



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*





# SOMMARIO

Anno XXV • n. 1-2 • giugno-dicembre

## IN PRIMO PIANO

**2** L'attualità della paranoia  
di A. Giannelli

## SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

**13** Non solo lavoro: esperienze di reinserimento e risocializzazione per pazienti gravi  
di G. Tomaselli, S. Fenaroli, O. Papetti, G. Biffi, G. Cerati, M. Clerici, G. De Paoli, C. Mencacci, M. Percudani, M. Rabboni

**24** Dalla qualità percepita alla qualità partecipata  
Utenti e operatori in un percorso di miglioramento della qualità  
di G.P. Frediani, A. Scaramellini, G. Cerveri, C. Mencacci

**37** La crescita personale come guarigione post-traumatica  
di S. Cristinelli, G. Biffi, G. De Isabella

**40** Il problema emergente della depressione nell'anziano  
di C. Gala, I. Iandoli, C. Redaelli

## NOTE DAI CONVEGNI

**49** La psichiatria territoriale nel sistema sanitario lombardo  
Organizzazioni e competenze per la gestione dei gravi disturbi psichici  
di P. Bortolaso, G. Cerveri

**53** Il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi nei giovani  
di S. Comerio, P. Scovazzi, F. Rosatti, M. Zara, Dr. A. Basilisca, G. Belloni, L. Micheletti, G. Cerati, P. Castiglioni

**57** Studio epidemiologico osservazionale sull'innovativo servizio per il trattamento dell'ansia e della depressione presso l'Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese  
di E. Berto, F. Aletti, F. Marzanati, S. Vender, C. Callegari

**62** "Theory of mind training" per pazienti schizofrenici: uno studio pilota  
di F. Cocchi, M. Bechi, F. Fresi, M. Bosia, E. Smeraldi, R. Cavallaro

## SPAZIO APERTO

**68** Progetto un ambulatorio per giovani con disagio psichico e le loro famiglie

**69** Attivazione di un servizio per giovani adulti con problemi di dipendenza e narcisismo patologici

**71** Progetto di attivazione di un servizio per la diagnosi precoce ed il trattamento ambulatoriale dei Disturbi Affettivi in giovani Adulti in una realtà metropolitana

**PSICHIATRIA OGGI**  
*Fatti e opinioni dalla Lombardia*  
Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

**Fondata e Diretta da:**  
Alberto Giannelli

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Rabboni (Bergamo)  
Massimo Clerici (Monza)

**Comitato Scientifico:**  
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)  
Giorgio Cerati (Legnano)  
Emilio Sacchetti (Brescia)  
Silvio Scarone (Milano)  
Gian Carlo Cerveri (Milano)  
Arcadio Erlicher (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Costanzo Gala (Milano)  
Gabriella Ba (Milano)  
Cinzia Bressi (Milano)  
Claudio Certi (Como)  
Giuseppe De Paoli (Pavia)  
Nicola Poloni (Varese)  
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)  
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)  
Andrea Materzanini (Iseo, BS)  
Alessandro Grecchi (Varese)  
Francesco Bartoli (Monza)  
Lucia Volonteri (Milano)  
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

**Segreteria di Direzione:**  
Giancarlo Cerveri

**Art Director:**  
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

**COMUNICAZIONE AI LETTORI**  
In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

**EDITORE:**  
Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

**PSICHIATRIA OGGI**

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

IN COPERTINA: *L'oggetto invisibile (mani che afferrano il vuoto)*  
Alberto Giacometti, 1934  
New York - Museum of Modern art



## Non solo lavoro: esperienze di reinserimento e risocializzazione per pazienti gravi

*Riflessioni sulla fase terminale del percorso riabilitativo in centro diurno*

Gianluigi Tomaselli (1), Silvia Fenaroli (2),  
Ombretta Papetti (2), Giuseppe Biffi (3),  
Giorgio Cerati (4), Massimo Clerici (5),  
Giuseppe De Paoli (6), Claudio Mencacci (7)  
Mauro Percudani (8), Massimo Rabboni (9).

A partire dall'esperienza del Centro Diurno Psichiatrico le "Ghiaie" di Bonate Sopra (BG), questo contributo propone una riflessione su modalità, finalità e tempistiche con cui può essere organizzata la fase conclusiva del percorso dei pazienti in Centro Diurno ed il loro reinserimento sul territorio di appartenenza, attraverso la collaborazione di rete con il Centro Psico-Sociale e le realtà istituzionali e del terzo settore presenti sul territorio. Nella prima parte dell'articolo verranno esposti alcuni dati quantitativi e descrittivi relativi alle dimissioni finora avvenute presso le "Ghiaie". Nella seconda parte, si esporrà in chiave qualitativa e narrativa un progetto di risocializzazione realizzato con un paziente ad alto rischio di cronificazione, per il quale non era possibile proporre un reinserimento lavorativo, che tuttavia ha

potuto usufruire di risorse presenti nel proprio comune di residenza. Il resoconto del caso verrà accompagnato dai risultati di tre strumenti di valutazione (Q-LES-Q (Endicott et al., 1993), SAS-II (Schooler et al., 1979), SBS (Wykes et al., 1980) somministrati prima e dopo l'attivazione del progetto, che hanno fornito riscontri positivi circa il funzionamento socio-relazionale e la qualità della vita percepita dal paziente stesso.

*Starting from the experience of the Psychiatric Day Centre "le Ghiaie" in Bonate Sopra (BG), this contribution offers a consideration on methods, aims and schedules with which it is possible to organize both the final step for patients in Day Centres and their reintegration in their context of origin, with the collaboration of the Psycho-Social Centre, the institutions and the land third sector. Within the first part of the article, some quantitative and descriptive data on actually occurred discharges from "Le Ghiaie" will be exposed. In the second part, we will show, on a qualitative and narrative key, a resocialization project made with a potential chronic patient, for whom it was not possible to propose a work integration, who nevertheless could make use of resources from his municipality. The report of the case will go with the results of three evaluation tools (Q-LES-Q (Endicott and others, 1993), SAS-II (Schooler and others, 1979), SBS (Wykes and others, 1980)) administered before and after the project start up, which gave positive results about the socio-relational working and the life quality perceived by the patient himself.*

Nel tentativo di rielaborare l'esperienza di dieci anni del Centro Diurno "Le Ghiaie" di Bonate Sopra (BG), dopo averne ripercorso le origini e dopo averne esplicitato le modalità di intervento, abbiamo pensato di concentrare l'attenzione sulla fase terminale del percorso riabilitativo: cosa succede ai nostri pazienti quando non frequentano più il Centro? Come avvengono le dimissioni? Quando possiamo considerare riuscito un trattamento? (1, 2, 3)

Naturalmente, si tratta di questioni aperte e necessariamente irrisolte, che intersecano ambiti di ricerca e confronto propri non solo della riabilitazione psicosociale, ma anche dell'epidemiologia psichiatrica e della psicoterapia. Lungi dal pretendere di poter rispondere a domande tanto ampie e complesse a partire da un'esperienza limitata, non sufficientemente strutturata e comunque parziale, ci proponiamo di esporre una riflessione su come queste tematiche vengano affrontate all'interno della nostra équipe. Si procederà, quindi, nella prima parte dell'articolo, ad esporre i dati quantitativi rispetto al flusso di pazienti transitati dalle "Ghiaie" a partire dall'apertura nel 2002 e rispetto alla collocazione territoriale o istituzionale successiva alle dimissioni. Si omettono invece le considerazioni qualitative relative all'esito dei trattamenti, perché sarebbero esclusivamente il frutto di valutazioni cliniche maturate all'interno dell'équipe stessa, della quale esprimerebbero un (pre) giudizio, parziale e non obiettivo. Ci proponiamo, in futuro, di raccogliere dati quantitativi e qualitativi che ci consentano di esprimere una valutazione sugli esiti maggiormente attendibile, ancorché non esaustiva e non definitiva. Pensiamo, ad esempio, alle informazioni relative alle condizioni psicopatologiche del paziente per come riferite dal CPS che lo riprende in carico, al numero di ricoveri in SPDC o di accessi in PS per motivazioni psichiatriche, alla collocazione ambientale ed al clima emotivo-relazionale all'interno dell'ambiente stesso, al coinvolgimento nella vita comunitaria del territorio di appartenenza (4).

Nel decimo anno di attività, consolidatesi le modalità

di accoglienza ed intervento, è diventato per noi centrale il problema di come strutturare la fase conclusiva del percorso riabilitativo ed il reinserimento sul territorio dei nostri pazienti, particolarmente per quelle persone con lunghe storie di malattia e patologie particolarmente invalidanti, ad alto rischio di cronicizzazione. Come possiamo lavorare con loro per accompagnarli nel momento del distacco, senza abbandonarli e senza sostituire le nostre aspettative alle loro (5, 6)? In alcuni casi, ci è stato possibile costruire insieme a loro – in collaborazione con l'équipe del CPS e con le realtà amministrative ed associative dei Comuni di residenza – delle esperienze di "sgancio" graduale e programmato, di cui porteremo un esempio nella seconda parte dell'articolo. Questo tipo di progetto ci ha consentito di costruire spazi di risocializzazione alternativi al Centro Diurno, là dove il reinserimento lavorativo non era considerato possibile (7, 8, 9, 10). Si tratta per noi di esperienze relativamente nuove, rispetto alle quali non ci sembra, al momento, possibile né desiderabile sistematizzare delle procedure o dei protocolli di intervento. Se è pensabile, infatti, che le scelte rispetto all'inizio di un percorso riabilitativo possano essere codificate e considerate direttamente dipendenti dai modelli di riferimento di chi opera in struttura, lo svolgimento del trattamento e ancor più la sua conclusione coinvolgono una tale complessità di variabili – materiali, cognitive, emotive, relazionali – da sfuggire alle possibilità di previsione dell'équipe. Più concretamente: quando un paziente viene inserito in Centro Diurno, la relativa mancanza di coinvolgimento diretto con lui ed il prevalere delle richieste e delle aspettative dell'inviante portano a formulare progetti riabilitativi centrati principalmente su aspetti più oggettivabili e concreti. Si parte dall'osservazione del comportamento, momento imprescindibile e fondante, ma che non esaurisce in sé le possibilità di conoscenza del paziente, e, piuttosto, ne istituisce solo le premesse. La decisione di accettare o meno una richiesta di inserimento e la proposta al paziente di frequentare il CD per un certo numero di

giorni o di partecipare a specifiche attività spesso viene formulata sulla base di parametri e valutazioni altamente razionalizzati. In questa fase, il lavoro dell'equipe è generalmente poco conflittuale e – al netto del timore dell'ignoto, sempre presente e variamente declinato – è condivisa la percezione di poter intervenire efficacemente seguendo sentieri già percorsi. Con il passare del tempo, da un lato, si consolidano relazioni e coinvolgimenti; dall'altro, il percorso ed i progetti si fanno sempre più personalizzati e meno prevedibili. Da un altro punto di vista ancora, emerge con maggiore evidenza l'incastro equilibrato ma potenzialmente perverso tra istanze regressive ed istanze emancipative, sia nel paziente che nel gruppo curante, e si fanno sempre più importanti, anche se difficili da perseguire, le finalità della riabilitazione, della risocializzazione e del reinserimento, scansando i rischi, opposti ma simmetricamente pericolosi, del drop out e della cronicizzazione. L'accesso alle attività diventa non più solo il pretesto per mettere in campo abilità e risorse residue, ma anche un terreno nuovo di esplorazione delle possibilità e dei limiti della cura, in un percorso condiviso dal paziente e dall'equipe. Centrale diventa la figura dell'operatore di riferimento, che a questo punto generalmente non è più la persona scelta dall'equipe al momento dell'inserimento, ma la persona scelta dal paziente nelle sue interazioni quotidiane. È questa la fase più critica del percorso, esaurendosi la quale è inevitabile che ci si ponga esplicitamente la questione delle dimissioni. Le dimissioni – proposte e rimandate, temute e desiderate, pensate ed agite – rimettono in campo le sfide, i rischi ed i timori che il paziente ha portato con sé al momento dell'inserimento, alla luce però di un percorso di cura comunque avvenuto, indipendentemente dalle valutazioni tecniche o di valore che su di esso possano essere formulate (11, 12, 13).

La sfida ed il rischio, tanto per il paziente quanto per l'equipe, diventano riconoscere la necessità di tornare ad affrontare contesti di vita non strutturati e non terapeutici - ma non necessariamente patologici - e contem-

poraneamente accettare che, pur essendo avvenuti dei cambiamenti e generalmente un miglioramento delle condizioni cliniche e spesso anche familiari, è necessario rinunciare alle attese di guarigione totale e di restituito ad integrum più o meno consapevolmente coltivate al momento dell'ingresso in Centro Diurno. Ciò si traduce nel ridimensionamento delle aspettative di avere un "lavoro vero" e una "vita normale", a favore di un impegno nella ricerca e nel mantenimento di occupazioni possibili e di relazioni sostenibili. Pensiamo quindi ad una guarigione sociale prima che clinica, da perseguirsi attraverso la valorizzazione delle potenzialità effettive del paziente, fuori da meccanicismi efficientistici da elevata emotività espressa, che rischiano di esporre il paziente al rischio di riacutizzazione.

## **IL PUNTO DI VISTA QUANTITATIVO E DESCRITTIVO: QUANDO E COME TERMINANO I PERCORSI RIABILITATIVI PRESSO IL CENTRO DIURNO "GHIAIE"**

Il Centro Diurno "Ghiaie" di Bonate Sopra (BG) ha aperto il 15 gennaio 2002, inizialmente con un accreditamento per 20 pazienti giornalieri, dal 1 maggio 2010 per 19.

I dati qui riportati sono stati raccolti attraverso il programma regionale lombardo di rilevazione di dati "Psiche" e si riferiscono al periodo compreso tra il 15 gennaio 2002 ed il 31 dicembre 2010.

Dall'inizio del 2002 alla fine del 2010 sono giunte all'equipe del Centro Diurno 137 domande di ammissione di pazienti provenienti dal CPS di Bonate Sotto (BG), il cui bacino d'utenza è costituito dalle aree dell'Isola Bergamasca e della Valle Imagna, per un totale di oltre 150.000 abitanti. Di queste, 12 sono state archiviate senza esitare in un inserimento in CD: nella maggior parte dei casi, il paziente ha rinunciato, concordando soluzioni alternative con il proprio curante del CPS. In alcune situazioni, l'inserimento è stato rifiutato dopo il colloquio

iniziale di presentazione della struttura: le motivazioni che più spesso sono risultate sottese a questa decisione sono state la difficoltà a pensarsi utente di una struttura psichiatrica e la difficoltà a confrontarsi o identificarsi con gli altri pazienti, il cui disagio o la cui bizzarria possono in alcuni casi apparire evidenti e condizionare la scelta. Più raramente, vi sono state oggettive difficoltà nel raggiungere la struttura da parte di pazienti non automuniti e non raggiungibili dal nostro mezzo o dai servizi di volontariato comunemente utilizzati in questi casi con la mediazione dei comuni. In un numero estremamente limitato di casi, infine, la proposta di inserimento è stata ritirata dal curante del CPS perché la situazione clinica del paziente si è nel frattempo modificata e si è ritenuto più opportuno il ricovero o l'inserimento in un altro tipo di struttura.

Nel complesso, quindi, il Centro Diurno ha accolto 125 pazienti, dei quali 11 sono tuttora inseriti dal primo anno di attività. Il numero medio di nuovi accessi in un anno è di 29 pazienti, con un massimo di 42 nel 2002 (anno di apertura) ed un minimo di 17 nel 2006. Due pazienti hanno avuto due inserimenti in CD, essendo state dimesse e poi reinserite a distanza di mesi o anni.

Al momento della dimissione, 78 pazienti sono tornati presso il proprio domicilio e la competenza del caso è ritornata esclusivamente al CPS; 15 sono stati inseriti in altra struttura, di cui 1 in RSA; 1 in CDI (CD Integrato per anziani); 4 in CRA; 3 in CPA e 3 in CPM; 1 in CSS (Comunità Socio Sanitaria); 1 in CSE (Centro Socio Educativo); 1 in Comunità per doppia diagnosi.

Nel 2004 si è verificato, presso il proprio domicilio, il decesso per suicidio di un paziente inserito, mentre sono deceduti dopo le dimissioni dal CD altri 3 pazienti, 1 per suicidio e 2 per patologie fisiche.

L'inserimento in RSA o in CDI è stato programmato per due pazienti ultrasessantenni in buon compenso psichico, che necessitavano di interventi assistenziali piuttosto che riabilitativi e che non potevano disporre di adeguati livelli di assistenza presso il proprio domicilio.

Là dove il contesto familiare ne ha consentito la realizzazione, per altre pazienti "anziane" è stato possibile, lavorando di concerto con l'équipe del CPS e con le amministrazioni comunali, procedere al reinserimento presso il proprio domicilio, ma con l'ausilio di personale destinato all'assistenza. In alcuni casi si è trattato di "badanti" reclutate e pagate dalla famiglia, in altri casi è intervenuto il Comune di residenza a sostenere economicamente almeno una parte delle spese o a fornire interventi mirati di assistenza domiciliare.

L'inserimento in CRA si è reso necessario per 4 pazienti, per i quali era diventato insostenibile vivere presso il proprio domicilio, non riuscendo più i familiari a sostenere il carico della convivenza col disagio psichico aggravatosi del paziente. Il passaggio di struttura è stato organizzato e realizzato con gradualità, in un caso consentendo a lungo la partecipazione del paziente ad una delle attività del CD, così che mantenesse prima e concludesse progressivamente poi il coinvolgimento con la struttura, con gli operatori e con gli altri pazienti.

I 6 inserimenti in CPA o CPM sono stati l'esito invece di lunghe riflessioni a proposito di pazienti con situazioni familiari e qualità della vita pesantemente deteriorati dalla malattia, per i quali si è ritenuto opportuno pensare a soluzioni riabilitative protette di più lungo periodo. Si trattava di pazienti non sufficientemente anziani o non sufficientemente ben compensati da ipotizzare un inserimento in RSA, ma per i quali l'intensità riabilitativa di una CRA o del CD stesso potevano risultare eccessivamente stimolanti. Sono stati inoltre inviati in una CSS una paziente con Disturbo Bipolare che, con il passare del tempo, si era gravemente deteriorata dal punto di vista cognitivo fino a perdere le minime abilità necessarie a sostenere la permanenza in CD; in una Comunità per doppia diagnosi un paziente per il quale l'abuso di sostanze rappresentava un problema almeno altrettanto critico del disagio psichico e che necessitava di essere curato in una struttura specifica; in un CSE un giovane paziente gravemente disturbato in senso psicotico fin

dall'adolescenza, su probabile base organico-infettiva, che era eccessivamente stimolato dalla partecipazione alle attività del Centro, ma che ha frequentato il gruppo corollario fintanto che non è stato disponibile un posto nella struttura più adatta, consentendo anche ai familiari uno spazio di sollievo e di sostegno nell'elaborazione ed accettazione della disabilità del figlio. Questi progetti hanno richiesto, attraverso l'intervento delle assistenti sociali del CPS, un intenso lavoro di collaborazione con altre istituzioni sociali e sanitarie, in particolare i Comuni e l'ASL (Servizio Disabili e Servizio Dipendenze). Va considerato come, in questi anni di contrazione e razionalizzazione delle risorse, distinguere tra terapeutico/riabilitativo ed assistenziale implica l'attribuzione dei costi a soggetti diversi dall'Azienda Ospedaliera (ASL, Comune, famiglia), ciò che rende le dinamiche istituzionali più complesse e talvolta critiche.

La maggior parte dei pazienti seguiti alle "Ghiaie", tuttavia, è rientrata presso il proprio domicilio e ha continuato ad essere seguita ambulatorialmente presso il CPS. Di questi pazienti non ci viene comunicato, d'abitudine, dal CPS se abbiano usufruito in un secondo momento delle prestazioni dell'altro Centro Diurno dell'UOP o se siano stati ulteriormente ricoverati in strutture pubbliche o private accreditate, anche se sappiamo che interventi di questo tipo si sono resi necessari, ma non siamo, al momento, in grado di quantificarne l'entità. Come detto, per due pazienti è stato proposto un secondo inserimento in CD dopo le dimissioni ed un periodo relativamente lungo di sole cure ambulatoriali.

La dimissione dal CD, che può essere contrattata con l'utente da solo, oppure condivisa con la famiglia d'origine o acquisita, si rende generalmente pensabile e realizzabile in occasione di cambiamenti significativi delle condizioni che inizialmente avevano portato a scegliere l'inserimento in CD. Ciò può coincidere – ed è la prima delle possibilità – con una modificazione delle condizioni psicopatologiche del paziente, sia in senso positivo che negativo. Nei casi in cui si abbia un miglioramento, le

dimissioni vengono programmate quando si ritengono raggiunti e sufficientemente consolidati obiettivi come: buona aderenza alla terapia; riduzione dei comportamenti disadattivi, siano essi di ritiro ed isolamento oppure di discontrollo e disinibizione; acquisizione di uno stile di vita più salutare da mantenersi al domicilio, grazie al recupero di abilità di base e strumentali anche minime (cura di sé e del proprio ambiente di vita); adesione a progetti gestiti dal CPS di inserimento lavorativo in cooperativa o di reintegro presso il precedente posto di lavoro. Qualora il cambiamento coincida invece con un peggioramento, si ha in genere un drop out determinato dal (ri)acutizzarsi della sintomatologia, spesso in concomitanza con l'auto-sospensione della terapia farmacologica. In questi casi, solitamente non si procede alle dimissioni in prima battuta. Piuttosto, segnalata la situazione al CPS, si procede di concerto a favorire il rientro del paziente presso il Centro Diurno, anche con visite domiciliari congiunte ed eventualmente mantenendo aperta la cartella in attesa del suo rientro, anche se nel frattempo ricoverato in altra struttura o in reparto. È comunque possibile che alcuni pazienti interrompano la frequenza e rifiutino di tornare presso la nostra struttura senza aver concluso il percorso previsto.

Il secondo fattore che abbiamo constatato coincidere spesso con la conclusione dei percorsi in CD è il mutamento degli equilibri familiari, che spesso rende possibile o necessario il ritorno alla permanenza in casa durante la giornata del paziente, che prima era invece considerata eccessivamente gravosa per i familiari. Ad esempio, abbiamo "perso" - ma loro si sono almeno in parte "ritrovati" - un certo numero di pazienti in occasione della malattia o della morte di un congiunto, dell'uscita di casa di un fratello/sorella, di cambiamenti di abitazione. Tutte queste evenienze sembrano avere favorito il costituirsi di un nuovo spazio possibile per il paziente, anche se non necessariamente coincidono con un miglioramento delle condizioni cliniche o del clima familiare nel suo complesso.

## 2. IL PUNTO DI VISTA QUALITATIVO E NARRATIVO: UN'ESPERIENZA DI RISOCIALIZZAZIONE SUL TERRITORIO ATTRAVERSO LA RETE DEI SERVIZI SOCIALI E LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Se quelle sopra esposte sono le condizioni che generalmente precedono e favoriscono il distacco dei pazienti dal nostro Centro Diurno, è pur vero che, nel corso degli anni, abbiamo anche dovuto affrontare la questione di come evitare che il CD diventasse per alcuni – generalmente soli, malati da anni e con poche risorse economiche, relazionali e sociali – l'unico punto di riferimento possibile, annullando ogni possibilità di darsi un'identità al di fuori di quella di paziente dei servizi psichiatrici. Si tratta di situazioni in cui il rischio di cronicizzazione e cronificazione sono particolarmente elevati e in cui la frequenza del Centro Diurno e l'adesione totale al ruolo di malato possono risultare controproducenti. Può accadere che i vantaggi secondari della malattia vengano percepiti come prevalenti rispetto ai vantaggi, ma anche ai rischi, del reinserimento: la rinuncia al proprio ruolo nella famiglia e nella società viene allora subordinata alla possibilità di godere di vantaggi materiali come la pensione di invalidità civile, l'indennità di accompagnamento, l'assegno di indennità lavorativa o l'inabilità totale INPS, la possibilità di usufruire gratuitamente di servizi come il trasporto in CD, il riscaldamento diurno, la mensa, la doccia, le attività riabilitative (che vengono utilizzate come genericamente ludiche o ricreative, svalutandone il potenziale riabilitativo e terapeutico). Questo tipo di atteggiamento è talvolta sostenuto dai familiari stessi che, dovendosi difendere dalla sofferenza connessa al carico materiale ed emotivo legato alle cure di un paziente con psicosi, possono cedere alla tentazione di renderne pubblici i costi, mantenendone privati gli eventuali vantaggi. Situazioni di questo tipo rischiano di innescare delle pericolose spirali regressive e di strut-

tive, sia nella relazione paziente-operatori – che rischia di trasformarsi in un braccio di ferro ininterrotto –, sia all'interno del gruppo dei pazienti, dove i pazienti su questa via di cronicizzazione possono presentarsi ed essere percepiti come portatori di una possibilità di fuga dalla malattia attraverso la fuga dalla cura. Confrontarsi con questa problematica porta a galla negli operatori vissuti di rabbia ed impotenza, che minano la possibilità di intervenire efficacemente, fino ad indurre agiti espulsivi o recriminatori o, viceversa, disinvestimenti altrettanto radicali ed ingiustificati.

Nel corso degli ultimi due anni abbiamo cercato di fronteggiare questo tipo di situazioni, là dove ci siamo accorti per tempo dell'insorgere di queste dinamiche, lavorando insieme ai pazienti stessi per estendere il loro orizzonte emotivo e relazionale al di fuori del Centro Diurno, coinvolgendo in prima istanza l'équipe del CPS e in seconda battuta la rete territoriale formale ed informale. Abbiamo cercato, in questo modo, di accogliere le lamentele di pazienti che si sentivano "tormentati" o, viceversa, "trascurati", come richieste di modificazione del tipo di intervento in atto con loro. Abbiamo ritenuto opportuno, nei casi in cui molti degli obiettivi riabilitativi di partenza erano stati raggiunti, coinvolgere i pazienti nelle riflessioni sul loro percorso, attraverso interventi educativi individualizzati e mirati. Spesso ne è emersa una richiesta di emancipazione ed autonomizzazione, accompagnata allo stesso tempo dal timore di sentirsi abbandonati e non competenti in un contesto non familiare e non protetto. Uno di questi pazienti ci ha sorpreso, avendo già formulato dentro di sé un obiettivo secondo noi realistico e raggiungibile: dedicare mezza giornata alla settimana al volontariato nel proprio paese. La scelta dell'équipe è stata di cogliere la sfida lanciata da questo paziente, e di fornirgli il supporto e la mediazione necessari a concretizzare questa sua aspirazione, accompagnandolo nella fase iniziale di progettazione e contatto con le realtà associative locali, lasciandolo poi libero di esplorare il proprio ambiente e di sperimentarsi da solo.

Gli si è anche garantita la continuità della frequenza del CD, modificata in base alle nuove necessità e con uno spazio dedicato con un educatore per potersi confrontare sull'evoluzione del progetto.

Nonostante si tratti di esperienze ancora in embrione, non generalizzabili a tutti i pazienti in ogni fase del percorso riabilitativo, riteniamo che per noi abbiamo rappresentato la possibilità di affrontare in modo nuovo e costruttivo la sfida che spesso i pazienti ci propongono, superata la fase acuta della malattia, recuperate le abilità di base e sociali fondamentali, acquisita una sufficiente consapevolezza di sé e della propria storia, sfida che si può riassumere nella domanda: e adesso?

Riportiamo qui l'esperienza del signor X, per come l'abbiamo costruita ed elaborata insieme a lui, consapevoli che non è scevra da criticità e punti ciechi, ma convinti che abbia rappresentato per noi la possibilità di rispondere alla sua domanda senza respingerla e senza però rivendicarne la paternità, annullando l'iniziativa del paziente nella progettualità dell'équipe.

Presentiamo anche i risultati di tre strumenti di valutazione somministrati prima dell'inizio del progetto e trenta mesi dopo, quando lo si è potuto considerare bene avviato: si tratta di *Q-LES-Q - Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire* (14), *SAS-II - Social Adjustment Scale - II* (15) e *SBS - Social Behaviour Scale* (16). Si è scelto di utilizzare degli strumenti di valutazione standardizzati nel tentativo di ottenere dei dati maggiormente attendibili rispetto alla sola valutazione clinica circa il funzionamento sociale del paziente e la sua soddisfazione rispetto ad esso e, quindi, circa la riuscita del progetto. La Q-LES-Q fornisce indicazioni circa la percezione che il paziente ha della qualità della propria vita, anche dal punto di vista socio-relazionale; la SAS-II indaga l'adattamento sociale ed i relativi cambiamenti con specifico riferimento ai pazienti schizofrenici; la SBS fornisce un quadro della compromissione dei comportamenti sociali in pazienti psicotici con lunga storia di malattia, anche inseriti in strutture riabilitative.

## Il Signor X

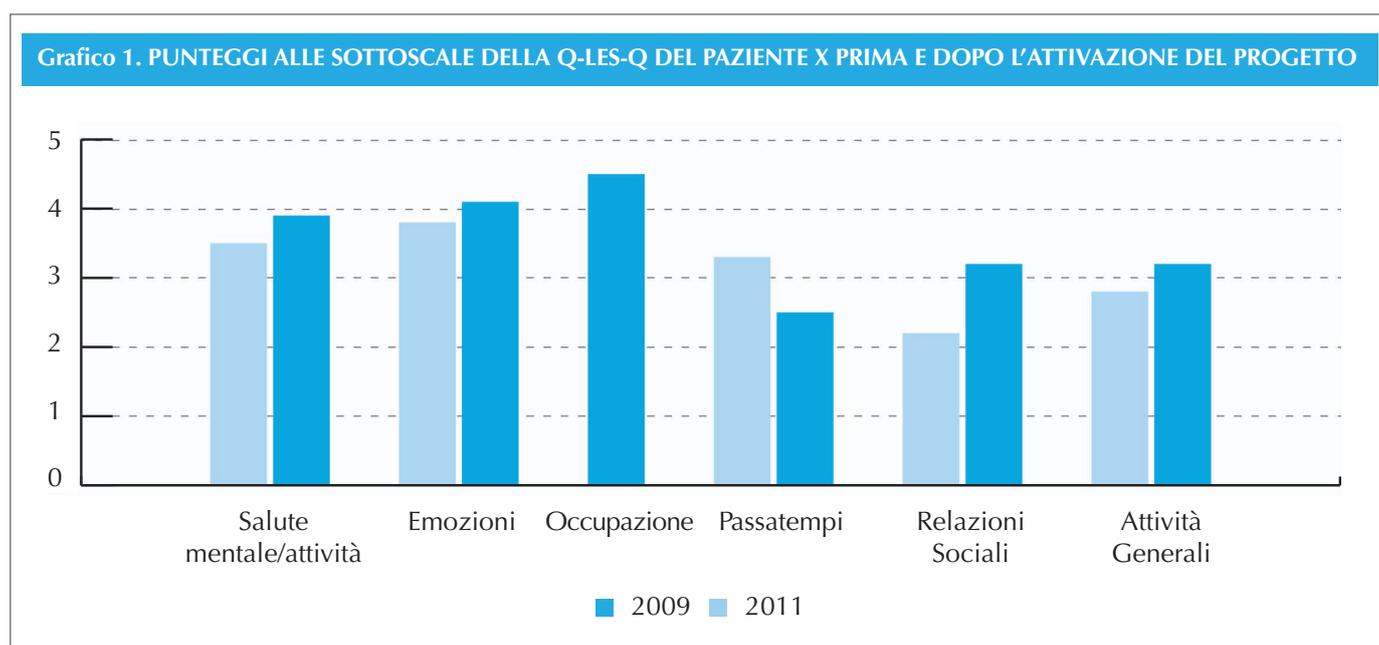
Il signor X, 51 anni, con Disturbo di Personalità Narcisistico, è stato inserito in CD per contrastare un importante movimento regressivo, che lo aveva portato ad essere affettivamente molto coartato ed isolato dal punto di vista relazionale, dopo un grave scoppio psicotico avvenuto poco dopo la separazione dalla moglie, con la quale ha avuto due figli. Nei primi anni di malattia è stato seguito dal CPS del suo territorio d'origine, adattandosi a soluzioni abitative estremamente precarie in mancanza di reddito e del sostegno della famiglia acquisita. È quindi giunto per competenza territoriale al nostro CPS quando si è trasferito nel paese della sorella (a propria volta paziente del CPS), su sollecitazione della stessa. Inizialmente viveva da solo, ma con grosse difficoltà nella cura della propria persona, dell'abitazione ed economiche, con rapporti sporadici con i figli e l'ex moglie e nulli con il nuovo contesto sociale. Attualmente, convive con la sorella e la famiglia di lei. Accolto dal nostro CPS, è stata ottimizzata la terapia, richiesta ed ottenuta l'indennità INPS per parziale inabilità lavorativa e avviato il percorso in Centro Diurno con finalità riabilitative e risocializzanti. Parallelamente, è stato affiancato individualmente da un educatore del Progetto Innovativo TR-40 "Paziente grave e comunità sociale". Grazie alla combinazione di interventi di gruppo ed individuali è stato possibile per X raggiungere un buon compenso psichico ed un ragionevole grado di interesse per le attività e le relazioni possibili in CD. Particolare attenzione è stata data alla ripresa dell'autonomia ed al recupero di un'autoestima sufficiente a rendere pensabile il confronto con situazioni e persone esterne al circuito della psichiatria. Un primo approccio, in questo senso, si è avuto con la frequenza di una bocciofila nel Comune di residenza (dopo la partecipazione al gruppo bocce del CD), dove è stato inizialmente accompagnato dagli operatori, poi da volontari e che ora frequenta in modo autonomo. Un secondo passaggio si è avuto quando, pur con modalità provocatorie e svalutanti nei confronti del CD, che gli sono proprie, ha avanzato la possibilità di

impegnarsi come autista del servizio di trasporti comunale. Dopo un lavoro di esplorazione delle motivazioni e di ricalibramento delle aspettative, gli si è proposta una sorta di “accompagnamento a distanza” in un progetto di tirocinio risocializzante in un’associazione di volontariato per creare un aggancio con il Comune di residenza e sperimentarsi in un ruolo diverso da quello di paziente del Centro Diurno. Contemporaneamente, gli si è proposto un modo nuovo di frequentare il CD, dando più spazio al bisogno di essere valorizzato e meno a quello di essere accudito. Si è quindi lavorato con X perché fosse ingaggiato come autista volontario, focalizzando l’esperienza sulla responsabilizzazione e sull’evoluzione del suo modo di porsi rispetto all’ambiente. In una prima fase un educatore ha accompagnato il paziente nella ricerca di enti e persone cui rivolgersi per ottenere informazioni in merito alla pratica del volontariato nel suo paese. Si sono contattati l’Assistente sociale e l’Educatore professionale dei Servizi sociali del Comune, con i quali si è organizzato un incontro di conoscenza reciproca, durante il quale il paziente stesso, accompagnato dall’educatore, ha esposto la propria richiesta di partecipazione al gruppo di volontari del trasporto comunale. Nel corso di questo e di successivi

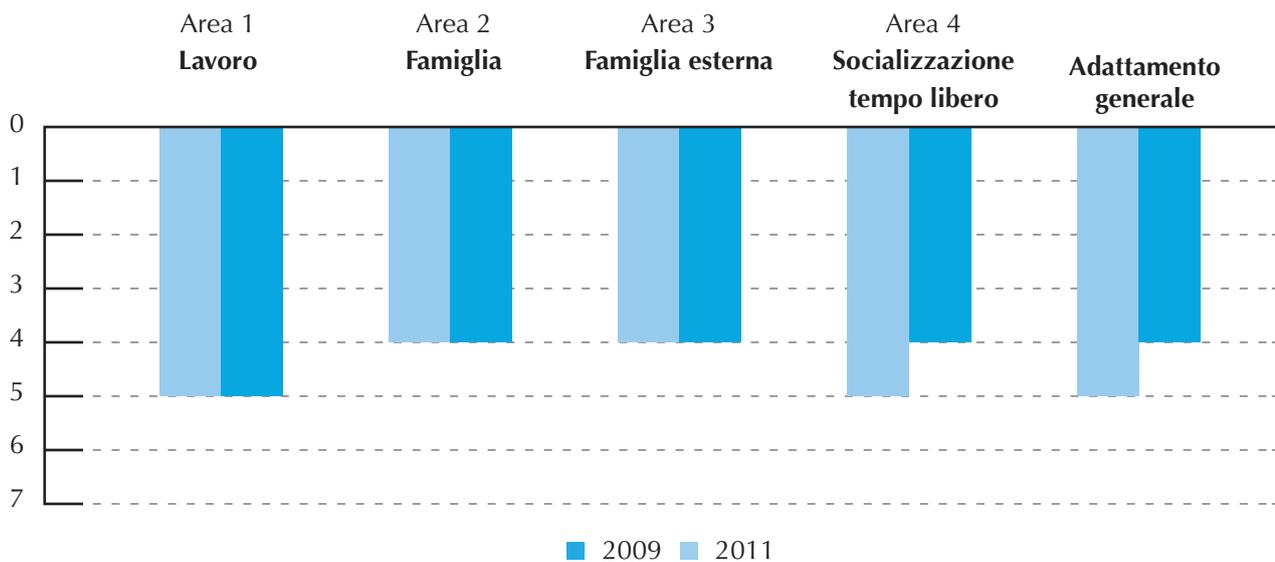
colloqui, nei quali non era accompagnato, il paziente ha espresso le proprie esigenze e disponibilità, così come le proprie perplessità e criticità, contrattando in prima persona il proprio impegno. Si è deciso, pertanto, che il paziente avrebbe affiancato il volontario dei trasporti comunali per mezza giornata alla settimana, non escludendo per il futuro la possibilità che guidasse egli stesso (ciò che attualmente fa regolarmente). Parallelamente, grazie alle assistenti sociali di Comune e CPS, si è ottenuto un rimborso spese attraverso un voucher sociale.

Da un punto di vista clinico, dopo trenta mesi dall’inizio del progetto, si è osservato, da un lato, un netto decremento degli atteggiamenti svalutativi e provocatori nei confronti di operatori e pazienti del CD, là dove il paziente si propone invece con maggior sicurezza ma anche con maggior fiducia e capacità di ironizzare. Dall’altro lato, il paziente sta mettendo in campo buone capacità di mantenere gli impegni presi e di gestire autonomamente la relazione con volontari ed utenti, anche superiori a quelle che era stato possibile osservare in CD.

Per quanto riguarda gli strumenti di valutazione proposti prima del progetto e dopo, se ne riportano i risultati sotto forma di grafico, seguiti da brevi commenti:



**Grafico 2. PUNTEGGI ALLE SOTTOSCALE DELLA SAS-II DEL PAZIENTE X PRIMA E DOPO L'ATTIVAZIONE DEL PROGETTO**

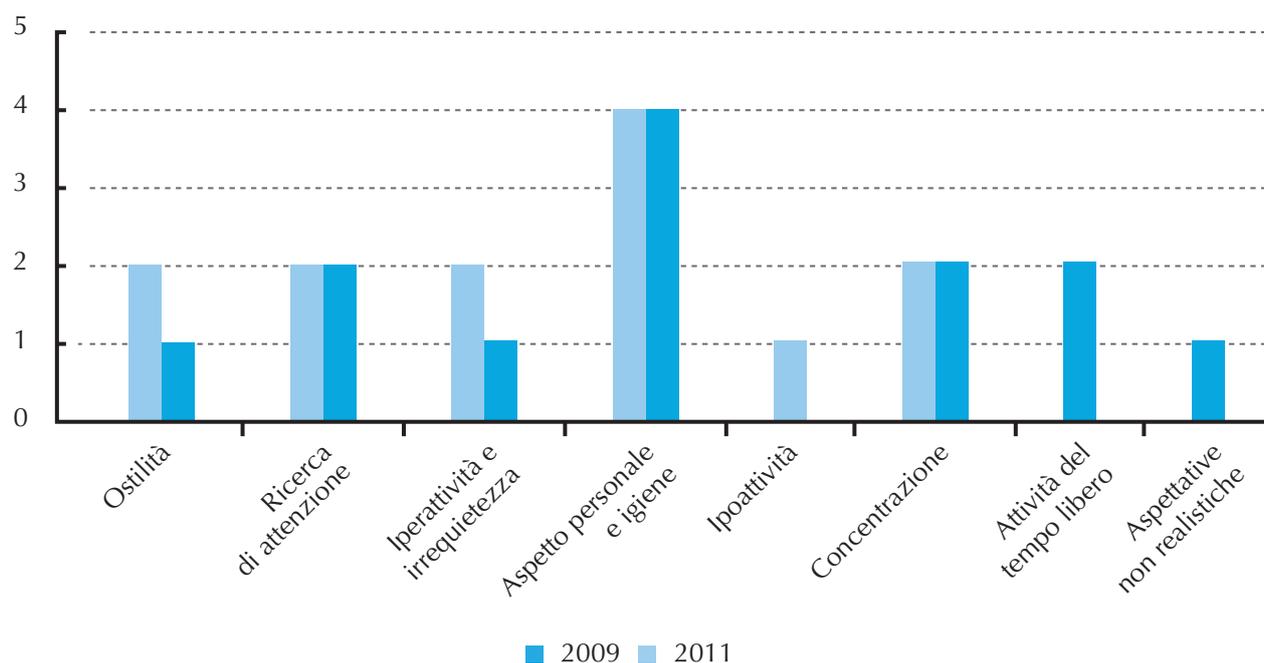


Per ciò che concerne la qualità di vita percepita dal paziente, misurata con la Q-LES-Q, si osserva un incremento della soddisfazione in cinque delle sei aree valutate dalla scala: salute fisica/attività, emozioni, occupazione (non valutata nel 2009, in assenza di contesti cui riferire gli item), relazioni sociali e attività generali. L'unica area che ha visto un decremento della soddisfazione è quella dei passatempi, che fa riferimento alle attività coltivate in solitudine al domicilio (enigmistica, ascolto di trasmissioni sportive radiofoniche). Anche sulla base delle informazioni raccolte nel lavoro quotidiano col paziente, riteniamo di poter leggere questi dati come positivi e correlati all'attivazione del progetto: il riuscito inserimento in un contesto occupazionale e relazionale nuovo e stimolante ha rappresentato per il signor X un'occasione di miglioramento della qualità della vita, sia perché è aumentato il tempo che dedica ad attività che percepisce come costruttive e gratificanti, sia perché queste attività gli forniscono una motivazione a coinvolgersi maggiormente negli altri ambiti (dalla cura del sé alle relazioni), con un aumento complessivo dello stato percepito di benessere.

La SAS-II fornisce, a partire da un'intervista semi-

strutturata, una valutazione del livello di adattamento sociale in cinque aree: lavoro, famiglia, famiglia esterna, socializzazione e tempo libero e benessere personale. Tanto più alti sono i punteggi, tanto più marcata è la compromissione del funzionamento in quell'area. Per il signor X, l'area più problematica era e resta quella lavorativa, rispetto alla quale l'impegno di un solo giorno alla settimana non è sufficiente a determinare una modificazione dei punteggi, lasciando inalterata la valutazione di "adattamento scadente". Una modificazione si è registrata nell'area della socializzazione e del tempo libero, dove si è passati da un livello di "adattamento scadente" ad uno di "adattamento discreto" e un analogo miglioramento si è avuto per l'adattamento generale. Anche in questo caso, riteniamo di poter leggere questi dati come riscontro positivo del progetto, che sembra avere avuto un impatto non solo sul piano della risocializzazione, ma anche dell'adattamento generale. Abbiamo rilevato un cambiamento anche qualitativo nel funzionamento relazionale del paziente, che sembra maggiormente in grado di tenere in considerazione bisogni e punti di vista altrui, sia in famiglia che all'esterno. Contemporaneamente, sembra anche più sensibile rispetto ai possibili attriti e

Grafico 3. PUNTEGGI ALLE SOTTOSCALE DELLA SBS DEL PAZIENTE X PRIMA E DOPO L'ATTIVAZIONE DEL PROGETTO



riferisce un maggior livello di sensi di colpa: riteniamo che questo dato testimoni non tanto un deterioramento dei rapporti, quanto maggiore attenzione e consapevolezza nei confronti dell'altro e delle proprie emozioni.

Infine, si è valutato il comportamento sociale del paziente con la SBS, che prende in considerazione le possibili menomazioni nel funzionamento relazionale determinate dalla presenza di sintomi psicotici. Solo una parte degli item si è rivelata utile nel caso del signor X, che non è affetto da schizofrenia (e quindi non manifesta né mai ha manifestato disturbi del comportamento o bizzarrie legati alla produttività della malattia) ma da grave disturbo di personalità di tipo narcisistico e che ora si trova da tempo in condizioni di buon compenso psichico. Ciò che si è potuto osservare, comunque, è stata una diminuzione dei livelli di ostilità manifesta (la provocatorietà e l'oppositività essendo due tratti distintivi della sua personalità), di iperattività ed irrequietezza così come di ipoattività. Allo stesso tempo, è migliorata l'occupazione del tempo libero. Riteniamo che questi dati, congiunti, siano il risultato di una maggior finalizzazione

delle attività intraprese e dell'estensione del contesto di vita del paziente. Infine, è aumentato significativamente il livello delle aspettative irrealistiche: non si può escludere che anche questo possa essere correlato alla maggior attivazione socio-relazionale e costituisce sicuramente uno degli obiettivi dei prossimi interventi.

A conclusione di questo contributo, vogliamo sottolineare come la nostra intenzione sia stata quella di proporre riflessioni – e non soluzioni – sui modi ed i tempi con cui si sceglie di calibrare gli interventi in Centro Diurno, particolarmente nella fase di dimissione, che riteniamo essere la più difficile, complessa e sollecitante, tanto per i pazienti quanto per gli operatori.

(1) Resp. FF UOP 14, Psichiatra e (2) Psicologhe Centro Diurno Ghiaie di Bonate Sopra, AO Treviglio; (3) Dir. DSM A.O. S. Carlo di Milano; (4) Dir. DSM A.O. di Legnano; (5) Dir. DSM AO S. Gerardo Monza, Prof. Ass. Univ. Milano-Bicocca (6) Dir. DSM A.O. di Pavia; (7) Dir. DSM A.O. Fatebenefratelli di Milano; (8) Dir. DSM A.O. di Garbagnate Milanese; (9) Dir. DSM A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Tomaselli G., Fenaroli S., Papetti O., De Paoli G., Biffi G., Mencacci C. (2009), *Il Centro Diurno come fulcro dell'attività riabilitativa in psichiatria. Storia di un'esperienza*, 2002-2008. ERREPIESSE, 43-52, II-2009.
2. Tomaselli G., Fenaroli S., Papetti O., Pezzani G., Biffi G., Cerati G., De Paoli G., Mencacci C., Percudani M. (2010), *Nuovi compiti e funzioni per i Centri Diurni oggi tra progetti innovativi e residenzialità leggera*, ERREPIESSE, 26-32, I-2010.
3. Biffi G., Zappalaglio C., Tomaselli, G. e Mondadori, M., *Riflessioni sull'esperienza iniziale dell'équipe psichiatrica all'interno di una struttura intermedia*, In Siani R., Siciliani O., Burti L., Strategie di psicoterapia e riabilitazione, 1990, Feltrinelli, Milano.
4. Farkas M.D., Anthony W.A., *Outcome analysis in psychiatric rehabilitation*, In M. Fuhrer (a cura di), Outcome Assessment in Rehabilitation, Brookes Publishing, 2004, Baltimore.
5. Mencacci C., Giannelli A., *Etica: continuiamo a parlarne, il dilemma etico in psichiatria*, Fondazione P. Varenna, 1991, Milano.
6. Rabboni M., *Etica della riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, 1997, Milano.
7. Cerati, G., *Case management psichiatrico, sussidiarietà dei servizi, integrazione degli interventi*, relazione tenuta al congresso Case management in psichiatria: un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie, 4 febbraio 2009, Bergamo.
8. Percudani, M., *Dal percorso istituzionale all'operatività clinica: le azioni innovative regionali in psichiatria*, relazione tenuta al congresso Case management in psichiatria: un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie, 4 febbraio 2009, Bergamo.
9. Carozza P., *La Riabilitazione Psichiatrica nei Centri Diurni: aspetti clinici ed organizzativi*, Franco Angeli, 2003, Roma.
10. Ferro A. M., Buscaglia G., *Il Dipartimento di salute mentale. I nuovi strumenti per l'assistenza psichiatrica*, in Lavorare in psichiatria, Bollati Boringhieri, 2005, Torino.
11. Rabboni M. (2003), *Residenzialità - Luoghi di vita*, Incontri di Saperi, Franco Angeli, Milano.
12. Ferruta A., Galli T., Loiacono N., *Uno spazio condiviso. La terapia dei pazienti psicotici in una struttura intermedia*, Borla, 1994, Roma.
13. Bassi M., *La psichiatria territoriale in Italia: storia di un'esperienza*, in Manuale di psichiatria territoriale, a cura di J.V. Vaccaro, G.H. Clark Jr., M. Bassi, Raffaello Cortina, 1999, Milano.
14. Endicott J., Nee J. et al., *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure*, in Psychopharmacological Bulletin, 1993, 29:321.
15. Schooler N., Hogarty G.E., Weissman M.M., *Social Adjustment Scale II (SAS-II)*, in: Hargreaves W.A. et al. (Eds.), Resource materials for Community Mental Health Program Evaluators, ADM, Washington D.C..
16. Wykes T., Sturt E., *The measurement of social behaviour in psychiatric patients: An assessment of the reliability and validity of the SBS schedule*, in British Journal of Psychiatry, 148:1.

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

#### Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Nome e Cognome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:  
1. Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (Cummings et al., 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



## SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda  
della Società Italiana di Psichiatria

#### Presidenti:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)  
Massimo Clerici (*Monza*)

#### Segretario:

Mauro Percudani  
(*Garbagnate Milanese, MI*)

#### Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)

#### Membri di diritto:

Giorgio Cerati (*Legnano*)  
Emilio Sacchetti (*Brescia*)  
Silvio Scarone (*Milano*)  
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)

#### Presidenti Sezioni Speciali:

Arcadio Erlicher (*Milano*)

#### Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli, (*Milano*)  
Simone Vender (*Varese*)  
Antonio Vita (*Brescia*)  
Giuseppe Biffi (*Milano*)

#### Consiglieri Eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)  
Franco Spinogatti (*Cremona*)  
Costanzo Gala (*Milano*)  
Gabriella Ba (*Milano*)  
Cinzia Bressi (*Milano*)  
Claudio Cetti (*Como*)  
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)  
Nicola Poloni (*Varese*)  
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)  
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)  
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)  
Alessandro Grecchi (*Varese*)  
Francesco Bartoli (*Monza*)  
Lucia Volonteri (*Milano*)  
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)