimo mese.

I periodi di riferimento per la valutazione possono essere ovviamente modificati a seconda delle finalità e degli scopi dell'indagine.

Metodologia

Elaborazione del questionario

Esso è stato elaborato all'interno di un percorso "assistenziale" caratterizzato da cicli di interventi psico-educativi familiari, alcuni dei quali richiesti dalla locale associazione "Vivere Insieme". Si consideri che questa associazione è numerosa e ha avuto anche esperienze di ricerca. Alcuni suoi componenti, infatti,

*L'associazione "Vivere Insieme" di Campobasso gestisce un servizio sociosanitario integrato per la lotta all'handicap www.laboratorioaperto.it.



in collaborazione con il DSM di Trieste, hanno condotto una valutazione sui bisogni dei familiari attraverso l'uso della versione italiana di un questionario messo a punto da Eufami (Dell'Acqua et al., 1998), somministrato ai familiari degli utenti del servizio di psichiatria di Campobasso. Sulla base di questa esperienza sono stati selezionati a cura di operatori e familiari gli item sui bisogni. Le domande sul carico familiare sono state elaborate dagli Autori, mentre quelle sull'opinione dell'Aiuto ricevuto sono state selezionate e adattate da un questionario elaborato e validato dall'Istituto Superiore di Sanità di Roma (Gigantesco et al., 2002).

Validità di facciata o apparente

Una prima bozza del questionario, con le 5 parti descritte nel precedente paragrafo, sono state sottoposte al giudizio di 10 familiari dell'associazione, in accordo con la metodologia del focus group. Sono state annotate tutte le osservazioni ed effettuate le correzioni. Al secondo focus group sono stati invitati 8 nuovi familiari più altri due di quello precedente che volontariamente hanno voluto partecipare. In questa seconda fase vi è stato bisogno solo di poche correzioni.

Riproducibilità o test-retest

Dopo i focus group il questionario è stato sottoposto per la compilazione a 20 familiari di pazienti gravi con disturbo psicotico non affettivo e non organico consecutivamente ricoverati presso l'SPDC di Campobasso nel mese di settembre 2004. Dopo 10-15 giorni i familiari sono stati invitati a compilare di nuovo il questionario con l'istruzione che il periodo di riferimento doveva essere lo stesso di quello considerato la volta precedente, cioè il mese prima del ricovero. Il questionario è stato presentato da un'assistente sociale, disponibile a chiarire le domande nel caso di bisogno. Al familiare è stata assicurata la riservatezza per la compilazione.

La valutazione della riproducibilità è stata effettuata mediante il Coefficiente di Correlazione Intra-Classe (CCI), con il programma SPSS for Windows, versione 11.5.

Risultati

Il tempo richiesto per la compilazione è stato in media tra i 5 e i 6 minuti. Il 20% ha impiegato tra gli 8 e i 10 minuti e solo una persona più di 15 minuti, non per le difficoltà ma per l'interesse e la curiosità che mostrava per le domande. La necessità di chiarimento

■ **TABELLA 1. Riproducibilità intracompileatore (n = 20) degli 8 item che indagano l'Aiuto ricevuto**

Item	ICC	IC 95%	p
Nel complesso è soddisfatto delle cure e dell'assistenza che P ha ricevuto presso questo servizio	0,76	0,49-0,89	<0,001
Pensa che P sia soddisfatto delle cure e dell'assistenza che ha ricevuto presso questo servizio	0,76	0,49-0,89	<0,001
Il Personale del servizio di psichiatria è in genere cortese, gentile	0,55	0,15-0,79	<0,005
Il Personale del servizio di psichiatria è in genere disponibile e pronto a intervenire in caso di bisogno	0,70	0,40-0,87	<0,001
Il Personale del servizio di psichiatria Le ha dato informazioni chiare e complete sulla malattia e sulle terapie di P	0,80	0,66-0,94	<0,001
Lei pensa che questo servizio psichiatrico prende in considerazione la Sua opinione	0,83	0,65-0,93	<0,001
Nel complesso, pensa che P sia migliorato rispetto a come stava prima di venire presso questo servizio	0,42	-0,02-0,72	<0,03
Nel complesso, raccomanderebbe questo servizio a qualcuno con gli stessi problemi e la stessa storia di P	0,75	0,47-0,89	<0,001

ICC, Coefficiente di Correlazione Intraclasse; IC, Intervallo di Confidenza.

Nota: Le risposte a tutti gli item prevedono sei livelli di codifica: 1 = per niente; 2 = poco; 3 = non tanto; 4 = abbastanza; 5 = molto; 6 = moltissimo.



■ **TABELLA 2. Riproducibilità intraosservatore (n = 20) dei 20 item che indagano i Bisogni dei familiari**

Item	ICC	IC 95%	p
Su che cosa delle seguenti aree vorrebbe avere più informazioni (<i>ne indichi al massimo tre</i>):			
– sui farmaci (terapie ed effetti collaterali)	0,55	0,17-0,79	<0,001
– sulla psicoterapia e la riabilitazione	0,90	0,78-0,96	<0,001
– su come noi familiari possiamo aiutare meglio P	0,53	0,13-0,80	<0,005
– sui diritti di P e sui nostri come parenti	0,59	0,23-0,81	<0,001
– sulle cause del disturbo	0,36	–0,04-0,67	<0,004
– sul decorso (evoluzione) del disturbo	0,67	0,33-0,85	<0,001
Di quali di queste prestazioni, interventi o servizi crede che P abbia un bisogno particolare (<i>ne indichi al massimo tre</i>):			
– cambiare servizio di psichiatria, cioè essere trattato altrove	0,90	0,78-0,96	<0,001
– essere ricoverato o continuare il ricovero	0,90	0,78-0,96	<0,001
– ricevere visite di operatori a casa	0,70	0,37-0,86	<0,003
– essere aiutato a prendere in modo corretto i farmaci	0,62	0,25-0,83	<0,002
– frequentare un centro diurno per la riabilitazione	0,50	0,07-0,76	<0,013
– essere aiutato a trovare il lavoro (ad es., mediante un corso di formazione professionale)	0,80	0,57-0,91	<0,001
– frequentare più gente anche volontari	0,61	0,25-0,82	<0,001
– fare una vacanza	0,33	–0,13-0,67	<0,07
– frequentare un gruppo di mutuo-aiuto dei pazienti	0,50	0,07-0,76	<0,012
Pensa che Lei o un altro familiare abbiate bisogno di una o più delle cose seguenti (<i>ne indichi al massimo tre</i>):			
– frequentare un'associazione dei familiari o un gruppo di mutuo aiuto dei familiari	0,50	0,08-0,76	<0,011
– più tempo per occuparsi dei propri problemi personali	0,54	0,15-0,79	<0,005
– che P per un periodo venga ospitato altrove	–0,07	–0,52-0,38	<0,62
– una vacanza	0,69	0,38-0,86	<0,001
– aiuto per i lavori di casa	0,33	–0,13-0,67	<0,070
– aiuto per i problemi economici	0,47	0,07-0,74	<0,012
– maggiore collaborazione in famiglia	0,74	0,45-0,89	<0,001

ICC, Coefficiente di Correlazione Intraclasse; IC, Intervallo di Confidenza.

Nota: Le risposte a tutte le domande (per ogni area vi è anche la possibilità di esprimere un bisogno diverso da quelli elencati) sono di tipo dicotomico: 1 = sì; 2 = no.

per la compilazione è stata rara e tutti gli item sono risultati facilmente comprensibili. L' "ABC dei familiari" è stato accettato e molto gradito dall'utenza.

L'accordo all'interno dello stesso compilatore (test-retest o *intrarater reliability*) è risultato elevato per quasi tutti gli item (Tab. 1, 2 e 3). Per quanto riguarda l' Aiuto ricevuto, 6 item su 8 hanno valori del CCI superiori o uguali a 0,70, mentre due hanno valori compresi tra 0,30 e 0,50. Per quanto riguarda i Bisogni, 18 item su 22 hanno valori di CCI superiori a 0,50, 3

item compresi tra 0,30 e 0,50 e solo 1 ha un valore molto basso (–0,07). I 4 item del Carico Familiare hanno invece valori molto elevati, superiori a 0,73.

Discussione e conclusioni

Come è noto l'elaborazione di un nuovo questionario comporta lo studio della sua validità e riproducibilità. Nella fase attuale sono considerati i risultati relativi alla *reliability* e alla *face validity*. Per entrambi questi aspetti i risultati sono stati soddisfacenti in

**■ TABELLA 3. Riproducibilità intraosservatore (n = 20) dei 4 item che indagano il Carico Familiare**

Item	ICC	IC 95%	p
Nel complesso, nelle ultime 4 settimane come conseguenza della situazione di P che problemi pratici ha avuto la famiglia (riduzione del tempo di lavoro o del rendimento sul lavoro, necessità di lavorare di più per coprire le spese, rinuncia alle vacanze o anche a semplici gite, rinuncia ai propri interessi o hobby, necessità di trascurare gli altri familiari, difficoltà nel ricevere visite a casa)	0,73	0,45-0,88	<0,001
Nelle ultime 4 settimane come conseguenza della situazione di P, Lei per quanto tempo si è sentito male psichicamente (depresso o ansioso, teso, nervoso, ha dormito male)	0,77	0,51-0,90	<0,001
Nelle ultime 4 settimane come conseguenza della situazione di P, qualche altro familiare in casa si è sentito male psichicamente (depresso o ansioso, teso, nervoso, ha dormito male)	0,84	0,62-0,24	<0,001
Pensa che la sua situazione e quella di P possano migliorare (ha speranza per il futuro?)	0,87	0,71-0,9	<0,001

ICC, Coefficiente di Correlazione Intraclasse; IC, Intervallo di Confidenza.

Alla prima domanda i criteri per la codifica sono: 1 = nessuno o quasi; 2 = lieve; 3 = evidenti ma non disturbanti; 4 = disturbanti, ma non gravi; 5 = gravi, ma non costanti; 6 = gravi e costanti.

Alla seconda e terza domanda i criteri per la codifica sono: 1 = mai; 2 = raramente; 3 = qualche volta; 4 = più o meno la metà del tempo; 5 = la maggior parte del tempo; 6 = sempre.

Alla quarta domanda i criteri per la codifica sono: 1 = per niente; 2 = poco; 3 = non tanto; 4 = abbastanza; 5 = molto; 6 = moltissimo.

quanto il CCI è risultato elevato a testimoniare una buona comprensibilità. Le domande sono state giudicate pertinenti dai familiari che hanno partecipato ai focus-group e da quelli che lo hanno compilato per lo studio di riproducibilità.

Ciò è sicuramente il risultato della lunga fase di elaborazione dello strumento che ha visto come protagonisti gli stessi familiari. Negli ultimi tempi maggiore attenzione viene data proprio agli utenti come "valutatori", "ricercatori" e protagonisti dei progetti terapeutici (Thorncroft & Tansella, 2005). In tal senso l'associazione "Vivere Insieme" di Campobasso, che gestisce un servizio sociosanitario integrato per la lotta all'handicap (Veltro et al., 2002; www.laboratorioaperto.it), ha rappresentato una grande risorsa come si evince dalle esperienze descritte nel paragrafo relativo alla messa a punto del questionario.

Ci si augura che uno strumento messo a punto dagli stessi utenti, con risultati più che soddisfacenti per quanto riguarda gli aspetti psicometrici, possa

favorire la valutazione continua e periodica nei servizi. Attualmente essa resta episodica, legata a ricerche ad hoc spesso promosse dagli istituti di ricerca, e a volte circoscritta solo a una problematica (ad es., la soddisfazione, ma non il carico dei familiari) con il risultato di una parziale valutazione del servizio.

Per quanto riguarda l'"ABC dei familiari", nei prossimi mesi si disporrà dei dati sulla validità discriminante e comparativa. La scelta di presentare i primi risultati relativi al questionario consiste nella convinzione che nel nostro Paese vi sia urgente bisogno di strumenti che soddisfino in condizione di routine i requisiti di applicabilità (il minor tempo possibile per la compilazione e la facilità di interpretazione delle informazioni ricevute), e di utilità per i servizi, così come per gli utenti (le informazioni ottenute aiutano a migliorare il servizio? Forniscono un feed-back immediato e adeguato delle attività svolte? Aumentano la consapevolezza e la conoscenza degli utenti?).



■ BIBLIOGRAFIA

- Buscaglia G., Carolei A., Baldazzi F., Marinoni A. & Ferro A.M. (2004). Rilevare la soddisfazione dei pazienti e dei familiari: l'esperienza del Dipartimento di Salute Mentale di Savona. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 3, 158-168.
- Cozza M., Amara M., Bufera N., Infantino G., Monti A.M. & Provenzano R. (1998). La soddisfazione dei pazienti e dei familiari nei confronti di un Dipartimento di Salute Mentale di Roma. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 3, 173-183.
- Dell'Acqua G., Cannalire M., Crusiz C. & Harrison Y. (1998). I bisogni dei familiari di persone affette da disturbo mentale. In: *Il carico delle famiglie e il problema della qualità nella salute mentale: il punto di vista di utenti e familiari*. Istituzione Gian Franco Minguzzi: Bologna.
- Galletta M., Lasalvia A. & Ruggeri M. (1999). I bisogni di cura dei pazienti psichiatrici in relazione alle loro caratteristiche demografiche, cliniche, sociali e di interazione con i servizi. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 4, 237-239.
- Gazzetta Ufficiale (1999). *Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000"*. G.U. Serie generale, N. 274, 22 novembre 1999.
- Gazzetta Ufficiale (2003). *Piano Sanitario Nazionale 2003-2005*. G.U. Serie Generale, N. 139, 8 giugno 2003.
- Gigantesco A., Picardi A., Chiaia A., Balbi A. & Morosini P. (2002). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *European Psychiatry* 17, 139-147.
- Lanzara D., Casentino U., La Maglio M., Lora A., Nicolò A. & Rossigni M.S. (1999). I problemi dei pazienti con disturbi schizofrenici e delle loro famiglie. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2, 117-130.
- Lasalvia A., Stefani B. & Ruggeri M. (2000). I bisogni di cura nei pazienti psichiatrici: una revisione sistematica della letteratura, II. I bisogni di cura individuali. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 4, 202-307.
- Magliano L., Fadden G., Madianos M., Caldas de Almeida J.M., Held T., Guarneri M., Marasco C., Tosini P. & Maj M. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, 405-412.
- Magliano L., Marasco C., Fiorillo A., Malangone C., Guarneri M., Maj M. & Working Group (2002). The effect of social network on burden and pessimism in relatives of patients with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry* 73, 302-309.
- Magliano L., Fiorillo A., Malangone C., Marasco C., Guarneri M., Maj M. & the National Mental Health Project Working Group (2003). The impact of professional and social network support on burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106, 1-9.
- Magliano L., Fiorillo A., De Rosa C., Malangone C., Maj M. & the National Mental Health Project Working Group (2005). Family Burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science & Medicine* 61, 313-322.
- Morosini P., Roncone R., Veltro F., Palomba U. & Casacchia M. (1991). Routine assessment tool in psychiatry: the questionnaire of family attitudes and burden. *The Italian Journal of Behavioural Sciences* 1, 95-101.
- Ruggeri M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 29, 212-227.
- Thornicroft G. & Tansella M. (2005). Growing recognition of the importance of services user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1, 1-3.
- Veltro F. (1993). L'approccio psicosociale alla valutazione dell'esito della schizofrenia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1, 11-13.
- Veltro F., Porzio C., Ciampone V. & Cirino P. (2002). Un servizio sociosanitario integrato di comunità per fronteggiare l'handicap associato al disturbo mentale grave. *Psichiatria di Comunità* 1, 6-12.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Franco Veltro
Dipartimento di Salute Mentale
ASL 3 "Centro Molise"
Presidio Ospedaliero "Cardarelli"
C. da Tappino
86100 Campobasso
Fax: 0874-409351
E-mail: spdc.cb@tin.it



Idana Morandin, Gerardo Favaretto

Dipartimento di Salute Mentale Unità Locale Socio Sanitaria n, 7, Pieve di Soligo (TV)

ESPANSIONE DEL PRIVATO SOCIALE ALL'INTERNO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE TRA RISCHI E VANTAGGI

Risks and advantages of expanding private social services in Mental Health Departments

RIASSUNTO

Scopo. Analizzare i ruoli assunti dal Privato Sociale nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Veneto. Valutare se questi sono coerenti con gli obiettivi del servizio pubblico.

Metodi. Somministrazione di un questionario a tutti i DSM del Veneto per fotografare l'attuale utilizzazione del Privato Sociale nelle diverse realtà della Regione. Confronto con il contesto legislativo che ha permesso la progressiva integrazione pubblico-privato a seguito di una modificazione sostanziale delle strategie della pubblica amministrazione.

Risultati. I dati raccolti ci consentono di valutare l'espansione del Privato Sociale nella realtà veneta secondo una serie di parametri riconducibili a qualità/quantità di strutture in gestione e/o co-gestione col privato sociale e presenza/assenza di parametri di tutela di cui i DSM si sono dotati per garantire risposte efficaci ai bisogni degli utenti.

Conclusioni. L'apertura al Privato Sociale presenta una serie di problematiche che sono analizzate soprattutto in riferimento all'attuale modello di psichiatria di comunità. Non avere regole chiare ha consentito al Privato Sociale un'espansione che rischia di trovare la propria legittimazione solo nell'autoreferenzialità e nel sostituire, in maniera flessibile, risorse carenti da parte del Servizio Pubblico.

Parole chiave: Privato Sociale, integrazione pubblico-privato

SUMMARY

Objective. To analyse the role of private social services in the Veneto Region's Mental Health Departments (MHD). To

assess its coherence with the objectives of the public health service.

Methods. Distribution of a questionnaire in MHD to get a picture of private social services utilization in the region. Examination of the legislative context that has developed the gradual integration of public and private services caused by a change in the public administration strategies.

Results. The data collected have been used to assess the expansion of private social services, through parameters indicating number and quality of structures managed or co-managed with private social services and the existence/non-existence of instruments adopted by MHD to guarantee response to users' needs.

Conclusions. The Authors analyse problems caused by private social services utilization, particularly to the current model of community psychiatry. A lack of clear rules has permitted an expansion of private social services often with lack of quality.

Key words: private social services, public-private integration

Premessa

Il modello di risposta in grado di assicurare la continuità tra le azioni di prevenzione, cura, riabilitazione e inclusione sociale delle patologie psichiatriche implica un intervento integrato di competenze e di soggetti in un ambito vasto che va dal sanitario al sociale. Dalla legge di riforma psichiatrica, i servizi e le amministrazioni locali hanno investito energie e risorse per passare da un'assistenza focalizzata sul-



l'ospedale, a un sistema di servizi sul territorio verso una logica di psichiatria di comunità ma dove, di fatto, l'attore protagonista risulta ancora l'istituzione psichiatrica, mentre la comunità rimane sullo sfondo (Folgheraiter, 2000). Gli attuali servizi di salute mentale, che comprendono una significativa diversificazione di risorse allocate e stili di lavoro, si devono confrontare con una complessità di bisogni progressivamente in aumento ma anche con fondamentali contraddizioni (Barbato, 1998):

- la carenza del coordinamento nella pianificazione e nella distribuzione delle risorse;
- le implicazioni cliniche, sociali ed economiche dell'emergenza di un'ampia popolazione di pazienti psicotici con gravi disabilità, utilizzatori a lungo termine dei servizi;
- la carenza di studi epidemiologici su ampi e non selezionati campioni di pazienti;
- l'emergenza di bisogni complessi, che non trova risposte in nessun contesto dei servizi territoriali non appartenenti al DSM. Oltre ai pazienti con disturbi mentali gravi, *long-term users*, per i quali non sempre le risposte disponibili risultano anche efficaci, si assiste all'emergere di bisogni di salute mentale nella comunità, connessi con dinamiche sociali emergenti: nuove povertà, immigrazione, violenza nelle comunità ecc.

Soluzioni organizzative che consentano di gestire tale complessità non possono che essere articolate, costituite da reti che vanno tra loro efficacemente coordinate e che non godono, in genere, di una visibilità sociale piena, non hanno il potere di richiamare tutte le risorse necessarie, sono immerse in contesti sociali in cui la lotta allo stigma e all'emarginazione non appare certo vinta (Leff, 2001). La realizzazione in Italia della *community care* è consistita, fino a ora, paradossalmente nello sviluppo del *welfare state* e, quindi, non si è trattato propriamente di crescita delle capacità di cura della comunità, ma di crescita delle protesi di essa: istituzioni "pesanti" appositamente organizzate per produrre, come fabbriche nella logica industriale, quel benessere sociale che sarebbe indicatore del buon funzionamento della base sociale o della comunità (Folgheraiter, 2000). Sono stati fatti parecchi sforzi a livello legislativo, per favorire la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali (Legge 8.11.2000, n. 328), per coinvolgere in modo più consistente sia il volontariato (Legge 11.8.

1991, n. 266) sia il Privato Sociale (Legge 8.11.1991, n. 381) in aspetti, un tempo, di sola competenza del servizio pubblico. Rispetto all'introduzione di tali normative ci sono pareri contrastanti: chi vede un pericoloso arretramento della funzione sociale pubblica con espansione al privato, chi la interpreta come un'espansione della funzione pubblica con il coinvolgimento del terzo settore.* Accanto al Privato Sociale, anche lo sviluppo del terzo settore, come sostiene de Leonardis, può assumere valenze diverse: può costituire un volano sia della circolazione di questioni e responsabilità pubbliche nel tessuto sociale, sia, viceversa, della diffusione di culture privatistiche, poco integrabili con l'interesse pubblico. Oggi viene riconosciuto all'organizzazione dei servizi un potenziale generativo, ovvero la capacità di creare altra organizzazione, di mettere in forma le relazioni sociali, di produrre significati condivisi, in sostanza di dar forma al legame sociale (de Leonardis, 1998). Bisogna aver chiaro che il tentativo di sviluppare ciò che viene chiamato "mercato sociale" o "impresa sociale", fenomeno emergente e per nulla univoco, attivato da intenzioni e interessi eterogenei, attraversato da incoerenze e contraddizioni e aperto a sviluppi molto diversi, può portare anche a "invadere" o "sconfinare" in settori per i quali non ha competenza. Ci si può interrogare su quali significati, quali relazioni sociali, quali forme di socialità sono alimentati dalle pratiche e dalle culture quotidiane di questi servizi; se e come, con quali forme organizzative, essi contribuiscono a rigenerare il legame sociale (de Leonardis, 1998).

Le conseguenze di questa trasformazione a livello di servizi sociali si riflettono anche nella modalità di lavorare per l'inclusione sociale di persone con patologia psichiatrica. Per questo motivo vogliamo proporre una riflessione rispetto al significato che possono assumere i mix pubblico-privato che sempre più spesso si trovano nella gestione delle varie tipologie di strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Vogliamo interrogarci rispetto ai ruoli assunti dal Privato Sociale e se questi siano coerenti con lo statuto pubblico, il carattere d'interesse sociale dei beni,

*Il terzo settore può essere definito come l'insieme degli enti privati, formalmente costituiti, che svolgono attività produttiva, tipicamente di servizi sanitari, educativi, assistenziali, ricreativi, culturali ecc. con la finalità di servire al meglio un bisogno specifico di una categoria d'utenti, anziché produrre un utile o un guadagno (Barbetta, 1996).



delle azioni e degli attori implicati nelle politiche sociali.

A partire dalla definizione di partenariato pubblico-privato, come un insieme di modalità di cooperazione tra istituzioni pubbliche e il mondo delle imprese che mirano a garantire il finanziamento, la costruzione, il rinnovamento, la gestione o la manutenzione di un'infrastruttura o la *fornitura di un servizio*, ci siamo posti pertanto i seguenti obiettivi:

- comprendere il contesto legislativo che ha permesso una modificazione sostanziale nell'agire della pubblica amministrazione;
- rilevare l'entità del fenomeno "utilizzo del Privato Sociale" nei DSM di tutto il territorio della Regione Veneto;
- verificare la tipologia di attività per le quali è impiegato;
- valutare la tipologia di garanzie di cui si è dotato il servizio pubblico a tutela della funzione pubblica nell'assistenza psichiatrica.

Il contesto culturale e legislativo

Il rapporto fra servizi psichiatrici e cooperative sociali s'inquadra nel più ampio rapporto fra servizi pubblici e cooperazione che è andato progressivamente sviluppandosi nel corso di questi ultimi dieci anni a partire da esigenze presenti sia all'interno del servizio pubblico sia della società civile. Gli anni Novanta hanno rappresentato un importante momento di cambiamento nell'evoluzione della normativa sull'assegnazione dei servizi alla persona con il passaggio da un sistema assistenzialistico (cittadino come utente, famiglia come portatrice di bisogni, assistenza come sostegno economico, politiche per contrastare l'esclusione sociale) a un sistema integrato di interventi e servizi sociali che deve essere progettato e realizzato a livello locale, cioè vicino alla persona, promuovendo la partecipazione attiva di tutti, incoraggiando le esperienze aggregative, assicurando livelli essenziali in tutte le realtà territoriali, potenziando i servizi alla persona, favorendo la diversificazione degli interventi, valorizzando le esperienze e le risorse esistenti, le politiche per promuovere l'inclusione sociale. L'aspetto saliente degli anni Novanta è la trasformazione del ruolo del terzo settore che diventa sempre più protagonista nell'area dei servizi alla persona, per l'emanazione di due leggi: Legge 8.11.1991, n. 381 "Disciplina delle cooperative sociali" e Legge 11.8.1991, n. 266 "Di-

sciplina sul volontariato" che hanno portato nel 2000, come conclusione naturale di un lungo cammino verso il decentramento iniziato fin dalla Legge 23.12.1978, n. 833, alla Legge 8.11.2000, n. 328 "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". Su questo coinvolgimento del terzo settore due aspetti vanno considerati: da un lato, è avvenuto per ragioni di risparmio, riduttive, quindi ambivalenti (Ranci Ortigosa, 2000) per un *welfare* al collasso grazie al debito pubblico accumulato negli anni Ottanta e Novanta; dall'altro i rapidi e sostanziali cambiamenti della società attuale hanno contribuito a evidenziare nuovi bisogni, nuove concezioni del benessere, della salute, della qualità di vita, anche nelle sue componenti relazionali e sociali, a cui il sistema istituzionale non si è dimostrato capace/adequato di dare risposte efficaci. Su queste basi è stato prospettato un *welfare* delle responsabilità, con l'intenzione di attivare tutte le risorse presenti nel territorio e sollecitare la partecipazione dei cittadini, nelle politiche e nei programmi d'intervento su materie che li riguardano. In molti Paesi dell'Unione Europea il coinvolgimento della "comunità" è un tema dominante nei discorsi sulle partnership locali che sta prendendo piede in materia di lotta all'esclusione, con l'idea di fare degli esclusi i partner attivi delle politiche che li riguardano (Geddes, 2000; Geddes & Benington, 2001). Si sta tentando di realizzare una *governance* basata su nuova interdipendenza pubblico-privato che sembra caratterizzata da un progressivo spostamento di responsabilità pubbliche nell'area del privato (Da Empoli & Muraro, 1997), resa possibile per l'introduzione legislativa di due questioni sostanziali, destinate a rivoluzionare le modalità di gestire il sistema di servizi alla persona: il fenomeno dell'esternalizzazione e il principio della sussidiarietà. Il fenomeno dell'esternalizzazione è stato realizzato riconoscendo la finalità di svolgere "pubbliche funzioni" sia alla cooperazione sociale che al volontariato (Legge 8.11.1991, n. 381 "Disciplina delle cooperative sociali" e Legge 11.8.1991, n. 266 "Disciplina sul volontariato") "...le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso: a) la gestione di servizi sociosanitari ed educativi; b) lo svolgimento di attività diverse – agricole, industriali, commerciali o di servizi – finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate".



Quanto affermato cambia in modo sostanziale il rapporto tra pubblica amministrazione (PA) e privato, permettendo il passaggio da un privato considerato solo come erogatore di servizi (in questo caso il rapporto tra PA e privato era regolamentato dalle norme del Diritto Privato), alla realtà attuale in cui pubblico e privato si confrontano rispetto alla “pubblica funzione” cioè su obiettivi (in questo caso il rapporto tra PA e privato è regolamentato dalle norme del Diritto Pubblico).

Per quanto riguarda il principio di “sussidiarietà” esplicitato nella Legge 8.11.2000, n. 328 all’art. 1 terzo comma: “La programmazione e l’organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali (...) secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia” e realizzato a livello verticale, in quanto sono privilegiati i Comuni, quali titolari delle funzioni sociali. Per la prima volta, in una legge nazionale non si parte dallo Stato per scendere alle Regioni e alle autonomie locali, ma si parte dalle funzioni dei Comuni (art. 6) per salire alle funzioni delle Regioni (art. 8), delle Province (art. 7), e infine alle funzioni dello Stato. Il principio di sussidiarietà prevede che lo Stato non deve fare ciò che possono fare i Comuni e l’istituzione pubblica non deve fare ciò che possono fare le iniziative libere della società civile (sussidiarietà verticale): si stabilisce che gli enti locali, le Regioni e lo Stato “riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, ...” (art. 1 comma 4, Legge 8.11.2000, n. 328) inoltre, il terzo settore partecipa “alla gestione e all’offerta dei servizi” ed è uno dei soggetti attivi “nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi” (art. 1, comma 5 Legge 8.11.2000, n. 328, Sussidiarietà orizzontale).

La Regione Veneto, già nel documento di indirizzo del Consiglio Regionale per l’attuazione del piano sociosanitario 1996-1998, fa proprie queste acquisizioni “(...) sono mature le condizioni per superare la tradizionale distinzione fra soggetti pubblici e soggetti privati. In molte realtà locali si è, infatti, pervenuti a un assetto socio-istituzionale, nel quale su tale bipartizione si è innestata una configurazione più complessa dove, a soggetti usualmente considerati privati, viene riconosciuta anche la possibilità di partecipare alla funzione, tipicamente pubblica, di definizione degli obiettivi e dei contenuti della programmazione, oltre che alla realizzazione degli stessi”.

Risultati di un’indagine conoscitiva

A tutti i responsabili dei DSM del Veneto, nell’agosto 2004 è stato inviato un questionario per conoscere le modalità di rapporto pubblico-privato all’interno del proprio DSM. Il questionario è costituito da 15 domande che indagano l’opinione dei responsabili di DSM circa l’utilizzo del Privato Sociale, la quantità/qualità delle strutture gestite dal/con il Privato Sociale, la presenza nei capitolati/convenzioni di elementi di garanzia (come, per esempio, la possibilità del DSM di verificare la formazione e qualifica degli operatori, la programmazione della formazione/aggiornamento, presenza di protocolli che definiscono i rapporti tra gli operatori del DSM e Privato Sociale).

All’indagine conoscitiva, hanno aderito 18 dei 21 DSM della Regione Veneto, consentendoci di rilevare che in 17 di questi, anche se con modalità diversa, esiste una collaborazione con il Privato Sociale per la gestione dell’assistenza psichiatrica. Almeno una gestione con il Privato Sociale interessa tutte le tipologie di strutture, da quelle a basso livello assistenziale fino a strutture a elevato livello assistenziale come evidenziato nella Tabella 1.

Esistono anche esperienze di co-gestione per strutture residenziali e/o semiresidenziali non riportate in tabella (appartamenti protetti, strutture territoriali utilizzate dalle équipe psichiatriche sulla base di una maggiore appropriatezza dei progetti personalizzati, centri occupazionali diurni, centri di lavoro guidato, progetto tempo libero, progetti personalizzati di sostegno sociorelazionale, laboratori di cooperative); oppure sono gestite “funzioni del DSM” (attività territoriale/domiciliare relativamente agli interventi socioassistenziali, attività di rete relativamente al funzionamento di interfaccia fra l’attività riabilitativa strutturale).

■ **TABELLA 1. Strutture dei DSM della Regione Veneto gestite in collaborazione con il Privato Sociale**

Tipologia di struttura	N. DSM che presentano strutture in convenzione/appalto
Com. TRP	11
Com. alloggio	12
Gruppi app.	7
Centro D	9
RSA di superamento OP	3



ta e le opportunità realizzabili sul territorio anche con il concorso degli utenti stessi).

Il ricorso al Privato Sociale è stata una decisione della direzione strategica per 12 DSM, mentre il motivo che ha spinto i restanti 5 DSM a richiedere la collaborazione del Privato Sociale è dipesa dalla carenza di personale dipendente. Tutti i responsabili dei DSM ritengono che nell'ambito della salute mentale ci siano settori per i quali la presenza del Privato Sociale potrebbe rappresentare un vantaggio: a) gestione delle comunità alloggio, collaborazione per iniziative dell'auto mutuo aiuto e del tempo libero dei pazienti; b) cooperative di tipo A e B per utenti psichiatrici e lavoro di rete; c) supporto al servizio sociale e attività riabilitativa; d) interventi domiciliari; e) percorsi d'integrazione alla comunità locale; f) tutto l'ambito del socio/sanitario e dell'impresa sociale; g) vantaggio economico (rapidità di sostituzione del personale).

Abbiamo, inoltre, indagato la possibilità per i DSM di verificare curriculum e titoli di studio degli operatori del Privato Sociale e la specificazione nelle convenzioni/appalti delle qualifiche richieste agli operatori (Tab. 2).

Spesso gli operatori del Privato Sociale non hanno qualifiche riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nel nostro campione risulta che solo in 12 DSM tutti gli operatori hanno qualifiche riconosciute dal SSN: in un DSM questo vale per gran parte degli operatori, mentre in un altro DSM per almeno il 40% sul totale, proseguendo l'indagine in un DSM si riscontra solo nel 5-10% del totale del personale, e infine in 2 DSM vale solo per alcuni operatori. Ai responsabili dei DSM si è chiesto, inoltre, di attribuire un punteggio (su una scala da 1 a 10) che esprimesse il loro parere circa il livello di preparazione professionale di questi operatori e di esprimere in che misura

■ **TABELLA 2. Curriculum e titoli di studio degli operatori del Privato Sociale**

	SI	NO	In parte
Il DSM ha avuto la possibilità di verificare curriculum e titoli di studio	5	11	1
La convenzione/appalto esplicitava le qualifiche richieste	14	3	

■ **TABELLA 3. Preparazione professionale degli operatori del Privato Sociale e adeguatezza della formazione al lavoro riabilitativo**

	Punteggio attribuito	N. DSM
Livello di preparazione professionale	9	1
	7-8	9
	6	2
	4-5	3
	variabile tra 5 e 8	1
	punteggio variabile senza specificare	1
Formazione adeguata per il lavoro riabilitativo	8	3
	7	5
	6	1
	5	3
	variabile tra 5 e 8	1
	4	2
	1	1
	Non dichiarato	1

detto personale presenta una formazione adeguata per il lavoro riabilitativo in ambito psichiatrico (Tab. 3).

Tutti i DSM (tranne uno) che hanno strutture riabilitative gestite con il Privato Sociale ritengono che sia possibile garantire un'adeguata continuità nel percorso riabilitativo ma, alla richiesta di definire la partecipazione del Privato Sociale nella gestione di attività del DSM solo 7 lo ritengono partner con la stessa finalità, uno lo considera partner con diversa finalità, un altro preferirebbe una gestione completamente pubblica, mentre 8 limiterebbero la partecipazione del Privato Sociale ad alcune specifiche attività (inserimenti lavorativi, lavoro di rete, gestione di comunità alloggio, gruppi appartamento, centri occupazionali, centri di lavoro guidato).

Sono evidenziati problemi nella co-gestione assieme al Privato Sociale relativi a:

- controllo di ingressi e dimissioni dal programma riabilitativo;
- difficoltà di comunicazione;
- difficoltà legate alla preparazione professionale del personale che comporta difformità di approccio ai pazienti;
- difficoltà di integrazione e quindi di gestione;
- elevato turn-over degli operatori.



Un DSM consiglia di evitare convenzioni/appalti delle CTRP, mentre da parte di un altro DSM viene sottolineato come in un quadro di sostanziale condivisione degli obiettivi la collaborazione tra Servizio Pubblico e Privato Sociale costringe a continui confronti. Solo 9 DSM affermano che il personale del Privato Sociale è stabile; per 2 si tratta di un turn-over compatibile; per 2 l'elevato turn-over riguarda solo alcune sedi; in 4 realtà viene rilevato un notevole turn-over molto spesso senza che il DSM ne sia informato (gestione autonoma delle sostituzioni del personale).

Per quanto riguarda, infine, la formazione continua/aggiornamento: in 5 DSM è prevista una clausola nelle convenzioni/appalti che "obbliga" il Privato Sociale a partecipare ai corsi organizzati dai DSM, nei restanti 12 tale clausola non esiste. In 4 casi il Privato Sociale vuole essere autonomo nella predisposizione dei programmi formativi del proprio personale, in 13 realtà partecipa ai percorsi formativi predisposti dal DSM ma con un livello di disponibilità variegato: dal "vengo ma vorrei fare da me", al partecipare a specifiche iniziative ed essere autonomo in altre.

Conclusioni

A fronte di una riforma legislativa che ha introdotto modifiche sostanziali nell'assistenza psichiatrica, si rileva un carente supporto per tutti gli aspetti di integrazione sociosanitaria, che emergono in maniera evidente dall'analisi della legge quadro sui servizi sociali. In sostanza, le acquisizioni scientifiche sulla disabilità correlata alle patologie psichiatriche e sulle modalità per superarla non hanno trovato riscontro legislativo. Nell'ambito esiste una complessa interazione tra aspetti sociali e politici. Le politiche per la salute mentale riflettono lo stato d'animo generale rispetto alle problematiche di accettazione/tolleranza o di esclusione/pregiudizio. I servizi di salute mentale subiscono il clima delle opinioni sociali correnti, in modo più sensibile e sottile rispetto a quanto accade negli altri settori sanitari. Anche le questioni di carattere economico a livello nazionale sono in grado di condizionare l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e la pratica clinica. I metodi utilizzati per allocare le risorse economiche dai ministeri centrali alle Regioni, e quindi alle aree locali, cambiano in misura considerevole, per esempio per quanto riguarda il rilievo attribuito alle variazioni di carattere locale, nei livelli di salute generale o nella morbilità psichiatrica (Thor-

nicroft & Tansella, 2000). Esiste una specie di catena di tipo organizzativo, per cui le conseguenze di decisioni prese a livello nazionale/regionale producono un effetto a cascata e delimitano ciò che è possibile realizzare a livelli geografici inferiori.

Dall'esame del quadro normativo del nostro Paese, emerge che la modifica dei contesti storico-sociali, la disponibilità di risorse e la necessità di integrare soggetti diversi, quelli istituzionali e quelli emergenti del volontariato e del Privato Sociale, hanno caratterizzato l'evoluzione del pensiero giuridico in termini di assistenza sociale e di diritti dei deboli. La tutela, fra i deboli, delle persone che sono in carico alle strutture psichiatriche, costituisce uno dei banchi di prova della validità e della applicabilità *universale* dei principi e delle garanzie sociali che hanno ispirato l'evoluzione legislativa in merito alla assistenza e alla solidarietà sociale nel nostro Paese. Con l'introduzione di principi quali la sussidiarietà, la partecipazione e la condivisione, le leggi distinguono livelli e attori diversi nella costruzione del benessere sociale; il livello delle garanzie, di cui deve essere responsabile l'istituzione pubblica, è diverso da quello della programmazione che deve invece aprirsi a una pluralità di soggetti presenti sulla scena sociale ed è la premessa allo stadio più concreto, quello della gestione dell'offerta di servizi sociali che, è augurabile, possa integrare e coinvolgere la maggioranza dei soggetti possibili.

Come emerge in modo piuttosto netto dall'indagine effettuata, l'ambito della residenzialità e della semiresidenzialità è uno di quei settori in cui si sono venute determinando situazioni diverse ma accomunate dalla partecipazione, anche in modo massiccio, di soggetti del Privato Sociale nella gestione delle strutture e, in generale, dell'offerta dei servizi, creando le condizioni per una specie di "delega naturale" di queste aree alle cooperative sociali, prefigurando un quadro di progressiva, ma irreversibile, scomparsa del servizio pubblico. I dati raccolti però suggeriscono almeno altri due elementi per la riflessione:

- 1) l'apertura al Privato Sociale, nella quasi totalità delle situazioni, non dipende da scelte di politica sociale, ma, più concretamente, dalla carenza di risorse e dalla possibilità di rispondere in modo più semplice e diretto (ma non necessariamente più adeguato) ai bisogni. Le condizioni, in particolare, in cui i servizi sono erogati, sembrano essere in contraddizione con la necessità del mantenimento di alcuni livelli di garanzia (la continuità terapeuti-



ca, la qualità professionale e l'adeguatezza della formazione degli operatori);

- 2) il rapporto fra DSM e Privato Sociale non sembra limitarsi alla sola erogazione di servizi semiresidenziali o residenziali ma attraversa, in modo non sistematico ma diffuso, tutta la possibile gamma di attività che un dipartimento dovrebbe garantire nell'ambito dell'intervento territoriale. Pur essendo presente in diversi settori, il mix pubblico-privato non sembra esplicitare, stando agli elementi raccolti, una sua chiara filosofia e dei concreti vantaggi esplicitati alla base di progetti e valutazioni. L'ambito che sembra raccogliere più esperienze è quello genericamente definito come riabilitativo.

Questi elementi stimolano ulteriormente la riflessione sulla specificità del percorso storico e culturale che la psichiatria territoriale in questi anni sta compiendo e che comporta, fra le altre cose: il riconoscimento della complessità dei bisogni inerenti la salute mentale; la necessità di un'integrazione flessibile fra la conoscenza scientifica e le domande relative alla salute; il superamento dello stigma e del pregiudizio nei confronti della malattia mentale e del lavoro e dei bisogni, in generale, legati al disagio mentale. Affrontare queste tematiche comporta sia scelte precise dal punto di vista della politica istituzionale in ambito psichiatrico, sia l'analisi di alcuni nodi teorici che non sembrano essere completamente sciolti:

- 1) La centralità del ruolo scientifico e sociale della psichiatria che comprende, per esempio, la stessa questione della definizione di salute mentale. La grande sensibilità alle condizioni storico-sociali e culturali determina una vulnerabilità della psichiatria verso un uso, che se anche non è repressivo, potrebbe essere votato alla generica risposta contenitiva nei confronti dei bisogni di persone in difficoltà o emarginate. Se, in passato, questa influenzabilità della psichiatria l'ha condizionata a una positiva evoluzione dei servizi in senso territoriale, come non temere che una volta creata un'offerta di servizi sostitutivi di alcuni diritti di base (casa, lavoro ecc.), questa non abbia la necessità di autoalimentarsi proponendo soluzioni semplici e risolutive ma semplificatorie rispetto alla complessità del processo di inclusione sociale?
- 2) La delicatezza del passaggio dalla cultura della garanzia sociale alla concreta applicazione della garanzia. Di fronte a un costo dei servizi dobbiamo,

purtroppo, confrontarci con leggi di alta levatura ma con livelli politico-culturali bassi degli apparati amministrativi (Dalla Mura, 2004) intendendo con questo la non prevedibilità e, talvolta, la non coerenza delle scelte politico-amministrative relative all'organizzazione dei servizi, come sembrano suggerire i dati della nostra indagine. Sull'altro versante è invece necessario ribadire come non sempre la progettualità partecipata (vedi l'esperienza dei piani di zona) sia veramente all'altezza di un uso adeguato e intelligente delle risorse.

- 3) Il ruolo della riabilitazione psicosociale che rappresenta, infatti, una delle incognite, portando in sé, come problematiche aperte, analisi e risposte semplificatorie oppure articolate a seconda della rigosità dell'analisi e della progettualità. Questo aspetto, che sarebbe riduttivo limitare alla questione della residenzialità e/o della semiresidenzialità, è il più sollecitato alla lettura del cambiamento dei bisogni, in particolar modo per quegli interventi che si ritengono necessari alla riduzione dello stigma. In modo sempre più evidente non possono essere tralasciate in questo ambito tutte quelle tematiche che sono legate alla questione dell'accreditamento, dato che l'offerta riabilitativa è uno degli aspetti in maggior evoluzione nel campo della psichiatria.

Sarebbe sbagliato pensare che la tematica del rapporto fra ente pubblico e Privato Sociale abbia un'importanza marginale. Ci sembra necessaria un'analisi del fenomeno che tenga conto delle luci e delle ombre che comporta la gestione, da parte del Privato Sociale, di servizi per la salute mentale. La stessa evoluzione organizzativa dei DSM potrebbe uscirne radicalmente modificata. Se questo deve accadere è indispensabile che gli operatori, gli psichiatri in particolare, ci abbiano pensato e abbiano preso consapevolezza delle conseguenze.

■ BIBLIOGRAFIA

Barbato A. (1998). Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32, 673-679.

Barbetta G.P. (1996). *Senza scopo di lucro. Dimensioni economiche, legislazione e politiche del settore non profit in Italia*. Il Mulino: Bologna.



Da Empoli D. & Muraro G. (1997). *Verso un nuovo stato sociale, tendenze e criteri*. Franco Angeli: Milano.

Dalla Mura F. (2004). *Un sistema di qualità*. Intervento al convegno CGIL per il diritto alla salute (non pubblicato).

De Leonardis O. (1998). *In un diverso welfare*. Feltrinelli: Milano.

Folgheraiter F. (2000). *L'utente che non c'è*. Centro Studi Erickson: Trento.

Geddes M. (2000). Tacking social exclusion in the European Union? The limits to the new orthodoxy of local partnership. *International Journal of Urban and Regional Research* 24, 4, 728-800.

Geddes M., Benington J. (eds.) (2001). *Local partnership and social exclusion in the European union. New forms of local social governance?* London: Routledge.

Leff J. (2001). Why is care in the community perceived as a failures? *British Journal of Psychiatry* 179, 281-283.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".

Legge 11 agosto 1991, n. 266 "Disciplina sul volontariato".

Legge 8 novembre 1991, n. 381 "Disciplina delle cooperative sociali".

Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Progetto Obiettivo Regione del Veneto "Tutela della Salute Mentale", anni 1996-1998.

Ranci Ortigosa E. (2000). Assistenza, prevenzione, promozione. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, Numero speciale, 20-22.

Thornicroft G. & Tansella M. (2000). *Manuale per i Servizi di Salute Mentale*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Idana Morandin
Dipartimento di Salute Mentale
ULSS N. 7,
Via Brigata Bisagno, 4
31015 Conegliano (TV)
Fax: 0438-60639
E-mail: idanamorandin@libero.it



Giulia Grava, Paolo Scudellari

Istituto di Psichiatria Paolo Ottonello, Università di Bologna

PERVERSIONE E IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA UN APPROFONDIMENTO PSICOPATOLOGICO E CLINICO

Perversion and projective identification

RIASSUNTO

Scopo. In letteratura medica, la perversione come struttura di personalità e l'identificazione proiettiva come fenomeno interpersonale nella relazione paziente-terapeuta sono frequentemente intrecciate e pertanto confusive. Lo scopo del lavoro è di porre limiti fra i due fenomeni.

Metodi. Presentazione di una vicenda clinica ed esame della relativa letteratura medica.

Risultati. Le reazioni emotive nel terapeuta esprimono il ricorso da parte del paziente all'identificazione proiettiva come difesa, in situazioni di crisi che mettono in scacco la "normale" struttura della personalità perversa. L'esame della letteratura conferma in alcuni casi clinici l'esistenza di un tipo di connessione analoga fra i due fenomeni.

Conclusioni. Il ricorso all'identificazione proiettiva esprime lo scacco della struttura di personalità perversa.

Parole chiave: struttura di personalità perversa, perversione, identificazione proiettiva

SUMMARY

Objective. Perversion as a personality structure and projective identification as an interpersonal phenomenon in the relationship between patient-therapist are frequently intermingled as thus confusive from a medical and psychological point of view. The aim of this paper is to distinguish between them.

Methods. A clinical experience is showed in depth. The literature is reviewed.

Results. Controtransfert shows the patient's use of projective

identification as a defense mechanism in crisis situations, which don't allow the "usual" perverse personality structure to operate. In literature some clinical cases may be seen as the confirm of the existence of the same type of relationship between the two phenomenon.

Conclusions. The use of projective identification expresses that the "usual" perverse personality structure cannot operate in crisis' situations.

Key words: perverse personality structure, perversion, projective identification

Introduzione

Questo lavoro nasce dalla riflessione sull'esperienza controtransferale in due casi clinici, uno già presentato in un precedente lavoro (Grava & Scudellari, 2005) e l'altro che viene qui esposto per esteso. Entrambi i casi presentavano una struttura perversa di personalità e il vissuto controtransferale fu di preoccupazione e confusione. L'ipotesi cui siamo giunti è che questo stato di confusione fosse dato dall'invasione del terapeuta da parte del paziente, vale a dire dalla massiccia attivazione del dispositivo difensivo rappresentato dall'identificazione proiettiva. Nella psicopatologia della perversione, come struttura di personalità, ci è sembrato pertinente il contributo della Chasseguet-Smirgel (1985), la quale ritiene che il nevrotico sia riuscito a inventare un "trucco" per eludere la realtà, la conoscenza dolorosa dei propri



limiti. A parer nostro, è proprio quando questo “trucco” viene a mancare, e pertanto l’Io non è in grado di funzionare in modo accettabile, che nasce il vissuto di confusione, inconciliabile (non insopportabile, visto che di funzionamento stiamo parlando) con il buon funzionamento dell’Io del paziente e che pertanto esso viene espulso nell’analista-oggetto. Il fatto che il funzionamento dell’Io fosse menomato in questi due pazienti è confermato dal fatto che entrambi furono ricoverati per un tentativo di suicidio. In altre parole, quando la struttura perversa di personalità non “funziona” più, il soggetto non può che immettere nell’altro (identificazione proiettiva) i propri vissuti di confusione, smarrimento, rabbia.

In questo lavoro prenderemo pertanto in considerazione prima il concetto di perversione, o forse sarebbe più corretto chiamarli i concetti di perversione, poi quelli di identificazione proiettiva e poi la loro eventuale connessione.

Sulla perversione

La psicopatologia fenomenologica e la psicoanalisi hanno affrontato a più riprese l’area delle perversioni. Di tale concezione riprendiamo in modo particolare tre spunti:

- 1) Un primo spunto è la connotazione della perversione quale modo di trattare l’oggetto come inanimato, come una sorta di possesso. Vi è pertanto una “manipolazione dell’oggetto che occupa una posizione intermedia: è registrato e accettato come separato ed è tuttavia trattato come creazione soggettiva, come invenzione. Il perno di queste riflessioni sul problema delle perversioni è rappresentato, quindi, dal concetto di controllo sull’altro, una sorta di passione del potere” (Muscatello & Scudellari, 2002) finalizzata all’asservimento e al dominio totale dell’altro fino a renderlo una sorta di oggetto inanimato. Secondo Khan (1979) ciò che caratterizza la relazione perversa è la “tecnica dell’intimità” in cui il paziente invischia il terapeuta inconsapevole in una modalità di rapporto che consiste nel giocare con lui, modalità che risulterebbe evitata, ovviamente, se fosse consapevole.
- 2) Un secondo spunto è offerto da Chasseguet-Smirgel (1985): mentre il nevrotico è inibito dai suoi conflitti e conosce la sofferenza di colui che resta in contatto con la realtà, il perverso sembra essere riuscito a inventare un “trucco” per sfuggire a essa e cioè alla coscienza dolorosa dei propri limiti.

- 3) Il terzo è la definizione di “assetti perversi” che Masciangelo (1989) usa cercando di individuare una sorta di invariante strutturale che identifichi l’eterogeneità dei termini descrittivi (delinquenti per senso di colpa, nevrotici di scacco, masochisti morali, imitatori ecc.) attraverso i quali si è connotata l’area perversa. Ci pare che questa “invariante strutturale” Masciangelo l’abbia trovata nel non intendere la perversione come un comportamento sessuale deviante, ma come una vera e propria struttura di personalità.

Sull’identificazione proiettiva

Secondo Klein (1946) le parti cattive e quelle buone del Sé del bambino possono venire scisse e, le une o le altre, proiettate nell’adulto che si prende cura di lui perché il bambino non accetta queste parti: le prime perché troppo dannose per il suo Sé, le seconde per metterle al riparo dalle prime. Alla scissione fa seguito l’identificazione proiettiva. La peculiarità di questo fenomeno è che riguarda sempre due persone: esso non allontana dall’oggetto, come fa la proiezione ma, al contrario, lo lega, lo avvicina e anche lo confonde. L’eccessiva proiezione delle parti cattive del Sé finisce per creare dei persecutori esterni, allo stesso tempo quella delle parti buone di far sentire l’Io vuoto ed essenzialmente impoverito, mentre percepisce l’altro illusoriamente dotato di straordinarie qualità. Questo fenomeno è l’idealizzazione.

L’identificazione proiettiva, come modalità operativa interpersonale, è andata oltre i primi modelli kleiniani (Klein introdusse il termine “identificazione proiettiva” già nel 1946). Secondo Rosenfeld (1980) bisogna distinguere l’identificazione proiettiva usata come metodo di comunicazione con gli altri, da quella per sbarazzarsi di parti di Sé non volute. Il paziente (Bion, 1962) proietta nell’analista parti del Sé troppo angosciose per essere sopportate perché questi capisca i suoi vissuti e sia in grado di contenerli. Si avrebbe cioè la metabolizzazione dei vissuti del paziente da parte dell’analista che glieli rimanderebbe in modo più accettabile. Le interpretazioni dell’analista rendono man mano possibile la reintroiezione delle parti di Sé espulse e quindi la formazione di un Io sempre più articolato. Ogden (1979) descrive tale fenomeno come un’operazione trifasica:

- 1) la fantasia di liberarsi di qualche cosa di Sé;
- 2) l’interazione tra due persone;



3) un processo di metabolizzazione psicologica (funzione α e β di Bion, 1962) della proiezione nell'analista, di modo che il soggetto possa alla fine riappropriarsene, dopo che questi l'abbia metabolizzata.

Le interpretazioni dell'analista rendono in parte cosciente il processo che in genere si svolge in modo inconscio.

L'identificazione proiettiva ha un carattere relazionale; è quindi importante anche perché offre un modello di base per i fenomeni relazionali nell'analisi. Se nella proiezione, infatti, non ci liberiamo delle emozioni, dei sentimenti e dei pensieri non voluti, nell'identificazione proiettiva liberiamo le nostre menti. Di Chiara e Flegenheimer (1985) sottolineano che l'identificazione proiettiva è un attributo basilico del funzionamento umano e che per svolgersi necessita di poter disporre di uno spazio nell'altro. Per non appesantire questi riferimenti alla letteratura tralasciamo gli importanti contributi di ricercatori non kleiniani, quali Jacobson (1954) e Mahler (1952).

Nesso fra perversione e identificazione proiettiva

Torniamo a sottolineare che perversione e identificazione proiettiva hanno in comune due elementi:

- sono meccanismi di difesa che compaiono primitivamente nello sviluppo psicosessuale del bambino;
- hanno entrambi un carattere relazionale: nella prima l'oggetto viene usato come se fosse inanimato, nell'altra viene "riempito" di vissuti inaccettabili che possono anche derivare dal mal-funzionamento della struttura di personalità perversa.

La nostra supposizione è che, considerando la perversione come una struttura di personalità, essa agisca sempre e comunque, mentre l'identificazione proiettiva è attivata quando i meccanismi messi in atto dalla perversione (che, dice Di Chiara, danno al terapeuta l'impressione che la cura stia ben procedendo, mentre è in stallo) non sono più adeguati e pertanto non "funziona" più neanche l'Io del soggetto, che quindi deve "liberarsi" tramite l'identificazione proiettiva nel terapeuta, suscitando in lui vissuti di noia, di allarme o di confusione.

All'inizio della nostra riflessione questi rapporti ci sembrarono francamente difficili da capire, quando

non confusivi, o addirittura di identico significato. Il concetto di perversione di Muscatello & Scudellari (2002), cioè che l'oggetto della manipolazione perversa diventa passivo e inanimato, richiama il lavoro della Klein (1946). Nei suoi studi, ella tende a dare all'identificazione proiettiva, termine allora appena coniato, la funzione di prendere possesso dell'oggetto. Solo più tardi, la stessa Autrice (1952), Rosenfeld (1980), Bion (1962) e Ogden (1969), svilupparono appieno il concetto di identificazione proiettiva, articolandolo e differenziandolo da quelli di scissione e proiezione. A nostro avviso l'identificazione proiettiva non è connotata dalla manipolazione onnipotente dell'oggetto, che è caratteristico invece della perversione, mentre a tutt'oggi sembra esservi fra i due concetti una certa confusione (Ferenczi, 1932). L'impressione è che si entri in una sorta di torre di Babele, dove non è chiara la delimitazione e quindi l'uso di un termine rispetto all'altro. Sulla base di queste considerazioni presentiamo per esteso un caso clinico, e riprendiamo all'inizio della discussione un secondo caso clinico, come già detto, descritto in un lavoro già pubblicato.

L'uomo nudo: il caso di Filippo

Vedo Filippo, un uomo di circa 35 anni, ricoverato volontariamente in un reparto di emergenza psichiatrica per ideazione suicidaria. Quello che colpisce tutti noi è la modalità decisamente *hard* del gesto; tentativo per autostrangolamento. Inizio il colloquio, seguendo uno schema codificato e da me già collaudato, orientato alla messa a fuoco delle strutture di personalità sottese a un gesto suicida. Chiedo in modo diretto di raccontarmi la dinamica del gesto e ottengo la risposta: "È stata un'idea, non l'ho messo in pratica". Il soggetto comincia spontaneamente a raccontarmi la sua vita in modo talmente minuzioso che, dopo una ventina di minuti, mi scopro impaziente di porre termine al suo fin troppo divagante racconto. Cerco di ricondurre il discorso direttamente sul gesto che l'ha portato al ricovero. Trovo difficoltà a farlo per le resistenze del paziente a focalizzarsi sull'episodio del tentato suicidio e, d'altronde, mi dico che ascoltarlo mi permette di acquisire comunque importanti affermazioni sulla sua storia esistenziale.

Filippo non è originario della città dove ci troviamo, in cui vive più o meno stabilmente per tentare di terminare gli studi universitari che non è mai riuscito a concludere come, del resto, gli capita per altre iniziative intraprese. Ha provato a fare lavori saltuari,



sempre abbandonati, ha fatto la spola con la città dove vive e lavora il padre per anni, prima tentando con un'altra facoltà, poi abbandonandola e facendo commissioni per il padre riguardo la gestione della casa. Una delle cose che più mi colpisce è questo suo bisogno di raccontarsi così minuziosamente fino nei più irrilevanti dettagli e, nel contempo, di evitare totalmente di parlare del gesto che lo ha portato al ricovero. Un altro elemento che mi sorprende è una sorta di inevitabile destino di incompiutezze e di fallimenti che grava su ogni iniziativa tentata. È il soggetto stesso che finisce per introdurre il tema della umiliazione narcisistica: "Non sono capace di fare niente, sono un fallito e per questo volevo morire". A domanda diretta se fosse un'idea che aveva avuto anche in passato risponde affermativamente: "Sì, anzi, più volte!". Durante il racconto della propria vita, spinto dalle mie domande focalizzate, inizia silenziosamente a piangere, ma afferma di volere continuare a tutti i costi il colloquio. Il clima diventa scarsamente tollerabile e di difficile gestione, soprattutto sentendo la ritrosia del medico di reparto che mi affiancava nel colloquio a procedere ulteriormente. Mi dirà poi che, vista la sofferenza del paziente, si sarebbe limitato all'ascolto di alcuni aspetti della storia esistenziale e che non sarebbe andato oltre, a indagare cioè l'episodio suicidario come ho fatto io. Per me era importante, fin da quel primo colloquio, indagare e dare voce a quella quota di colpa e di rabbia, normalmente presente in ogni gesto suicidario e che io non avvertivo in lui, neanche in minima misura. Così gli ho posto, appena ho trovato uno spazio che mi sembrava percorribile, la domanda se si sentisse anche arrabbiato e in colpa per i suoi fallimenti, se provasse più rabbia verso di sé, più verso il padre (separatosi dalla madre), o verso la madre (figura evanescente e in tutti i sensi distante). Durante quello stesso colloquio gli feci anche notare che le modalità che aveva scelto erano cruente e dolorose, cosa che mi portava a pensare che si "volesse molto male".

Dopo questa mia affermazione, seguita da un cenno affermativo e angosciato del paziente, colgo che il soggetto non è più in grado di tollerare il colloquio, per cui decido di concluderlo. Il clima è di intenso turbamento; sia io che il medico presente siamo molto provati emotivamente. Per quanto mi riguarda, mi interrogo sui suggerimenti ricevuti dal collega inerenti al fatto che avrei dovuto terminare il colloquio con molto anticipo, quando cioè Filippo aveva finito di

raccontare gli avvenimenti salienti della sua storia biografica. Da parte mia avevo seguito uno schema ben collaudato con altri pazienti e supportato da una base teorica (Grava & Scudellari, 2005), teso a ricostruire l'evento suicidario in rapporto alla struttura di personalità. Mi sono però chiesta se in questa occasione, visto il clima di particolare sofferenza, non avessi preso male la mira e avessi in effetti esagerato. Il mio, difatti, non era solo un vissuto di colpa per l'eccessiva intrusività, ma un vero e proprio dolore.

Seguii una prima supervisione con uno dei medici del reparto, che ribadì che fosse un errore e una sorta di scotoma quello di non parlare con il paziente del gesto suicida da lui compiuto. Disse: "Meglio affrontare con tatto il dolore che far finta di nulla". Non sapevo che pensare, peggio ancora non sapevo quello che stavo provando. Prima di lasciare il reparto in anticipo perché provata, ebbi chiara però l'immagine del paziente che "apriva le braccia, pronto per essere trafitto dalle mie parole come San Sebastiano dalle frecce" (Mishima, 1969). Capii allora che quello che mi stava ribollendo dentro era stata la completa passività del ragazzo, quasi che avesse provato una sorta di piacere nell'essere torturato e nel torturarsi raccontandosi in quel modo. Mi colpì, inoltre, la completa mancanza di reazione rispetto all'intrusività del mio atteggiamento.

Chiesi una seconda supervisione e mi fu fatto notare che, se un soggetto non se la sente di continuare il colloquio, lo dice o lo fa capire con comportamenti non verbali. Io stessa avevo avuto la medesima esperienza nei miei due anni di esperienza di somministrazione della batteria di test: era sempre il soggetto che interrompeva se non riusciva più a sopportare la "situazione". Fui sollevata da queste parole e così gli dissi che quello che mi aveva colpito era la sua completa mancanza di reattività e di difese ("sono un uomo nudo", mi dirà significativamente al colloquio successivo). Durante il nuovo incontro raccontai al paziente di come mi fossi sentita un'aguzzina, ma anche di come non avessi avuto l'impressione di trovarmi di fronte a una persona depressa e debole, tutt'altro. Egli mi era sembrato dolorosamente vivo e masochisticamente complice rispetto ai miei attacchi. A quel punto il collega supervisore mi chiese se avessi avuto l'impressione che provasse una sorta di piacere nell'essere così scopertamente e a fondo indagato. Di fronte alla mia risposta negativa, il supervisore ipotizzò la presenza di una struttura di personalità perversa.



Alla mia domanda di come approfondire questa ipotesi psicopatologica, mi consigliò di indagare sulla presenza di una significativa storia psichiatrica; se non fosse risultata presente, diventava molto probabile il trovarsi di fronte a una struttura di personalità perversa improntata a una passività di tipo masochistico. In altre parole, la mancanza di difese era la sua difesa. Nel colloquio successivo, gli posi tale domanda. La sua risposta fu risolutamente negativa. Ancora una volta scelsi di dirgli apertamente le mie impressioni (seppure opportunamente modulate) derivatemi dal precedente colloquio, in cui avevo avuto l'impressione che si fosse abbandonato al mio incedere inquisitorio senza frapporre nessuna difesa. Era perplesso e mi disse che probabilmente avevo ragione; mi interrogai sul perché faceva così. Vaghiammo alcune ipotesi: questo suo atteggiamento poteva essere una forma di difesa che aveva dovuto apprendere crescendo in un clima familiare così fortemente svalutativo; una seconda ipotesi, che in cuor mio abbracciai di più, fu quando mi disse che forse lo considerava "come un atto di eroismo". Come se dicesse: "Vedete quanto posso sopportare!". A quel punto spontaneamente mi raccontò come all'età di 4 anni avesse inventato un gioco in cui recitava il ruolo dell'autoflagellato, questo gioco durò fino ai 7 anni. Mi raccontò anche dei sogni in cui lui era la parte passiva che subiva delle violenze, "attaccato a un palo mentre stavano per bruciarlo" oppure di annientamento, in cui "si svegliava e aveva la sensazione di essere pugnalato". Quello che mi "trafisse" (per ritornare all'idea di San Sebastiano) fu che tra i vari sogni ve ne era uno in cui vedeva due file di uomini nudi con le braccia aperte. Era l'esatta immagine che mi aveva comunicato con una modalità pre-verbale e con cui mi aveva lasciato alla fine del precedente colloquio. Questa volta, gli chiesi se il colloquio era stato troppo pesante ed ebbi come risposta un "sinceramente sì". Mi sentii di comunicargli che ero contenta che fosse stato in grado di provare questo sentimento e poi anche di dirmelo, in quanto era una reazione, un abbozzo di difesa invece che il "solito arrendersi agli altri".

Mi ero trovata di fronte dunque a una personalità perversa, possibile da intravedere solo dopo aver vagliato tutto il colloquio e avendo escluso altre ipotesi diagnostiche, ma coglibile soprattutto nei sentimenti che lui era riuscito a farmi provare. Di fronte alle sue sfortunate vicende di vita, anch'io mi ero sentita inerme, senza difese e come trafitta da mille pugnalate.

Il meccanismo dell'identificazione proiettiva era, una volta riconosciuto, il meccanismo fondamentale per cercare di capire attraverso queste mie "strane" sensazioni quello che il paziente stava provando.

Qualche ipotesi conclusiva

Il caso presentato mette in evidenza l'inerme offrirsi del paziente al fallimento e alla mortificazione, mentre il terapeuta prova impazienza, dolore, dubbio e confusione. Questa vicenda relazionale ci ha richiamato alla mente la storia di un paziente ricoverato per un tentativo di suicidio, nel quale, sebbene fosse inequivocabile la presenza di un disturbo depressivo maggiore ricorrente e di un disturbo ossessivo, era pure presente una "nota stonata". Questa nota, apparsa fin dall'inizio della somministrazione dell'*Object Relation Technique* (ORT), un test proiettivo (Philippson, 1955), diventò chiara nel riconsiderare complessivamente tutti i dati raccolti; un tentativo di difendersi dalle tragedie subite prima, e poi in conseguenza dei numerosi contatti con i medici, una sorta di negazione, che dal punto di vista umano assumeva le tonalità di una storia ormai sbiadita dal punto di vista emotivo. Senza dubbio il paziente era clinicamente depresso, ma nel frattempo appariva emotivamente distante e lacunoso nella ricostruzione delle proprie vicende. Alla successiva somministrazione dell'ORT, egli non riuscì a portare a termine il test (neppure quando fu fatta una sorta di prova dei limiti, scegliendo cioè le tavole più strutturate), confermando così una pervasiva e sistematica negazione del proprio mondo affettivo, mentre era la terapeuta a diventare sempre più emotivamente coinvolta, restando preoccupata, agitata, a momenti confusa anche nei giorni successivi.

Entrambi i pazienti furono ricoverati per un gesto suicidario, solo immaginato dal primo. In entrambi la violenza dell'immissione proiettiva avveniva quando il "normale" proporsi come persone fallite e sfortunate raggiungeva la soglia di un *breakdown*. Un terzo esempio clinico ci viene offerto da un articolo di Kluzer Usuelli (1989). Il soggetto in questione è un omosessuale con un'incertezza sulla propria identità che, in maniera del tutto consapevole, aveva il desiderio che l'analista si addormentasse, e che in effetti riusciva nel suo intento. L'autrice descrive questo intento come perverso, per come permetteva di manipolare l'analista e la relazione analitica, proprio come oggetti inanimati, così come era accaduto in alcuni episodi di vita e come accadeva regolarmente nei



sogni. Tuttavia, il punto è che l'autrice effettivamente si trovava a combattere un'invincibile sonnolenza, vissuta da lei come estranea. Questo, secondo noi, indica che era all'opera l'identificazione proiettiva connotata dal desiderio di evitare la vita.

Come si può evincere sia dalla letteratura che dai casi riportati, vi è il rischio della "confusione delle lingue" fra quello che si intende per perversione e, viceversa, ciò in cui consiste l'identificazione proiettiva. A parer nostro si è stabilizzata una sorta di "regno di mezzo", in cui, a seconda delle preferenze teorico-soggettive e di scuola, i singoli autori parlano di perversione, quando altri parlano invece di identificazione proiettiva.

Un aspetto più difficile da affrontare è invece quello di pensare (come fanno intendere il concetto di "contratto perverso" della Kluzer e quello di "momenti perversi del transfert", titolo di un *panel* introdotto da Di Chiara nel 1981) a un'identità fra perversione e identificazione proiettiva, sottraendo a ciascuno di questi modi di funzionamento la sua specifica dignità di ruolo e non cogliendo il nesso fra i due; ovvero il fatto che il soggetto ricorre all'identificazione proiettiva quando il suo abituale modo perverso di relazionarsi con l'oggetto cade in scacco.

■ BIBLIOGRAFIA

Bion W. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando: Roma (trad. it. 1972).

Chasseguet-Smirgel J. (1985). *Creatività e perversione*. Raffaello Cortina Editore: Milano (trad. it. 1987).

Di Chiara G. (1981). Momenti perversi del transfert. *Rivista di Psicoanalisi* XXVII, 195-197.

Di Chiara G. & Flegenheimer F. (1985). Identificazione proiettiva. *Rivista di Psicoanalisi* XXXI, 233-243.

Ferenczi S. (1932). Confusione di lingue fra adulti e bambini. In: *Thalassa* (ed. S. Ferenczi). Astrolabio: Roma.

Grava G. & Scudellari P. (2005, in stampa). Suicidio e struttura di personalità. *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*.

Jacobson E. (1954). Contribution to the metapsychology of psychotic identifications. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 15, 120-121.

Khan M. (1979). *Le figure della perversione*. Boringhieri: Torino (trad. it. 1982).

Klein M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. In: *Scritti 1921-1958* (ed. M. Klein). Boringhieri: Torino (trad. it. 1978).

Klein M. (1952). Le origini della traslazione. In: *Scritti 1921-1958* (ed. M. Klein). Boringhieri: Torino (trad. it. 1978).

Kluzer Uselli A. (1989). Il contratto perverso. In: *Trattato di Psicoanalisi, volume 2*. (ed. A.A. Semi). Raffaello Cortina Editore: Milano.

Mahler M. (1952). On child psychosis and schizophrenia. Autistic and symbiotic infantile psychosis. *Psychoanalytic Study Child* 7, 121-122.

Masciangelo P.M. (1989). Assetti, funzionamenti e relazioni perverse. Metapsicologia di un'esperienza clinica. In: *Trattato di Psicoanalisi, volume 2*. (ed. A.A. Semi). Raffaello Cortina Editore: Milano.

Mishima Y. (1969). *Confessioni di una maschera*. Feltrinelli: Milano.

Muscatello C.F. & Scudellari P. (2002). Per una antropologia delle perversioni. In: *Atti del Congresso Psichiatria e Mass Media*. CIC Edizioni: Roma.

Ogden T.H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis* 60, 357-373.

Philippon H. (1955). *Il test delle relazioni oggettuali*. Organizzazioni Speciali: Firenze (trad. it. 1974).

Rosenfeld H. (1980). Sull'identificazione proiettiva. *Rivista di Psicoanalisi* XXVI, 119-138.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Giulia Grava
Via Cartoleria 26
BOLOGNA
Tel.: 051-229270
E-mail: toddler69@tiscalinet.it



Giancarlo Giupponi,¹ Roger Pycha,² Ingo Stermann,³ Franz Moser⁴

¹Servizio Psichiatrico di Bolzano; ²Servizio Psichiatrico di Brunico; ³Servizio Psichiatrico di Bressanone;

⁴Servizio Psichiatrico di Merano

ALLEANZA EUROPEA CONTRO LA DEPRESSIONE (EAAD) EUROPEAN ALLIANCE AGAINST DEPRESSION (EAAD)



Introduzione

La depressione viene definita come la più umana di tutte le malattie in quanto tutti hanno sofferto durante la propria vita d'episodi più o meno profondi di tristezza; tutti quindi possono immedesimarsi in questo stato. Il 15-20% delle persone, però, sviluppa, nel corso della propria esistenza, un vero e proprio episodio depressivo tale da richiedere un intervento terapeutico (Angst, 1995; Kessler et al., 2003). La depressione costituisce, dopo le sindromi ansiose, il disturbo psichico più diffuso al mondo. L'incidenza di questa malattia è doppia nelle donne rispetto agli uomini. Nei bambini sono stati descritti casi di depressione a partire dai 3 anni d'età; esistono studi di prevalenza a partire dai 7 anni d'età (Mathet et al., 2003). Questa patologia è spesso preceduta da una situazione di stress particolare o da un periodo di prolungato sovraccarico, ma può presentarsi anche senza una chiara causa scatenante. Sovente i depressi non vengono presi sul serio ("devono reagire...") e l'opinione pubblica è complessivamente poco informata su questa malattia.

Secondo l'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) le persone attualmente sofferenti nel mondo di depressione sarebbero circa 150 milioni; una donna ogni quattro e un uomo ogni otto si ammalerebbero nel corso della propria vita (Angst, 1997). Da indagini

condotte sulla qualità della vita è emerso come la depressione sia la malattia che crea maggiore disabilità e giorni persi di lavoro rispetto a qualsiasi altro disturbo fisico o psichico (Murray & Lopez, 1997) (Fig. 1).

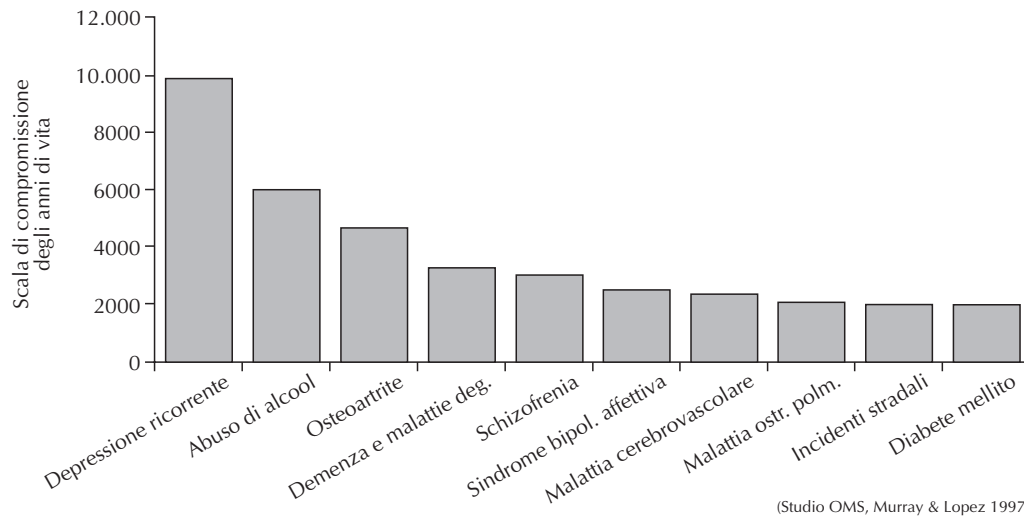
Nell'elenco delle malattie più invalidanti a livello mondiale la depressione occupa attualmente la quarta posizione, ma si stima che entro il 2020 raggiungerà il secondo posto, subito dopo le malattie cardiovascolari (Michaud et al., 2001).

Gli studi, riferiti a Paesi con un sistema sanitario evoluto, dimostrano che solo due terzi delle persone affette da depressione si recano da un medico. Solo nella metà di questi casi il medico diagnostica correttamente la malattia e solo un terzo delle depressioni riconosciute viene trattato in modo adeguato. Meno della metà dei pazienti depressi, sottoposti a una terapia corretta, risulta ancora in trattamento dopo tre mesi (Hegerl et al., 2003). Ne emerge un quadro allarmante, secondo cui solo il 4% delle persone depresse segue una terapia conforme alle direttive internazionali (Fig. 2).

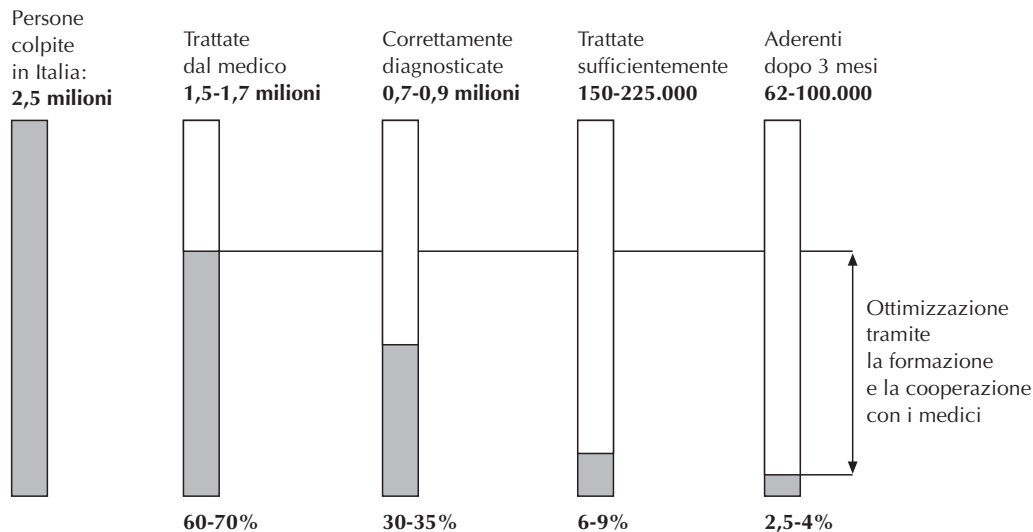
Una percentuale compresa fra il 40 e il 70% delle persone che si tolgono la vita soffre di depressione tanto che sembra che nelle persone depresse il rischio di suicidio sia 20 volte superiore a quello della media della popolazione (Bertolote, 2001; Wasserman, 2001; Blair-West et al., 1999).



■ FIGURA 1. Compromissione della qualità di vita per malattie



■ FIGURA 2. Deficit diagnostico e terapeutico



La situazione in Alto Adige

Questo legame, tra disturbi affettivi e disabilità/suicidalità, ha portato l'assessorato della nostra provincia a interessarsi sempre più a questa patologia, stimolando gruppi di lavoro e di studio e cercando strategie per combattere al meglio questo problema.

In Alto Adige il rischio di suicidio oscilla attualmente tra 11 e 13 ogni centomila abitanti con una percentuale, seppur minore rispetto all'Austria (regio-

ne confinante), sempre doppia rispetto all'Italia, che si mostra simile all'andamento tedesco.

Secondo i dati provvisori, di uno studio ancora in corso nella nostra provincia (Tomasi et al., 2005), l'82,3% delle persone che si sono tolte la vita presentava un qualche sintomo psichico, mentre il 55% una qualche forma di malattia depressiva. I sintomi psichici sarebbero presenti nel 96,4% delle donne e nel 77,8% degli uomini vittime di suicidi. La presenza di



sintomi psichici sarebbe particolarmente elevata in due fasce d'età tra i 30-64 (85,6%) e sopra ai 64 anni (84,7%), mentre nella fascia sotto i 29 anni la percentuale sarebbe più bassa (56,0%). Sempre secondo questo studio più del 50% delle persone morte per suicidio non avrebbe mai avuto un contatto con uno specialista, mentre il 41,3% (39,5% degli uomini e il 47,2% delle donne) si sarebbe recato dal medico di base poco prima del suicidio, senza che il medico riconoscesse lo stato del paziente. Per contrario il 47,3% dei suicidi si trovava in trattamento psichiatrico e psicologico, di questi il 15,9% in entrambi, il 30,5% in trattamento solo psichiatrico e lo 0,9% in solo trattamento psicologico. Dei pazienti in trattamento psichiatrico il 56,8% presentava gravi sintomi psichici.

La nascita dell'Alleanza europea contro la depressione (EAAD)

Negli anni Novanta il governo tedesco iniziò un piano di valutazione delle patologie che negli anni a venire avrebbero particolarmente gravato sulla società e stanziò a riguardo dei fondi per programmi di prevenzione (Hegerl & Ziegler, 2000). Tra le varie malattie fu evidenziata la patologia depressiva e avviato a Monaco di Baviera, sotto la guida del Professor Hegerl, un progetto chiamato inizialmente *Bündnis gegen Depression* (Alleanza contro la depressione). La campagna fu condotta inizialmente nella città di Norimberga e confrontata con una città campione equivalente (Würzburg). Questo studio controllato, analogamente a ricerche precedenti (Rutz et al., 1989), ha dimostrato già dopo il primo anno una chiara efficacia con una diminuzione nel giro di un anno del 20% dei tentati suicidi, dei suicidi e un cambiamento dell'opinione della popolazione rispetto alla patologia (Althaus & Hegerl, 2003).

Il progetto di prevenzione, una volta dimostrata la sua efficacia (Althaus & Hegerl, 2001), fu esteso a tutta la Germania e poi allargato ai Paesi di lingua tedesca (Svizzera tedesca, Austria, Alto Adige). Da circa due anni il progetto (rinominato European Alliance Against Depression, EAAD) gode del patrocinio economico dell'Unione Europea ed è stato sviluppato in tutta Europa. La Regione Alto Adige, spinta dall'elevato tasso di suicidi che aveva sensibilizzato già negli anni Novanta sia i politici che l'opinione pubblica, ha aderito fin dall'inizio al progetto, e ora è una delle regioni campione interessate.

L'EAAD in Alto Adige

La campagna è un programma di azione che si prefigge di individuare, contattare, trattare e assistere le persone affette da depressione.

L'attuazione della campagna è stata affidata all'Assessorato alla Sanità e ai Servizi Sociali in collaborazione con vari gruppi, istituzioni e associazioni.

Essa viene attuata, dal 15 aprile 2004, come progetto comunitario nelle 18 Regioni "modello" (Tab. 1) di 17 Paesi europei e avrà una durata di quattro anni e mezzo.

Il progetto europeo è coordinato dall'Università di Monaco. Dato il numero notevole di nazioni partecipanti, con tradizioni e strategie sanitarie notevolmente differenti, il piano è molto flessibile ed è stato strutturato per adattarsi a ogni esigenza e necessità di ogni Stato partecipante.

Per raggiungere gli obiettivi fissati, la campagna in Alto Adige (analogamente alla campagna degli altri Paesi europei) prevede una serie di iniziative articolate su quattro livelli:

- 1) La EAAD intende intensificare la collaborazione fra medici generici, psichiatri, psicologi e farmacisti al fine di facilitare l'individuazione e il trattamento mirato dei casi di depressione.
- 2) Essa punta al coinvolgimento dei cosiddetti moltiplicatori: un programma informativo sulla depressione e sui rischi di suicidio permetterà a religiosi, insegnanti, infermieri, assistenti geriatrici, forze dell'ordine e altre categorie professionali di capire e fornire maggiore aiuto alle persone colpite da un disagio psichico.
- 3) Un pacchetto di provvedimenti è volto a sostenere

■ **TABELLA 1. Le 18 Regioni che fanno parte dell'European Alliance Against Depression**

European Alliance Against Depression PARTNERS	
Germany, Munich (coord.)	Hungary, Budapest
Austria, Tyrol	Iceland, Seltjarnarnes
Belgium, Brussels	Ireland, Cork
England, Kent	Italy, South Tyrol
Estonia, Tallinn	Portugal, Lisboa
Finland, Helsinki	Scotland, Edinburg
France, Pontoise	Slovenia, Ljubljana
Germany, Würzburg	Spain, Barcelona
Greece, Athens	Switzerland, Bern and Zug



le iniziative di auto mutuo aiuto e a individuare soggetti a cui le persone depresse si possano rivolgere in situazioni di difficoltà (ad es. consultori telefonici).

- 4) Si interverrà, infine, con una capillare attività di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica attraverso servizi negli organi di informazione, convegni, conferenze, mostre, manifestazioni, campagne con manifesti e interventi di pazienti e familiari.

Nella nostra Regione si è riusciti, inoltre, a coinvolgere nel progetto come sostenitori e patrocinatori Reinhold Messner, Antonella Belluti, Silvius Magnano, Gustav Thoeni. Se personalità così significative parlano apertamente di questo problema è probabile che altre persone si decidano a farlo.

Questo ultimo livello prevede che nelle quindici regioni europee partecipanti siano mostrati gli stessi manifesti informativi con gli stessi contenuti tradotti nelle diverse lingue. I manifesti indicheranno, inoltre, come cercare aiuto concretamente. Opuscoli informativi saranno esposti negli studi medici, nelle farmacie e nei consultori. Il fine è di dare nozioni in modo chiaro e semplice sulla malattia, sul trattamento e sulle sue buone prospettive di guarigione. Pazienti e familiari sono spesso poco informati in merito e cadono facilmente in preda allo sconforto.

Quattro gruppi eterogenei di lavoro sono responsabili in Alto Adige per le iniziative sui quattro livelli. Gli organizzatori del progetto, onde evitare speculazioni, non hanno voluto avere sovvenzioni da ditte farmaceutiche. Pur contando sull'appoggio dell'Unione Europea il budget di riferimento della campagna è solo di 100.000 Euro (40% a carico dell'Assessorato della Sanità e Politiche Sociali). Per la scarsità di fondi il progetto, quindi, sarà legato al volontariato e all'impegno delle associazioni di auto mutuo aiuto degli utenti e dei familiari stessi.

La strategia del progetto consiste nello sviluppare un lavoro di rete; pertanto i gruppi di lavoro e le attività saranno costantemente tenuti aperti a nuovi collaboratori e partecipanti. La possibilità di riuscita del progetto è legata strettamente alla capacità e al contributo di tutti. Gruppi, circoli, associazioni e istituzioni sono invitati a prenderne parte. Con la scuola, la Chiesa, i servizi sociali, i Comuni, i sindacati, l'ufficio del lavoro è nata una collaborazione così come con i consultori telefonici.

Conclusioni

Il progetto, sicuramente non il primo, ma certamente uno dei più grandi e strutturati organizzati a livello europeo, affronterà nella nostra Regione questo disagio psichico. Il fine è quello di ottenere, analogamente alle esperienze tedesche, un cambiamento dei pregiudizi sui malati, sui loro familiari e sulle possibilità di trattamento. Il piano riguarda attualmente solo la nostra regione campione, ma è già in discussione un eventuale allargamento a tutta l'Italia.

Le persone affette da depressione (e in generale da malattie psichiche) e i loro familiari tendono a vergognarsi delle proprie sofferenze e cercano disperatamente di nasconderele. Ai malati psichici dovranno invece essere assicurati in futuro gli stessi diritti e le stesse possibilità di trattamento riservati a chi soffre di un malessere fisico. Nessuno si vergogna di un'influenza, né si sente colpevole o fallito se questa si ripresenta con frequenza. Anche il diabete o l'ipertensione sono accettati da tutti come disturbi che richiedono spesso un trattamento permanente. Lo stesso dovrà dunque valere anche per una depressione persistente o prolungata.

■ BIBLIOGRAFIA

- Althaus D. & Hegerl U. (2001). Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen, Aktueller Forschungsstand und resultierende Implikationen. *Nervenarzt* 72, 677- 684.
- Althaus D. & Hegerl U. (2003). Konzept und Ergebnisse einer Aufklärungskampagne: das Nürnberger Bündnis gegen Depression. *MMW Fortschritte der Medizin* 12, 240-44.
- Angst J. (1995). The epidemiology of depressive Disorders. *European Neuropsychopharmacology* 5 (suppl.), 95-98.
- Angst J (1997). Epidemiology of depression. In: *Depression. Neurobiological, psychopathological and therapeutic advances* (eds. A. Honig and H.M. Van Praag). Wiley: Chichester.
- Bertolote J.M. (2001). Suicide in the world: an epidemiological overview 1959-2000. In: *Suicide an unnecessary death* (ed. D. Wasserman). Martin Dunitz Editor: London.
- Blair-West G.W., Cantor C.H., Mellsop G.W. & Eyeson-Annan M.L. (1999). Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants. *Journal of Affective Disorders* 55, 171-178.
- Hegerl U., Althaus D., Niklewski G. & Schmidtke A. (2003). Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention. *Deutsches Ärzteblatt* Jg100, Heft 42, C2137-C2142.
- Hegerl U. & Ziegler W. (2000). Das Kompetenznetz Depression. *Psychologie* 26, 332-342.
- Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R., Rush A.J., Walters E.E. & Wang P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the Natio-



nal Co-morbidity Survey Replication. *Journal of American Medical Association* 289, 3095-3105.

Mathet F., Martin-Guehl C., Maurice-Tison S. & Bouvard M.P. (2003) Prevalence of depressive disorders in children and adolescents attending primary care. *Encephale* 29 (5), 391-400.

Michaud C.M., Murray C.J. & Bloom B.R. (2001). Burden of disease - implications for future research. *Journal of American Medical Association* 7, 285 (5), 535-539.

Murray C.J. & Lopez A.D. (1997). The global burden of disease in 1990: Final results and their sensitivity to alternative epidemiological perspectives, discount rates, age-weights and disability weights. In: *The global burden of disease* (eds. C.J. Murray and A.D. Lopez). Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts.

Rutz W., von Knorring L. & Walinder J. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80, 151-154.

Tomasi R., Giupponi G. & Fonolla A. (2005) Die vorläufigen

Daten der Suizidstudie des Landes Südtirols. *Medikus Science Ausgabe*, 1.

Ufficio epidemiologico Provincia Bolzano (Dr. Fonolla). Gruppo di lavoro altoatesino per la prevenzione del suicidio (GLAPS).

Wasserman D. (2001). *Suicide an unnecessary death*. Martin Dunitz Editor: London.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Giancarlo Giupponi

CSM

Via Rosmini, 42

39100 Bolzano

Tel.: 0471-305811/305814

Fax: 0471-395829

E-mail: giancarlo.giupponi@asbz.it



Andrea Angelozzi, Mariano Bassi, Ludovico Cappellari, Gerardo Favaretto,
Luigi Ferrannini, Angelo Fioritti, Carmine Munizza, Paolo Peloso, Federico Perozziello,
Elvezio Pirfo, Ilie Rossi, Francesco Scapati, Maria Zuccolin

STATO E PROSPETTIVE DELLA PSICHIATRIA ITALIANA

Premessa

Le riflessioni che seguono partono dal tentativo di “intercettare” e cogliere le esigenze culturali e le idee dominanti presenti oggi nella testa e nel cuore degli psichiatri italiani. In questa fase storica, ciò significa essere in grado di cogliere le idee dominanti del periodo, definire il progetto, attraverso una valorizzazione delle “buone pratiche” e la promozione di un efficace dibattito culturale sui modelli e sulle relazioni tra processi di cura, scenari e contesti.

Questa consapevolezza ci ha portato, come gruppo di colleghi che rappresentano una componente della psichiatria territoriale italiana, ad avvertire il peso di una crisi di progetti, valori e relazioni, che investe tanto il tema dell’identità dello psichiatra che quello specifico della natura e del ruolo della nostra realtà professionale e scientifica, e quindi all’esigenza di cercare valori condivisi e “idee forti” attorno ai quali ricominciare a progettare e lavorare.

Ne è emersa la necessità di incontrarsi in modo tale da valorizzare le singole esperienze e affrontare le criticità in modo aperto, senza l’obbligo di ottenere subito delle soluzioni a tutti i costi. I temi, in alcuni casi affrontati e in altri solo richiamati, rappresentano, probabilmente, la quasi totalità dei contenuti di una agenda possibile, e testimoniano della complessità delle questioni che ci vedono impegnati.

Bologna, 10 agosto 2005

Un problema di ordine generale: la tendenza al riduzionismo e alla divaricazione in psichiatria

La psichiatria italiana esce da una fase storica che pare caratterizzata dal raggiungimento di alcuni obiettivi che possono considerarsi oggi in alcuni casi raggiunti, e in rapporto ai quali anche le situazioni più arretrate hanno compiuto, in rapporto con la stagione dei progetti-obiettivo, significativi passi in avanti:

- progressiva diffusione in tutto il Paese del modello di psichiatria di comunità;
- parallela realizzazione in tutto il Paese di servizi psichiatrici territoriali;
- affermazione dei valori etici nella prassi psichiatrica;
- valorizzazione degli aspetti gestionali/organizzativi e di management dell’assistenza psichiatrica attraverso l’aziendalizzazione dei sistemi sanitari;
- aggregazione contro le proposte di cambiamento e di sovvertimento dei principi della Legge 180 e mobilitazione per la difesa dei valori della riforma.

Il conseguimento di questi obiettivi apre una nuova fase e propone nuovi problemi che bisogna in primo luogo identificare in modo preciso, e rende necessarie una riflessione sul ruolo dello psichiatra nella società attuale e una visione più articolata della professione e della disciplina, che da un lato ci permetta di “saper interpretare l’etica del tempo” e dall’altro di essere interlocutori rispetto ai problemi, senza alimentare illusioni riduzionistiche; per problemi



complessi non è possibile individuare soluzioni semplici.

Esiste in particolare oggi, a nostro parere, un rischio concreto di massificazione degli psichiatri, una crisi di motivazione e di vocazione e una parcellizzazione del campo disciplinare, che ci paiono in buona misura riconducibili a fattori:

a) *Sociali*. Il contesto attuale tende a dividere (grossolanamente) i disturbi psichiatrici tra quelli che si correlano a problemi comportamentali con ricadute sociali (problemi di cui alcuni si sono occupati ma che sono, nel migliore dei casi, ignorati o nel peggiore scotomizzati dalla maggior parte di noi, quali quelli delle persone senza fissa dimora, della popolazione carceraria, della popolazione dei quartieri socialmente deprivati) e quelli che non implicano queste difficoltà, correlati ai bisogni di cittadini portatori di disturbi psichiatrici (più o meno gravi), ma capaci di una contrattualità, che possono porre problemi di libera scelta rispetto ai curanti e alle cure, con tutte le conseguenze possibili a livello di flussi economici e di risorse a disposizione dei servizi. Ciò determina una delegittimazione della visione della psichiatria territoriale come risposta complessiva ai problemi di salute mentale di un dato territorio (diventa difficile una psichiatria di comunità dove non c'è una comunità) e come agenzia di trasformazione e cambiamento delle modalità relazionali umane, con la garanzia di uno spazio di cittadinanza anche per la fascia debole dei pazienti psichiatrici gravi. Una psichiatria che è sempre meno un'applicazione operativa di indirizzi scientifici, culturali, umanitari e di promozione sociale, specie laddove parliamo dell'interfaccia che noi chiamiamo *diritto alla cittadinanza*, rischia di interessare a pochi perché i soggetti coinvolti sono politicamente deboli ed economicamente marginali. Il servizio psichiatrico pubblico, poi, oggi si vede attribuire soprattutto in questo contesto non tanto un mandato di controllo sociale nel senso vetero-manicomiale, ma l'obbligo della garanzia della comunità verso il paziente in senso lato. Tale garanzia si declina nel dover prevedere/prevenire suicidi, atti aggressivi inspiegabili, omicidi efferati, comportamenti perversi; e in una necessità di intervento nei luoghi in cui questi problemi oggi tendono a concentrarsi, l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG), il carcere, i centri di accoglienza per persone senza dimora. Ed è quindi possibile che già oggi questi luoghi, fisici ma anche mentali, debbano essere collocati tra i punti focali sia della professione sia dell'organizzazione delle risposte di cura.

b) *Interni ai rapporti tra professionisti*. Esiste, storicamente,

una linea di divaricazione in seno alla psichiatria, da contrastare, ed è quella, che parrebbe in questa fase ritornare ad accentuarsi, tra una minoranza di psichiatri impegnati nell'elaborazione di teorie senza prassi (per esempio sofisticati modelli biologici e farmacologici non applicabili nella pratica quotidiana), quelli che pensano, scrivono, dicono e la maggioranza degli psichiatri impegnati quotidianamente nella costruzione di prassi spesso senza teorie (per molti osservatori il limite della psichiatria di comunità secondo il modello italiano); quelli che fanno, ma, appunto, si limitano a fare. In realtà sappiamo, invece, che la psichiatria consiste in un'arte nobile, che richiede una complessa strumentazione di conoscenze, che vanno necessariamente e costantemente aggiornate. La consapevolezza di tutti gli psichiatri, in qualunque situazione si trovino a operare, dovrebbe essere quella di stare dentro un punto di vista sull'uomo o meglio sull'umano, compreso attraverso le sue manifestazioni più dolorose e attento a non dissociare mai, come patrimonio metodologico, chi guarda da chi è guardato. Uno dei motivi di base del sapere psichiatrico è il fatto di poter cogliere la prospettiva della mente da un punto di vista unico e irripetibile. La stessa mente, tuttavia, assume fisionomie diverse, evolutive, si costruisce intorno a spiegazioni sempre più articolate, tali per cui i tradizionali filoni ermeneutici sembrano fermarsi al confine di molti fenomeni. È un sapere dove costantemente possono mescolarsi tradizione e innovazione, e quindi l'iniziazione alla formazione e alla ricerca e il dibattito devono guardare all'una e all'altra.

c) *Interni alla disciplina*. La tendenza alla frammentazione, già richiamata, che investe insieme al nostro operare anche la nostra disciplina appare oggi legata anche a elementi più oggettivi. La forte pressione sociale che ci impone di confrontarci con aree di confine finora rimosse che si collocano su versanti della psichiatria di comunità, diversi rispetto a come l'abbiamo forse riduttivamente interpretata in questi primi venticinque anni (adolescenza, terza età, neurologia, medicina generale e altre specializzazioni, tossicodipendenza, criminologia, ecc.), ci spinge a chiederci se l'identità dello psichiatra può ancora essere considerata un'identità unitaria, determinata da un insieme unitario di competenze tecniche, di capacità relazionali e umane, di competenze organizzative, che trovano una delle loro esemplificazioni nella psicoterapia, pratica assai lontana dal riduzionismo tecnicistico (il "salto del curare"). O se invece non occorra prendere atto del prevalere di esigenze di iden-



tificazione in un modello di “tecnico”, lo “specialista di...”, con una inevitabile tendenza al riduzionismo, mentre la localizzazione delle pratiche favorisce a sua volta la creazione di “tecnici”, con competenze professionali specialistiche: lo psichiatra “psicofarmacologo”, lo psichiatra “psicoterapeuta”, lo psichiatra “delle tossicodipendenze”. Una tendenza che potrebbe in prospettiva ulteriormente accentuarsi, per i modelli di prevenzione che oggi sono proposti agli psichiatri, fortemente caratterizzati dal rischio di riduzionismo ed estranei ai principi della sanità pubblica.

- d) *Generazionali*. La formazione in tutte le professioni mediche è oggi fortemente condizionata da un sapere globale e globalizzato (tendenza verso EBM, MedLine, ecc.), oltre che dal dibattito interno su modelli, pratiche ed esperienze locali, spesso molto specifiche e differenziate. I giovani psichiatri sembrano particolarmente esposti alla tentazione di rifugiarsi, in assenza di adeguati strumenti messi loro a disposizione dalle società scientifiche, in concetti e definizioni lontani dalla complessità e dall’incertezza che ha caratterizzato la crisi della psichiatria a partire dalla metà del secolo scorso. *Le linee guida* potrebbero rappresentare in questo senso un rifugio rassicurante, ma insieme una trappola, se sfuggono al loro compito di rappresentare la complessità per limitarsi a esplicitare l’ovvietà.

Fattori appartenenti a tutte e quattro queste aree contribuiscono così a determinare una linea di tendenza che vede oggi emergere in modo forte la distinzione fra tre identità e tre ambiti professionali:

- *lo psichiatra della complessità*, che tratta prevalentemente le psicosi gravi all’interno dei percorsi di cura del Dipartimento di Salute Mentale (DSM);
- *lo psichiatra del controllo*, che tratta prevalentemente i pazienti con disturbi gravi di personalità, con “doppia diagnosi”, con disturbi da uso di sostanze, immigrati, in carcere e in OPG all’interno delle “aree di confine”, con le quali le pratiche del DSM hanno spesso difficoltà a confrontarsi;
- *lo psichiatra medico*, che tratta soprattutto i disturbi depressivi e ansiosi in un contesto spesso poliambulatoriale o nella consultazione ospedaliera, secondo il modello tendenzialmente duale e privatistico (ambulatorio, casa di cura, ecc.) mutuato dalle altre specialità mediche e attraverso il ricorso a statuti che spesso solo apparentemente sono “specialistici” e “tecnologici”, ma che in realtà rischiano fortemente di diventare semplicistici e riduttivi (“alta psicofarmacologia”).

L’alternativa che sembra porsi è dunque quella tra un’identità dello psichiatra fondata sull’accettazione della convivenza di molteplici identità possibili (*molteplicità possibile*), e il tentativo di imporre un modello “specialistico” di psichiatra (psicofarmacologo, psicoterapeuta, psichiatra sociale) egemone su tutti gli altri (*integrazione impossibile*), che si tradurrebbe fatalmente in una riduzione della molteplicità dei saperi e delle pratiche nella loro parcellizzazione. La ricerca di unitarietà volta a contrastare la spinta verso la parcellizzazione, contemporaneamente dovuta a elementi interni ed esterni alla disciplina, troverebbe ulteriore alimento nell’esigenza di pratiche locali “forti” per contrastare le tendenze globalistiche imperanti delle teorie. Questa tendenza all’unitarietà potrebbe allora essere individuata nella definizione di un tema prevalente per i prossimi anni: lo stigma, l’etica, i diritti dei pazienti, il confronto tra psichiatria e salute mentale esaminato nei suoi aspetti scientifici, etici e organizzativi. Una soluzione che viene ventilata, poi, è lo spostamento d’accento da un modello che potrebbe essere sbrigativamente identificato con quello della *psichiatria*, a un altro modello che potrebbe essere definito altrettanto schematicamente della *salute mentale*, all’interno del quale un’identità forte e tendenzialmente unitaria dello psichiatra potrebbe avere la possibilità di esplicitarsi di volta in volta in una maggior accentuazione della operatività sul territorio, nel rapporto con la medicina, nel confronto necessariamente dialettico con le agenzie del controllo sociale (carcere, OPG ecc.) e con le altre aree del sapere medico impegnate su questo fronte (come i SerT).

La necessità di tale passaggio non appare però scontata, né auspicata in modo unanime. La psichiatria, infatti, è cosa degli psichiatri, mentre alla tutela della salute mentale contribuiscono anche gli psichiatri, che non sono però certo attori esclusivi né necessariamente di primo piano. È poi certo che gli psichiatri debbano inevitabilmente avvicinarsi alle aree di confine? La società propone dei bisogni di salute mentale e chiede ai professionisti di occuparsene. Ciò determina in essi l’emergere di dubbi non trascurabili: tutti possono essere curati? Il grande potere della cura (“il grande valore della terapia”) del quale lo psichiatra dispone all’interno della propria area di pertinenza intesa in senso stretto, può soccorrerli anche nel momento in cui apriamo il confronto con le aree di confine? In quelle aree, e di fronte a fenomeni così lontani dalla psicopatologia classica e molto più vicini semmai al comportamento sociale, lo psichiatra interviene per curare o solo per proporsi come uno degli interlocutori nella discussione sui fenomeni sociali complessi e sulla loro gestione?



Le due posizioni sembrano, quindi, poter essere esplicitate in questi termini. Da un lato, l'idea è che occorra aprirsi a tutti i bisogni di salute mentale del territorio e andare verso una "espansione del DSM"; dall'altro si ritiene che il problema della marginalità e della devianza non appartenga *in toto* alla psichiatria, anche se oggi da più parti si assiste al ritorno di una richiesta di assorbimento e gestione onnicomprensiva dei problemi.

Una terza ipotesi muove dalla consapevolezza che la psichiatria incontrerà tutto ciò che la società produrrà attraverso i modelli di malattie che convenzionalmente saranno riconosciuti, e non potrà, quindi, essere lei a definire il proprio campo di pertinenza, ma dovrà in buona misura subirlo, come storicamente è sempre avvenuto. La risposta a questi nuovi impegni, e quindi il compito di una società scientifica, potrebbe essere allora quello di un forte richiamo alla storia della disciplina e all'individuazione, al suo interno, di punti di forza (il rapporto con fenomenologia, psicoanalisi, scienze umane), e la ricerca di un adeguato equilibrio tra questi elementi e il rapporto con le neuroscienze e soprattutto con la pratica della deistituzionalizzazione, elemento fondante e vettore costante della costruzione del proprio significato. Gli psichiatri dovrebbero essere capaci, forti del loro patrimonio teorico, di affrontare i nuovi problemi, consapevoli di non avere soluzioni riduzionistiche. Gli psichiatri dovrebbero anche effettuare un recupero del patrimonio storico della professione e delle istituzioni, soprattutto a fronte di trasformazioni derivate dal dibattito interno su pratiche e modelli, e dai movimenti culturali e sociali complessivi della modernità.

Tali azioni si dovrebbero esplicitare in particolare in alcuni passaggi:

- lotta al riduzionismo culturale e valorizzazione del modello dell'integrazione come qualità scientifica e professionale;
- conferma della disciplina come fondata su un insieme di saperi ed esperienze complessi e di complessa integrazione;
- rivitalizzazione dei valori di sanità pubblica propri della riforma che, rapportati al presente, possano rappresentare uno strumento essenziale per affrontarlo;
- necessità di una maggiore indipendenza nella formazione e nella ricerca, allo scopo di evitare ogni rischio di conflitto di interessi.

Alcuni problemi particolari

Ciò premesso a proposito della fase attuale della identità dello psichiatra in rapporto alla nostra disciplina e alle nostre istituzioni, desideriamo richiamare, in modo certa-

mente tutt'altro che esaustivo, alcuni nodi problematici particolari.

a) Il DSM

In questo contesto complessivo, la discussione non poteva non investire alcuni aspetti particolari della pratica psichiatrica odierna, a partire dal suo principale strumento, il DSM, la sua possibilità e il senso del suo essere "servizio pubblico", il suo rapporto con la rete dei servizi e la rete sociale, l'appropriatezza dei suoi interventi, i fenomeni di "nuova istituzionalizzazione", la "*clinical governance*" in rapporto con i rischi di aziendalismo esasperato, burocratismo e opportunismo. Tra questi problemi, ci pare centrale l'esigenza di una definizione e documentazione di modalità, appropriate e omogenee, di integrazione di interventi sanitari e interventi sociali in quella che definiamo la *Presa in Carico Intensiva Territoriale*. In secondo luogo, ci pare indispensabile che tra le pratiche del DSM il trattamento a lungo termine dei pazienti più gravi, affetti dai disturbi mentali più persistenti e disabilitanti, sia prioritariamente tutelato dalla riduzione delle risorse sanitarie e da una crescente ambiguità sulle responsabilità relative al soddisfacimento dei bisogni macrosociali delle persone affette da disturbi mentali. Tale ambiguità coinvolge la definizione delle responsabilità tra aziende sanitarie ed enti locali, nel corso della quale i bisogni del nostro paziente rischiano di restare insoddisfatti. Queste pratiche, che comprendono un insieme di interventi finalizzati alla risocializzazione e al recupero dei diritti di cittadinanza, sono quelle che i servizi psichiatrici hanno offerto e offrono con maggiore continuità e competenza dopo la legge di riforma. Per garantirne la realizzazione continuativa è forse possibile pensare oggi a protocolli di integrazione a livello regionale, locale, cittadino. All'interno del DSM, si avverte poi l'esigenza di una maggiore enfasi sulla centralità del Centro di Salute Mentale (CSM), sempre più titolare delle principali funzioni dell'assistenza psichiatrica sul territorio, risposta "forte" e continuativa ai bisogni dei pazienti più gravi e a maggior grado di disabilità. Sempre più frequentemente si ipotizzano e si rendono operative esperienze nelle quali il CSM è correlato funzionalmente e logisticamente alla funzione semiresidenziale del day hospital "territoriale" e a una certa tipologia di funzione residenziale come la residenza a trattamento intensivo. In molte realtà locali ci si interroga sull'esigenza di posti letto residenziali intensivi correlati alle attività diurne del CSM, per la gestione temporanea delle urgenze/crisi, in rapporto con l'ipotesi del CSM su 24 ore.

Sempre più necessaria sembra essere oggi una accurata



riflessione sulle strutture residenziali, che devono essere caratterizzate per tipologie e per capacità di risposta ai bisogni diversificati (a trattamento intensivo, come risposta prevalentemente sanitaria/clinica per brevi periodi; a trattamento protratto, come risposta riabilitativa strutturata a medio e lungo termine; di tipo socio-assistenziale, finalizzate al recupero del diritto di cittadinanza, e quindi anche luoghi di vita o comunque luoghi ove trascorrere periodi molto prolungati della propria vita, con un profilo assistenziale “non dedicato” ma proveniente dalle pratiche “ordinarie” del CSM di competenza).

Sembra opportuno, inoltre, interrogarsi sulle modalità di attribuzione delle risorse ai dipartimenti di salute mentale, ridefinita sul piano della tipologia e della risposta, per ciascun territorio a seconda di parametri predeterminati e “trasparenti”, possibilmente omogenei a livello regionale/nazionale (una versione più completa e approfondita quindi degli standard del Progetto Obiettivo Salute Mentale).

b) Il problema dell'equità nell'accesso ai servizi e nell'allocatione delle risorse

Il mandato della psichiatria è quello di avere attenzione per tutti i problemi di salute mentale, rispondendo alle caratteristiche di equità e di universalismo nell'accesso alle prestazioni, che vogliamo che continuino sempre a caratterizzare il sistema sanitario. Pensiamo quindi a una psichiatria saldamente ancorata al carattere di universalità, equità e uguaglianza nel diritto ad accedere all'assistenza sanitaria, che è alla base della Legge 833, attenta a evitare che tale diritto possa mai essere, neppure indirettamente, condizionato da caratteristiche fondate sul censo del fruitore o sulla più o meno felice rappresentazione e immagine sociale dei diversi soggetti e dei diritti a essi correlati. Questa psichiatria, tuttavia, deve anche sapere privilegiare i bisogni di chi è più grave, e quindi ha più bisogni, e spesso ha un minor grado di contrattualità, soprattutto quando è privo di una famiglia, economicamente svantaggiato, e quando presenta una molteplicità di problemi. In secondo luogo, questa psichiatria deve fornire lo stesso livello di sostegno e di aiuto in tutto il territorio nazionale, superando le differenze di offerta, che sono emerse nelle esperienze più recenti, tra una regione e l'altra e, nei casi in cui la programmazione regionale è stata carente, tra un DSM e l'altro e addirittura tra una unità operativa e l'altra di un singolo DSM. La pesante spinta alla regionalizzazione dei sistemi sanitari, che costituisce uno dei punti importanti della riforma costituzionale, finisce, da questo punto di vista, per costituire elemento di preoccupazione, specie alla luce dell'esperienza degli anni intercorsi tra l'impostazione volutamente

lacunosa perché regionalista della legislazione del 1978 e il ribaltamento d'impostazione realizzato, alla metà degli anni Novanta, con i Progetti Obiettivo e la produzione legislativa cogente in tema di residuo manicomiale, a seguito di un'amara ma realistica valutazione delle titubanze, dei ritardi, dei problemi, e soprattutto delle disomogeneità e delle mancanze di equità che si erano determinate. L'accesso ai servizi, nel senso della capacità di articolare i propri interventi in rapporto alle reali necessità e alla loro evoluzione, dovrà essere realizzato offrendo una gamma diversificata di spazi di cura e di sostegno, e una gamma diversificata di opportunità riabilitative, in grado di incontrare le inclinazioni e le capacità caratteristiche di ciascuno. Abbiamo cioè bisogno di risposte meglio articolate e diversificate nei campi dell'intervento territoriale, senza irrigidimenti che non tengano conto delle diverse specificità, ma anche saper immaginare risposte diverse per bisogni diversi.

c) Il rapporto con la medicina generale

Si avverte da tempo l'esigenza di una definizione e documentazione di modalità appropriate e omogenee di integrazione stabile e continuativa tra i DSM e la medicina generale, allo scopo di verificare la fattibilità di modelli “a rete” locali, che consentano:

- un rapporto costante tra aree dipartimentali di salute mentale e nuclei per le cure primarie per favorire la diagnosi e il trattamento tempestivo ed efficace di disturbi ansiosi e depressivi di piccola e media gravità, lasciando la presa in carico continuativa di questi pazienti al medico di medicina generale. È ovviamente necessaria una informazione più approfondita al sistema della medicina generale sull'offerta delle funzioni e sulle strutture del DSM, con particolare attenzione ai temi dell'accessibilità e della distribuzione periferica delle strutture volte alla tutela della salute mentale (CSM, centri diurni e day-hospital, residenzialità, attività per l'emergenza/urgenza, reparti ospedalieri per acuti, centri/ambulatori di II livello, strutture di ricovero private convenzionate, attività del privato sociale e del volontariato);
- una sperimentazione congiunta e condivisa tra DSM e sistema della medicina generale su nuovi modelli di prevenzione in salute mentale (riconoscimento e trattamento precoci dei disturbi psicotici, sperimentazione di modelli di trattamento precoce non farmacologico di disturbi emotivi o di disturbi ansiosi e depressivi “sottosoglia”);
- un sistema di segnalazioni tempestivo ed efficace che consenta ai due sistemi di confrontarsi sui casi non



conosciuti e difficili da avvicinare con i metodi tradizionali in uso nei servizi psichiatrici pubblici (comportamento parasuicidario in adolescenza, disturbi del comportamento alimentare, gravi depressioni del puerperio, aggressività e violenza domestica ecc.).

d) Le pratiche senza consenso: ASO e TSO

L'enfasi recentemente posta sugli aspetti di controllo impliciti nell'operare psichiatrico ha determinato una rinnovata attenzione al tema del "trattamento sanitario obbligatorio" (TSO) psichiatrico. L'esigenza di affrontare il tema e operare un tentativo di ragionevole equilibrio tra i molteplici diritti in campo ci impone innanzitutto una più chiara conoscenza e standardizzazione del fenomeno, attraverso la definizione e la documentazione in tutte le regioni italiane delle procedure volte all'"accertamento sanitario obbligatorio" (ASO) e al TSO secondo le linee guida emanate dal Ministero della Salute e dalla *Società Italiana di Psichiatria*. La documentazione delle pratiche senza consenso sembra necessaria, per poter correlare il numero dei trattamenti senza consenso alla popolazione servita, ai pazienti in carico, ai gruppi target di pazienti assistiti, ma soprattutto all'offerta di funzioni e di strutture del DSM e alla allocazione di risorse per la tutela della salute mentale in ogni singola regione italiana. È necessario altresì affrontare il problema degli interventi prolungati in carenza di consenso, evenienza rarissima, ma tuttavia presente. In questi casi lo psichiatra si trova di fronte a un difficile dilemma, soprattutto dal punto di vista etico-deontologico, oltre che giuridico.

e) La contenzione

Una psichiatria che sceglie come elemento caratterizzante quello della difesa dei diritti del cittadino non può permettersi di legare i propri pazienti a cuor leggero, e deve porsi come obiettivo assolutamente prioritario la riduzione e abolizione della contenzione. Si avverte quindi l'esigenza di una definizione e documentazione in tutte le regioni italiane di procedure volte alla riduzione delle contenzioni fisiche dei pazienti all'interno delle strutture ospedaliere e residenziali. Le azioni successive dovranno essere finalizzate al miglioramento della sicurezza e del comfort ambientale delle strutture ospedaliere e residenziali anche ai sensi della Legge 626 e al miglioramento della qualità professionale, della competenza e delle attitudini degli operatori nei confronti degli eventi critici, con particolare riferimento alle strutture dedicate all'emergenza psichiatrica. Le contenzioni, sia fisiche sia farmacologiche, rappresentano mezzi estremi, da utilizzare in casi eccezionali. Occorre però

chiederci se, in particolare, la contenzione fisica si collochi, in quanto facente parte dei mezzi da utilizzare, in base a certe condizioni e parametri ben precisi, all'interno di un trattamento sanitario, oppure sia un atto che non compete allo psichiatra e alla psichiatria, ma a chi tutela l'ordine pubblico.

f) OPG e carceri

A ciascuno è evidente che la quantità di persone che portano bisogni relativi alle manifestazioni di disagio, conflitto e carenze è in notevole crescita e sta assumendo fisionomie sempre diverse. Soggetti sempre più numerosi e dalla fisionomia sociale sempre meno definibile sono gli "innaturali destinatari" dell'intervento psichiatrico, che in molti casi sembra restare l'unico intervento in favore di persone che sono, come categorie, in esponenziale crescita e sembrano destinate a raggiungere numeri rilevanti in rapporto con una maggiore conflittualità sociale e con un atteggiamento legislativo dichiaratamente meno tollerante e flessibile. A fronte dell'aprirsi di questa nuova domanda e della sua crescita, l'attuale organizzazione dei DSM non appare funzionale a dare risposta. Se il DSM se ne vuole occupare, deve ripensarsi in termini di risorse qualitative (urgenza, TSO, interfaccia con le forze dell'ordine) e quantitative (carcerati, persone senza fissa dimora ecc.). In alternativa il DSM potrà ribadire sempre più decisamente una esclusività e una specificità psichiatrica, identificabile con la psicopatologia "classica", che però indubbiamente oggi consente di recare soccorso a una parte selezionata del disagio mentale. Più in particolare, il problema del superamento, peraltro auspicabile, degli OPG rischia di investire i nostri DSM senza la possibilità di un'adeguata riflessione e dell'avvio di buone pratiche al loro interno che permettano, tra l'altro, di cogestire questo passaggio di rilevanza storica ponendo anche le proprie esigenze e di non subire soltanto decisioni altrui. Una serie di nodi irrisolti, la cui risoluzione pare delinearsi allora come indispensabile, sono: a) il coinvolgimento istituzionale da parte delle amministrazioni regionali dei DSM di riferimento territoriale; b) la realizzazione di programmi sperimentali di gestione territoriale/residenziale dei pazienti con la possibilità di attivare almeno una sperimentazione pilota per regione; c) la correlazione di un apposito gruppo di lavoro della Società Italiana di Psichiatria con la commissione del Ministero della Giustizia, costituita da direttori di OPG e da alcuni direttori di DSM; d) la definizione e documentazione di programmi volti alla promozione e alla tutela della salute mentale della popolazione carceraria. Questa materia richiama il lavoro svolto dalla commissione congiunta della SIP con la SIMLA



(Medicina Legale) e la SIC (Criminologia) in relazione alla commissione Nordio e alla riforma del Codice Penale, che ha richiamato, tra l'altro, l'esigenza di una sostituzione dell'ambiguo e amorfo concetto di pericolosità sociale con quello di "bisogno di trattamento", la necessità di tenere conto della nota sentenza della Corte Costituzionale del luglio 2003 e cominciare a sperimentare e discutere soluzioni per la psichiatria carceraria.

g) Le superspecializzazioni e le aree di confine

La parcellizzazione, in parte inevitabile, del campo disciplinare che abbiamo finora richiamato impone una riflessione sulla possibilità di pianificare e rendere operativi gli strumenti organizzativi che, senza mettere in discussione l'identità unitaria di chi opera in psichiatria e la natura inevitabilmente complessa della disciplina e del campo di intervento, consentano tuttavia una maggiore efficienza e un risparmio di risorse, per allocarle altrove. Tra questi nuovi strumenti organizzativi, pensiamo a centri/ambulatori di "II livello", da realizzarsi all'interno dell'offerta complessiva di funzioni e strutture del DSM, in rapporto quindi con una visione capace di tener conto dell'eterogeneità dei problemi. Tali centri/ambulatori di "II livello" potrebbero essere resi operativi, con funzioni sovra-distrettuali, tenendo conto della quantità e della qualità dei bisogni specifici presentati nell'area territoriale di riferimento (per pazienti adolescenti in integrazione con la neuropsichiatria infantile, per pazienti con disturbi del comportamento alimentare in integrazione con psicologia clinica e con i nutrizionisti, per pazienti con "doppia diagnosi" in integrazione con i SerT ecc.), in collaborazione e integrazione con le associazioni di volontariato, con il Privato Sociale e imprenditoriale, con l'Università.

h) L'équipe e il rapporto con le altre figure professionali

L'équipe ha rappresentato nei primi vent'anni di vita dei servizi l'elemento centrale nella presa in carico di pazienti affetti da disturbi mentali gravi. La sua crisi attuale può essere ricondotta a cause molteplici, legate all'affermarsi dell'autonomia professionale e della specializzazione di competenze, alla necessità di rispondere a nuove funzioni di regia e responsabilità in relazione ad approcci multidisciplinari e trattamenti integrati, all'esigenza di un più stretto rapporto tra lavoro d'équipe e contratto terapeutico. Tutti questi fattori hanno determinato un successivo esaurirsi dei diversi cicli vitali attraversati dalle équipe in termini di storia, modelli, ideologie (da gruppo militante a famiglia, a gruppo di pari, a gruppo operativo). I nuovi modelli organizzativi centrati sull'autonomia delle diffe-

renti figure professionali mettono in crisi lo storico modello dell'équipe costruito intorno a un territorio o sub-territorio dato, ai pazienti gravi di quell'area e ai loro bisogni, e a spingere per costruire il lavoro più attorno all'operatore e alla sua identità professionale, che non attorno a un autentico orientamento ai bisogni del paziente, molteplici ed eterogenei per caratteristiche, ma affrontabili solo con uno stile unitario e integrato di risposta. Dall'altro lato, l'emergere delle sottospecializzazioni e la crescente esigenza d'inseguire il bisogno nell'eterogeneità delle sue espressioni finisce per minare l'identità dello psichiatra di comunità. Cosa potrà rimanere di questa identità se andremo verso una psichiatria degli stati ansiosi, della depressione, delle psicosi, dei disturbi di personalità, con i loro correlati nel campo della criminologia e delle dipendenze, come ambiti disciplinari tra loro indipendenti nei luoghi, negli stili operativi, nelle tecnologie?

i) Il rapporto pubblico/privato

Si avverte l'esigenza di una definizione e standardizzazione dei rapporti di integrazione tra i DSM e le strutture a gestione privata, autorizzate od accreditate (case di cura private, strutture residenziali, strutture semiresidenziali o riabilitative): la "missione" del privato imprenditoriale e sociale va ricondotta in modo esplicito alla "missione" del DSM, che ha la responsabilità dell'intera gamma dei servizi disponibili ed è il garante della qualità degli interventi offerti, sia dalle unità operative del DSM stesso, che dalle strutture esterne accreditate. Va quindi ridiscusso e riformulato il ruolo "complementare" del privato, sociale e imprenditoriale, rispetto all'organizzazione e alle strutture dei DSM, evitando duplicazioni di servizi essenziali dei DSM e favorendo una logica di integrazione con le attività più carenti dei DSM stessi.

l) Il protagonismo dei pazienti e la rete sociale

La medicina in generale non costituisce più, oggi, un intervento tecnico sulla malattia da parte di un professionista della salute (attivo) su un soggetto sofferente (passivo). La situazione si è trasformata (consenso informato, alleanza terapeutica ecc.) coinvolgendo i diretti interessati. Ciò determina processi di risoggettivazione e restituzione di diritti, ma anche, quand'è possibile, di responsabilità, e profonde trasformazioni del contratto di cura e del ruolo professionale. Questi processi investono la psichiatria e, in modo più significativo, il suo versante più spostato verso la riabilitazione, e ricollocano il suo paziente, oggi non solo portatore di bisogni ma anche risorsa all'interno del suo (e altrui) processo di cura, in una posizione che non ne fa solo



l'oggetto di decisioni assunte nel chiuso della stanza dell'équipe, ma un interlocutore partecipe e, talora, dialettico. Si avverte quindi l'esigenza di programmi volti a favorire la partecipazione di cittadini, utenti e familiari, sia in forma individuale che associativa, alla pianificazione e alla valutazione dei programmi volti localmente alla tutela della salute mentale. Assistiamo a una fase caratterizzata da processi attraverso i quali la nascita di gruppi di auto-aiuto tra i pazienti può favorire la diffusione dell'abitudine all'ascolto e all'aiuto reciproco, e fare di ciascun paziente una risorsa in più a disposizione dell'altro e del funzionamento complessivo, anziché un mero "carico di lavoro" per l'équipe. La restituzione di responsabilità e consapevolezza si traduce, inoltre, in una insistente richiesta d'informazione da parte di pazienti e familiari, ai quali il DSM deve rispondere, alla luce anche delle evidenze scientifiche emerse nel campo delle patologie gravi, dotandosi di efficaci strumenti di psicoeducazione.

m) Il rapporto con le neuroscienze

Scienza, cultura, paradigmi, servizi, professionalità sono in movimento e per comprendere dove ci stiamo dirigendo occorre individuare un rapporto, non ambiguo, tra neuroscienze e psichiatria clinica, che eviti nichilismo e riduzionismo, allargamento/sconfinamento e competenza settoriale e riduttivista, ma tenga conto del superamento della separazione tra "organico" e "funzionale" (sulla base della quale è avvenuta all'inizio del secolo scorso, e si è ripetuta alla fine degli anni Sessanta, la separazione tra neurologia e psichiatria, tra mente e cervello). Sembra in particolare opportuna una riflessione realistica sulle prospettive e i limiti dello sviluppo delle tecnologie, che si affacciano in modo seduttivo anche nel nostro settore (*imaging* funzionale, farmacogenomica ecc.), in un'ottica che cerchi le risposte a partire dalla persona, i suoi vissuti e la necessità di conferire senso all'esperienza di malattia, e nella quale la sostenibilità per le tecniche non vada a discapito della possibilità di fare una psichiatria adeguata ai bisogni delle persone, disponendo comunque di operatori, tempi, competenze, risorse. È necessario operare perché la grande attenzione attuale verso le neuroscienze non escluda o limiti la ricerca in psicopatologia, la contaminazione culturale e speculativa tra psichiatria e scienze umanistiche e sociali, che rendono la nostra disciplina davvero "scientifica", il lavoro sull'immagine sociale attuale e futura della/e malattia/e mentale/i, dei pazienti psichiatrici e degli psichiatri, lo sforzo di andare oltre l'istituzione, oltre la follia in essa rinchiusa e semplificata, oltre il territorio, oltre la follia in esso confusa e mimetizzata.

n) La formazione specialistica

Lo scenario sociale nel quale la psichiatria dei nostri giorni si inserisce impone un ripensamento della scuola di specializzazione, che non trascuri competenze di neuropsichiatria infantile, neurologia, clinica medica, scienze umanistiche, psicoterapia, riabilitazione psicosociale, valutazione e altro, tenendo conto anche del ciclo vitale e delle differenze tra generi. Molti dei problemi che si stanno evidenziando hanno a che fare con quella pluralità di anime e con i dilemmi irrisolti, emersi già fin dal momento della nascita della psichiatria; la psichiatria come scienza medica, scienza delle emozioni e come scienza del comportamento. Inoltre, il rapporto tra dimensione organizzativa e dimensione terapeutica, tra presa in carico dei problemi complessivi di salute mentale di una comunità e problemi determinati dall'incontro con il singolo paziente, il nodo della follia ragionante, o intermittente, e quindi tutte le incertezze impossibili da risolvere una volta per tutte intorno alla natura del soggetto, alla sua affidabilità o meno come interlocutore, al nodo della sua responsabilità. Altri problemi nascono, invece, dal crollo del manicomio e dall'affermarsi della psichiatria di comunità, con il conseguente problema del nuovo ruolo del medico in rapporto al gruppo degli altri operatori, e quello suo e di ciascun altro operatore in rapporto al paziente. Si viene rafforzando, innanzitutto, quello del rapporto, tra leadership e gerarchia all'interno dei gruppi, oltre all'irrompere di temi rilevanti nel rapporto operatore-paziente, come il nodo dell'empatia, l'impegno infinitamente maggiore determinato dal confronto con la dimensione affettiva come strumento essenziale degli interventi, infine, il ruolo di terzietà delle famiglie, in rapporto con la titolarità esclusiva del paziente nella riservatezza degli atti sanitari e nel contratto di cura da un lato, ma anche con il maggior grado di assunzione di responsabilità, di autentica partecipazione, e talvolta di fatica, richiesto ai famigliari dal permanere del paziente nella propria abitazione, talvolta anche per il trattamento intensivo di fasi di acuzie, tali però da non imporre l'ospedalizzazione.

o) Il rapporto con i mass-media

L'assistenza psichiatrica, nata dal superamento delle mura del manicomio per la presa in carico prioritaria della patologia più grave, coinvolge direttamente solo quella fascia molto ristretta di cittadinanza legata al problema e isolata nella propria condizione di sofferenza personale o di accompagnamento della malattia, in misura tale da diventare, talvolta, una sorta di istituzione manicomiale impropria a domicilio, poco scalfibile dai servizi, soprattutto se questi



sono portatori di una cultura conservatrice e riabilitativa in senso ortopedico-psichiatrico.

L'unica psichiatria che sembra interessare e coinvolgere la maggior parte dell'opinione pubblica è quella mediata dalla televisione, dalle riviste femminili e dai quotidiani, dove la diagnosi a distanza, la psicologizzazione semplificata e grossolana della vita quotidiana, la via "televisiva" alla serenità, il parere scientifico come scoop da parte dei presunti "esperti" della psichiatria mass-mediologica costituiscono un fenomeno sempre più vistoso, che da una parte ha l'effetto surrogatorio di aumentare lo stigma verso il mondo reale dei servizi, quello dei pazienti affetti da malattie gravi e degli operatori che se ne occupano, escludendo entrambi dalla visibilità sociale, e dall'altra quello di indurre una quantità sempre maggiore di effetti collaterali da pubblicità, creando falsi bisogni di cura e inducendo immagini di normalità dominante massificata rispetto alla quale adeguarsi o sentirsi esclusi.

Il sociologo Claudio Renzetti, in un bel lavoro sulla rivista *Psichiatria di Comunità* (2004;4:154-158), dice che la società moderna o si dopa o si droga per essere adeguata alle

richieste di alta performance sociale o per trasgredirle. D'altro canto, il grande cambiamento indotto dall'aumentata tolleranza nei confronti di comportamenti prima ritenuti antisociali (consumo/uso/abuso di sostanze per modificare gli stati di coscienza, le performance sportive, le performance sessuali, i ritmi biologici ecc.) ha modificato anche la fenomenica dei disturbi psichiatrici. Tutti questi fattori contribuiscono a far sì che sempre più spesso il nostro intervento sia richiesto, più che sulla base di quadri sindromici classici, su comportamenti sociali, che non rientrano di per sé tra i fenomeni descritti dalla psicopatologia, ma che il senso comune inquadra come malattie psichiatriche vere e proprie, a proposito delle quali è portato a interpellarci.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Mariano Bassi
Dipartimento di Salute Mentale
Azienda USL di Bologna
Viale Pepoli, 5
40123 Bologna
E-mail: mariano.bassi@ausl.bologna.it

PSICHIATRIA DI COMUNITÀ

INDICE AUTORI ANNO 2005 Volume IV

EDITORIALI

F. Asioli
D.R. Becker
D. Berardi
M. Casoria
R.E. Drake
L. Eisenberg
B. Ferrari Gozzi
G. Foresti
D. Grieco
M. Rossi Monti
M. Sanza
B. Saraceno
I. Tarricone

INTERVENTI SU EDITORIALI

E. Balduzzi
C. Barbui
A. Cipriani

ARTICOLI

G. Abbate Daga
A. Accetta
A. Angelozzi
C. Anzallo
P. Bartolomei
M. Bassi

E. Bertocchi
C. Bonfiglioli
C. Bruschi
C. Buizza
C. Busana
V. Cappiello
A. Cassin
M. Costa
C. Crusiz
L. Dalla Verde
G. de Girolamo
S. Fassino
G. Favaretto
L. Federici
A. Fioritti
L. Gastaldo
G. Giupponi
G. Grava
G. Interlandi
C. Isatto
A. Lasalvia
M. Levi
F. Lombardi
A. Lo Perfido
P. Mannari
D. Marchisi
C. Marino
R. Mezzina

M. Miceli
M. Monari
I. Morandin
P.L. Morosini
F. Moser
G. Nardini
B. Norcio
A. Pagani
A. Pazzaglia
A. Picardi
D. Piegani
R. Pioli
E. Pirfo
R. Pulido
R. Pycha
P. Rizzoli
G. Rossi
N. Rossi
M. Ruggeri
R. Sabatelli
G. Salvi
W. Schön
P. Scudellari
A. Stanzani
F. Starace
I. Stermann
M. Tansella
F. Tesolin

E. Toffol
A. Tovoli
F. Veltro
N. Vendittelli
D. Veronesi
D. Vidoni
F. Villanedi
G. Viparelli
G. Zanda

DOCUMENTI

A. Angelozzi
M. Bassi
L. Cappellari
G. de Renzis
G. Favaretto
L. Ferrannini
A. Fioritti
C. Munizza
P. Peloso
F. Perozziello
F. Petrella
E. Pirfo
O. Pozzi
I. Rossi
F. Scapati
M. Zuccolin

PSICHIATRIA DI COMUNITÀ

INDICE GENERALE ANNO 2005 Volume IV

N. 1, MARZO

EDITORIALI

- Nuovi paradigmi per la salute mentale 1
Benedetto Saraceno
- Quali modelli di collaborazione fra Medicina generale e Dipartimenti di salute mentale? 5
Fabrizio Asioli

ARTICOLI

- Il modello biopsicosociale in psichiatria 10
Secondo Fassino, Giovanni Abbate Daga
- Il disturbo borderline: rassegna della letteratura e prospettive di trattamento 17
Marina Levi, Franco Lombardi
- Valutazione di Linee Guida per il trattamento farmacologico della schizofrenia: studio regionale 27
Fabrizio Starace, Giuseppe Viparelli, Giuseppe Nardini, Vincenzo Cappiello
- La percezione dello stigma dal punto di vista delle persone che soffrono di schizofrenia 37
Chiara Buizza, Elena Bertocchi, Giuseppe Rossi, Rosaria Pioli

COMUNICAZIONI BREVI

- Il gruppo nel trattamento dei giocatori patologici 46
L'esperienza del SerT di Lucca
Giuseppe Zanda, Patrizia Mannari, Lucia Federici, Pierluigi Bartolomei

- Il chi, dove, come dei tentamen
Un'indagine a Pordenone 52
Fukvio Tesolin, Calogero Anzallo, Antonio Lo Perfido, Angelo Cassin
- I rapporti fra Medicina generale e i Servizi psichiatrici nella città di Bolzano: il modello cooperativo 56
Elda Toffol, Alessandro Pagani
- DOCUMENTI
- A proposito dell'art. 2, comma 1, lettera c, del Disegno di Legge Castelli sulla riforma della Giustizia 63
Giovanni de Renzi, Fausto Petrella, Olga Pozzi

N. 2, GIUGNO

EDITORIALI

- L'ereditarietà nel suo contesto: ambiente e polimorfismo 65
Leon Eisenber
- Pazienti senza compliance o servizi senza compliance? 71
Michele Sanza

ARTICOLO RICHIESTO

- Bisogni percepiti, tipologia di intervento e soddisfazione per le cure ricevute nelle persone con schizofrenia. Un'analisi comparata in 5 Paesi dell'Unione Europea 76
Antonio Lasakvia, Mirella Ruggeri, Giovanni Salvi, Michele Tansella



ARTICOLI

- Il lavoro clinico in un day hospital psichiatrico territoriale e la costruzione dell'alleanza terapeutica 111
Marco Monari, Federca Villanedi, Ricardo Pulido, Carla Bonfiglioli, Carmela Marino, Annalisa Pazzaglia, Antonella Stanzani, Alessandra Tovolli, Daniele Veronesi, Nicola Rossi

- Nonsoloèquipe: l'organizzazione del lavoro in psichiatria 120
Andrea Angelozzi

- Auto-mutuo-aiuto e salute mentale. Un ponte tra servizio pubblico e comunità 129
Claudio Busana, Livio Dalla Verde, Cecilia Isatto, Morena Costa

N. 3, SETTEMBRE

EDITORIALI

- Una diagnosi *double-face*. Il disturbo borderline di personalità 137
Mario Rossi Monti, Giovanni Foresti

- Disturbi metabolici e antipsicotici di seconda generazione: quali comportamenti clinici sono giustificati dalle evidenze? 147
Domenico Berardi, Ilaria Tarricone, Michela Casoria, Beatrice Ferrari Gozzi, Daniela Grieco

INTERVENTI SU EDITORIALI

- Inglobare la ricerca nella pratica quotidiana 164
Andrea Cipriani, Corrado Barbui

- Commento all'editoriale "Dopo la deistituzionalizzazione: stiamo imboccando il cammino contrario?" 167
Edoardo Balduzzi

ARTICOLI

- "Teoria delle Mente" e Schizofrenia: verso una teoria della cura. Descrizione di un nuovo intervento denominato Riabilitazione Emozionale-Cognitiva 169
Nicola Venditelli, Franco Veltro

- Le Strutture Residenziali: come sono i pazienti candidati all'inserimento? Uno studio in Emilia-Romagna 180
Mariano Bassi, Giovanni de Girolamo, Caterina Bruschi, Patrizia Rizzoli, Angelo Picardi

COMUNICAZIONE BREVE

- Aspetti psicosociali della dialisi e valutazione soggettiva della qualità del trattamento 185
Bruno Norcio, Corrado Crusiz

N. 4, DICEMBRE

EDITORIALE

- L'inserimento lavorativo dei pazienti con gravi disturbi mentali 193
Deborah R. Becker, Robert E. Drake

ARTICOLI

- Gli interventi territoriali a 24 ore dalla crisi sono basati sull'evidenza? 200
Roberto Mezzina, Daniela Vidoni, Maurizio Miceli, Gaetano Interlandi, Annamaria Accetta, Corrado Crusiz

- Per un lavoro da protagonisti: il Progetto EQOLISE 217
Riccardo Sabatelli, Denise Manchisi, Donato Piegari, Angelo Fioritti

- L'"A.B.C. dei familiari". Studio di riproducibilità di un questionario per la valutazione di routine dell' Aiuto ricevuto, dei Bisogni e del Carico familiare dei pazienti psichiatrici 224
Franco Veltro, Pier Luigi Morosini

- Espansione del privato sociale all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale tra rischi e vantaggi 230
Idana Morandin, Gerardo Favaretto

- Perversione e identificazione proiettiva. Un approfondimento psicopatologico e clinico 238
Giulia Grava, Paolo Scudellari

COMUNICAZIONE BREVE

- Alleanza europea contro la depressione (EAAD) 244
Giancarlo Giupponi, Roger Pycha, Ingo Stermann, Franz Moser

DOCUMENTO

- Stato e prospettive della psichiatria italiana 249
Andrea Angelozzi, Mariano Bassi, Ludovico Cappellari, Gerardo Favaretto, Luigi Ferrannini, Angelo Fioritti, Carmine Munizza, Paolo Peloso, Federico Perozziello, Ekezio Pirfo, Ilie Rossi, Francesco Scapati, Maria Zuccolin

- Indice autori Anno 2005 258
 Indice generale Anno 2005 259