



Università dell'Aquila



Società Italiana di
Riabilitazione Psicosociale

www.sirp-abruzzo.it

Riprendersi dalle catastrofi ed oltre.

Dagli **eventi traumatici**
alla riabilitazione
della **malattia mentale**.




II^a Conferenza Tematica Nazionale

Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale

L'Aquila, 16 - 18 Settembre 2010

ABSTRACTBOOK

ci trovi anche su 

**2^a Conferenza Tematica Nazionale della
Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale**

**Riprendersi dalle catastrofi ed oltre. Dagli eventi
traumatici alla riabilitazione delle malattie mentali
gravi.**

Abstract BOOK

a cura di

Rita Roncone & Massimo Casacchia

L'Aquila, 16-18 settembre 2010

PRESIDENTE ONORARIO DELLA CONFERENZA

Massimo Casacchia

PRESIDENTE DEL COMITATO SCIENTIFICO

Rita Roncone

Università degli Studi dell'Aquila
Dipartimento di Scienze della Salute – Unità di Neuroscienze
Via Vetoio, Edificio Delta 6 – Coppito
67100 L'Aquila
Tel. 0862 433404 – 0862 311713
Fax 0862 312104
e-mail: rita.roncone@cc.univaq.it
Skype: rita_roncone

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Rocco Pollice, Monica Mazza, Donatella Ussorio, Alessandra Cavicchio

Università degli Studi dell'Aquila
Dipartimento di Scienze della Salute – Unità di Neuroscienze – Coppito 67100 L'Aquila
Tel. 0862 311713
Fax 0862 312104

RAPPORTI ORGANIZZATIVI PER L'UNIVERSITA'

Luigia Marcocci

e-mail: luigia.marcocci@univaq.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

S.B.S. di *Bricca Mirella* – L'Aquila
Cellulare: 330 933330
e-mail: bricca@briccaevents.it

SETTORE INFORMATICO E MULTIMEDIALE

Andrea Colitta

Responsabile servizi informatici - webmaster
e-mail: info@colitta.it

COMUNICAZIONE

ANTARTIS Studio – L'Aquila

Creatività visual, impaginazione e web design
e-mail: info@antartis.it

COMITATO SCIENTIFICO: Consiglio Direttivo Nazionale SIRP

Presidente:

Rita Roncone (L'Aquila)

Past-President:

Giuseppe Saccotelli (Bari)

Presidente Onorario:

Lorenzo Burti (Verona)

Consiglieri Onorari:

Massimo Casacchia (L'Aquila)	Ferdinando Pariante (Roma)
Gabriella Ba (Milano)	Ferdinando De Marco (Roma)
Bernardo Carpiniello (Cagliari)	Massimo Rabboni (Bergamo)

Vice-Presidenti:

Bruno Gentile (Portogruaro)	Antonio Vita (Brescia)
-----------------------------	------------------------

Tesoriere: Cristina Bellazzecca (Milano)

Segretario Generale: Giulio Corrivetti (Salerno)

Coordinatore Sezioni Regionali: Josè Mannu (Roma)

Delegato SIP: Paolo Peloso (Genova)

Consiglieri:

Luigi Basso (Bolzano)	Antonello Bellomo (Foggia)
Francesco Catapano (Napoli)	Tiziana De Donatis (Lecce)
Barbara Ferrari (Milano)	Daniele La Barbera (Palermo)
Sergio Lupoi (Roma)	Antonella Monbello (Casale Monferrato)
Maura Papi (Roma)	Francesco Pesavento (Padova)
Pasquale Pisseri (Savona)	Marco Rigatelli (Modena)
Riccardo Sabatelli (Rimini)	Franco Scarpa (Firenze)
Daniele Sadun (Roma)	Caterina Viganò (Milano)
Evangelista Tragni Mataracchieri (Bari)	

Revisori dei Conti:

Manuela Peserico (Milano)	Ilo Rossi (Ravenna)
Donatella Ussorio (L'Aquila)	

Segretari Regionali:

<i>Abruzzo:</i> Massimo Casacchia	<i>Calabria:</i> Mario Nicotera
<i>Campania:</i> Giulio Corrivetti	<i>Emilia-Romagna:</i> Andrea Parma
<i>Lazio:</i> Josè Mannu	<i>Lombardia:</i> Massimo Clerici
<i>Liguria:</i> Luca Gavazza	<i>Marche:</i> Emilia Alfonsi
<i>Molise:</i> Sergio Tartaglione	<i>Piemonte e Valle d'Aosta:</i> Giorgio D'Allio
<i>Puglia:</i> Pietro Nigro	<i>Toscana:</i> Corrado Rossi
<i>Triveneto:</i> Dario Lamonaca	<i>Sardegna:</i> Antonella Baita
<i>Sicilia:</i> Daniele La Barbera	

Giovedì 16 settembre 2010 – ore 16.00-18.30

Aula Magna

SESSIONE PLENARIA

La “ripresa” dai gravi traumi e dalla malattia mentale I

Moderatori: Luigi Ferrannini, Rita Roncone

Testimonianza: come sopravvivere alla vita

Giustino Parisse

Giornalista del quotidiano “Il Centro”

L'Autore, Caporedattore dell'Aquila per il quotidiano Il Centro, è stato tragicamente colpito dal terremoto aquilano del 6 aprile nei suoi affetti più importanti con la drammatica perdita dei due splendidi figli, Maria Paola e Domenico, e del padre. In ricordo dei suoi adorati ragazzi, l'Autore è impegnato con forza e coraggio a combattere per la ricostruzione della piccola comunità di Onna devastata dal sisma per cercare di recuperare il senso della vita.

Sopravvivere ai terremoti collettivi ed individuali

Massimo Casacchia (L'Aquila)

Direttore del Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, Direttore Scuola di Specializzazione in Psichiatria Università dell'Aquila

Gli eventi catastrofici hanno un impatto violento sugli individui. I meccanismi di risposta ad eventi disastrosi provocano disorientamento, shock, inducono – nell'immediato – le classiche reazioni istintive di fronte ad un pericolo: da quelle eroiche, come quelle di coloro che in momenti estremi tentano di salvare gli altri senza apparentemente curarsi della propria incolumità (e magari delle loro stesse ferite) a quelle irrazionali, come l'assistere paralizzati dal terrore e dallo stupore di fronte al pericolo (una scossa di terremoto, il crollo di un edificio, le fiamme di un incendio, le acque di un fiume

in piena, un'onda anomale, una valanga, una frana) o l'opposto, la fuga precipitosa e disordinata lontano dal pericolo. Partendo dall'analisi del comportamento individuale a quella di gruppi o intere comunità in relazione alla catastrofi collettive, l'Autore riporterà i principali dati relativi all'assistenza psichiatrica erogata in relazione al sisma del 6 aprile 2009 ed ai fattori protettivi che hanno influenzato l'impatto dell'evento nella comunità. Inoltre l'Autore esaminerà i risvolti di gravi traumi individuali e i meccanismi di coping che permettono il loro più agevole superamento.

La guarigione nei traumi gravi: cosa vuol dire e cosa dicono le evidenze

Angelo Barbato

Past-President World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR)

Studi approfonditi sull'impatto epidemiologico dei traumi gravi sulle popolazione esposte a disastri naturali (terremoti, uragani, inondazioni) oppure provocati dall'uomo (guerre, violenze etniche, attentati terroristici) sono stati compiuti solo di recente e presentano in genere limiti metodologici e differenze nel disegno e negli strumenti utilizzati che rendono problematico il confronto dei dati. Sono pochi gli studi che hanno permesso di valutare il decorso nel tempo dei sintomi di disagio mentale in campioni rappresentativi di popolazione con un disegno longitudinale.

Benché ci sia una grande variabilità nei dati In generale la prevalenza dei disturbi d'ansia e dell'umore nelle popolazioni esposte è alta e può arrivare anche al 60% nei periodi

immediatamente successivi all'evento. E' maggiore il rischio negli eventi provocati dall'uomo rispetto ai disastri naturali. Gli studi di esito hanno mostrato che, nonostante la maggior parte degli individui che presentano sintomi guarisca in modo stabile, una percentuale significativa rimane sintomatica o

presenta un rischio di ricaduta anche dopo molto tempo dall'evento traumatico (fino a vent'anni di distanza). Nella presentazione verranno discussi i fattori di rischio e di protezione che influenzano la guarigione o la persistenza dei disturbi mentali successivi a un grave trauma.

SESSIONE PLENARIA

La "ripresa" dai gravi traumi e dalla malattia mentale II

Moderatori: Massimo Casacchia, Ferdinando Pariente

Il progetto Recovery nei Dipartimenti di Salute Mentale italiani

Dario Lamonaca*, Ileana Boggian*, Alessandro Svetтини**, Marta Ghisi***, Gruppo Sir****

*CSM - Centro Diurno "Il Tulipano", Legnago (VR)

**Servizio di Riabilitazione Psichiatrica Precoce e Recovery "Gelmini", Salerno (BZ)

*** Dipartimento di Psicologia Generale Università degli Studi di Padova

****Gruppo SIR **Centri coordinatori:** Centro Diurno "Il Tulipano", Legnago VR (Ileana Boggian, Dario Lamonaca), Servizio di Riabilitazione Psichiatrica Precoce e Recovery "Gelmini", Salerno BZ (Alessandro Svetтини, Petra Zambelli). **Centri partecipanti:** Centro Diurno "Il Girasole", Nogara VR (Gabriella Piccione, Roberta Carmagnani), Centro Diurno "La Fontanina", Bovolone VR (Viola Saggiaro, Gabriele Sperandio), Centro Diurno e Comunità alloggio "Corte Guazzo", Adria RO (Barbara Giroto, Michele Pavanati), Centro "Arcobaleno", Arzignano VI (Stefano Zanolini, Maria Teresa Bettega, Alessandra Belfontali, Laura Andolfo, Flavio Franceschi, Roberta Tessari, Jessica Geremia), ICCRS Fatebenefratelli, Brescia (Giuseppe Rossi, Roberta Rossi), Centro Diurno "Il Pontile", Padova (Meri Miottello), Centro di Riabilitazione Psichiatrica "Grieserhof", Bolzano (Luigi Basso), Comunità alloggio "Città Azzurra", Bolzano (Elena Colonnello), Centro Diurno "Punto a capo", Conegliano TV (Stefania Campana), Cooperativa Sociale "Questa città", Bari e Cooperativa Sociale Bari Nord (Lino Scarnera), Centro Salute Mentale ASL 3, Genova (Paolo Peloso).

Il Recovery è definito come un complesso processo di sviluppo di nuovi traguardi e obiettivi di vita per superare i catastrofici effetti della malattia mentale (Anthony W, 1993). Per

questo sono necessarie misure psicometriche di valutazione del Recovery individuale, ancora poco diffuse nel nostro paese. Il presente studio preliminare è finalizzato a valutare la versione italiana della scala Recovery Assessment Scale (RAS) (Corrigan et al, 1999; Corrigan et al, 2004), per poter usufruire di uno strumento in grado di individuare quei soggetti che si trovano in fase di Recovery. Il presente studio multicentrico ha coinvolto servizi di salute mentale di varie parti d'Italia; ha comportato una prima fase di traduzione della RAS in lingua italiana e la sua somministrazione a 156 pazienti con diagnosi di psicosi, reclutati come "in Recovery" e "non in Recovery" seguendo i criteri operativi di Recovery proposti da Liberman e coll. (Liberman et al., 2002). I preliminari dello studio confermano le buone proprietà psicometriche della versione italiana della RAS; questo lavoro può contribuire ad aumentare la diffusione in Italia di strumenti utili ad identificare soggetti in Recovery dalla malattia mentale, la cui esperienza rappresenta un contributo fondamentale per la pianificazione di servizi di salute mentale orientati ad una prospettiva multidimensionale favorente i percorsi di Recovery. In un secondo momento, ai pazienti risultati avere un alto punteggio alla scala RAS, veniva somministrata una intervista semistrutturata, tratta da "The Recovery Workbook", di Spaniol e coll (Spaniol et al., 2009).

Le interviste raccolte sono accomunate da temi ricorrenti in letteratura (Ridgway, 2001): Recovery è il risveglio della speranza dopo la disperazione; Recovery è superare la negazione e realizzare comprensione e accettazione; Recovery è un movimento da una condizione di ritiro ed isolamento verso l'impegno e la partecipazione attiva; Recovery comporta un coping attivo piuttosto che un adeguamento passivo; Recovery significa non vedere più sé stessi come una persona con un disturbo psichiatrico e reclamare un positivo senso di sé; Recovery muove da una condizione di alienazione verso la ricerca di significato e scopo; Recovery è un complesso e individuale viaggio non lineare; Recovery non è un viaggio compiuto da soli ma richiede sostegno e connessioni.

I racconti in prima persona dimostrano che è possibile recuperare da un grave disturbo mentale e riprendere una qualità di vita soddisfacente e testimoniano che gli utenti intervistati sono in grado di raccontare in modo efficace in prima persona il loro punto di vista (Onken et al., 2002).

La narrazione di sé e della propria esperienza sembra essere uno dei pochi strumenti a disposizione che permettono alla persona di tornare a tessere un senso di sé più integro e sembra svolgere un ruolo cruciale nel processo di Recovery, indicando quelle altre cose che si possono ancora fare nonostante la malattia. Inoltre, questi racconti possono servire come un meccanismo di organizzazione per la persona, offrendo una possibilità di controllo, flessibilità e integrazione. Ciò che sembra essere importante in tali narrazioni non è il loro contenuto, ma le opportunità che esse offrono di recuperare la proprietà della loro storia e in tal modo della loro vita come protagonisti.

Parlare di Recovery appare dunque centrale per integrare le esperienze della psichiatria di comunità con il sapere che emerge dagli utenti stessi e per garantire che i servizi di salute mentale siano orientati a favorire, e non ad ostacolare, quelli che dai diretti interessati sono considerati i fattori necessari ai loro processi di ripresa.

Bibliografia

- Anthony W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16, 11-23.
- Corrigan P., Salzer M., Ralph R., Songster Y., & Keck L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin* 30, 1035-1041.
- Corrigan P., Gifford D., Rashid F., Leary M., Okeke I. (1999). Recovery as a psychological construct, *Community Mental Health Journal* 35, 231-239.
- Lieberman R.P., Kopelowicz A., Ventura J., & Gutkind D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia, *International Review of Psychiatry* 14, 256-272.
- Onken S, Dumont J, Ridgway P, Dornan D, Ralph R, (2002), Mental Health Recovery: What helps and What Hinders ?, Report to the National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, National Association of State Mental Health Program Directors, Alexandria VA.
- Ridgway P, (2001), Restoring psychiatric disability: learning from first person recovery narratives, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.
- Spaniol L, Koehler M, Hutchinson D, (2009), The Recovery Workbook: practical coping and empowerment strategies for people with psychiatric disabilities, revised edition, Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

“Recovery” e schizofrenia: mito o realtà?

Bernardo Carpieniello

Dipartimento di Sanità Pubblica - sezione di Psichiatria, Università di Cagliari

L'obiettivo del “recovery”, spesso inappropriatamente inteso come “guarigione” si è andato sempre più diffondendo come target auspicato dei trattamenti dei pazienti affetti da schizofrenia o disturbi correlati. In realtà a tutt'oggi non sembra essere stato raggiunto un chiaro accordo su cosa debba realmente intendersi con tale termine, sebbene dall'analisi della letteratura, su cui l'autore si soffermerà, sembra affermarsi prevalentemente una concettualizzazione che vede convergere nel costrutto la “remissione sintomatologica”, il raggiungimento di uno stato di “remissione funzionale” e una condizione di buona qualità di vita e/o benessere soggettivo. Una simile concettualizzazione apre ovviamente la strada ad una serie di problematiche tuttora aperte, quali: come intendere la remissione sindromica, la remissione funzionale e il raggiungimento di un'adeguata qualità di vita/benessere soggettivo? In base a quali parametri e con quali strumenti valutare

remissione sindromica, funzionale e raggiungimento di un adeguato benessere soggettivo? Per quanto tempo tali condizioni debbono essere mantenute per poter parlare di “recovery”? Sulla base delle evidenze disponibili, l’autore avvanzerà una proposta di definizione operativa del “recovery” da testare empiricamente mediante uno studio di validazione.

Il ruolo e l’azione della famiglia e delle associazioni dei familiari nei percorsi di ripresa e nell’affermazione del diritto alla guarigione

Gisella Trincas

Presidente UNASAM onlus, Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale

La tutela della salute (quale diritto a stare bene) è un diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività ed è garantita attraverso il servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali.

Il servizio sanitario nazionale assicura, in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della Legge 833/78, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse.

Sono posti a carico del servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche e di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale e collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Il DPCM 29 novembre 2001 ha definito le linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa.

Il criterio dell’appropriatezza, e quindi anche l’erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura dei cittadini utenti, rappresenta una componente strutturale dei LEA.

I principi guida dei livelli di assistenza sono:

- il principio della dignità umana
- il principio della salvaguardia
- il principio del bisogno
- il principio della solidarietà nei confronti dei soggetti più vulnerabili
- il principio dell’efficacia e dell’appropriatezza degli interventi
- il principio dell’efficienza
- il principio dell’equità.

Con le Leggi di Riforma Psichiatrica e Sanitaria (n°180/78 e n°833/78), si è avviato nel nostro paese un processo di grande civiltà e progresso che ha portato, dopo venti anni (e tanti tentativi di ritorno indietro), alla chiusura dei Manicomi. I Progetti Obiettivo Nazionali 94/97 e 98/2000, hanno identificato nel Dipartimento di Salute Mentale il modello organizzativo cardine per lo sviluppo e il potenziamento su tutto il territorio nazionale di un sistema di tutela della salute mentale che, attraverso le sue varie componenti organizzative e pratiche (centri di salute mentale, strutture residenziali, day-hospital, centri diurni, servizi di diagnosi e cura) e il coinvolgimento attivo di tutte le parti in gioco (familiari e utenti dei servizi, medicina di base, scuola, servizi sociali, cooperazione sociale, volontariato, ecc.), rispondesse in maniera tempestiva e qualificata ai molteplici bisogni espressi dalle persone colpite da un disturbo mentale.

Il processo di superamento degli ospedali psichiatrici pubblici, non è stato accompagnato, dappertutto, dalla realizzazione di buoni servizi territoriali di salute mentale ma, piuttosto, dal proliferare di Istituti altri (di varia tipologia e dimensioni) che hanno sostituito i Manicomi ; il rafforzamento della presenza delle Cliniche Private Psichiatriche (in alcuni casi si definiscono Cliniche Private con reparti di Neurologia) ; la realizzazione di Comunità Protette realizzate nei vecchi padiglioni degli Ospedali Psichiatrici che hanno mantenuto invariate le tipologie di intervento; l’apertura di strutture residenziali pubbliche e private di varia tipologia e dimensione il più delle volte collocate fuori dal contesto urbano e non « controllabili ».Ad ogni dimissione doveva corrispondere un progetto “differenziato e personalizzato” e invece in blocco, personale e

pazienti, venivano trasferiti in luoghi inadeguati che riproponevano pari pari il modello manicomiale: porte chiuse, controllo farmacologico.

Il 2° Progetto Obiettivo viene approvato nel novembre del 1999, ma risulta ancora meno vincolante del precedente. L'allora Ministro alla Sanità Rosi Bindi annunciò l'evento con una lettera inviata, oltre che alle Associazioni, agli Assessori Regionali alla Sanità "confidando nella massima sollecitudine per la predisposizione degli interventi di competenza, al fine di dare piena attuazione ai contenuti del progetto obiettivo... destinando alla attività dei dipartimenti di salute mentale almeno il 5% del fondo sanitario"

Indagini conoscitive parlamentari e la 1° Conferenza Governativa per la salute mentale tenutasi nel 2001 a Roma, evidenziavano le responsabilità del Governo Centrale e dei Governi Regionali in ordine ai gravi ritardi nell'applicazione dei P.O e della stessa Legge di Riforma Sanitaria. C'erano state diverse Conferenze preparatorie e si sono assunti degli impegni che non sono stati, ancora una volta, rispettati. Si è lasciato che le condizioni di salute di migliaia di persone peggiorassero, si è lasciato alle famiglie un carico assistenziale insostenibile che ha portato pesanti conseguenze sulla qualità della vita di tutte le persone coinvolte e sui rapporti interpersonali, compromettendo anche l'unità della famiglia. Si sono negati e calpestati i diritti fondamentali della persona umana.

Le nostre Associazioni sono costituite da familiari che, negli anni dell'abbandono, hanno intrapreso la strada dell'impegno sociale, partendo dal rifiuto di un destino segnato: malattia mentale = esclusione – segregazione – incurabilità – pericolosità sociale. Ci siamo interrogati profondamente su ciò che accadeva nelle nostre famiglie e assumevamo la consapevolezza che ognuno poteva e doveva fare la sua parte e che la via della guarigione non poteva dipendere esclusivamente dalla qualità e quantità delle cure farmacologiche e cliniche, ma, anche, dalla capacità dei servizi territoriali di salute mentale di garantire le cure e la presa in carico e dalla capacità e responsabilità della società ad essere accogliente e giusta.

L'UNASAM in Italia rappresenta una Federazione Nazionale a cui aderiscono oltre 150 Associazioni di utenti e familiari impegnate su tutto il territorio Nazionale. Alcune di queste già operavano negli anni 60 sulla scia del lavoro portato avanti da Basaglia a Gorizia (ad esempio nell'ospedale psichiatrico di Grugliasco in Piemonte), altre si sono costituite negli anni 80/85 (ad esempio Sardegna, Lazio, Emilia, Liguria, Toscana), altre ancora negli anni 90 e più recentemente. La nascita dell'Unasam è stata formalizzata nel 1994 per volontà delle stesse Associazioni che componevano il Coordinamento Nazionale Salute Mentale. Si tratta quindi della Organizzazione maggiormente rappresentativa delle famiglie Italiane sia in termini di "storia" sia in termini di rappresentanza effettiva.

L'UNASAM aderisce all'EUFAMI (Organizzazione Europea delle Associazioni dei familiari), collabora con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Associazione Mondiale di Riabilitazione Psicosociale (WAPR), collabora con l'Organizzazione Mondiale di Sanità e con importanti Istituti di Ricerca.

L'Unasam sollecita l'attuazione, su tutto il territorio nazionale, di piani di intervento per la realizzazione dei servizi territoriali di salute mentale (aperti 24 ore su 24). Sollecita il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e di tutti i luoghi di internamento. Svolge, su tutto il territorio nazionale, una azione di prevenzione attraverso la pubblicazione e diffusione di agili dispense informative e promuove campagne anti stigma. L'UNASAM non vuole nuove leggi, ma l'applicazione urgente delle buone leggi che in Italia sono state realizzate.

In tutte le Regioni, le nostre Associazioni, sono attivamente impegnate su vari fronti:

- In campo istituzionale: nel sollecitare e sostenere (con proprie proposte) buoni Piani Sanitari e Sociali e adeguati finanziamenti per la salute mentale;
- in quello culturale: nella organizzazione e gestione di dibattiti, seminari, attività formativa, incontri con la scuola e le altre associazioni locali;
- in azioni a sostegno dei familiari e utenti della salute mentale con: incontri

individuali, gruppi di auto-aiuto, segretariato sociale, ascolto telefonico, incontri con i servizi sui singoli casi, accompagnamento, ecc...;

- in progetti specifici quali ad esempio: la nascita di cooperative sociali, la realizzazione di piccole residenze, laboratori culturali, scuole d'arte, inserimenti lavorativi, attività teatrali, attività sportiva, organizzazione di gite e vacanze, piccole redazioni editoriali;
- in azioni di sostegno delle buone pratiche portate avanti dai servizi pubblici di salute mentale.
- In campagne di sensibilizzazione per combattere stigma e pregiudizio.
- In progetti di ricerca e formazione.

Noi, in questi decenni, ci siamo assunti la responsabilità dell'impegno e della partecipazione: abbiamo costituito cooperative sociali, sperimentato forme di residenzialità, attivato spazi di ascolto, luoghi di incontro e aggregazione sociale, promosso l'assistenza domiciliare, realizzato iniziative culturali, sviluppato dibattito pubblico e sinergie. Abbiamo attivato corsi di formazione per i familiari e i volontari, sperimentato l'auto-aiuto, dato voce e visibilità alle persone con sofferenza mentale. La nostra esperienza, diffusa attraverso le Associazioni in tutto il territorio Nazionale, costituisce punto di riferimento per migliaia di familiari in difficoltà che non vogliono abbandonare i loro cari. I nostri saperi oggi sono un bagaglio culturale collettivo e questo lo dobbiamo a chi per anni ci ha sostenuto, dato corrette informazioni, restituito la speranza, dimostrato che esistono buone pratiche che danno buoni risultati.

I punti di nostro maggiore interesse sono:

- La presa in cura delle persone con sofferenza mentale
- La residenzialità
- Il Trattamento sanitario obbligatorio e il suo abuso
- I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e la violazione dei diritti umani
- Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e il loro superamento
- La Neuropsichiatria dell' Infanzia e dell'Adolescenza

- Stigma e pregiudizio
- La ripresa e la guarigione
- La partecipazione e la responsabilità

Attraverso la predisposizione di un Progetto Strategico Salute Mentale, le aziende sanitarie locali devono attivare azioni finalizzate a:

1. definire, attivare e organizzare il DSM;
2. realizzare l'apertura dei CSM 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
3. disporre risorse e progetti per avviare percorsi di riabilitazione in alternativa all'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario;
4. monitorare le attività di ricovero, al fine di ridurre, fino ad evitare, ogni forma di contenzione fisica;
5. qualificare gli spazi, i luoghi e gli arredi dove le persone con disturbo mentale vivono e vengono curate, al fine di migliorare le forme dell'accoglienza e le condizioni di lavoro degli operatori;
6. definire, in accordo con le agenzie dell'emergenza e dell'ordine pubblico protocolli per la risposta adeguata all'emergenza e all'urgenza ed in particolare per condividere le procedure per l'attuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori;
7. verificare l'appropriatezza dell'utilizzo delle strutture residenziali in rapporto alle mutate esigenze delle persone che necessitano di percorsi riabilitativi ed evidenziare la presenza, nel territorio di competenza, della cooperazione sociale;
8. migliorare attraverso forme di partecipazione concordata il riconoscimento ed il rafforzamento delle associazioni dei familiari e delle persone con disturbo mentale.

Il nostro Paese nel 2005, ha assunto, in accordo con i Ministri degli Stati membri della Commissione Europea i seguenti impegni per i prossimi 10 anni:

1. promuovere la consapevolezza dell'importanza del benessere mentale
2. lottare collettivamente contro lo stigma, la discriminazione e l'ineguaglianza e responsabilizzare e sostenere le persone con problemi di salute mentale e le loro famiglie, in modo che possano partecipare attivamente a questo processo.

3. progettare e realizzare sistemi destinati alla salute mentale completi, integrati ed efficienti, che includano la promozione, la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione, l'assistenza ed il recupero
4. provvedere all'esigenza di disporre di una forza lavoro competente ed efficace in tutte queste aree.
5. riconoscere l'esperienza e le competenze dei pazienti e dei "carers", come base essenziale per la pianificazione e lo sviluppo dei servizi per la salute mentale.

Giovedì 16 settembre 2010 – ore 18.30-19.00

Aula Magna

LETTURA MAGISTRALE

Moderatore: Mariano Bassi

Trattamenti e diritti umani e di cittadinanza

Lorenzo Burti

Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona

I diritti umani sono diritti acquisiti affermati nella legislazione internazionale e nazionale. Le persone con problemi psichiatrici o disabilità intellettive sono esposti a un'ampia gamma di potenziali violazioni dei diritti umani. Alcuni abusi possono essere eclatanti, o configurarsi addirittura come reati, ed essere direttamente provocati da atti precisi di persone chiaramente individuabili. Tuttavia molti, o forse la maggior parte, degli abusi dei diritti umani in istituzioni psichiatriche e socio-assistenziali sono di natura strutturale e può accadere che non ci sia una persona o un gruppo di persone nell'istituto direttamente responsabili.

Possono darsi violazioni sistematiche come effetto di una legge o di una politica imperfetta, una cultura istituzionale, regionale o nazionale, un'insufficienza di fondi per i servizi oppure fondi erogati per il tipo sbagliato di servizi (ad esempio, per mantenere una istituzione troppo grande anziché sviluppare servizi per la salute mentale di comunità). Poiché molte violazioni dei diritti umani avvengono senza alcuna intenzione di causare danno, è importante ricordare che il

monitoraggio dei diritti umani non implica tanto una crociata volta a smascherare e perseguire gli autori di abusi, quanto piuttosto un'attività volta a garantire un controllo regolare e obiettivo degli standard di assistenza nelle strutture preposte alla cura e all'assistenza dei pazienti in questione.

Nel 1948, le Nazioni Unite adottarono la Dichiarazione universale dei diritti umani. Da allora, altre convenzioni, dichiarazioni, direttive e raccomandazioni sono state adottate dall'ONU e da altri enti internazionali

Il trattato sui diritti umani dell'ONU più recente è la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD) e il relativo Protocollo opzionale. Essi sono stati adottati il 13 dicembre 2006 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite, e sono stati ratificati il 30 marzo 2007. La CRPD adotta un approccio ampio al concetto di disabilità e ribadisce che tutte le persone con disabilità sono titolari di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali. Identifica inoltre le aree in cui lo Stato deve garantire che siano fatti degli adeguamenti (noti come adeguamenti ragionevoli) per le persone con disabilità affinché esse possano esercitare effettivamente i loro diritti.

Nella CRPD la disabilità viene vista non come una condizione medica, ma piuttosto come il risultato dell'interazione tra atteggiamenti negativi della società o un ambiente poco accogliente e la condizione svantaggiata di

soggetti specifici. Smantellando le barriere relazionali, ambientali e legali piuttosto che concentrandosi sul problema di una singola persona, si consente al meno abile di partecipare come membro attivo della società e godere appieno dei diritti umani.

Il modello medico vede le persone con disabilità come oggetti (di trattamento, gestione, protezione, carità e a volte pietà e paura); il modello sociale di disabilità della CRPD considera le persone con disabilità come soggetti di tutta la gamma dei diritti umani alla pari di tutti gli altri cittadini

Due aree principali mostrano chiaramente il 'mutamento di paradigma'. La prima è la capacità giuridica e la seconda è il diritto di vivere nella comunità.

Capacità giuridica: una volta eliminata, tutte le decisioni giuridicamente rilevanti sono prese da qualcun altro, un tutore; tutta una serie di diritti umani risultano cancellati completamente: il diritto di gestione delle proprie finanze, il diritto di decidere dove vivere, il diritto di voto, il diritto di sposarsi e crearsi una famiglia, il diritto al lavoro. Il mutamento di paradigma della CRPD mette fine alla soppressione dei diritti, specificando che ognuno ha capacità giuridica e che gli Stati hanno l'obbligo di fornire sostegno alle persone

che necessitano di assistenza nel processo decisionale, anziché sostituire la persona nel processo decisionale con un tutore. L'individuo è colui che decide; chi lo sostiene, ove necessario, gli spiega il problema e interpreta il suo volere e le sue preferenze.

Diritto di vivere nella comunità: la CRPD ribadisce che vivere nella comunità è un diritto inalienabile; in alcuni casi, possono essere necessari servizi di sostegno, e il problema diventa allora come agevolare il vivere in modo indipendente e l'integrazione nella comunità. I servizi e le strutture comunitari destinati alla popolazione generale devono essere messi a disposizione delle persone con disabilità su di una base di eguaglianza e devono essere adattati ai loro bisogni.

Nel corso della Lezione la trattazione dei diritti umani dei soggetti sopra citati sarà ampiamente illustrata alla luce di due importanti progetti sostenuti dalla Comunità Europea: Ithaca (Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment) ed Helps (European network for promoting health of residents in psychiatric and social care institutions).

Venerdì 17 settembre 2010 – ore 9.00-11.00

Aula Magna

Sessione Plenaria

Oltre la catastrofe. Real world: trattamenti integrati in riabilitazione psicosociale e valutazione degli esiti

Moderatori: Bernardo Carpiniello, Ferdinando De Marco

Integrazione di interventi di riabilitazione cognitiva e di riabilitazione psicosociale nel "real world": evidenze ed esperienze

Antonio Vita

Università degli Studi di Brescia

Numerose alterazioni neuropsicologiche sono state dimostrate nella schizofrenia, non solo nelle forme croniche ma anche all'esordio del disturbo.

Inoltre esse si sono dimostrate rilevanti nel condizionare il livello di funzionamento psicosociale del paziente e la stessa efficacia degli interventi psicosociali messi in atto in suo favore.

Recentemente sono stati proposti diverse strategie di intervento che si propongono di modificare, rimediandoli, i deficit cognitivi dimostrati dai pazienti. In particolare, dopo aver approfondito il ruolo dei nuovi antipsicotici nel controllo della sintomatologia cognitiva propria della schizofrenia sono stati anche proposti interventi non farmacologici di riabilitazione cognitiva. Alcuni di tali interventi sono sperimentali, per lo più computerizzati; altri hanno trovato forme di applicazione clinica in programmi strutturati da condursi su pazienti singoli o su gruppi di pazienti. Particolarmente efficaci sembrano essere gli interventi di riabilitazione cognitiva quando integrati in un progetto terapeutico più articolato comprendente anche altri interventi di riabilitazione psicosociale. Le evidenze scientifiche sull'utilità di tale integrazione nel "real world" e le esperienze in tal senso condotte dall'autore saranno oggetto della presentazione.

Training delle abilità sociali e approccio cognitivo individualizzato nella schizofrenia: un'integrazione efficace

Giuseppe Piegari, Silvana Galderisi

Università degli Studi di Napoli

I deficit cognitivi sono oggi considerati un target importante per il trattamento dei pazienti affetti da schizofrenia, alla luce dei numerosi studi che hanno evidenziato la relazione tra le disfunzioni cognitive e un funzionamento sociale più scadente.

Sulla base di questi presupposti, negli ultimi anni sono stati sviluppati numerosi interventi volti al miglioramento delle funzioni cognitive (training cognitivo o riabilitazione cognitiva), talora comprendenti il solo training cognitivo, talora integrati con interventi psicosociali (più frequentemente gruppi psicoeducativi o di addestramento alle abilità sociali).

Nel complesso, i risultati degli studi sull'efficacia del training cognitivo nei pazienti affetti da schizofrenia, e ancor di più quelli sui trattamenti integrati, hanno prodotto risultati incoraggianti mostrando miglioramenti sia sulle funzioni neurocognitive che della qualità della vita. Tuttavia, i risultati ottenuti in questi studi non sono univoci, anche in relazione con la variabilità delle metodologie sia cognitive che psicosociali utilizzate e dell'eterogeneità dei pazienti inclusi negli studi. Un altro limite di questi studi è rappresentato dalla scarsa personalizzazione degli interventi.

Sulla scorta di queste evidenze, il nostro gruppo di ricerca ha messo a punto un programma riabilitativo integrato ed individualizzato per pazienti psicotici cronici (Social Skills And Neurocognitive Individualized Training, SSANIT), proponendo un training

individualizzato per le funzioni cognitive e le abilità sociali.

I risultati dell'approccio integrato appaiono promettenti, anche se ancora da consolidare. Gli aspetti più controversi sono rappresentati dalla scelta degli indicatori di esito, della durata e dell'intensità dei trattamenti e dei metodi più appropriati per favorire la generalizzazione alla vita reale dei miglioramenti osservati nei trial sperimentali. La ricerca futura dovrà focalizzare l'attenzione su questi aspetti, oltre a valutare se gli interventi cognitivi e psicosociali sono di maggiore impatto rispetto ad attività di tipo occupazionale e di supporto.

Il training cognitivo per il pensiero divergente nella schizofrenia

Masafumi Mizuno

Professor and Chair, Department of Neuropsychiatry, Toho University School of Medicine - Director, "Il Bosco", Toho University Hospital Mental Health Center

Over the last decade, evidence has consistently demonstrated the connection between cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. These findings have added emphasis to development of cognitive rehabilitation approaches and their applications to schizophrenia. We have recently suggested that one neurocognitive skill that deserves consideration as a potential target for intervention is divergent thinking. Divergent thinking is typically applied when someone is confronted with questions that do not have a fixed single answer (Guilford, 1967). It is distinguished from convergent thinking, for which a single correct answer can be identified. More than other cognitive domains, divergent thinking is related to negative symptoms. Because most real life situations are unstructured and have no single correct answer for a given problem, intact divergent thinking would appear to be critical for successful social and interpersonal interactions. Consistent with this view, we recently found divergent thinking deficits in patients with schizophrenia using qualitative measures (Mizuno and Kashima, 2002; Nemoto et al., 2005; Yamashita et al., 2005). Also, in a separate study, we found that

the impairment in generating high-quality responses on divergent thinking tasks was an important determinant of poor community functioning for patients (Nemoto et al., 2007).

Based on our recent findings of a relationship between divergent thinking and community functioning (Nemoto et al., 2007), we developed a training program specifically for divergent thinking deficits in schizophrenia and evaluated its effects on measures of divergent thinking (e.g. fluency measures), negative symptoms, and social functioning in a pilot study. These preliminary results suggest that interventions for divergent thinking in schizophrenia may lead to improvements in patients' social functioning.

L'inserimento lavorativo e l'EBM: il modello Individual Placement Support, IPS

Riccardo Sabatelli, Andrea Parma
Centro Salute Mentale Rimini

L'1% circa della popolazione in età lavorativa è affetta da disturbi di tipo schizofrenico; i tassi di disoccupazione in tale sottopopolazione variano tra il 60 e il 90 %; i trattamenti farmacologici non hanno modificato in modo significativo il problema della disoccupazione; l'inserimento lavorativo è un obiettivo particolarmente importante per la sua funzione nei confronti dell'autostima, dell'inclusione sociale, della riduzione dei costi sociali e sanitari, dei benefici nella strutturazione del tempo. L'Individual Placement and Support (IPS) rappresenta un nuovo modello, validato nei paesi anglosassoni e in alcune esperienze nazionali, che coniuga, all'interno del progetto riabilitativo, l'inserimento lavorativo diretto con un approccio individualizzato centrato sulla persona, secondo un intervento "place and train".

Dai trattamenti familiari alla cognizione sociale e gli esordi psicotici: la ricerca in riabilitazione influenza le pratiche cliniche?

Rita Roncone, Rocco Pollice, Monica Mazza, Donatella Ussorio, Alessandra Cavicchio, Massimo Casacchia

Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila

Negli ultimi anni nella ricerca si è assistito ad un crescente interesse verso i trattamenti psicosociali per le malattie mentali e si è accumulata un'ampia mole di evidenze relative sia all'efficacia delle tecniche impiegate sia alla loro possibilità di impiego nei servizi di salute mentale. Nella schizofrenia, tra gli interventi che hanno dimostrato una loro validità (Bustillo et al., 2001; Penn et al., 2005), vanno ricordati i trattamenti psicoeducativi familiari, che gli Autori, fra i primi, hanno applicato nel nostro paese e contribuito a diffondere nei servizi di salute mentale ed a livello accademico.

Molti sforzi sono stati indirizzati alla individuazione di efficaci modelli di intervento facilmente trasferibili nella pratica clinica e nello studio di variabili (tra questi, cognizione sociale, tempestivo inizio del trattamento negli esordi psicotici) che possono condizionare l'outcome dei disturbi mentali gravi. Gli Autori si interrogano su quanto la routine clinica possa ne sia influenzata in relazione all'erogazione dei trattamenti nei servizi di salute mentale.

Valutare appropriatezza ed efficacia dei trattamenti nella pratica dei servizi di salute mentale

Antonio Lora, Giuseppe Tibaldi*

*Presidente Società Italiana di Epidemiologia Sociale, SIEP, Milano; *Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino, membro del Direttivo della SIEP*

La valutazione routinaria della qualità sia in termini di efficacia che di appropriatezza sta assumendo un ruolo sempre maggiore all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale. Questo interesse è legato sia alla sempre maggiore consapevolezza da parte degli operatori rispetto ai temi dell'appropriatezza e dell'efficacia nell'erogazione degli interventi, sia alle esigenze di un governo clinico dei Dipartimenti. Gli assi su cui valutare la qualità sono l'accessibilità, l'appropriatezza, la continuità della cura e l'efficacia nella pratica. Uno strumento utile monitorare la qualità delle cure sono gli indicatori clinici: essi sono specifici per singola patologia e sono in rapporto alle evidenze derivate dalle Raccomandazioni delle Linee Guida; ciò permette di valutare in che misura la cura erogata nella routine si avvicina o si discosta dalle evidenze e dagli standard stabiliti dalle Linee Guida. Un sistema di indicatori di questo tipo non solo è utile alla valutazione, ma identificando le aree di maggiore criticità permette azioni migliorative. Lo sviluppo dei sistemi informativi regionali permette già oggi di ricavare per via informatica gran parte delle informazioni che servono alla valutazione di qualità e alla rilevazione di indicatori clinici. In questo modo è possibile ridurre il carico informativo per i servizi, rendere routinaria la raccolta di queste informazioni ed attuare un benchmarking tra i DSM in un'ottica di governo clinico.

Venerdì 17 settembre 2010 – ore 11.15-12.00

LETTURA MAGISTRALE

Moderatore: Antonello Bellomo

Interventions to treat PTSD following man made and natural disasters

Stefan Priebe

Unit for Social & Community Psychiatry, Queen Mary University of London, London, United Kingdom

Numerous studies have assessed mental disorders following man-made and natural disasters. Most of them show raised levels of mental disorders, but the exact prevalence rates vary substantially. Findings on predictive characteristics are more consistent.

The literature on mental disorders following disasters will be summarised. The presentation will then describe the ongoing and

controversial debate about the most appropriate healthcare and social interventions to help people affected by disasters. It will focus on interventions in the rehabilitation of people with long-term disorders.

Whilst research on the rehabilitation of people with long-term mental disorders following disaster is complicated by a number of conceptual and methodological problems, the existing studies do not provide overwhelming evidence for the effectiveness of psychological treatments. These findings and implications for policy and research will be discussed.

Venerdì 17 settembre 2010 – ore 18.00-19.30

Sessione Plenaria

Nuove sfide nei trattamenti integrati in riabilitazione psicosociale

Moderatori: Antonio Vita, Giuseppe Saccotelli

La sfida di implementare trattamenti evidence-based per le psicosi all'esordio nei servizi di salute mentale italiani

Mirella Ruggeri Antonio Lasalvia, Mariaelena Bertani, Sarah Bissoli

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona

I disturbi psicotici sono fra le cause di maggiore disabilità nel mondo. Il 75% dei soggetti trattati può conseguire una remissione sintomatologica a 6 mesi, ma solo il 20% riesce ad ottenere un recupero funzionale soddisfacente; la maggior parte presenta delle difficoltà di funzionamento psicosociale ed una bassa qualità della vita. I familiari di questi soggetti soffrono essi stessi di

un significativo disagio psichico che diminuisce le loro capacità di gestire il congiunto in difficoltà e quindi può peggiorare l'esito funzionale del paziente stesso. Gran parte del deterioramento clinico e sociale dei soggetti psicotici si instaura entro i primi 5 anni dall'esordio, il che sta ad indicare che occorre intervenire precocemente nei pazienti al primo episodio psicotico, per ottenere una rapida remissione dei sintomi, prevenire il deterioramento del funzionamento, migliorare le capacità di coping ed adattive, e fornire, al paziente ed ai suoi familiari, informazioni precise su origini, evoluzione e fattori di rischio per possibili ricadute del disturbo. Gli interventi psicosociali specifici per il trattamento degli esordi psicotici sono risultati efficaci in alcuni

studi clinici randomizzati, ma ben pochi sono gli studi che hanno esaminato l'efficacia di questi interventi nella pratica clinica. Lo studio multicentrico GETUP coinvolge i Centri di Salute Mentale (CSM) di Veneto, Emilia Romagna, della provincia di Bolzano e Firenze e dei Dipartimenti di Salute Mentale dell'Ospedale Niguarda e San Paolo di Milano, pari a circa 10 milioni di abitanti, con un coinvolgimento prevedibile di oltre 100 CSM, in ognuno dei quali è prevedibile vengano arruolati 4-8 soggetti all'esordio psicotico /100.000 abitanti per un numero complessivo minimo di circa 400 soggetti. Il Progetto GETUP ha lo scopo di indagare l'efficacia degli interventi psicosociali nella pratica clinica, nonché di individuare le situazioni in cui tali interventi potrebbero essere inefficaci o addirittura controindicati.

Valutazione di esito ed approccio riabilitativo precoce: l'esperienza del Programma 2000

Anna Meneghelli, Angelo Cocchi, Giovanni Patelli, Federico Galvan
Programma 2000, Milano

La malattia mentale grave può essere, per un giovane e per la sua famiglia, una vera "catastrofe". Un orizzonte di speranze, aspettative, progetti e prospettive sembra incrinarsi e trasformarsi in un cupo percorso dominato dall'incertezza e dal dolore.

Molte e diverse esperienze hanno dimostrato che la fiducia e l'ottimismo possono nuovamente prendere vigore se si creano le condizioni per affrontare e combattere pregiudizi, timori, sofferenze ma hanno anche dimostrato a che è possibile procedere "oltre", ricavando indicazioni per intervenire adeguatamente e mettere in atto tutte le misure possibili per prevenire il danno.

L'esperienza del Programma 2000, programma di individuazione e trattamento precoce delle psicosi, ha avuto come obiettivi, nel corso di undici anni di attività, non solo il contenimento ma anche la prevenzione del danno.

Gli Autori, nella loro comunicazione, presentano una breve sintesi dei percorsi attivati sul terreno della prevenzione, della riabilitazione precoce e della cura e una altrettanto sintetica sintesi dei percorsi di

valutazione dei risultati ottenuti.

L'esperienza del Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani: dalla prevenzione alla cura (progetto SMILE)

Rocco Pollice, Massimo Casacchia (L'Aquila) e gruppo SMILE

Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila

Nel DSM di L'Aquila nel 2006 è stato creato un servizio, specificamente dedicato all'identificazione precoce dei segni e sintomi psicologici e comportamentali delle malattie mentali, per riconoscere il più precocemente possibile le persone a rischio e indirizzarle verso un adeguato trattamento. Gli obiettivi del servizio, chiamato SMILE (Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani), sono quelli di permettere la valutazione sistematica, il riconoscimento e il trattamento integrato per i problemi mentali e psicologici nei giovani, di prevenire il disagio psicologico e le malattie mentali, di garantire la continuità delle cure in tutte le fasi del disagio, di riconoscere e curare all'esordio i disturbi e offrire personale sanitario addestrato nel trattamento dei segni e sintomi precoci, premorbosi e prodromici dei problemi psichiatrici e dei disturbi mentali. Gli Autori riportano i dati relativi all'attività del servizio ed i principali esiti relativi alla popolazione afferente.

Il trattamento cognitivo-comportamentale nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

Franco Veltro

UOC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, DSM – zona Campobasso, Azienda Sanitaria Regione Molise

L'indagine "Progres-Acuti" ha fornito informazioni relative alle caratteristiche strutturali degli SPDC. L'assenza di, modelli operativi e di pratiche condivise ha reso impossibile la valutazione del "processo" (come

si lavora e di quanto si discosta quel che si fa da quello che si dovrebbe fare), del risultato del processo (per esempio l'atmosfera del reparto) ed anche di alcune variabili di "esito", tra cui oltre a quella tradizionale delle ricadute in termini di ricovero anche quella di soddisfazione. Infatti, per questo tipo di valutazione vi è bisogno di criteri obiettivi, espliciti, riproducibili, predefiniti da parte degli operatori nell'ottica di favorire un confronto! L'adozione negli ultimi anni di un intervento che risponde a tali criteri, messo a punto presso gli SPDC di Campobasso e del San Filippo Neri (Roma), "manualizzato" (Vendittelli et al., 2008) rende oggi possibile tale tipo di valutazione. Dopo aver illustrato le caratteristiche principali dell'intervento, la diffusione e modalità di applicazione in alcuni reparti italiani saranno presentati i risultati di efficacia di "follow-up" a 4 anni. Dopo 5 anni di introduzione risulta che l'intervento è stato applicato in circa 18 SPDC (6 nel Nord Italia, 7 nel Centro e 5 nel Sud), in 3 è stato sospeso per motivi organizzativi e di recente è stata effettuata la formazione per altri 3 SPDC. L'intervento è risultato efficace in diversi studi condotti a Roma, Foggia, L'Aquila e Campobasso. I risultati più eclatanti sono stati la drastica riduzione delle ricadute di TSO e di TSV, degli allontanamenti dal reparto non concordati, delle contenzioni, aumento della atmosfera di reparto e della soddisfazione. Sulla base di un'osservazione longitudinale di 4 anni è stato valutato che in termini di ricadute risulta efficace per la Schizofrenia e per il Disturbo Bipolare, mentre risulta "terapeuticamente efficace" per i Disturbi di Personalità Gravi sull'asse relativo "motivazione alla cura".

I trattamenti in Comunità Terapeutica per pazienti psichiatrici con disturbi da uso di sostanze

Massimo Clerici

Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università Bicocca di Milano, Dirigente Medico Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza

Il concetto innovativo nell'ambito delle Comunità Terapeutiche che accolgono persone con disturbi da uso di sostanze è incentrato sulla precisa identificazione del tipo di utente: nel caso di pazienti con un disturbo di personalità si può parlare di notevoli miglioramenti, non in termini di guarigione, ma di capacità di adattamento all'ambiente nettamente migliore. Ci sono pazienti invece, come gli schizofrenici o gli psicotici gravi, in cui si può pensare ad una stabilizzazione: maggiore motivazione nella cura e nella terapia, maggiore propensione ad assumere i farmaci, dimostrazione di un progressivo recupero di abilità che avevano perso. In generale, non si può parlare di guarigione (è difficile, in assoluto, in tutte le malattie psichiatriche, non solo in quelle sostenute dall'uso di droghe) ma è comunque un notevole passo avanti, anche se la malattia rimane ad alto rischio di ricaduta. Forse quelli più avvantaggiati sono i pazienti con un disturbo dell'umore per i quali i progressi, a livello complessivo, sono maggiori. Quindi, l'obiettivo è diversificato e non si può generalizzare. Si può dire che l'obiettivo condivisibile per tutti è la riabilitazione e una qualità della vita migliore in pazienti che prima non l'avevano.

La formula magica è sempre la personalizzazione del trattamento: accoppiare le caratteristiche della persona con le tecniche necessarie per far sì che si abbia una tenuta, in pazienti gravi, superiore alla media di tenuta delle comunità terapeutiche tradizionali. Il processo di riconversione delle comunità terapeutiche tradizionali in questo tipo di programmi è inevitabile e fondamentale: un sistema differenziato di trattamenti dove si può scegliere una patologia specifica o un insieme di patologie su cui lavorare con strumenti, tecniche e obiettivi personalizzati.

Sabato 18 settembre 2010 – ore 9.00-10.00

Sessione Plenaria

Catastrofi ed eventi traumatici collettivi ed individuali

Moderatori: Eugenio Aguglia, Giulio Corrivetti

Mental health consequences of earthquakes and their effective treatment: a control-focused behavioral treatment approach

Ebru Salcioglu, MA, PhD

Istanbul Centre for Behaviour Research and Therapy, Turkey

Trauma Studies, Institute of Psychiatry, King's College London, UK

Earthquakes are among the most common natural disasters that cause widespread destruction and casualties and expose millions of people to a wide range of severe traumatic events. Exposure to earthquakes is associated with elevated rates of mental health problems, with prevalence rates ranging from 2% to 50% for posttraumatic stress disorder (PTSD) and 8% to 52% for depression in studies that used random community samples. Despite the extent of mental health problems there have been few attempts to develop effective psychological care strategies for earthquake survivors. Development of effective interventions requires a theoretical framework in understanding the mechanisms of traumatic stress in earthquake trauma. During the course of our 6-year work with survivors of the devastating 1999 earthquakes in Turkey we developed a Control-Focused Behavioral Treatment (CFBT) based on the principles of learning theory. CFBT aims at enhancing survivors' resilience against traumatic stressors by helping them to develop sense of control over them. This is achieved by exposure to either (a) unconditioned stimuli (i.e. earthquake tremors) in a safe and controlled environment or (b) conditioned stimuli (i.e. earthquake reminders) until the person is able to tolerate and control associated fear and distress. In a series of uncontrolled and controlled clinical trials variants of CFBT achieved significant clinical improvement in

over 80% of earthquake survivors with PTSD. The relapse rate was very low in all studies, despite ongoing threat to safety caused by numerous aftershocks and expectations of another major earthquake, suggesting increased resilience against traumatic stress induced by earthquakes. Preliminary evidence also showed that CFBT can be effectively delivered as a self-help intervention using booklets and similar media. The efficacy and cost-effectiveness of the variants of CFBT have important implications for mental healthcare policies for earthquake survivors.

Modificazioni della funzionalità cerebrale regionale in soggetti con disturbo post-traumatico da stress sopravvissuti al terremoto del 6 aprile 2009 dell'Aquila

Monica Mazza*, Alessia Catalucci**, Rocco Pollice*, Massimo Gallucci**, Rita Roncone*, Massimo Casacchia*

**Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila; **U.O. di Neuroradiologia, Ospedale San Salvatore, Università dell'Aquila*

INTRODUZIONE. Il funzionamento neuropsicologico delle persone con PTSD è diventato un importante settore di ricerca. Alcuni studi riportano che nel PTSD è presente una diminuita risposta emotiva, chiamata *emotional numbing*, (EN) che sembra rappresentare un sintomo centrale di questo disturbo. L'EN riflette principalmente il distacco sociale e il disordine mentale che questi soggetti vivono. Questo senso di distacco sembra correlato a cambiamenti fisiologici e morfologici in particolari regioni cerebrali quali *amigdala*, *ippocampo*, *insula* e *corteccia prefrontale*. Il presente lavoro ha lo scopo di esaminare le alterazioni funzionali dei sistemi

cerebrali coinvolti nei processi di elaborazione emotiva durante un compito emozionale rispetto ai soggetti sani.

METODI. Dieci soggetti con PTSD (DSM-IV-R , APA, 2000) sopravvissuti al terremoto del 6 aprile 2009 a L'Aquila e dieci controlli sani sono stati sottoposti a fMRI in un contesto di stimoli visivi neutri e negativi.

RISULTATI. Le immagini sono state elaborate mediante Brain Voyager software (version QX, University of Maastricht). L'analisi dei dati ha rivelato nei soggetti sani una significativa attivazione nell'insula anteriore destra e negli accordi bilaterali del giro frontale inferiore. I soggetti PTSD presentano invece una maggiore attivazione dell'insula bilaterale posteriore, del giro paraippocampale e del amigdala sinistra che invece non risulta attivata nei soggetti sani.

CONCLUSIONI. I nostri risultati suggeriscono che in pazienti con PTSD è presente un cambiamento nell'attivazione delle aree cerebrali responsabili del trattamento dell'informazione emozionale. I risultati forniscono la prova che significative alterazioni delle funzioni cerebrali, simile a quelle osservate in soggetti con disturbo post-traumatico da stress, si verificano dopo importanti esperienze traumatiche, evidenziando così la necessità di una valutazione precoce e un intervento per i sopravvissuti al trauma.

Disastri e salute mentale: criticità e prospettive

Francesco Catapano, Corrado De Rosa

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Nel corso degli ultimi anni si è registrato un crescente interesse per lo studio delle conseguenze psicosociali dei disastri di diversa natura e portata. Tali eventi non sono affatto rari ed in tutti i casi risultano associati a conseguenze traumatiche, talvolta così devastanti da lasciare un segno indelebile nella vita di intere comunità. Nonostante lo sforzo attuato in questi anni sul piano delle ricerca, numerosi aspetti di ordine teorico e pratico rimangono tuttora aperti e controversi, ed in particolare il confine tra reazioni, emotive e comportamentali, "normali" e "patologiche" al disastro; la gamma di condizioni psicopatologiche e di problemi psicosociali che i servizi per la tutela della salute mentale devono essere pronti ad affrontare; l'identificazione di eventuali predittori dello sviluppo di disturbi e psichiatrici gravi e persistenti; la rilevanza clinica dei cosiddetti disturbi "sotto soglia"; l'esito a lungo termine dei disturbi psichiatrici post-traumatici; la natura ed il ruolo dei fattori "protettivi" e di "rischio" nella popolazione generale; l'efficacia delle strategie di prevenzione e dei programmi di intervento terapeutico. Partendo da un'analisi critica delle evidenze disponibili e dai risultati delle ricerche condotte dal nostro gruppo, nel presente contributo saranno affrontati alcuni di questi aspetti problematici nel tentativo di fornire elementi utili per la pianificazione di interventi mirati all'identificazione del disagio psichico negli individui coinvolti in eventi catastrofici ed alla prevenzione delle conseguenze psicosociali, sia nei tempi immediatamente successivi all'evento, sia a lungo termine.

Sabato 18 settembre 2010 – ore 10.15-11.00

Letture Magistrali

Moderatore: Rita Roncone

The trauma of psychosis: post-traumatic stress disorder and recent onset psychosis

Kim T. Mueser

Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, Hanover, NH, USA.

Clinical investigators have argued that the experience of a recent onset of psychosis is an event of such severity that it can lead to posttraumatic stress disorder (PTSD), or at least to PTSD symptoms. The traumagenic elements of the psychotic experience may relate to the distressing nature of psychotic symptoms, components of treatment, or both. However, this hypothesis has not been fully empirically evaluated. In particular, the importance of the DSM-IV A1 (perception of threat) and A2 (negative emotion at time of event) criteria for a traumatic event due to a psychotic episode has not been assessed. To address this question, 38 clients in treatment for recent onset of psychosis were interviewed to identify distressing experiences related to the episode, with PTSD assessed (including A1/A2 criteria)

related to those events. More than one-half of the participants reported intense distress related to psychotic symptoms or treatment experiences, with 66% meeting symptom criteria for the PTSD syndrome (regardless of A1/A2), and 39% meeting full diagnostic criteria for PTSD (including A1/A2). Both participants with the PTSD syndrome and full PTSD reported more problems in daily functioning and more severe symptoms than those without PTSD. Participants with the PTSD syndrome were also more likely to have an integrative rather than sealing over coping style compared to those without the PTSD syndrome. The results suggest that individuals with PTSD symptoms related to a recent onset of psychosis may benefit from intervention designed to help them integrate their experience into their lives and address potentially stigmatizing beliefs that could contribute to distress and impaired functioning.

Sabato 18 settembre 2010 – ore 11.45-13.45

Sessione Plenaria

Catastrofi ed eventi traumatici individuali e collettivi

Moderatori: Giancarlo Nivoli, Josè Mannu

I comportamenti di sicurezza nei disturbi psicotici e negli esiti di traumi: quale relazione?

Bruno Gentile*, Nilla Verzolato**, Giovanna Di Guida\$, Alessandro De Risio#

**Vice-Presidente SIRP, Direttore Dipartimento di Salute Mentale, Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale*

***Psicologa, Dirigente Dipartimento di Salute Mentale, Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale*

#Dirigente Medico Psichiatra, Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale, U.O.C. Psichiatria di Portogruaro

\$Psicologa, U.O.C. Psichiatria di Portogruaro

Introduzione. Almeno il 30% delle persone affette da schizofrenia manifesta sintomi di PTSD dopo il primo episodio. È stata riscontrata una relazione dose-risposta tra numero di traumi, sviluppo di PTSD e vulnerabilità per i sintomi psicotici (Shevlin et al., 2008). Le persone con sintomi psicotici sviluppano i comportamenti di sicurezza (safety behaviours, Freeman et al., 2001), attuati per evitare il

pericolo rappresentato dall'oggetto del delirio di persecuzione (Kuipers et al., 2006).

La relazione tra comportamenti di sicurezza, sintomi di PTSD ed eventi stressanti è stata evidenziata in due gruppi di utenti, il primo composto da 7 persone con schizofrenia, il secondo da 7 persone con disturbi d'ansia e storia di rilevanti eventi traumatici.

Materiali e Metodi. Ai partecipanti sono stati somministrati: Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS-4.0 per la valutazione della psicopatologia; STAI X1-X2 per l'ansia di stato e di tratto; Impact of Events Scale, Revised, IES-R per l'impatto degli eventi stressanti; Dissociative Events Scale, DES, per le esperienze dissociative PTSD-like; Safety Behaviours Questionnaire, SBQ (Freeman et al., 2001), per i comportamenti di sicurezza.

Risultati. Le persone con schizofrenia evidenziavano punteggi maggiori, con differenza statisticamente significativa nei cluster BPRS Disorganizzazione, Affettività Incrementata, Sintomi Positivi e Sintomi Negativi (Roncone et al., 2002), nelle STAI X1 e X2, nel SBQ totale, negli item SBQ 1 (frequenza dell'evitamento) e SBQ 5 (frequenza della ricerca di aiuto da altre persone). I punteggi alla DES e alla IES-R erano invece più elevati nelle persone con traumi, ma le differenze non erano significative. Correlazioni significative sono state riscontrate fra il punteggio totale SBQ e i cluster BPRS Sintomi Positivi ($r=0.659$; $p=0.033$) e Sintomi Negativi ($r=0.572$; $p=0.01$). Il 60% della varianza predittiva del punteggio al SBQ era spiegato dall'item SBQ 1, frequenza dell'evitamento e dal Cluster BPRS Sintomi Negativi ($F=10.747$; $p=0.003$).

Conclusioni. Alcuni comportamenti di sicurezza, come l'evitamento, insieme ai sintomi negativi derivanti dalla demoralizzazione indotta da eventi traumatici passati (Kingdon & Turkington, 2005) potrebbero rappresentare una strategia di coping disfunzionale nelle persone con schizofrenia.

Bibliografia

Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2005). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. New York: Guilford.

Roncone, R., Falloon, I.R.H., Mazza, M., De Risio A., Pollice, R., Necozone, S., Morosini, P.L. & Casacchia, M. (2002). Is Theory of Mind associated more strongly with Clinical and Social Functioning in Schizophrenia than Neurocognitive Deficits? *Psychopathology*; 35:280-288.

Shevlin, M., Houston, J.E., Dorahy, M.J. & Adamson, G. (2008). Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin* 34, 193-199.

Vittimologia e psicopatologia

Liliana Loretto

Università degli Studi di Sassari

L'Autore illustra alcune specifiche psicopatologie che, per alcuni individui costituiscono elementi di predisposizione vittimogena. Tali elementi intervengono nel processo di vittimizzazione nell'ambito di una costellazione di numerosi elementi che si integrano a vicenda. Particolare attenzione viene posta ad elementi di psicopatologia quali le tendenze sadomasochiste, gli aspetti depressivi, la patologica ricerca di sensazioni, la messa in atto di misure controfobiche, la riduzione dell'istinto di conservazione, la gestione inadeguata dei sentimenti di colpa, ecc. L'esemplificazione clinica di tali aspetti permette inoltre il suggerimento di misure di prevenzione specifiche.

Le persone con disturbi psichici sono più spesso vittime che autrici di violenza

Diana De Ronchi

Università degli Studi di Bologna

In criminologia si è cercato di stabilire una correlazione tra malattia mentale e crimine. Accurate indagini cliniche e ricerche di tipo epidemiologico e statistico hanno dimostrato che la maggior parte dei delinquenti non presenta disturbi psichici di rilievo e che i malati di mente non commettono reati in percentuali superiori alle persone normali. Infatti statisticamente è stato riscontrato che i malati di mente non commettono più delitti di quanti ne commettano i sani e per quanto concerne la pericolosità, molti studi criminologici hanno accertato la scarsa correlazione tra malattia mentale e pericolosità. Di fatto sono invece molto più di frequente vittime di reato. Alla luce dei dati di letteratura, l'Autore discuterà tali problematiche.

Dall’Ospedale Psichiatrico Giudiziario al territorio: percorsi di reinserimento

Franco Scarpa

Direttore Sanitario OPG Montelupo Fiorentino e Direttore UOC del Dipartimento di Salute Mentale dell'USL 11 di Empoli (Firenze)

L’emanazione del DPCM 1-4-08, che ha determinato il transito delle competenze in materia di assistenza sanitaria dal Ministero della Giustizia al SSN, ha rappresentato per l’OPG, e per le persone internate, un ennesimo passo concreto per ricondurre il problema del trattamento delle persone inferme di mente che commettono reato nell’ambito proprio di trattamenti sanitari.

Con tale provvedimento sia nei Carceri che soprattutto negli OPG il compito di cura e riabilitazione delle persone internate è stato attribuito in maniera ormai esplicita e irrimandabile ai Dipartimenti di Salute Mentale ed al complesso dei Servizi della Psichiatria territoriale e di Comunità.

I percorsi già attivati in vari Istituti OPG hanno ricevuto un impulso ancora più forte perché l’allegato C del DPCM, ed i successivi accordi elaborati nei tavoli paritetici previsti e riconosciuti nella Conferenza Stato regioni, pongono come obiettivo specifico ed immediato la dimissione ed il rientro nel circuito dei Servizi del territorio degli internati, dimissibile, in primis quelli che sono trattenuti in proroga per mancanza di specifici progetti.

L’intervento sanitario e psichiatrico attuati, e da potenziare sempre più, a favore dei pazienti internati, deve essere sempre più precoce e centrato non solo sulla necessità di raggiungere un compenso psicopatologico adeguato, e tale da far ritenere meno probabili recidive di comportamenti “infrattivi” delle regole ma anche sulla costruzione di progetti individuali o Piani Terapeutico Riabilitativi per favorire il ritorno sul territorio, in famiglia o in strutture residenziali, nell’obiettivo di garantire un pieno o comunque maggiore recupero delle capacità del paziente.

In tal senso la metodica della valutazione delle competenze e delle capacità del paziente appare indispensabile per poter elaborare un progetto individuale adeguato e capace di

rispondere sia ai bisogni della persona che alle esigenze del contesto sociale dove il paziente deve rientrare.

Tale metodologia di valutazione e di verifica nel tempo degli obiettivi fissati ha anche l’esigenza di verificare l’adeguatezza delle soluzioni esterne attivate per la dimissione, soprattutto quando prevedono lunghi periodi di accoglienza e permanenza nelle strutture residenziali. Individuare le strutture, ed i sistemi di conduzione più adeguati per le caratteristiche dei pazienti provenienti dall’OPG può rendere più solide e durature le dimissioni ed evitare il rientro in OPG per reati o anche, come evidenziato dai dati presentati, da fallimenti del progetto.

Si descrivono brevemente i percorsi attuati sia nell’OPG di Montelupo Fiorentino che in altri Istituti dove è maggiormente stato attivato il processo di concreta realizzazione di quanto prevede il DPCM il cui obiettivo finale prevede il superamento definitivo di tale Istituzione.

Interventi integrati nella riabilitazione di soggetti coinvolti in eventi traumatici di comunità: il modello del primo soccorso psicologico

Ernesto Caffo

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Un terremoto, un attentato terroristico, lo scoppio di una palazzina, un incidente aereo sono eventi drammatici, improvvisi, sconvolgenti. Pur considerando i numerosi fattori di vulnerabilità e rischio, così come l’ampia variabilità individuale a seguito di un disastro, il 77% degli studi identifica la presenza di specifici disordini psicologici come il disturbo post traumatico da stress, stati di depressione maggiore o ansia e attacchi di panico (Foa, Stein e McFarlane, 2006; Norris, Friedman, Watson, 2002). In aggiunta, nel 23% degli studi viene riportata la presenza di disturbi somatici, disturbi del sonno e abuso di sostanze (Foa, Stein e McFarlane, 2006).

A fronte di questi dati, che indicano la necessità di rispondere a queste richieste di sostegno psicologico, recenti documenti evidenziano come la maggior parte dei programmi di

intervento in emergenza attuati in contesti colpiti da guerre e disastri non possieda alcun fondamento scientifico e sia realizzato senza alcuna consapevolezza circa la sua efficacia o la sua nocività (Morris et al, 2007). Nella convinzione che gli interventi in situazioni di disastro non possano essere improvvisati ma debbano essere guidati da evidenze scientifiche, e che il recupero possa essere favorito fin dalle prime ore non solo da professionisti della salute mentale ma anche da volontari e operatori in grado di offrire un supporto psicologico di base, l'Autore presenterà il modello del "Primo Soccorso Psicologico", sviluppato dal National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) americano. Questo modello di intervento può essere adottato da tutte le figure professionali e volontarie che intervengono in una situazione di emergenza ed è stato strutturato per ridurre lo stress iniziale causato da eventi traumatici e promuovere il funzionamento adattivo a breve e a lungo termine, favorendo la naturale resilienza di individui e comunità. Può, altresì, essere adottato per sostenere i primi soccorritori e gli altri operatori che intervengono in situazioni di disastro, che devono far fronte ad un pesante carico di sofferenza psicologica. I principi e le tecniche del Primo Soccorso Psicologico sono: fondati su evidenze scientifiche, applicabili e utilizzabili sul campo, appropriati per le diverse età e sensibili alla variabile culturale (Vernberg et al, 2008). Il modello è già stato sperimentato con efficacia a livello in altre situazioni di disastro a livello internazionale (Brymer et al, 2008) come l'11 settembre e l'uragano Katrina.

Politiche di prevenzione e intervento sulle donne affette da disturbi mentali, vittime di violenza

Carla Martino

Consigliere CE SIP / coordinamento SIP salute mentale della donna, DSM ASL TO 5 – CSM Nichelino (To)

La violenza sessuale e domestica è un fenomeno diffuso, sommerso e sempre più rilevante.

Dai dati ISTAT per l'Italia (2006) emerge che le donne italiane tra i 16 e i 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita sono stimate in 6.743.000

In letteratura i dati riguardanti la violenza subita da donne affette da disturbi psichici sono molto scarsi.

L'autrice disamina tali dati e prende in considerazione una serie di variabili che rendono particolarmente difficile tale rilevazione e analizza in particolare come la giurisprudenza attuale possa proteggere maggiormente i soggetti fragili da tale fenomeno.

E' rilevante il ruolo emergente dello psichiatra nel riconoscimento e nella rilevazione dei casi di violenza in questa particolare fascia di utenti, ma altrettanto eclatante e' l'assenza di protocolli di intervento e di pratiche mirate per una presa in carico integrata, fisica e psichica, della vittima sia per il trattamento sia in acuto, che per la prevenzione dei disturbi psico-fisici che insorgono nel medio-lungo termine.

SIMPOSI PARALLELI

■ A.1 Workshop - L'Assistenza psichiatrica di fronte all'urgenza e all'emergenza (Programma di Supporto Psicosociale e tutela della salute mentale per l'Emergenza Sisma, SPES 2009)

Tesnostruttura Coppito 1, Aula Magna "Vincenzo Rivera"

Moderatori: Massimo Casacchia, Massimo Di Giannantonio

Aspetti della assistenza psichiatrica post-sisma nella ASL di Teramo e di Vasto-Lanciano

Francesco Saverio Moschetta, Domenico De Berardis, Nicola Carlesi*, Giuseppe Bontempo**

*Dipartimento di Salute Mentale Teramo, *Dipartimento di Salute Mentale di Vasto-Lanciano, **Presidente Ordine degli Psicologi Regione Abruzzo*

Gli Autori discuteranno gli aspetti relativi all'assistenza psichiatrica erogata nelle loro aree alle popolazioni sfollate colpite dal sisma del 6 aprile 2009 ed in gran parte accolte negli alberghi della costa adriatica.

Aspetti della assistenza psichiatrica post-sisma nella ASL di Pescara

Enrico Di Fonzo, *Sabatino Trotta
*Direttore Dipartimento di Salute Mentale, Pescara; *Responsabile Day-Hospital Psichiatrico Ospedale Pescara*

La ASL di Pescara si trova nella duplice veste di area cui hanno fatto e fanno riferimento un certo numero di persone provenienti dall'area del cratere Aquilano ed essa stessa facente parte del cratere sismico, con ben sette comuni coinvolti: Brittolì, Bussi sul Tirino, Civitella Casanova, Cugnoli, Montebello di Bertona, Popoli e Torre de' Passeri. Tuttavia solo nell'area costiera si è osservata la maggior concentrazione di persone evacuate. Nel primo semestre successivo al sisma, non si è osservato un significativo incremento di utenti del cratere presso i nostri servizi territoriali, con un buon numero di utenti e molti già seguiti dai servizi territoriali di salute mentale

dell'ASL di L'Aquila. Verranno illustrati i dati epidemiologici dei casi e del carico assistenziale richiesto da tale popolazione.

Aspetti della assistenza psichiatrica post-sisma nella ASL di L'Aquila e nella ASL Avezzano-Sulmona

Vittorio Sconci, Maria Pia Legge*, Angelo Gallese**

*Dipartimento di Salute Mentale L'Aquila, *Dipartimento di Salute Mentale di Avezzano-Sulmona, **Responsabile Centro Salute Mentale Avezzano*

Gli Autori discuteranno gli aspetti relativi all'assistenza psichiatrica erogata nelle loro aree alla popolazione rimasta in città nelle tendopoli ed alle popolazioni sfollate colpite dal sisma del 6 aprile 2009 accolte in case private ed in alberghi.

Lo SMILE quale osservatorio della psicopatologia dei giovani a seguito del sisma del 6 aprile 2009

Rocco Pollice e gruppo SMILE
UO SMILE, Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura, ASL 1 Avezzano-Sulmona, L'Aquila, Università dell'Aquila

Gli Autori riportano l'esperienza condotta nella gestione dell'urgenza e dell'emergenza seguite al sisma del 6 aprile 2009 con riferimento alla popolazione giovanile che fin dalle prime fasi dell'evento catastrofico ha trovato accoglienza presso il servizio.

Differente adattamento psicopatologico al sisma dell'Aquila nelle persone con disturbi mentali

Paolo Stratta*, Alessandro Rossi**

**Dipartimento di Salute Mentale, Centro di Salute Mentale - L'Aquila*

***Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi - L'Aquila*

Eventi disastrosi forniscono importanti opportunità per esplorare comparabili effetti di stress acuto. Tali eventi possono influire in maniera differenziata l'esito dei disturbi mentali.

Entro 2 mesi dal terremoto che ha colpito L'Aquila il 6 aprile 2009 abbiamo esaminato 87 persone utenti del locale Centro di Salute Mentale (età media 50.37+14.94): 65 già in carico valutati per follow-up programmato e 22 nuovi contatti. Nessuno di loro o della loro famiglia avevano avuto ferite o lutti legati al terremoto. Le diagnosi sono state eseguite utilizzando l'ICD-10.

Le persone sono state valutate attraverso un Analogo Visivo con tre punti di ancoraggio ('meglio', 'uguale', 'peggio') in risposta alla domanda 'Come si è sentito mentalmente dopo il terremoto?' e la Clinical Global Impression.

Tra le persone in carico, solo il 25% di quelli con diagnosi di schizofrenia ed il 26% di disturbi affettivi riferivano di sentirsi peggio, mentre i rimanenti riferivano di sentirsi 'uguale' o

addirittura 'meglio'. Il 58,3% dei soggetti con disturbi d'ansia si era sentito invece 'peggio', il 41,7% 'uguale' rispetto a prima del terremoto. I nuovi contatti, di cui il 41% chiedeva un intervento per disturbo da stress, riportavano un peggior adattamento, indipendentemente dalla diagnosi.

In una prospettiva a breve termine, i soggetti con schizofrenia hanno mostrato un migliore adattamento, mentre peggiore era quello delle persone con disturbo d'ansia. Anche se speculativamente, si può sostenere che un migliore adattamento a breve termine possa essere associato a caratteristiche del disturbo psicopatologico (es. sintomi negativi, scarsa consapevolezza di malattia o trattamento farmacologico), caratteristiche proprie dell'organizzazione del tipo di intervento degli operatori nel territorio (un modello di intervento più orientato al trattamento intensivo di utenti gravi) o a fattori psicosociali. I disturbi di ansia sarebbero invece più inclini a scompenso dopo stress per diversi meccanismi psicobiologici di vulnerabilità.

I nostri risultati confermano la rilevanza clinica delle differenze diagnostiche nell'adattamento ad eventi stressanti estremi.

Bibliografia

Stratta P, Rossi A. Subjective Adjustment of Individuals With Psychiatric Disorders in the Aftermath of the L'Aquila Earthquake. *American Journal of Psychiatry* 2010; 167(3):352-3

A2. Simposio SIRP Campania- Puglia: Promuovere la “ripresa” con interventi di integrazione sociosanitaria. Le politiche di inserimento lavorativo.

Edificio 11, Aula D2.29

Moderatori: Giulio Corrivetti, Giuseppe Saccotelli

Il progetto "Implementare buone pratiche per interventi di integrazione sanitaria e sociale mirati a contrastare la non autosufficienza nelle persone con disabilità mentale"

Walter Di Munzio

Direttore UOSM 3 di Nocera e Coordinatore Area di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale della ASL Salerno, Nocera Inferiore (Salerno)

Nei servizi di salute mentale non esiste un modello univoco per l’inserimento lavorativo dei pazienti; l’orientamento generale è quello di utilizzare strutture lavorative “normali” o “protette”. In particolare, nel Meridione vi è una difficoltà maggiore sia a causa di una prassi orientata all’assistenza sia a causa di una situazione economica ed occupazionale già debole. Il modello a cui il nostro DSM si ispira è quello della estrema flessibilità del lavoro, non finalizzata allo sfruttamento della forza lavoro, ma ad un adeguamento della produzione a singole Unità Produttive, intese come piccole comunità che organizzano il lavoro sulle specifiche capacità dei componenti, tenendo conto delle diverse abilità e dei percorsi procedurali individuali, senza rigidità o tempi obbligati. Avendo cura naturalmente di restare sul mercato e di conservare livelli accettabili di competitività sia sui costi di produzione che sulla qualità dei prodotti. Un paradigma nuovo questo che fa riferimento al così detto “Management Umanistico”.

Il Dipartimento di Salute Mentale dell’ex ASL SA 1 fin dal 2001 ha utilizzato fondi regionali CIPE per avviare percorsi di inserimento lavorativo per persone affette da gravi disturbi mentali. Grazie a questi fondi è stata istituita una Unità Operativa per l’integrazione Socio Sanitaria e per la gestione delle attività finalizzate al reinserimento al lavoro. È stato pertanto realizzato un “Incubatore per attività produttive” destinato alle cooperative sociali si portatori di handicap psicofisico ed alle organizzazioni no profit. Sono stati utilizzati allo

scopo anche risorse strutturali del dismesso Ospedale Psichiatrico di Nocera Inferiore. Si è provveduto alla creazione fisica dei laboratori, al cui interno sono stati inseriti gli utenti selezionati. Il progetto fu realizzato attraverso tre fasi:

1. Fase della Formazione protetta (formazione professionale): realizzata da maestri d’arte e basata sulla selezione della potenziale utenza, valutando le competenze professionali e le capacità di tenuta lavorativa acquisita.
2. Fase della Costituzione d’impresa (formazione all’impresa sociale): orientare al ruolo di imprenditore sociale quei soggetti professionalmente formati e proposti dal DSM, il quale limiterebbe il suo ruolo alla gestione ed al monitoraggio clinico dei soggetti che, a loro volta, saranno in grado, successivamente, di poter scegliere se continuare il percorso o meno, avendo acquisito la consapevolezza di responsabilità e di impegno che la costituzione d’impresa sociale comporta.
3. Fase dell’inserimento nel tradizionale circuito produttivo: implica il coinvolgimento del Piano di Zona, dell’ASL e del Terzo Settore che potrebbero garantire all’unità di produzione l’impianto dell’Impresa Sociale, l’accesso ai finanziamenti pubblici previsti, la possibilità di una protezione iniziale con una serie di commesse pubbliche da affidare direttamente all’Impresa Sociale per sostituire le borse lavoro, che sarebbero così destinate a nuovi nuclei in fase di costituzione.

Nel solco di una tradizione cominciata nel 2001 il nostro dipartimento continua a lavorare per il reinserimento lavorativo di giovani utenti psichiatrici. Infatti è stato scelto come capofila per il progetto “Implementare buone pratiche per interventi di integrazione sanitaria e sociale mirati a contrastare la non autosufficienza nelle persone con disabilità mentale”.

Sono state attivate a Nocera Inferiore cinque Unità Produttive: U.P “Servizi di sanificazione e pulizia”; U.P “Produzioni multimediali – cartoon”; U.P “People sitter”; U.P “Grafica pubblicitaria”; U.P

“Produzioni artigianali ed arredi urbani”. L'autore descriverà le caratteristiche di tali Unità Operative.

Implementare buone pratiche per interventi di integrazione sociosanitaria nell'area della salute mentale: la specificità dei percorsi di inserimento lavorativo nei pazienti provenienti dall'OPG

Giuseppe Nese

Direttore UOC Programmazione Sociosanitaria Territoriale ed Accordi di Programma - ASL Caserta

DPCM 1/4/2008. Le linee di indirizzo ministeriali e l'allegato C del prevedono come punto finale del percorso di assunzione di responsabilità del SSN sull'OPG il suo superamento.

Vengono previste a tal fine tre tappe che potremmo definire sinteticamente: di subentro-preparazione, di regionalizzazione dell'OPG, di regionalizzazione del sistema di cura alternativo.

In tale contesto, i principali indirizzi operativi sono contenuti nell'ACCORDO sancito il 26 novembre 2009 dalla Conferenza Unificata relativamente alle specifiche aree di collaborazione ed agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari che di seguito vengono elencati:

-impegno delle Regioni a raggiungere l'obiettivo di circa 300 dimissioni entro la fine del 2010, mediante un piano tra loro coordinato;

- funzionamento degli OPG per bacini macroregionali definiti e coordinati;

- definizione della competenza territoriale;

- identificazione ed adozione (Regioni/ DAP) di modelli organizzativi negli OPG e nelle strutture ad essi alternative;

- monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo (Ministeri e Regioni) e verifica dei risultati (Comitato Paritetico Interistituzionale).

Modelli di presa in carico di soggetti autori di reato alternativi agli O.P.G

Attualmente, nell'ambito dei percorsi di superamento degli OPG avviati in Italia, si stanno definendo alcune modelli di presa in carico dei pazienti psichiatrici autori di reato che possono essere immediatamente identificabili sulla base della presenza di uno dei seguenti tre strumenti principali d'intervento:

le Strutture dedicate (Emilia Romagna); le Strutture miste (con posti limitati e pre-definiti per i soggetti autori di reato); Budget individuali di salute a sostegno di progetti terapeutico riabilitativi individuali (Campania, Toscana).

La Regione Campania ha incluso, nella progettualità approvata l'8 maggio 2009 a sostegno della Sanità Penitenziaria (Obiettivi prioritari e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale “Linea n.1: la garanzia dei L.E.A.” - D.G.R.C. n. 858/2009), una propria specifica azione sull'OPG, caratterizzata dall'adozione del modello del budget di salute a sostegno di PTRI, e attivando le risorse e le operatività necessarie a realizzare la dimissione di tutti i propri internati non più socialmente pericolosi e rispondendo pienamente a quanto richiesto nella prima fase del processo di superamento degli OPG.

Il progetto – in corso di avanzata realizzazione - rende disponibili 2.916.000 euro per avviare progressivamente progetti terapeutico-riabilitativi individuali per tutti i 158 campani internati negli OPG nazionali: 80 progetti di dimissione favore degli internati con misura di sicurezza scaduta e 78 progetti di miglioramento delle attività terapeutico riabilitative intramurarie per i restanti internati non ancora dimissibili.

Un set di indicatori per valutare i percorsi di inserimento lavorativo

Domenico Semisa

Direttore CSM Acquaviva delle Fonti – DSM ASL Bari

Prima ancora che un set di indicatori, viene proposto un modello ed un metodo per valutare la qualità degli interventi di inserimento lavorativo di persone con problemi psichici, i risultati e gli esiti di salute ottenuti.

Agli indicatori presentati vengono attribuite 3 caratteristiche di cui tener conto:

- a) il carattere sperimentale. Molti di essi sono stati sperimentati con successo nel corso del Progetto “Implementare buone pratiche per interventi di integrazione sanitaria e sociale mirati a contrastare la non autosufficienza nelle persone con disabilità mentale” promosso dal Centro Controllo Malattie del Ministero della Salute. E' necessaria però una ulteriore sperimentazione su popolazioni più ampie;
- b) la pluralità e modularità. Possono essere selezionati e utilizzati anche solo alcuni di essi sulla base di specifiche esigenze dei Servizi;
- c) la ricerca di un non sempre facile equilibrio tra le esigenze di oggettività e di flessibilità, per riuscire da un lato ad evitare i rischi di autoreferenzialità che spesso caratterizzano la valutazione di esperienze di questo tipo, e dall'altro per poter contestualizzare ed in qualche misura adattare l'uso degli indicatori a percorsi di inserimento lavorativo spesso molto eterogenei e differenziati tra loro.

Gli indicatori possono essere suddivisi in tre gruppi: indicatori per la valutazione dei pazienti, indicatori per la valutazione dei Servizi ed indicatori per la valutazione dei contesti.

Gli indicatori per la valutazione dei pazienti prendono in esame la performance lavorativa, i risultati clinici e gli esiti complessivi di salute.

Gli indicatori per la valutazione dei Servizi sono tratti in buona parte da quelli messi a punto nel Progetto SIEP-DIRECT'S, ed adattati; essi sono derivati dalle linee guida per il trattamento della schizofrenia prodotte dal *National Institute for Clinical Excellence* inglese e fondati sulle più aggiornate evidenze disponibili.

Gli indicatori per la valutazione dei contesti sono ritenuti indispensabili per evidenziare le caratteristiche specifiche del contesto sociale, che dovrebbero orientare la programmazione degli interventi più opportuni, e le risorse disponibili. Ci si propone pertanto, per il futuro, di selezionarli e sperimentarli adeguatamente.

I percorsi di inserimento lavorativo alla luce dei risultati della ricerca

MonicaVeronicaEmanuela Taiani

Dipartimento di Salute Mentale ASL Salerno

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

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

Tra le metodiche EBM verrà descritto l'*Individual Placement and Support* (IPS) intervento oggetto di numerosi studi tra i programmi di sostegno lavorativo per soggetti con gravi disturbi mentali.

IL PROGETTO P.I.L. IN CAMPANIA

Fabrizio Starace

Servizio Psichiatria di Consultazione Azienda Ospedaliera Cotugno Napoli

Il progetto di ricerca finalizzata "Per l'inserimento lavorativo. Per una valutazione dei modelli in uso nei DSM per l'inserimento lavorativo dell'utenza", ammesso per il finanziamento statale per l'anno 2005, è affidato alla Regione Autonoma Friuli – Venezia Giulia e la sua gestione all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".

La finalità principale del progetto è quella di raccogliere informazioni in tutte le regioni d'Italia e nelle due Province Autonome relativamente ai programmi per la formazione e riqualificazione professionale, l'inserimento lavorativo delle persone con disturbo psichico, attraverso le seguenti azioni: (1) censimento delle modalità con cui i DSM promuovono l'inserimento lavorativo dell'utenza (strutture, processi, esiti); (2) confronto con gli stakeholder (operatori del DSM, del privato sociale, rappresentati del volontariato, dell'associazionismo dei famigliari e degli utenti, delle agenzie che accolgono gli inserimenti lavorativi) per la valutazione delle prassi in uso; (3) redazione dell'elenco delle buone prassi e del glossario comune.

L'Autore esaminerà in particolare i dati relativi alla Regione Campania.

Politiche di inserimento lavorativo in Puglia

Tiziana De Donatis, Maria Luisa Marra, Maria Patrizia Fontana, Serafino De Giorgi

Dipartimento di Salute Mentale ASL Lecce

Nelle pratiche dei servizi psichiatrici, la lotta allo stigma e all'esclusione del malato mentale si attua attraverso strategie volte alla ricostituzione delle condizioni affinché le persone svantaggiate siano riconosciute, e si riconoscano, come attori nei loro contesti di vita.

L'obiettivo è quello di ri-creare legami sociali, investendo, da una parte, sulla capacità delle persone e, dall'altra, connettendo problemi, attivando risorse, coinvolgendo il territorio. Ciò si traduce in un quadro di azione multipolare, in cui gli operatori si muovono verso soggetti singoli, risorse del territorio e del sistema dei servizi e nei confronti della propria organizzazione, lavorando per progetti e utilizzando strategie di rete.

D'altra parte, l'evoluzione della legislazione regionale (deliberazione della Regione Puglia n. 471 del 23 febbraio 2010) sancisce una nuova spinta a

politiche attive del lavoro, incentrate fortemente sul principio di sussidiarietà, ribadendo allo stesso tempo l'integrazione tra strumenti di politica ordinaria di accesso nel mondo del lavoro e servizi e percorsi di reinserimento socio-lavorativo dedicati alle fasce maggiormente svantaggiate nel mondo del lavoro.

L'azione progettuale posta in essere dal DSM dell'ASL ha previsto l'individuazione e la strutturazione di percorsi progettuali, tali da rappresentare una gamma diversificata di opportunità da adattare alle esigenze del singolo e presentare una progressione tale da permettere l'acquisizione di abilità ad eseguire il compito e, parallelamente, una crescente capacità di far fronte allo stress insito nella attività lavorativa.

In tali percorsi deve essere sempre tenuto in considerazione il valore terapeutico dell'inserimento, che comporta una gestione elastica di tutte le fasi, attraverso il monitoraggio dell'esperienza.

Tali fasi partono dall'osservazione dell'utente a cui segue la segnalazione al gruppo referenti per il lavoro. Questo, costituito da operatori dei singoli CCSSMM, formula il progetto individualizzato, individua l'azienda adeguata e stipula il contratto con l'utente e la famiglia, per giungere all'inserimento e al monitoraggio dell'esperienza, con verifiche periodiche e incontri strutturati con il referente e il tutor aziendale, accompagnando l'utente fino alla conclusione del progetto.

A partire da tale esperienza, l'ulteriore passo compiuto dal DSM è stato il perseguire il coordinamento e l'assestamento delle relazioni tra i vari attori e unità del sistema per mantenerlo in funzione (Ambito dei Comuni, Centri per l'Impiego, aziende pubbliche e private etc.).

E' questo, in realtà, un obiettivo difficile da raggiungere, ma sempre più auspicato, nel difficile campo dell'inclusione sociale e lavorativa del paziente psichiatrico.

■ A.3 Simposio SIRP Triveneto: Recovery e salute mentale

Edificio 11, Aula D2.30

Moderatori: Dario Lamonaca, Luigi Basso

IL RECOVERY: UN'ESPERIENZA DIRETTA

Utente

L'idea di guarigione e recupero nella storia della psichiatria

Paolo F. Peloso*, Sonia Valli**

**Struttura complessa Centro di Salute Mentale Distretto 9 del DSM ASL 3 Genovese*

***Progetto di Sostegno all'Abitare, Regione Liguria - ASL 3 Genovese*

L'idea della possibilità di guarire dalla psicosi si fa strada in psichiatria dal momento in cui essa cessa di essere considerata una malattia che condiziona la vita mentale in modo totalizzante, ma cominciano a essere descritti in modo più chiaro fenomeni quali la follia parziale, o ragionante, e la possibilità di un suo decorso intermittente. Anche la psichiatria classica a cavallo tra Ottocento e Novecento, spesso accusata di pessimismo prognostico, in realtà contempla la possibilità che la schizofrenia e gli altri quadri psicotici possano avere un decorso migliorativo, e in alcuni casi anche guarire. Fin dai primi anni dell'Ottocento, si è ritenuto che tra i fattori favorevoli la guarigione giocasse un ruolo importante l'offerta di opportunità che permettessero di mantenere la mente e il corpo in esercizio, mentre solo verso la metà del secolo si è iniziato qua e là ad osservare che il fatto che il paziente fosse oggetto di un atteggiamento autoritario o addirittura umiliante o di vessazioni, e l'isolamento dal mondo delle proprie relazioni rappresentano ostacoli sulla via del miglioramento e della guarigione. Molto più raramente, invece, nella storia della psichiatria si è pensato che potesse essere importante interpellare gli interessati per capire in cosa la guarigione consista dal loro punto di vista, e quali considerino i fattori determinanti della ripresa.

I processi di recovery nella prospettiva del recupero della soggettività

Luigi Basso

Centro di Riabilitazione Psichiatrica "Grieserhof", Servizio Psichiatrico Comprensorio Sanitario di Bolzano

Nel corso degli ultimi decenni si è progressivamente affermata nel campo della salute mentale la necessità di considerare come essenziali indicatori di outcome una serie di parametri riguardanti direttamente l'esperienza vissuta, ovvero la dimensione soggettiva degli utenti e dei loro familiari. Concetti quali "empowerment" e "recovery" hanno conquistato una posizione di assoluta centralità nell'ambito della salute mentale, all'interno di una crescente partecipazione attiva di utenti e familiari ai processi di valutazione ed alle scelte terapeutiche ed organizzative dei servizi, con effetti sempre più rilevanti sulle politiche sanitarie. Le valutazioni dei bisogni, della qualità della vita, del carico familiare, della soddisfazione relativa agli interventi ricevuti ed ai servizi, dei life goals degli utenti a confronto con gli obiettivi terapeutico-riabilitativi definiti dagli operatori, costituiscono oggi parametri ineludibili nel valutare processi ed esiti. Indicatori di esito, quindi, che non possono più essere ricondotti soltanto a fattori "oggettivi", quali il tasso di recidive, il numero di ricoveri e giornate di ospedalizzazione o permanenza in strutture residenziali psichiatriche.

Allo stesso concetto di recovery afferiscono, infatti, due ambiti di riferimento: il primo sviluppato nel contesto della ricerca clinica sull'efficacia dei trattamenti, centrato sul raggiungimento di esiti di tipo clinico/funzionale e basato su criteri definiti operativamente. Il secondo, sviluppato a

partire dal contributo dei movimenti e delle associazioni di utenti con l'apporto particolarmente significativo di esponenti quali P. Deegan, K. Steele, R. Coleman, focalizzato sull'esperienza soggettiva del processo evolutivo di cambiamento dei propri obiettivi, valori, ruoli, atteggiamenti, nell'ottica di un consapevole ampliamento del concetto di sé, andando oltre la malattia mentale.

Sulla base della letteratura internazionale e degli elementi emersi dalla ricerca multicentrica S.I.R. (Studio Italiano sul Recovery), verranno presi in esame e correlati al concetto di recovery fattori afferenti alla dimensione della soggettività quali auto-stima, auto-efficacia, ottimismo appreso, empowerment, narrativa personale, insight.

I processi di recovery nella ricerca internazionale: lo stato dell'arte

Alessandro Svetini

Servizio di Riabilitazione Psichiatrica Precoce e Recovery "Gelmini", Servizio Psichiatrico Comprendorio Sanitario di Bolzano

Il concetto di Recovery è collegato all'idea che le persone affette da malattia mentale grave hanno del miglioramento delle proprie condizioni, che si identifica con lo sviluppo di potenzialità personali ed il recupero di un ruolo sociale valido, nonostante ed oltre le limitazioni causate dalla malattia. Cogliere il processo di Recovery nel suo complesso come un evento dinamico non è semplice, considerandone la natura soggettiva e in parte ancora non ben definita.

La ricerca in questo campo ha mostrato che si tratta di un fenomeno multidimensionale, possibile nel tempo, con un andamento non lineare e altamente individualizzato. Il Recovery è raggiungibile con o senza l'intervento professionale. Lo studio di un fenomeno così complesso non può prescindere dal prendere in considerazione le diverse prospettive da cui viene osservato, per cui se per gli utenti il Recovery va considerato soprattutto come un processo, i professionisti della salute mentale sono particolarmente interessati ad esso come esito, descrivibile ed obiettivabile secondo molteplici indicatori, sia soggettivi che

oggettivi, al di là della semplice riduzione dei sintomi. E' inoltre fondamentale una valutazione sia qualitativa che quantitativa del fenomeno.

La ricerca per valutare il Recovery delle persone afferenti ai servizi di salute mentale diviene quindi fondamentale per comprendere fino a che punto le pratiche e gli approcci attualmente in uso sono orientati in modo da favorirlo. Assume pertanto priorità l'identificazione dei fattori in grado di promuovere o di ostacolare tali percorsi, tenendoli in considerazione nella programmazione ed organizzazione di servizi psichiatrici orientati al Recovery.

Il presente lavoro descrive lo stato dell'arte della ricerca scientifica internazionale sull'argomento. Vengono inoltre presentati i risultati dello Studio Italiano sul Recovery (S.I.R.), una ricerca multicentrica quantitative e qualitativa di questo fenomeno, che ha coinvolto 14 servizi di salute mentale di varie parti d'Italia. Obiettivo di tale studio è l'individuazione di utenti in fase di Recovery per comprendere meglio, tramite la loro esperienza, cosa veramente aiuta e cosa invece ostacola tali processi evolutivi.

Praticare interventi orientati al recovery

Ileana Boggian

CSM-Centro Diurno "Il Tulipano", AULSS 21 Legnago, VR

Il concetto di Recovery è diventato il focus di numerosi dibattiti e ricerche tra quanti, a diverso titolo, rientrano nell'ambito della salute mentale. Molti Dipartimenti di Salute Mentale in Italia si stanno occupando del fenomeno Recovery pur essendo, a tutti gli effetti, legato ad un processo di recupero individuale della persona affetta da una grave malattia mentale. Il Recovery si riferisce al modo in cui una persona affetta riesce a recuperare un ruolo sociale valido, nonostante ed oltre le limitazioni causate dalla malattia mentale; questa definizione va distinta dal ruolo che gli operatori della salute mentale possono avere nel facilitare il processo di Recovery attraverso interventi specifici. Essendo il Recovery un fenomeno complesso, multidimensionale, non

lineare e soggettivo, non può prescindere dall'essere preso in considerazione da diverse prospettive. Il presente lavoro mette in evidenza come i professionisti della salute mentale debbano tenere conto dei fattori facilitanti ed ostacolanti il processo di Recovery nella programmazione ed organizzazione dei servizi psichiatrici. In particolare, sono esposte le azioni e gli interventi che i servizi dovrebbero erogare per essere orientati a favorire il Recovery. Nello specifico, verranno tradotti "nella pratica quotidiana" concetti che per la loro complessità rischiano di rimanere conoscenze astratte per la maggior parte degli operatori.

Questo contributo si propone di suggerire fino a che punto gli approcci e gli interventi attualmente in uso siano orientati a favorire tale processo, riconoscendo quali di essi siano da considerarsi "buone pratiche", coerenti con i principi del Recovery, per superare il "gap" tra principi e pratiche.

Bibliografia

- Anthony W, (1993), Recovery from mental illness: the guiding vision of the Mental Health Service system in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Ellis G, King R, (2003), Recovery focused interventions: perceptions of mental health consumers and their case managers, *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2, 67-76.
- Slade M, (2010), Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches, *BMC Health Services Research*, 10(26), 10-26.
- Warner R, (2010), Does the scientific evidence support the recovery model?, *The Psychiatrist*, 334, 3-5.

Esiste un processo di recovery per l'équipe ?

Dario Lamonaca, Silvia Merlin

Centro Salute Mentale – Centro Diurno "Il Tulipano", DSM AULSS 21 Legnago, VR

L'obiettivo generale della riabilitazione è quello di promuovere il più alto livello possibile di funzionamento sociale e il benessere per le persone con gravi e persistenti disturbi mentali, in modo che possano raggiungere livelli ottimali di indipendenza, con minima interferenza di sintomi e disturbi cognitivi. La realizzazione di tali obiettivi è legata alla presenza e all'integrazione di un team multidisciplinare che metta insieme una combinazione di competenze sia a livello di squadra che

individuali. A livello di squadra, è necessario che il servizio sia accessibile e in grado di coinvolgere gli utenti e i loro familiari come partecipanti attivi dell'intero processo; a livello dei singoli operatori, che abbiano attitudini e abilità per lavorare in modo collaborativo e con rispetto per gli altri membri del team. Eppure, perché è così difficile costruire una équipe in campo riabilitativo che operi secondo efficaci modalità evidence-based ?

Nell'ambito della riabilitazione, molti interventi devono essere attuati contemporaneamente nei differenti setting della rete sociale dell'utente. Tuttavia, pochi operatori sono in grado di padroneggiare e impiegare tutti gli interventi richiesti, perciò è necessaria la creazione di una équipe che sia collettivamente esperta nelle più comuni modalità di intervento riabilitativo. Servono perciò operatori con competenze multiple per servizi basati sulle evidenze.

In passato, l'operatore tipico era un infermiere o un addetto all'assistenza, ma nei tempi attuali basati sull'era delle evidenze, la presenza di un largo numero di tali operatori può essere controproducente, se tale personale non è in grado di acquisire rilevanti competenze in ambito riabilitativo. Infatti, alcuni importanti attributi sono oggi richiesti ad un team di riabilitazione: coesione, leadership, distribuzione di responsabilità, partecipazione al problem solving, capacità decisionale, responsabilizzazione e capacità di crescita professionale.

Anche quando una équipe multidisciplinare lavora con elevato livello di motivazione e competenza, pur dotata di pratiche basate sulle evidenze, i suoi sforzi saranno compromessi se il leader non è in grado di articolare una "mission" chiara e definire le priorità per l'attività riabilitativa. Quindi un sostegno visibile e continuativo per l'équipe è un requisito fondamentale per un funzionamento di successo. In aggiunta, la tipologia e l'equilibrio nella componente professionale e paraprofessionale dell'équipe sono meno importanti per l'integrità del gruppo che le loro competenze. Quindi è molto importante scegliere i membri del gruppo per le loro personali abilità ed attitudini personali, come

comunicatività, competenze culturali, entusiasmo e desiderio di imparare.

La consegna di un servizio coordinato, orientato agli utenti ed evidence-based, richiede di utilizzare un approccio a largo raggio che amplia il lavoro di squadra oltre i ruoli professionali. Il concetto più ampio include gli utenti, i loro familiari e altri componenti della rete sociale.

Diversi elementi critici possono favorire il lavoro di squadra. In primo luogo, il team deve mettere insieme persone che possiedono le necessarie competenze; le capacità particolari di un membro possono arricchire le esperienze in un campo specifico. Secondo, l'equipe deve integrare le diverse aree di competenze a livello di erogazione di servizi. Terzo, si devono stabilire meccanismi di responsabilità per il raggiungimento di risultati favorevoli per gli utenti. Infine, la versatilità tra i membri deve essere coltivata, in modo che il team comprenda livelli di interventi elastici in grado di soddisfare meglio le esigenze individuali degli utenti.

Una equipe riabilitativa efficace deve avere un comune quadro di riferimento (ad es. conoscere l'importanza di trattamenti orientati all'utenza e al coinvolgimento dei familiari e della rete sociale), nonché una comune filosofia di trattamento (ad es. l'importanza di costruire abilità e di fornire supporti). Inoltre, le equipe devono essere autorizzate a prendere le proprie decisioni cliniche, a stabilire programmi e a organizzare la propria struttura. Solo con una responsabilità decentrata le equipe possono evolvere con successo in un'era densa di sfide.

Tuttavia, per quanto riguarda le difficoltà di implementazione di modalità d'intervento evidence-based, i motivi possono essere vari: i singoli operatori non hanno le conoscenze per applicare tali pratiche; molte pratiche richiedono la preesistenza di una equipe integrata e multiprofessionale.

La ricerca ha mostrato che gli operatori con alti livelli di bourn out hanno meno probabilità di essere a conoscenza di approcci innovativi; inoltre, sono meno interessati ad apprendere nuovi approcci. Questo è paradossale perché

proprio le innovazioni possono fornire conoscenze e competenze che potrebbero aiutare il personale a gestire i fattori di stress e contrastare il bourn out. L'insoddisfazione del personale è spesso associata ad una ridotta presenza di supporto da parte dei colleghi, che si traduce in una mancanza di cooperazione e collaborazione.

Se da un lato le pratiche evidence-based non sono facilmente trasferibili dal mondo della ricerca a quello della pratica quotidiana, le linee guida e i manuali di trattamento possono essere dei validi aiuti, specie se questi ultimi contengono sistemi di fedeltà integrati, per aiutare il personale a valutare se gli obiettivi sono stati raggiunti. La formazione del personale dell'equipe è un altro strumento indispensabile per applicare alcune delle competenze nella pratica. Tuttavia, i programmi formativi hanno alcuni limiti: in primo luogo, non tutti i componenti dell'equipe vi partecipano e quindi la formazione non può essere completa; in secondo luogo, pur imparando nuove abilità, gli operatori possono non avere la possibilità di applicarle nel loro contesto lavorativo.

In questo contributo vengono presentati, sulla base delle evidenze della ricerca S.I.R. (Studio Italiano sul Recovery) e dell'esperienza maturata da team di riabilitazione, le problematiche e le possibilità per un percorso di Recovery nell'equipe riabilitativa.

Bibliografia

- Corrigan P, McCracken S, Blaser B, (2003), Dissemination of evidence-based mental health practices, *Evidence Based Mental Health*, 6, 4-5.
- Lieberman R, Hilty D, Drake R, Tsang H, (2001), Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation, *Psychiatric Services*, n.10, 52, 1331-1342.
- Roe D, Telem A, Balousch-Klienman V, Gelkopf M, Rudnik A, (2010), What are the required competencies of the "effective" psychiatric rehabilitation practitioner? Comparing perspectives of service users, service providers and family members, *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 14(2), 81-93.
- Young A, Forquer S, Tran A, Starzynski M, Shatkin J, (2000), Identifying clinical competencies that support rehabilitation and empowerment in individuals with severe mental illness, *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 27(3), 321-333.

A.4 Simposio SIRP Lazio: Trauma sociale e individuale nella nuova marginalità

Edificio 11, Aula D4.2

Moderatori: Josè Mannu, Daniele Sadun

Carcere e autolesionismo: un programma di intervento riabilitativo in carcere

Josè Mannu*, Daniele Sadun**

**Comunità Terapeutica Urbana, Roma,
**Direttore Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma F*

In questo lavoro verrà riportata un'esperienza comunitaria dentro il carcere di Rebibbia centrando l'attenzione su un intervento volto a ridurre il trauma dell'ingresso.

In tre anni di sperimentazione i comportamenti auto ed etero lesivi si sono ridotti a zero con l'introduzione di strumenti psicologici e farmacologici adeguati. In particolare l'intervento è stato centrato sulla formazione del personale di custodia che nel carcere rappresenta per noi lo strumento "terapeutico" potenzialmente più importante. Verranno descritte metodologie e risultati.

I nuovi confini: tra separazione e appartenenza, le problematiche degli adolescenti delle famiglie immigrate

Maura Papi*, Giuseppe La Guardia**

**psicologa, Cooperativa AELLE Il Punto, Roma
**psicologo Cooperativa AELLE Il Punto, Roma*

L'immagine, che l'adolescente costruisce di sé, è in gran parte modulata dalle relazioni e dalle conferme che riceve dal sistema familiare e sociale e quando le dissonanze dei due sistemi sono eccessivamente forti si amplificano le criticità e le conflittualità.

In particolare, per molti ragazzi figli di immigrati, le proprie origini diventano un fardello che appesantisce e disturba l'incontro e l'identificazione con il gruppo dei pari. A risposta del quale entrano in gioco dei meccanismi difensivi di negazione e di spostamento. Per i genitori, l'apparente

indifferenza che i figli mostrano per le proprie origini è fonte di disagio e sofferenza che riaccende il lutto della separazione. Nel dilemma tra appartenenza ed integrazione nascono dei disagi profondi, gravi rotture che possono innescare anche dell'interruzioni del processo di crescita e separazione degli adolescenti.

Gli autori riflettono su questa tematica a partire da esperienze sociali, dai servizi di accoglienza delle famiglie immigrate agli interventi di prevenzione al disagio all'interno delle scuole. Ci si chiede quali strumenti utilizzare per supportare il percorso degli adolescenti e delle loro famiglie alla ricerca di un nuovo equilibrio.

La prospettiva terapeutica e riabilitativa è aiutare tutta la famiglia a dare nuovi significati alla crescita dei figli ampliando i confini precedenti senza interrompere la continuità e l'adesione al sistema originario.

Homeless e disagio psichico: il trauma di una condizione

Enrico Visani*, Simone Cocciantè**

**Psichiatra responsabile CSM Roma A,
**Psicologo Servizio Psico-Sociale della cooperativa Roma Solidarietà, Caritas Diocesana di Roma*

In questo lavoro viene presentato il mondo delle persone senza dimora mettendo in evidenza quali siano le parti dove la proposizione "senza" acquista senso. Viene quindi illustrato un lavoro di ricerca per indagare il ricordo delle famiglie d'origine di un gruppo di persone senza fissa dimora e attraverso questo si individuano dei percorsi tipici attraverso i quali è stata ritrovata, al momento, questa posizione nel mondo.

A.5 Simposio SIRP Sicilia: Esperienze innovative e nuovi paradigmi di intervento in riabilitazione psicosociale

Edificio 11, Aula D4.4

Moderatori: Daniele La Barbera, Arcangelo Giammusso

Percorsi di play-back theatre in comunità: il teatro come riscoperta dei soggetti narranti...

Roberta Auditore

Direttore Sanitario CTA VILLA CHIARA
Mascalucia (Catania)

L'intervento racconterà l'esperienza ed il percorso fatto in CTA dalla compagnia "Teatrando" dal 2001 anno della sua fondazione ad oggi. La compagnia lavora con le tecniche del Playback Theatre (PBT). Il PBT trae le sue origini dalle prime esperienze e sperimentazioni teatrali di J. L. Moreno, che nel 1922 cominciò la sua attività, lo Stegreiftheater, il Teatro della Spontaneità. L'attività del teatro consisteva nella messa in scena di pièces improvvisate su temi suggeriti dal pubblico. La scenografia era improvvisata e allestita al momento, così come i costumi e le maschere. Moreno definirà Impromptu Theatre (teatro improvvisato) questa forma di teatro che, basandosi sulla spontaneità (sinonimo, in questo caso, di improvvisazione), mette in scena in tempo reale i temi di attualità e i contenuti proposti dal pubblico.

"Il teatro del pubblico è un teatro comunitario. Dalla comunità escono i drammi e gli attori che li mettono in scena... E i drammi in cui ci troviamo coinvolti non sono quelli che maturano nella mente degli artisti, bensì quelli che nascono nella vita di ogni giorno, nell'animo della gente semplice, non ha senso..." (J. L. Moreno)

"Può verificarsi uno sviluppo e un cambiamento nella comunità. Forza e fragilità diventano evidenti senza giudizio o critica, e le persone, gli interi gruppi sono in grado di guardare avanti e ampliare la propria visione individuando i propri obiettivi." (J. Fox)

Nuove prospettive della prassi riabilitativa nella fondazione e valutazione degli interventi dei pazienti psicotici: tra setting, struttura e management

Antonio Francomano

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze cliniche, Sezione di Psichiatria – Università degli Studi di Palermo

L'utilizzo e l'applicazione del termine setting affonda le proprie radici nel pensiero analitico di stampo winnicottiano partendo da concettualizzazioni freudiane. Successivamente diversi autori estesero al termine set il valore del setting inteso come il campo mentale costruito inizialmente dal terapeuta e successivamente dallo strutturarsi della relazione duale o grupppale con i pazienti. Da cui la necessità di definire bene caratteristiche ,per così dire "strutturali" del set, distinguendolo dal setting componente di fondamentale importanza in tutte le relazioni terapeutiche, non solo di matrice analitica, ma anche di stampo riabilitativo. E' solo, dunque con la costituzione di un valido setting che gli scenari della riabilitazione potranno virare da assetti di mero intrattenimento ad assetti in cui la valenza terapeutico-trasformativa viene a determinarsi. In tale prospettiva la connotazione psicologico-psichiatrica dovrà esser sempre molto rappresentata e valorizzata nella costituzione delle équipes curanti.

L'approccio multidisciplinare alla riabilitazione psichiatrica necessita di strumenti di valutazione flessibili (a feedback) che integrino le informazioni derivanti dalla testologia clinica, dai percorsi terapeutici individuali e dalle attività laboratoriali. La metodologia costruita dall'èquipe multi professionale curante del gruppo "Albatros" costituitosi a Palermo presso

il Policlinico Universitario ed aperto a 15 soggetti psicotici ha cercato di mettere a fuoco le quattro dimensioni, dell'empowerment, dell'insight, del campo affettivo e dell'incidenza sulla funzioni cognitive di una possibile ipofrontalità caratterizzanti i percorsi ed processi terapeutico-riabilitativi. Il costrutto dell'empowerment, attraverso una valutazione proattiva, ha permesso un monitoraggio delle dimensioni indagate e ha supportato la gestione dei punti di forza e debolezza nei percorsi riabilitativi. I risultati ottenuti nell'experience fanno rilevare miglioramenti della cognizione sociale. La valutazione del registro emotivo-affettivo della dimensione grupppale risulta particolarmente significativa nella delicata fase fondativa del gruppo. L'assessment è stato effettuato secondo il metodo del gruppo-controllo che ha confrontato longitudinalmente due gruppi di pazienti afferenti all'area dello psicotismo schizofrenico, di cui uno inserito in un programma riabilitativo comprendente diverse attività terapeutiche, di socializzazione ed animazione e trattato sul piano farmacologico con antipsicotici di seconda generazione; l'altro con proposta esclusiva di trattamento psicofarmacologico. I risultati, ad oggi ottenuti, indicano un progresso performance migliori nei soggetti fruitori del programma riabilitativo a matrice affettivo-emotiva. Il deficit di insight è una condizione che accomuna i pazienti schizofrenici e ne condiziona la compliance terapeutica. La valutazione ha evidenziato un basso grado di insight che correla nel 75% dei casi ai sintomi affettivi. Una correlazione è stata trovata tra scarso insight e presenza di sintomi positivi. Il coefficiente di correlazione ρ di Pearson tra il QI totale e i valori di SUMD attuali non mostra nel campione in esame alcuna correlazione ($r = 0.16$). Le indagini neurofunzionali evidenziano nei pazienti schizofrenici una ridotta perfusione del lobo frontale, in particolare durante lo svolgimento di un compito cognitivo che impegna le strutture di tale area. Il gruppo di lavoro si è proposto di valutare l'eventuale variazione del funzionamento cognitivo attraverso percorsi di rinforzo cognitivo, grazie all'impiego di una batteria testologica mirata. I dati disponibili mostrerebbero una correlazione tra particolari

attività terapeutico-riabilitative ed un potenziamento delle funzioni cognitive condizionate dall'ipofrontalismo.

Bibliografia

1. La Barbera D., Francomano A., La Cascia C. "Centofiori nel giardino – Apporti teorici, interventi terapeutici e nuove prospettive nella riabilitazione psico – sociale" FrancoAngeli, 2007.
2. Piccardo C. Empowerment – "Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona" Raffaele Cortina Editore, 2005.
3. Monteiro LC., Silva VA., Louza MR., (2008), Insight, cognitive dysfunction and symptomatology in schizophrenia, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 258 (7): 402-5.

La musicoterapia corale come strumento di inclusione sociale: l'esperienza del gruppo polifonico "Coralmente"

Giuseppe Romano

Responsabile C.T.A. Modulo 2, ASP Palermo

L'autore dopo un breve excursus sulle origini del coro e del canto corale, si sofferma sulla sua funzione sociale, aggregativa, e sulla sua valenza "terapeutica", trasformativa, sulla possibilità che il canto corale possa diventare "musicoterapia corale".

A testimonianza di quanto sopra viene fatto un richiamo all'esperienza di "CoralMente", maturata in sette anni di attività, che ha peraltro contribuito a contrastare lo stigma e il pregiudizio nei confronti degli ammalati di mente e, a conclusione viene proiettato un breve video di tre minuti.

Comunità riabilitativa e paziente autore di reato: la dissonanza dei codici

Giuseppe Seminara

Direttore Sanitario della Comunità terapeutica riabilitativa per pazienti psichiatrici cronici "Helios", Gravina di Catania

Il profondo rinnovamento che l'utenza delle strutture residenziali sta subendo nei tempi recenti, fa registrare un notevole attenzione alle problematiche della riabilitazione di pazienti autori di vari tipi di reati, in particolare reati contro la persona e reati sessuali. I ricoveri di questa tipologia di utenti in Comunità diventano, infatti, sempre più

frequenti e, purtroppo, senza peraltro che siano sempre chiari a tutti i programmatori dell'intervento i confini e le potenzialità di una Comunità Terapeutica Riabilitativa (CTR o CTA), che a volte deve rivedere i propri presupposti fondativi (ad esempio, l'apertura al territorio), per adeguarli ad esigenze che, quando non sono chiaramente conflittuali, nulla hanno a che vedere con la clinica

Perciò, ci si vuole qui soffermare sulla necessità di mettere insieme, nell'ottica di una condivisione degli obiettivi, formazioni culturali e professionali diverse, appartenenti ad ambiti talora molto distanti e sempre più sollecitati ad operare in maniera concorde e sinergica.

Prendersi cura in senso lato di pazienti con le caratteristiche qui considerate comporta una non sempre facile, ma necessaria, sintesi fra "codici" differenti sul piano epistemologico e di cui ineludibilmente si deve tener conto. Primo fra questi il codice deontologico, professionale, ispirato per tradizione al codice Ippocratico, per il quale il curante si pone al servizio dell'altro per "i bisogni che manifesta" e non per quello che "è o potrebbe essere" attraverso un giudizio, nostro o di altri, esclusivamente morale e di "adeguatezza sociale". Ancora, il codice giuridico rappresenterà la norma per la quale, accertata la colpa, ognuno è chiamato a rispondere delle proprie azioni, affrontando la relativa pena, anche attraverso le sfumature

che lo specifico caso può portare in campo (inferenza della patologia di base, circostanze contestuali, disagio ambientale, deprivazione culturale, ecc.). Il codice etico o morale, infine, non scritto ma interiorizzato, induce l'operatore a porsi di fronte al paziente partendo dalla propria scala di valori, dal personale sentimento del giusto e dell'ingiusto, dell'inadeguato, fino al riprovevole. È intuitivo quanta parte fondamentale possa avere questo codice nella relazione con l'utente, quanto possa agevolare o contrastare il cammino verso la com-prensione del paziente, quanto possa annientare o dare un senso profondo al nostro ruolo di aiuto e di cura.

Arginare gli "integralismi ideologici", sull'uno o sull'altro versante che siano, può diventare allora un ambito di interessante discussione, terreno di un confronto che, alla luce dell'esperienza degli altri e delle innovazioni scientifiche e culturali, possa condurre a meglio affrontare il nostro compito di cura e di riabilitazione di persone che, attraverso condotte "perturbanti" e lesive della dignità e del rispetto degli altri, sono immerse in un disagio e in una dimensione patologica, di cui quasi sempre non hanno consapevolezza reale, sconfinando in quella che dal loro punto di vista può sembrare soltanto, e peraltro non sempre, uno "stile di vita alternativo" di cui si è smarrita l'aberrazione.

■ B.1 SIMPOSIO SIRP TOSCANA – La Ri/abilitazione Psicosociale è la Cura: Esperienze in Toscana

Tensostruttura Coppito 1, Aula Magna “Vincenzo Rivera”

Moderatore: Corrado Rossi

Nel Simposio gli Autori espongono le principali esperienze condotte a livello regionale in ambito riabilitativo. In questo Simposio affermano la centralità della Riabilitazione Psicosociale nel processo stesso di cura: non un'appendice opzionale ma un momento necessario ed insostituibile del Progetto Terapeuticoriabilitativo Personalizzato (senza trattino !) delle forme patologiche complesse, senza il quale la Cura perde una fase essenziale, la prognosi diventa più sfavorevole e la prospettiva e la qualità della vita degli interessati e delle famiglie peggiore. Il Programma raccoglie uno spaccato molto sintetico delle migliori prassi di Riabilitazione Psicosociale della Regione Toscana, dal quadro globale che delinea le caratteristiche del Sistema alla Riabilitazione Psicosociale dal Territorio alla Comunità Terapeutica, ai problemi del Metodo della Riabilitazione nei CSM, nei rapporti CSM - Centro Diurno ed alla Valutazione di processo e di esito in questo, alle esperienze in agricoltura, specie quella sociale, fino a quelle degli Affidi EteroFamiliari ed alle prassi originale dei Cantieri della Salute.

IL SISTEMA TOSCANO DELLA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE

Corrado Rossi
Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL5 Pisa

IL PROGETTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO PERSONALIZZATO: DAL CSM ALLA COMUNITÀ TERAPEUTICA

Enza Quattrocchi
Dipartimento di Salute Mentale ASL n. 11 Empoli (FI)

NEL CENTRO DIURNO, DAL METODO ALLA VALUTAZIONE

Paolo Cantoresi*, Nadia Magnani**
**Psicologo, Responsabile Centro Diurno "La luna azzurra" Pontedera (Pisa), DSM ASL n. 5 Pisa, **Dipartimento di Salute Mentale ASL n. 9, Grosseto*

L'AGRICOLTURA SOCIALE A PISA

Paolo Doveri, Paola Palla
Dipartimento di Salute Mentale della ASL n. 5 di Pontedera (Pisa)

DAGLI AFFIDI FAMILIARI AI CANTIERI DELLA SALUTE

Enrico Marchi
Unità Funzionale Salute Mentale Adulti, Lucca

■ B2. SIMPOSIO SIRP PIEMONTE - La Riabilitazione in Psichiatria: Cenerentola o Principessa?

Edificio 11, Aula D4.2

Moderatori: Giorgio d'Allio, Antonella Mombello

LA RIABILITAZIONE IN PSICHIATRIA: CENERENTOLA O PRINCIPESSA?

Giorgio d'Allio, Massimo Pietrasanta, Antonella Mombello, Debora Giusto

Dipartimento di Salute Mentale ASL Alessandria

Perché la riabilitazione psicosociale viene spesso relegata come l'ultimo degli interventi possibili in psichiatria e spesso considerata poco efficace?

Nella nostra esperienza partita nel 2004 la riabilitazione psico sociale rappresenta la "principessa" degli interventi.

All'interno del Dipartimento di Salute Mentale di Casale Monferrato in collaborazione con la Cooperativa Anteo di Biella, è stato costituito un soggetto autosufficiente, indipendente, multiprofessionale e trasversale, che si occupa in modo esclusivo e con totale facoltà decisionale di tutto ciò che attiene alla Riabilitazione PsicoSociale.

Il primo step è stato quello di costruire un'equipe dove fossero presenti tutte le figure che in qualche modo sono coinvolte nel trattamento del paziente: il medico, l'infermiere, l'assistente sociale, l'educatore, l'operatore socio sanitario e lo psicologo.

La premessa da cui muove l'equipe è che qualsiasi terapia anche se moderna ed efficace, se non inserita in un coerente percorso riabilitativo sul territorio si traduce in mera assistenza.

Abbiamo lavorato affinché ciascun progetto si inserisse in un Percorso Riabilitativo che fosse: prevedibile, verificabile e ripetibile. Attraverso un modello organizzativo che prevede una serie di procedure standardizzate, concordate e stabili è stato possibile costruire progetti ad hoc, ovvero su misura del paziente.

L'utilizzo di alcuni strumenti quali per esempio la scheda triage ha facilitato la definizione della presa in carico specie per quanto riguarda la tempistica dell'intervento e una puntuale valutazione del progetto, che consente agli attori coinvolti nella cura del paziente di tenere puntualmente conto sia delle abilità da risvegliare sia dei bisogni da soddisfare e del contesto socio – familiare.

L'esperienza finora realizzata attraverso l'attivazione di un luogo accogliente e non sanitario, inserito nel centro della città di Casale Monferrato, frequentato da circa 70 pazienti, ha portato ad una notevole contrazione dei ricoveri, grazie alla organizzazione di una serie di attività a valenza riabilitativa, che coinvolgono i tre assi principali, casa, affettività/socialità e lavoro.

LA RIABILITAZIONE DA CENERENTOLA A COMPONENTE ESSENZIALE DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO PSICHIATRICO

Pier Mario Gallina

Centri Diurni di Arona e Borgomanero (Novara)

Viene descritta in modo sintetico l'evoluzione della riabilitazione, a partire dalla necessità di favorire la deospedalizzazione alla chiusura dei manicomi e dalle problematiche economiche della gestione delle patologie psichiatriche nei paesi anglosassoni.

L'evoluzione scientifica e culturale ha portato negli ultimi anni a sottolineare la necessità di conoscenza delle condizioni per cui i pazienti andavano incontro a frequenti fallimenti nella vita sociale e nelle relazioni; l'esito di tali eventi erano l'isolamento e l'adozione di modelli comportamentali sempre più disfunzionali.

In particolare, si sono evidenziate varianti storiche negli anni riguardanti il tempo di attivazione dell'intervento riabilitativo (dal paziente già cronicizzato al paziente agli esordi); la comparsa di nuove terapie psicofarmacologiche; la conoscenza dei deficit neurocognitivi, oggetto di possibili interventi riabilitativi; la necessità di una collaborazione più stretta con le famiglie; la graduale strutturazione della cultura della valutazione innestata sulla necessità di una buona relazione terapeutica e sulla strutturazione di percorsi riabilitativi condivisi ed individualizzati, coerenti con le evidenze emerse dalla valutazione.

Tutto ciò ha determinato la necessità di costruire un intervento riabilitativo di dignità scientifica elevata, determinante nel raggiungere l'obiettivo di permettere alle persone di poter utilizzare al meglio le proprie risorse, pur nella conoscenza dei propri limiti.

PSICOSI SCHIZOFRENICHE E PROCESSI CEREBRALI

Raffaella Colombo

Dipartimento di Psichiatria, Ospedale Socio-Psichiatrico Cantonale-Mendrisio-Svizzera

La psicosi ha attratto negli ultimi anni attenzione grazie alle indagini neuroanatomiche ampliate dalle tecniche di neuroimaging e alla notevole trasformazione dei trattamenti farmacologici in ambito psichiatrico. La stessa riabilitazione è diventata oggetto di discussione sempre più centrata sulla necessità di prevenire l'evoluzione cronica, negativa della sintomatologia psicotica in particolare della Schizofrenia. L'ottica di osservazione diviene ora la progressione fasica dei sintomi, la dialettica tra paziente e ambiente circostante, i trattamenti terapeutici in una logica di multifattorialità. Diventa fondamentale attivare trattamenti specifici proprio nelle prime fasi della Schizofrenia per modificare la traiettoria evolutiva e progressiva di tale grave disturbo. Se si osserva lo sviluppo dei sintomi base secondo il modello di Huber (1957) si rileva che gli interventi farmacologici e

riabilitativi attuati durante la fase prodromica comportano un miglioramento nelle risposte adattative emotivo - affettive e sociali del paziente. La fase prodromica dura anni con andamento discontinuo tra fasi di relativo compenso e fasi acute di aggravamento. L'esito di tale periodo verso la remissione della sintomatologia da un lato o verso la ripetizione di ricadute nel tempo dall'altro, dipende dal tipo di intervento realizzato. E' proprio nelle fasi prodromiche che si assiste ad un graduale alterarsi della autoregolazione emotiva, alla comparsa di disturbi della impulsività, alterazioni delle funzioni cognitive superiori e bassa tolleranza allo stress. E' a questo punto che ci si domanda che tipo di intervento può rallentare un processo neurobiologico e psichico in atto e quali trattamenti siano più opportuni nelle diverse fasi della malattia. Pertanto, se da un lato occorre moderare la componente produttiva delirante, dall'altro è necessario attivare i network neuronali delle aree corticali superiori facilitandone le principali funzioni. In assenza di ciò si è vista nella pratica clinica una considerevole riduzione dell'efficacia di interventi riabilitativi. E' noto che la sedazione eccessiva non facilita operazioni mentali di soluzione di ordini, ad esempio conflittuali, o l'esecuzione di compiti richiedenti una attiva memoria procedurale. La concomitante presenza di deficit neuronali e di terapie non attivanti contemporaneamente più circuiti neurotrasmettitoriali cortico-sottocorticali, ha mostrato l'evidenza di fallimenti sia negli esiti, che nelle attività di rinforzo relazionale o di precipua riabilitazione. Senza, infatti, una progressiva induzione di azione neurotrasmettitoriale corticale superiore a livello del lobo frontale, che favorisca la capacità riflessiva, il paziente non accede facilmente a compiti complessi o a interazioni emotivo-sociali indotte dalla vita collettiva e spesso perturbanti per l'adattamento quotidiano.

■ B.3 Simposio SIRP Liguria- Esperienze Riabilitative nella Comunità

Edificio 11, Aula D4.4

Moderatori: Valeria Zirulia, Pasquale Pisseri

L'intervento precoce in adolescenza: percorsi di cura... appunti di viaggio

Valeria Zirulia*, Luca Gavazza**

**Direttore Clinico - Comunità Terapeutica Tuga 1, Genova; **Consigliere Regionale SIRP Liguria*

All'interno del progetto Redancia, strumento di intervento specifico nel processo di cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici, si propone un modello di intervento per rispondere alla specifica domanda di ricovero in ambito residenziale per minori affetti da gravi disturbi comportamentali in fase subacuta, correlati a patologie psichiatriche dell'età evolutiva e dell'adolescenza. L'idea è nata dalla constatazione, sempre più forte negli ultimi anni, dell'aumento di domanda di trattamenti residenziali per pazienti di età sempre più bassa, a fronte di un'estrema scarsità delle risorse in questo campo. Si sono verificati sempre più invii di pazienti in età evolutiva presso comunità terapeutiche tradizionali (con ospiti adulti), ma dove tuttavia la differenza di età, la manifestazione della psicopatologia e le esigenze terapeutiche differiscono in misura significativa, tanto da non rendere possibile la permanenza del giovanissimo paziente in una struttura per adulti. Le comunità terapeutiche rivolte ai minori, come strutture intermedie, si pongono come possibile punto di passaggio tra il ricovero ospedaliero ed il trattamento ambulatoriale.

Particolare attenzione viene posta a:

- Il "fare con" quale metodologia della psicoterapia istituzionale
- La relazione come strumento di valutazione e di intervento
- La famiglia e i servizi come interlocutore e risorsa

- La creatività come scoperta e potenziale canale comunicativo per e con l'ospite
- Il contesto territoriale come opportunità da attivare
- L'estetica per permettere ai pazienti di usufruire di un'esperienza abitativa piacevole oltre che terapeutica

La fascia d'età che si è identificata come la più idonea è compresa tra i 14 e i 18 anni, eventualmente estendibile sino alla conclusione del progetto terapeutico. Tali limiti temporali si ritengono tuttavia da intendersi, vista la delicatezza e la fluidità, se così si può dire peculiari dell'età evolutiva, in termini sufficientemente flessibili e non aprioristicamente rigidi, laddove si valuti, caso per caso, l'opportunità o meno di un inserimento dopo attenta valutazione clinica. Criterio prioritario ai fini dell'inserimento in struttura, riteniamo debba consistere nella peculiarità della patologia delle problematiche e dei bisogni dell'utente che attraversa il periodo evolutivo dell'esistenza.

Tra gli obiettivi del modello di intervento proposto una posizione prioritaria è occupata dalla dimensione preventiva rispetto alla cronicizzazione. Per cronicizzazione intendiamo non solo quella relativa ai sintomi, ma quell'atteggiamento pernicioso da "malato della porta girevole" (tra ricoveri, dimissioni, altri ricoveri), senza recuperare mai una propria dimensione di libertà dalla patologia. Essenziale, nelle finalità del trattamento, è il reinserimento del giovane paziente nel proprio contesto socio-affettivo e, laddove non esista o sia estesamente compromesso, la creazione di un nuovo contesto adatto a lui. Per perseguire tale obiettivo si ritiene essenziale la collaborazione con l'inviante (N.P.I., C.S.M.) con

modalità discusse fin dall'inizio e poste quale condizione di accettazione esplicita. L'équipe della struttura ed il servizio inviante sono tenuti a collaborare e lavorare insieme, con incontri e verifiche, fino a progetto ultimato, coinvolgendo anche eventuali altri enti che si occupano del minore (Tribunale per i Minorenni, Servizi Sociali, scuola etc.), oltre ovviamente ai famigliari, laddove ciò sia possibile. Si ritiene essenziale il predisporre fin dall'inizio una data di termine dell'inserimento, al fine di evitare l'incistamento del paziente all'interno della struttura, la delega dei familiari e dei servizi, l'indebolimento della progettualità e delle risorse con il passare del tempo. Tale termine verrà preventivamente discusso con gli invianti, con i familiari, e con il paziente, in sostanziale accordo. I limiti temporali del ricovero in comunità devono soprattutto rispondere ad un'etica che tenga conto dell'esigenza di non creare pazienti psichiatrici, ma di "sbrigliare" gli adolescenti da trappole evolutive spesso originate da una società disfunzionale che porta di frequente a risposte patologiche. Per tale ragione deve essere sempre serrato il dibattito critico e creativo con il contesto, massima la flessibilità, il tempo istituzionale il più breve possibile e la collaborazione con le risorse esterne continua.

Centro Diurno: tra il riabilitare al fare e il riabilitare a stare

Lucia Valentini, Alessandro Fasce, Alessandra Polimo
Dipartimento di Salute Mentale ASL 3 di Genova

Il centro diurno come struttura riabilitativa è classicamente inteso come luogo dove soggetti più o meno gravemente disabili vanno per fare qualcosa e come luogo dove vanno per imparare a fare qualcosa. E' cambiato, invece, in questi anni, il modo di presentarsi dei pazienti psicotici, non più solo soggetti annichiliti e oggettivati nella cronicità, nella storia istituzionale, nella sedazione, ma sempre più spesso soggetti nei quali i sintomi della malattia convivono e interagiscono in modo complesso con tratti talvolta disfunzionali della personalità e soprattutto con un soggettività

spesso ben conservata e carica di aspettative, desideri e speranze di "normalità", bisogni comuni a tutti gli altri, rifiuto della stigmatizzazione. Ed è cambiato anche il tipo di risposte che dal centro diurno ci si attende, con una maggior frequenza di invii riguardanti persone affette da disturbi di personalità, problemi di doppia diagnosi e autori di reato. Accanto a una "riabilitazione al fare", si fa strada allora la domanda sempre più frequente di una "riabilitazione a stare", in modo il meno possibile disfunzionale, in contesti sociali normali, e questo contributo si propone di offrire una riflessione sulla nostra esperienza al riguardo.

Una casa comune per il lavoro di integrazione socio-sanitaria: l'esperienza delle CAUP nell'ASL 3 Genovese

Giovanni Tria
Dirigente Psicologo U.O. Salute Mentale n.12, Dipartimento di Salute Mentale, A.S.L. 3, Genova

Le strutture residenziali psichiatriche rappresentano ormai, nei Paesi dotati di un sistema di salute mentale, una realtà ampia ed eterogenea. Il timore che il sistema manicomiale possa in qualche misura, trovare nel sistema "residenziale" una riedizione aggiornata, in termini di omologazione e di esclusione, appare comunque possibile.

Gli antidoti più efficaci contro tali rischi sembrano essere quegli approcci che pongono in primo piano la persona del paziente, con il profilo specifico dei suoi bisogni individuali. In questo senso, il "bisogno residenziale" viene ricondotto alla sua natura più propria, andando incontro alle preferenze dei pazienti, orientate prevalentemente verso l'abitazione indipendente con supporto flessibile ed individualizzato, in alternativa ai programmi residenziali "istituzionali".

Il progetto consiste nello sperimentare la gestione integrata di un alloggio per persone giovani e fragili, attraverso un intervento di supporto leggero, da parte di operatori afferenti ai Servizi Sociali del Comune di Genova e dell'ASL 3 Genovese: un intervento integrato socio-sanitario.

Le esperienze di questi anni suggeriscono che:

- È opportuno individuare dei progetti personalizzati, promuovendo il sostegno abitativo domiciliare e case di piccole dimensioni;
- I progetti abbiano la funzione di sostenere ed accompagnare le persone che esprimono un disagio o una sofferenza psichica nel percorso di riappropriazione della dignità ed autonomia;
- Le case individuate per realizzare questi progetti non siano concepite come soluzione abitativa definitiva;
- Siano fortemente integrate al sistema dei servizi socio-sanitari;
- Siano ubicate nel cuore degli insediamenti abitativi per favorire una spinta all'integrazione nella comunità locale;
- Scegliere alloggi di piccole dimensioni per favorire un clima emotivo che valorizzi le relazioni tra gli ospiti e con gli operatori;
- Prevedere percorsi di uscita e per ogni persona un progetto personalizzato.

I risultati attesi:

Il periodo di permanenza nella convivenza sembra un tempo utile al raggiungimento e consolidamento degli obiettivi inerenti l'inserimento socio-lavorativo, l'autonomia nella gestione di sé e della casa, delle risorse economiche, ed infine l'incremento delle relazioni personali e sociali. Al termine del periodo di convivenza le persone potranno essere accompagnate verso soluzioni abitative completamente autonome, secondo le esigenze e le possibilità di ciascuno.

La verifica ed il monitoraggio dell'esperienza:

- La verifica periodica ed il monitoraggio dei singoli inserimenti sono affidati all'equipe in collaborazione con i servizi invianti. L'equipe di supporto produrrà ogni sei mesi un rapporto sull'attività svolta.
- Somministrazione di questionari: Honos, GAF, BPRS.

Facilitatori sociali: l'esperienza dell'ASL 5 La Spezia

Cinzia Valentini, Gualtiero Guerrini

DSM ASL 5 Spezzino

Una nuova scelta dei Servizi psichiatrici è quella di sperimentare percorsi di aiuto alla persona, non convenzionali, fondati sui valori della solidarietà e della mutualità. Le associazioni nate dalla cultura dell'autoaiuto hanno come fondamento i principi della solidarietà e della cooperazione su cui costruire strumenti di autotutela atti a verificare l'efficacia dei sistemi di cura e collaborare con gli stessi nella sperimentazione di nuovi percorsi emancipativi. Il contatto con la propria sofferenza e la ricerca delle strategie più adatte per governare la propria fragilità rendono esperi nell'aiuto alla persona. La scommessa consiste nel professionalizzare queste persone: verranno presentate alcune esperienze italiane, il tipo di corsi attuati e le attività proposte ad i facilitatori sociali.

B.4 Workshop GIOVANI PSICHIATRI: La riabilitazione psichiatrica oggi: nuove competenze per i giovani psichiatri

Edificio 11, Aula D2.29

Moderatori: Andrea Fiorillo, Silvia Ferrari

L'utilizzo del laboratorio letterario per l'aumento dell'assertività in pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare: uno studio randomizzato controllato

Luca Pingani¹, Fulvio Arnone², Maria Laura Chierici², Elena De Bernardis², Sara Donelli¹, Silvia Ferrari¹, Giovanni Zucchi², Giuliano Turrini², Marco Rigatelli¹

¹*Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia – Dipartimento ad attività integrata di Chirurgie Specialistiche Testa-Collo, Modena*

²*Ospedale Privato Villa Maria Luigia – Reparto per i Disturbi della condotta alimentare, Parma*

Premesse. Il Social Skill Training è strutturato come terapia cognitivo-comportamentale per programmi di riabilitazione psichiatrica volti a sviluppare competenze sociali.

Scopo della ricerca. Verificare l'efficacia di un laboratorio letterario per l'aumento delle abilità assertive in pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare.

Materiali e Metodi. 32 pazienti affetti da DCA e ricoverati presso il reparto per i Disturbi della Condotta Alimentare dell'Ospedale Privato Accreditato Villa Maria Luigia (Monticelli Terme – Parma) sono stati reclutati per il presente studio. Dei 32 pazienti 8 sono stati assegnati in modalità random al gruppo trattamento e 24 hanno proseguito il normale iter terapeutico. A tutti i pazienti è stata somministrata nella prima e nell'ultima settimana di ricovero la seguente batteria di test: Rathus Assertiveness Schedule (Rathus, 1973) e Test per la fluency verbale (fonemica: Carlesimo et al., 1996; semantica: Novelli et al., 1997). Il laboratorio letterario è composto da 16 sedute di gruppo della durata di 45 minuti ciascuna e viene svolto una volta a settimana. Nelle sedute vengono affrontate tematiche di espressività tramite l'utilizzo della scrittura.

Risultati. Un significativo miglioramento delle abilità semantiche ($t=-5.60$; $p<0.01$ vs. $t=1.43$; $p=0.17$), delle abilità fonetiche ($t=-3.66$; $p<0.01$ vs. $t=1.35$; $p=0.19$) e dell'assertività ($t=4.47$; $p<0.01$ vs. $t=0.94$; $p=0.93$) è stato osservato nel gruppo che ha partecipato al laboratorio letterario.

Conclusioni. Nel presente studio è stata evidenziata l'efficacia di un laboratorio letterario all'interno di un programma riabilitativo per pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare: il miglioramento del linguaggio e della abilità di comunicazione agiscono in modo significativo sui livelli di assertività del paziente.

Diffusione dell'intervento psicoeducativo familiare secondo Falloon nei Centri di Salute Mentale italiani per il Disturbo Bipolare tipo I

Mario Luciano, Valeria Del Vecchio, Domenico Giacco, Vera Vinci, Heide Gret Del Vecchio, Corrado De Rosa, Andrea Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Il disturbo bipolare rappresenta una patologia ad elevato costo personale e sociale, con compromissione del funzionamento sociale del paziente e dell'intero nucleo familiare. L'intervento psicoeducativo familiare, sviluppato da Falloon negli anni '80, di provata efficacia soprattutto nel trattamento della schizofrenia, non è mai stato utilizzato nei pazienti con disturbo bipolare.

Lo studio, finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dal Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN, si è proposto di: 1) formare gli operatori dei servizi di salute mentale all'uso dell'intervento psicoeducativo familiare nel disturbo bipolare tipo I; 2) favorirne la diffusione nella pratica clinica.

Lo studio ha previsto le seguenti fasi: 1) selezione randomizzata di 11 centri di salute mentale su tutto il territorio italiano (Campobasso, Colleferro, Foligno, Grosseto, Lanciano, Lanusei, Milano, Montecatini, Monza, Ravello, Sassuolo); 2) sviluppo del materiale informativo e degli strumenti di valutazione; 3) formazione di almeno 2 operatori per centro; 4) in ciascun centro, selezione randomizzata di 16 famiglie di utenti con disturbo bipolare tipo I, di cui 8 hanno ricevuto l'intervento sperimentale e 8 il trattamento di routine; 5) verifica dell'andamento dell'intervento nel tempo.

L'impatto dell'intervento è stato valutato in termini di numero di famiglie trattate, difficoltà e vantaggi riportati dagli operatori, miglioramento dei sintomi e del funzionamento sociale dei pazienti, miglioramento del carico e della rete sociale dei familiari.

Il reclutamento è cominciato a novembre 2009. Al momento sono state reclutate 62 famiglie; due hanno rifiutato e due hanno interrotto l'intervento. I principali vantaggi riportati dagli operatori sono il miglioramento delle proprie competenze professionali, un maggiore sostegno offerto ai familiari dei pazienti, la riduzione delle tensioni familiari ed il miglioramento del rapporto con gli utenti. Le principali difficoltà riportate sono, invece, la mancanza di tempo, la difficoltà ad individuare le famiglie, un carico di lavoro troppo faticoso ed impegnativo e la difficoltà ad integrare l'intervento con gli altri impegni.

I risultati di questo studio, seppure preliminari, evidenziano che è possibile fornire gli interventi psicoeducativi familiari agli utenti dei servizi di salute mentale affetti da disturbo bipolare tipo I e ai loro familiari dopo un periodo di formazione relativamente breve degli operatori.

I vantaggi riportati dagli operatori nella conduzione dell'intervento sono elevati già dall'inizio dello studio e tendono ad aumentare nel tempo. Le difficoltà sembrano legate soprattutto a problemi di natura organizzativa dei servizi e all'eccessiva strutturazione dell'intervento. Per favorire la diffusione di quest'intervento su larga scala, potrebbe essere utile opportuno adattare l'intervento al contesto sanitario italiano e prevedere, nei

DSM, servizi specifici per condurre questi interventi.

La riabilitazione attraverso la promozione della salute mentale di comunità

Francesco Bardicchia, Giuseppe Cardamone
Unità Funzionale Salute Mentale Adulti ASL 9 Grosseto

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o di infermità (OMS, 2001) e la promozione della salute è intesa come tutte quelle azioni che le persone adottano per mantenere stili di vita sani e per creare condizioni di vita favorevoli (OMS, 2004). Nella Carta di Ottawa, le attività di promozione della salute mentale sono i programmi volti a ridurre le disuguaglianze sociali rafforzando l'azione comunitaria ed a creare capitale sociale sviluppando abilità personali ((OMS 2004). La promozione della salute mentale è un forte fattore protettivo contro i disturbi mentali (OMS, 2004).

Nel 2005 l'OMS ha pubblicato il report "Concepts, Emerging Evidence, Practice" (Herrman et al. 2005). In linea con il precedente report del 2001, questo documento si caratterizza per l'impostazione ecologica e per l'accezione positiva di salute mentale, intesa come "uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le sue abilità, può fare fronte ai normali stress della vita, può lavorare produttivamente e con profitto, ed è capace di dare un contributo alla sua comunità". Non solo si sottolinea la necessità di agire concretamente sui determinanti socio-economici di salute mentale (rispetto dei diritti umani, accesso all'educazione, ad una assistenza sanitaria di base, casa, lavoro etc.), particolarmente nelle regioni del pianeta più disagiate, ma anche ci si allontana dall'impostazione di servizi adibiti alla cura di singoli individui affetti da un disturbo mentale, verso una prospettiva, più complessa ma anche più completa, di una società che si occupa attivamente di promuovere la propria salute mentale e nella quale quindi si possono non soltanto riconoscere i fattori di rischio (quali

povertà, discriminazione, disoccupazione, scarsa salute fisica, violenza) ma anche valorizzare i fattori protettivi che sono l'integrazione, l'empowerment, la partecipazione sociale, il sostegno delle reti sociali e comunitarie. Passaggio integrante del cambiamento auspicato è un riorientamento dei servizi sanitari, ai quali si richiede, oltre ai tradizionali interventi di tipo medico-sanitario, di entrare attivamente nella comunità e nella cooperazione intersettoriale, partecipando o direttamente promuovendo interventi di comunità, il cui livello privilegiato di messa in opera sembra essere quello delle comunità locali o comunque dei contesti di medie dimensioni.

Doppia diagnosi: un'esperienza terapeutico-riabilitativa in comunità terapeutica

Stefania Medda

Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze- ASL 7 Carbonia

La Comunità Terapeutica Tallaroga è la prima comunità pubblica in Sardegna che ospita unicamente pazienti in doppia diagnosi, affetti cioè da un disturbo da uso di sostanze (oppiacei, cocaina, alcol e/o altre droghe) e da un altro disturbo psichiatrico in asse I e/o II.

Gli utenti sono 22 e vengono inviati in parte dai servizi psichiatrici territoriali, in parte dal tribunale come misura alternativa alla detenzione carceraria.

La presa in carico prevede in primis la formulazione di un progetto riabilitativo condiviso, integrato e individualizzato, che tenga conto dei bisogni, delle problematiche e delle risorse non solo del paziente, ma anche del contesto familiare e/o socio-relazionale in cui lo stesso dovrà essere reinserito al termine del programma terapeutico.

L'obiettivo fondamentale è quello di fornire un luogo, fisico e relazionale, in cui possa generarsi un cambiamento dei tratti immaturi e maladattivi della personalità, anche attraverso la formulazione di una richiesta d'aiuto più strutturata, l'accettazione più consapevole della terapia e degli eventuali effetti collaterali, la riformulazione in termini più realistici e realizzabili del proprio futuro.

In quest'ottica, la nostra esperienza ha messo in evidenza come nell'ambito di una comunità per utenti in doppia diagnosi siano particolarmente rilevanti aspetti quali la formazione e specializzazione degli operatori, l'estensione della relazione terapeutica ai vari contesti di vita quotidiana, la riconsiderazione longitudinale della diagnosi, la condivisione e continua rinegoziazione degli obiettivi riabilitativi, la diversificazione e modulazione degli interventi, la capacità di prevedere, prevenire e contenere eventuali acting-out auto e/o eterodiretti, il lavoro motivazionale e la continua revisione di modalità relazionali omertose e difensive evidenti soprattutto nei detenuti, la flessibilità del setting con parallelo coinvolgimento dei servizi (SPDC, SerD, CSM, UEPE).

Una criticità di particolare rilievo risulta infine essere rappresentata dalla necessità di avere regole univoche e coerenti, ma allo stesso tempo duttili e flessibili in funzione delle risorse attuali, del peso dei sintomi e del carico farmacologico di ciascun assistito. Solo attraverso la condivisione e la socializzazione in gruppo delle diverse scelte terapeutiche ci è sembrato possibile portare avanti quel processo di individuazione che, cominciato in un contesto protetto quale quello comunitario, possa poi estendersi all'ambito sociale e normativo di appartenenza.

Sintomatologia ansiosa e dolore toracico aspecifico in giovani utenti afferenti al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Salvatore dell'Aquila dopo il sisma del 6 aprile 2009

Maurizio Malavolta, Natascia Giordani Paesani, Ilaria Santini, Ida De Lauretis, Laura Verni, Marta Colatei, Valeria Bianchini, Rocco Pollice*
*Scuola di Specializzazione in Psichiatria;
*Dipartimento di Scienze della Salute,
Università dell'Aquila*

Introduzione. Dolori toracici non ben specificati fanno, spesso, parte della sintomatologia di pazienti affetti da Disturbi d'Ansia (soprattutto disturbo da attacchi di panico e disturbo d'ansia generalizzata) e sono considerati, attualmente, criteri fondamentali per poter effettuare una diagnosi formale. I pazienti con

tali sintomi, frequentemente, richiedono un intervento in reparti di urgenza a causa del disagio creato dal sintomo. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, non viene considerata la presenza di una sintomatologia psichiatrica con una successiva misdiagnosi ed un trattamento inadeguato (Huffman e Pollack, 2003; Demiryoguran et al., 2006).

Scopo. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare la presenza di una sintomatologia ansiosa in una popolazione di giovani utenti afferenti al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Salvatore dell'Aquila a causa di dolori toracici non ben specificati, prima e dopo il sisma.

Materiali e Metodi. Lo studio è stato effettuato su tutti i soggetti di età compresa tra 17 e 30 anni, afferenti consecutivamente da marzo 2006 a marzo 2010, presso il Pronto Soccorso del presidio ospedaliero "San Salvatore" dell'Aquila a causa di dolore toracico non ben specificato. Il campione totale è stato diviso in due gruppi, "pre-terremoto" (106 soggetti) e "post-terremoto" (50 soggetti). La Self-rating Anxiety Scale (SAS) è stata utilizzata come strumento di screening della sintomatologia ansiosa. I soggetti con un punteggio ≥ 45 sono stati sottoposti ad una intervista diagnostica semi-strutturata, la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-plus), allo scopo di formalizzare la diagnosi secondo i criteri diagnostici internazionali del DSM-IV e dell'ICD 10.

Risultati. In totale sono stati valutati 156 soggetti, 106 durante il periodo del "pre-terremoto" (M 36 / F 61; età media 23.6 + 4.9; scolarità 12.8 + 2.1) e 50 durante il "post-terremoto" (M 25 / F 34; età media 23.5 + 4.7; scolarità 14.6 + 2.3). La valutazione psicopatologica, in entrambi i campioni studiati, mostra alla SAS un punteggio superiore a 45, indicativo della presenza di una sintomatologia ansiosa, nel 64% dei soggetti del gruppo pre-terremoto e nel 68% dei soggetti appartenenti al gruppo del post-terremoto. Con l'analisi della sintomatologia somatica non riferibile a patologia organica,

inoltre, è stato rilevato che il campione "post-terremoto", rispetto a quello "pre-terremoto", mostra una frequenza significativamente maggiore di sintomi fisici come anche di sintomi quali derealizzazione e depersonalizzazione. Dei soggetti che avevano ottenuto un punteggio ≥ 45 alla SAS, 30 (55,6%) del gruppo pre-terremoto e 36 (72%) del gruppo post-terremoto, soddisfacevano i criteri diagnostici per un disturbo d'ansia alla MINI-plus.

Conclusioni. Il nostro studio evidenzia che circa il 50% di soggetti giovani, afferenti presso il PS a causa di dolore toracico non ben specificato, presenta una sintomatologia ansiosa, e che, in più della metà dei casi tale sintomo è parte di un disturbo nosograficamente riconosciuto tra i diversi disturbi d'ansia, e come tale condizione abbia avuto un netto incremento nel post-terremoto. Tale evidenza assume un significato di priorità nella popolazione giovanile aquilana che nel post-sisma sperimenta maggiormente sintomi fisici, nello specifico dolore toracico, come epifenomeno di un disturbo mentale. Pertanto diventa prioritario, per poter effettuare uno screening precoce ed instaurare trattamenti adeguati e tempestivi, che possano evitare il peggioramento della sintomatologia e le complicanze ad essa associate, intensificare la leason tra i Servizi di Psichiatria ed i reparti di emergenza.

Bibliografia

- Demiryoguran NS, Karcioğlu O, Topacoglu H, Kiyani S, Ozbay D, Onur E, Korkmaz T, Demir OF. Anxiety disorder in patients with non-specific chest pain in the emergency setting. *Emerg Med J.* 2006 Feb;23 (2):99-102
- Goodwin RD, Lieb R, Hoefler M, Pfister H, Bittner A, Beesdo K, Wittchen HU. Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *Am J Psychiatry.* 2004 Dec;161(12):2207-14.
- Huffman JC, Pollack MH Predicting panic disorder among patients with chest pain: an analysis of the literature. *Psychosomatics.* 2003 May-Jun;44(3):222-36.

■ B.5 Workshop - Fattori protettivi, interventi, progetti ed insegnamenti del sisma del 6 aprile 2009 (Programma di Supporto Psicosociale e tutela della salute mentale per l'Emergenza Sisma, SPES 2009)

Edificio 11, Aula D2.30

Moderatori: Massimo Casacchia, Massimo Di Giannantonio

Associazioni di medicina di famiglia e terremoto

Paolo Evangelista

Medico di Medicina Generale L'Aquila

La rifondazione della Medicina Generale è dovuta alle mutate condizioni socio-sanitarie. Queste sono caratterizzate da un allungamento dell'aspettativa di vita che comporta un maggior numero di anziani e dunque di malattie cronico-degenerative che richiedono l'impiego di risorse sempre più imponenti. L'altro fondamentale cambiamento è lo spostamento dell'asse assistenziale dall'ospedale al territorio. Essendo l'integrazione ospedale-territorio il punto critico maggiore di questo cambiamento, la MdF ha dovuto fronteggiare richieste sempre più complesse e difficili, rispondendo con la creazione delle associazioni mediche. La figura del medico condotto, quindi, storicamente scompare per lasciare il posto ad aggregazioni funzionali multidisciplinari e con diverse professionalità. Nascono così le associazioni, le equipe territoriali, le reti di medici, i Nuclei di Cure Primarie (NCP), le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). La nostra città, fra le poche in Italia, unica in Abruzzo, aveva realizzato tali aggregazioni coinvolgendo la quasi totalità dei MdF. Questo si è rivelato prezioso nel tragico evento del 6 aprile 2009. Anche le altre figure componenti le aggregazioni (infermiere e segretarie) si sono rivelate utilissime nella gestione dell'emergenza e delle sue fasi successive. Soprattutto l'infermiera di famiglia si è rivelata una figura di problem solving di efficacia

elevatissima nel senso di efficienza, efficacia ed appropriatezza. Abbiamo potuto rilevare nella popolazione terremotata un aumento del BMI, della PA e delle tireopatie. In questi soggetti la prevalenza della Sindrome Metabolica tende ad aumentare.

Paradigmi assistenziali e riabilitativi nell'area di Pescara dopo il terremoto di L'Aquila: aspetti epidemiologici e di buone pratiche cliniche

Vittorio Di Michele

Dipartimento di Salute Mentale Pescara

I paradigmi di riabilitazione cognitiva più popolari in ambito psichiatrico si ispirano prevalentemente ad una metodologia cognitivo-comportamentale e sono spesso mutuati da esperienze e modelli sviluppati fuori dai confini nazionali. Contestualmente gli ambiti di intervento si sono progressivamente estesi e le indicazioni diagnostiche e le popolazioni cliniche oggetto di tale riabilitazione si sono progressivamente estese. Inoltre il ruolo sempre più rilevante dei centri di salute mentale, sta determinando una riconcettualizzazione anche dei luoghi della riabilitazione. La legge regionale 5/2008 attribuisce ai centri di salute mentale un ruolo centrale nelle dinamiche di cura dei soggetti con disturbi mentali e questo sta determinando un continuo adattamento a queste nuove necessità dei paradigmi riabilitativi più popolari. Saranno illustrati alcuni dati epidemiologici dei territori esterni al cratere, riferibili al post terremoto con una discussione critica di questi e delle implicazioni per lo

sviluppo di buone pratiche nei centri di salute mentale dell'area di Pescara.

Un'analisi delle prescrizioni di farmaci antidepressivi e antipsicotici nell'ASL de L'Aquila nei 6 mesi dopo il sisma

Alessandro Rossi*, Paolo Stratta[^], Roberto Maggio**, Fabio Allegrini^{^^}.

*Università de L'Aquila, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Psichiatria

** Università de L'Aquila, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Farmacologia

[^] ASL de L'Aquila, Dipartimento di Salute Mentale

^{^^}ASL de L'Aquila, UO di Farmacia

Introduzione. I disastri naturali rappresentano condizioni di emergenza del Sistema Sanitario Nazionale con conseguenze dirette ed indirette sulla salute delle persone colpite. In particolare la letteratura segnala un aumento dei disturbi emotivi con conseguente aumento delle prescrizioni psicofarmaci.

Metodo. Obiettivo dello studio è stato l'analisi dei data base amministrativi relativi alle prescrizioni di farmaci antidepressivi (AD) ed antipsicotici (AP) nell'Azienda Sanitaria de L'Aquila nel semestre successivo il terremoto del 6 aprile 2009.

Risultati. Il confronto delle variazioni tra i 2 semestri ante-terremoto e quelle tra il semestre pre e quello post riporta un aumento di nuovi casi trattati con AD del 37% e di nuovi casi trattati con AP del 129 %. Si osserva un aumento delle prescrizioni associato all'aumento dell'età ed al sesso femminile.

Bibliografia

1. Rossi A., Stratta P. Allegrini F. Change in prescription of psychotropic drugs in the aftermath of the L'Aquila Earthquake. *Psychiatric Services* (in press August 2010)
2. Rossi A., Stratta, P. , Maggio,R., Allegrini F. Un'analisi delle prescrizioni di farmaci antidepressivi e antipsicotici nell'ASL de L'Aquila nei 6 mesi dopo il sisma . *Bollettino SIFO*. 2 ,55-58; 2010

Valutazione degli interventi psicoterapeutici dopo eventi traumatici

Massimo Di Giannantonio

Centro di Salute Mentale, Università degli Studi "G. D'Annunzio" Chieti

A metà degli anni '40 alcuni psichiatri militari britannici con una formazione psicomodinamica (tra cui Wilfred Bion e S.H.Foulkes), impegnati a supportare le truppe inglesi durante la Seconda guerra mondiale, iniziarono a sperimentare, nel Northfield Military Hospital, delle forme di intervento in piccolo gruppo per i soldati traumatizzati. La buona efficacia clinica del modello usato, insieme alla sua notevole "efficienza" in termini di "rapporto numerico" tra pazienti trattabili e terapeuti disponibili, segnarono una tappa decisiva nella diffusione e considerazione degli approcci clinici di gruppo. Il modello del trattamento gruppo-analitico dei Ptsd, venutosi a delineare verso gli anni '70 ed affermatosi tra gli anni '80 e '90, è formalmente legato all'insegnamento bioniano e nasce dai principi fondamentali della psico-traumatologia: 1. l'esistenza di simili caratteristiche di fondo, in vari tipi di eventi traumatici (soprattutto, il carattere di immediatezza ed imprevedibilità, i forti vissuti emotivi di angoscia e paura "senza freni", ecc.); 2. l'esistenza di processi psicobiologici simili nei vari tipi di gravi stress (in fase acuta e nell'eventuale cronicizzazione); 3. l'esistenza di tipologie simili di "coping"; 4. l'esistenza di una gamma di eventuali disturbi, psicopatologici e non, varia, ma spesso anche qui generalmente simile, tra le varie persone (pensiamo, ad esempio, agli incubi, le reazioni dissociative, i flashback, ecc.); 5. l'attualizzazione di simili comportamenti maladattativi nei soggetti traumatizzati; 6. l'esistenza di alcuni "fattori protettivi" e talvolta "curativi" (fattori di personalità, situazionali, psicosociali, relativi al sostegno sociale, ecc.), che appaiono attivi in varie circostanze. Per intervenire nella situazione analitica di un gruppo di soggetti psico-traumatizzati è necessario evitare l'importazione o la sovrapposizione all'esperienza di strumenti teorici o tecnici elaborati in altri contesti, compreso quello psicoanalitico duale (pure utile, in determinate

condizioni, a fianco del metodo gruppoanalitico).

Il ruolo della medicina generale nella progettazione del superamento delle catastrofi

Walter Palumbo

Segretario Regione Abruzzo FIMMG

Il terremoto del 6 aprile 2009 che ha colpito la città di L'Aquila e il suo circondario ha visto i medici di Medicina Generale, operanti in tali sedi e quelli intervenuti da altre località, affrontare, in forma associata obbligata in strutture improvvisate, le necessità assistenziali semplici e complesse di un numero impressionante di pazienti che all'improvviso avevano perso il consolidato rapporto fiduciario con il proprio medico di famiglia finendo per peggiorare il loro stato psico-fisico. Eppure, in una situazione caotica e all'indomani del sisma, i medici di Medicina Generale hanno saputo affrontare con grande coraggio e dedizione all'interno di tende, di vagoni ferroviari, di camper e di case semi-agibili qualsiasi bisogno sanitario specialmente quello legato alle inevitabili turbe psicologiche e psichiatriche sorte nella popolazione colpita dall'evento traumatico.

Una risposta immediata ed efficace da parte di una categoria medica locale che, pur supportata dalla presenza di altri colleghi provenienti da più parti dell'Abruzzo e dell'Italia, ha dimostrato che il modello associativo strutturato (nuclei di cure primarie, etc.) esistente in quella città e nei paesi limitrofi già prima del sisma, ha dimostrato di saper affrontare al meglio in équipes le criticità assistenziali sorte nell'immediatezza della catastrofe.

I medici di Medicina Generale hanno le competenze e le capacità di elaborare, in

accordo con i colleghi psichiatri, un progetto di supporto operativo che venga adottato in qualsiasi, speriamo mai, prossima catastrofe per poter ridurre al minimo i danni inevitabili che possono colpire l'equilibrio psico-fisico delle persone colpite. In questo campo, i medici di Medicina Generale dell'Aquila e dell'Abruzzo stanno già lavorando, partecipando al Progetto "Salute e benessere dopo l'aprile del 2009", progetto che nasce da una proficua collaborazione dell'Unità di Psichiatria dell'Università dell'Aquila e della sezione abruzzese della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale con l'équipe americana dell'Harvard Program in Refugee Trauma, Harvard University, Boston, specializzata nelle conseguenze psichiatriche dei gravi traumi e delle catastrofi.

Valutazione della resilienza nella popolazione colpita dal sisma del 6 aprile 2009. Lo studio prospettico SPES nella regione Abruzzo.

Massimo Casacchia

Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila

L'Autore illustra le fasi della ricerca del Ministero della Salute, finanziata tramite la Regione Abruzzo "Programma di Supporto Psicosociale e Tutela della Salute Mentale per l'Emergenza Sisma, SPES 2009", che verterà sul follow-up delle conseguenze esistenziali e psicopatologiche della popolazione colpita dal sisma del 6 aprile 2009, con particolare attenzione all'identificazione di fattori protettivi, quali le strategie di coping efficaci e la spiritualità.

■ C.1 SIMPOSIO: I gruppi di auto-aiuto ed i processi di recovery

Tensostruttura Coppito 1, Aula Magna “Vincenzo Rivera”

Moderatori: Giulio Corrivetti, Giuseppe Saccotelli

Normalità, recovery ed epoché: gruppi A.M.A. nel Dipartimento di Salute Mentale di Brindisi

Alessandro Saponaro, Domenico Suma, Pietro Nigro*

Dipartimento di Salute Mentale Brindisi;

**Dipartimento di Salute Mentale Bari*

Nelle pratiche di salute mentale, il mutuo-aiuto ha dimostrato di avere una anima complessa, avendo finora prodotto ideologie ed esperienze diverse, talvolta basate sulla separazione totale dai servizi, talvolta interagendo con essi, utilizzando le risorse, integrandosi perfino nella gestione e organizzazione delle facility alle utenze (Serrano, 1998).

Il tema della guarigione (recovery) riveste un peso considerevole nella letteratura scientifica internazionale e, in molti Paesi, le politiche per l'assistenza psichiatrica hanno iniziato a prevedere in modo esplicito le strategie per garantire un'assistenza recovery-oriented (CSIP, RCP & SCIE, 2007). Questo rilievo nella letteratura e nelle politiche è anche una prima risposta alle sollecitazioni in tal senso che sono venute dalle organizzazioni dei familiari e degli utenti, che non accettano che l'efficacia dei trattamenti offerti venga disgiunta dalla presenza di aspettative favorevoli e di strategie di empowerment (Tibaldi, Govers, 2009).

La nozione di Recovery si riferisce ad un processo attivo ed altamente individuale, attraverso cui una persona sviluppa un insieme di strategie volte non solo al controllo della malattia, ma al superamento degli effetti secondari, come ad es. lo stigma interno, la perdita di potere, il crollo dei sogni e delle aspettative, ritenuti importanti quanto i sintomi stessi (Lamonaca et al., 2010).

Il Recovery può essere definito come un processo evolutivo nel tempo, che deriva dall'incontro tra fattori personali, (come motivazione e sviluppo di competenze) e fattori

ambientali che contribuiscono al supporto (risorse materiali, ruolo dei servizi di salute mentale, rete sociale), integrati dal coinvolgimento in attività significative e in ruoli sociali, che danno la dimensione dell'interazione tra individuo e ambiente (Wilken, 2007).

Il processo di Recovery è stato descritto come un evento profondamente personale, un processo di cambiamento della mentalità, dei valori, dei sentimenti, degli obiettivi, delle competenze e dei ruoli. E' un modo di vivere diverso, e, pur con i limiti determinati dalla disabilità, implica lo sviluppo di un nuovo significato nella propria vita, andando oltre i catastrofici effetti della malattia (Anthony, 1993). Parlare di Recovery appare dunque centrale per integrare le esperienze della psichiatria di comunità con il sapere che emerge dagli utenti stessi e per garantire che i servizi di salute mentale siano orientati a favorire, e non ad ostacolare, quelli che dai diretti interessati sono considerati i fattori necessari ai loro processi di ripresa (Slade & Hayward, 2007).

Nel campo della prevenzione, rinveniamo pratiche che non sono più tese alla riduzione del negativo (riduzione del rischio), ma che mirano al potenziamento del positivo (fattori di protezione e di qualità della vita) (Serrano, 1998). Alla costruzione di quel grande miraggio che è la normalità concorrono diversi linguaggi che ne colgono specifiche e differenti significazioni. Così, in un'impostazione medico-scientifica il concetto di salute si contrappone alla patologia, mentre nell'orientamento psicosociale vengono maggiormente valorizzate le componenti di competenza e integrazione nel tessuto sociale (Gosio, 2009). Nella relazione verranno descritte le esperienze di AMA realizzate nel DSM di Brindisi e le linee di sviluppo di tali iniziative.

I gruppi A.M.A. e la cultura del “fare insieme”: pagine di esperienze

Maria Luisa Marra, Maria Rosaria Lapenna, Tiziana De Donatis, Maria Patrizia Fontana, Serafino De Giorgi

Dipartimento di Salute Mentale ASL Lecce

L'efficacia dei gruppi A.M.A. si basa sul riconoscimento del ruolo di protagonisti del proprio benessere delle persone che ne fanno parte, attraverso percorsi di condivisione dei problemi comuni, miglioramento delle capacità relazionali, acquisizione progressiva di autostima, sperimentazione di capacità progettuali, apertura alla comunità civile.

Il gruppo di Auto Mutuo Aiuto INSIEME è nato nel C.S.M. di Lecce nel 2003, con l'obiettivo di affrontare il problema dell'esclusione sociale di particolari fasce di utenti, aventi in comune la solitudine e l'isolamento sociale, attraverso la condivisione del loro problema, per migliorare così la qualità della loro vita e ridurre gli effetti della patologia psichiatrica.

Esso è composto da Utenti del Centro di Salute Mentale di Lecce in numero variabile da 10 a 15 e da due operatori del C.S.M. (attualmente un'assistente sociale e una psicologa) con il ruolo di “facilitatori della comunicazione”.

Nel 2007 il Gruppo INSIEME ha avuto l'idea di avviare, organizzare e condurre una ricerca sui problemi sociali che gli utenti psichiatrici incontrano nella loro vita quotidiana. Ne è nato un libro dal titolo “CERCAVAMO IL SENSO... Viaggio nel mondo del disagio mentale”, che descrive la ricerca in tutte le sue fasi e la inserisce nella storia del Gruppo.

Un'area intermedia: self help e famiglie

Gaetano Pinto

Dipartimento Salute Mentale ASL Salerno

Il lavoro con le famiglie ha permesso di rilevare che nei colloqui emergevano difficoltà comuni collegate a vissuti di solitudine, di isolamento, di fallimento nel proprio ruolo genitoriale, ad un malessere provocato dalla limitazione degli spazi esistenziali e di relazione, a vergogna, a profondi sensi di colpa.

Altra esigenza comune era quella di ricevere informazioni più approfondite sul disturbo schizofrenico e su come affrontarlo.

Abbiamo costituito gruppi multifamiliari, che nelle nostre intenzioni, dovevano offrire ai familiari, la cui età media era piuttosto elevata, un modo per affrontare queste difficoltà e a noi la possibilità di riflettere in merito ad un uso più appropriato delle risorse esistenti, sia quelle del Servizio, che quelle dei contesti di vita dei pazienti e dei nuclei familiari.

Abbiamo cercato di condividere tale visione con la maggior parte degli operatori del servizio perché un gruppo di familiari organizzato su queste basi può funzionare solo se trova rispondenza nella cultura e nella organizzazione del Servizio stesso. Siamo convinti che un'attività di gruppo che cerchi di dare risposta al carico emotivo di familiari di utenti con patologia grave non può essere organizzata come attività a sé stante, perché ha possibilità di successo soltanto se riesce ad inserirsi in modo coerente nelle attività degli specifici progetti terapeutici.

Autoaiuto, recovery e valutazione nel Dipartimento di Salute Mentale della ASL BAT

Antonella Di Noia, Maria Rosaria Marinelli, Giuseppe Saccotelli, Domenico Audino

Dipartimento di Salute Mentale ASL Barletta-Andria-Trani

La realtà dell'Auto-mutuo-aiuto sta ampliandosi sempre più nei percorsi di cura della Salute Mentale conducendo allo sviluppo delle reti sociali cosiddette “secondarie informali”. Queste sono formate dai gruppi che si avviano e si sviluppano per fronteggiare alcuni bisogni spontanei degli individui, tali bisogni ottengono risposte attraverso scambi di sostegno e servizi reciproci che si manifestano come forme di solidarietà. Il collegamento tra queste modalità di relazioni nei gruppi A.M.A. e il concetto di “recovery” è molto evidente: la persona che soffre, parte dalla propria esperienza di malattia e si incammina verso un processo di responsabilità di sé, diventando protagonista della sua storia, influenzando scelte di cura o non cura, di riabilitazione, di partecipazione alla vita sociale e quindi di inclusione storica del proprio esistere.

■ C.2 SIMPOSIO: Gli interventi ed i progetti in Riabilitazione dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica - Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale

Edificio 11, Aula D2.29

Moderatori: Donatella Ussorio, Alessandra Cavicchio

“Segni particolari”: 10 anni dall’inserimento dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica nel Dipartimento di Salute Mentale di Messina

Roberta Famulari

Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Messina

L’autore nel corso di questa relazione illustrerà come è avvenuto l’inserimento dei Tecnici della riabilitazione psichiatrica, una opportunità nuova all’interno del Dipartimento di Salute Mentale, il confronto con gli altri operatori dell’equipe e la possibilità di intraprendere percorsi specifici in ambito riabilitativo. Il lavoro dei TeRP nel corso di questo primo decennio (2000-2010) si è diversificato in base ai bisogni ed alle esigenze derivanti dal rinnovamento culturale che stava investendo il DSM a livello organizzativo-gestionale, lasciandosi definitivamente alle spalle l’esperienza manicomiale, senza dimenticarla, e avendo nel proprio territorio di competenza un’altra istituzione totale: l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Alcuni dei “Segni Particolari” di questo cambiamento sono rappresentati dal: Progetto “Casa Nostra” che ha visto nascere le St.A.R. – Strutture Abitative-Riabilitative; dal progetto territoriale di Presa in Carico Intensiva rivolto ai “pazienti gravi a rischio di deriva sociale”; dall’impiego di gruppi di lavoro finalizzati allo studio e costruzione di un Protocollo di Assessment per la riabilitazione, con la costituzione della “Cartella Riabilitativa”; dalla promozione di interventi di riabilitazione e integrazione sociale a carattere sportivo come il Progetto “Matti per la Vela”, dai progetti di inserimento lavorativo, dall’esperienza del laboratorio di scrittura creativa ad indirizzo narrativo vissuta insieme

da un gruppo formato da pazienti e operatori. All’interno del laboratorio di scrittura, le coordinate della narrazione: relazione–spazio-tempo, al tempo stesso elementi cardine di ogni processo riabilitativo, hanno preso forma nelle pagine del libro dal titolo “Segni Particolari”, che raccoglie le narrazioni di ogni partecipante, che ha saputo mettersi in gioco sul piano emotivo, al di fuori dei propri ruoli istituzionali, verso quella che è la conoscenza di sé.

Realizzazione di un programma psicoeducazionale per gli ospiti di una struttura residenziale della provincia di Bari per sviluppare una maggiore aderenza al trattamento farmacologico

Giuseppe Lepore

Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Bari

I soggetti affetti da disturbi psichiatrici presentano alla base della loro patologia disfunzioni di tipo organico, fisiologico e neurochimico; per questo necessitano in genere di una terapia farmacologica che si protrae per lunghi periodi e nella maggior parte dei casi non viene mai abbandonata, costituendo fondamento imprescindibile al loro vivere quotidiano.

In ambito psichiatrico, promuovere un più alto grado di aderenza al trattamento anche con l’utilizzo di nuovi psicofarmaci continua a costituire uno dei problemi clinici più rilevanti, specialmente nel trattamento a lungo termine dei pazienti psichiatrici gravi.

La mancata compliance al trattamento si ripercuote sia in ambito clinico sia in ambito sociale.

Nel programma realizzato si sono date informazioni circa la natura, lo sviluppo e i segni dei disturbi psichici, si è data la giusta importanza alla capacità di individuare e comunicare al personale della struttura residenziale gli eventuali effetti collaterali derivanti dai farmaci e si sono informati gli ospiti a riconoscere tempestivamente eventuali sintomi prodromici caratteristici di uno stato di scompenso.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: quali interventi e quali obiettivi per il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica?

Alessandra Cavicchio

Dipartimento di Scienze della Salute, Università L'Aquila

L'Autore discute la necessità di erogare interventi riabilitativi "precoci" in setting poco tradizionali per la riabilitazione, quali il SPDC.

La figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nel sistema lombardo. Tra pubblico e privato, esperienze a confronto.

Piera Morosi*, Laura Pezzenati**, Enrico Cavalli***

Ala Milano Onlus; **A.O. Niguarda Cà Granda; *Ospedale San Raffaele-Turro Milano*

Negli ultimi 20 anni la Lombardia ha strutturato sempre più il proprio sistema sanitario sul confronto "paritario" tra servizio pubblico e privato accreditato. La psichiatria, pur partendo da un quasi esclusivo ambito pubblico (salvo rare eccezioni), ha iniziato il suo percorso di "privatizzazione" dapprima con un passaggio dalla gestione delle ASL alle Aziende Ospedaliere e poi con un sempre maggiore ricorso ad esternalizzazioni di strutture (appaltate principalmente a cooperative) e servizi (cooperative di lavoro, agenzie di lavoro interinale...).

In questo crescente decentramento dell'offerta di cura e riabilitazione dal Dipartimento di Salute Mentale (che ne dovrebbe rappresentare il fulcro), appare sempre più evidente la confusione e la poca organicità

degli interventi che mettono a rischio il percorso e il progetto riabilitativo.

Il Terp in questo sistema si trova "costretto" tra la gestione delle ristrette "economie aziendali" e la gestione degli utenti con le loro difficoltà e i loro tempi interni. Il lavoro del riabilitatore psichiatrico deve risultare così molto duttile e variabile a seconda dell'azienda in cui è impiegato, dovendosi poi districare tra progetti urbani, progetti aziendali, pubblici o privati, confronti col privato sociale, servizi per l'inserimento lavorativo provinciali, comunali o appaltati al mondo cooperativo.

Attraverso le esperienze raccontate dai Terp, che rappresentano uno spaccato significativo della riabilitazione psichiatrica lombarda (sistema pubblico, privato accreditato, privato sociale/interventi libero-professionali), oltre che attraverso alcune 'linee guida' di buona pratica riabilitativa, si vedrà come l'alta specializzazione e la professionalità acquisita, rischi di perdersi o di essere poco efficace, a causa della scarsa integrazione ed organicità dei servizi e tra i servizi.

Gli interventi riabilitativi tra buona pratica e gestione dei costi: utopia o necessità?

Laura Bernabei

Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Roma

Gli interventi riabilitativi riguardano la persona nella sua complessità ed interezza. E' ormai ampiamente condiviso che l'approccio al paziente affetto da una grave patologia psichica richiede interventi integrati, multidisciplinari erogati in tempi e luoghi definiti. In questa ottica, superato quel periodo sperimentale, nel quale tutto poteva essere in qualche modo letto in chiave terapeutico-riabilitativa, si definiscono precise aree di intervento con strumenti dedicati, valutazioni standardizzate e operatori sempre più preparati e professionalmente qualificati.

Tutto questo ha un costo sia in termini di ridefinizione delle competenze specifiche degli operatori che in quelli economici.

Conciliare la buona pratica clinica ed i costi non è impossibile. Alcuni protocolli di trattamento come quelli adottati in Australia, (McGorry, Mihalopolus) ad esempio, sono la prova che è

possibile conciliare un contenimento dei costi con dei risultati confortanti.

La vera sfida appare oggi quella di riuscire a far convergere le necessità di un controllo della spesa sanitaria con buoni esiti dei trattamenti.

La formazione del personale, gli strumenti, i luoghi, la valutazione degli esiti sono alcune delle variabili con le quali si deve misurare chi sarà impegnato nel trattamento dei pazienti psicotici.

Non è più possibile la proposta di interventi autoreferenziali e di scarsa solidità scientifica.

La relazione si propone di fornire una revisione della letteratura scientifica riguardo ai modelli più accreditati di trattamento integrato dei pazienti affetti da grave patologia psichiatrica con particolare attenzione all'analisi dei costi e dei risultati ottenuti.

Gli interventi del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica in un Servizio per il Monitoraggio e l'Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani (SMILE)

Donatella Ussorio, Roberta Orteni

Dipartimento di Scienze della Salute, Università L'Aquila

I relatori illustreranno le attività riabilitative svolte dal Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica all'interno del Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani (S.M.I.L.E.).

Verranno anche illustrati gli interventi valutativi e psicoeducativi rivolti ai familiari dei giovani utenti afferenti al Servizio. Tali interventi sono finalizzati ad aiutare i familiari a comprendere le caratteristiche del disagio, i bisogni ed i sintomi presentati dai giovani utenti. I familiari, inoltre, sono aiutati a capire ed affrontare meglio i problemi, ad affrontare situazioni e momenti di stress ed a gestire in modo più attivo e consapevole il disturbo di cui soffrono i loro figli.

■ C.3 SIMPOSIO SIRP Abruzzo – Molise - L’impatto delle catastrofi e la salute mentale

Edificio 11, Aula D2.30

Moderatori: Massimo Casacchia, Sergio Tartaglione

Il ruolo del Dipartimento di Salute Mentale dell’Aquila nella gestione dell’emergenza del 6 aprile 2009

Vittorio Sconci

Dipartimento di Salute Mentale L’Aquila

L'emergenza pone di per sé una serie di problemi che non facendo parte delle abitudini quotidiane mettono a dura prova la capacità di adeguamento non solo delle singole persone, ma soprattutto delle strutture organizzative del Dipartimento di Psichiatria. Di fatto bisogna rispondere subito a bisogni emergenti senza disporre di quanto necessario e di quanto sia indispensabile anche nelle condizioni di normalità. Una difficoltà nella difficoltà esplosa senza preavviso e calata in un contesto martoriato sia sotto il profilo morale che materiale. Nella prima fase è stata determinante la presa di coscienza dell'accaduto e la consapevolezza di dover intervenire subito con il maggior numero di persone possibili. Si parla di persone già provate da perdite che riescano ad individuare nel lavoro un mezzo, non il solo, per riconquistare una soggettività diversa ma indispensabile per superare un momento irripetibile nella sua immensità. Subito dopo nasce la consapevolezza di non potercela fare da soli. Emerge così un bisogno inconsapevole di solidarietà che coinvolge tante persone che però sono alla ricerca di punti di riferimento organizzativi dove poter proiettare una serie infinita di comportamenti molto importanti emotivamente ma con poca spinta razionale. La risposta indispensabile è saper dare certezze laddove dominano la confusione e l'angoscia. La parola d'ordine è stata: ricostituire subito i servizi ripartendo dalle tende. Dopo le tende i container e dopo i container il ritorno nei

servizi ristrutturati. Un percorso velocissimo e gratificante per noi operatori che ci siamo sempre tutti sentiti protagonisti di un percorso condiviso senza lasciare nulla al caso e senza mai abbandonare il desiderio di andare avanti.

Progetto “Ambiente Terra. Ambiente Bambino”. Dall’analisi alla cura del disagio post-traumatico: un sostegno per la popolazione minorile di L’Aquila

Enzo Sechi, Lorena Mattei

Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi dell’Aquila

L’intervento è finalizzato alla presentazione del progetto “Ambiente terra. Ambiente bambino”, gestito in convenzione dall’Università degli Studi di L’Aquila, Cattedra di Neuropsichiatria Infantile e dal Dipartimento Nazionale della Protezione Civile. Il programma ha l’obiettivo di valutare, curare e monitorare gli stati, i disagi e/o i disturbi psicologici e psichiatrici scaturiti dall’esposizione dei minori agli eventi catastrofici, con particolare attenzione alle manifestazioni cliniche del PTSD - Post Traumatic Stress Disorder (DSM IV-TR). Il progetto, impostato su una metodologia clinico-diagnostico-terapeutica e formativo-socializzante, si occupa inoltre dello studio degli aspetti demotnoantropologici ed ambientali del territorio preso in esame, in considerazione del fatto che le reazioni post-traumatiche dei soggetti in età evolutiva sono derivanti sia dai processi maturativi del bambino che dal contesto socio-culturale, familiare ed ambientale in cui esso vive.

Verranno presentati i primi dati epidemiologici emersi nel 1° anno di lavoro che saranno discussi alla luce delle conoscenze relative al trauma in età evolutiva.

Il ruolo del Centro di Salute Mentale nell'emergenza di San Giuliano di Puglia

Angelo Malinconico

Centro di Salute Mentale, Dipartimento di Salute Mentale Termoli

Nella relazione viene illustrata un'esperienza fatta sul campo da un'equipe multidisciplinare di un Centro di Salute Mentale che, a causa del sisma di San Giuliano di Puglia (31 ottobre 2002), si è trovata catapultata in una realtà operativa totalmente diversa da quella abituale e si è dovuta confrontare con l'emersione di bisogni nuovi e variegati, nonché con partners dai modelli teorico-operativi persino conflittuali.

Viene fatta una breve descrizione del contesto; vengono inoltre illustrati gli aspetti diacronici dell'esperienza e, principalmente, i tentativi che nel corso degli anni sono stati messi in atto al fine di ridurre le naturali tendenze alla parcellizzazione degli interventi.

Si propongono, infine, le strategie intraprese per incardinare l'operatività del Centro di Salute Mentale in un contesto i cui bisogni variano continuamente, ancora dopo 8 anni, con ponderose variabili extracliniche.

Formazione clinica e problemi medico-legali in psicotraumatologia

Francesco Valeriani

Presidente della Società per la formazione in Psichiatria

In psicotraumatologia è fondamentale una formazione clinica che non risulti appiattita su schematismi nosografici, di per sé riduttivi. Le metodologie descrittive devono essere adeguatamente integrate specialmente dai contributi fondamentali della psicopatologia comprensiva, utili non solo alla disamina clinica, ma anche alla valutazione medico-legale. Con tali risorse formative possono essere affrontati problemi assistenziali complessi in termini di multiforità diagnostica, clinica, terapeutico-assistenziale e medico-legale.

Con specifico riferimento a quest'ultima problematica è importante anche la capacità da

parte dello psichiatra di valutare i nessi di causalità-concausalità e le conseguenze dell'evento traumatico in una logica che non sia appiattita su rigidi e tradizionali schemi medico-legali. Un'adeguata formazione psicopatologica rappresenta un'utile risorsa, in questo specifico e complesso ambito, non solo per lo psichiatra ma anche per la persona da valutare, che si avvantaggia della maggiore comprensione antropologica, clinica e medico-legale del suo specifico vissuto. Questo è considerabile quale valore aggiunto che lo psichiatra può assicurare nello stesso ambito forense. In termini clinico-assistenziali un'adeguata formazione gli consente inoltre di individuare e monitorare variabili nosodromiche, problematiche di comorbidità e fattori di rischio, contribuendo alla migliore gestione organizzativa anche delle altre risorse professionali coinvolte.

"Disaster Recovery", misure tecnologiche per ripristinare sistemi, dati e infrastrutture necessarie all'erogazione di servizi per la salute mentale a fronte di gravi emergenze

Ferdinando De Marco

Direttore DSM Az. ULSS Fr/3, Frosinone, Consigliere Onorario SIRP

Per Disaster Recovery (brevemente DR) si intende l'insieme di misure tecnologiche atte a ripristinare sistemi, dati e infrastrutture necessarie all'erogazione di servizi di business a fronte di gravi emergenze.

Il Disaster Recovery Plan (DRP) (in italiano, Piano di Disaster Recovery) è il documento che esplicita tali misure. Esso fa parte del più ampio Business Continuity Plan (BCP).

Affinché una organizzazione possa rispondere in maniera efficiente ad una situazione di emergenza, devono essere analizzati: i possibili livelli di disastro; la criticità dei sistemi/applicazioni.

Per una corretta applicazione del piano, i sistemi devono essere classificati secondo le seguenti definizioni:

Critici. Le relative funzioni non possono essere eseguite senza essere sostituite da strumenti (mezzi) di caratteristiche identiche. Le applicazioni critiche non possono essere

sostituite con metodi manuali. La tolleranza in caso di interruzione è molto bassa, di conseguenza il costo di una interruzione è molto alto.

Vitali. Le relative funzioni possono essere svolte manualmente, ma solo per un breve periodo di tempo. Vi è una maggiore tolleranza all'interruzione rispetto a quella prevista per i sistemi critici, conseguentemente il costo di una interruzione è inferiore, anche perché queste funzioni possono essere riattivate entro un breve intervallo di tempo (generalmente entro cinque giorni).

Delicati. Queste funzioni possono essere svolte manualmente, a costi tollerabili, per un lungo periodo di tempo. Benché queste funzioni possano essere eseguite manualmente, il loro svolgimento risulta comunque difficoltoso e richiede l'impiego di un numero di persone superiore a quello normalmente previsto in condizioni normali.

Non-critici. Le relative funzioni possono rimanere interrotte per un lungo periodo di tempo, con un modesto, o nullo, costo per

l'azienda, e si richiede un limitato (o nullo) sforzo di ripartenza quando il sistema viene ripristinato.

Le procedure applicative, il software di sistema ed i file che sono stati classificati e documentati come critici, devono essere ripristinati prioritariamente. Applicazioni, software e file classificati come critici hanno una tolleranza molto bassa alle interruzioni. La criticità di applicazioni, software di sistema e dati, deve essere valutata in funzione del periodo dell'anno in cui il disastro può accadere. Un piano d'emergenza deve prevedere il ripristino di tutte le funzioni aziendali e non solo il servizio ICT centrale. Per la definizione del DRP devono essere valutate le strategie di ripristino più opportune su: siti alternativi, metodi di back up, sostituzione degli equipaggiamenti e ruoli e responsabilità dei team. La prolungata indisponibilità del servizio elaborativo derivante in particolare situazione di disastro, e quindi dei servizi primari, rende necessario l'utilizzo di una strategia di ripristino in sito alternativo.

■ C.4 SIMPOSIO SIRP Marche – Viaggio verso la realizzazione del diritto di cittadinanza

Edificio 11, Aula D4.2

Moderatori: Emilia Alfonsi, Massimo Mari

Lo strumento grupppale nell'istituzione Marchigiana

Maria Grazia Giorgi***, Lorena Mancini***, Laura Pelliccetti^{ooo}, Alessia Scipioni^{ooo}, Igor Pontalti**, Alessandro Carano**, Fabiana Faiella**, Patrizia Iacopini^{oo}, Stefano Polimanti^{oo}, Maria Rosa Squillacioti §, Giorgio Mariani*, Andrea Martini^o

Direttore DSM Ascoli Piceno, **psichiatra DSM Ascoli Piceno, *Psicologo DSM Ascoli Piceno*

^oDirettore DSM Fermo, ^{oo}psichiatra DSM Fermo, ^{ooo}psicologo DSM Fermo, §psichiatra DSM Pesaro

L'esigenza di privilegiare trattamenti di provata efficacia e, a parità di effectiveness, il trattamento più efficiente in termini di costi/benefici, ha portato in questi ultimi anni ad uno sviluppo crescente delle psicoterapie di gruppo in alcuni Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Nella nostra regione, ricalcando l'ambito nazionale, l'approccio alle diverse forme di terapie grupppali appare distribuita in maniera disomogenea ma con punti di assoluta eccellenza per qualità, competenza e congruenza degli interventi.

Al fine di implementare la nostra possibilità di 'pensare' e gestire le pratiche grupppali in un ambito istituzionale allargato, in un ottica integrata che guardi al di là del modello di riferimento e/o della tecnica utilizzata, abbiamo cercato di privilegiare il discorso di una epistemologia grupppale.

E quindi, implicitamente, partendo da criteri e strumenti osservativi, abbiamo registrato gli interventi effettuati in ambito grupppale in 6 DSM marchigiani (Ascoli Piceno, Ancona, Macerata, Iesi, Fano e Fermo): gli esiti ed i dati preliminari della nostra osservazione verranno esaminati nel corso della relazione.

Casa dolce casa: viaggio nell'abitare

Assunta Lombardi

Psicologa ASUR Zona 7 Dipartimento di Salute Mentale Ancona

Questo lavoro parte dalla considerazione di come sia cambiato dalla legge 180 ad oggi il concetto dell'abitare. L'autrice riflette come sia emerso sempre di più la necessità per gli operatori di passare da un' atteggiamento di tipo assistenzialista ad un o riabilitativo in cui la casa acquista il significato della conquista dell'autonomia , dell'essere sempre di più cittadino portatore di diritti e di doveri. Si illustra quindi la storia del DSM di Ancona ed in particolare il viaggio nell'abitare ed il lavoro di "ristrutturazione " condotto all'interno del gruppo del Centro di Salute Mentale di Falconara Marittima dove la casa è stato uno dei primi strumenti di cura per l'uscita dal circuito dell'Ospedale Psichiatrico.

Il lavoro un'utopia possibile nella salute mentale. Dalle parole ai fatti.

Stefano Defendi*, Emilia Alfonsi**

**Sociologo Progetto "La rete del Sollievo", Osimo, **Psichiatra DSM Ancona*

E' da lungo tempo consolidata l'idea, sia nella letteratura scientifica che nella pratica quotidiana, di quanto il lavoro per i pazienti affetti da patologia psichiatrica sia importante nella riabilitazione psicosociale per una re-inclusione nel tessuto di riferimento e nel sostegno alla cura. Il lavoro diventa "strumento di empowerment" e quindi di diritto sostanziale di cittadinanza nel momento in cui la persona, su cui viene progettato un inserimento, abbia la possibilità di esprimere al meglio le proprie

capacità in un contesto di “lavoro possibile” ed arrivare ad essere percepito come un lavoratore con un ruolo specifico e non come un “malato mentale” con bisogno di cura ed assistenza.

Contrariamente all’importanza che il lavoro assume nella riabilitazione psicosociale, ad oggi sono poche le ricerche che mettano al corrente concretamente sui risultati e sull’efficacia delle metodologie di inserimento lavorativo di persone affette da patologia psichiatrica.

Uno studio approfondito condotto nella Regione Marche ha dato inizio ad azioni volte ad indagare il fenomeno degli inserimenti lavorativi progettati presso i DSM per cercare di colmare questa mancata conoscenza. L’obiettivo principale dello stesso è stato quella di acquisire informazioni relative alla formazione ed alla riqualificazione professionale inerenti l’inserimento lavorativo di persone con patologia psichiatrica.

La ricerca in oggetto è stata effettuata in 12 DSM su 13 a cui afferiscono totalmente 16512 pazienti sopra i 18 anni. Nel biennio 2006/2008 sul totale dei progetti di inserimento lavorativo, il 31.2% ha avuto come obiettivo l’assunzione regolare nel comparto produttivo. Di quest’ultima percentuale i progetti che hanno raggiunto l’obiettivo prefissato sono il 24%.

Lo studio è facente parte di una ricerca su base nazionale dove il Ministero della Sanità ha assegnato la gestione ed il coordinamento del progetto alla Regione Friuli Venezia Giulia (Azienda Servizi Sanitari n° 1 Triestina) che ha provveduto a rendere partecipe tutte le Regioni Italiane e le due Province autonome attraverso la costituzione di “Unità Operative” esterne.

Il diritto di esistere

Massimo Mari

Direttore Dipartimento di Salute Mentale ASUR Zona 5 Jesi

“In ciò che ci spaventa c’è sempre qualcosa di strettamente connesso con il nostro desiderio”.

Un invito anche visivo a guardare oltre, oltre le paure e oltre la diffidenza, oltre lo stigma della malattia mentale. Proprio questo è l’obiettivo della rassegna “Malati di niente”, promossa dal Dipartimento di Salute Mentale, dalla ASUR 5,

62

dal Comune di Jesi e dalla Cooss Marche con il patrocinio della Regione Marche. Un percorso dentro la malattia mentale, che ha compiuto quest’anno i suoi dieci anni di attività. Essa ha come obiettivi valorizzare la diversità e l’intervento sociale sul territorio; attivare un lavoro di rete con l’associazionismo sociale e culturale, le istituzioni, le strutture del servizio psichiatrico, il volontariato e il mondo della cooperazione; promuovere una riflessione e una battaglia con lo stigma, il pregiudizio e il tentativo di revisionare la Legge 180 con la riproposizione di una logica di segregazione manicomiale”. L’autore fa un’analisi critica su questi dieci anni d’attività riflettendo su cosa c’è ancora da fare , sui pregi e sui difetti del lavoro compiuto e su come quest’esperienza di best practice dovrebbe essere valorizzata per diventare un modo comune di confronto con i cittadini del proprio territorio.

Dalla psicoeducazione all’informazione: la storia di un cammino

Emilia Alfonsi*, Gabriele Guglielmi**, Sabina Monachesi***, Monia Rossin***

Segretario Regionale SIRP Marche, Dirigente medico DSM ASUR Zona 7 Ancona, responsabile progetto “Rete del Sollievo” Osimo; **Regista documentarista, *Psicologa*

I disturbi bipolari rappresentano la sesta causa d’inabilità lavorativa nel mondo e a causa della loro gravità comportano una considerevole spesa economica e sociale sia diretta-(ricoveri ospedaliera, utilizzo di farmaci, utilizzo dei servizi e delle risorse della sanità) sia indiretta (costanti cali lavorativi, perdita di produttività, pensionamenti, ricorsi a risorse assistenziali etc..). Soffrire però di malattie della sfera psichica è ancora una malattia che genera sofferenza ed isolamento sia di colui che si ammala che della sua famiglia, soprattutto per il pregiudizio della realtà circostante. “La follia” genera ancora la paura del contagio. E’ molto importante quindi agire sulla conoscenza della malattia ed è importante che non venga ascoltata solo la parola degli esperti ma anche di coloro che ne soffrono perché con la loro testimonianza possono riuscire a far

comprendere l'importanza della cura non più solo farmacoterapica.

Gli autori illustrano il risultato del lavoro condotto su di un gruppo di pazienti bipolari utilizzando il metodo psicoeducativo secondo Vietà e Colom. Viene confermato il valore e l'efficacia della psicoeducazione nella prevenzione delle ricadute nel disturbo bipolare. Si illustra inoltre come il riuscire a comprendere la malattia, il significato dei sintomi e la capacità di convivere con la

malattia, ha significato per i pazienti aderenti al programma, il riuscire a prendere coscienza anche dei propri diritti di cittadino ed il dovere dell'informazione sulla propria malattia non più rivolto solo a se stessi o ai propri familiari ma soprattutto alla cittadinanza. Da questo ne è nato una spettacolo, un video e una pubblicazione informativa.

■ C. 5 SIMPOSIO L'Università e le professioni della riabilitazione psicosociale

Edificio 11, Aula D4.4

Moderatori: Rita Roncone, Luigi Frati

Numero programmato: come, quanti e perchè

Angelo Mastrillo

Osservatorio Conferenza Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie

La formazione professionale delle professioni sanitarie è stata oggetto di vari interventi normativi a partire dagli anni '70, con sistema misto universitario e ospedaliero-regionale, che, a partire dal 1990, si avviò verso il canale unico universitario (L. 341/90 e D.Lvo 502/92) con l'istituzione dei Diplomi Universitari.

Dopo la definizione di 22 distinti Profili professionali fra gli anni 1994-98 vennero attivati altrettanti corsi di studio, che nel 2001 furono trasformati in Laurea triennale.

L'accesso ai corsi avviene a numero programmato.

Come

Al fine di stabilire il fabbisogno formativo, a partire dal 1996 il Ministero della Salute avvia a fine anno la consultazione delle Regioni e delle 22 Categorie. A seguire ed entro giugno il Ministero dell'Università definisce la ripartizione dei posti fra i vari Atenei, tenendo conto sia del potenziale formativo dichiarato dai vari Corsi che del parere di un apposito tavolo tecnico consultivo. All'inizio di luglio emana il Decreto che dà il via alle Università per l'indizione di bandi ammissione, il cui esame si espleta a settembre.

Quanti

La determinazione dei posti viene fatta prevalentemente sul calcolo del fabbisogno derivante dalla presenza di oltre 560mila operatori fra i 22 profili, ovvero della media del 4% di turnover per circa 24mila posti: Ma tale dato rappresenta la media rispetto ad alcune differenziazioni rilevanti che caratterizzano alcune professioni. Emerge un carente offerta

formativa per Infermiere, con circa 15mila posti all'anno rispetto al fabbisogno calcolato di 20mila. Mentre c'è abbastanza coerenza sulle 9 professioni della Riabilitazione in cui rispetto ai circa 85mila operatori l'offerta formativa è di circa 5mila posti, corrispondenti al 6% di turnover

Perchè

Per garantire un adeguato livello formativo, nel 1992 vennero stabiliti vincoli per il rispetto dei requisiti minimi individuati nel 1997, tali da determinare il fabbisogno formativo nazionale e regionale per ognuna delle 22 professioni. La definizione del fabbisogno formativo viene inoltre collegata al fabbisogno occupazionale che ogni anno viene determinato dalla Regioni con il Ministero della Salute, che si avvale anche della consultazione dei Collegi e delle Associazioni delle professioni sanitarie

Problematiche nella formazione dell'Educatore Professionale

Diana De Ronchi

Presidente CL in Educazione Professionale, Commissione Nazionale Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, Professore Ordinario di Psichiatria, Università degli Studi Bologna

L'autore riporta le principali tematiche relative al lavoro in riabilitazione psichiatrica dell'educatore professionale, quale operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali un un contesto di

partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà.

L'Autore analizza e discute le attività specifiche dell'educatore professionale riportate nel profilo professionale:

- a) programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli più avanzati di autonomia;
- b) contribuisce a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato;
- c) programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi socio sanitari e strutture socio sanitarie riabilitative e socio educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività;
- d) opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità;
- e) partecipa ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati.

L'Autore commenta i setting di intervento dell'educatore professionale che svolge la sua attività professionale, nell'ambito delle proprie competenze, in strutture e servizi socio sanitari e socio educativi pubblici o privati, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali in regime di dipendenza o libero professionale.

Problematiche nella formazione del Terapista Occupazionale

Ingela Johnson

Presidente CL in Terapista Occupazionale, Commissione Nazionale Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, Università di Milano, Sede Didattica Fondazione Don Gnocchi, Milano

L'autore riporta le principali tematiche relative al lavoro in riabilitazione psichiatrica del terapista occupazionale, quale operatore

sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, opera nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici, psichici sia con disabilità temporanee che permanenti, utilizzando attività espressive, manuali - rappresentative, ludiche, della vita quotidiane.

L'Autore analizza e discute le attività specifiche del terapista occupazionale riportate nel profilo professionale:

2. il terapista occupazionale, in riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze ed in collaborazione con altre figure socio-sanitarie:

- a) effettua una valutazione funzionale e psicologica del soggetto ed elabora, anche in équipe multi disciplinare la definizione del programma riabilitativo, volto all'individuazione ed al superamento dei bisogni del disabile ed al suo avviamento verso l'autonomia personale nell'ambiente di vita quotidiana e nel tessuto sociale;
- b) tratta condizioni fisiche, psichiche e psichiatriche, temporanee o permanenti, rivolgendosi a pazienti di tutte le età; utilizza attività sia individuali che di gruppo, promuovendo il recupero e l'uso ottimale di funzioni finalizzate al reinserimento, all'adattamento e alla integrazione dell'individuo nel proprio ambiente personale, domestico e sociale;
- c) individua ed esalta gli aspetti motivazionali e le potenzialità di adattamento – dell'individuo, proprie della specificità terapeutica occupazionale;
- d) partecipa alla scelta e all'ideazione di protesi congiuntamente o in alternativa a specifici ausili;
- e) propone, ove necessario, modifiche dell'ambiente di vita e promuove azioni educative verso il soggetto in trattamento, verso la famiglia e la collettività;
- f) verifica le risposdenze tra la metodologia riabilitativa attuata e gli obiettivi di recupero.

L'Autore commenta i setting di intervento del terapista occupazionale, che svolge la sua attività professionale in strutture socio-sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero professionale.

Problematiche nella formazione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

Rita Roncone*, Donatella Ussorio**

Presidente e Vice-Presidente** CL in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica - Commissione Nazionale Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie*

Gli Autori riportano le principali tematiche relative al lavoro in riabilitazione psichiatrica del Tecnico della riabilitazione psichiatrica, quale operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica.

Gli Autori analizzano e discutono le attività specifiche del tecnico della riabilitazione psichiatrica, riportate nel profilo professionale:

- a) collabora alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto, analizza bisogni e istanze evolutive e rileva le risorse del contesto familiare e socioambientale;
- b) collabora all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psichiatrica nonché alla formulazione dello specifico programma di intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento;
- c) attua interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di sé e alle relazioni interpersonali di varia complessità nonché, ove possibile, ad un'attività lavorativa;
- d) opera nel contesto della prevenzione primaria sul territorio, al fine di promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete, per favorire l'accoglienza e la gestione delle situazioni a rischio e delle patologie manifestate
- e) opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti, allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità;
- f) collabora alla valutazione degli esiti del programma di abilitazione e riabilitazione nei singoli soggetti, in relazione agli obiettivi prefissati.

Gli Autori commentano i setting di intervento del tecnico della riabilitazione psichiatrica, che svolge la sua attività professionale in strutture

e servizi sanitari pubblici o privati in regime di dipendenza o libero professionale.

Le sfide degli ordinamenti didattici della riabilitazione

Donatella Valente

Segretario Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, Professore Associato Scienze Infermieristiche e tecniche neuropsichiatriche e riabilitative, Università Roma "La Sapienza"

La riforma dell'architettura didattica dei corsi di studio universitari, sia nella prima fase del 1999-2001, che nella nuova applicazione derivante dal decreto ministeriale 270/04 e dai conseguenti decreti 16 marzo 2007 sulle classi delle lauree e delle lauree magistrali (pubblicati sui SS.O. alle GG.UU. n. 155 del 6 luglio 2007 e n. 157 del 9 luglio 2007), si fonda sulla piena realizzazione dell'autonomia didattica delle Università, che ne è al tempo stesso obiettivo e criterio di valutazione, relativamente ai risultati.

Il successo sarà conseguito se nel tempo si affermerà l'autonomia degli atenei nel proporre la propria offerta formativa agli studenti e al mondo del lavoro e, contemporaneamente, si sarà in grado di valutare la positività o la negatività dei risultati raggiunti in termini di qualità della formazione impartita ai laureati. Le innovazioni attese si collocano nel quadro di un netto aumento degli spazi di autonomia nella progettazione dei curricula. La nuova progettazione dei corsi di studio, che impegnerà il periodo 2008 – 2010, rappresenta un passaggio e un ulteriore avanzamento verso un sistema più libero e meno burocratizzato, dove le regole riguardanti le tabelle nazionali delle "classi", con gli elenchi di settori scientifico-disciplinari e di attività formative potranno essere in futuro superate. L'Autore discute la ridefinizione dell'offerta formativa, iniziata con l'anno accademico 2008-2009 e che dovrà essere completata entro l'anno accademico 2010-2011, in relazione ai corsi di laurea delle professioni sanitarie con particolare riferimento alle professioni della riabilitazione.

La sfida vincente delle professioni sanitarie

Luigi Frati

*Rettore Università "La Sapienza" Roma,
Presidente Conferenza Permanente delle Classi
di Laurea delle Professioni Sanitarie*

La formazione universitaria delle professioni sanitarie rappresenta il risultato di una propria e vera rivoluzione politica e sociale nel nostro paese che ha permesso di elevare le professioni sanitarie da arti ausiliarie a professioni autonome in grado di gestire la presa in carico del paziente per il progetto assistenziale e terapeutico in modo autonomo e responsabile sia all'interno delle strutture ospedaliere, nei servizi di assistenza residenziali e territoriali e a domicilio.

Tale scelta sulle professioni sanitarie è stata la logica conseguenza dell'azione riformatrice che il nostro paese ha realizzato nella sanità, "rivoluzione copernicana" fra le migliori al mondo e unica nel risultato finale, sostituendo il fine ultimo della cura della malattia con l'obiettivo di salute globale del cittadino e il concetto servizio (inteso come struttura fisica) con quello di sistema sanitario. Queste due novità hanno caratterizzato una delle riforme storiche della sanità nel mondo, la Legge 833 del 1978, successivamente innovata e attualizzata con la riforma della sanità Ter: il D.lgs 229 del 1999.

Per realizzare gli obiettivi delle "grandi riforme sanitarie" occorre spostare l'attenzione politica, gestionale, organizzativa e i relativi investimenti economici e professionali dall'aspetto esclusivamente della diagnosi clinica e della cura medica a tutti gli altri aspetti correlati e altrettanto essenziali: l'assistenza, la

prevenzione, la riabilitazione, gli ambiti di supporto sociale e psicologico ecc...

Per questa ragione il sistema si decentra sul territorio e la prevenzione e la riabilitazione diventano obiettivi primari, insieme all'integrazione fra sociale e sanitario.

In queste azioni e obiettivi di salute la centralità del ruolo del medico si completa con quella di altri professionisti che nella loro autonomia professionale realizzano la loro parte della presa in carico del paziente e permettono di raggiungere tutti gli obiettivi del progetto unico di salute globale del cittadino.

In questo percorso riformatore, più che mai attuale ed invidiato a livello mondiale, sono da inserire le scelte riformatrici in ambito di evoluzione delle professioni sanitarie realizzate dal legislatore, quali scelte irrinunciabili e non rinviabili per la completa realizzazione degli obiettivi innovativi del sistema sanitario nel nostro paese.

Queste sono le ragioni delle leggi istitutive dei profili unici universitari per i professionisti sanitari, del mantenimento, anche dopo la riforma del Titolo V, della legislazione nazionale in materia di professioni sanitarie, a tutela di un sistema sanitario nazionale unico e del rispetto dei LEA per i cittadini, il sistema formativo unico nazionale, universitario e a numero chiuso programmato, articolato con i diversi livelli formativi e di specializzazione, per conferire preparazioni scientifiche omogenee a tutti i professionisti della salute sanitarie, tutelando nel contempo l'adeguata formazione del professionista in ambito pubblico, privato e nell'attività libero professionale ed il cittadino rispetto il livello qualitativo delle prestazioni erogate.

POSTER

P1. Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel SPUDC dell'Aquila

Lucia Adami, Anna Teresa Corradi, Irene Pontarelli, *Alessandra Cavicchio

*Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università dell'Aquila; *Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila*

Scopo. Presso il SPUDC dell'Aquila da anni vengono effettuati in modo routinario incontri di gruppo seguendo il manuale "L'Intervento Cognitivo comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura" di Vendittelli e coll. (2003). Il nostro studio sperimentale ha avuto come scopo quello di verificare se la partecipazione dei pazienti ricoverati ad almeno tre incontri determinava modificazioni nella valutazione della consapevolezza di malattia, nel bisogno di cure, accettazione del trattamento farmacologico, funzionamento globale e sintomatologia.

Metodo. Lo studio ha coinvolto un campione di 62 pazienti ricoverati nel SPUDC de L'Aquila per la durata di 5 mesi. Il campione è stato suddiviso in due gruppi: un gruppo sperimentale (31 soggetti) costituito da pazienti che hanno partecipato a 3 o più incontri e un gruppo di controllo (31 soggetti) costituito da pazienti che non hanno partecipato agli incontri e trattati esclusivamente con la terapia farmacologica ed il supporto dell'équipe. Il gruppo sperimentale ha presentato un'età media di 43 anni e diagnosi di: psicosi (35,5%), schizofrenia (25,8%), disturbo bipolare (19,35%), depressione (12,9%) e dipendenza da sostanze (6,45%)

I gruppi sono stati condotti da un Conduttore ed un Co-conduttore, entrambi tecnici della riabilitazione psichiatrica.

Sono stati effettuati complessivamente 54 incontri della durata di un ora circa, di cui: 10 incontri: modulo "Cos'è successo prima del ricovero", 10 incontri: modulo "Modello stress-vulnerabilità", 4 incontri: "Psicofarmaci", 7 incontri: "Segni precoci di crisi", 18 incontri: "Aggressività", 5 incontri: moduli "Opzionali" (Alcool, Gestione delle emozioni, Obiettivi alla dimissione).

Entrambi i gruppi sono stati valutati all'ingresso (T0) e prima della dimissione (T1), quindi prima e dopo l'intervento con: Scala INSIGHT A e B, DAI-10, BPRS e VGF.

Risultati. Alla dimissione entrambi i gruppi hanno presentato un miglioramento nelle tre dimensioni Scala INSIGHT A, del funzionamento globale (VGF) e un aumento dell'accettazione al trattamento (DAI-10), senza differenze statisticamente significative, ma con un trend di miglioramento maggiore nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo.

Conclusioni

I dati, seppur preliminari, sembrerebbero confermare l'utilità dell'intervento di gruppo strutturato di tipo cognitivo-comportamentale per i pazienti ricoverati che vi partecipano, inoltre, rispetto al gruppo di controllo, negli utenti partecipanti all'intervento sperimentale di gruppo si registra un miglior atteggiamento nei confronti del trattamento farmacologico e un miglioramento più marcato del funzionamento globale.

Bibliografia

Falloon I.R.H., Coverdale J.H., Roncone R. "Trattamento integrato biomedico e psicosociale dei disturbi mentali gravi: i presupposti di una gestione clinica ottimale". *Noos*, 1996, 3, 179-200.

Falloon I. "Intervento psicoeducazionale integrato in psichiatria". Erickson, Trento, 1994.

Vendittelli N., Veltro F., Oricchio I., Buzzoni A., Rosicarelli M.L., Polidori G., Morosini P., "L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.

P2. Consapevolezza di malattia, carico familiare e qualità di vita: outcome al termine di un intervento psicoeducativo su giovani utenti e loro familiari afferenti al Servizio SMILE

Noemi Alagia, Roberta Ortenzi, Donatella Ussorio

Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università dell'Aquila; Servizio S.M.I.L.E – Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura ASL1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Scopo. Obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare, al termine di un intervento psicoeducativo, una possibile correlazione tra la consapevolezza di malattia nei giovani utenti,

il carico percepito dai loro familiari e la qualità della vita di questi ultimi.

Metodo. Il campione considerato è costituito da 14 utenti, 9 maschi (di età media 23 anni, ds 2,4) e 5 femmine (di età media 19 anni, ds 1,5). I familiari erano in totale 32: 15 maschi (di età media 51 anni, ds 7,2) e 17 femmine (di età media 44 anni, ds 5,4). Prima e dopo l'intervento psicoeducativo (T0, T1), ogni utente è stato sottoposto all'Insight Scale A (Roncone et coll, 2003), per valutare la consapevolezza di malattia in relazione all'episodio attuale. Ai familiari sono invece stati somministrati i seguenti strumenti di valutazione: una specifica intervista clinica "Valutazione Individuale" (Falloon e al., 1993) allo scopo di verificare le conoscenze sul disturbo mentale e di esplorare alcuni importanti aspetti della loro vita, quali il lavoro, il tempo libero e i rapporti sociali; Jalowiec Coping Scale (JCS) (Jalowiec e coll., 1977, 1987) per la valutazione degli stili di fronteggiamento dei problemi; Questionario sui problemi dei Familiari (PF) (Morosini et al., 1991) per la valutazione del carico assistenziale e il supporto ricevuto dai servizi; Questionario sulla qualità della vita (Q-les-Q) (Endicott et al, 1993).

Risultati. I risultati preliminari hanno evidenziato un significativo aumento della consapevolezza di malattia e della compliance al trattamento nei giovani utenti al termine dell'intervento psicoeducativo. Tale aumento è correlato positivamente con il miglioramento della qualità della vita dei familiari, nonché con una riduzione del carico soggettivo. Non abbiamo invece riscontrato variazioni statisticamente significative nelle strategie di coping dei familiari.

Conclusioni. Il nostro studio ha dimostrato come un intervento psicoeducativo precoce su giovani all'esordio sia efficace nell'aiutarli a migliorare la consapevolezza del proprio disturbo, comprenderne le cause e ad aumentare la compliance al trattamento. Abbiamo riscontrato, inoltre, che un aumento dell'insight nell'utente è correlato positivamente ad una significativa riduzione del carico soggettivo percepito dai familiari e ad un miglioramento della loro qualità di vita. Lo studio presenta alcuni limiti metodologici, rappresentati dalla possibilità che i

miglioramenti ottenuti nei familiari siano riconducibili, in parte, all'intervento nel suo insieme, piuttosto che al solo aumento dell'insight dell'utente. Sarebbe quindi auspicabile condurre interventi psicoeducativi con i soli utenti, attuando poi studi controllati volti a valutare esclusivamente questa variabile.

P3. Dual Diagnosis, nuovo scenario della riabilitazione psicosociale residenziale. Valutazione, in real world, di nove progetti terapeutici riabilitativi individualizzati e integrati

Roberta Auditore, Pasquale Caponnetto, Chiara Insacco, Antonino Salerno, Maria Sciacca, Agata Sciuto

Comunità Terapeutica Assistita (C.T.A) Villa Chiara (Mascalucia, CT)

Scopo. Obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare, al termine di un intervento psicosociale residenziale, gli esiti del trattamento di nove casi di pazienti con Doppia Diagnosi seguiti dalla nostra C.T.A. dal 2002 al 2009.

Metodo. Il campione è costituito da 9 utenti, tutti maschi (di età media 33,7 anni, ds 9,3). All'ingresso ed alle dimissioni dalla C.T.A (T0,T1), ogni utente è stato sottoposto alla scala SAPS e SANS (Andreasen, 1982), per valutare la gravità dei sintomi positivi e negativi della Schizofrenia, alla scala BPRS (Ventura et al. (1993) per la valutazione della psicopatologia generale ed infine alla scala VGF (APA, 2000) per la valutazione del funzionamento globale. Attraverso l'osservazione della cartella clinica sono state inoltre studiate le seguenti variabili: numero di ricoveri in SPDC per TSO; numero di ricoveri volontari in SPDC; numero di acting out; numero di ricadute nella sostanza di abuso; esito delle dimissioni

Risultati. Alle dimissioni il 55,5% del campione ha evidenziato un miglioramento alle scale SAPS e BPRS, e sempre in queste scale il 33,3% non ha evidenziato nè miglioramenti nè peggioramenti, mentre il restante 11,1 % ha evidenziato un peggioramento. Il 33,3 % ha mostrato un miglioramento alla scala SANS

mentre il 66,6% non ha evidenziato nè miglioramenti nè peggioramenti in questa scala. Il 66,6% del campione ha evidenziato un miglioramento alla scala VGF, mentre il restante 33,3% non ha evidenziato nè miglioramenti nè peggioramenti nella stessa scala.

Considerata la storia clinica antecedente l'ingresso in CTA di ognuno dei 9 utenti, durante il percorso psicosociale effettuato in C.T.A, abbiamo potuto osservare un miglioramento nella riduzione della frequenza di: numero di ricoveri in SPDC per TSO; numero di ricoveri volontari in SPDC; numero di acting out; numero di ricadute nella sostanza di abuso. Tuttavia, nonostante i progressi evidenziati da tutto il campione di riferimento, solo il 22,2% degli utenti ha mostrato un miglioramento tale da suggerire un rientro in famiglia o in altra struttura a minore impatto sanitario, come la comunità alloggio.

Conclusioni. Il nostro studio ha dimostrato come un intervento psicosociale in CTA su utenti con Doppia Diagnosi sia efficace nell'aiutarli a migliorare le condizioni psicopatologiche di base. Tuttavia solo pochi hanno mostrato un miglioramento tale da determinare un reinserimento nel contesto sociale di appartenenza.

Lo studio presenta alcuni limiti metodologici, rappresentati dalla scarso numero del campione e dalla possibilità che i miglioramenti tralascino la presenza di sintomi del Disturbo Borderline di Personalità molto resistenti e frequenti nei pazienti in Doppia Diagnosi ma non diagnosticabili con le scale utilizzate nel nostro lavoro. Sarebbe quindi auspicabile ampliare lo studio incrementando il numero di utenti in studio, magari coinvolgendo le altre 17 CTA presenti nel territorio di Catania, aggiungendo strumenti psicodiagnostici adatti a questa tipologia di utenti come la DIB (Diagnostic Interview for Borderlines, Gunderson et al., 1989) e l'EuropASI (European Addiction Severity Index, Blacken et al., 1997).

P4. "Riabilitazione psicosociale e nuovi pregiudizi". Differenze percettive, sul paziente con o senza storia di abuso di sostanze, negli operatori comunitari.

Roberta Auditore, Pasquale Caponnetto, Chiara Insacco, Antonino Salerno
Comunità Terapeutica Assistita (C.T.A) Villa Chiara (Mascalucia, CT)

Scopo. Obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare la differente percezione nei confronti di pazienti in "Doppia Diagnosi", rispetto a quelli con sola sindrome schizofrenica.

Metodo. Il campione di partenza è costituito dai trentacinque operatori della CTA. Tutti gli operatori, della CTA, sono stati invitati a compilare un questionario atto a valutare le discrepanze percettive fra pazienti con e senza storia di abuso di sostanze. Hanno aderito allo studio il 100% del gruppo equipe psicomédica (7/7), il 75% (6/8), del gruppo Infermieri professionali, l'80% (8/10) degli Animatori ed il 60% (6/10) del Personale Ausiliario.

Risultati. I risultati dei questionari confermano l'ipotesi di partenza, che vede la percezione dei soggetti in "Doppia Diagnosi", in particolar modo per i sottogruppi di lavoro degli Infermieri e del personale ausiliario, come utenti meno riabilitabili, maggiormente pericolosi, nonché meno degni di attenzione e cure.

Conclusioni. Questi vissuti percettivi possono essere frutto di pensiero pregiudiziale, che non tiene conto di tutti i dati anamnestici, oltre che psicopatologici, unici vettori di diagnosi, cura e riabilitazione. Alla luce dei risultati ottenuti sarebbe utile approfondire questa tematica con apposite esperienze formative sulla Doppia Diagnosi, indirizzate soprattutto ai sottogruppi infermieri, personale ausiliario ed animatori e, verificare attraverso un retest dello stesso questionario se tali esperienze formative siano state o meno in grado di modificare la precedente percezione che si aveva degli utenti in Doppia Diagnosi.

P5. Riabilitazione in O.P.G: valutazione dell'efficacia e qualità della vita in pazienti con inserimenti nel territorio

Silvia Barsanti, Franco Scarpa, Giada Spagnoli, Alessandro Lenzi, Stefania Matteucci
USL 11 Empoli – Toscana UOC “Salute in Carcere ed OPG”; Università degli Studi di Pisa, Facoltà di Medicina

Scopo. Valutare l'efficacia dei progetti terapeutici – riabilitativi all'interno dell'Ospedale psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino, in un gruppo di pazienti inseriti in un progetto riabilitativo individuale interno all'Istituto e in un gruppo il cui programma prevede l'inserimento ad un Centro Diurno esterno all'Istituto “La Casa del drago”. Oltre alla qualità di vita sono state valutate le aree della cura di sé e del proprio ambiente di vita, delle relazioni interpersonali e dell'autonomia nelle attività strumentali.

Metodo. Sono stati comparati due gruppi di pazienti, il primo composto da 15 internati inseriti in programmi riabilitativi all'interno dell'Istituto, il secondo da 15 internati che frequentano La Casa del Drago. Ai due gruppi sono stati somministrati:

- Scheda di Valutazione individuale, elaborata per raccogliere le informazioni anagrafiche e per valutare il funzionamento personale e sociale;
- La Disability Assessment Schedule II;
- La Short Form Health Survey.

Risultati. Alla Scheda di Valutazione Individuale, gli item che esplorano la cura della propria persona e del proprio ambiente di vita hanno generato una differenza statisticamente significativa, con punteggi migliori riportati dai degenti che svolgono attività riabilitativa anche all'esterno dell'OPG. Per ciò che concerne le relazioni sociali, la partecipazione alle attività e le attività peculiari della reclusione penitenziaria non sono emerse differenze statisticamente rilevanti tra i due gruppi. Alla valutazione del livello di disabilità, notiamo una differenza riguardo il grado di difficoltà interpersonali, ovvero rallentamento, iperattività, isolamento sociale, irrilevanza del discorso, posture e manierismi, comportamento violento, tendenza a stare a letto, occupazioni del paziente,

comportamento alimentare ecc, che è significativamente più basso nel gruppo de La Casa del Drago. Per quanto riguarda la qualità della vita esperita da parte dei due gruppi in studio, non emergono differenze statisticamente significative.

Conclusioni. La totalità dei pazienti dimostra un funzionamento più che sufficiente rispetto all'adattamento alla vita quotidiana. Dalla somministrazione delle schede emerge che il percorso riabilitativo interno aiuta i pazienti a recuperare le abilità necessarie per avviare un progetto sul territorio attraverso l'inserimento nel centro diurno “la Casa del Drago”. Dalla valutazione emerge che il gruppo di pazienti inseriti alla Casa del Drago ha migliori capacità nella cura di sé e dell'ambiente di vita e nelle relazioni interpersonali. La possibilità di sperimentare il rientro in società rinforza le abilità apprese e stimola il paziente ad avere maggiore cura di sé e maggiori capacità sociali.

P6. La comorbilità fisica nei pazienti psichiatrici: l'opinione di pazienti e operatori del Servizio Psichiatrico di Verona-Sud

Loretta Berti, Elena Bonfioli, Irene Fiorini, Giuseppe Imperadore, Lorenzo Burti
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Verona

Scopo. Il centro di Verona partecipa al progetto europeo HELPS (European Network for Promoting the Health of Residents in Psychiatric and Social Care Facilities) allo scopo di costituire una rete multidisciplinare europea per accrescere le conoscenze attuali sulla prevalenza delle malattie fisiche, i fattori di rischio legati alla salute e l'efficacia delle strategie di promozione della salute nella popolazione psichiatrica istituzionalizzata. Nel contesto di tale progetto sono stati effettuati dei focus group per raccogliere informazioni su come i membri dello staff e gli ospiti delle istituzioni psichiatriche percepiscono i rischi per la salute fisica individuali e ambientali; i problemi di salute, i sintomi fisici, le disabilità e le malattie fisiche; e i mezzi per controllare tali rischi.

Metodo. Sono stati condotti quattro focus group con pazienti e professionisti appartenenti al Servizio Psichiatrico di Verona-Sud. Il centro coordinatore ha indicato seguenti domande-stimolo per i partecipanti dei focus group:

1: Che tipo di problemi avete sperimentato/hanno sperimentato i vostri pazienti?

2: Quali possono essere le condizioni e le cause che conducono a tali problemi?

3: Cosa pensate che potrebbe essere fatto per promuovere la salute fisica vostra/dei pazienti? Le trascrizioni di quanto emerso sono state analizzate tramite il software MaxQDA secondo quattro codici. In base a tali codici sono stati identificati i segmenti di frase rilevanti all'interno delle trascrizioni, oltre ad ulteriori segmenti potenzialmente rilevanti. Le ripetizioni di tali segmenti all'interno delle trascrizioni stesse sono state quantificate. Inoltre, sono stati definiti i sottocodici relativi ad ognuna delle domande di ricerca.

Risultati. Dall'analisi delle trascrizioni è risultato che i problemi di salute fisica più sperimentati dai pazienti sono di tipo neurologico, muscoloscheletrico, cardiovascolare e metabolico o di sovrappeso. Tra le cause di malattia fisica più comuni sono state individuate la psicopatologia stessa, le credenze personali, la mancanza di cure mediche e di prevenzione, la dieta e gli effetti collaterali dei farmaci. Le possibilità di prevenzione maggiormente suggerite sono state i consigli medici e i programmi preventivi.

Conclusioni. I focus group hanno identificato rischi di tipo comportamentale, ambientale e iatrogeno. Gli sforzi devono essere diretti verso interventi di promozione della salute sulla base dell'eterogeneità dei disturbi mentali e della varietà di problemi fisici. Tali interventi devono essere basati, inoltre, sulla comprensione delle credenze e delle situazioni di vita dei residenti nelle istituzioni psichiatriche.

P7. Fattori predittivi del Disturbo Acuto da Stress tra i sopravvissuti del terremoto dell'Aquila: necessità di un intervento precoce

Valeria Bianchini, Maurizio Malavolta, Laura Verni, Natascia Giordani Paesani, Marta Colatei, Ida De Lauretis, Ilaria Santini, Rita Roncone*, Rocco Pollice*, Massimo Casacchia*
*Scuola di Specializzazione in Psichiatria; *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila*

Scopo. La valutazione dell'insorgenza di disturbi psichiatrici, immediatamente dopo il verificarsi di un disastro come un terremoto, è essenziale per la programmazione di un'efficace attività di supporto sulla base del possibile sviluppo di conseguenze a lungo termine (distruzione della rete sociale, danno economico e sviluppo di malattie mentali croniche). Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'incidenza della diagnosi di Disturbo Acuto da Stress fra i sopravvissuti del terremoto afferiti consecutivamente presso il reparto di Psichiatria dell'Ospedale da campo allestito a L'Aquila immediatamente dopo il sisma del 6 Aprile 2009, e di seguito indagare i fattori di rischio e/o di protezione per lo sviluppo di disagi psichici.

Metodo. Abbiamo valutato 120 vittime del terremoto dell'Aquila con la Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ) per la diagnosi di Disturbo Acuto da Stress, il General Health Questionnaire-12 items (GHQ-12) per studiare il livello di stress percepito e il Brief Cope per conoscere le strategie di coping adottate durante e dopo il trauma.

Risultati. 61 soggetti (51,6%) soddisfacevano i criteri per una diagnosi di Disturbo Acuto da Stress. Dividendo il campione totale in base alla presenza o meno della diagnosi di ASD, nell'ambito delle sottoclassi indagate dalla SASRQ, esistono delle differenze statisticamente significative esclusivamente nella dimensione "Dissociativa" (Derealizzazione ($p \leq 0,09$), Depersonalizzazione ($p \leq 0,00$) e Amnesia ($p \leq 0,00$)). La dislocazione sembra essere il principale fattore di rischio per lo sviluppo di ASD nel nostro campione: infatti, la maggior parte dei soggetti senza ASD, dopo il sisma si trovava in tendopoli vicino alla propria

abitazione danneggiata (48,4%), mentre la maggior parte dei soggetti con ASD (45,4%) era dislocata negli alberghi della Costa Abruzzese lontani dall'Aquila, dai familiari e dalla propria rete sociale. Inoltre il 32,8% dei soggetti ha riferito gravi conseguenze sul funzionamento sociale e lavorativo a seguito dell'evento sismico.

Conclusioni. Il nostro studio, in linea con la letteratura recente, conferma l'importanza della dimensione Dissociativa nell'ambito del Disturbo Acuto da Stress, dell'elevato livello di stress percepito (GHQ-12>15) e degli aspetti socio-culturali (dislocazione, disgregazione della rete sociale, etc.) come predittori dello sviluppo di un ASD. Tali risultati sottolineano l'importanza della valutazione approfondita sui soggetti esposti ad uno trauma, non solo allo scopo di elaborare una diagnosi psichiatrica, ma ancor di più di individuare una vulnerabilità psicologica, fattore di rischio per lo sviluppo di altri disagi psichici a lungo termine (PTSD, Ansia, Depressione, Disturbi del sonno, etc.) per intraprendere un programma di prevenzione adeguato e per attuare misure di intervento precoce.

P8. Stress e risposta cortisolemica nei pazienti dell'SPUDC dell'Aquila dopo il Sisma del 6 Aprile 2009

Valeria Bianchini, Adele Tosone, Rocco Pollice*, Massimo Casacchia*, Rita Roncone*
Scuola di Specializzazione in Psichiatria;
**Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila*

Scopo. Gli effetti biologici dello stress sono mediati dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), che disciplina il rilascio di steroidi, tra cui il cortisolo. Gli ultimi decenni hanno visto una maggiore comprensione degli effetti neurali dello stress mediati tra l'altro dalle alterazioni cortisolemiche, con valutazioni spesso contrastanti (aumenti o riduzioni dei livelli plasmatici) nei diversi studi. Un disastro naturale, come il terremoto dell'Aquila, fornisce un'occasione unica per studiare gli effetti di un tipo comparabile di stress e sottolineare le differenze individuali nella reattività ad un trauma. Il nostro studio si

propone di valutare, nell'ambito di una popolazione selezionata di pazienti ricoverati, le risposte individuali allo stress saggiando i livelli di cortisolemia, le capacità di coping e il livello di stress percepito a seguito dell'evento sismico del 6 Aprile 2009 a L'Aquila.

Metodo. Il campione è composto da 169 pazienti (97 F e 72 M) con differenti diagnosi psichiatriche ed età media di 48,3 aa ($ds\pm 13,12$), afferiti consecutivamente, dal Luglio 2009 ad Agosto 2010, presso l'SPUDC dell'Aquila, tutti in trattamento psicofarmacologico e di questi il 76% presente a L'Aquila al momento del sisma. Sono stati esclusi pazienti con patologie endocrinologiche e/o in trattamento con corticosteroidi. Ogni paziente è stato sottoposto a dosaggio sierico della cortisolemia basale (ore 8.00) e valutazione psicometrica standardizzata con il General Health Questionnaire – 12 items (GHQ-12) per valutare il livello di stress percepito, l'Impact Event Scale- Revised (IES-R) per la sintomatologia post traumatica e il Brief Cope per le strategie di Coping adottate.

Risultati. Il 26% aveva una diagnosi nell'ambito dello Spettro Non Affettivo (Schizofrenia e Psicosi Nas) e il 74% dello Spettro Affettivo (Depressione, Dt Bipolare, Ansia, etc). Il 12% del campione presentava livelli di cortisolo basale oltre soglia (> 25 mcg/dl), il 36% sotto soglia (< 5 mcg/dl) e il 52% nei range della norma. Suddividendo poi il campione in tre gruppi in base alla risposta cortisolemica (G1= cortisolo aumentato; G2= diminuito; G3=entro range) abbiamo riscontrato che solo i G2 presentavano uno score totale all'IES-R oltre range (v.m.= 42 $ds\pm 3,2$), differenziandosi inoltre in modo significativo nella dimensione "Iperarousal" ($p > 0,002$) rispetto ai G1 e nell'"Evitamento" ($p > 0,003$) e "Riesperienza" ($p > 0,05$) rispetto ai G3. Il livello di stress percepito, seppur per tutto il campione "elevato" (GHQ-12= 23,8 $ds\pm 4,9$), non ha mostrato differenze significative, mentre al Brief Cope i G2 mostrano differenze significative nel profilo negativo dell'"Autoaccusa" ($p > 0,003$) rispetto ai G3. Dei G2 solo il 23% vs il 77% aveva una diagnosi di Spettro Non Affettivo.

Conclusioni. I nostri risultati sono in linea con gli studi che sottolineano come un trauma

rilevante (nel nostro caso l'esposizione al terremoto dell'Aquila), determinando l'attivazione dell'HPA, induca un meccanismo di feedback negativo sul rilascio di cortisolo: di fatto, i pazienti con cortisolemia sottosoglia sono quelli che manifestano un maggiore sintomatologia post traumatica, un elevato livello di stress percepito (GHQ-12) comunque paragonabile a quello della restante popolazione esposta, ma anche profili di coping negative, soprattutto l'Autoaccusa che potrebbe esser letta come "Senso di Colpa del Sopravvissuto". Inoltre, in linea con la letteratura recente, lo studio ha evidenziato come i pazienti con Spettro Schizofrenico rispetto a quello Affettivo risentano meno degli eventi traumatici.

P9. Il vissuto soggettivo come predittore di outcome clinico

Valeria Bianchini, Federica Serra*, Rocco Pollice**, Massimo Casacchia**

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria; *tirocinante Facoltà di Psicologia; **Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila*

Scopo. Tradizionalmente lo studio dei sintomi soggettivi della schizofrenia è stato limitato ai deliri e alle allucinazioni, mentre altre esperienze soggettive sono state per lungo tempo ignorate. Solo il 13% degli studi sull'efficacia degli ATPs ha indagato l'esperienza soggettiva dei pazienti verso il trattamento, nonostante essa rappresenti un fattore prognostico importante in quanto legato alla compliance e alla qualità della vita. Lo scopo dello studio è quello di indagare la possibile differenza esistente tra il "vissuto soggettivo del paziente" versus la valutazione oggettiva dell'operatore nell'ambito della dimensione psicopatologica negativa e della Cognizione Sociale.

Metodo. 58 pazienti ricoverati consecutivamente presso l'SPUDC dell'Aquila tra Aprile e Agosto 2010 hanno completato il seguente l'assessment: per la valutazione della dimensione soggettiva, la Subjective Experience of Negative Symptoms (S.E.N.S) e la Geople Scale per lo studio della cognizione

sociale. La PANSS e la VGF rispettivamente per la valutazione del quadro psicopatologico e del funzionamento globale.

Risultati. Il 37,9% del campione è costituito da donne e l'età media è di 46,11 anni ($ds \pm 15,2$). Il 31% ha una diagnosi di Depressione, e a seguire rispettivamente: Disturbo Bipolare (27,6%), Schizofrenia (20,7%), Abuso di sostanze (17,1%) e Disturbo Ossessivo-Compulsivo (3,4%). Sette pazienti erano in regime di TSO, e i restanti 51 in ricovero volontario. L'analisi della SENS ha evidenziato un valore medio di 161,43 ($ds \pm 29,1$), rilevando una notevole percezione della sofferenza negativa con differenze significative tra i due sessi e per diagnosi. Nella Cognizione Sociale è stato percepito dal paziente (parte A) un "discreto stato di cognizione sociale" (v.m. 33,50; $ds \pm 10,9$), in contrasto con la valutazione medio-basso dell'operatore (parte B) (v.m. 42,50; $ds \pm 9,2$) (score compreso tra 15 e 75). Esistono delle correlazioni significative tra la sintomatologia negativa della PANSS e gli items della SENS "Incapacità a provare emozioni" ($p < 0,015$). Si evidenziano inoltre correlazioni statisticamente significative tra la cognizione sociale soggettivamente rilevata (parte A) e la sintomatologia generale della PANSS e tra il punteggio totale della SENS e il funzionamento globale del paziente (VGF).

Conclusioni. La conoscenza delle esperienze soggettive del paziente psichiatrico può risultare problematica a causa del ritiro sociale e della resistenza al trattamento, dovute per lo più alla sofferenza soggettiva che non viene adeguatamente compresa. I nostri risultati, in linea con la letteratura più recente, hanno evidenziato come la percezione della sintomatologia negativa non sempre trovi un riscontro nella valutazione del clinico e come invece sia presente una correlazione significativa con il funzionamento globale del paziente. In tale ottica, risulta quindi necessaria la considerazione del punto di vista del paziente come focus di un intervento riabilitativo allo scopo di "predire" l'adesione al trattamento, l'outcome nel funzionamento globale e la prognosi a lungo termine.

P10. Applicazione del problem solving ad utenti ospiti presso una struttura residenziale del D.S.M. dell'Aquila

Marco Capulli, Valentina Salvatore, *Alessandra Cavicchio

*Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica; *Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila*

Scopo. L'obiettivo del nostro lavoro è stato quello di attuare un intervento riabilitativo sperimentale incentrato su tecniche di soluzione dei problemi e raggiungimento degli obiettivi al fine di ottenere un miglioramento generale nella qualità di vita, nelle relazioni sociali, ed ottenere un aumento della soddisfazione personale data dal raggiungimento dei propri obiettivi in un piccolo gruppo di utenti affetti da disturbi mentali di una struttura residenziale del D.S.M. dell'Aquila

Metodo. L'intervento è stato incentrato sull'insegnamento di tecniche di Problem Solving seguendo il manuale "Intervento Psicoeducativo Integrato in Psichiatria" (Ian Falloon).

E' stato condotto da due laureandi in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica e si è svolto da Novembre 2008 ad Aprile 2009 con incontri settimanali di 90 minuti per un totale di 20 incontri.

Ha coinvolto un campione di 6 utenti (4 maschi e 2 femmine; età media 41.2 anni, 11 anni di malattia ed 1.3 anni di degenza) affetti da disturbi a carattere psicotico.

Le valutazioni dei partecipanti al programma sono state effettuate a T0, subito dopo l'incontro preliminare, ed a T1, al termine dell'intero programma, utilizzando i seguenti strumenti: B.P.R.S., A.D, INSIGHT A e B, L.S.P. e V.G.F.

Alle valutazioni sono seguite tre sedute informative riguardo il disturbo psicotico; il modello stress vulnerabilità; ed i segni precoci di crisi ed agli utenti sono stati poi forniti dei diari di lavoro su cui annotare l'eventuale comparsa dei segni precoci di crisi precedentemente individuati.

Dapprima si è lavorato alla risoluzione di problemi di natura interpersonale, quali migliorare i rapporti con amici e parenti, per

risolvere i quali si è reso necessario ricorrere all'addestramento alle abilità di comunicazione e all'uso di simulate.

Successivamente sono stati affrontati i problemi di natura personale ed il problema trattato più a lungo ha riguardato la riduzione del numero di sigarette fumate giornalmente; anche in questo caso gli utenti si sono avvalsi dell'utilizzo dei diari di lavoro al fine di monitorare l'andamento del raggiungimento dell'obiettivo.

Risultati e Conclusioni. Confrontando i punteggi ottenuti a T0 e a T1 si evince un miglioramento significativo nell'A.D. (+ 17%); nell'Insight A e B e nell'L.S.P., specialmente nelle aree oggetto di intervento, quali la comunicatività (+28%) e il contatto sociale (+26%). Discreti miglioramenti sono stati ottenuti anche nei punteggi medi di V.G.F. (+21%) e B.P.R.S. (+19%).

Al termine dell'intervento il 63% degli utenti è riuscito a raggiungere gli obiettivi che si era autonomamente prefissato, con indubbio beneficio per la soddisfazione personale e per la riduzione della severità del quadro psicopatologico.

P11. Strada facendo: diversamente

Giuseppina Ciampini, Marzia Lanci, Gina Paganelli, Marzia Massari, Giovanni Colonna *Operatori della Società Cooperativa Sociale "La Rondine" - Società Cooperativa Sociale "Lo Scacco"; Dipartimento di Salute Mentale di Lanciano - ASL Lanciano - Vasto - Chieti*

Scopo. Il cittadino utente che soffre di disturbi mentali gravi insieme alla propria famiglia è spesso costretto ad una qualità di vita caratterizzata da vissuti di isolamento sociale con perdita di ruolo, di capacità e di dignità personale. Spesso escluso dal mondo del lavoro e dalle relazioni umane, usufruisce continuamente di strutture e servizi per l'assistenza sanitaria e sociale. Tutto ciò comporta la marginalizzazione dell'individuo e dei care giver dal contesto comunitario con conseguenti costi elevati per l'assistenza sanitaria, legata spesso a fenomeni di ricoveri inutili, o TSO. La riabilitazione punta l'accento sul recupero e sul potenziamento della "parte

sana” dell’individuo, ossia su un insieme di azioni di promozione della salute mentale, di prevenzione e di cura. L’intervento riabilitativo attraverso la Psicoeducazionale e il reinserimento lavorativo intende: a) Sviluppare le risorse e le abilità del soggetto partendo dall’identificazione dei suoi bisogni; b) Sviluppare le risorse dell’ambiente in direzioni che amplifichino e rinforzino l’intervento operato sull’individuo.

Metodo. L’intervento riabilitativo attuato dal Dipartimento di Salute Mentale di Lanciano – ASL Lanciano – Vasto – Chieti rivolto principalmente ad utenti Schizofrenici, con Disturbi di personalità e Disturbi dell’umore, esplica principalmente attraverso due interventi:

- Psicoeducazionale - metodo Falloon (n° 90 utenti);
- Progetto “Armonia” Lg.662/97 e le Borse Lavoro L.R. 18/05/2000 n°94 (n° 60 utenti).

Per la valutazione sono stati impiegati la BPRS, il VADO, l’AVQ, e questionari non standardizzati.

La valenza sociale dell’inserimento lavorativo attraverso il Progetto Armonia e le Borse lavoro è legata all’acquisizione dei diritti di cittadinanza e al reinserimento nell’ambiente socio – familiare e lavorativo, mentre la valenza sanitaria è legata alla riduzione – superamento dei segni psicopatologici.

L’azione dell’inserimento lavorativo è stata curata attraverso protocolli d’intesa, collegamenti fra il CSM, gli Enti Locali, le Associazioni di Familiari, il Privato Sociale ed Imprenditoriale, le Scuole di Formazione, e Cooperative di tipo B.

Risultati

1. Riduzione dello stigma interno come persona incapace di sviluppare competenze sociali.
2. Supporto alle famiglie e riduzione del loro carico assistenziale.
3. Netto calo dei ricoveri, degli inserimenti in comunità terapeutiche, delle richieste di visite e consulenze specialistiche e ad una diminuzione dei dosaggi delle terapie farmacologiche con miglioramento complessivo della qualità di vita degli utenti assistiti.
4. Riduzione dei costi socio – assistenziali diretti ed indiretti.

Conclusioni. Alla luce dei risultati ottenuti nel corso degli anni è auspicabile una maggiore sensibilizzazione al tema della salute mentale al fine di poter ottenere maggiori finanziamenti ed opportunità di inserimenti socio – lavorativi.

P12. Medicina Narrativa e formazione dei tecnici della riabilitazione psichiatrica: sviluppare una attitudine al “pensiero critico”

Chiara Colliva*, M. Rita Tassi**, Sumire Yamaguchi Manzotti***, Ciro Ruggerini***

*AUSL di Modena, Unità Operativa di N.P.I.A;

Cooperativa Sociale di Servizi L’Arcobaleno (Reggio Emilia); *Associazione Personae (Reggio Emilia)

Premessa. La scrittura di storie della pratica clinica attuata dai professionisti della cura può essere una strategia per comprendere meglio il paziente e “assumere il suo punto di vista” (Charon, 2001; Zannini, 2008); la scrittura, inoltre, aiuta il professionista a sviluppare una maggiore consapevolezza perché produce autoriflessione e apprendimenti che, a volte, sono così profondi da configurarsi come “trasformativi” (Mezirow, 1991).

Scopo. Un Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (CC) narra di 5 famiglie con un figlio con Disabilità Intellettiva, incontrate nel corso del suo tirocinio, con lo scopo di: 1. riflettere sulla propria partecipazione ai percorsi di assistenza. 2. mettere in evidenza il tipo di saperi sollecitati dai problemi Riabilitativi specifici delle singole situazioni.

Metodo. La ricostruzione delle storie è stata fatta attraverso lo studio dei documenti clinici, le interviste ai professionisti responsabili della conduzione del caso, la partecipazione al Gruppo di Lavoro NPI. Ogni narrazione segue uno schema: biografia familiare, valutazione multiassiale secondo l’ICD-10 RM, storia dei progetti di assistenza, riflessione sui punti critici, individuazione di una chiave di lettura della storia, contestualizzazione della chiave di lettura nella cultura attuale.

Risultati. 1) ogni storia ha messo in evidenza punti critici diversi: il ruolo delle informazioni nei progetti di cura, il tema dell’inclusione, il concetto di empowerment, il rapporto

stressors-vulnerabilità, lo sviluppo della competenza sociale;

2) attraverso la ricostruzione delle storie è stato possibile assumere il punto di vista dei protagonisti e avvicinarsi alla loro complessità esistenziale;

3) ogni storia ha imposto un approfondimento di alcune concezioni culturali e tecniche necessarie per l'organizzazione dell'intervento.

Conclusioni. La narrazione sulle storie ha sollecitato la individuazione dei contenuti culturali sottostanti alla prassi assistenziale. Wells (2002) ha scritto che una riflessione di questo genere, se introdotta nei curricula formativi, accresce il "pensiero critico"; tale attitudine, importante in tutta la psichiatria, ha un rilievo assoluto nel campo della assistenza alla DI.

Bibliografia

Charon R: Narrative Medicine: form, function and etics, "Annals of international medicine, 134, 2001

Mezirow J: Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2003

Zannini L.: Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008

Wells LA: Philosophy and psychiatry: a new curriculum for the child and adolescent psychiatry, Academic psychiatry, 26, 2002

P13. All'aria aperta: terapie assistite con animali. Dall'esperienza al progetto di ricerca.

Alessandra Ida Cottone, Maria Emilia Rotunno*, Maria Grazia Angelilli*, Manuela Silvestri*, Anna Rita Simoni*, Valentina Salvatore*, Libia Casciani*

*Centro "Asinomania" di Introdacqua (AQ); * Centro Diurno "Giuliana Fapore" Sulmona, ASL1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila*

Scopo. Considerato il crescente interesse per le terapie assistite con animali ed un fiorire di iniziative e ricerche in tal senso, in linea con le indicazioni e raccomandazioni dell'Istituto Superiore di Sanità che definisce le proposte di linee guida-RAPPORTO ISTISAN 2007, si promuove un progetto di ricerca finalizzato alla verifica dell'efficacia dell'intervento di onoterapia (terapia assistita con l'asino) effettuato nell'anno 2007 con un gruppo di

utenti psichiatrici afferenti al C.D. "G. Fapore" del CSM di Sulmona. Con l'onoterapia si valorizzano non solo le caratteristiche morfologiche dell'asino ma soprattutto quelle comportamentali che ben si associano ad un'utenza che esprime un disagio sul piano dell'adattamento, della socializzazione, del comportamento e dell'affettività.

L'obiettivo generale è quello di favorire esperienze volte a facilitare ed arricchire il lavoro di cura/riabilitazione, promuovere il benessere e migliorare la qualità della vita degli utenti coinvolti.

Metodo.

Destinatari: 15 utenti di età compresa tra i 20 e i 50 anni con diagnosi di disturbo schizoaffettivo con rilevanti difficoltà nella sfera relazionale e socio-collaborativa.

Luogo di realizzazione: Centro "Asinomania" di Introdacqua(AQ), dotato di tutte le strutture necessarie all'accoglienza.

Fasi del progetto

I Fase (conclusa):

1. individuazione, di concerto con le figure di riferimento degli utenti, dei pazienti più adatti alle attività proposte e degli obiettivi (plausibili ed auspicabili) da raggiungere;
2. strutturazione del piano di lavoro ed organizzazione delle attività.

II Fase (in corso):

Svolgimento delle attività suddivise in più sedute, opportunamente strutturate, in cui saranno presenti a vario titolo tutte le figure professionali impegnate nel progetto (Team multidisciplinare specializzato: medico psichiatra, medico veterinario, psicologo, infermiere professionale, TRP, operatori A.M.A., cineoperatore, assistente sociale).

III Fase:

Verifica e valutazione dei risultati (monitorati ante, durante e post trattamento) attraverso:

- Schede di ingresso
- Test psicometrici
- Osservazione-griglie di osservazione
- Videoregistrazioni

Tempi di realizzazione. Un anno, con un impegno complessivo di 20 giornate a cadenza settimanale, ciascuna della durata di 90 minuti.

Risultati (Attesi)

1. Ottenere una ricaduta positiva sul benessere delle persone coinvolte.

2. Funzionare da coterapia, da “acceleratore” dell’efficacia e dei risultati di altre terapie per ottenere il miglioramento/superamento di problematiche cognitive, affettive e comportamentali (relativamente agli obiettivi individuati).

3. Monitorare e valutare i dati raccolti durante le sedute attraverso l’utilizzo di strumenti standardizzati.

Conclusioni. Al termine degli interventi di onoterapia ci si aspetta (quali evidenti riscontri dell’efficacia delle TAA nei pazienti psichiatrici) che gli utenti promuovano le interazioni sociali e la capacità di socializzazione, aumentino l’interesse per attività gratificanti, sviluppino autonomia, riducano i livelli d’ansia, aumentino la soddisfazione personale ed il benessere generale.

P14. Osservazioni e riflessioni su un’esperienza di riabilitazione per persone disabili intellettive in Zambia secondo un approccio narrative-based

Valentina D’Apice, Ciro Ruggerini*

*Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica ASL Reggio Emilia (O.P.G), *Neuropsichiatra infantile ASL Modena e Università di Modena e Reggio Emilia*

Scopo. Lo scopo di questo studio è quello di descrivere, attraverso la narrazione di storie di vita, i problemi connessi alla riabilitazione di persone disabili intellettive in paesi a bassissimo reddito (Zambia); di confrontare tali problematiche con quelle della riabilitazione utilizzata in paesi ad alto reddito; di individuare aree di sovrapposizione e i contributi che possono fornirsi reciprocamente.

Metodo. Per far questo si è trascorso un periodo di due mesi in Zambia, dove si è osservato la realtà locale e i progetti dell’Associazione Papa Giovanni XXIII per disabili intellettivi ad Ndola: Progetto Scuole Speciali per 42 bambini e Progetto Ukubalula per ragazzi sopra i 16 anni dove si svolgono lezioni teoriche e lavoro nell’Azienda agricola. Durante la permanenza sono state raccolte interviste a genitori, insegnanti, lavoratori e membri dell’associazione e reports (storie) dei

51 bambini e ragazzi inseriti all’interno dei progetti.

Risultati. Analizzando le storie raccolte durante le interviste e i report si sono potute individuare alcune caratteristiche (positive e negative) della riabilitazione per persone disabili particolarmente ricorrenti, e che trovano una loro esemplificazione in 5 casi: Marlon, Joyce, Maxi, Mbonela, Johnson. Le caratteristiche sono nell’ordine: importanza della diagnosi (tempestività, accuratezza) per la strutturazione di un intervento riabilitativo mirato ed efficace; importanza del fattore povertà, nella presa in carico della persona disabile; importanza dell’utilizzo delle tecniche riabilitative all’interno di un sistema socialmente riconosciuto e “produttivo” (attività agricola), tale per cui il paziente si senta responsabilizzato, primo passo verso l’acquisizione di autonomia, autostima, emancipazione e quindi di benessere e miglioramento della qualità di vita, vero scopo di ogni riabilitazione; importanza della concezione culturale della disabilità, dalla quale non si può prescindere

Conclusioni. Attraverso questa esperienza la cui analisi si è basata essenzialmente sul “racconto” si è visto come, oltre all’evidenza, la narrazione, in particolare, permette di accedere alla complessità di un mondo culturale e sociale molto diverso dal nostro e di semplificare l’esposizione di problemi specifici, complessi e intrecciati tra loro, di documentare come ciò che si intende nella nostra società come riabilitazione possa essere perseguita focalizzandosi sulle dimensioni che si sono evidenziate nei casi.

Infine, mettendo in luce le priorità riabilitative evidenziate dalle necessità e le conseguenti criticità o punti di forza la nostra cultura occidentale viene costretta a riflettere su se stessa e a capire cosa è essenziale e importante e cosa, invece, è costoso e inutile.

P15. Alessitimia, lamentele somatiche e sintomi depressivi in un campione di adolescenti italiani: uno studio trasversale

Domenico De Berardis^{a,b}, Daniela Campanella^b, Alessandro Carano^c, Tiziano Acciavatti^{a,b}, Viviana Marasco^b, Nicola Serroni^b, Mario Caltabiano^b, Luigi Olivieri^b, Francesco Saverio Moschetta^b, Giovanni Martinotti^d, Alessandra Cicconetti^e, Rosa Maria Salerno^a, Giuseppe Di Iorio^a, Massimo Di Giannantonio^a

^a*Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" Chieti*

^b*Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo*

^c*Dipartimento Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "C. G. Mazzoni", Ascoli Piceno*

^d*Dipartimento di Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

^e*Dipartimento Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "S. Liberatore", Atri (TE)*

Scopo. Valutare le relazioni tra alessitimia, lamentele somatiche e sintomi depressivi in un campione di adolescenti italiani.

Metodo. È stato valutato un campione di 998 adolescenti (513 maschi e 485 femmine di età media pari a 16.5 anni) mediante le seguenti rating scales: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Beck Depression Inventory (BDI), Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) e State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Risultati. 214 soggetti (21.4%) sono stati categorizzati come alessitimici e 162 (16.2%) hanno riportato punteggi ≥ 16 alla BDI. Globalmente gli alessitimici hanno riportato un maggiore livello di distress psicologico rispetto ai non alessitimici. L'analisi delle correlazioni parziali hanno evidenziato intercorrelazioni significative tra la TAS-20 e sottoscale DIF/DDF, la BDI, la SCL-90-SOM e la RSES, mentre la sottoscala EOT correlava solo con la TAS-20 e le sottoscale DIF/DDF. I risultati di una regressione lineare multipla hanno mostrato che la sottoscala Difficoltà a Identificare i propri Sentimenti della TAS-20, la presenza di

lamentele somatiche (punteggi più alti alla SCL-90-SOM) e il sesso femminile erano associati a più elevati punteggi alla BDI. **Conclusioni.** L'alessitimia, le lamentele somatiche e i sintomi depressivi sembrano altamente correlati in adolescenza. Inoltre le femmine sembrano più vulnerabili allo sviluppo di sintomi depressivi rilevanti. Le implicazioni dello studio sono discusse nel poster così come le limitazioni dello studio stesso.

P16. Il rischio psicopatologico negli adolescenti vittime di esperienze psicotraumatiche precoci

Massimo Di Giannantonio, Maria Melissa Cornelio, Tiziano Acciavatti, Stefano Marini, Vito Infante, Domenico De Berardis, Giuseppe Di Iorio

Università G. D'Annunzio, Chieti

Scopo. Valutare se in soggetti vittime di traumi psichici infantili, un parametro quantitativo discreto, quale il Q.I. possa modulare l'espressione clinica dei disturbi psicopatologici (in particolare di ordine psicotico) successivamente manifestati.

Metodo. È stata passata in rassegna la documentazione fornita da vari servizi di NPI inerente 132 pazienti ospitati da una Comunità Terapeutica per minori. Per 20 di questi è stata riscontrata documentazione accertante l'evenienza di esperienze psico-traumatiche del tipo Trascuratezza/Abbandono antecedenti il 13° anno di vita e la diagnosi di un disturbo dello spettro psicotico. Tale campione è stato messo a confronto con un secondo gruppo di soggetti, omogeneo al primo per numerosità, età media di attribuzione della diagnosi e tipologia di esperienze psico-traumatiche, che si differenziava dal primo per l'assenza di una diagnosi del gruppo dei disturbi psicotici.

Risultati. Nel campione di soggetti psicotici, il 70 % avevano presentato diagnosi concomitante di Ritardo Mentale e i restanti un Q.I. normale. Inoltre tra i soggetti psicotici che esprimevano sintomatologia positiva il valore medio del Q.I. era di 63,6, contro un valore di 53,2 che costituiva la media del Q.I. tra i soggetti psicotici che, accanto al deficit intellettuale, manifestavano episodica

disorganizzazione ideocomportamentale ed ostilità. Dalle analisi statistiche relative il raggruppamento di adolescenti vittime di trascuratezza e abbandoni che hanno successivamente sviluppato disturbi psicotici si stima, con una fiducia dell'80%, che i punteggi del Q.I. alla WISC-R nella popolazione di riferimento si dovrebbero assestare su valori medi inferiori a 59,22. Dalle analisi statistiche relative il raggruppamento di adolescenti vittime di quel particolare tipo di traumi psichici che non hanno sviluppato disturbi psicotici si stima, con una fiducia dell'80%, che i punteggi del Q.I. alla WISC-R nella popolazione di riferimento si dovrebbero assestare su valori medi superiori a 69,6.

Conclusioni. L'associazione con un Q.I. medio più basso in coloro che avrebbero manifestato in seguito un disturbo psicotico, potrebbe essere spiegato dal fatto che un disturbo cognitivo precoce, influenzerebbe il modo in cui il soggetto struttura la realtà. A ciò conseguirebbe un'organizzazione del mondo interiore, specchio di quello esterno, frammentato e bizzarro, in cui più facilmente maturano costruzioni psicotiche. I risultati emersi, mostrano come opportuno, in una popolazione "tradizionalmente a rischio" come quella dei bambini affettivamente trascurati, l'andare alla ricerca, con adeguati strumenti, i soggetti più "vulnerabili" in senso psicotico. Questo al fine di mettere in atto tempestive e possibilmente efficaci misure di prevenzione primaria.

P17. Valutazione del grado di spiritualità/religiosità della popolazione sottoposta al trauma sismico.

Ida De Lauretis, Ilaria Santini, Rocco Pollice*, Rita Roncone*, Massimo Casacchia*

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria; *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila*

Introduzione. Molti studi hanno indagato il ruolo della religione come modalità di coping per affrontare le conseguenze di un evento traumatico, sembra infatti che le credenze religiose possano influenzare positivamente le risposte allo stress. La religione, infatti, può

rappresentare un fattore protettivo per persone la cui identità e vita sociale siano state danneggiate da eventi di tale portata. La preghiera, il supporto fornito dalla comunità religiosa e la fede in Dio sono stati identificati, da chi è sopravvissuto ad una catastrofe, come elementi utili per superare i momenti di sconforto, inoltre partecipare alle funzioni religiose e affidarsi alla preghiera sono state correlate con una maggiore serenità nella vita.

Scopo. Valutare il grado di religiosità in una popolazione di pazienti ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria di L'Aquila un anno e mezzo dopo il sisma del 6 Aprile 2009.

Metodo. Sono stati intervistati 23 soggetti, di cui 5 femmine e 18 maschi, con età media di 50 anni (ds+12,1), ricoverati consecutivamente presso il nostro SPUDC nel mese di Agosto 2010. Sono stati raccolti i dati demografici attraverso un'intervista semistrukturata, al fine di conoscere le condizioni abitative del campione nel periodo pre e post- sisma. La componente religiosa è stata valutata tramite un questionario composto da 12 items costruito "ad hoc", che ha permesso di indagare il rapporto individuale con la religione e quanto la fede e la pratica religiosa siano state di aiuto nell'affrontare momenti connotati da grave sofferenza e disagio.

Risultati. Il 74% dei soggetti valutati hanno vissuto direttamente il sisma del 6 aprile, l'81,3% risiedono attualmente a L'Aquila e di questi il 56,2% sono tornati a vivere nella propria abitazione, mentre il 43,8% abitano in alloggi provvisori assegnati nel post-sisma (Progetto C.A.S.E. e MAP). Nei mesi immediatamente successivi al terremoto solo il 12,5% è potuto rientrare nella propria abitazione, mentre il 47,5% è stato ospite in una delle tendopoli allestite nella città, e il 52,5% nelle strutture alberghiere della costa. Il 56,3% dei soggetti ha dichiarato di rivolgersi a Dio per superare i momenti di difficoltà, mentre il 50% riferisce di far ricorso alla preghiera e di recarsi in chiesa per alleviare le sofferenze. Il 37,5% ha inoltre riconosciuto di aver avuto maggiore desiderio di pregare dopo il sisma, mentre solo il 18,8% di aver avuto maggiore esigenza di andare in chiesa. Il 93,8% ha inoltre riportato che dare un senso alla vita

con ottimismo possa essere di aiuto per riprendere fiducia e speranza dopo una catastrofe. Solo il 12,5% dei soggetti pensa che il terremoto sia un segno di punizione da parte di Dio per il "cattivo" comportamento degli uomini.

Conclusioni. I risultati, seppur preliminari, sembrano avvalorare quanto già riscontrato in letteratura. Anche il nostro campione infatti, ha utilizzato la religione quale supporto per fronteggiare le difficoltà conseguenti una catastrofe naturale come il terremoto, trovando conforto nella preghiera e nella pratica religiosa e identificando soprattutto l'ottimismo e la speranza come risorse preziose per risollevarsi da un evento traumatico.

Bibliografia

- Gillard M, Paton D. Disaster stress following a hurricane: The role of religious differences in the Fijian Islands. *Australasian Journal of Disaster & Trauma Studies*, 1999; available at: http://www.massey.ac.nz/_trauma/issues/1999-2/gillard.htm. Accessed July 14, 2007.
- Kaplan Z, Matar MA, Kamin R, et al. Stress-related responses after 3 years of exposure to terror in Israel: are ideological-religious factors associated with resilience? *J Clin Psychiatry* 2005;66:1146-1154.
- Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, et al. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig* 1998;37:710-724.

P18. Presenza di rischio psicopatologico e stato di accudimento nei figli di pazienti psichiatrici

Gabriella Di Emidio, Marta Colatei, Rocco Pollice*, Rita Roncone*, Massimo Casacchia*
Scuola di Specializzazione in Psichiatria;
**Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi L'Aquila*

Scopo. Numerosi studi dimostrano l'associazione tra il rischio di sviluppare un disturbo psichiatrico e la storia familiare di malattie psichiatriche. Una situazione di abbandono e di trascuratezza nell'infanzia può determinare gravi disagi psicologici, problematiche emotive, deficit intellettivi, incapacità nel mantenere le relazioni con gli altri e il rischio di abuso di sostanze nell'adulto. Viene sottolineata la relazione tra il grado di attaccamento genitoriale e l'insorgenza di

patologie psichiatriche. Lo scopo dello studio è verificare la presenza di fattori di rischio psicopatologici e individuare disagi psico-comportamentali nei figli dei nostri pazienti.

Metodo. I pazienti che affluiscono presso il nostro Servizio S.P.U.D.C. e lo S.M.I.L.E. dell'Ospedale Civile San Salvatore dell'Aquila vengono valutati con la CGI-s (Clinical Global Impression-severity), la CGI-i (Clinical Global Impression-improvement), la VGF (Valutazione del Funzionamento Globale) e la PBI (Parental Bonding Inventory). Di seguito vengono valutati i figli maggiorenni e minorenni. I figli maggiorenni vengono sottoposti al: SPQ (Schizotypal Personality Questionnaire), la MDQ (Mood Disorder Questionnaire) e alla BSDS (Bipolar Spectrum Disorder Scale). Per i figli minorenni, effettuiamo un'intervista al familiare da noi osservato, chiedendogli il peso alla nascita, il rendimento scolastico, gli hobby e chi si prende cura di loro durante la degenza del familiare.

Risultati. Sono stati valutati 150 pazienti (64 M e 86 F; età media 46 anni; ds 2,2), presso lo SMILE e il S.P.U.D.C. dell'Ospedale S. Salvatore dell'Aquila, divisi in gruppi diagnostici: schizofrenico (SCH), affettivo-bipolare (BIP) e depressi (DP). È emerso che i pazienti SCH hanno ricevuto, nei primi sedici anni di vita un attaccamento non ottimale, caratterizzato da alta cura e alta iperprotettività o da bassa cura e alta o bassa iperprotettività. I figli valutati sono stati 118 (96 maggiorenni e 22 minorenni), 34%M e 66%F. I figli di pazienti SCH mostrano tratti schizotipici con compromissioni "cognitivo-percettive" e "interpersonali" (SPQ, 19,17 vs 10) maggiori rispetto ai figli dei pazienti bipolari e depressi. Per i figli di pazienti BIP emerge la presenza di fattori di rischio psicopatologico per un episodio maniacale (MDQ e BSDS, 8 e 18 vs vn 7 e 6). Inoltre, i figli dei pazienti SCH hanno un rendimento scolastico inferiore rispetto a chi ha genitori che soffrono di altre patologie psichiatriche. Per i minorenni si è visto che nella maggioranza dei casi è il genitore sano ad occuparsi di lui durante la degenza del genitore malato.

Conclusioni. In accordo con la letteratura, i figli di soggetti affetti da una patologia psichiatrica hanno un rischio di ammalarsi per la stessa patologia maggiore rispetto alla popolazione

generale. Si evidenzia un aumento del valore del SPQ totale con compromissione della sfera "cognitivo-percettiva" per i figli di pazienti SCH. Nei figli di genitori BIP si riscontra una maggiore predisposizione verso i sintomi maniacali (BSDS e MDQ). Di fronte ad un paziente affetto da disturbi psichici è fondamentale intervenire precocemente sui familiari di primo grado, valutando i fattori di rischio psicopatologico, in relazione con la situazione socio-ambientale. Nel caso di minorenni è necessario indagare il loro accudimento evitando situazioni di trascuratezza e abbandono. Dai nostri dati si evince, inoltre, come i pazienti affetti da psicosi schizofrenica hanno avuto un legame non ottimale con i genitori nei primi sedici anni di vita, caratterizzato in maggior misura da iperprotezione (con o senza cura).

Bibliografia

Alexei G et al., The association of child abuse and neglect with adult disability in schizophrenia and the prominent role of physical neglect, *Child Abuse & Neglect* 33 (2009) 618–624

Baldassano CF, Assessment tools for screening and monitoring bipolar disorder, *Bipolar Disorder* 2005: 7 (suppl. 1): 8-15

P19. L'esperienza del SPUDC dell'Aquila dopo il sisma del 6 aprile 2009: psicopatologia, reazione allo stress e coping nei pazienti ricoverati

Stefania Di Mauro, Rocco Pollice, Anna Maria De Paolis, Maurizio Giannangeli, Paolo Pomero, Rita Roncone, Massimo Casacchia

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione Universitaria, ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Scopo. Molti studi sono concordi nell'affermare che l'impatto di un disastro sullo stato di salute psicologico e psicosociale nelle vittime è grave sia a breve sia a lungo termine (1,2). Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare nei soggetti ricoverati presso il SPUDC dell'Aquila successivamente al sisma del 6 aprile 2009, lo stato psicopatologico, la presenza di una sintomatologia secondaria al sisma, le strategie di fronteggiamento adottate, le correlazioni tra le variabili considerate e la sintomatologia stessa.

Metodo. Sono stati arruolati 83 soggetti ricoverati consecutivamente presso il SPUDC dell'Aquila e valutati all'ingresso in reparto tramite colloquio clinico ed i seguenti test standardizzati: Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 (BPRS 4.0), Impact of Events Scale (IES), Positive And Negative Symptom Scale (PANSS), Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ), General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), Brief Cope (BC) ed un questionario specifico relativo all'esperienza del sisma.

Risultati. Il campione è stato suddiviso in due gruppi: esposti (ES) e non esposti (NES) al sisma. Alla BPRS e alla PANSS non sono emerse differenze tra i due gruppi. Il gruppo ES presentava valori maggiori rispetto al gruppo NES alla IES totale e in tutte tre le sotto-dimensioni ($p < 0,05$). Alla SASRQ non sono emerse differenze tra i due, pur presentando i soggetti ES valori maggiori alle sotto-dimensioni iperarousal e dissociazione. In entrambi i gruppi il GHQ-12 era > 20 , indicativo di un moderato grado di stress percepito. I soggetti ES avevano adottato strategie di fronteggiamento "positive" ("supporto strumentale", "affrontare operativamente" ed "accettazione"). All'interno del gruppo ES si è voluto indagare la presenza di eventuali correlazioni tra la sintomatologia presentata e diversi fattori di rischio ed è emerso che: le femmine presentavano valori più elevati sia alla IES sia alla SASRQ ($p > 0,05$). In base alla diagnosi, i soggetti con Depressione Maggiore avevano valori maggiori al GHQ-12 ($p < 0,05$), quelli con Schizofrenia alla IES presentavano valori più elevati alla dimensione evitamento e valori minori alla dimensione iperarousal. Valori maggiori alla sottodimensione iperarousal erano presenti nei soggetti ospitati presso i campi tenda ed in quelli la cui abitazione era inagibile ($p < 0,05$). I soggetti ricoverati ad Aprile presentano valori maggiori al GHQ rispetto a quelli ricoverati nei mesi successivi ($p < 0,05$), al contrario i valori alla IES tendono ad aumentare nei soggetti ricoverati nei mesi successivi. I maschi utilizzavano maggiormente come strategie di coping: ristrutturazione positiva e supporto strumentale ($p < 0,05$), i soggetti con Schizofrenia "disimpegno comportamentale" e "negazione".

Conclusioni. Dal nostro studio, in accordo con i dati presenti in letteratura, emerge la presenza di una importante sintomatologia ansiosa e di iperarousal nei soggetti esposti al sisma rispetto a quelli non esposti. Tale sintomatologia tende a peggiorare nel tempo, come dimostrano i valori alla IES. Fattori quali il sesso femminile, la diagnosi, l'inagibilità dell'abitazione e le strategie di coping impiegate sembrano essere variabili in grado di influenzare la sintomatologia presentata (3).

Bibliografia

1. Solomon SD, Davidson JR: Trauma: prevalence, impairment, service use and cost. *Journal Clin Psychiatry* 1997, 58 (suppl), 5-11
2. Kato H, Asukai N, Miyaka Y et al: Post-traumatic symptoms among younger and elderly evacuees in the early stages following the 1995 Hanshin-Awaji earthquake in Japan. *Acta Psychiatr Scand* 1996, 93, 477-481
3. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60 000 disaster victims speak: part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry* 2002;65:207–39

P20. La predizione della grave disabilità: uno studio di 12 anni di follow-up

Vittorio Di Michele

Azienda ASL di Pescara, Dipartimento di Salute Mentale, Centro di Salute Mentale Pescara Nord, Pescara

Scopo. Studiare il decorso e l'utilizzazione dei servizi territoriali e riabilitativi in un campione clinico di 50 utenti per un periodo di 12 anni

Metodo. Cinquanta persone affette da schizofrenia, sono stati consecutivamente arruolate nello studio e seguite, in maniera naturalistica, per 12 anni. Lo standard di cura era "as usual" basato sulle pratiche routinarie dell'epoca dello studio. L'arruolamento è iniziato nel 1998

Risultati. Il profilo clinico e di funzionamento generale misurato con la Life Skills profile, che predice con elevata accuratezza il decorso dei pazienti in misura clinicamente e statisticamente significativa.

Conclusioni. Lo studio dimostra la sostanziale paucità di risposte terapeutiche e riabilitative nei setting assistenziali dei servizi di salute mentale. Tale conclusione, derivata da uno studio nella regione Abruzzo, va confermato in altri setting geografici regionali e nazionali.

P21. Discrepanze nella qualità dei servizi per ricoveri per acuti in psichiatria nella Regione Abruzzo

Vittorio Di Michele

Azienda ASL di Pescara, Dipartimento di Salute Mentale, Centro di Salute Mentale Pescara Nord, Pescara

Scopo. Valutare le differenze qualitative e gli standard di accesso alle cure dei reparti psichiatrici per acuti, pubblici e privati della Regione Abruzzo.

Metodo. Sono stati utilizzati i report SDO validati dalla Regione Abruzzo e pubblicati su siti web istituzionali. Il numero totale di dimissione analizzate era di 4144 incorse nell'anno 2006 di cui 1267 provenienti da una Casa di Cura privata. Le variabili principali analizzate erano: Tasso di occupazione, percentuale di ricoveri ripetuti e inappropriati, percentuale di ricoveri urgenti, durata della degenza media.

Risultati. Lo standard qualitativo peggiore era carico delle strutture private che a fronte di una percentuale prossima allo zero di ricoveri urgenti, presentava bassi tassi di occupazione e elevati livelli di ricoveri inappropriati e breve durata media dei ricoveri, con valori inferiori alla media nazionale attesa.

Conclusioni. Lo studio dimostra la impellente necessità di un "governo" della domanda ed offerta dei posti letto per acuti con una sistematica valutazione qualitativa e degli standard di cura, al fine di rendere le cure in Regione eque e qualitativamente comparabili con la media nazionale.

P22. Gli esiti riabilitativi attraverso percorsi di inserimento lavorativo: una ricerca nel Meridione d'Italia

Walter Di Munzio, Giuseppina Salomone, Filomena Basile, Carmela Battipaglia, Rachele Sales, MonicaVeronicaEmanuela Taiani
DSM ASL Salerno - Ex ASL Salerno1

Scopo. La riabilitazione psicosociale attraverso programmi di inserimento lavorativo costituisce attività strategica dell'operatività dei nuovi servizi territoriali di assistenza psichiatrica successivi alla riforma.

Il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute ha affidato al Dipartimento di Salute Mentale dell'ex ASL Salerno¹ il progetto di ricerca "Implementare buone pratiche per interventi di integrazione sanitaria e sociale mirati a contrastare la non autosufficienza nelle persone con disabilità mentale", allo scopo di individuare le buone pratiche per favorire la costruzione di percorsi mirati a facilitare l'inserimento lavorativo delle persone portatrici di disagio psichico.

Intendiamo con il termine "buone pratiche" azioni che hanno avuto effetti positivi nel contesto di riferimento, che sono esportabili in altre realtà analoghe e che permettono, se adottate, la replicabilità di tali effetti positivi nel nuovo contesto.

In questo progetto sono stati coinvolti i seguenti centri:

- Area Coordinamento Socio - Sanitario dell'ex ASL Caserta 2
- Dipartimento Salute Mentale ASReM zona Campobasso
- Dipartimento Salute Mentale dell'ASL provinciale di Bari (ex AUSL Bari 3)

Metodo. Il progetto ha avviato un percorso che ha consentito di monitorare e confrontare esperienze di inserimento lavorativo svolte nei centri sovraccitati. Nei due anni di durata del progetto, iniziato a marzo 2008 e conclusosi a marzo 2010, si sono definiti percorsi, programmi di formazione, modelli organizzativi e di funzionamento. L'obiettivo generale del progetto è stato valutare, monitorare e diffondere quanti e quali sono gli effetti che i percorsi di inserimento lavorativo possono avere sulla qualità di vita, l'autonomia, la capacità di produrre, la partecipazione sociale, la riduzione delle crisi e sul carico assistenziale e familiare.

Risultati. Per valutare l'efficacia degli interventi si è tenuto conto di indicatori clinici, di esito e di performance. Si sono definite le forme organizzative più efficaci per favorire l'ingresso nel mondo del lavoro delle persone con disturbo psichico consentendo di:

- ridurre la variabilità dei percorsi e dei processi assistenziali
- fornire spunti per pianificare risposte adeguate ai bisogni dell'utenza

- ottimizzare l'assistenza nell'ottica del miglioramento continuo di qualità

Conclusioni. Miglioramento globale delle condizioni cliniche, della qualità della vita, del funzionamento personale e sociale dei pazienti.

P23. L'utilizzo del laboratorio letterario per l'aumento dell'assertività in pazienti con disturbi del comportamento alimentare: uno studio randomizzato controllato.

Sara Donelli¹, Maria Laura Chierici², Fulvio Arnone², Elena De Bernardis², Silvia Ferrari¹, Luca Pingani¹, Giovanni Zucchi², Giuliano Turrini², Marco Rigatelli¹

¹*Dipartimento ad attività integrata di Chirurgie Specialistiche Testa-Collo. Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.*

²*Ospedale Privato Villa Maria Luigia – Reparto per i Disturbi della condotta alimentare. Parma.*

Premesse. Il Social Skill Training è strutturato come terapia cognitivo-comportamentale per programmi di riabilitazione psichiatrica volti a sviluppare competenze sociali.

Scopo della ricerca. Verificare l'efficacia di un laboratorio letterario per l'aumento delle abilità assertive in pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare.

Materiali e metodi. 32 pazienti affetti da DCA e ricoverati presso il reparto per i Disturbi della Condotta Alimentare dell'Ospedale Privato Accreditato Villa Maria Luigia (Monticelli Terme – Parma) sono stati reclutati per il presente studio. Dei 32 pazienti 8 sono stati assegnati in modalità random al gruppo trattamento e 24 hanno proseguito il normale iter terapeutico. A tutti i pazienti è stata somministrata nella prima e nell'ultima settimana di ricovero la seguente batteria di test: Rathus Assertiveness Schedule (Rathus, 1973) e Test per la fluenza verbale (fonemica: Carlesimo et al., 1996; semantica: Novelli et al., 1997). Il laboratorio letterario è composto da 16 sedute di gruppo della durata di 45 minuti ciascuna e viene svolto una volta a settimana. Nelle sedute vengono affrontate tematiche di espressività tramite l'utilizzo della scrittura.

Risultati. Un significativo miglioramento delle abilità semantiche ($t=-5.60$; $p<0.01$ vs. $t=1.43$;

$p=0.17$), delle abilità fonetiche ($t=-3.66$; $p<0.01$ vs. $t=1.35$; $p=0.19$) e dell'assertività ($t=4.47$; $p<0.01$ vs. $t=0.94$; $p=0.93$) è stato osservato nel gruppo che ha partecipato al laboratorio letterario.

Conclusioni. Nel presente studio è stata evidenziata l'efficacia di un laboratorio letterario all'interno di un programma riabilitativo per pazienti affetti da disturbi dal comportamento alimentare: il miglioramento del linguaggio e delle abilità di comunicazione agiscono in modo significativo sui livelli di assertività del paziente.

P24. Gruppi per il miglioramento dell'atmosfera in reparto e la diminuzione di comportamenti aggressivi

Marianna Dosa, Alessandra Cavicchio*

Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università dell'Aquila;
**Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila*

Introduzione. Gestire le emozioni negative è difficile per la maggior parte di noi. Non tutti, riescono a vivere o a lavorare senza occasionalmente perdere il controllo delle proprie emozioni e comportarsi con aggressività.

In persone affette da disturbi mentali questo problema può essere ancora più importante a causa di deficit cognitivi, deficit dell'attenzione, deficit nella teoria della mente, disturbi del pensiero, difficoltà nel controllo degli impulsi.

Scopo. Scopo del lavoro è stato quello di verificare la riduzione di comportamenti aggressivi all'interno del SPUDC dell'Aquila e, di conseguenza, i miglioramenti dell'atmosfera in reparto a seguito di un intervento specifico volto all'insegnamento di abilità di comunicazione e di tecniche per la gestione dei comportamenti aggressivi indirizzato agli utenti ricoverati nel periodo novembre 2008-aprile 2009.

Metodo. L'intervento è stato effettuato applicando una versione modificata ed adattata al SPUDC dell'Aquila del modulo educativo elaborato da Falloon nel volume "Trattamento integrato per la salute mentale. Modulo: affrontare la rabbia e la frustrazione". I gruppi

di discussione per l'apprendimento di tecniche di gestione dell'aggressività, condotti da tecnici della riabilitazione psichiatrica, sono stati effettuati due volte a settimana e divisi in una parte teorica (di mattina) ed una pratica (di pomeriggio). La valutazione è stata effettuata attraverso la somministrazione (a tempo T0 e T1) dei seguenti strumenti: MOAS (scheda per la valutazione degli atti aggressivi); BPRS; Scheda di Classificazione dell'Atmosfera in reparto (strumento analogico in forma di semaforo). Sono stati coinvolti consecutivamente 75 utenti.

Risultati e Conclusioni. Dai dati emersi si evidenzia una riduzione statisticamente significativa nei punteggi relativi alla MOAS. La scheda di classificazione dell'atmosfera in reparto mostra un decremento statisticamente significativo dei punteggi relativi, mostrando un miglioramento dell'atmosfera sia dal punto di vista dei pazienti che degli operatori.

P25. Intervento neuropsicologico clinico nella riabilitazione dei pazienti schizofrenici: un approccio olistico

Roberta Famulari*, Maria Catena Quattropiani**

Dipartimento di Scienze Pedagogiche e Psicologiche, Fac. Scienze della Formazione, Università degli Studi di Messina

**Ricercatore di Psicologia Clinica, Dipartimento di scienze pedagogiche e Psicologiche, Università degli Studi di Messina; **Dottorando di Ricerca in Scienze Psicologiche, Università degli Studi di Messina*

Scopo. Progettazione e sperimentazione di un protocollo riabilitativo neuropsicologico, di gruppo, adattato per pazienti schizofrenici, dall'esperienza su pazienti con esiti di traumi cranio encefalici e sindrome disesecutiva (Ben-Yishay, 2006; Prigatano, 2005). L'obiettivo è il "rimedio" dei processi di auto-valutazione e di comprensione delle risposte cognitive, emotive e comportamentali e delle loro conseguenze sui vari aspetti della vita quotidiana.

Metodo. L'intervento è di gruppo (6-8 persone), con orientamento cognitivo-comportamentale verso i deficit cognitivi e metacognitivi. È prevista una modalità di

leadership, una di coaching ed un sistema di verifica multifeedback, le sessioni vengono videoregistrate e sottoposte all'esame critico dei pazienti. Preliminarmente è stato eseguito l'assessment su tre dimensioni: clinico-psicopatologica; neuropsicologica e funzionale tramite: BRIEF 4.0; PM'38; BADS; FLS; LSP. Per la valutazione dell'efficacia del trattamento saranno considerate, oltre alle precedenti dimensioni anche le correlazioni tra stile di Attaccamento, competenza Metacognitiva e qualità dell'Alleanza Terapeutica. A tal scopo sono stati usati i seguenti strumenti di valutazione: QMCS; BCIS; SAT; WAI. Infine è prevista un'analisi qualitativa, mediante il confronto delle videoregistrazioni riguardanti gli aspetti relativi alla comunicazione, relazione e comportamento. Dopo la fase preliminare seguono tre fasi: Training Cognitivo-Metacognitivo; Training Interpersonale; Training di Problem Solving. Una delle tecniche usate all'interno dei moduli è la "sedia che scotta" con un triplice scopo: acquisire consapevolezza delle proprie difficoltà; apprendere strategie di compensazione che guidano ad organizzare le proprie idee e ad arricchirle con adeguate sfumature emotive ed affettive; comunicare efficacemente i propri pensieri congruentemente agli aspetti pragmatici della comunicazione.

Risultati. Essendo il trattamento ancora in corso (3 mesi), da una preliminare analisi qualitativa effettuata tramite le videoregistrazioni (importante opportunità di confronto relazionale e di auto-verifica dei comportamenti e del loro impatto sul contesto sociale), emergono alcune tendenze significative verso un graduale cambiamento in positivo rispetto alla motivazione e al coinvolgimento. Sembrano altresì migliorate le funzioni attentive, le capacità di comunicazione e relazionali all'interno del gruppo.

Conclusioni. I dati emersi sembrano orientarsi verso l'acquisizione di una adeguata dimensione relazionale, attraverso una graduale riscoperta della comunicazione e del contatto emotivo instaurato tra i partecipanti.

P26. Il ruolo della psicoeducazione alla resilienza individuale e familiare nella gestione dei segni precoci di crisi dopo eventi traumatici

Marta Gallese, Silvia Cerasani, Angelo Nazzareno Gallese, Maria Federica Percossi, Angelo Gallese

Centro di Salute Mentale di Avezzano DSM Macroarea Avezzano-Sulmona-Castel di Sangro ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Gli autori riportano i risultati di un intervento psicoeducazionale rivolto ad un gruppo di utenti già in carico al CSM di Avezzano, effettuato dopo l'evento traumatico del terremoto dell'Aquila del 6/04/09 e programmato per soddisfare le richieste dei loro familiari-chiave (anche essi coinvolti nell'intervento) che avevano riscontrato segni precoci di crisi nei pazienti subito dopo il sisma.

Scopo. Fornire a pazienti e familiari strumenti necessari per attivare la propria resilienza, intesa come capacità innata di affrontare e superare le avversità della vita; Consentire, fidando nell'aiuto del familiare, la gestione dei segni precoci di crisi manifestati dai pazienti con lo scopo di prevenire eventuali ricadute; Diminuire il carico familiare.

Metodo. 10 utenti del CSM di Avezzano, rispettivamente 4 con diagnosi di Disturbo Psicotico Paranoideo, 4 con Disturbo Ossessivo-Compulsivo in comorbidità con Disturbo di Attacco di Panico, 2 con Disturbo Bipolare, in trattamento psicofarmacologico e psicologico e 8 loro familiari hanno partecipato ad incontri psicoeducazionali sulla resilienza, nel periodo giugno 2009 - agosto 2009.

Il programma, suddiviso in varie fasi, ha previsto una valutazione clinica iniziale, l'intervento psicoeducazionale (analisi del concetto di resilienza, promozione e rinforzo dei fattori protettivi di resilienza quali coping, empowerment, problem solving, creatività, speranza, spiritualità, ottimismo, gestione dei segni precoci di crisi), una verifica finale con follow-up a 3 mesi.

Strumenti di valutazione utilizzati: BPRS 4.0 (Morosini, Casacchia); Scheda dei Segni Precoci di crisi; Q.P.F.; materiale informativo-divulgativo sulla resilienza.

Risultati. I destinatari dell'intervento hanno manifestato un generale miglioramento delle loro capacità di autocontrollo, di coping, di problem solving.

In particolare, come evidenziato dalla variazione di punteggio della BPRS, i pazienti non hanno manifestato un peggioramento del proprio quadro clinico né hanno avuto necessità di ricoveri.

Nei familiari si è constatata una diminuzione del carico assistenziale, valutata mediante il Q.P.F.

Conclusioni. Gli autori sottolineano come un intervento psicoeducazionale sulla resilienza trova un razionale ed efficace utilizzo in alcuni pazienti psichiatrici che mostrano una riattivazione della sintomatologia dopo eventi catastrofici e/o fortemente stressanti, e nei loro familiari che vengono in tal modo ulteriormente sostenuti nella gestione del disturbo del loro congiunto.

P27. Creazione di un software per la valutazione dell'attività riabilitativa basato sull'osservazione di scale composte da indici chiave (key index): SVAROSKI

Anna Gandolfi¹, Luca Pingani¹, Fulvio Arnone², Maria Laura Chierici², Elena De Bernardis², Marco De Bernardis², Silvia Ferrari¹, Alessandro Mori¹, Giuliano Turrini², Marco Rigatelli¹

¹*Dipartimento ad attività integrata di Chirurgie Specialistiche Testa-Collo. Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

²*Ospedale Privato Accreditato "Villa Maria Luigia". Monticelli Terme, Parma*

Scopo della ricerca. Un database è un archivio di informazioni costruito in modo tale da consentire l'accesso e la gestione dei dati da parte di particolari applicazioni software ad esso dedicate. Scopo del presente studio è verificare la possibilità di analizzare l'attività riabilitativa mediante un modello quantitativo basato su scale e gestito da un'applicazione software.

Metodo. Il software oggetto di studio (SVAROSKI) è realizzato mediante un modello relazionale E-R che utilizza un'interfaccia utente gestita mediante MS-Access. I dati utilizzati come campione oggetto di studio sono

ricavati dai punteggi ottenuti dai pazienti del reparto neuro-psico-geriatrico-riabilitativo dell'Ospedale privato accreditato Villa Maria Luigia (Monticelli Terme-Parma) nello svolgimento delle attività giornaliere di tipo riabilitativo.

Le attività riabilitative analizzate comprendono: Fisioterapia; Psicomotricità, Terapia Occupazionale e Terapia d'Orientamento Reale. A tutti i pazienti viene inoltre somministrata nella prima e nell'ultima settimana di ricovero la seguente batteria di test: MMSE; MODA; BARTHEL INDEX; TINETTI.

Il software elabora i dati dei test insieme a quelli ricavati, ad ogni seduta, dalle scale per la valutazione riabilitativa.

Per ogni paziente vengono inoltre resi disponibili due tipologie di report grafici.

- andamento puntuale dei singoli item suddivise per aree tematiche;
- andamento globale delle tre scale di valutazione dell'attività riabilitativa (per la Fisioterapia si è mantenuta una scheda valutativa, in parte qualitativa, per esigenze del fisioterapista della struttura).

Risultati. Si è potuto constatare come il software permetta: 1) la rapida archiviazione dei punteggi ottenuti dai pazienti durante lo svolgimento delle attività riabilitative; 2) la consultazione in tempo reale dell'andamento del percorso terapeutico-riabilitativo; 3) il confronto dell'iterazione dei diversi interventi riabilitativi sul paziente.

Conclusioni. Il software SVAROSKY si propone come un utile strumento per l'analisi e la verifica dell'andamento del trattamento riabilitativo del paziente ricoverato. E' inoltre un utile strumento per l'elaborazione di report di sintesi del percorso riabilitativo.

P28. PTSD e stili di coping negli studenti esposti al terremoto dell'Aquila

Nataschia Giordani Paesani, Rocco Pollice*, Rita Roncone*, Massimo Casacchia*

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria, *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila*

Scopo. Molti autori associano il Terremoto, come disastro naturale, ad un aumento della prevalenza della morbilità di malattie psichiatriche come il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), anche nella popolazione giovanile.

Predittori di un PTSD, oltre che nell'esposizione, sono stati individuati nello stress percepito durante il terremoto, nella capacità di adattarsi alle diverse esigenze e di far fronte allo stress (coping), nella vicinanza all'epicentro e nella magnitudo. Inoltre, le più difficili condizioni di vita che si presentano in un post-terremoto, per esempio la perdita della propria casa, il decentramento della rete sociale (displacement), le perdite finanziarie, sono state associate ad una risposta più grave allo stress post-traumatico ed ad una cronicizzazione del disturbo nella popolazione giovanile (Giannopoulou et al. 2006; Asarnow J et al., 1999; Bal et al., 2003). Questo studio è stato condotto durante i 4 mesi successivi al terremoto del 6 aprile 2009 all'Aquila con lo scopo di esplorare le differenze nello sviluppo di un disturbo post-traumatico da stress (PTSD), di sintomi ansiosi, e gli stili di coping adottati tra un gruppo di studenti universitari esposto al terremoto ed un gruppo di studenti universitari non esposto allo stesso, ma entrambi i gruppi potenzialmente esposti agli stessi livelli di avversità post-terremoto.

Metodo. Lo studio include 140 studenti, con età media di 24,47 (ds 5,62) di cui 112 (80%) esposti e 28 (20%) non esposti al sisma, reclutati consecutivamente presso lo Sportello di Ascolto e Consultazione per gli Studenti (SACS) dell'Università degli Studi dell'Aquila. Tutti gli studenti sono stati sottoposti a screening attraverso l'utilizzo di scale standardizzate auto-compilate quali: General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), Specific Earthquake Experience Questionnaire (SEEQ), Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire

(SASRQ), Impact of Event Scale-R (IES-R), Brief-COPE.

Risultati. Il gruppo degli esposti, rispetto a quello dei non esposti al sisma, ha sperimentato una sofferenza post-traumatica di grado elevato, in termini di un maggior numero di sintomi legati ad un PTSD, soprattutto per l'avoidance ($p=0,016$) e ad una sintomatologia ansiosa, legata ad una reazione acuta allo stress, con prevalenza della componente dissociativa, nelle sottodimensioni "sintomi dissociativi" ($p=0,005$) e "amnesia" ($p=0,005$). e una maggior riduzione del funzionamento globale ($p=0,008$). Il 36,95% (17) dei soggetti esposti hanno avuto diagnosi di PTSD. Negli esposti gli stili di coping maggiormente utilizzati sono stati negazione ($p=0,000$), disimpegno comportamentale ($p=0,000$) ed umorismo ($p<0,05$). La religione ($p=0,037$) e l'uso di sostanze ($p=0,038$) come coping sono stati praticati soprattutto dagli studenti che hanno vissuto nelle tendopoli e che, quindi, hanno subito il decentramento della rete sociale. I maschi, inoltre, hanno adottato stili di coping quali umorismo ($p=0,050$), uso di sostanze ($p=0,005$) e disimpegno comportamentale ($p=0,081$).

Conclusioni. L'aver vissuto direttamente l'evento traumatico e l'aver percepito una forte minaccia durante lo stesso sono predittori, oltre che di uno stress acuto, anche dello sviluppo di una psicopatologia post-traumatica più grave. La presenza di efficaci strategie di coping personali risultano, invece, fattori di stabilità che possono aiutare i giovani a mantenere l'adattamento psicosociale durante gli eventi stressanti. Inoltre, la presenza nelle università di counseling psicologici atti a preservare la salute mentale degli studenti, potrebbero essere utili nella prevenzione di una psicopatologia post-traumatica nei giovani. Questi risultati sono discussi in relazione alla necessità di screening e di intervento a seguito di eventi catastrofici come il terremoto, nella popolazione studentesca come anche in quella generale.

Bibliografia

Asarnow J, Glynn S, Pynoos RS, Nahum J, Guthrie D, Cantwell DP, et al. When the earth stops shaking: earthquake sequelae among children diagnosed for pre-earthquake psychopathology. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 1999;38:1016-23

Giannopoulou I., Strouthos M., Smith P., Dikaiakou A., Galanopoulou V., Yule W. Post-traumatic stress reactions of children and adolescents exposed to the Athens 1999 earthquake. *European Psychiatry* 21 (2006) 160-166.

Bal S., Crombez G., Van Oost P., Debourdeaudhuij I. The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect* 27 (2003) 1377-1395

P29. Impatto del Sisma del 6 Aprile su una popolazione afferente presso il nucleo di Cure Primarie dell'Aquila

Natascia Giordani Paesani, Maurizio Malavolta, Rocco Pollice*, Paolo Evangelista**, Giorgio Nenna§; Rita Roncone*, Massimo Casacchia*
*Scuola di Specializzazione in Psichiatria; *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila; **Medico di Medicina Generale L'Aquila; §Farmacista Orsogna (Chieti)*

Scopo. Nel periodo immediatamente successivo ad un trauma, i sopravvissuti sono a rischio per sperimentare distress psicologici, che risultano essere predittori sia di malattie psichiatriche, quali il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), Depressione, Ansia, Disturbi del Sonno e Abuso di Sostanze (Hsu et al., 2002; Bodvarsdottir & Elklit, 2004), ma anche di patologie organiche, come la Sindrome Metabolica (SM), patologie cardiovascolari ed immunologiche (Heppner et al., 2009). Chrousos et al. (1998) hanno individuato una risposta neuro-endocrino-immunologica mal adattativa allo stress che predispone allo sviluppo di patologie psichiatriche, endocrine o autoimmuni. Il presente studio si propone di valutare la reazione allo stress post-traumatico in una popolazione sopravvissuta ad un terremoto di intensa magnitudo e di forte impatto sulla comunità. Abbiamo indagato nella popolazione suddivisa in tre gruppi, a seconda della collocazione post-sisma, le differenze nelle reazioni allo stress post-traumatico e la presenza di una morbidità psichiatrica in termini di PTSD e sintomi depressivi e le strategie di coping adottate.

Materiali e Metodo. Lo studio ha incluso 162 soggetti, con età media di 56,69 (ds 15,48), suddivisi in tre gruppi rispetto alla collocazione abitativa post-sisma: 30 soggetti (18,5%) sono

stati ospitati in hotel dell'Aquila o della costa, 22 (13,6%) nelle tendopoli allestite in città, mentre 110 soggetti (67,9%) hanno abitato da subito in casa (seconda casa di proprietà nella provincia dell'Aquila o sulla costa, casa in affitto fuori L'Aquila, ospite di parenti od amici). Tali soggetti sono stati reclutati presso l'UTAP di Collemaggio e sono stati sottoposti ad uno screening attraverso l'utilizzo di scale standardizzate auto-compilate quali: General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), Specific Earthquake Experience Questionnaire (SEEQ), Impact of Event Scale-R (IES-R), Self-rating Depression Scale (SDS) e Brief COPE.

Risultati. I soggetti che hanno vissuto i primi mesi del post-terremoto nei campi-tenda allestiti nella provincia dell'Aquila hanno sperimentato una sintomatologia post-traumatica più intensa rispetto a coloro che hanno vissuto da subito in casa, riportando valori più elevati al GHQ-12 ($p=0,026$) e alla SDS ($p=0,006$) con stili di coping quale "espressione" ($p=0,002$) maggiormente adottato in coloro che hanno vissuto nei campi-tenda rispetto a chi è stato in casa ($p=0,002$), e "accettazione" maggiormente adottato in chi ha vissuto in casa ($p=0,05$). Coloro che hanno trascorso il post-terremoto negli alberghi, rispetto a coloro che sono stati in casa, hanno maggiormente sperimentato sintomi, quali l'iperarousal ($p=0,05$) e l'evitamento ($p=0,05$), con coping quali umorismo ($p=0,024$) e supporto emotivo ($p=0,007$). Il 15,21% della popolazione ha ottenuto una diagnosi di PTSD, mentre il 29,6% ha manifestato una sintomatologia depressiva al di sopra della soglia.

Conclusioni. Dal nostro studio si evidenzia come l'aver vissuto negli alberghi durante i primi mesi successivi al terremoto abbia contribuito allo sviluppo di una più intensa sofferenza post-traumatica in termini di sintomi ansiosi, come iperarousal ed evitamento. Sintomi depressivi ed alti livelli di stress percepiti si sono riscontrati invece in coloro che sono stati dislocati nei campi-tenda. Pertanto risulta necessario intervenire su tale popolazione al fine di instaurare trattamenti adeguati e tempestivi che possano evitare il peggioramento della sintomatologia post traumatica e le complicità ad essa associate,

al fine di prevenire anche l'insorgenza di patologie fisiche facilitate dallo stress.

Bibliografia

Bodvarsdottir I, Elklit A. Psychological reactions in Icelandic earthquake survivors. *Scand J Psychol* 2004;45(1):3-13

Chrousos GP. Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptive response. The 1997 Hans Selye Memorial Lecture. *Ann N Y Acad Sci* 1998, 851:311-335.

Heppner SP, Crawford EF, Haj UA, Afari N, Hauger RL, Dashevsky BA, Horn PS, Nunnink SE, Baker DG. The association of posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: a study of increased health risk in veterans. *BMC Medicine* 2009, 7:1

Hsu CC, Chong MY, Yang P, Yen CF. Posttraumatic stress disorder among adolescent earthquake victims in Taiwan. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 2002;41:875-81.

P30. Progetto MORES: una valutazione clinica e psico-sociale di pazienti psichiatrici inseriti in strutture residenziali a Modena

Angela Guarini*, Chiara Malorgio*, Marta Puviani**, Vittorio Laviola*, Marisa Rossetti*, Sara Querci*, Simona Biagi*, Nadia Marchesini*, Francesco Romeo*, Elena Sirotti*, Nicoletta Scaltriti*

**Dipartimento di Salute Mentale, Ausl Modena, Modena*

***Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, Università di Bologna, Bologna*

Scopo. Il progetto MORES è uno studio naturalistico che valuta gli esiti clinici, psicosociali e d'interazione col servizio in due gruppi di pazienti inseriti in Strutture Residenziali del Percorso-Casa di Modena caratterizzate da una differente intensità di cura. Promuove l'utilizzo di strumenti standardizzati come parte integrante dell'attività clinica di routine.

Metodo. La valutazione viene effettuata secondo un modello multidimensionale che considera più aree di esito (psicopatologia, disabilità, bisogni di cura, qualità della vita, soddisfazione verso il servizio, empowerment, clima della struttura) e una prospettiva multiassiale che esamina i punti di vista di coloro che partecipano al processo di cura (operatori, pazienti, familiari).

Il campione è costituito da 30 pazienti inseriti in appartamenti protetti (A) e 19 pazienti ospitati in comunità (C). Sono state somministrate interviste semi-strutturate (BPRS, GAF, DAS-II,

CAN) e scale di auto-valutazione (LQL, VSSS, SESM, COPEs). La ricerca prevede somministrazioni ogni 6 mesi. I due gruppi sono stati confrontati con il test ChiQuadrato e il test U di Mann-Whitney. Si è ritenuto accettabile un livello di significatività pari a $p < 0.05$.

Risultati. Il campione ha mostrato una complessiva omogeneità per le caratteristiche socio-demografiche e cliniche. Le diagnosi prevalenti rientrano nello spettro schizofrenico (84%). I due gruppi presentano una sintomatologia di grado medio-lieve (BPRS: A=2,13±0,90; C=2,18±0,75); un basso funzionamento globale (GAF: A=45,63±15,82; C=37,91±10,85); elevati bisogni di cura (CAN: A=7,48±2,80; C=7,26±3,75), la maggior parte dei quali soddisfatti (A=5,79±2,01; C=5,74±2,88); un modesto livello di empowerment (A=64,90±4,69; C=65,73±5,99). La qualità della vita percepita risulta bassa (LQL: A=4,27±0,83; C=4,06±0,83); la soddisfazione verso l'assistenza ricevuta è limitata (VSSS: A=3,18±0,61; C=3,00±0,87). In tutte gli ambiti indagati non si evidenziano differenze significative tra i due gruppi.

L'atmosfera delle strutture è positiva per gli elementi di tipo organizzativo, ma carente nelle dimensioni interpersonali; tuttavia sono emerse differenze significative tra appartamenti e comunità nelle aree relative al supporto, rabbia e aggressività, ordine e organizzazione.

Conclusioni. I risultati della ricerca costituiscono elementi chiave per la pianificazione dell'attività dei Servizi che dalla Riforma 180/78 dovrebbero garantire non solo un buon compenso clinico, ma anche la riabilitazione e l'integrazione dell'utenza nella comunità locale.

Gli esiti clinici e psicosociali del campione valutato suggeriscono una maggiore strutturazione dell'intervento riabilitativo, focalizzando l'attenzione sugli ingredienti specifici del trattamento, quali tecniche ad orientamento cognitivo-comportamentale (problem-solving, psicoeducazione...) la cui efficacia è documentata da numerosi studi.

Bibliografia

Lasalvia A. & Ruggeri M. (2003). L'esito della schizofrenia. Gli studi internazionali e i dati italiani. Centro Scientifico Editore: Torino.

P31. Valutazione del funzionamento personale e sociale in utenti accolti in Unità di Riabilitazione Psichiatrica ed in Day-Hospital presso la Casa di Cura S. Anna di Crotone

Stefania Laratta

Casa di Cura Istituto S. Anna, Crotone

Scopo. Valutazione dell'efficacia del progetto riabilitativo individuale e monitoraggio del livello di funzionamento ogni 15 giorni, allo scopo di attuare un programma riabilitativo individualizzato e di modificarlo nel corso del tempo, in utenti afferenti presso la Casa di Cura S. Anna di Crotone nell'arco di 2 anni.

Metodo. Compilazione scala di monitoraggio del Funzionamento Personale e Sociale, in parte derivata dal V.A.D.O. (Morosini e coll., 1998) (punteggi da 0, pessimo funzionamento sociale, a 60, ottimo funzionamento sociale).

Il campione considerato è costituito da 416 ricoveri nell'Unità di Riabilitazione Psichiatrica ed in Day-Hospital relativi agli anni 2007-2008-2009, di cui 252 femminili e 164 maschili (età media di 46 anni). L'84% dei ricoveri era di tipo ordinario, mentre il restante 16% in Day-hospital. Il 42 % dei pazienti era al primo ricovero presso la nostra Unità, contro il 58% di soggetti al secondo o più ricovero. Le diagnosi sono state suddivise in quattro gruppi principali: disturbi psicotici 38%, disturbi dell'umore 35%, disturbi d'ansia 11%, disturbi di personalità 10%, altro 5%.

La media dei punteggi alla scala somministrata in entrata era di 29.68 relativa ad un livello medio di disabilità. Il punteggio medio in uscita era, invece, di 38.38, con un miglioramento del funzionamento sociale. La durata media della degenza è stata di circa 60 giorni.

Risultati. L'analisi dei dati della scala di monitoraggio evidenzia come, dopo un periodo di riabilitazione, si produca un significativo miglioramento del funzionamento personale e sociale, con un delta di miglioramento del 29.32% per i ricoveri ordinari e di 4.68% per quelli in day-hospital.

Conclusioni. Il miglioramento nei punteggi in uscita rispetto a quelli in entrata indica come un intervento multidisciplinare (farmacologico, psicoterapico ed educativo) produca evidenti risultati clinici sui pazienti in riabilitazione. Nello specifico, l'inserimento di

un'adeguata terapia farmacologica, il supporto psicoterapico e la partecipazione alle attività riabilitative (esercizi assistiti in piscina, laboratori creativi, corso d'informatica, gruppo di discussione, gruppo giornale, etc) sembra determinare un evidente miglioramento clinico e di funzionamento personale e sociale.

Il ridotto miglioramento in regime di day hospital può essere interpretato in due modi. Innanzitutto, la degenza nella struttura prevede un trattamento più intensivo e continuativo. In secondo luogo, i pazienti accedono al day-hospital dopo la degenza ordinaria, al fine di garantire un reinserimento assistito nel contesto d'appartenenza. Per tale ragione essi hanno punteggi d'entrata maggiori, relativi a disabilità minima, e quindi possibilità di miglioramento minore.

P32. Il ruolo della coesione di gruppo e dell'alleanza terapeutica nel predire l'esito di una psicoterapia ad orientamento gruppoanalitico a tempo limitato. risultati preliminari.

Vittorio Lenzo*, Maria Teresa Gargano**, Maria Catena Quattropani***

Dipartimento di Scienze Pedagogiche e psicologiche-Università degli Studi di Messina

**Psicologo. Dottorando di ricerca in Scienze psicologiche, Università degli Studi di Messina.*

***Psicologo e psicoterapeuta di gruppo. Dottore di ricerca in Psicologia, Università degli Studi di Palermo.*

****Ricercatore confermato in Psicologia clinica, Università degli Studi di Messina.*

Scopo. Tra i fattori di processo più indagati dalla ricerca empirica in psicoterapia di gruppo vi sono l'alleanza terapeutica e la coesione di gruppo, in virtù del loro ruolo di variabili predittive rispetto all'esito del trattamento (Colijn, Hoencamp, Sniijders, Van der Spek, & Duivenvoorden, 1991; Crouch, Bloch, & Wanlass, 1994; Horvath & Bedi, 2002; Kipnes, Piper, & Joyce, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000). Tuttavia, la complessità teorica dei due costrutti ha creato non pochi problemi con la conseguenza che ad oggi sono presenti più definizioni concettuali, spesso anche distanti tra loro. Secondo alcuni autori il concetto di

coesione nelle terapie di gruppo è per molti analogo a quello di alleanza terapeutica nelle terapie individuali (Joyce, Piper, Ogrodniczuck, 2007). Ad ogni modo, la letteratura teorico clinica evidenzia come nelle terapie di gruppo sia basilare favorire lo sviluppo della coesione, in particolare nei trattamenti brevi e/o a tempo limitato (MacKenzie, 1997; Costantini, 2000). Parallelamente, però, pochi studi hanno esaminato in modo empirico le relazioni tra coesione e alleanza e il loro ruolo nell'esito della terapia (Joyce, Piper, & Ogrodniczuck, 2007), ottenendo risultati non univoci. Sulla base di queste considerazioni, in questo lavoro si è verificata empiricamente la relazione tra due variabili processuali, ovvero l'alleanza terapeutica e la coesione di gruppo, con l'esito a 6 mesi di una terapia di gruppo ad orientamento gruppoanalitico.

Metodo. Partecipanti. Un gruppo a termine per giovani adulti effettuato in un Centro di Salute Mentale a cadenza settimanale. Il gruppo è composto da pazienti con diagnosi diverse e in alcuni pazienti anche in condizioni di comorbidità.

Procedure. Lo studio adotta un disegno naturalistico del tipo single-case, centrato sull'osservazione longitudinale del trattamento. Sono stati presi in esame i primi 6 mesi di terapia. Si è proceduto ad effettuare un'analisi delle correlazioni (rho di Spearman) tra GMLCS, CALPAS e SCL-90-R. I dati sono stati processati con SPSS (V.10; SPSS Inc, 1999).

Strumenti. Valutazione di processo (3 rilevazioni successive a distanza di 2 mesi l'una dall'altra)

- Group/Member/Leader Cohesion Scale (GMLCS) (Piper, Jones, Lacroix, Marrache, Richardson, 1984);

- California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS) (Marmar et al., 1986; 1989; 1989a; Gaston, 1991; Gaston & Marmar, 1994).

Valutazione di esito (1 rilevazione pre-trattamento e 1 post-trattamento)

- Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (Derogatis, 1983).

Risultati. Rispetto all'SCL-90, il GSI (indice globale di severità del paziente) misurato dopo 6 mesi di trattamento presenta correlazioni significative solo con alcune sottoscale della GMLCS che riguardano il rapporto con il

terapeuta. Nello specifico il GSI presenta una correlazione positiva con la sottoscala: Qualità positive del terapeuta (relativa alla prima rilevazione) 0,778 (*); e una correlazione negativa con la sottoscala Compatibilità personale (relativa alla seconda rilevazione) - 0,857(*).

Il GSI (indice globale di severità del paziente) misurato dopo 6 mesi di trattamento presenta una correlazione negativa solo con la sottoscala della CALPAS: Capacità di lavoro del paziente (relativa alla seconda rilevazione) -0,811(*). Sembra che la presenza di un livello sintomatologico grave interferisca maggiormente con la capacità di lavoro del paziente.

Conclusioni. I risultati sembrano confermare che l'esito sintomatologico, dopo 6 mesi, è maggiormente legato all'alleanza e a variabili che caratterizzano la persona del terapeuta, valutate all'inizio del trattamento. Rileviamo dunque che l'esito a sei mesi non è associato al livello di coesione vissuto nei confronti del gruppo. Riteniamo verosimile che la coesione di gruppo possa rappresentare un fattore di mediazione, ovvero che faciliti la costruzione di altri fattori più direttamente collegati all'esito, come l'alleanza terapeutica.

P33. Un modello di intervento psicoeducativo familiare breve per pazienti con disturbi mentali gravi ricoverati in SPDC: uno studio pilota

Mario Luciano, Valeria Del Vecchio, Domenico Giacco, Corrado De Rosa, Daniela Michela Fabrazzo, Andrea Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Scopo. Gli interventi psicoeducativi familiari sono particolarmente utili nel ridurre il numero di ricadute, migliorare le relazioni tra utente e familiari, e promuovere una migliore qualità di vita, dei pazienti con disturbi mentali gravi e dei loro familiari.

L'intervento presentato, di matrice cognitivo-comportamentale, si propone di: a) favorire il rientro a casa dei pazienti con disturbi mentali gravi ricoverati in SPDC; b) ridurre il numero di ospedalizzazioni; c) migliorare il clima familiare.

Metodo. Il trattamento prevede 5 sedute su: 1) aggancio del nucleo familiare; 2) valutazione individuale e familiare; 3) miglioramento delle abilità di comunicazione carenti; 4) sviluppo di strategie di problem solving; 5) gestione dei segni iniziali di crisi e/o di situazioni potenzialmente difficili. Ogni seduta ha una durata di circa 60 minuti a cadenza bisettimanale.

L'intervento è stato somministrato ai pazienti con disturbo mentale grave ricoverati presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN nel periodo compreso tra marzo e luglio 2010, di età compresa tra 18 e 65 anni, con almeno un familiare convivente di età compresa tra 18 e 70 anni. Ciascun nucleo familiare è stato valutato 3 volte (prima dell'inizio dell'intervento, alla fine dell'intervento e 1 mese dopo).

Risultati. Al momento sono stati reclutati 10 nuclei familiari, di cui uno ha rifiutato di portare a termine l'intervento. Il campione ha un'età media di 22 anni, con una prevalenza del sesso femminile (60%). Il 40% ha una diagnosi di schizofrenia paranoide, il 20% di disturbo bipolare tipo I, il 30% di disturbo depressivo maggiore ed il 10% di disturbo ossessivo-compulsivo. Sebbene prima del trattamento i pazienti avevano avuto in media due ricoveri, nel mese successivo all'intervento nessun paziente è stato riammesso in ospedale. Inoltre, i familiari hanno riferito un sostanziale miglioramento del clima familiare e della partecipazione del paziente alle attività comuni.

Conclusioni: I risultati preliminari evidenziano che questo intervento, facilmente realizzabile rispetto ad altri interventi più strutturati, può essere molto utile nella gestione delle dimissioni dei pazienti con disturbi mentali gravi, favorendo il loro reinserimento nella vita familiare e sociale.

P34. Pathways to care e durata di psicosi non trattata in un campione di pazienti con schizofrenia

Mario Luciano, Domenico Giacco, Vera Vinci, Valeria Del Vecchio, Corrado De Rosa, Andrea Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Scopo. Questo studio si propone di indagare i percorsi di cura, la durata di psicosi non trattata (DUP) e la durata di malattia non trattata (DUI) in un campione di pazienti con schizofrenia di età compresa tra 14 e 35 anni.

Metodi: Sono stati reclutati 29 pazienti, di sesso maschile nel 62% dei casi, con un'età media di 28.8 (± 4.7) anni. L'esordio della sintomatologia, avvenuto in media a 22.3 (± 5.4) anni, è caratterizzato, in più della metà dei pazienti, da sintomi negativi, comportamenti bizzarri e ideazione delirante di tipo persecutorio. Nei primi tre anni dall'esordio del disturbo, il 27% dei pazienti ha tentato il suicidio almeno una volta, il 35% è stato ricoverato in un reparto psichiatrico, il 28% ha ricevuto un trattamento sanitario obbligatorio, il 45% faceva uso di sostanze psicotrope d'abuso.

Risultati. La DUI e la DUP erano di 162.6 (± 150) e di 35.5 settimane (± 58.2) rispettivamente. Il primo contatto sanitario è avvenuto nel 38% dei casi con un medico di medicina generale, nel 35% con uno psichiatra, nel 14% con uno psicologo e nel 14% con un neurologo. L'86% dei pazienti ha ricevuto un trattamento farmacologico, in mono o in poli-terapia. Il 72% dei pazienti è stato trattato con farmaci antipsicotici, il 48% con ansiolitici, il 35% con antidepressivi, il 17% con stabilizzatori dell'umore.

Conclusioni. Questi dati evidenziano l'importanza di formare gli operatori sanitari non specialisti, come i medici di medicina generale, i neurologi e gli psicologi nel riconoscimento e nella diagnosi del primo episodio psicotico. Inoltre la DUI e la DUP potrebbero essere ridotte mediante campagne di sensibilizzazione e di informazione sui disturbi mentali gravi rivolte alle popolazioni a rischio.

P35. Efficacia dell'intervento psicoeducativo familiare secondo Falloon nel Disturbo Bipolare tipo I

Mario Luciano, Valeria Del Vecchio, Andrea Fiorillo, Claudio Malangone, Corrado De Rosa, Domenico Giacco, Vera Vinci, Heide Gret Del Vecchio, Francesco Bardicchia, Massimiliano Piselli, Sonia Iapichino, Camillo Avino, Gianluca Figliolia, Debora Lampis, Dorothy Carlesi, Annamaria Moroni, Nella Feliziani, Emanuele Orlandi, Anna Graziani, Cristina Baronessa, Rita Pescosolido, Alessandra Befani, Silvia Biondi, Emiliana Bonanni, Filomena Di Iorio, Barbara Caboi, Giuseppina Ciampini, Luisa De Falco, Orietta Lucci, Antonio Riva, Valeria Uderzo, Mario Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Scopo. È stato ipotizzato recentemente che gli interventi psicosociali di provata efficacia, come l'intervento psicoeducativo familiare, potrebbero ridurre le ricadute di malattia nel disturbo bipolare I (attualmente, circa il 60% dei pazienti in terapia farmacologica a lungo termine ha almeno 1 recidiva in due anni). Questo effetto potrebbe essere dovuto a: 1) riduzione dei livelli di carico familiare; 2) miglioramento del funzionamento sociale del paziente e dei suoi familiari; 3) decorso più favorevole della malattia. Attualmente, però, mancano studi randomizzati controllati che abbiano dimostrato l'efficacia di questo intervento nella pratica clinica.

Lo studio, coordinato dal Dipartimento di Psichiatria SUN e finanziato dal Ministero della Salute, ha inteso valutare l'efficacia dell'intervento psicoeducativo familiare per il disturbo bipolare tipo I. L'intervento, sviluppato secondo le linee-guida di I. Falloon, comprende: a) valutazione clinica e socio-ambientale del paziente e dei suoi familiari; b) raggiungimento di obiettivi individuali per ciascun membro del nucleo familiare; c) sedute informative sul disturbo bipolare, sui trattamenti farmacologici, sul riconoscimento dei segni iniziali di crisi e sul rischio suicidario; d) regolarizzazione degli stili di vita e dell'umore; e) sedute sulle abilità di comunicazione; f) sedute sul problem solving.

Metodo. Lo studio è attualmente in fase di svolgimento in 11 centri di salute mentale italiani. In ciascun centro, è prevista la partecipazione di 16 famiglie di utenti con disturbo bipolare tipo I, con un'età compresa tra 18 e 65 anni, in carico al DSM da almeno 3 mesi, con almeno un episodio affettivo negli ultimi 3 anni, con almeno 1 familiare convivente non affetto da disturbi fisici o mentali gravi. Le famiglie sono assegnate in maniera randomizzata al gruppo trattato con l'intervento psicoeducativo familiare o al gruppo di controllo, che riceve il trattamento standard.

Tutti i pazienti e i familiari coinvolti nello studio sono valutati a T0, a 6 e a 12 mesi dall'inizio dell'intervento con strumenti di misura clinici, sociali e demografici precedentemente validati.

Risultati. Al momento, sono state reclutate 86 famiglie, di cui la metà in trattamento con l'intervento psicoeducativo familiare. Un solo paziente trattato ha presentato una ricaduta clinica tale da indurre la sospensione dell'intervento. I familiari hanno riportato un miglioramento generale del clima domiciliare ed una riduzione dei livelli di carico.

Conclusioni: Sulla base di questi risultati, sarebbe auspicabile una maggiore diffusione di quest'intervento nel trattamento dei pazienti con disturbo bipolare tipo I, sebbene debbano ancora essere esplorate le variabili che possono condizionarne l'utilizzo.

P36. Esiti di un intervento psicoeducazionale e di supporto psicologico su una popolazione rurale colpita dal terremoto del 6 aprile 2009

Maurizio Malavolta, Natascia Giordani Paesani, Rita Roncone*, Rocco Pollice*, Massimo Casacchia*

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria; *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila*

Introduzione. Il terremoto del 6 aprile 2009 che ha colpito l'Abruzzo, e in particolar modo L'Aquila e la sua provincia, ha rappresentato un'esperienza traumatica per tutta la popolazione del luogo (circa 100.000 abitanti), ivi compresi gli operatori sanitari. Nel territorio montano del "COM 6", meno colpito dal sisma,

perché distante dall'epicentro, distruzione e perdite umane sono state più contenute. Nonostante questo, molte case sono dichiarate inagibili ed alcuni centri storici non sono ancora totalmente accessibili. In quest'area, l'intervento di una nostra équipe si è dimostrato particolarmente utile vista la insufficiente copertura da parte di personale psichiatrico, psicologico e psicosociale.

Scopo. Nel mese di maggio 2009 è stato stipulato un protocollo di intesa tra la ASL dell'Aquila e l'associazione umanitaria Medici Senza Frontiere (MSF). La finalità è stata quella di rispondere ai bisogni di "salute mentale e psicosociale" della popolazione, vista l'importanza di potenziare e supportare i servizi sanitari già esistenti. Tale progetto, conclusosi a fine luglio 2009, ha interessato il territorio del COM 6, noto come "Comunità Montana Campo Imperatore-Piana di Navelli", distretto geograficamente piuttosto ampio che comprende diversi comuni montani della provincia dell'Aquila.

Metodo. Durante i 3 mesi di attività del progetto si è consolidata la coordinazione tra i seguenti servizi: il Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura dell'Aquila (SPUDC), il Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani (SMILE), il Distretto Sanitario di Base di Barisciano (DSB AQ2), i Sindaci dei comuni montani e l'Organizzazione medico-umanitaria non governativa "MSF". Una nostra équipe ha svolto interventi su un piano clinico (incontri di gruppo e colloqui individuali), psicosociale e preventivo (materiale informativo). Nello specifico, attraverso incontri a cadenza settimanale, è stato svolto un intervento di psicoeducazione cognitivo-comportamentale sulla gestione dello stress e sui sintomi ansiosi correlati all'evento sismico, secondo il metodo di Andrews

Risultati. Hanno partecipato al progetto 34 soggetti (25 F e 9 M). Un piccolo numero proveniva da L'Aquila, in seguito a trasferimento nella seconda casa. Questi ultimi sono risultati maggiormente colpiti dall'evento traumatico, per aver sperimentato il terremoto nella sua massima intensità o subito delle perdite. La prevalenza femminile conferma

quanto evidenziato già in altri progetti, cioè che le donne rispondono maggiormente degli uomini a programmi di supporto psicologico. E' stata riscontrata, da un punto di vista clinico, una moderata sintomatologia panico-fobica (tensione, irritabilità, stato confusionale, stordimento, paura di rimanere all'interno della propria abitazione specie durante le ore notturne) e affettiva (demoralizzazione, perdita di speranza, sentimento di impotenza, inadeguatezza, insonnia). Le persone "sfollate", direttamente esposte all'evento traumatico, hanno mostrato prevalentemente sintomi di ansia acuta e probabile PTSD: ricordi persistenti o reviviscenza dell'agente stressante, evitamento delle circostanze associate al trauma, incubi ricorrenti, iper-arousal.

Conclusioni. Il nostro intervento ha accompagnato e supportato le persone nel passaggio attraverso diverse fasi, come la vita nel campo, la chiusura delle tendopoli e il rientro a casa, il riprendere una vita "normale" e i progetti per il futuro. La valutazione effettuata attraverso la Impact of Event Scale-R (IES-R) e la Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ) ha mostrato la presenza di un traumatismo di livello medio-lieve. Anche la valutazione clinica ha confermato la presenza di disturbi sostanzialmente non gravi, se confrontati con l'evento traumatico; a differenza invece della sindrome di ripetizione che si manifesta in modo incisivo nel campione analizzato, unitamente ad una ansietà generale e stato di allerta. Questi risultati potrebbero essere dovuti a diversi fattori: perdite umane e danni fisici limitati, intervento tempestivo dei soccorsi, rapida sistemazione in tendopoli senza allontanare le persone dai propri luoghi di origine, ma anche l'operatività di "centri di ascolto" istituiti con lo scopo di offrire sostegno psicologico alla popolazione colpita.

P37. Alessitimia e rischio suicidario in pazienti affetti da schizofrenia: risultati preliminari di uno studio longitudinale

Viviana Marasco¹, Domenico De Berardis¹⁻², Daniela Campanella¹, Nicola Serroni¹, Tiziano Acciavatti¹⁻², Mario Caltabiano¹, Luigi Olivieri¹, Gabriella Rapini¹, Alessandra Cicconetti³, Alessandro Carano⁴, Raffaella La Rovere⁵, Giuseppe Di Iorio², Francesco Saverio Moschetta¹, Massimo Di Giannantonio²

¹*Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo*

²*Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio", Chieti*

³*Dipartimento Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "S. Liberatore", Atri (TE)*

⁴*Dipartimento Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "C. G. Mazzoni", Ascoli Piceno*

⁵*Istituto Psicosociale "S. Francesco", Vasto Marina (CH)*

Scopo. Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare la prevalenza dell'alessitimia, i suoi correlati psicopatologici e il rischio suicidario in un campione di pazienti con diagnosi secondo il DSM-IV di schizofrenia paranoie valutati al tempo T0 e dopo un anno.

Metodo. A tal fine è stato preso in considerazione un campione di 30 soggetti (15 maschi e 15 femmine) affetti da schizofrenia paranoide testati con le seguenti scale di valutazione: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), Scale for Suicidal Ideation (SSI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Risultati. Sono risultati positivi alla TAS-20 (punteggi ≥ 61), quindi alessitimici, 11 soggetti pari al 36.7% del campione. Al tempo T0, il confronto tra soggetti alessitimici e non ha mostrato che questi ultimi riportavano punteggi maggiori alla SANS, SSI e CDSS rispetto ai soggetti non alessitimici. A un anno di distanza, è stato osservato un miglioramento globale di tutte le scale di valutazione, mentre i

punteggi della TAS-20 sono rimasti sostanzialmente invariati così come la prevalenza globale di positività alla TAS-20. L'ideazione suicidaria sia al T0 che dopo un anno è risultata correlata ai punteggi alla TAS-20 e alla CDSS.

Conclusioni. L'alessitimia in schizofrenia sembra essere correlata all'aumentato rischio suicidario e alla presenza di sintomi depressivi indipendentemente dai sintomi positivi o negativi. L'alessitimia mostra una stabilità nel corso del tempo, indipendentemente dal miglioramento sintomatologico. In ogni caso, i risultati sono preliminari e le limitazioni dello studio devono essere considerate.

P38. Analisi fMRI mediante un paradigma di priming affettivo nel Disturbo Post-Traumatico da Stress

Monica Mazza¹, Alessia Catalucci², Melania Mariano¹, Maria Chiara Pino¹, Simona Tripaldi¹, Fabrizio Fasano², Rita Roncone¹, Massimo Gallucci²

¹*Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila*, ²*Servizio di Neuroradiologia, ASL L'Aquila*

Scopo. Gli individui con Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) mostrano un quadro clinico complesso in cui un sintomo centrale sembra essere l'Emotional Numbing, caratterizzato da paralisi emozionale ed affettiva. Nel DPTS sono presenti deficit di regolazione emotiva, che consistono di due componenti: l'abilità di tollerare forti emozioni e la capacità di modulare l'esperienza di diversi stati emotivi alternandoli e adattandoli alle situazioni. Secondo l'ipotesi di priming affettivo, le reazioni affettive possono essere evocate con un minimo stimoli di ingresso e senza trattamento cognitivo. L'obiettivo è indagare la reattività emotiva in soggetti con DPTS di fronte a stimoli emozionali mediante il paradigma del priming affettivo che fornisce una misura delle capacità di elaborazione emozionale non consapevole.

Metodo. 10 soggetti con DPTS (DSM-IV-R) sopravvissuti al terremoto del 6 aprile 2009 a L'Aquila e 10 controlli sani di pari età e scolarità

sono stati sottoposti a un task di priming affettivo (Zaionk, 1981) condotto in fMRI.

Risultati. I risultati del compito di priming affettivo, rivelano che nei soggetti con DPTSD, a differenza dei soggetti sani, le espressioni facciali, positive o negative, non vengono sempre valutate correttamente, mostrando difficoltà nelle capacità empatiche. I dati fMRI mostrano un'attivazione alterata nei soggetti con DPTS, rispetto ai soggetti sani, di alcune regioni cerebrali, durante l'elaborazione dello stimolo emozionale, quali l'insula destra, il giro fusiforme bilaterale e il cervelletto destro.

Conclusioni. I soggetti con DPTS, presentano un'alterazione nel processamento emotivo, che si può notare dalle risposte soggettive e psicofisiologiche a stimoli visivi emotivamente evocativi. Il numbing, potrebbe rappresentare una modalità di coping con valore adattivo nei confronti degli stimoli sensoriali con forte impatti emotivo in grado di innescare nell'organismo reazioni di adattamento psicologico, fisiologico e comportamentale ai cambiamenti ambientali.

P39. I colori della Recovery nel V.A.D.O. L'ispirazione in un'esperienza di apprendimento reciproco tra utenti e giovani volontari

Alessandra Masiero, Margot Gojer, Carmen Premstaller, Alessandro Svettni

Associazione Parenti ed Amici di Malati Psicici (APAMP) – Bolzano

Scopo. A partire da testimonianze dirette di utenti psichiatrici, negli ultimi anni nella letteratura internazionale emerge sempre maggiormente come i processi di Recovery, di ripresa dalla malattia mentale grave e di recupero di un ruolo sociale valido, siano non solo possibili ma molto più frequenti di quanto generalmente ritenuto.

La ricerca qualitativa sull'argomento evidenzia come tali esiti siano favoriti da fattori esterni ed interni alla persona (rispetto, responsabilità, supporto tra pari, empowerment, approccio olistico, individualizzato, non lineare, basato sui punti di forza e autodiretto, SAMSHA, 2005), che si possono identificare nei principi alla base

dell'approccio riabilitativo strutturato proposto dal "V.A.D.O."

L'APAMP, nell'ambito di una campagna antistigma, ha organizzato in collaborazione con il Servizio di Riabilitazione Psichiatrica Precoce e Recovery (S.R.P.P.R.) "Gelmini" di Salorno (BZ) una "Festa del Volontariato" anche per diffondere tali principi.

Metodo. Nei tre mesi precedenti la sopramenzionata festa, sono stati coinvolti utenti con capacità artistiche partecipanti ad un programma di riabilitazione psichiatrica strutturato secondo la metodologia V.A.D.O. e ragazzi appartenenti all'associazione di volontariato giovanile "Solis Urna" di Salorno per un totale di 5 incontri. A tali partecipanti sono stati spiegati gli scopi dell'iniziativa e illustrate le dieci componenti fondamentali della Recovery alla base del V.A.D.O.. E' stato loro chiesto di elaborare delle immagini che potessero rappresentare visivamente tali principi astratti.

Risultati. Nell'arco di 7 incontri tenutisi presso l'Atelier d'arte del Servizio Riabilitativo, sei utenti e sei giovani volontari hanno collaborato dipingendo i quadri rappresentanti le componenti fondamentali della Recovery.

Il 17.10.2009, in occasione della "Festa del Volontariato" tenutasi al S.R.P.P.R. Gelmini, i 10 quadri ed i loro autori sono stati presentati alla popolazione e premiati con un attestato di merito.

Nei giorni successivi, le produzioni pittoriche sono state appese in una zona all'interno della Struttura ma di facile accesso al pubblico.

Conclusioni. Si ritiene che tale iniziativa abbia raggiunto l'obiettivo di ricordare costantemente ad operatori, utenti e gente comune i principi da seguire, in approcci strutturati o meno, per favorire il recupero dell'identità e di un ruolo funzionale valido di persone affette da malattia mentale grave.

In occasione della Giornata Mondiale della Salute Mentale 2010, sets di 10 cartoline rappresentanti le opere pittoriche verranno distribuiti alla popolazione per contribuire a diffondere in maniera diversa un approccio di accettazione, speranza e inclusione sociale verso persone affette da malattia mentale grave.

Bibliografia

Convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità, Legge 3 marzo 2009, n. 18.

Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L. (1998). Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi. Erikson, Trento.

United States Department of Health and Mental Services (2005). National Consensus Statement on Mental Health Recovery. www.samsha.gov

P40. Studio pilota per la validazione di un progetto di radio web (“radio tab”) gestito da utenti del dipartimento di salute mentale – dipendenze patologiche dell’azienda usl di reggio emilia

Elisa Mazzoni¹, Silvia Ferrari¹, Luca Pingani¹, Raffaele Pellegrino², Marco Rigatelli¹

¹Dipartimento ad attività integrata di Chirurgie Specialistiche Testa-Collo, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

²Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche – Azienda USL di Reggio Emilia.

Introduzione e scopo. Un sistema di cura orientato alla guarigione e alla prospettiva del recovery deve favorire la crescita dell’empowerment degli utenti. Lo studio intende attuare l’analisi di fattibilità di un progetto relativo alla creazione di una radio web gestita da 13 pazienti.

Metodo. I pazienti che hanno al laboratorio hanno svolto un corso di formazione promosso dalla Provincia di Reggio Emilia per ottenere una qualificazione professionale e relazionale (80 ore teoriche e 80 pratiche). Ad un anno dall’avvio di Radio Tab (Trasmissioni al bisogno) è stato somministrato a ciascun utente un questionario di verifica qualitativa composto da 12 domande utili per approfondire le seguenti aree: della motivazione, delle competenze personali, del corso di formazione, dell’identità della radio e degli obiettivi e valori di riferimento, della soddisfazione legata alle attività svolte e della visione attuale e nel futuro della radio.

Risultati. Dai risultati ottenuti emerge: una motivazione solida nell’aderire al progetto e nel rimanervi, confermata dalla tenuta dei partecipanti durante tutto il periodo; una formazione efficace che ha permesso l’acquisizione di abilità tecniche-strumentali, relazionali e interpersonali; la definizione di

un’individualità della radio attraverso il confronto con altre emittenti e lo svolgimento di attività gratificanti che hanno mantenuto vivi e rafforzato gli obiettivi e valori di riferimento; un allineamento tra i propositi dei singoli, il sistema dei valori della radio e le azioni compiute che è indice di forte coesione interna; una visione propria della radio che è corrispondente al percorso svolto e che è proiettata nel futuro nell’organizzarsi e realizzarsi come realtà produttiva e lavorativa.

Conclusioni. RADIO TAB fa parte a tutti gli effetti di quei percorsi di emancipazione che favoriscono l’uscita dal circuito assistenziale e che portano al concreto reinserimento sociale e alla riappropriazione di un senso di cittadinanza attiva per i pazienti.

P41. Studio su programma IPT: valutazione dell’efficacia e esiti sull’impulsività. Utilizzo della scala P.R.I.-PSI come rating scale alternativa

Giuliana Milano, Michele D’Andreagiovanni
Fondazione Padre Alberto Mileno Onlus, Vasto (CH)

Scopo. Questo studio nasce, in primo luogo, dalla necessità sviluppare, una volta individuati i soggetti maggiormente inclini a mettere in atto comportamenti aggressivi, uno strumento di trattamento specifico, adattando a tale finalità il protocollo terapeutico di Brenner: il Programma di Terapia Psicologica Integrata IPT. In secondo luogo, si è tentato di agevolare il monitoraggio delle funzioni oggetto di trattamento, attraverso l’utilizzo di un unico strumento di misurazione versatile. A tale scopo è stata utilizzata la Scala di valutazione del funzionamento globale e degli aspetti psicopatologici interna al P.R.I.-psi (già in uso peraltro presso i due centri residenziali scelti quale setting terapeutico di riferimento) come Rating Scale “aggiuntiva” alla batteria di test standardizzati proposti dagli autori del protocollo, allo scopo di metterne in correlazione l’idoneità a misurare le funzioni indagate, così da renderla utilizzabile in futuro come valida “alternativa” a tale batteria.

Metodo. Nello studio sono stati inseriti per lo più di soggetti affetti da disturbi schizofrenici,

di cronicità medio-grave, lungodegenti, con una storia clinica caratterizzata da ricovero continuo per almeno 6 mesi, con assenza di alterazioni cerebrali organiche, un Q.I. di almeno 64, e un'età compresa tra i 24 e i 51 anni.

I dati registrati prima che la terapia avesse inizio sono stati poi confrontati con quelli acquisiti al termine del trattamento.

Sono stati formati due gruppi quanto più omogenei possibile, ognuno composto da 5 pazienti. Il primo, quello sperimentale, è stato sottoposto a programma IPT, l'altro ha avuto la funzione di gruppo di controllo. Il gruppo sperimentale ha pertanto costituito il gruppo terapeutico vero e proprio, mentre quello di controllo (gruppo cura-placebo) è stato sottoposto ai trattamenti standard, quindi aspecifici.

Risultati. Al termine del periodo di trattamento i valori risultano migliorati nel gruppo sperimentale in maniera mediamente più massiccia rispetto al gruppo di controllo, dove invece si registrano diverse regressioni. Con particolare riferimento agli indici di impulsività e di autocontrollo rilevati al Test di Rorschach, i soggetti trattati in modo specifico mostrano un andamento tendenzialmente stabile, e in alcuni casi gli indici risultano addirittura migliorati, al contrario il gruppo trattato in modo aspecifico, mostra la tendenza a un peggioramento degli stessi indici.

E' stata inoltre osservata la correlazione tra le misurazioni effettuate attraverso gli strumenti standardizzati e quelle risultanti dall'applicazione della Scala P.R.I.-psi, con risultati però non del tutto soddisfacenti con riferimento alla valutazione dell'assetto psicopatologico.

Conclusioni. Da quanto emerso, è possibile confermare la validità dell'ipotesi iniziale e i buoni risultati conseguiti grazie all'utilizzo del protocollo terapeutico prescelto.

P42. La percezione del bisogno dei caregiver di soggetti affetta da demenza e le sue relazioni con le caratteristiche del malato e del caregiver

Martina Monzani¹⁻³, Annalisa Pelosi², Barbara Manni¹⁻⁴, Simona Iorio¹⁻⁵, Francesca Neviani⁴, Ennio Concarì⁵, Mirco Neri¹

¹Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia – Dip. Medicina Interna e Geriatria;

²Università di Parma. Dip di Psicologia; ³AUSL Modena- Distretto 2 di Mirandola; ⁴AUSL Modena Distretto 3 Modena; ⁵Associazione GP Vecchi Modena

Premesse. La valutazione del Bisogno percepito dal caregiver nel caso di demenza non è ben studiato come il burden assistenziale. Per quest'ultimo è proposta una distinzione teorica tra componenti oggettive e soggettive, analogamente un modello teorico è stato proposto per i bisogni percepiti (modello realistico e modello umanistico). Il confronto di questi due indicatori può costituire un ponte nella valutazione dell'efficacia degli interventi in relazione alla loro appropriatezza riferita sia alle condizioni del paziente che a quelle dei caregiver.

Scopo della ricerca. 1. Valutare quali caratteristiche del paziente e del caregiver influenzano il profilo dei bisogni percepiti in termini sia di qualità che di gravità.

2. Verificare il rapporto fra burden percepito e il profilo dei bisogni

3. Verificare l'efficacia percepita dai caregiver degli interventi proposti/disponibili.

Materiali e metodi. 100 pazienti affetti da demenza del centro esperto per i disturbi cognitivi del Dip. Med. Interna e Geriatria di Modena (Università e Ausl) e il loro caregiver sono stati valutati da un'equipe composta da medici, psicologi e terapisti della riabilitazione psichiatrica. L'associazione GP Vecchi ha contribuito all'identificazione del campione. Per ogni paziente veniva stratificato il rendimento cognitivo e il livello di disabilità nelle attività quotidiane. Al caregiver veniva proposto un questionario costituito da 18 item per valutare il bisogno percepiti in termini di livello di gravità e qualità degli interventi, (Carer's Needs Assessment-Dementia-CNA-D) oltre che una valutazione del burden (Zarit

Burden Inventory) e delle condizioni socio-assistenziali. Il consenso informato e il parere del Comitato Etico sono stati raccolti.

Risultati. 1a. Meno della metà dei 18 item proposti sono bisogni percepiti di gravità rilevante. Quest'identificazione trova concordi il caregiver stesso e lo psicologo-terapista della riabilitazione cui era richiesto un giudizio che tendenzialmente risultava di maggiore gravità
1b. sia il livello di deficit cognitivo che di disabilità erano inversamente proporzionali al livello di gravità percepito dei bisogni
1c.. la convivenza o no con il paziente era la caratteristica del caregiver che maggiormente influenzava alcuni item della CNA-D.

2. Solo per un numero selezionato di item della CNA-D vi è una correlazione diretta tra il livello dei bisogni percepiti e il punteggio della Zarit Burden Inventory

3. fra gli item che identificavano i bisogni percepiti come rilevanti, l'intervento giudicato più efficace era il colloquio con i professionisti per informazioni sulla malattia e sulla gestione.

Conclusioni. La combinazione della valutazione dei bisogni percepiti con quella del burden assistenziale aumenta la possibilità di programmare interventi assistenziali efficaci.

P43. Intervento di Problem Solving in soggetti all'esordio psicotico: confronto degli esiti in pazienti afferenti al servizio S.M.I.L.E. prima e dopo l'evento sismico del 6 aprile 2009

Roberta Orteni, Laura Verni*, Valeria Bianchini*, Donatella Ussorio, Rocco Pollice, Rita Roncone

*Dipartimento di Scienze della Salute; *Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università degli Studi dell'Aquila*

Scopo. Scopo del nostro studio è stato quello di analizzare gli esiti di un intervento di Problem Solving sulle variabili cliniche e neuropsicologiche, e sugli stili funzionali di coping in soggetti al First Episode, afferenti al servizio S.M.I.L.E, suddivisi in base all'esposizione all'evento sismico: NE (in carico prima del 6 aprile 2009) e ES (in trattamento dopo il sisma).

Metodo. Da maggio 2008 ad aprile 2010 sono stati valutati 48 soggetti (31 maschi e 17

femmine) ai quali abbiamo somministrato, prima e dopo l'intervento, i seguenti strumenti di valutazione clinica: Positive and negative syndrome scale for Schizophrenia (PANSS), Clinical Global Impression (CGI), e Jalowiec Coping Scale (JCS) ed una batteria di valutazione neuropsicologica.

Risultati. Il confronto nelle tre dimensioni indagate dalla PANSS (sintomi positivi, negativi, generali), ha evidenziato nel campione ES, risultati maggiori nei punteggi medi della sintomatologia positiva e negli items G2, G6, G11 relativi alla sintomatologia generale, ed un punteggio medio alla PANSS ed alla CGI tendente ad un progressivo peggioramento. Abbiamo rilevato correlazioni statisticamente significative tra sintomatologia negativa e prestazioni deficitarie nelle funzioni esecutive, in entrambe le popolazioni. Nel gruppo ES, le sottodimensioni N2 ed N5 della PANSS correlano statisticamente con gli errori perseverativi alla WCST, e con i valori deficitari alla Memoria Verbale Rievocata. Il gruppo NE presenta, dopo l'intervento, un uso più limitato di stili disfunzionali, a differenza del gruppo ES dove il ricorso a strategie disfunzionali resta comunque invariato, soprattutto nelle modalità "Evasivo" e "Fatalista".

Conclusioni. I risultati del nostro studio evidenziano una maggior gravità del disturbo, nei soggetti al First Episode, quando esposti ad un evento traumatico quale il sisma del 6 aprile 2009. Rispetto alle funzioni esecutive sembrano non esserci peggioramenti, anche se si nota una significativa compromissione della memoria rievocata negli esordi esposti al sisma. In quest'ultimi gli stili di coping restano disfunzionali, a riprova di come l'evento traumatico non sia in grado di stimolare capacità adattative di tipo costruttivo sin dall'esordio del disturbo psicotico.

Bibliografia

Bechdolf A, Thompson A, Nelson B, Cotton S, Simmons MB, Amminger GB, Leicester S, McNab C, Krstev H, Mc Gorry PD, Yung AR. Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra high risk (prodromal) group. Acta Psychiatr. Scand. 2010 May; 121 (5):377-84.

P44. Gli esiti clinici dei pazienti ricoverati in un servizio psichiatrico ospedaliero post-acuzie

Laura Pedrini, Laura Rosa Magni, Roberta Rossi, Giuseppe Rossi, Gianbattista Tura, Stefano Bignotti, Rosaria Pioli
IRCCS Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Brescia

Obiettivi. Valutare gli esiti clinici di pazienti inseriti all'interno di un servizio psichiatrico ospedaliero post-acuzie e individuare quali variabili cliniche misurate all'ingresso siano associate al cambiamento clinicamente significativo dei sintomi psichiatrici.

Metodo. Il campione preso in considerazione è costituito da 699 pazienti che hanno ricevuto un trattamento ospedaliero della durata di 1 mese. Tutti i pazienti sono stati valutati all'ingresso e alla dimissione attraverso le scale BPRS-Brief Psychiatric Rating Scale e FPS-Funzionamento Personale e Sociale. Per stimare il cambiamento nel livello di gravità dei sintomi psichiatrici è stato applicato il metodo Reliable and Clinical Significant Change.

Risultati. Il campione preso in esame si distribuisce omogeneamente tra i due generi, l'età media è $48,69 \pm 14,59$ anni, la maggior parte dei soggetti è nubile/celibe ed ha una scolarità non superiore a 8 anni. La distribuzione delle diagnosi è la seguente: Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici (n=198; 28.3%), Disturbi Depressivi (n=187; 26.8%), Disturbi Bipolari (n=123; 17.6%), Disturbi della Personalità (n=146; 20.9%), altri Disturbi (n=45; 6.4%).

Circa un terzo dei pazienti (n=209; 29,9%) mostra un miglioramento clinicamente significativo e affidabile nel livello globale di gravità dei sintomi psichiatrici, mentre la maggior parte dei pazienti (n=462; 66,1%) non realizza un cambiamento affidabile e quindi viene definita "stabile".

Il trattamento sembra essere più efficace per i sintomi di ansia-depressione (ES-1,51 $p < .001$), piuttosto che per le altre aree di sintomatologia (attivazione: ES-0,51 $p < .001$; rallentamento: ES-0,58 $p < .001$, psicosi: ES-0,51 $p < .001$).

È stato riscontrato un ampio effetto dell'intervento sul livello di gravità dei sintomi determinato dal punteggio globale BPRS (ES-1,33 $p < .001$), mentre è stato ottenuto un

moderato effetto (ES .054 $p < .001$) sul livello di funzionamento psicosociale determinato dal punteggio globale FPS. Solo 166 (23,7%) soggetti mostrano un aumento di almeno 10 punti nel punteggio globale FPS.

Tra i principali gruppi diagnostici, sono stati riscontrati differenti predittori del miglioramento clinicamente significativo nei sintomi: nei pazienti con psicosi, il funzionamento nelle attività socialmente utili, i sintomi psicotici e i comportamenti aggressivi; nei pazienti bipolari, il funzionamento nelle attività socialmente utili; nei pazienti depressi, i sintomi di attivazione; nei pazienti con disturbi di personalità, la lunga durata della malattia.

Conclusioni. In linea con i pochi studi disponibili in letteratura, è stato registrato un ampio effetto dell'intervento sulla sintomatologia psichiatrica a differenza di quanto registrato sul funzionamento psicosociale. L'analisi delle variabili associate al miglioramento clinicamente significativo nei sintomi suggerisce l'utilità di interventi prioritari specifici per le principali categorie diagnostiche.

P45. Dalla dipendenza all'indipendenza: intervento di sostegno alla neogenitorialità. Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

Nicole Pini, Ciro Ruggerini, Stefania Vicini, Luca Pingani, Silvia Ferrari, Marco Rigatelli
Dipartimento ad attività integrata di Chirurgie Specialistiche Testa-Collo, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Premesse. Il problema della genitorialità in situazioni di dipendenza o di abuso di sostanze risulta essere diffuso tra l'utenza dei servizi. Ciò comporta rilevanti implicazioni per lo sviluppo di dispositivi di cura, rivolti ai diversi soggetti coinvolti: la persona tossicodipendente, i figli ed il nucleo familiare (OMS, 2009).

Scopo della ricerca. Sviluppo di un nuovo modello funzionale di intervento riabilitativo all'interno di una comunità madre-bambino volto ad offrire all'utente la possibilità oltre che di distanziarsi dalle sostanze, di maturare la propria genitorialità e sviluppare il proprio "lo-genitore". I presupposti teorici su cui si fonda il

progetto si basano sulle conoscenze riguardanti lo sviluppo delle relazioni di attaccamento (Bowlby, 1972).

Materiali e metodi. Valutazione degli stili di attaccamento della madre attraverso la somministrazione dell'intervista semistrutturata Adult Attachment Interview (Crittenden, 1994). Valutazione della diade madre-bambino mediante un'osservazione clinica diretta da parte del neuropsichiatra infantile in situazione strutturata, di una valutazione attraverso il CARE-Index e di un'osservazione da parte dei tecnici della riabilitazione psichiatrica nella quotidianità, attraverso l'utilizzo di griglie di osservazione strutturate.

Risultati. I risultati ottenuti all'interno del progetto confermano il ruolo centrale assunto dal sostegno genitoriale nelle situazioni a rischio. La valutazione di follow-up eseguite a 6 mesi sulle diadi ospiti nella comunità evidenziano un cambiamento nella rappresentazione di sé come madri e dei propri figli. Da parte delle madri, migliora la capacità di sintonizzarsi efficacemente con i figli e di riparare ai fallimenti interattivi. Si evidenzia un miglioramento nello scambio diadico e della condivisioni di stati emotivi e di situazioni di gioco.

Conclusioni. Il Progetto si è posto come obiettivo generale quello di effettuare una prevenzione degli effetti della genitorialità a rischio sullo sviluppo infantile, migliorando negli operatori dei servizi le competenze necessarie all'individuazione precoce dei fattori di rischio psicosociale che influenzano negativamente le capacità genitoriali e l'adattamento infantile.

P46. L'impatto del terremoto del 6 aprile 2009 sullo stato di salute psicofisico e sulla qualità di vita nei pazienti anziani afferenti all'Ambulatorio di Psicogeriatría dell'S.P.U.D.C dell'Aquila

Orfefs Piperopoulos, Marta Colatei, Gabriella D'Emidio, Rocco Pollice*, Rita Roncone*, Massimo Casacchia*

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria; *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi L'Aquila*

Scopo. La popolazione anziana colpita da un disastro naturale, come un terremoto, è soggetta ad un aggravamento delle sindromi pregresse e alla comparsa di patologie, definite psico-traumatiche, come la Depressione, l'Ansia, il Disturbo di Panico, il Disturbo Post-Traumatico da Stress. Stati psicopatologici precedenti al trauma costituiscono, inoltre, un fattore di rischio per lo sviluppo di una Sindrome Depressiva. Il nostro studio si propone di valutare come e quanto, il terremoto del 6 aprile 2009 che ha colpito la città di L'Aquila, abbia influito sullo stato di salute psicofisica e sulla qualità di vita di un campione di soggetti anziani, in relazione con la perdita o meno della propria abitazione.

Metodo. Il campione è stato reclutato tra le persone afferenti presso l'ambulatorio di Psicogeriatría del Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura dell'Ospedale San Salvatore di L'Aquila. I soggetti sono stati sottoposti a valutazione quale il Mini-Mental State Examination (MMSE), l'Activities of Daily Living (ADL), l'Instrumental Activities of Daily Living (IADL), il General Health Questionnaire (GHQ-12), la Geriatric Depression Scale (GDS), la Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) e l' Impact of Event Scale-Revised (IES-R).

Risultati. Sono stati esaminati 84 pazienti (45F e 39M), età media di 74,75, suddivisi in due gruppi: depressi (52 pazienti, 28F e 24M) con età media di 75.5 anni; e controlli (32 soggetti, 19F e 13M), età media di 74.0 anni. Nei depressi i punteggi medi della GDS è aumentata dopo il sisma e le donne hanno ottenuto un punteggio maggiore al GHQ rispetto agli uomini (11,12 vs 7,5). Il 75% del campione totale presentava, nel pre-sisma, autosufficienza sia nelle attività quotidiane

(ADL) sia nelle attività strumentali (IADL), nel post-sisma tali capacità si riscontrano, invece, nel 68% della popolazione esaminata. Nel 75% dei casi il punteggio del MMSE è superiore a 24 (decadimento cognitivo lieve). I punteggi dell'IES-R, della HAM-S sono superiori nelle persone che al momento del sisma si trovavano sole in casa rispetto a quelle che erano in compagnia di parenti (12,78 vs 10,23 e 15,78 vs 8,97) e nelle persone che hanno subito danni alla propria abitazione. Inoltre, chi è stato ospitato in strutture alberghiere presenta, rispetto a chi è stato accolto in tenda, valori maggiori all'IES-R (aumentato aurosal, tenda 0,97 [DS 0,6] vs albergo 1,45 [DS 0,9]), alla HAM-S (tenda 9,17 [DS 2,9] vs albergo 16,28 [DS 1,9]) e al GHQ-12 (tenda 6,32 [DS 1,33] vs albergo 8,94 [DS 1,29]).

Conclusioni. Si evidenzia un peggioramento della sintomatologia depressiva nel periodo post-sisma (GDS), soprattutto nelle donne, in relazione con un maggiore decadimento cognitivo (disorientamento spazio-temporale), e una ridotta autosufficienza sia nelle attività quotidiane che strumentali. I punteggi della IES-R e della HAM-S, sono più elevati nelle persone che si trovavano sole in casa al momento del sisma, rispetto a chi era in compagnia di parenti. I soggetti accolti in strutture alberghiere percepiscono una bassa sensazione di benessere (GHQ-12), presentano un aumentato aurosal (IES-R, con timore di tornare presso la propria abitazione e di trovarsi in luoghi chiusi), rispetto a chi è stato ospitato in tenda, che tuttavia presenta maggiormente sintomi depressivi (GDS per riduzione di spazi, igiene, intimità). La casa non è solo il luogo fisico costruito e abitato dagli uomini, ma va a costituirsi come le fondamenta della vita psichica di un individuo, per cui "essere a casa" equivale ad "essere integri a livello psicologico".

Bibliografia

Chou FH, Chou P, Su TT, Ou-Yang WC, Chien IC, Lu MK, Huang MW. Quality of life and related risk factors in a Taiwanese Village population 21 months after an earthquake. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004 May;38(5):358-64.
Papadopoulos, Terrorism and panic, *Psychotherapy and Politics International*, 2006, Volume 4 Issue 2,90-100
Priebe S, Grappasonni I, Mari M, Dewey M, Petrelli F, Costa A. Posttraumatic stress disorder six months after an earthquake: findings from a community sample in a rural

region in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 May;44(5):393-7. Epub 2008 Oct 4

P47. Funzionamento cognitivo e risposta clinica in pazienti all'Esordio Psicotico e con Schizofrenia cronica prima e dopo un trauma collettivo: l'esperienza dell'Aquila

Rocco Pollice, Valeria Bianchini*, Laura Verni*, Anna Rita Tommasini, Rita Roncone, Massimo Casacchia

*Dipartimento di Scienze della Salute, *Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università degli Studi dell'Aquila*

Scopo. Il modello stress-vulnerabilità nella Schizofrenia spiega come le esacerbazioni sintomatologiche siano il risultato di una complessa interazione tra vulnerabilità genetica, fattori protettivi ed esposizione a stressors ambientali. I disastri naturali sono noti per indurre un peggioramento psicopatologico. Indagini neuropsicologiche hanno dimostrato deficit in numerosi domini cognitivi dopo un evento stressante, ma il tipo e la gravità, sono poco chiari. Pazienti con disturbi psicotici gravi non manifestano un peggioramento della sintomatologia clinica ma anzi, un miglioramento dopo la primissima esposizione a situazioni di emergenza. Lo scopo dello studio è confrontare il funzionamento cognitivo e le risposte cliniche di pazienti al primo episodio (FE) con quelle di pazienti con Schizofrenia cronica (CSP) prima e dopo il terremoto dell'Aquila.

Metodo. Abbiamo confrontato due campioni: 59 FEP reclutati presso lo SMILE dell'Aquila e 73 CSP afferenti presso gli ambulatori dell'SPUDC prima del terremoto (T0) con un drop-out dopo il terremoto del 21%. L'assessment prevedeva nelle due fasi, pre e post sisma, la valutazione del funzionamento cognitivo (WCST, Digital SPAN, CPT, Figura di Rey e Memoria logica) e della psicopatologia generale (PANSS).

Risultati. Il funzionamento cognitivo risulta essere correlato in modo statisticamente significativo solo con i sintomi negativi (PANSS): per i CSP, i sintomi negativi sono correlati significativamente con le funzioni esecutive e la memoria verbale rievocata; per i FEP oltre le precedenti, anche con la memoria visiva

soltanto al T0. I FE mostravano una sintomatologia positiva più attenuata al T0 rispetto a quella post-sisma mentre i CSP non hanno dimostrato differenze significative. Inoltre a T1 i FE hanno dimostrato un deterioramento delle prestazioni di memoria verbale.

Conclusioni. I nostri risultati, in linea con la letteratura più recente, dimostrano che i pazienti con schizofrenia, a seguito di uno stressor importante con un disastro naturale, rimangono clinicamente e cognitivamente stabili, mentre i pazienti al First Episode, subiscono un peggioramento sia della sintomatologia clinica che delle performances cognitive. Tale considerazione non può quindi prescindere dalla pianificazione di interventi riabilitativi da attuare su pazienti gravi esposti ad un evento traumatico allo scopo di implementare la compliance farmacologica, la risposta al trattamento e l'outcome funzionale.

P48. Intervento psicoeducazionale con familiari di pazienti psicotici ricoverati presso il SPUDC dell'Aquila.

Irene Pontarelli, Anna Teresa Corradi, Alessandra Cavicchio*, Maria Elena Di Pasqua
Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università dell'Aquila;
**Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila*

Scopo. Scopo del nostro studio era quello di verificare l'efficacia di un intervento psicoeducazionale breve sull'acquisizione di strategie di coping e sulla riduzione del carico assistenziale nei familiari di pazienti psicotici ricoverati presso il reparto psichiatrico.

Metodo. L'intervento psicoeducativo rivolto ai familiari degli utenti ricoverati è stato effettuato presso il SPUDC di L'Aquila. Il campione costituito da 20 famiglie nel periodo compreso tra gennaio 2009 - giugno 2010.

I familiari sono stati valutati con i seguenti strumenti:

- Questionario sulla Conoscenza del Disturbo psicotico
- questionario per i Problemi Familiari, PF (Morosini et al., 1991), che valuta il carico assistenziale oggettivo e soggettivo che i

familiari sostengono e l'aiuto ricevuto dai servizi di salute mentale;

- SF-36 (Ware et al., 1992), questionario auto-compilato che misura la qualità di vita legata alla salute.

Durante le sedute sono state fornite informazioni sul disturbo, sulla terapia e sulle strategie più efficaci di gestione del disturbo. L'obiettivo era quello di migliorare l'atteggiamento dei parenti nei confronti della malattia del proprio familiare, di aiutare ad identificare tecniche finalizzate a prevenire le ricadute, e di potenziare le strategie di fronteggiamento dei familiari per ridurre il carico.

Risultati e conclusioni. Dai dati emersi da questo studio pilota, si registra un miglioramento complessivo della qualità di vita dei familiari che hanno condotto l'intervento sperimentale, che si conferma in grado di ridurre il disagio delle persone ad alto carico assistenziale che assistono pazienti psicotici.

Bibliografia

- Casacchia M., Roncone R. "Che cos' è la schizofrenia?". Masson Milano, 1996.
- Casacchia M., Roncone R. "I trattamenti psicoeducativi familiari nella schizofrenia: esterofilia o applicazioni basate sull'evidenza". *Epidemiol Psichiatr Soc.*, 1999, 8(3): 183-189.
- Falloon IHR, Roncone R., Held T. e coll., "An international overview of family intervention: developing effective treatment strategies and measuring their benefits to patients, cares and community". Westport CT, 2002.
- Falloon I. e coll. "Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria: guida al lavoro con le famiglie", Erickson Edizioni, 1997.
- Roncone R., Morosini PL., Casacchia M., "Family interventions in schizophrenia in Italian mental health services", Springer, 2002.

P49. Il progetto Social Point: progettazione partecipata di attività di socializzazione di utenti dei Centri di Salute Mentale

Valentina Poggi¹, Rosa Ambrosino², Manuela Ciambellini³, Ermanno Melati², Silvia Ferrari¹, Luca Pingani¹, Marco Rigatelli¹

¹*Dipartimento ad attività integrata di Chirurgie Specialistiche Testa-Collo, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.*

²*Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche, Azienda USL di Modena*

³*Consorzio Sociale Girasole, Modena*

Premesse. Il progetto Social Point (S.P.), attivo dal 2006, si occupa dell'inserimento degli utenti dei Centri di Salute Mentale (C.S.M.) della città di Modena, in contesti di socializzazione, volontariato e cittadinanza attiva. Il progetto è tutt'ora in corso.

Scopo della ricerca. Valutazione dell'efficacia del progetto SP: la produzione di un cambiamento della qualità di vita, lo sviluppo di relazioni significative extra-familiari ed extra-sanitarie, la consapevolezza dell'utente di essere non solo usufruttore di un servizio ma anche risorsa, il cambiamento di metodo ed approccio nella relazione con la Salute Mentale, da parte della comunità e dei servizi coinvolti.

Materiali e metodi. A tutti gli utenti inseriti in S.P., all'avvio dei percorsi, sia individuali che collettivi (autunno/inverno 2009), è stato chiesto di compilare una scheda socio-demografica ed il WHOQOL-breve. Successivamente è stata costruita la carta di rete. Alla conclusione dei percorsi (primavera/estate 2010), di durata variabile dai 6 agli 8 mesi circa, gli utenti reclutati per lo studio sono stati nuovamente sottoposti alla batteria di strumenti precedentemente utilizzata.

Risultati. Alla conclusione dello studio (settembre 2010), ci si aspetta che la partecipazione a percorsi di socializzazione porti ad un miglioramento della qualità di vita degli utenti, ad un incremento di relazioni significative, ad un rafforzamento dell'empowerment della persona con disagio psichico, facilitando un diverso progetto di vita basato non più sull'essere malato ma sulle risorse che possiede.

Conclusioni. Lo studio dovrebbe fornire le prove dell'efficacia di S.P. rispetto alla facilitazione dell'integrazione dei cittadini con disagio psichico nel loro territorio di appartenenza, all'empowerment, e alla promozione di processi di coesione sociale.

P50. Progetto benessere all'interno del Centro Diurno "Giuliana Fapore" di Sulmona

Maria Emilia Rotunno, Maria Grazia Angelilli, Manuela Silvestri, Valentina Salvatore, Libia Casciani, Manuel Passoforte*

*Centro Diurno "Giuliana Fapore" Sulmona, ASL1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila; * Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica*

Scopo. Il Progetto Benessere è un intervento riabilitativo di gruppo di tipo psicoeducazionale, che si propone di fornire ai partecipanti informazioni utili al raggiungimento di uno stile di vita sano e, più in particolare, relative a:

- Nutrizione, benessere e stile di vita sano
- Salute ed esercizio fisico

È una metodologia educativa basata sulla possibilità di ottenere un "cambiamento" dello stile di vita attraverso l'acquisizione di nuove conoscenze.

Metodo. Destinatari. 18 utenti divisi in tre gruppi con un'età compresa tra i 25 ai 50 anni affetti da schizofrenia, disturbi dello spettro schizofrenico e disturbi affettivi maggiori in una fase di stabilizzazione del quadro clinico e una sintomatologia positiva non marcata.

Luogo di realizzazione

Centro Diurno "G.Fapore" di Sulmona

Tempi di realizzazione

Gli incontri relativi alla psicoeducazione, della durata di circa 90 minuti, si sono svolti una volta a settimana al C.D. per un periodo di 6 mesi.

Sono stati svolti anche alcuni incontri con i familiari per renderli partecipi del progetto specie nella parte relativa alla preparazione dei cibi. Inoltre una volta a settimana, si sono effettuati, per tutto l'anno, incontri o in palestra.

I follow-up sono stati svolti mensilmente, e continuano attualmente, per consolidare i risultati raggiunti, mantenere la motivazione, trattare argomenti che necessitavano di ulteriori approfondimenti e controllare l'andamento dei parametri antropometrici.

Prima dell'inizio del progetto ogni utente ha effettuato sia una valutazione dei parametri antropometrici, ematochimici ed elettrocardiogramma sia una valutazione della soddisfazione soggettiva e della qualità di vita attraverso la SAT-P.

Le indagini diagnostiche sono state possibili grazie alla collaborazione di tutti i medici di base dei singoli partecipanti attraverso l'invio di una lettera in cui si richiedevano gli esami sopra citati e si informavano del progetto.

Gli incontri psicoeducazionale sono continuati utilizzando le principali tecniche appartenenti alla terapia cognitivo – comportamentale.

Risultati. In generale la qualità della vita è migliorata, con riscontri elevati nell'area della funzionalità fisica e dell'alimentazione. Si è inoltre riscontrata una diminuzione generale dei parametri antropometrici della maggior parte dei partecipanti.

Nei follow-up successivi, anche a distanza di quattro anni (per il primo gruppo), la maggior parte dei partecipanti ha mantenuto i risultati raggiunti a fine trattamento. I richiami mensili continuano tutt'ora e vengono sempre constatati, per una buona parte dei partecipanti, risultati positivi.

Conclusioni. Con il Progetto Benessere abbiamo osservato che l'aumento del peso dipende essenzialmente da un comportamento alimentare non corretto sfatando così l'idea di una diretta correlazione tra l'assunzione del farmaco e l'aumento ponderale; ciò ha comportato il miglioramento della compliance farmacologica. Ci sono state, inoltre, ricadute positive in ambito familiare attraverso un'educazione alimentare rivolta alle madri tendenti all'ipernutrizione ed un insegnamento ai single su come fare la spesa, cucinare e conservare i cibi.

P51. Valutazione bio-psico-socio-spirituale in pazienti ricoverati con patologie mentali gravi

Ilaria Santini, Ida De Lauretis, Domenico Di Nicola, Rocco Pollice*, Rita Roncone*, Massimo Casacchia*

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria; *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila*

Introduzione. Il modello bio-psico-sociale è una strategia di approccio alla persona che pone l'individuo ammalato al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili. Sulla base della costante importanza della religione e della spiritualità nella salute, alcuni autori hanno proposto che il modello bio-psico-sociale dovesse essere ampliato per includere la dimensione spirituale/religiosa.

Scopo. Valutazione bio-psico-socio-spirituale nell'approccio a pazienti affetti da patologie psichiatriche gravi e l'impatto che la dimensione spirituale/religiosa ha sulla salute e sulla percezione soggettiva del benessere.

Metodo. Sono stati inclusi nello studio 80 pazienti, 38 maschi e 42 femmine, con età media di 46,8 (ds+14,6), ricoverati consecutivamente presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria dell'Ospedale S. Salvatore dell'Aquila da gennaio a luglio 2010. Di questi il 35,4% (29 soggetti) ha avuto diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, il 39,2% (31 soggetti) di Disturbo Schizofrenico, e il 25,3% (20 soggetti) di Disturbo Bipolare dell'Umore, secondo i criteri del DSM-IV-R (APA, 1994). Per ciascun soggetto sono stati raccolti dati demografici ed effettuata una valutazione psicopatologica tramite PANSS e CGI-S. La componente bio-psico-socio-spirituale è stata valutata per mezzo della Biopsychosociospiritual Inventory (Bio-PSSI), strumento sviluppato da Katerndahl nel 2007, che prende in considerazione gli aspetti fisici, psicologici, sociali, spirituali e la relativa compromissione funzionale, mentre il benessere percepito soggettivamente tramite il GHQ-12 e l'SWN.

Risultati. Il punteggio medio ottenuto alla Bio-PSSI è stato di 104,70 +35,7 (range 0-205, dove a punteggio più alto corrisponde maggior malessere). Valutando i valori ottenuti in relazione al sesso, si riscontra un punteggio

totale più elevato nelle donne rispetto agli uomini (113,56 vs 93,50; $p < 0,005$). Considerando i valori della scala Bio-PSSI in relazione all'età, si osserva un punteggio medio maggiore nei soggetti con età superiore a 50 anni, sebbene differenze statisticamente significative siano presenti solo nella sottoscala dei sintomi psicologici ($p = 0,004$), in quella dei contatti sociali ($p = 0,005$) ed in quella della spiritualità ($p = 0,003$). Sono state evidenziate differenze statisticamente significative anche nel punteggio totale della Bio-PSSI differenziato per categoria diagnostica: il valore più alto si riscontra nei pazienti con Disturbo Depressivo ($p < 0,005$), seguiti progressivamente da quelli con Disturbo Bipolare dell'Umore e Disturbo Schizofrenico. I punteggi medi al GHQ-12 e all'SWN sono stati rispettivamente di 19,74 +5,8 e 77,3 +18,5. È stata riscontrata una correlazione inversa, statisticamente significativa, tra i punteggi ottenuti alla scala Bio-PSSI e quelli ottenuti all'SWN, e una correlazione diretta, statisticamente significativa, con il GHQ-12.

Conclusioni. L'impiego della scala Bio-PSSI permette una valutazione più completa del paziente con patologia mentale grave andando a considerare anche la componente spirituale, che risulta essere un aspetto importante nella comprensione della percezione soggettiva del benessere.

Bibliografia

- Freeman J: Toward a definition of holism. *The British Journal of General Practice*, 2005, 55(511), 154-155.
- Galanter M: Spirituality in psychiatry: a biopsychosocial perspective. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 2010, 73(2), 145-57.
- Katerndahl D, Oyiriaru D: Assessing the biopsychosociospiritual model in primary care: development of the biopsychosociospiritual inventory (Bio-PSSI). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2007, 37(4), 393-414.
- Katerndahl DA: Impact of Spiritual Symptoms and their Interaction on Health Services and Life Satisfaction. *Annals of Family Medicine*, 2008, 6, 412-420.
- Onarecker CD, Sterling BC: Addressing your patients' spiritual needs. *Family Practice Management*, 1995, 44-49.

P52. Spiritualità e well-being: valutazione biopsicosociale e spirituale in pazienti ricoverati con patologie mentali gravi

Ilaria Santini, Ida De Lauretis, Rocco Pollice*, Rita Roncone*, Massimo Casacchia*
*Scuola di Specializzazione in Psichiatria; *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila*

Introduzione. Numerosi studi hanno messo in evidenza che, in ambito psichiatrico, le componenti spirituale e religiosa rappresentano un aspetto di vita importante e che spesso esiste una correlazione positiva tra spiritualità/religiosità e buona salute mentale. La religione e la spiritualità possono infatti essere risorse preziose per fronteggiare gli ostacoli di vita, compresi quelli derivanti dalla malattia.

Scopo. Obiettivo del nostro studio è stato quello di indagare la sfera biopsicosociospirituale verificando se alti livelli di spiritualità risultino associati con un maggior benessere percepito soggettivamente dal paziente.

Metodo. Sono stati inclusi nello studio 80 pazienti, 38 maschi e 42 femmine, con età media di 46,8 (ds+14,6), ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria di L'Aquila da gennaio a luglio 2010. Di questi il 35,4% ha avuto diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, il 39,2% di Disturbo Schizofrenico, e il 25,3% di Disturbo Bipolare dell'Umore, secondo i criteri del DSM-IV-R (APA, 1994). Per ciascun soggetto sono stati raccolti dati demografici ed effettuata una valutazione psicopatologica tramite PANSS e CGI-S. La componente spirituale è stata valutata per mezzo della Biopsychosociospiritual Inventory (Bio-PSSI), strumento sviluppato da Katerndahl nel 2007, che prende in considerazione gli aspetti fisici, psicologici, sociali, spirituali e la relativa compromissione funzionale, mentre il benessere percepito soggettivamente tramite il GHQ-12 e l'SWN.

Risultati. Il punteggio medio ottenuto alla scala Bio-psico-socio-spirituale è stato di 104,70 (+35,7 con range tra 0 e 205, dove un punteggio più alto corrisponde ad una maggiore presenza di sintomi o una maggiore compromissione

funzionale), mentre il punteggio medio nella sottoscala della spiritualità è stato di 18,35 (+7,7 con range tra 0 e 35). In tale sottoscala si riscontra un punteggio più elevato, statisticamente significativo, nelle donne ($p=0,002$), così come nei soggetti con età superiore ai 50 anni ($p=0,003$). Per quanto riguarda le diverse categorie diagnostiche, il maggior punteggio (equivalente ad una minor componente spirituale) si ha nei pazienti con diagnosi di Depressione ($p=0,004$), seguiti da quelli con Disturbo Bipolare dell'Umore, ed infine da Disturbo Schizofrenico. Il punteggio medio ottenuto al GHQ-12 è stato di 19,74 (ds +5,8; cut-off =15), corrispondente ad un livello medio di stress percepito, mentre il punteggio medio ottenuto all'SWN è stato di 77,3 +18,5 (range tra 0 e 120), che denota un discreto benessere psico-fisico percepito soggettivamente. I punteggi ottenuti alla sottoscala spirituale della Bio-PSSI risultano correlati inversamente con quelli ottenuti all'SWN (pearson=-0,574; $p<0,05$), e direttamente con il quello ottenuto al GHQ-12 (pearson=0,528; $p=0,01$), evidenziando come esista una relazione tra spiritualità e livelli di stress e benessere percepiti.

Conclusioni. Dal nostro studio emerge che i soggetti con maggior componente spirituale riferiscono un maggior benessere individuale. Questo dato trova conferma in diversi studi che hanno misurato la qualità della vita in relazione a spiritualità e religiosità, che dimostrano come una forte componente spirituale sia associata con un miglior benessere psicologico, come la spiritualità e la preghiera abbiano effetti positivi sulle risposte psicologiche e fisiche in patologie a lungo termine e come alti livelli di coinvolgimento religioso si associno ad una migliore salute mentale.

Bibliografia

- Galanter M: Spirituality in psychiatry: a biopsychosocial perspective. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 2010,73(2), 145-57.
- Greenfield EA, Vaillant GE, Marks NF: Do Formal Religious Participation and Spiritual Perceptions Have Independent Linkages with Diverse Dimensions of Psychological Well-Being? *Journal of Health and Social Behavior*, 2009, 50(2), 196-212.
- Koenig HG, Larson DB: Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 2001,13,67-78.

Verghese A: Spirituality and mental health. *Indian Journal of Psychiatry*, 2008, 50(4), 233-237.

P53. "Pillole di felicità": lavoro di gruppo presso l'SPUDC dell'Aquila per la stesura di un "libretto di strategie" per migliorare la qualità di vita di persone affette da disturbi mentali

Domenica Taraschi, Alessandra Cavicchio*
Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica; Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila

Scopo. Il "benessere", la "felicità", non sono necessariamente un'utopia, ma condizioni che tutti, ed anche le persone affette da disturbi psichiatrici, possono aspirare a raggiungere imparando piccoli trucchi e esercitandosi a metterli in pratica.

Il nostro progetto è nato con l'idea di costituire un gruppo di lavoro con persone ricoverate presso l'SPUDC dell'Aquila, finalizzato alla riflessione e alla discussione sulle modalità più efficaci, dal punto di vista di una persona affetta da disturbo psichico, per migliorare la propria vita, ed essere più "felici".

Materiale e metodi. Utilizzando la tecnica del Problem Solving, e procedendo per obiettivi, il conduttore, utilizzando lo stile maieutico, ha aiutato il gruppo, costituito da 6 pazienti, 2 uomini e 4 donne tutti in condizione di ricovero volontario presso il SPUDC dell'Aquila, ad identificare una serie di punti ritenuti importanti per imparare a "vivere meglio". È stato stilato così l'indice di un libretto che il gruppo stesso ha intitolato "Pillole di Felicità". Gli argomenti identificati sono: 1) "A che punto sei con la felicità?", 2) Cos'è la felicità? 3) Chiedimi se sono felice, 4) "Il vicolo della felicità", 5) "Impariamo a sorridere", 6) "Guarda sempre il bicchiere mezzo pieno!", 7) "Comunicare in modo positivo", 8) "Impariamo ad amare noi stessi", 9) "Dedichiamoci agli hobbies!".

Durante gli incontri successivi il gruppo di lavoro supportato dall'operatore ha sviluppato i singoli argomenti identificando le strategie e le tecniche appropriate per raggiungere i singoli obiettivi", fino alla stesura del libretto vero e proprio. Il conduttore, a tale scopo, ha utilizzato lo stile maieutico per suggerire le

tecniche cognitive comportamentali e di coping prendendo come riferimento i seguenti strumenti: L'ABC delle mie emozioni di M. Di Pietro (adottato nella seduta n°4); L'Intervento psicoeducativo integrato di I. Falloon (adottato nella seduta n°5); Il Manuale: La depressione che cosa è e come superarla di P. Morosini (adottato nelle sedute n°5 e 7).

Risultati. Il lavoro di discussione in gruppo è stato molto apprezzato dai partecipanti, che sin dalle prime fasi hanno partecipato agli incontri attivamente e con entusiasmo arrivando alla stesura finale dell'elaborato. Il gruppo di lavoro ha, inoltre, manifestato il desiderio che il libretto potesse essere messo a disposizione anche di altre persone per essere ampliato e migliorato.

Conclusioni. La letteratura è ricca di manuali, testi e strumenti che cercano di aiutare le persone a migliorare la propria qualità di vita, ma la maggior parte di questi ha come interlocutori persone sane, con risorse ed abilità psichiche che le mettono in grado di aspirare ad obiettivi che spesso sembrano irraggiungibili per una persona affetta da disturbo mentale.

Anche persone affette da malattie mentali possono vivere meglio e con più soddisfazione, e non solo in seguito alla riduzione della sintomatologia psicopatologica, ma anche, "esercitandosi a vivere meglio".

Bibliografia

- Di Pietro M. ABC delle mie emozioni, Edizioni Erickson, Trento 1999
Falloon I., Intervento psicoeducativo integrato, Edizioni Erickson, Trento 1992
Morosini P.L., La depressione che cosa è e come superarla, Avverbi Edizioni, Roma 2004
Vendittelli N., Veltro F., Oricchio I., Buzzoni A., Rosicarelli M.L., Polidori G., Morosini P., L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.

P54. Sintomatologia psicopatologica nel paziente affetto da demenza: quali correlazioni con lo stress percepito dal caregiver?

Maria Letizia Ughetti¹, Luca Pingani¹, Ilaria Cataldo¹, Fulvio Arnone², Elena De Bernardis², Marco De Bernardis², Silvia Ferrari¹, Giuliano Turrini², Marco Rigatelli¹

¹Dipartimento ad attività integrata di Chirurgie Specialistiche Testa-Collo, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

²Ospedale Privato Accreditato "Villa Maria Luigia". Monticelli Terme, Parma

Scopo. Scopo del presente studio è verificare l'eventuale presenza di correlazioni significative fra la sintomatologia psicopatologica del paziente demente e lo stress percepito dal primary caregiver.

Materiali e metodi. Nello studio sono stati inclusi i primary caregivers di pazienti a cui sia stata effettuata una diagnosi di demenza (secondo i criteri del DSM IV) e ricoverati presso il reparto neuro-psico-geriatrico-riabilitativo dell'Ospedale Accreditato Villa Maria Luigia (Monticelli Terme - PR). Ad ogni primary caregiver incluso nello studio è stata somministrata la scala NPI (UCLA Neuropsychiatric Inventory- Commings J.L. et al., 1994) ed una scheda raccolta dati socio-demografica.

Risultati. 40 pazienti sono stati inclusi nello studio, ma solo 30 hanno accettato di partecipare all'indagine (75%). Dai dati ricavati sono emerse 111 correlazioni significative (Indice di Correlazione di Spearman). Fra queste correlazioni sono state oggetto di studio quelle ad alta significatività ($p < 0,001$) tra lo stress percepito dal primary caregiver e le seguenti categorie sintomatologiche: delirio, allucinazione, agitazione, euforia, apatia, disinibizione, attività motoria aberrante e disturbi del sonno.

Conclusioni. Dai risultati ottenuti emerge che solamente otto categorie sintomatologiche sulle dodici presenti nella scala di valutazione NPI hanno un elevato coefficiente di correlazione con lo stress percepito dai caregivers (delirio, allucinazione, agitazione/aggressività, euforia/esaltazione,

apatia/indifferenza, disinibizione, attività motoria aberrante e disturbi del sonno).

Questo fenomeno è probabilmente da associarsi all'impatto che le suddette categorie hanno sul prestatore di cura: sono più facilmente riconoscibili e comportano un maggior coinvolgimento emotivo.

La non significatività delle altre quattro categorie diagnostiche (ansia, depressione, irritabilità e disturbi dell'alimentazione) è probabilmente da imputare a fenomeni tipicamente culturali come l'ageismo: l'anziano viene considerato attraverso l'utilizzo di uno stereotipo che ne mette in evidenza solamente gli aspetti più negativi e aberranti (malato, improduttivo, loquace, ripetitivo, pauroso, ansioso, triste e diffidente).

Emerge quindi la necessità, per tutti gli operatori sanitari, di strutturare un intervento rivolto ai caregivers caratterizzato da due diverse fasi: 1) fornire maggiori strumenti per il riconoscimento di quei disturbi che non hanno su di loro un forte coinvolgimento emotivo (in particolare la depressione e i disturbi dell'alimentazione); 2) fornire informazioni dettagliate e strutturate utili per far fronte ai suddetti disturbi nella vita di tutti i giorni.

P55. La psicologia dell'emergenza: interventi a favore dei terremotati e dei loro familiari

Franca Valdo*, Alessandra Ida Cottone**, Rosa Elia***, Rosaria Caparso***, Roberta Romanelli†, °Raffaella Guglielmi, °Simona Antonelli, °Massimo D'Alessandro, Liliana Caravelli††

*Dirigente Psicologo Servizio di Psicologia e Psicoterapia – P.O. Sulmona; **Dirigente Psicologo CSM Sulmona; ***Dirigente Psicologo Neuropsichiatria Infantile – Sulmona; †PhD in Psicologia – Università degli Studi "G. d'Annunzio"- Chieti; ††PhD in Psicologia – Università degli Studi di Roma "La Sapienza"; ° Psicologo e Psicoterapeuta

Scopo. Lo scopo di tale intervento è favorire la rielaborazione del trauma successivo all'evento sismico del 6 Aprile 2009 ed il ripristino delle condizioni di vita abituali attraverso il potenziamento del benessere psico-fisico.

Metodo. L'intervento si è svolto in due fasi. La prima fase, svoltasi nel Presidio Ospedaliero di Sulmona, è stata rivolta a 58 pazienti ricoverati vittime di I° e II° livello. Nell'ambito clinico è stata utilizzata la seguente strumentazione: Intervista semi-strutturata (finalizzata alla rielaborazione del trauma); DTS (Davidson Trauma Scale); BDI-2 (Beck Depression Inventory-2); SCL-90 (Self report Symptom Inventory – Revised). Nell'ambito psicosociale si è creata una rete (in collaborazione con Croce Rossa, Protezione Civile, Parrocchia, ecc.) al fine di soddisfare i bisogni primari rilevati. Nella seconda fase sono stati attuati interventi in ambito territoriale di competenza della ASL nell'area di Sulmona, dove sorgevano tendopoli abitate dai cittadini del luogo che presentavano sintomi di evitamento. Tale fase è stata attuata in collaborazione e su indicazione del COM 7 e della Direzione ASL. L'intervento si è così sviluppato: Sopralluoghi presso le tendopoli; Contatti istituzionali e di rete; Interventi di formazione in ambito scolastico rivolti al corpo docente ed ai genitori; Colloqui psicologici – clinici; Interventi di psicoterapia breve su adulti e bambini.

Risultati e Conclusioni. Nella prima fase sono stati effettuati 111 interventi in ambito ospedaliero, nei primi dieci giorni successivi al sisma. Mentre nella seconda fase sono stati effettuati interventi sul campo che hanno permesso il superamento dei comportamenti di evitamento. La rielaborazione del trauma attraverso la sostituzione delle convinzioni individuali disfunzionali rispetto a calamità naturali ha permesso l'incremento e/o l'insorgenza delle strategie di coping delle vittime del sisma.

P56. Music Hospital: incontri musicali nel Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura dell'Aquila

Stefano Ventruto

Musicista e cantautore, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università degli Studi dell'Aquila

Scopo. La musicoterapia è una tecnica che utilizza la musica come strumento terapeutico,

grazie ad un impiego razionale dell'elemento sonoro, allo scopo di promuovere il benessere dell'intera persona, corpo, mente, e spirito. La musicoterapia viene impiegata in diverse campi, che spaziano da quello della salute, come prevenzione, riabilitazione e sostegno, a quello del benessere al fine di ottenere un migliore equilibrio e armonia psico-fisica. Scopo del nostro intervento è quello di offrire agli utenti ricoverati nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione universitaria della ASL dell'Aquila un'attività ricreativa orientata a ridurre lo stress che può derivare da un ricovero e migliorare, per quanto possibile, il benessere percepito.

Metodo. Da circa 2 anni vengono effettuati incontri bisettimanali, della durata di 1 ora e 30 minuti ciascuno, rivolti a tutti gli utenti ricoverati. Prima e alla fine dell'intervento ad ogni utente viene somministrato il questionario Subject Well-being under Neuroleptics (SWN) per valutare il benessere psicofisico degli utenti. Inoltre, dopo ogni seduta di musicoterapia, viene somministrato il questionario di gradimento dell'intervento.

Risultati. La valutazione dei questionari SWN ha permesso di verificare il miglioramento degli utenti che hanno partecipato alle sedute di musicoterapia nelle aree Autocontrollo, Regolazione Emozionale ed Integrazione Sociale.

Conclusioni. I risultati dello studio, tuttora in corso, hanno evidenziato come un intervento semplice di musicoterapia in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, oltre ad essere molto gradito agli utenti ricoverati, risulta efficace nel migliorare la percezione di benessere anche durante il ricovero.

P57. "Promozione della rete di aggregazione degli studenti aquilani attraverso l'uso della musica dopo il sisma del 6 aprile 2009": un progetto di socializzazione per gli studenti

Stefano Ventruto

Musicista e cantautore, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università degli Studi dell'Aquila

Scopo. Il progetto è nato con l'obiettivo di permettere agli studenti universitari la condivisione di momenti ricreativi, in un territorio, quale quello aquilano dopo il sisma del 6 aprile 2009, che sta progressivamente cercando di recuperare spazi di socializzazione. Approvato dall'Ateneo, il progetto ha visto la disponibilità di un Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Stefano Ventruto, giovane cantautore salentino che ha scritto al canzone "Questa vita è mia" adottata quale spot dall'Automobile Club Italiano, ACI. Accanto all'obiettivo di facilitare l'incontro tra studenti, l'iniziativa universitaria si proponeva di far riflettere i giovani su un adeguato uso dell'alcol, con particolare attenzione ai comportamenti alla guida laddove, a seguito del sisma e degli eventi traumatici, è stimato che una parte della popolazione possa incrementarne l'utilizzazione con modalità scarsamente adeguate.

Metodo. Sono stati effettuati 4 incontri musicali (25 marzo, 15 e 22 aprile, 6 maggio 2010) in locali pubblici e pub dell'Aquila così strutturati: (1) breve fase di benvenuto e "riscaldamento" per familiarizzare con gli studenti e con le persone presenti nei luoghi di aggregazione; (2) ad ogni incontro sono stati trattati due cantautori (e.g., Vasco Rossi/Ligabue, Battisti/Rino Gaetano) attraverso brani cantati e suonati in versione live con la chitarra; (3) commento degli operatori e dei partecipanti sui contenuti delle canzoni eseguite; (4) ringraziamenti degli operatori rivolto ai partecipanti.

Risultati. Gli obiettivi che sono stati conseguiti, rilevati dal conduttore (S. V.) e dagli studenti responsabili del progetto, sono i seguenti: (1) i contenuti musicali trattati hanno coinvolto positivamente la sfera emotiva (emozioni, umore e sentimenti) dei presenti; (2) tutti i

presenti hanno mostrato un alto livello di partecipazione (prendere parte di una situazione di vita) interagendo tra di loro e con i coordinatori (responsabili del progetto); (3) le canzoni, con i loro contenuti, sono state argomento di discussione per fornire ai presenti un orientamento psico/educativo consono a divulgare un modo di pensare più funzionale ad affrontare gli stress, in genere, e gli stress post-sisma, con specifico riferimento al consumo di sostanze; (4) fornire nuovi punti di aggregazione, orientati a ricostruire una rete di aggregazione post-sisma.

Conclusioni. Il progetto ha avuto esito positivo coinvolgendo non solo gli studenti, ma anche gli avventori dei locali pubblici in cui avvenivano gli incontri, appartenenti a diverse fasce di età. Attraverso varie interviste, i presenti hanno dichiarato l'esigenza di continuare il progetto in quanto interessante e costruttivo.

P58. Variabili cliniche, caratteristiche neuropsicologiche, funzionamento psicosociale e rischio psicopatologico in pazienti al first episode: outcome di un intervento di problem solving.

Laura Verni, Valeria Bianchini, Roberta Ortenzi*, Donatella Ussorio*, Rita Roncone*, Rocco Pollice*

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria, * Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila*

Scopo. Scopo dello studio è stato quello di valutare le caratteristiche cliniche, funzionali e neuropsicologiche in un campione di soggetti all'esordio di un disturbo psicotico o in condizione di Stato Mentale a Rischio. I soggetti appartenenti al campione in esame sono stati sottoposti a trattamento integrato, farmacologico e psicoterapico secondo interventi standardizzati.

Metodo. sono stati valutati 26 soggetti (14 maschi e 12 femmine) afferenti consecutivamente presso il Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani (SMILE) dell'Aquila, da settembre 2009 a febbraio 2010, con esordio

psicotico nell' 8076% (n = 21) e con Stato Mentale a Rischio nel 19,4% (n = 5) dei casi. Tutti i soggetti appartenenti alla popolazione in esame sono stati sottoposti ad un intervento riabilitativo di Problem Solving Training, al termine del quale sono stati utilizzati i seguenti strumenti di valutazione: scheda di valutazione dei dati anamnestici; valutazione neuropsicologica; FPS; PAS; SOS; PANSS; CGI-S.

Risultati. Sono stati effettuati follow-up a cadenza semestrale, valutando la risposta clinica della popolazione in studio e verificando la presenza di eventuali correlazioni fra le variabili cliniche e funzionali rilevate al termine dell'osservazione con gli indicatori prognostici e con i trattamenti psicoterapici effettuati. Il campione totale è stato suddiviso in due gruppi in base alla presenza o meno di un peggior funzionamento premorbo: G1 formato da 15 soggetti e G2 di 11 soggetti. I due gruppi non differivano significativamente in relazione alle caratteristiche socio-demografiche. Rispetto al G2, nel G1, sono state evidenziate differenze statisticamente significative con punteggi medi più elevati agli items relativi alla dimensione negativa della PANSS. Il G1, inoltre, mostrava una maggiore durata di DUP, un punteggio medio significativamente peggiore alla CGI-s e alla FPS, nonché prestazioni peggiori nelle valutazioni neuro cognitive, anche al termine di interventi psicoterapici standardizzati.

Conclusioni. I risultati del nostro studio sono supportati dai dati della letteratura che evidenziano differenze nella presentazione clinica ed una maggior gravità del disturbo all'esordio psicotico dei soggetti che presentano un peggior funzionamento premorbo, in termini di presenza di specifici 'sintomi base', quali alterazione di attenzione, ideazione, percezione, linguaggio e motilità, così come di una più bassa scolarità.

Bibliografia

Hafner H & Maurer K. Early Detection of Schizophrenia: current evidence and future perspectives. World Psychiatry 2005 October; 5(3): 130-138. 2.

Schultze-Lutter F& Klosterkotter J. Basic Symptoms and Ultrahigh Risk criteria: symptom development in the initial prodromale state. Schizophrenia Bulletin Advance Access published online on June 25, 2008.

Ucok A, Polat A et al. DUP may predict acute treatment response in first episode schizophrenia. J Psychiatr Res 2004; 38: 163-8.

Indice AUTORI

A

Acciavatti Tiziano; 81; 98
Adami Lucia; 70
Aguglia Eugenio; 19
Alagia Noemi; 70
Alfonsi Emilia; 61; 62
Allegrini Fabio; 51
Ambrosino Rosa; 107
Angelilli Maria Grazia; 79; 107
Antonelli Simona; 112
Arnone Fulvio; 46; 86; 89; 111
Audino Domenico; 54
Auditore Roberta; 37; 71; 72
Avino Camillo; 96

B

Barbato Angelo; 5
Bardicchia Francesco; 47; 96
Baronessa Cristina; 96
Barsanti Silvia; 73
Basile Filomena; 85
Basso Luigi; 32
Battipaglia Carmela; 85
Befani Alessandra; 96
Bellomo Antonello; 16
Bernabei Laura; 56
Bertani Mariaelena; 16
Berti Loretta; 73
Biagi Simona; 92
Bianchini Valeria; 48; 74; 75; 76; 102; 105; 114
Bignotti Stefano; 103
Biondi Silvia; 96
Bissoli Sarah; 16
Boggian Ileana; 6; 33
Bonanni Emiliana; 96
Bonfioli Elena; 73
Bontempo Giuseppe; 26
Burti Lorenzo; 11; 73

C

Caboi Barbara; 96
Caffo Ernesto; 23
Caltabiano Mario; 81; 98
Campanella Daniela; 98
Cantoresi Paolo; 40
Caparso Rosaria; 112
Caponnetto Pasquale; 71; 72
Capulli Marco; 77
Carano Alessandro; 61; 81; 98
Caravelli Liliana; 112

Cardamone Giuseppe; 47
Carlesi Dorotry; 96
Carlesi Nicola; 26
Carpiniello Bernardo; 7; 13
Casacchia Massimo; 5; 6; 15; 17; 19; 26; 50; 52; 58;
74; 75; 76; 82; 83; 84; 90; 91; 96; 104; 105;
108; 109
Casciani Libia; 79; 107
Cataldo Ilaria; 111
Catalucci Alessia; 19; 98
Catapano Francesco; 20
Cavalli Enrico; 56
Cavicchio Alessandra; 15; 55; 56; 70; 77; 87; 106;
110
Cerasani Silvia; 88
Chierici Maria Laura; 46; 86; 89
Ciambellini Manuela; 107
Ciampini Giuseppina; 96
Ciampini Giuseppina, detta Giusy; 77
Cicconetti Alessandra; 81; 98
Clerici Massimo; 18
Cocchi Angelo; 17
Cocciante Simone; 36
Colatei Marta; 48; 74; 83; 104
Colliva Chiara; 78
Colombo Raffaella; 42
Colonna Giovanni; 77
Concari Ennio; 101
Cornelio Maria Melissa; 81
Corradi Anna Teresa; 70; 106
Corrivetti Giulio; 19; 28; 53
Cottone Alessandra Ida; 79; 112

D

D'Alessandro Massimo; 112
d'Allio Giorgio; 41
D'Andreagiovanni Michele; 100
D'Apice Valentina; 80
D'Emidio Gabriella; 104
De Berardis Domenico; 26; 81; 98
De Bernardis Elena; 46; 86; 89; 111
De Bernardis Marco; 89; 111
De Donatis Tiziana; 30; 54
De Falco Luisa; 96
De Giorgi Serafino; 30; 54
De Lauretis Ida; 48; 74; 82; 108; 109
De Marco Ferdinando; 13; 59
De Paolis Anna Maria; 84
De Risio Alessandro; 21
De Ronchi Diana; 22; 64
De Rosa Corrado; 20; 46; 94; 95; 96
Defendi Stefano; 61
Del Vecchio Heide Gret; 96

Del Vecchio Valeria; 46; 94; 95; 96
Di Emidio Gabriella; 83
Di Fonzo Enrico; 26
Di Giannantonio Massimo; 26; 50; 51; 81; 98
Di Guida Giovanna; 21
Di Iorio Filomena; 96
Di Iorio Giuseppe; 81; 98
Di Mauro Stefania; 84
Di Michele Vittorio; 50; 85
Di Munzio Walter; 28; 85
Di Nicola Domenico; 108
Di Noia Antonella; 54
Donelli Sara; 46; 86
Dosa Marianna; 87
Doveri Paolo; 40

E

Elia Rosa; 112
Evangelista Paolo; 50; 91

F

Fabrazzo Daniela Michela; 94
Faiella Fabiana; 61
Famulari Roberta; 55; 87
Fasano Fabrizio; 98
Fasce Alessandro; 44
Feliziani Nella; 96
Ferrannini Luigi; 5
Ferrari Silvia; 46; 86; 89; 100; 103; 107; 111
Figliolia Gianluca; 96
Fiorillo Andrea; 46; 94; 95; 96
Fiorini Irene; 73
Fontana Maria Patrizia; 30; 54
Francomano Antonio; 37
Fрати Luigi; 64; 67

G

Galderisi Silvana; 13
Gallese Angelo; 26; 88
Gallese Angelo Nazzareno; 88
Gallese Marta; 88
Gallina Piermario; 41
Gallucci Massimo; 19; 98
Galvan Federico; 17
Gandolfi Anna; 89
Gargano Maria Teresa; 93
Gavazza Luca; 43
Gentile Bruno; 21
Ghisi Marta; 6
Giacco Domenico; 46; 94; 95; 96
Giammusso Arcangelo; 37
Giordani Paesani Natascia; 48; 74; 90; 91; 96
Giorgi Maria Grazia; 61

Giusto Debora; 41
Gojer Margot; 99
Graziani Anna; 96
Gret Del Vecchio Heide; 46
Guarini Angela; 92
Guerrini Gualtiero; 45
Guglielmi Gabriele; 62
Guglielmi Raffaella; 112

I

Iacopini Patrizia; 61
Iapichino Sonia; 96
Imperadore Giuseppe; 73
Infante Vito; 81
Insacco Chiara; 71; 72
Iorio Simona; 101

J

Johnson Ingela; 65

L

La Barbera Daniele; 37
La Guardia Giuseppe; 36
La Rovere Raffaella; 98
Lamonaca Dario; 6; 32; 34
Lampis Debora; 96
Lanci Marzia; 77
Lapenna Maria Rosaria; 54
Laratta Stefania; 93
Lasalvia Antonio; 16
Laviola Vittorio; 92
Legge Maria Pia; 26
Lenzi Alessandro; 73
Lenzo Vittorio; 93
Lepore Giuseppe; 55
Lombardi Assunta; 61
Lora Antonio; 15
Loretto Liliana; 22
Lucci Orietta; 96
Luciano Mario; 46; 94; 95; 96

M

Maggio Roberto; 51
Magnani Nadia; 40
Magni Laura Rosa; 103
Maj Mario; 96
Malangone Claudio; 96
Malavolta Maurizio; 48; 74; 91; 96
Malinconico Angelo; 59
Malorgio Chiara; 92
Mancini Lorena; 61
Manni Barbara; 101

Mannu Josè; 21; 36
Manzotti Sumire Yamaguchi; 78
Marasco Viviana; 81; 98
Marchesini Nadia; 92
Marchi Enrico; 40
Mari Massimo; 61; 62
Mariani Giorgio; 61
Mariano Melania; 98
Marinelli Maria Rosaria; 54
Marini Stefano; 81
Marra Maria Luisa; 30; 54
Martini Andrea; 61
Martino Carla; 24
Martinotti Giovanni; 81
Masiero Alessandra; 99
Massari Marzia; 77
Mastrillo Angelo; 64
Mattei Lorena; 58
Matteucci Stefania; 73
Mazza Monica; 15; 19; 98
Mazzoni Elisa; 100
Medda Stefania; 48
Melati Ermanno; 107
Meneghelli Anna; 17
Merlin Silvia; 34
Milano Giuliana; 100
Mizuno Masafumi; 14
Mombello Antonella; 41
Monachesi Sabina; 62
Monzani Martina; 101
Mori Alessandro; 89
Moroni Annamaria; 96
Morosi Piera; 56
Moschetta Francesco Saverio; 26; 81; 98
Mueser Kim T.; 21

N

Nenna Giorgio; 91
Neri Mirco; 101
Nese Giuseppe; 29
Neviani Francesca; 101
Nigro Pietro; 53
Nivoli Giancarlo; 21

O

Olivieri Luigi; 81; 98
Orlandi Emanuele; 96
Ortenzi Roberta; 57; 70; 102; 114

P

Paganelli Gina; 77
Palla Paola; 40
Palumbo Walter; 52

Papi Maura; 36
Pariante Ferdinando; 6
Parisse Giustino; 5
Parma Andrea; 14
Passoforte Manuel; 107
Patelli Giovanni; 17
Pedrini Laura; 103
Pellegrino Raffaele; 100
Pellicetti Laura; 61
Pelosi Annalisa; 101
Peloso Paolo F.; 32
Percossi Maria Federica; 88
Pescosolido Rita; 96
Pezzenati Laura; 56
Piegari Giuseppe; 13
Pietrasanta Massimo; 41
Pingani Luca; 46; 86; 89; 100; 103; 107; 111
Pini Nicole; 103
Pino Maria Chiara; 98
Pinto Gaetano; 54
Pioli Rosaria; 103
Piperopoulos Orfeus; 104
Piselli Massimiliano; 96
Pisseri Pasquale; 43
Poggi Valentina; 107
Polimanti Stefano; 61
Polimo Alessandra; 44
Pollice Rocco; 15; 17; 19; 26; 48; 74; 75; 76; 82; 83;
84; 90; 91; 96; 102; 104; 105; 108; 109; 114
Pomero Paolo; 84
Pontalti Igor; 61
Pontarelli Irene; 70; 106
Premstaller Carmen; 99
Priebe Stefan; 16
Puviani Marta; 92

Q

Quattrocchi Enza; 40
Quattropani Maria Catena; 87; 93
Querci Sara; 92

R

Rapini Gabriella; 98
Rigatelli Marco; 46; 86; 89; 100; 103; 107; 111
Riva Antonio; 96
Romanelli Roberta; 112
Romano Giuseppe; 38
Romeo Francesco; 92
Roncone Rita; 5; 15; 19; 64; 66; 74; 75; 82; 83; 84;
90; 91; 96; 98; 102; 104; 105; 108; 109; 114
Rossetti Marisa; 92
Rossi Alessandro; 27; 51
Rossi Corrado; 40
Rossi Giuseppe; 103

Rossi Roberta; 103
Rossin Monia; 62
Rotunno Maria Emilia; 79; 107
Ruggeri Mirella; 16
Ruggerini Ciro; 78; 80; 103

S

Sabatelli Riccardo; 14
Saccotelli Giuseppe; 16; 28; 53; 54
Sadun Daniele; 36
Salcioglu Ebru; 19
Salerno Antonino; 71; 72
Salerno Rosa Maria; 81
Sales Rachele; 85
Salomone Giuseppina; 85
Salvatore Valentina; 19; 77; 79; 107
Santini Ilaria; 48; 74; 82; 108; 109
Saponaro Alessandro; 53
Scaltriti Nicoletta; 92
Scarpa Franco; 23; 73
Sciacca Maria; 71
Scipioni Alessia; 61
Sciuto Agata; 71
Sconci Vittorio; 26; 58
Sechi Enzo; 58
Seminara Giuseppe; 38
Semisa Domenico; 29
Serra Federica; 76
Serroni Nicola; 81; 98
Silvestri Manuela; 79; 107
Simoni Anna Rita; 79
Sirotti Elena; 92
Spagnoli Giada; 73
Squillacioti Maria Rosa; 61
Starace Fabrizio; 30
Stratta Paolo; 27; 51
Suma Domenico; 53
Svettini Alessandro; 6; 33; 99

T

Taiani MonicaVeronicaEmanuela; 30; 85

Taraschi Domenica; 110
Tartaglione Sergio; 58
Tassi Maria Rita; 78
Tibaldi Giuseppe; 15
Tommasini Anna Rita; 105
Tosone Adele; 75
Tria Giovanni; 44
Trincas Gisella; 8
Tripaldi Simona; 98
Trotta Sabatino; 26
Tura Gianbattista; 103
Turrini Giuliano; 46; 86; 89; 111

U

Uderzo Valeria; 96
Ughetti Maria Letizia; 111
Ussorio Donatella; 15; 55; 57; 66; 70; 102; 114

V

Valdo Franca; 112
Valente Donatella; 66
Valentini Cinzia; 45
Valentini Lucia; 44
Valeriani Francesco; 59
Valli Sonia; 32
Veltro Franco; 17
Ventruto Stefano; 112; 113
Verni Laura; 48; 74; 102; 105; 114
Verzolato Nilla; 21
Vicini Stefania; 103
Vinci Vera; 46; 95; 96
Visani Enrico; 36
Vita Antonio; 13; 16

Z

Zirulia Valeria; 43
Zucchi Giovanni; 46; 86

www.sirp-abruzzo.it

ABSTRACTBOOK