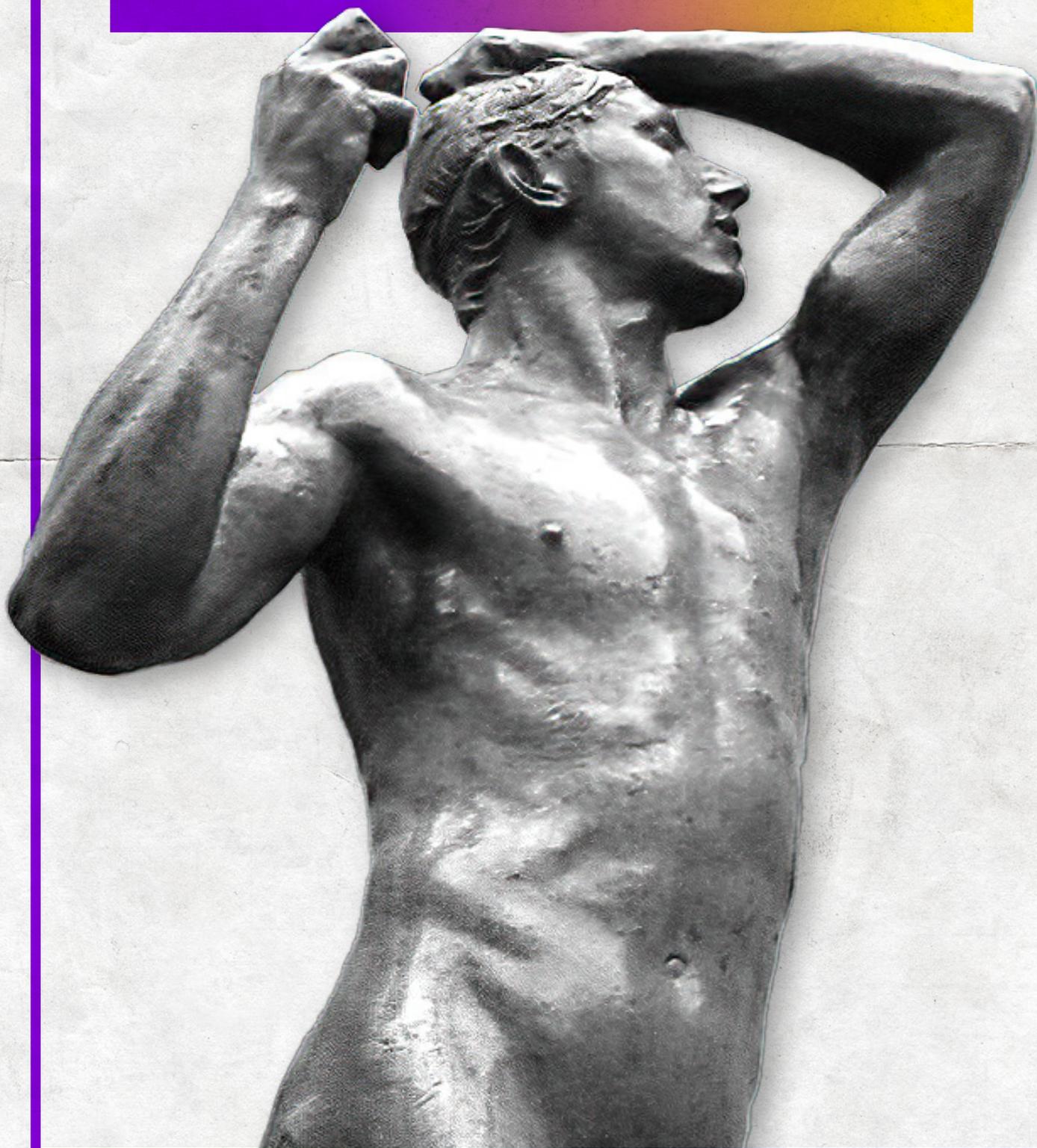




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXXVII • 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 (Garbagnate)  
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.

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 PRIMO PIANO

**4** L'antica ed irrisolta antinomia  
tra curare l'individuo e proteggere  
l'ordine pubblico  
di Cerveri G.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**11** Rimodulazione delle attività riabilitative  
presso una CRA pubblica: descrizione di  
un'esperienza sul territorio lomellino  
di Figliano G., Verlich M., Quassolo R.,  
Cafè S., Boccuni M., Migliarese G.

**21** Invidia degli dei e delle dee nell'antichità  
e nell'età moderna  
di Loi M.

**31** "Qua la zampa Estell"  
Esperienza innovativa di Educazione  
Assistita dall'Animale come integrazione  
e collaborazione tra servizi  
di Luchetta G.A., Colledello S., Durbano F.

**40** L'esperienza del Gruppo Dipartimentale  
Lavoro Niguarda: studio prospettico  
descrittivo  
di Morganti C., Chinelli A., Cardullo A.,  
Lamperti M., Lanzo F., Prezioso M.,  
Scanu S., Porcellana M., Percudani M.

**51** Utilizzo di Esketamina nel trattamento  
della Depressione Resistente: dati  
preliminari sull'esperienza del  
Dipartimento di Salute Mentale e  
Dipendenze ASST LODI  
di Pinto M., Arienti V., Ferrari M.,  
Magnani G., Marasco M., Vercesi M.,  
Saenz M., Cerveri G.

**56** Sviluppo di un modello di integrated  
care management per pazienti con gravi  
disturbi mentali e rischio cardiovascolare  
di Salvi V., Sessini M., Cogrossi S., Rosiello R.

**67** La violenza diretta contro l'operatore  
sanitario  
di Toscano M

### CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

**77** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.  
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE  
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

**Il Case Management: catalizzatore di  
cambiamento e di crescita professionale  
Report sull'applicazione di una  
metodologia di lavoro in un DSM  
e riflessioni sui risultati attesi e sui  
risultati ottenuti**  
di Compagnone M., Brisicella R.,  
Dentici D., Tasinato S., Dionisio G.,  
Pastore M., Rossi F.

**88** CONTRIBUTO AITERP  
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA  
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  
E PSICOSOCIALE  
**Bildungsroman: ATS AITeRP cresce**  
di Fioletti B., Fossati E.M., Scagliarini V.

### SEZIONE PSICHIATRIA FORENSE

**92** La Psichiatria e la difficile e forse  
impossibile riduzione della complessità  
**Riflessioni a un anno dall'omicidio di  
Barbara Capovani**  
di Amatulli A. e Borghetti S.

IN COPERTINA: *Letà del bronzo, Auguste Rodin 1875 - 1876*

© Daniel Ulrich, Threedots / [Wikimedia Commons](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Daniel_Ulrich_-_Threedots_-_A_Bronze_Age_Face_-_Auguste_Rodin_1875-1876.jpg) / CC-by-sa-2.0-de



## Rimodulazione delle attività riabilitative presso una CRA pubblica: descrizione di un'esperienza sul territorio lomellino

*Figliano G., Verlich M., Quassolo R., Cafè S., Boccuni M., Migliarese G.*

### ABSTRACT

Il progetto STEP by STEP, avviato nell'ottobre 2021 presso la Comunità Riabilitativa ad Alta Intensità (CRA) di Vigevano, ha integrato un approccio riabilitativo di tipo cognitivo alle consuete attività assistenziali e riabilitative svolte nella struttura e volte a migliorare la vita dei pazienti. Il progetto si è posto da un lato l'obiettivo era di valutare in modo approfondito le funzioni esecutive degli utenti, e dall'altro di formulare piani di training cognitivo personalizzati, sia individuali che di gruppo, utilizzando tecniche come la Terapia Neurocognitiva Integrata (INT) e la Cognitive Remediation Therapy (CRT). Un follow-up a 12 mesi ha valutato l'efficacia dell'intervento sulla sintomatologia clinica, il funzionamento cognitivo e il benessere soggettivo. Il progetto ha coinvolto 14 pazienti ricoverati in struttura tra i 18 e i 50 anni, con un quoziente intellettivo  $\geq 75$  e almeno 5 anni di scolarità. Le valutazioni iniziali (T<sub>0</sub>) e a 12 mesi (T<sub>1</sub>) hanno mostrato miglioramenti significativi nelle funzioni attentivo-esecutive, nella memoria visuo-spaziale a lungo termine e nell'accesso al lessico fonologico e semantico. Tuttavia, non si sono riscontrate variazioni significative nella memoria verbale a breve e lungo termine.

Questi risultati evidenziano le potenzialità di un approccio riabilitativo integrato nell'ottimizzazione delle capacità cognitive e del benessere complessivo dei pazienti e suggeriscono di sviluppare tale approccio quale strumento routinario di riabilitazione all'interno delle strutture riabilitative per pazienti con patologie psichiche.

### INTRODUZIONE

Entro il 2030, le malattie psichiche sono destinate a diventare la principale causa di disabilità, perdita di produttività e aumento delle spese per i sistemi sanitari. Affrontare questa sfida richiede un cambio di prospettiva e una rapida trasformazione dei risultati della ricerca scientifica in interventi terapeutici efficaci.

La crescente prevalenza delle malattie psichiche richiede pertanto una risposta che riesca a stare al passo dei tempi, coniugando esperienza clinica con approcci innovativi, che la ricerca scientifica ha riconosciuto di provata efficacia.

L'evoluzione del pensiero scientifico nell'ultimo decennio ha evidenziato l'aspetto olistico dei disturbi psichici, trattati non più come patologie isolate del sistema nervoso centrale, bensì come disequilibri di sistemi interconnessi (Ventegodt, S., et al. 2005). Diverse recenti ricerche hanno sottolineato l'importanza di approcci terapeutici che considerino la persona nel suo complesso, concentrandosi sulla connessione tra aspetti come l'asse di risposta allo stress, l'infiammazione, l'immunità, la salute fisica e il microbioma. Tale realtà richiede un approccio terapeutico integrato per affrontare le sfide attuali, concentrandosi sulla globalità del paziente anziché sulla malattia stessa.

Studi dimostrano che gli interventi che considerano il soggetto nel suo complesso portano a maggiori risultati a

lungo termine, maggiore partecipazione e soddisfazione degli utenti (Black D. et al., 2021).

Questi approcci meritano di essere inseriti all'interno di una cornice teorica che sia orientata alla recovery, un processo personale di acquisizione di competenza, responsabilità e cambiamento individuale rispetto ad atteggiamenti, valori, sentimenti, obiettivi, abilità e/o ruoli, nonostante i limiti causati dalle patologie.

Interventi che si focalizzano sul potenziamento delle competenze, la promozione della cognitivtà e delle capacità di relazione sociale, insieme a corretti stili di vita, sono elementi chiave per accelerare il cambiamento nelle patologie gravi. Implementare gli interventi finalizzati alla recovery non solo mira alla risoluzione dei deficit, ma si concentra anche sull'interruzione dei circoli viziosi che possono insorgere in un contesto di patologia tendendo a mantenerla.

Nel presente articolo descriveremo una rimodulazione, secondo quanto descritto nell'introduzione, delle attività riabilitative proposte nel contesto di una Comunità Riabilitativa ad Alta intensità (CRA) sita nel territorio lomellino.

## **LA RIABILITAZIONE RESIDENZIALE NEL TERRITORIO LOMELLINO**

La Comunità Riabilitativa ad Alta intensità (CRA) di Vigevano fa parte della Struttura Complessa (SC) Salute Mentale Lomellina, a sua volta afferente al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST di Pavia.

La SC Salute Mentale Lomellina fornisce prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per le patologie psichiche a un bacino di utenza di circa 200.000 persone, sebbene le strutture riabilitative possano rispondere anche ad utenti afferenti ad altre SC extra-territoriali.

La comunità di Vigevano è situata in viale Beatrice d'Este 13/E, collocata al piano terra di un edificio che comprende il Centro Psico-Sociale e parte dei servizi territoriali psichiatrici dell'ASST di Pavia. La struttura è accreditata per la cura e la riabilitazione di 15 persone.

Presso la comunità riabilitativa, grazie a uno specifico

finanziamento di Fondazione Piacenza e Vigevano, si è deciso di dare avvio a un progetto sperimentale mirato a una rimodulazione degli interventi riabilitativi nel trattamento e la riabilitazione delle patologie gravi, facendo riferimento a strumenti validati in letteratura scientifica e valutandone l'impatto nel mondo reale.

Il protocollo sperimentale proposto si definisce come l'inizio di un percorso che punta ad inserire un nuovo approccio riabilitativo all'interno della struttura riabilitativa, agendo al contempo sul personale ad essa afferente, che, grazie allo stesso, ottiene una specifica formazione sul campo.

## **PREMESSE TEORICHE E SCIENTIFICHE.**

Nel vasto panorama della salute mentale, soprattutto negli ultimi anni, la ricerca scientifica ha sviluppato e proposto interventi e procedure al fine di fornire agli utenti percorsi di cura più efficaci e personalizzati.

Numerosi studi hanno rilevato la centralità dei deficit e delle distorsioni cognitive in patologie psichiche gravi quali le psicosi. In questi disturbi la diagnosi tempestiva e il trattamento adeguato di tali alterazioni rimangono sfide significative, la cui centralità è definita dall'importanza del loro trattamento nel modulare la risposta agli interventi clinici e riabilitativi e l'outcome clinico e funzionale. Dalla letteratura scientifica emerge chiaramente che trattare correttamente i deficit cognitivi ha un impatto notevole sulla risposta clinica, sulla prevenzione delle ricadute e sul funzionamento globale dell'individuo, contribuendo così al concetto di recovery. Diverse tecniche e strategie non farmacologiche di stimolazione cognitiva sono state proposte, a livello riabilitativo. Tra gli approcci riconosciuti, il Training Cognitivo (TC) e la Cognitive Remediation Therapy (CRT), hanno dimostrato di promuovere miglioramenti duraturi nelle performance cognitive, soprattutto quando associati a trattamenti farmacologici che hanno un impatto ridotto sulla cognitivtà degli utenti, quali i più recenti antipsicotici di seconda e terza generazione. Studi scientifici indicano che l'inclusione di queste tecniche in

programmi riabilitativi articolati, eseguiti a cicli continui, si traduce in un notevole miglioramento del funzionamento globale delle persone affette da schizofrenia ed altri disturbi mentali. Un ulteriore interessante approccio è quello della Terapia Neurocognitiva Integrata (INT) infatti, seguendo i più recenti studi che considerano la schizofrenia un disturbo del neurosviluppo, consente di intervenire sulle aree neuro- e socio-cognitive, che sono le più compromesse. Il programma INT include l'uso di attività assistite dal computer, come il Cog Pack, la cui efficacia sulla neurocognizione è comprovata. La concettualizzazione del modello terapeutico INT si basa su quella dell'IPT (Roder et al., 2008a, 2010) e segue un modello gerarchico che integra interventi mirati al miglioramento delle aree cruciali per il raggiungimento di un livello ottimale di funzionamento psicosociale nei pazienti con schizofrenia. Il metodo INT utilizza un approccio terapeutico di gruppo valorizzando i suoi processi e dinamiche. Nel trattamento delle funzioni cognitive, vengono sempre evidenziati sia i deficit cognitivi che le risorse individuali del paziente. Pertanto, il metodo INT si configura come un approccio terapeutico di gruppo orientato alle risorse, che impiega un ampio spettro di interventi e obiettivi terapeutici.

L'azione tempestiva risulta cruciale, poiché numerosi studi evidenziano che la riabilitazione cognitiva, se avviata precocemente nel corso della malattia, offre benefici più significativi e a lungo termine. Agire all'esordio della malattia, prima che le difficoltà cognitive compromettano la funzionalità scolastica, sociale e lavorativa, diventa quindi un imperativo per massimizzare l'efficacia dell'intervento.

L'approccio personalizzato, basato su una valutazione accurata e l'impiego di tecniche non farmacologiche innovative, rappresenta una strada promettente per migliorare la qualità di vita delle persone affette da disturbi psichici gravi. L'azione tempestiva diventa la chiave per aprire la porta a un futuro in cui la riabilitazione cognitiva diventa parte integrante dei protocolli di cura standard per la salute mentale.

## **IL PROGETTO STEP BY STEP: DALLA PROGETTAZIONE ALLA REALIZZAZIONE**

L'applicazione di innovazioni scientifiche nel panorama della psichiatria territoriale e delle strutture psichiatriche pubbliche è spesso complessa sia per motivazioni pratiche (quali ad esempio la scarsità e a volte l'assenza di specifici investimenti) sia teoriche (quali la difficoltà a trasformare il *modus operandi* dell'equipe in relazione a nuove evidenze emerse nel panorama scientifico nazionale ed internazionale).

Per tale motivo, la SC Salute Mentale Lomellina ha partecipato a un bando di Fondazione Piacenza e Vigevano per ottenere un contributo finalizzato all'introduzione nel contesto della CRA di Vigevano di tecniche di riabilitazione cognitiva. L'attribuzione del finanziamento ha permesso di dare avvio, nel mese di ottobre 2021, al progetto biennale STEP by STEP presso la Comunità Riabilitativa ad Alta intensità (CRA) di Vigevano.

Questo innovativo progetto ha permesso di introdurre all'interno dell'equipe della comunità un neuropsicologo e ha fornito la strumentazione tecnologica (tablet, computer e proiettore) e testistica essenziale per attuare azioni riabilitative mirate.

Il progetto STEP by STEP si è basato su alcuni pilastri fondamentali: valutazione routinaria dell'assetto cognitivo del paziente (da associare alla valutazione già in essere tramite la scala Recovery Star), approccio integrato di stimolazione cognitiva, attività fisica, attenzione alla cura di sé e attenzione all'autonomizzazione e alla soddisfazione dell'utenza. Questi sono aspetti chiave che riflettono il benessere complessivo di chi affronta patologie gravi e l'obiettivo primario è stato quello di implementare il gold-standard terapeutico, già consolidato a livello scientifico, nella pratica quotidiana riabilitativa della SC Salute Mentale Lomellina.

Il progetto STEP by STEP si è proposto diversi obiettivi per migliorare la vita dei pazienti coinvolti; in primo luogo ha introdotto un routinario approfondimento

delle funzioni esecutive, per mezzo di una valutazione cognitiva e test specifici affiancando, alla valutazione cognitiva classica, la batteria MATRICS™ (Consensus Cognitive Battery). Grazie a tali prove è stato possibile indagare l'impatto delle funzioni esecutive sul funzionamento globale di ciascun individuo.

Questo approccio mira a individuare le aree deficitarie e i punti di forza, fornendo una base solida per personalizzare l'intervento e massimizzare i risultati.

Sulla base delle valutazioni, è stato formulato un piano di training cognitivo personalizzato, sia individuale che in attività di gruppo, utilizzando tecniche riconosciute a livello internazionale come INT e CRT.

Per valutare l'efficacia dell'intervento, è stato pianificato un follow-up a 12 mesi, focalizzandosi sull'analisi della sintomatologia clinica, del funzionamento cognitivo e del benessere soggettivo.

Le evidenze scientifiche dimostrano che le difficoltà nelle funzioni esecutive compromettono anche le abilità superiori di Teoria della Mente (ToM), strettamente legate al problem solving e alla metacognizione. Uno degli aspetti chiave del progetto STEP by STEP è stato pertanto mirato al potenziamento simultaneo delle funzioni esecutive e delle abilità di Teoria della Mente (ToM), fondamentali per una vita sociale appagante e per la comprensione, accettazione e gestione della patologia.

Il progetto ha previsto un approccio integrato, incorporando un training cognitivo specifico e l'elaborazione di un piano settimanale con diverse attività psicoeducative, sia collettive che individuali. Queste attività sono risultate fondamentali per arricchire l'esperienza riabilitativa e garantire un intervento individualizzato ed efficace, e sono state coerenti con una gran mole di dati in letteratura che confermano il ruolo terapeutico-riabilitativo di un'attività fisica regolare per pazienti con gravi patologie psichiche (Knöchel C. et al., 2012; Brisichella R. et al., 2022).

## RISULTATI

Il progetto ha coinvolto n. 14 pazienti compresi tra i 18 e i 50 anni (età media di  $\pm 42,8$ ), con un quoziente intellettivo  $\geq 75$ , con almeno 5 anni di scolarità ed in assenza di lesioni cerebrali, inseriti presso il CRA di Vigevano e seguiti per almeno 12 mesi a partire dall'inserimento nel protocollo di intervento riabilitativo.

Alla valutazione iniziale è stata somministrata una batteria di test neuropsicologici atti a valutare le funzioni esecutive, l'attenzione sostenuta e divisa, la memoria a breve e lungo termine verbale e visuo-spaziale e l'accesso al lessico semantico e fonologico dei pazienti; la valutazione è stata somministrata prima dell'inizio dei training cognitivi al fine di determinare una baseline di partenza e a 12 mesi rispetto all'inizio dei trattamenti.

Trattandosi di un confronto pre-post su un gruppo di soggetti che hanno effettuato lo stesso trattamento i risultati sono stati ottenuti mediante una serie di t-test a campioni appaiati in cui sono stati confrontati i punteggi ottenuti da un gruppo di pazienti in una serie di test con i punteggi ottenuti nelle medesime prove ri-somministrate dopo un periodo di 12 mesi di training.

La distribuzione per categoria diagnostica evidenziava che nel campione erano rappresentati utenti con:

- psicosi schizofreniche 36% (5 su 14)
- psicosi affettive 36% (5 su 14)
- depressione ricorrente 7% (1 su 14)
- disturbi di personalità 21% (3 su 14)

## ANALISI DEI DATI.

Osservando le analisi condotte sui punteggi ottenuti dal campione nel test FAB (Frontal Assessment Battery), utile ad uno screening delle funzioni esecutive, si evidenzia una differenza statisticamente significativa ( $t(13) = -3.373$ ;  $p = 0.005$ ) tra la prima valutazione al T<sub>0</sub> ( $M = 15.786$ ) e la seconda valutazione al T<sub>1</sub> ( $M = 16.786$ ).

Rispetto alla prova delle matrici attentive, atta a valutare il livello di attenzione sostenuta del soggetto, anche in questo caso si osserva una differenza significativa ( $t(13) = -$

4.505;  $p < .001$ ) tra la valutazione a T<sub>0</sub> ( $M=38.571$ ) e la valutazione a T<sub>1</sub> ( $M=40.857$ ).

Per quanto riguarda le abilità di attenzione divisa, misurate con il Trail Making Test A (TMT A), si nota un miglioramento significativo post-trattamento. Il test  $t$  ( $t(13)=2.577$ ;  $p=.023$ ), evidenzia una differenza significativa nei punteggi medi tra T<sub>0</sub> ( $M=46.286$ ) e T<sub>1</sub> ( $M=40.357$ ). In questo caso, una media più bassa a T<sub>1</sub> rispetto a T<sub>0</sub> implica un miglioramento nella velocità di esecuzione del test, segnalando una maggiore efficienza nell'attenzione divisa.

Le capacità di memoria a lungo termine visuo-spaziale mostrano un miglioramento statisticamente significativo sia nella rievocazione immediata ( $t(13)=-5.000$ ;  $p < .001$ )

sia in quella differita ( $t(13)=-3.529$ ;  $p=0.004$ ). Le medie dei punteggi nella rievocazione immediata passano da  $M=31.464$  a  $M=32.714$ , mentre nella rievocazione differita variano da  $M=19.500$  a  $M=23.071$ , indicando un miglioramento della memoria visuo-spaziale dopo il trattamento. Anche nella prova di memoria a breve termine visuo-spaziale (Corsi span) si osserva un miglioramento significativo dal punto di vista statistico con ( $t(13)=-2.280$ ;  $p=0.040$ ), e con una media che passa da  $M=4.857$  e a  $M=5.143$ .

Similmente, le prove di accesso al lessico fonologico mostrano un miglioramento significativo con ( $t(13)=-11.319$ ;  $p < .001$ ), con una media a T<sub>0</sub> di  $32.143$  che aumenta a  $35.929$  a T<sub>1</sub>. Anche l'accesso al lessico semantico

Tabella 1. T test a campioni appaiati.

Valutazione T0	Valutazione T1	t	df	p	Cohen's d	SE Cohen's d	95% CI for Cohen's d	
							Lower	Upper
FAB_T0	FAB_T1	-3.373	13	0.005	-0.901	0.241	-1.515	-0.263
MATRICI_T0	MATRICI_T1	-4.505	13	< .001	-1.204	0.059	-1.887	-0.495
TMT_A_T0	TMT_A_T1	2.577	13	0.023	0.689	0.104	0.093	1.264
MLTIM_T0	MLTIM_T1	-1.901	13	0.080	-0.508	0.098	-1.058	0.059
MLTDIF_T0	MLTDIF_T1	-1.681	13	0.117	-0.449	0.159	-0.992	0.110
DIGIT_T0	DIGIT_T1	-1.000	13	0.336	-0.267	0.052	-0.796	0.271
CORSI_T0	CORSI_T1	-2.280	13	0.040	-0.609	0.127	-1.173	-0.027
REY_IM_T0	REY_IM_T1	-5.000	13	< .001	-1.336	0.063	-2.053	-0.593
REY_DIF_T0	REY_DIF_T1	-3.529	13	0.004	-0.943	0.187	-1.566	-0.296
F.FON_T0	F.FON_T1	-11.319	13	< .001	-3.025	0.081	-4.278	-1.753
F.SEM_T0	F.SEM_T1	-7.301	13	< .001	-1.951	0.086	-2.847	-1.031

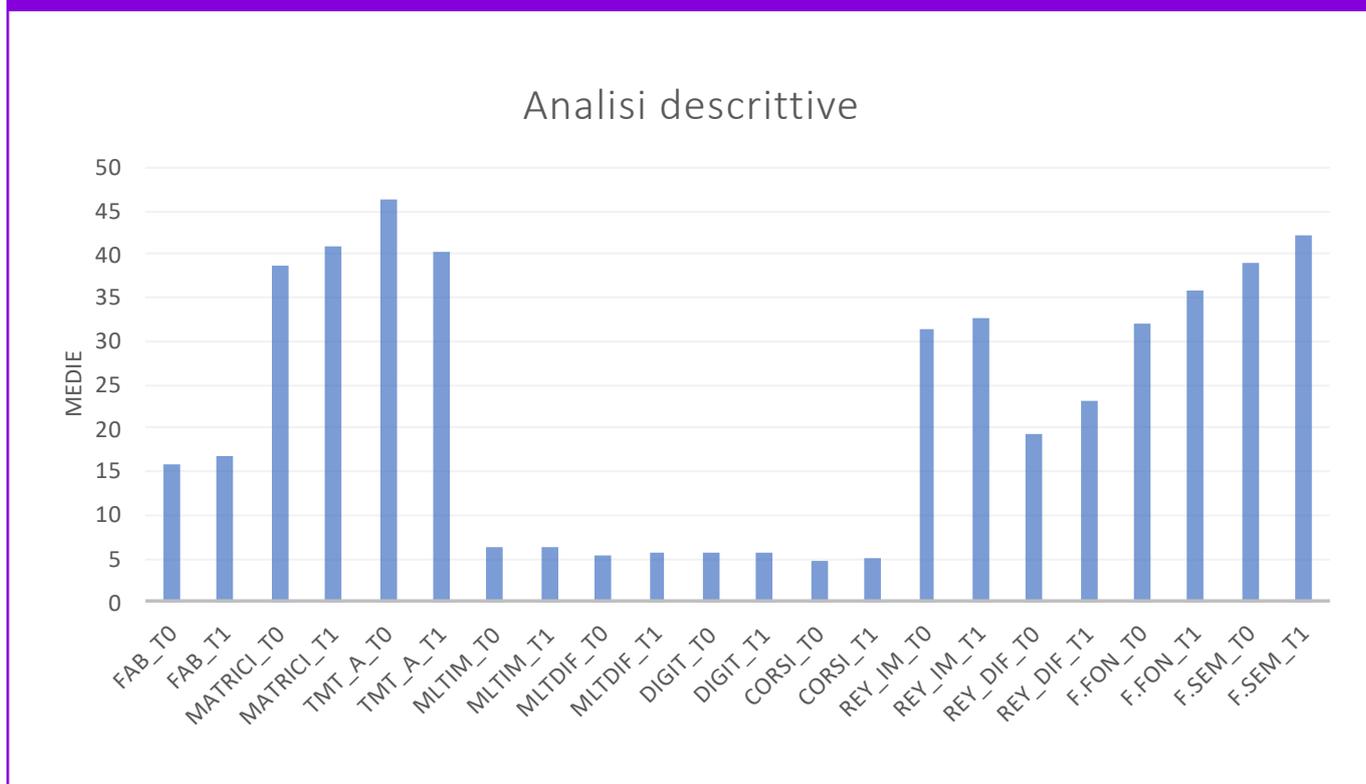
*FAB=Frontal assessment battery; TMT=Trail making test; MLTIM=memoria a lungo termine immediata; MLTDIF=memoria a lungo termine differita; REY\_IM=figura di Rey rievocazione immediata; REY\_DIF=figura di Rey rievocazione differita; F.FON=fluenze fonologiche; F.SEM=fluenze semantiche; T<sub>0</sub>=tempo zero; T<sub>1</sub>=tempo uno; t=t di Student; df=gradi di libertà.*

**Tabella 2. Analisi descrittive**

<b>Test NPS</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>	<b>Coeff. of variation</b>
FAB_T0	15.786	1.369	0.366	0.087
FAB_T1	16.786	1.528	0.408	0.091
MATRICI_T0	38.571	10.286	2.749	0.267
MATRICI_T1	40.857	9.330	2.494	0.228
TMT_A_T0	46.286	24.142	6.452	0.522
TMT_A_T1	40.357	20.537	5.489	0.509
MLTIM_T0	6.236	1.069	0.286	0.171
MLTIM_T1	6.421	1.027	0.274	0.160
MLTDIF_T0	5.457	1.493	0.399	0.274
MLTDIF_T1	5.821	1.234	0.330	0.212
DIGIT_T0	5.571	1.399	0.374	0.251
DIGIT_T1	5.643	1.336	0.357	0.237
CORSI_T0	4.857	1.099	0.294	0.226
CORSI_T1	5.143	0.949	0.254	0.185
REY_IM_T0	31.464	4.830	1.291	0.153
REY_IM_T1	32.714	4.322	1.155	0.132
REY_DIF_T0	19.500	5.582	1.492	0.286
REY_DIF_T1	23.071	6.796	1.816	0.295
F.FON_T0	32.143	9.789	2.616	0.305
F.FON_T1	35.929	9.691	2.590	0.270
F.SEM_T0	39.000	8.512	2.275	0.218
F.SEM_T1	42.286	8.896	2.378	0.210

*Test NPS= Test neuropsicologici; FAB=Frontal assessment battery; TMT=Trial making test; MLTIM=memoria a lungo termine immediata; MLTDIF=memoria a lungo termine differita; REY\_IM=figura di Rey rievocazione immediata; REY\_DIF=figura di Rey rievocazione differita; F.FON=fluenze fonologiche; F.SEM=fluenze semantiche; To=tempo zero; T1=tempo uno; N=numerosità; Mean=media; SD=deviazione standard; SE=errore standard; Coeff. Of Variation=coefficiente di varianza*

Istogramma che rappresenta le differenze delle medie a T0 e T1 nelle diverse prove neuropsicologiche.



*FAB=Frontal assessment battery; TMT=Trials making test; MLTIM=memoria a lungo termine immediata; MLTDIF=memoria a lungo termine differita; REY\_IM=figura di Rey rievocazione immediata; REY\_DIF=figura di Rey rievocazione differita; F.FON=fluenze fonologiche; F.SEM=fluenze semantiche; T0=tempo zero; T1=tempo uno.*

migliora significativamente, con ( $t(13)=-7.301; p<.001$ ), e medie che passano da 39.000 a 42.286. Questi risultati suggeriscono un incremento significativo nell'accesso e recupero delle informazioni fonologiche e semantiche.

Tuttavia, non si osservano modificazioni statisticamente significative nelle prove di memoria a lungo e breve termine verbale (Breve racconto "Sei dicembre" e Digit span).

Nonostante le significatività emerse, la limitata numerosità del campione non ha permesso di ottenere risultati statisticamente robusti e generalizzabili, pertanto tali risultati richiedono conferma attraverso la prosecuzione della progettualità su campioni più ampi.

## CONCLUSIONI

La ristrutturazione delle attività riabilitative proposte dalla struttura e rese possibili grazie alla realizzazione del progetto Step by Step è stata ben accolta dagli utenti, anche se inizialmente, l'affluenza ai gruppi e la predisposizione a esercizi cognitivi sono stati sfidanti. Tuttavia, nel corso delle settimane, l'affluenza è cresciuta notevolmente, coinvolgendo tutti i partecipanti.

La riabilitazione cognitiva è stata proposta in gruppo una volta a settimana, mediante esercizi "carta-matita" che stimolavano la memoria a breve termine, l'accesso al lessico di natura semantica e fonologica, le abilità di problem solving, la flessibilità cognitiva e la pianificazione. Parallelamente, sono stati svolti training individuali che i pazienti potevano completare in autonomia, un paio di volte a settimana, utilizzando tablet con programmi di esercizi cognitivi programmati e monitorati dagli operatori.

Nonostante la novità e la difficoltà iniziale di alcuni esercizi, gli utenti si sono presentati motivati, sostenendosi reciprocamente in base ai propri punti di forza e debolezza. Qualitativamente, si è notato un miglioramento nelle prestazioni di ciascun utente, permettendo l'aumento progressivo del livello di difficoltà degli esercizi proposti.

I risultati ottenuti indicano che tali progressi non solo hanno avuto un impatto positivo sulle capacità cognitive dei partecipanti, ma hanno anche contribuito ad un aumento dell'autoestima. I pazienti hanno riferito di sentirsi "più capaci", una percezione che ha facilitato il loro impegno in attività quotidiane con maggiore fiducia. Un esempio significativo è rappresentato dalla redazione di un curriculum vitae, che i pazienti hanno affrontato con minore ansia e insicurezza rispetto al periodo precedente il training.

L'apprezzamento dei benefici del programma è stato ulteriormente confermato durante i colloqui periodici con gli operatori. I pazienti hanno espresso spontaneamente il desiderio di continuare a ricevere esercizi di natura cognitiva, spesso utilizzando strumenti tecnologici come i tablet. Inoltre, la richiesta di proseguire il gruppo di training cognitivo è stata una testimonianza diretta dell'efficacia percepita e del valore aggiunto del programma.

Questi risultati suggeriscono che un approccio strutturato e continuo al training cognitivo può non solo migliorare le capacità cognitive specifiche, ma anche avere un impatto positivo sul benessere psicologico e sull'autoefficacia dei pazienti. La fiducia in sé stessi, rinforzata dai successi ottenuti durante il training, sembra essere un fattore cruciale per l'autonomia e la partecipazione attiva nelle attività quotidiane.

Accanto all'impatto che si è potuto apprezzare a livello dell'utenza, un aspetto fondamentale di tale progettualità è stato l'attivo coinvolgimento e la formazione degli operatori, tra cui medici, educatori, TerP, infermieri ed operatori socio-sanitari.

Agli operatori del CRA è stato proposto un ciclo di interventi finalizzati all'aggiornamento sugli ultimi

sviluppi delle pratiche cliniche per la riabilitazione psichiatrica. Hanno potuto beneficiare di formazioni mirate, che comprendevano anche la supervisione delle revisioni dei progetti individuali. Ciò ha consentito un'adeguata gestione delle criticità riscontrate nei soggetti nel corso del loro percorso riabilitativo.

I gruppi riabilitativi sono stati guidati da 2 o tre operatori di diversa formazione che sono stati coinvolti non solo nell'aspetto organizzativo, ma anche nello svolgimento delle attività in base alle proposte avanzate, garantendo un approccio partecipativo e personalizzato.

Gli operatori hanno partecipato attivamente alle sessioni, offrendo il loro supporto e contribuendo così a creare un ambiente favorevole alla riabilitazione; ciò ha permesso di creare un ambiente partecipativo e formativo, contribuendo in modo tangibile al miglioramento dei percorsi riabilitativi offerti ai pazienti.

L'apprezzamento di tale proposta ha permesso di modificare positivamente il clima dell'equipe.

## LIMITI E SVILUPPI FUTURI.

L'esperienza descritta appare, per numerosità del campione in esame, preliminare e merita di essere confermata nel tempo su un numero decisamente più ampio di soggetti. Inoltre, la scarsa numerosità del campione impedisce di effettuare valutazioni relative a quali siano le caratteristiche correlate in modo più significativo al miglioramento clinico. L'assenza di un gruppo di controllo non permette di escludere l'impatto di alcuni fattori specifici nel miglioramento osservato.

La numerosità del campione è inficiata da diverse variabili, connesse anche ai differenti percorsi clinici riabilitativi degli utenti in CRA. Questo ha reso complesso garantire la partecipazione allo studio di tutti gli utenti accolti in CRA in quanto non tutti sono rimasti in struttura per i 12 mesi definiti come periodo di intervento.

Globalmente, anche dal confronto individuale con gli utenti, ci pare però possibile concludere che la riabilitazione cognitiva mirata, inserita routinariamente in

---

un contesto riabilitativo, migliora le abilità di pianificazione e problem solving e che questo si riflette in una maggior competenza nella gestione delle attività della vita quotidiana e in un secondario aumento dell'auto-stima. I nostri pazienti infatti si sono percepiti come più "prestanti" ed in grado di dipendere sempre meno dal supporto esterno di familiari ed operatori. L'impegno e la motivazione degli utenti hanno contribuito al successo del progetto, evidenziando che, anche in presenza di sfide iniziali, l'approccio integrato e personalizzato può apportare modifiche rilevanti nella qualità della vita di chi partecipa.

Appare pertanto necessaria un'opera continua e graduale di sviluppo di tecniche riabilitative cognitive nelle strutture psichiatriche residenziali, investendo annualmente risorse adeguate nella dotazione strumentale e nella formazione del personale. La difficoltà a finanziare gli aggiornamenti e l'ottimizzazione delle pratiche cliniche limitano la capacità delle strutture riabilitative di utilizzare nella pratica giornaliera strumenti con provati dati di efficacia.

Il progetto STEP by STEP suggerisce che per mettere in moto un processo di cambiamento in ottica innovativa non sono necessari impegni di spesa eccessivi e che i benefici di un investimento in questo ambito sono riscontrabili tanto a livello dell'utenza quanto dell'equipe riabilitativa.

---

CORRISPONDENZA

*[giusi\\_figliano@asst-pavia.it](mailto:giusi_figliano@asst-pavia.it)*

## BIBLIOGRAFIA

1. Alptekin, K., Akvardar, Y., Akdede, B. B. K., Dumlu, K., Işık, D., Pirinçci, F., ... & Kitiş, A. (2005). *Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia?*. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 29(2), 239-244.
2. Anthony, W. A. (2008). *Cognitive remediation and psychiatric rehabilitation*.
3. Black, D., Held, M. L., Skeesick, J., & Peters, T. (2021). *Measures evaluating patient satisfaction in integrated health care settings: a systematic review*. Community Mental Health Journal, 57(8), 1464-1477.
4. Brisichella, R., Dalia, M., Favario, F., Myszka, A., & Pastore, M. "Fitwalking, camminata che cura" *Promozione della salute attraverso l'attività fisica nell'ambito del servizio di salute mentale*.
5. Choi J, Medalia A (2005) *Factors associated with a positive response to cognitive remediation in a community psychiatric sample*. Psychiatr Serv 56:602-604
6. Fett, A. K. J., Viechtbauer, W., Penn, D. L., van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). *The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35(3), 573-588.
7. Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998). *Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence*. Neuropsychology, 12(3), 426.
8. Kern, R. S., Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Baade, L. E., Fenton, W. S., Gold, J. M., ... & Marder, S. R. (2008). *The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 2: co-norming and standardization*. American Journal of Psychiatry, 165(2), 214-220.
9. Knöchel, C., Oertel-Knöchel, V., O'Dwyer, L., Prvulovic, D., Alves, G., Kollmann, B., & Hampel, H. (2012). *Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients*. Progress in neurobiology, 96(1), 46-68.
10. Ventegodt, S., Andersen, N. J., Neikrug, S., Kandel, I., & Merrick, J. (2005). *Clinical holistic medicine: holistic treatment of mental disorders*. The Scientific World Journal, 5, 427-445.
11. Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). *A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes*. American Journal of Psychiatry, 168(5), 472-485.

## 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