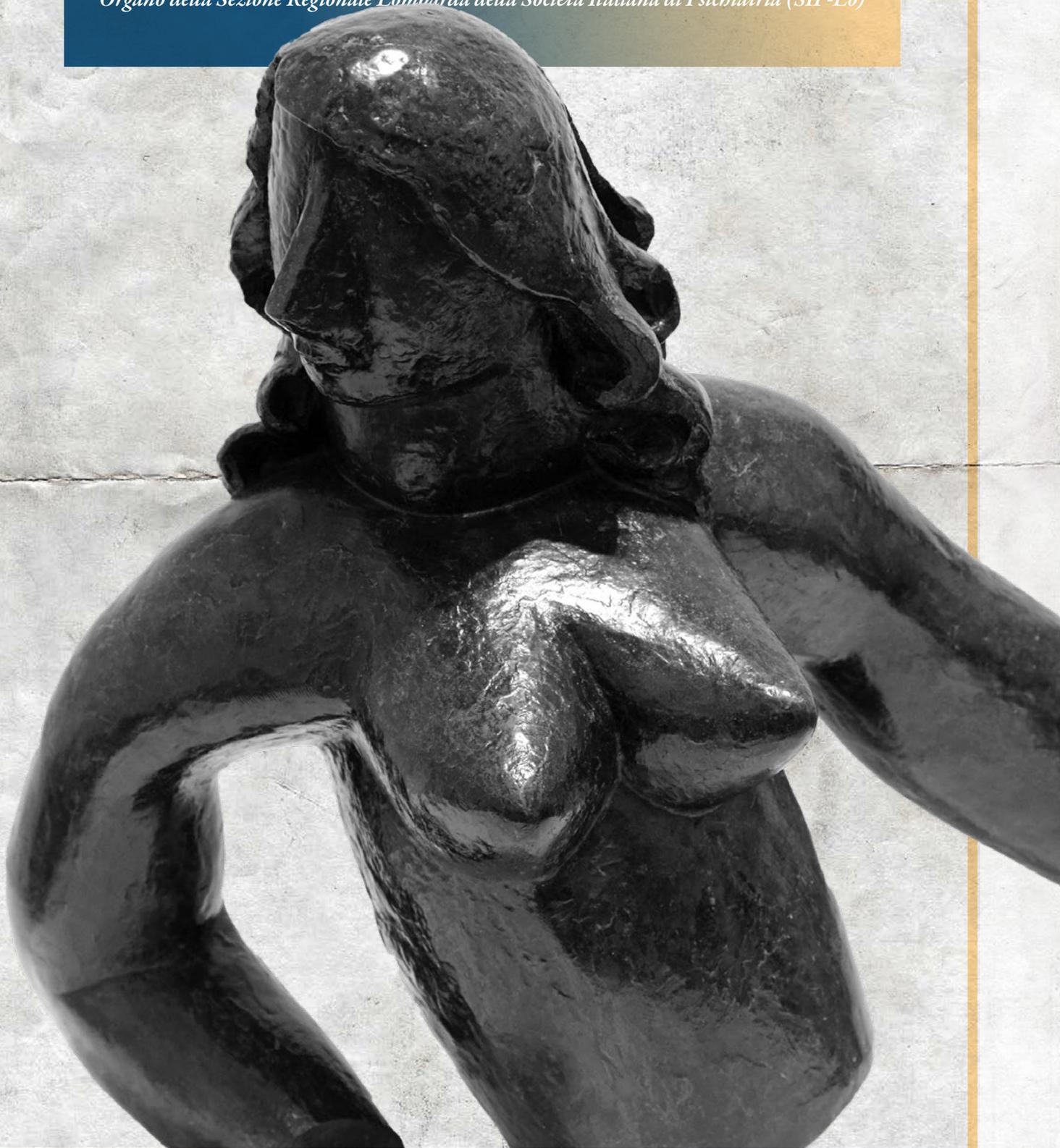




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXXIV • n. 1 • gennaio–giugno

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Clerici (Monza)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

**Comitato Scientifico:**  
Carlo Fraticelli (Como)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)  
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Luisa Arosio (Voghera)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Camilla Callegari (Varese)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Laura Novel (Bergamo)  
Pasquale Campajola (Gallarate)  
Giancarlo Belloni (Legnano)  
Marco Toscano (Gavagnate)  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Emilio Sacchetti (Milano)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Massimo Rabboni (Bergamo)

**Segreteria di Direzione:**  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

**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 Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 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.

### IN PRIMO PIANO

- 3** Siamo responsabili dei nostri sogni?  
di Giannelli A.
- 14** Una particolare attenzione all'ansia ai tempi del Covid-19  
di Cerveri G.
- 19** Tracciare la solitudine nel post Sindemia  
di Mencacci C.

### RECENSIONI

- 21** I grandi pensieri vengono dal cuore  
*Educare all'ascolto*  
di Giannelli A.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 23** Il Progetto innovativo TR65  
*Budget di salute dell'ASST Pavia*  
di Abbiati V., Marraffini E., Arosio P.L., Migliarese G., Politi P.
- 30** Study skills e intervento precoce  
di Amato L., Flauto S., Tirelli V., Meneghelli A., Monzani E.
- 35** Suonare per curare: il gruppo musica in riabilitazione psichiatrica  
*L'esperienza riabilitativa musical-letteraria nel vivere il tempo "so-speso" del primo lockdown*  
di Besana F., D'Amato M., Tanzi A., Silva A., Rocchetti M., Farinella E., Politi P.
- 46** La personalizzazione della cura nella schizofrenia  
*Un caso clinico*  
di Cusi L., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 53** I percorsi dell'urgenza  
*Rilevazione dell'intervento urgente psichiatrico presso il DEA del P.O. San Carlo Borromeo nel corso della seconda ondata della pandemia da COVID-19*  
di Grecchi A., Beraldo S., Maresca G., Martini A., Ferrarini F., Fui E., Faraci G., Santini A., Petri E., Salvaggio F., Tisi G., Gallotti P., Colombo M., Carozzi A., Magnolfi V., Candotti S., Ranieri R., Sileoni A., Miragoli P.

- 60** Psichiatria e migrazione  
*Dal riconoscimento della vulnerabilità all'accompagnamento alla cura di pazienti migranti, richiedenti asilo e vittime di tortura*  
di Marzagalia M., Calatroni R., Zanobio A., Cardullo A., Contini M., Curia M., Mosca L., Ruffetta C., Stirone V., Percudani M.

- 72** L'esperienza di una struttura residenziale riabilitativa di ASST Lariana in Appiano Gentile dedicata ai giovani adulti  
*Gli interventi e gli esiti*  
di Molinari G., Alamia A., Di Noia M.P., Menni A., Pini M., Di Leva A., Brambilla M., Casarin N., Cominardi S., Fraticelli C.

- 80** Nuovi orientamenti della contenzione fisica nei servizi psichiatrici italiani  
*crocevia di una rivoluzione silenziosa*  
di Nichini C., Alecci E.

- 91** Insorgenza di disturbi psichiatrici in pazienti ospedalizzati per infezione da SARS COV-2  
di Paletta S., Bonizzoni M., Vercesi M., Grasso F., Bertorello A., Grassi S., Cerveri G.

- 99** Recovery in psichiatria  
di Vaccaro A.G., Mencacci C.

### PSICHIATRIA FORENSE

- 115** La prescrizione farmacologica OFF LABEL in psichiatria  
di Mantovani R. e Mantovani L.

### LA RICERCA INFERMIERISTICA IN SALUTE MENTALE

- 117** L'intelligenza emotiva degli infermieri e la soddisfazione dell'utente nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura  
*Studio osservazionale*  
di Iacometti G., Parini A.M., Frediani G., Moro C.

IN COPERTINA: *Baigneuse (fragment)*, Henri Laurens, 1931  
Collezione Tate Modern

© Marie-Lan Nguyen / Wikimedia Commons / CC-BY 2.5

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)

# La personalizzazione della cura nella schizofrenia

## Un caso clinico

*Cusi Laura, Porcellana Matteo, Morganti Carla, Percudani Mauro*

### INTRODUZIONE

La presa in carico dei pazienti con schizofrenia si è profondamente modificata negli ultimi anni, in seguito allo sviluppo di nuovi paradigmi di cura, non più orientati solo alla remissione sintomatologica, ma al raggiungimento di una completa “recovery” clinica, funzionale e personale dei pazienti.

In tale contesto la valutazione soggettiva dell'esperienza di cura rappresenta una rilevante dimensione nella valutazione dell'esito degli interventi. Al contempo, le evidenze scientifiche più recenti, e la pratica clinica quotidiana, insegnano che non tutti gli interventi (farmacologici e psicosociali) sono adatti a tutti i pazienti nello stesso modo.

Dunque la personalizzazione e l'integrazione dei trattamenti sono divenuti, in questi anni, un focus centrale della ricerca e della clinica in psichiatria.

Poiché il tasso di recovery dei pazienti con schizofrenia nella pratica clinica resta ancora basso, con livelli elevati di disabilità personale e sociale, carico familiare e difficoltà lavorative e scolastiche, un'adeguata gestione clinica dei pazienti con schizofrenia deve includere una diagnosi accurata e precoce, la personalizzazione e la continuità delle cure.

Un approccio “personalizzato” al paziente, volto alla valutazione dello stato di salute e di malattia di quel paziente necessita l'individuazione di interventi psicosociali e farmacologici integrati, considerando ogni azione appropriata per il miglioramento dell'efficacia dei singoli farmaci e dei singoli interventi e la riduzione di eventuali effetti collaterali con l'obiettivo del migliore benessere soggettivo del paziente.

### CASO CLINICO

La paziente è una donna di 49 anni con diagnosi di “Schizofrenia” in cura al nostro CPS dall'età di 33 anni, proveniente da altro Servizio milanese.

Familiarità psichiatrica positiva per psicosi, primogenita di tre sorelle; padre deceduto per ictus cerebri, madre vivente. Scolarità licenza media; ha svolto diverse professioni (operaia, badante, donna delle pulizie) ma mai in modo continuo.

Divorziata, due figli: un maschio ed una femmina, anche lei nota ai Servizi psichiatrici, convivente con la paziente. Non patologie internistiche.

L'esordio psicopatologico viene riferito a 24 anni con bizzarrie comportamentali ed idetiche a carattere persecutorio per cui viene ricoverata in due occasioni in altro SPDC milanese.

Mantiene un discreto compenso fino a 31 anni quando, a seguito di gravi conflittualità intra-familiari e delusioni personali, presenta marcata labilità ed angoscia per cui viene nuovamente ricoverata. Discontinua nelle cure, non si presenta alle visite in CPS e viene ricoverata pochi mesi dopo. Scoostante, al cambio di residenza, prende contatti con il nostro CPS soltanto a 33 anni, su sollecito del Medico di Base.

Alla prima visita appare perplessa, confusa, incoerente. L'ideazione focalizzata su problematiche lavorative vissute in termini deliranti, persecutori per cui si rende necessario nuovo ricovero in SPDC. Discontinua e poco compliant, seguono negli anni altri due ricoveri a 34 e 35 anni.

Dopo l'ultimo ricovero, appare invece decisamente più critica e consapevole, presentandosi regolarmente agli appuntamenti ed accettando di avanzare domanda di Invalidità civile riconosciuta al 80%.

La terapia psichiatrica attuale consta di Aripiprazolo 20 mg/d; Clonazepam 2 mg/d, Clorpromazina 25 mg/d. A 37 anni viene inserita al Centro Diurno della nostra UOP.

All'inizio presentava difficoltà nella gestione della vita quotidiana, scarsa tolleranza alle situazioni stressanti, una sintomatologia negativa particolarmente evidente, con spiccata apatia ed anedonia, una tendenza all'isolamento

ed una rete sociale e familiare scarna ed inadeguata, bassa autostima, tendenza ad idee persecutorie e di riferimento, vittimismo e deresponsabilizzazione verso le incombenze della vita di tutti i giorni.

Nella norma, seppur con andamento altalenante, le abilità di cura del sé e di gestione del denaro.

In seguito, una nuova TERP del CD entra a far parte della micro-équipe di riferimento; l'aggancio con la paziente è lento e graduale, condizionato dal suo atteggiamento diffidente e paranoico, ma significativo per il buon andamento del progetto.

La paziente aveva inoltre la tendenza a creare relazioni dipendenti e totalizzanti: da ciò si evince la difficoltà di creare una relazione terapeutica supportiva e non sostitutiva, che puntasse ad una autonomizzazione dell'utente, senza però suscitare una sensazione di abbandono o rifiuto.

La valutazione tramite VADO registrava un punteggio di 46/100.

Il V.A.D.O. (Morosini et al., 1998) è uno strumento di assessment del funzionamento personale e sociale semplice ed efficace per la prima valutazione del soggetto ed il monitoraggio dell'andamento del progetto. Tramite la Valutazione del Funzionamento Personale e Sociale (VF) offerta dal VADO vengono indagate 28 aree di vita del paziente, dalla cui esamina viene valutato il funzionamento dello stesso in 4 macro-aree (attività socialmente utili, rapporti personali e sociali, cura dell'aspetto e dell'igiene, comportamenti disturbanti ed aggressivi) con la determinazione di un punteggio di funzionamento globale dell'individuo (da 0 a 100) quantificabile per mezzo della scala FPS (Funzionamento Personale e Sociale) fornita dallo stesso strumento.

Nel caso della nostra paziente, si evidenziano disfunzioni marcate nelle aree delle relazioni personali e sociali e delle attività socialmente utili e disfunzioni evidenti nell'area dei comportamenti disturbanti ed aggressivi. Aveva, infatti, una rete sociale scarna, priva di relazioni amicali, ed una rete familiare inadeguata, spesso percepita come fonte di stress e malessere, con i membri della

quale era solita rapportarsi con litigiosità ed aggressività verbale. Sul versante delle attività socialmente utili, non aveva un ruolo in ambito lavorativo o sociale, né mostrava interesse allo svolgimento di attività al Centro Diurno, a cui prendeva parte con svogliatezza. Nell'ambito dei comportamenti disturbanti e aggressivi, aveva la tendenza ad interpretare in maniera paranoica ed auto-riferita quasi ogni tentativo di comunicazione da parte di terzi, soprattutto da parte dei membri dell'équipe, sfociando spesso in dimostrazioni di vittimismo e rivolgendosi con toni accusatori agli stessi.

Il PTRP (Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato) inizialmente attuato aveva come obiettivi principali il potenziamento delle abilità di base, il supporto del quotidiano ed il recupero della socialità.

La paziente era stata, quindi, inserita nel "Gruppo Cucina" del CD per invogliare la stessa a prendersi cura di sé e della propria alimentazione (caratterizzata da abitudini alimentari disfunzionali e restrittive) e per offrire uno spazio di confronto e condivisione per contrastare l'anedonia e l'isolamento.

L'inserimento in un gruppo a mediazione musicale era nato, invece, dall'esigenza di offrire alla paziente un mezzo di comunicazione efficace ma differente dalla parola, più facilmente soggetta a fraintendimenti ed idee di riferimento, per facilitare la condivisione con gli altri e lavorare sul senso di autoefficacia ed autostima.

Per stimolare maggiormente la socialità e l'integrazione, migliorare la percezione sociale e contrastare l'apatia e la mancanza di interessi, la stessa era stata, in un secondo momento, inserita nel "Gruppo di ristrutturazione del Tempo Libero", strutturato in modo tale da promuovere attività stimolanti e motivanti per la ristrutturazione del quotidiano, in un'ottica inclusiva e non isolante.

I colloqui con la TERP del CD hanno assunto carattere di rilevanza poiché occasione di training sulle capacità comunicative e sulle abilità di problem-solving, in particolare relativamente alla gestione delle situazioni stressanti, anche nei contesti familiari e sociali.

Consolidata maggiormente, l'alleanza e la fiducia con la TERP di riferimento, si decide di rimodulare il PTRP in corso.

Per facilitarne la stesura, viene redatta la *Mental Health Recovery Star* (Placentino et al., 2011) e definiti gli obiettivi e le strategie da attuare.

La *Mental Health Recovery Star* avvalorla tesi secondo cui primaria importanza deve assumere, nella pianificazione del percorso di recovery, la percezione che l'individuo stesso ha delle proprie risorse e dei propri bisogni.

Al soggetto intervistato viene chiesto di individuare il punto in cui si colloca nella propria "Scala del Cambiamento" in relazione a dieci aree della propria vita in modo tale da identificare, insieme all'operatore, i propri obiettivi e gli steps necessari per raggiungerli. Ogni "Scala del Cambiamento" è unica per ogni area della vita indagata ma presenta la stessa struttura a 5 stadi (blocco, accettazione dell'aiuto, crederci, l'apprendimento, basarsi sulle proprie forze). Ogni posizione sulla scala ha un numero (da 1 a 10) che, una volta individuato, deve essere segnato sul grafico; unendo i punti individuati, il grafico assume una forma a stella che permette al paziente ed all'operatore di avere una visione d'insieme intuitiva ed una rapida visualizzazione delle risorse e delle problematiche percepite dal soggetto.

Valutato il funzionamento personale e sociale, definiti gli obiettivi e le strategie di intervento, stimolata la motivazione al cambiamento ed individuate le risorse, sarà possibile strutturare un progetto riabilitativo valido e significativo, in primis per l'utente.

Un progetto terapeutico-riabilitativo non può, tuttavia, essere identico per ogni soggetto: la riabilitazione psicosociale di un individuo è strettamente legata alla sua storia di vita, alle sue risorse personali e sociali, alla rete familiare ed amicale posseduta ed alle singole esigenze e priorità percepite dallo stesso come propedeutiche ad una migliore qualità di vita.

Questo deve assumere, piuttosto, una formulazione singolare e deve prendere in causa le varie aree del funzio-

namento personale e sociale del soggetto gradualmente, evitando mire espansionistiche e la sovra-stimolazione dell'individuo che sarebbero predittive di un inevitabile *drop-out* e deve promuovere la sensibilizzazione della persona alla cura della propria vita ed il diritto della stessa di assumerne un ruolo centrale, assecondando tra l'altro il concetto di *empowerment* che l'OMS stessa nel 1997, con la dichiarazione di Jakarta, ha assunto come principio cardine nella promozione della salute.

La paziente accoglie con entusiasmo la proposta di redigere la "stella" e l'occasione di prendere attivamente parte al suo progetto: questo arricchisce il suo senso di autostima e potenzia marcatamente il clima di fiducia instaurato con l'operatrice.

Dopo aver esaminato il grafico, manifesta l'esigenza di potenziare le seguenti aree:

- "gestione della propria salute mentale" e nello specifico la necessità di accrescere il suo grado di consapevolezza della propria patologia
- "abilità della vita quotidiana", con particolare riferimento alla gestione di situazioni stressanti, influenzate a suo parere dalle carenti abilità cognitive possedute (concentrazione, memoria, attenzione).

Per attuare il primo obiettivo, viene concordata la partecipazione ad un gruppo di autoconsapevolezza ispirato al protocollo *evidence-based IMR* (Mueser e Gingerich, 2015) e condotto dalla TERP di riferimento del CD con la co-conduzione di un'educatrice e di un medico psichiatra del servizio.

Viene valutato il livello di insight precedente all'avvio del gruppo utilizzando la scala *self-report Insight Scale* (Birchwood et al., 1994), un breve questionario auto-somministrato che misura la consapevolezza di malattia ed un sondaggio sulle conoscenze possedute riguardo alla patologia tratto dal manuale IMR.

L'intervista *self-report Insight Scale* comprende due forme: una relativa allo stato attuale di malattia ed una relativa al passato; ognuna delle due forme comprende 8 item.

All'intervista, la paziente dimostra una discreta consapevolezza di malattia e del bisogno di cure, ma un punteggio scarso di rietichettamento dei sintomi; al sondaggio si evincono poche conoscenze relativamente alle caratteristiche della propria patologia ed ai farmaci che assume abitualmente.

Per assecondare l'esigenza condivisa di potenziare le capacità cognitive della paziente si decide di attuare il programma computerizzato di cognitive-remediation "Cogpack". Si tratta di un software costituito da 64 esercizi componibili in un programma riabilitativo definibile in 540 variabili e studiati per stimolare diverse abilità: visuo-motoria, comprensione, linguaggio, vigilanza, memoria e altre funzioni cognitive, che si è rivelato utile anche nelle misure di esito funzionale (Vita, 2013).

Precedentemente all'avvio del programma, viene effettuata una valutazione delle abilità cognitive, della qualità di vita e del funzionamento psico-sociale.

Per valutare la qualità di vita percepita viene somministrata la WHOQOL-breve; per definire il funzionamento psico-sociale vengono compilata dalla TERP di riferimento la LSP – *Life Skills Profile* e la SLOF – *Specific Level of Functioning*.

La WHOQOL (De Girolamo et al., 2000) è una scala per la valutazione della qualità della vita sviluppata dal Gruppo WHOQOL nel 1997 e rivista nella forma breve a 26 items, a cui viene assegnato un punteggio su scala Likert da 1 a 5, che permettono di indagare la qualità di vita percepita in relazione a 4 aree: salute fisica, salute mentale, relazioni sociali e ambiente di vita. Va sempre considerato che ai miglioramenti sintomatologici osservati dal curante, non sempre consegue un uguale miglioramento della qualità di vita percepita dal soggetto per cui resta fondamentale una valutazione soggettiva.

La LSP (Parker e Rosen, 1989), è un'intervista a 39 items, diretta all'operatore od al caregiver, pensata per valutare comportamenti facilmente e direttamente osservabili. Dalla valutazione dei risultati si ricava un punteggio

di funzionamento generale dell'individuo e 5 distinti punteggi relativi alle aree di cura di sé, non turbolenza, contatto sociale, comunicatività e responsabilità.

Un ulteriore strumento di assessment è rappresentato dalla SLOF (Montemagni et al., 2015), un questionario a 42 items che misura il funzionamento sociale dell'utente nella vita reale valutando aspetti del comportamento osservabili e si focalizza su abilità, risorse e capacità della persona, anziché sui deficit. L'intervista va compilata da un valutatore esterno al soggetto (operatore di riferimento o caregiver) con un eventuale coinvolgimento dello stesso e permette di oggettivare il grado di autosufficienza del paziente in varie situazioni della vita quotidiana.

Alla WHOQOL-breve si registra che le aree della salute fisica e dell'ambiente influenzano negativamente la qualità di vita percepita dalla paziente ed in generale la qualità di vita viene definita come "né scadente né buona"

La LSP e la SLOF danno prova di un discreto funzionamento personale e sociale, con punteggi più bassi nelle aree inerenti alle capacità lavorative (SLOF), al contatto sociale e alla comunicatività (LSP).

Per la valutazione cognitiva vengono somministrati i seguenti test:

- TMT A – B
- TEST DI STIMA COGNITIVA
- TEST DELLE 15 PAROLE DI REY
- DIGIT SPAN
- SCORS
- TEST DI FLUENZA VERBALE

L'intervista ScoRS (Keefe, 2001) è un'intervista che contiene 20 domande che valutano la capacità del soggetto di gestire compiti quotidiani cognitivamente impegnativi e funzionalmente rilevanti come conversazioni, guardare la televisione e utilizzare dispositivi elettronici: non si tratta, dunque, di una semplice rilevazione della presenza di deficit cognitivi, ma di una valutazione del grado in

cui questi interferiscono con il funzionamento sociale dell'individuo. Il questionario, che può essere diretto ad utente, operatore di riferimento e caregiver, permette di valutare i seguenti domini cognitivi: attenzione, memoria a lungo termine, memoria di lavoro, produzione linguistica, ragionamento, problem solving, capacità motorie, cognizione sociale.

I risultati evidenziano criticità nella memoria a lungo termine (test delle 15 parole di Rey) e difficoltà di attenzione, in particolare nel cambio di set cognitivo (TMT-B).

L'intervista SCORS dimostra la consapevolezza di tali difficoltà, in particolare nel memorizzare nomi e luoghi, nell'imparare nuove cose e nell'adeguarsi a cambiamenti della propria routine quotidiana.

Nel corso dell'intervista SCORS, la paziente riferisce anche problematicità nel mantenere il livello di attenzione (seguire conversazioni, leggere) e di concentrazione. Nella norma risultano le capacità di ragionamento, la competenza linguistica e lo stato cognitivo.

L'utente si presenta con costanza ed impegno alle sessioni di cognitive-rehabilitation ed a tre mesi dall'inizio del programma si evincono i primi miglioramenti nelle aree di criticità riscontrabili nella vita di tutti i giorni. Nel frattempo, continua a frequentare anche gli altri gruppi del CD nel quale risultava precedentemente inserita.

Il percorso riabilitativo non prende attualmente in considerazione un intervento improntato sul *supported-employment* poiché, sebbene a conoscenza dell'importanza di agire su tale area di intervento, lo stesso ambiente lavorativo è stato in passato per la paziente fonte di stress e di ricadute, per cui si ritiene necessario continuare a lavorare sulle capacità di gestione dello stress, sul *problem-solving*, sull'autoestima e sull'autoefficacia, con l'obiettivo di sensibilizzare l'utente all'argomento, identificato come problematico anche nell'auto-valutazione tramite *Mental Health Recovery Star*, ma sul quale la stessa aveva riconosciuto di non sentirsi ancora pronta ad intervenire direttamente.

È altresì presente e condiviso l'obiettivo di costruire una più solida rete sociale esterna al CD ed agire sulla gestione della routine quotidiana e del tempo libero nei momenti estranei alla frequenza del Centro, obiettivo che è risultato ad oggi difficilmente attuabile anche per via della situazione pandemica in corso.

La valutazione tramite scheda FPS del VADO effettuata a 12 mesi evidenzia un miglioramento del funzionamento personale e sociale della paziente, registrando un punteggio globale di 51/100: la stessa ha registrato una disfunzione lieve nei comportamenti disturbanti e aggressivi (evidente in To) ed evidente nelle relazioni personali e sociali (marcata in To). Tale progresso è giustificato dal fatto che ha assunto modalità di comunicazione più efficaci con familiari ed operatori, con i quali sembra approcciarsi con minore aggressività e maggior fiducia, ha iniziato ad ampliare i rapporti all'interno del CD, seppur con scarso investimento emotivo, e mostra un atteggiamento più propositivo e attivo.

L'utente sta crescendo in termini di autonomia ed autoefficacia, sta costruendo relazioni più positive e riesce a gestire meglio le relazioni già esistenti nella rete familiare e sociale e siamo convinti che i risultati in termini di soddisfazione e qualità della vita percepita non potranno che migliorare se si continuerà ad agire con un lavoro coordinato ed integrato tra varie figure professionali.

La personalizzazione della cura e la centralità della persona nella definizione del proprio progetto terapeutico-riabilitativo è stata in questo caso fondamentale per il raggiungimento di obiettivi concreti e, ci si augura, duraturi nel tempo.

La collaborazione delle risorse, la condivisione degli obiettivi, l'ottica evolutiva e la strutturazione dinamica degli interventi sono elementi imprescindibili di un lavoro riabilitativo che persegua veramente la *recovery* clinica, personale e funzionale dell'utente.

## CONCLUSIONE

La Schizofrenia è una patologia complessa che influisce significativamente su percezione, pensieri, abilità cognitive, umore, comportamento ed in generale sul funzionamento psico-sociale degli individui.

Perseguire un intervento orientato alla *recovery* con i pazienti schizofrenici presuppone l'integrazione di trattamenti eterogenei – farmacologici, educativi, riabilitativi – e focalizzati su più obiettivi per cui si predilige l'avvio di una “presa in carico”, intervento di cura che coinvolge più professionisti coordinati in una microéquipe.

Lo strumento utilizzato per progettare la “presa in carico” è il Piano di Trattamento Individuale (PTI) per mezzo del quale, insieme alla persona, si individua il livello di funzionamento psico-sociale posseduto ed i bisogni ed obiettivi, risorse e strategie, utili a potenziarlo. Predittivo di una buona riuscita è il monitoraggio e la riformulazione periodica del progetto per evitare la stasi e lavorare in un'ottica di continua evoluzione.

In quest'ottica, la riabilitazione psicosociale può rappresentare il vero perno attorno a cui ruotano le possibilità di recupero e di reintegro nella società di persone affette da gravi patologie mentali croniche e disabilitanti.

I trattamenti riabilitativi si rivolgono a focus diversi – cura del sé (igiene, abbigliamento, salute fisica e mentale), gestione dell'abitazione, del denaro e della quotidianità, lavoro e tempo libero – e possono essere svolti in contesti di cura differenti in base alle singole necessità.

I Centri Diurni (CD), localizzati sul territorio, tramite il lavoro dei TERP e degli educatori professionali, puntano a facilitare il reinserimento sociale dell'individuo andando a potenziare le risorse cognitive, personali e sociali ed offrono alla persona la possibilità di sperimentarsi in relazioni individuali e di gruppo, prevedendo anche l'attuazione di interventi di *evidence-based*.

L'utente può sperimentare con l'operatore di riferimento del Centro Diurno un rapporto di alleanza, fiducia e collaborazione che gli consenta di progettare un lavoro personale orientato alla *recovery* ed all'interno dello

spazio offerto dal Centro Diurno l'occasione di riscoprire la socialità e l'appartenenza ad un gruppo.

Per rendere un progetto riabilitativo efficace e personalizzato si rende necessaria una valutazione oggettivabile del funzionamento personale e sociale del soggetto e della qualità di vita da esso percepita; risulta, inoltre, indispensabile la diretta partecipazione dell'interessato alla strutturazione degli interventi.

La valutazione del funzionamento è maggiormente accurata quante più fonti vengono prese in considerazione (utente, operatori di riferimento, caregivers).

La valutazione cognitiva, infine, permette di rilevare importanti informazioni sul funzionamento personale e sociale che altrimenti possono passare inosservate e la cui conoscenza può influenzare in modo significativo l'andamento del percorso di *recovery*.

È stato, infatti, stimato che i deficit cognitivi interessano la maggior parte dei soggetti con schizofrenia, con tassi di prevalenza che si attestano attorno al 75-80% della popolazione dei pazienti e un deficit cognitivo che si colloca tra 1 e 2 deviazioni standard al di sotto della media della popolazione generale (Reichenberg, 2010).

Tali deficit riguardano quelle funzioni la cui sede è localizzata a livello dei lobi frontali e temporali: l'attenzione, la velocità di processazione dell'informazione, le funzioni esecutive, la working memory e la fluenza verbale (Vita, 2013).

I disturbi cognitivi, inoltre, risultano spesso correlati ai sintomi negativi ed al comportamento disorganizzato (Schuepbach et al., 2002) ed influiscono in maniera non indifferente sul funzionamento globale dell'individuo.

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

*ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda*

CORRISPONDENZA A:

*matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it*

## BIBLIOGRAFIA

1. Morosini P., Magliano L., Brambilla L. *Vado – Valutazione Di Abilità, Definizione Di Obiettivi*. Trento: Erickson, 1998.
2. Placentino A., Lucchi F., Scarsato G., Fazzari G., GRUPPO REX.IT., *La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana*. Riv Psichiatr, 2017; 52(6): 247-254.
3. Mueser K.T. e Gingerich S.. *Illness Management and Recovery*. [trad.] Ileana Boggian, et al. 2015. s.l.: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse, 2010.
4. Birchwood M., et al. *A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1994, Vol. 89, 1, p. 62-67.
5. Vita A., *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia*. Milano, Springer, 2013.
6. De Girolamo G., Rucci P., Scocco P., Becchi A., Coppa F., D'Addario A., Daru E., De Leo D., Galassi L., Mangelli L., Marson C., Neri G., Soldani L., *Quality of Life assessment: validation of the Italian version of the WHOQOL-Bref*. Epidemiol Psychiatr Soc, 2000; 9: 45-55.
7. Parker G. e Rosen A. *LSP – Life Skills Profile*. [trad.] S. Zizolfi. 1994. 1989.
8. Montemagni C., Rocca P., Mucci A., Garlderisi S., Maj M., *Italian version of the Specific Level of Functioning*. Journal of Psychopathology, 2015; 21: 287-296.
9. Keefe R. *SCORS – Schizophrenia Cognition Rating Scale*. Duke University Medical Center, VeraSci, 2001.
10. Reichenberg A., *The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia*. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2010, Vol. 12, 3, p. 383-92.
11. Schuepbach D., et al., *Negative symptom resolution and improvements in specific cognitive deficits after acute treatment in first-episode schizophrenia*. Schizophrenia Research. 2002, Vol. 53, 3, p. 249-61.

## 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
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- 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., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 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 Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### **Segretario:**

Carlo Fraticelli

#### **Vice-Segretario:**

Giovanni Migliarese

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli

#### **Consiglieri eletti:**

Mario Ballantini  
Franco Spinogatti  
Gianmarco Giobbio  
Luisa Aroasio  
Carla Morganti  
Federico Durbano  
Alessandro Grecchi  
Camilla Callegari  
Antonio Magnani  
Laura Novel  
Pasquale Campajola  
Giancarlo Belloni  
Marco Toscano  
Antonio Amatulli  
Caterina Viganò

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

##### **Membri di diritto:**

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### **Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni