

DALLA CENTRALITÀ DEI SERVIZI ALLA CENTRALITÀ DELLA PERSONA

L'esperienza di cambiamento
di un Dipartimento
di Salute Mentale

PAOLA CAROZZA



*Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo*

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

DALLA CENTRALITÀ DEI SERVIZI ALLA CENTRALITÀ DELLA PERSONA

**L'esperienza di cambiamento
di un Dipartimento
di Salute Mentale**

PAOLA CAROZZA

***Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo***

FrancoAngeli

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

*Alla mia cara Mamma
che fino a due giorni prima della sua scomparsa ha continuato con amore
e lucidità a correggere le pagine di questo libro*

Indice

Introduzione pag. 13

Teoria

1. Dal modello medico al modello biopsicosociale di disabilità. Impatto della malattia mentale sulla dimensione psicologica, sociale e fisica dell'individuo	»	18
1. I modelli di disabilità e la loro influenza	»	18
2. La definizione di disabilità	»	19
2.1. Il modello morale	»	20
2.2. Il modello biomedico	»	20
2.3. Il modello socio-politico	»	24
2.4. La disabilità da una prospettiva sociale: i <i>Disability Studies</i>	»	27
2.5. Il modello funzionale: un approccio interattivo	»	30
3. Verso un modello biopsicosociale di disabilità	»	31
4. La disabilità psichiatrica e il disordine mentale	»	31
4.1. I costi della disabilità psichiatrica. Dati epidemiologici	»	32
5. Impatto della malattia mentale sulla dimensione psicologica (identità)	»	39
5.1. Il processo di <i>self-stigmatization</i> (auto-stigmatizzazione) nelle persone con malattia mentale	»	40
5.2. Modello teorico di <i>self-stigma</i>	»	40
5.3. Impatto del <i>self-stigma</i> sul raggiungimento degli obiettivi di vita	»	43
5.4. Il <i>self-stigma</i> mina l'empowerment	»	44
5.5. Il <i>self-stigma</i> mina l'utilizzazione delle EBP	»	45
5.6. Strategie e servizi per contrastare l'auto-stigma e le sue conseguenze	»	46

5.7. Altre conseguenze della malattia mentale sul senso di sé	pag.	50
6. L'influenza della malattia mentale sull'identità sociale	»	51
6.1. L'impatto dei comportamenti devianti sulla formazione dell'identità	»	51
6.2. L'esclusione sociale e i suoi significati	»	54
7. La comorbidità fisica nella malattia mentale	»	55
7.1. Il monitoraggio della salute fisica delle persone con malattia mentale severa	»	57
7.2. Interventi per migliorare i comportamenti salutari nelle persone con malattia mentale grave	»	58
2. Neuroscienze e neuropsicologia: i fondamenti scientifici dei trattamenti psicosociali nella malattia mentale	»	59
1. I disturbi della mente e del cervello: definizione	»	59
2. Il contributo delle neuroscienze alla comprensione del funzionamento del cervello e della mente	»	60
3. Le neuroscienze sociali	»	62
3.1. La stretta connessione tra eventi sociali ed eventi biologici	»	63
3.2. Influenza reciproca tra geni e ambiente	»	65
4. Ipotesi etiologiche della malattia mentale	»	67
4.1. Le cause biologiche della psicosi schizofrenica	»	68
5. La neuroplasticità	»	76
5.1. La plasticità collegata allo sviluppo cerebrale: il fenomeno del <i>synaptic pruning</i>	»	78
5.2. Neuroplasticità, apprendimento e memoria	»	78
5.3. Ricadute cliniche e operative della diffusione del concetto di neuroplasticità	»	80
5.4. Neuroplasticità e trattamenti psicosociali	»	82
6. Neuropsicologia e trattamenti psicosociali	»	83
7. La neurocognizione nella schizofrenia	»	85
7.1. Neurocognizione, cognizione sociale e esito funzionale della schizofrenia	»	86
7.2. Recovery ed esito funzionale	»	86
7.3. Capacità funzionale, performance funzionale ed esito funzionale	»	88
7.4. La cognizione sociale e l'esito funzionale	»	90
7.5. Modulatori ambientali delle dimensioni funzionali	»	91
7.6. Neurocognizione, cognizione sociale e <i>personal recovery</i>	»	92
7.7. Un approccio concettuale alla ricerca sul recovery nella schizofrenia	»	93

3. Le EBP nel trattamento della malattia mentale	pag. 95
1. Tre grandi sfide attendono la psichiatria di comunità	» 95
2. Il bisogno di trattamenti efficaci nel campo della salute mentale	» 95
3. Introdurre l'evidenza nei servizi di salute mentale: una sfida ambiziosa	» 97
3.1. La carenza di risorse umane, principale ostacolo ad implementare trattamenti sistematici nei servizi di salute mentale	» 98
4. I trattamenti psicosociali EB nella salute mentale	» 100
4.1. I fondamenti scientifici dei trattamenti psicosociali EB	» 100
4.2. I fondamenti pedagogico/educativi dei trattamenti psicosociali EB	» 101
5. Le otto pratiche supportate dalla ricerca empirica	» 107
5.1. Psicofarmacologia Collaborativa	» 111
5.2. <i>Assertive Community Treatment</i>	» 113
5.3. Psicoeducazione Familiare	» 115
5.4. <i>Supported Employment (SE)</i>	» 118
5.5. <i>Illness Management and Recovery (IMR)</i>	» 119
5.6. Terapia Cognitivo-Comportamentale	» 120
5.7. Trattamento Integrato per la doppia diagnosi	» 121
5.8. <i>Social Skill Training (SST)</i>	» 124
6. Il bisogno di trattamenti integrati nella salute mentale	» 125
4. Integrare le Evidence-Based Practices e il Recovery Model	» 130
1. Ultime acquisizioni sul concetto di recovery	» 130
1.1. La natura multidimensionale del recovery e i fattori influenti sui suoi esiti	» 132
2. Esiti delle EBP e esiti di recovery: una evidente convergenza	» 134
3. Apporti della cultura delle EBP e dei principi del recovery alla qualità e all'efficacia dei servizi di salute mentale	» 139
3.1. Erogare le EBP secondo i principali valori del <i>personal recovery</i>	» 140
3.2. Integrare le EBP con le strategie tese a sviluppare la motivazione al cambiamento e a stabilire obiettivi personali	» 141
3.3. Prendersi cura delle abilità e delle attitudini del personale che favoriscono il processo di recovery	» 142
4. Le EBP: la "testa" che supporta il "cuore" del processo di recovery	» 143

5. La sfida di introdurre le EBP nei sistemi dei servizi di salute mentale	pag.	145
1. Disseminare la teoria non significa cambiare i comportamenti operativi	»	145
1.1. Prepararsi per l'azione	»	146
1.2. Pianificare le azioni	»	147
1.3. Implementare le EBP	»	152
6. La necessità di competenza professionale nel settore della salute mentale	»	156
1. Premessa	»	156
2. Il ruolo dei dirigenti medici nell'implementazione delle EBP nei servizi di salute mentale	»	157
3. Il ruolo dei dirigenti infermieristici nell'implementazione delle EBP nei servizi di salute mentale	»	159
4. Perché "curare" le competenze di dirigenti medici, responsabili di servizi, e dei dirigenti infermieristici	»	160
7. La diagnosi psichiatrica e le sue evoluzioni storiche	»	162
1. Un sistema classificatorio per dare dignità medica alla follia		
2. Questioni aperte sulla diagnosi psichiatrica	»	165
2.1. Le diagnosi psichiatriche descrivono esattamente i disordini mentali?	»	165
2.2. È possibile individuare sistemi diagnostici che coniughino la validità e l'attendibilità?	»	170
2.3. È possibile individuare sistemi diagnostici attendibili e validi basati su una teoria condivisa delle malattie mentali?	»	174
3. Pervenire ad una teoria condivisa delle malattie mentali	»	174
3.1. I diversi modelli di malattia mentale	»	175
3.2. I diversi approcci diagnostici	»	177
4. Verso un paradigma olistico	»	185
4.1. Diagnosi Integrativa Centrata sulla Persona	»	186
4.2. Il Trattamento Integrato Centrato sulla Persona	»	187
4.3. La diagnosi funzionale	»	188
5. Conclusioni... non conclusive	»	192

Organizzazione e pratica

8. Il modello integrato dei servizi di salute mentale	»	198
1. L'integrazione dei servizi di salute mentale nelle cure primarie	»	198

1.1. Modelli di integrazione	pag.	199
1.2. I motivi dall'inserimento dei servizi di salute mentale nelle cure primarie	»	199
1.3. I vantaggi dell'inserimento dei servizi di salute mentale nei servizi delle cure primarie	»	203
1.4. Integrazione della salute mentale nelle cure primarie pediatriche	»	206
1.5. Le sfide da superare per il successo dell'integrazione	»	208
2. L'integrazione con le risorse della comunità e con i servizi sociali: la dimensione del <i>social recovery</i>	»	211
2.1. Connessioni sociali e salute mentale	»	211
2.2. Esclusione sociale e malattia mentale	»	213
2.3. Il modello organizzativo integrato alla base della pratica socialmente inclusiva	»	215
2.4. La pratica socialmente inclusiva e i servizi di salute mentale	»	217
2.5. Trattamenti e strategie volti a ridurre sia la malattia mentale che l'esclusione sociale	»	219
2.6. La ricerca e l'evidenza	»	223
2.7. Da un sistema di servizi di salute mentale tradizionale ad un sistema di servizi socialmente inclusivi: le dimensioni di cambiamento	»	224
2.8. Le competenze professionali socialmente inclusive	»	227
2.9. Conclusioni	»	242
9. Trasferire la teoria nella pratica: risultati, criticità e problemi aperti	»	244
1. Dalle criticità riscontrate alla spinta al cambiamento	»	244
1.1. La vision	»	246
1.2. Principi adottati	»	247
1.3. Politiche sviluppate	»	249
1.4. Azioni avviate	»	252
2. Risultati e criticità del processo di cambiamento	»	323
2.1. Risultati	»	323
2.2. Criticità del sistema evidenziate nel corso del processo del cambiamento	»	332
Bibliografia	»	342

Introduzione

Appartiene alla nostra comune esperienza il frequentissimo divario tra l'elaborazione teorica, appannaggio del mondo accademico e scientifico, e le prassi correnti che, pur dichiarandosi ispirate a tali acquisizioni, per una serie innumerevole di cause e giustificazioni, salve rare eccezioni, continuano invece a rimanere inalterate, quasi fossero imm modificabili.

Così nel campo della salute mentale, mentre negli ultimi anni, si assiste ad un rapido e notevolissimo arricchimento sul piano delle acquisizioni scientifiche, su quello riguardante la pratica dei servizi si continua ad operare come se nulla o quasi nulla fosse accaduto. Si è intervenuti, infatti, sull'assetto organizzativo del contenitore attraverso l'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale, ma su quello dei contenuti si continua ad assistere ad interventi caratterizzati da frantumazione e da visione paternalistica, generalisti ed estemporanei, del tutto scissi dagli apporti suggeriti dall'evidenza e dalla verifica degli esiti.

Il presente lavoro vuole testimoniare, attraverso un'esperienza concreta, ancora in corso, che è invece possibile, nella quotidianità di un DSM, ricondurre ad unità la teoria con la prassi, avviando un percorso di profondo cambiamento che riguardi trasversalmente tutti le categorie di operatori e tutte le aree operative aggregate.

In presenza, ovviamente, di alcune condizioni analiticamente descritte e documentate nelle pagine che seguono, richiamare sinteticamente in questa sede:

1. un comportamento attivo e propositivo delle associazioni dei familiari in grado di stimolare al cambiamento le istituzioni locali e regionali;
2. una Direzione Aziendale che, nelle selezioni dei dirigenti, sia libera da spinte clientelari e/o politiche;
3. una leadership competente, aggiornata, motivata e cosciente del proprio ruolo, che sia in grado, attraverso l'esempio e la sua presenza costante, di motivare l'insieme dei propri collaboratori;

4. un massiccio processo di formazione, accompagnato da sistematiche supervisioni sul campo e dall'istituzione di diffusi organismi di discussione e confronto; e, non ultima, infine,
5. la capacità di contrastare e superare le inevitabili resistenze, derivanti dal timore del cambiamento, e di riconvertire in termini positivi il dissenso, anche quando non manifestato apertamente.

Il volume, suddiviso in due parti (Teoria, Organizzazione e Pratica) e in nove capitoli, completa e supera i precedenti (Principi di Riabilitazione Psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione, 2006 e Psichiatria di Comunità tra scienza e soggettività. Linee di pratica clinica per i servizi di salute mentale, 2010) per i seguenti principali motivi:

1. si arricchisce degli aggiornamenti apportati dalla ricerca negli ultimi anni, con particolare riferimento (capitoli uno, due, tre, quattro, cinque, sei e sette della prima parte):
 - al concetto di disabilità, ai diversi significati che essa assume a seconda dei modelli di riferimento adottati (biomedico, socio-politico, funzionale) e alle conseguenze della malattia mentale sulla dimensione biologica, psicologica (processo di *self-stigmatization*) e sociale dell'individuo;
 - alle più rilevanti acquisizioni delle neuroscienze sociali (etiopatogenesi della schizofrenia, neurosviluppo, neuroplasticità e rapporto tra recovery ed esiti funzionali);
 - all'illustrazione dei principali trattamenti biopsicosociali EB, alle loro implicazioni con il concetto e con gli esiti di recovery, alle linee-guida per la loro adozione nei servizi e agli ostacoli che ne impediscono la piena utilizzazione;
 - alla rilevanza di una maggiore competenza professionale nel settore della salute mentale e al ruolo della dirigenza, medica e infermieristica, nei processi di modernizzazione dei servizi;
 - all'illustrazione dei diversi approcci alla malattia mentale e alle difficoltà di assimilare la diagnosi psichiatrica alle altre branche della medicina (validità, validità predittiva, affidabilità);
2. sottolinea che l'attuazione di una reale psichiatria di comunità debba superare la separatezza che contraddistingue l'attuale organizzazione dei servizi di salute mentale rispetto ad altre agenzie sanitarie (cure primarie) e sociali (servizi sociali, enti locali e risorse informali di comunità), proponendo il modello integrato raccomandato dall'OMS, che si declina mediante la costituzione di team interdisciplinari trasversali alle singole UO dei DSM e ai servizi sociosanitari territoriali (Programmi integrati centrati sul destinatario) (capitolo otto);
3. descrive non più un processo di modernizzazione di un singolo settore di un DSM (Centri Diurni o UOC), ma la modalità con la quale i prin-

cipi dell'evidenza e del recovery sono trasferiti ad un intero DSM, dimostrando come, nonostante le difficoltà emerse (resistenze individuali e sistemiche, problemi dovuti al modello organizzativo preesistente, pregiudizi culturali e carenza di risorse umane), possono, comunque, essere raggiunti risultati notevoli e significativi (capitolo nove).

È opportuno puntualizzare che il presente lavoro non ha la presunzione di fornire in modo acritico un modello da replicare, ma di testimoniare concretamente come si è cercato di affrontare, attraverso l'impegno costante e la ricerca sistematica di soluzioni ai diversi e numerosi problemi emergenti, il diffuso senso di inefficacia e di inadeguatezza che da anni viene espresso da tutte le figure professionali impegnate nei servizi di salute mentale. È ormai acquisito che la sola partecipazione a seminari teorici e a convegni non è sufficiente per introdurre efficacemente le innovazioni della ricerca nella pratica quotidiana, per cui la psichiatria di comunità italiana, non essendo riuscita a fare quel salto di qualità che avrebbe consentito alla legge 180 di esprimere tutto il suo potenziale innovativo, è restata di fatto isolata dalla comunità internazionale, dove attualmente ha un ruolo del tutto marginale.

Dall'esperienza riportata si evince, in sostanza, che il salto di qualità sopra auspicato può essere conseguito a condizione che l'impegno e l'attenzione dei politici, degli amministratori, dei sanitari, degli utenti e delle loro famiglie, non siano focalizzati quasi esclusivamente su programmi di adeguamento strutturale e organizzativo, come avvenuto nei progetti obiettivi sulla salute mentale succeduti negli anni, ma che affrontino radicalmente il tema dell'adeguatezza delle risorse umane, della formazione continua sul posto di lavoro e della qualità e della motivazione della leadership.

Un particolare ringraziamento ai miei cari collaborazioni che hanno contribuito alla stesura del nono capitolo: Elena Attanasio, Paola Avveduti, Cristina Bellosi, Francesca Bravi, Rosario Cambria, Paola Casadio, Giuseppina Correddu, Marinella Distani, Marcella Fanelli, Elena Gatti, Tiziana Grilli, Giovanni Greco, Cristina Guerzoni, Matteo Magnante, Sabrina Mainetti, Daniela Marangoni, Andrea Martini, Manuela Martoni, Antonella Mastrocola, Bruna Mattioli, Federica Mazzoni, Paola Mosconi, Pietro Nucera, Deanna Olivoni, Siria Pellegrini, Pierpaolo Poletti, Silvia Ragazzini, Valeria Savoia, Giuseppina Taibi, Daniela Timoncini, Teo Vignoli, Fortunata Visco, Tiziana Vitali, Monica Zambianchi, Roberto Zanfini.

Teoria

1. Dal modello medico al modello biopsicosociale di disabilità. Impatto della malattia mentale sulla dimensione psicologica, sociale e fisica dell'individuo

1. I modelli di disabilità e la loro influenza

Il tema trattato nel presente capitolo merita una premessa di tipo sociologico/culturale, relativa ai diversi modelli di disabilità e al loro vasto campo di influenza. È, infatti, ampiamente dimostrato come l'approccio alla disabilità da parte di operatori dei servizi di salute mentale e di ricercatori sia spesso condizionato dal modello di riferimento adottato, il quale determina le attribuzioni causali, orienta la pratica professionale, le scelte economiche, la legislazione, l'allocazione di risorse e le politiche locali e nazionali, guida le relazioni di cura, nonché lo sviluppo della ricerca e la struttura stessa dei programmi riabilitativi. Anche la qualità di vita quotidiana – familiare, affettiva, scolastica, lavorativa e sociale – dei disabili mentali, la loro stessa identità e il senso di sé sono in larga parte determinati da tali modelli, come pure la percezione pubblica della disabilità e il modo di rapportarsi e di rispondere alle persone che ne sono portatrici da parte della società civile.

Sorprendentemente, i modelli di disabilità raramente sono messi in discussione e altrettanto raramente il loro potere viene riconosciuto (Gill *et al.*, 2003)¹. Viene sottovalutata anche la difficoltà di stabilire un'alleanza terapeutica se il professionista e il paziente percepiscono la disabilità differenzialmente e, di conseguenza, non concordano sui trattamenti e sui servizi appropriati.

Il diverso modo di interpretare e di diagnosticare la disabilità emerge anche dagli stessi principali sistemi diagnostici² utilizzati per quella men-

1. Né è prova il fatto che la maggior parte degli operatori non è consapevole dell'esistenza di altri modelli con i quali trattare i pazienti; di conseguenza, continuano a lavorare nel modo in cui sono stati educati e formati, anche se esso si rivela inefficace o obsoleto.

2. *International Classification of Disabilities, Impairments and Handicaps--2 (ICIDH-2)* (WHO, 1993, 2001); *Diagnostic and Statistical Manual-V-Text Revision* (American Psy-

tale, e non solo per propositi clinici, ma anche per lo sviluppo della ricerca e per la pianificazione dei servizi, elemento che dimostra ulteriormente la stretta interrelazione tra modalità diagnostiche e orientamenti socio/politico/economici (Smart, 2005b). Per esempio, se la disabilità è considerata solo un problema medico, gli aspetti culturali, storici, sociali e politici ad essa correlati non saranno compresi nei curricula formativi dei futuri professionisti, dimensioni che, invece, sono considerate più importanti dalla maggior parte dei disabili.

Ogni modello di disabilità riflette i valori dei suoi ideatori ed è in qualche modo legato all'epoca in cui è stato formulato e alla cultura in cui è stato prodotto. Ne derivano due importanti conseguenze: nessuno di essi è neutrale; nessuno di essi, preso isolatamente, è capace di descrivere, spiegare e trattare in modo esaustivo la condizione della disabilità.

2. La definizione di disabilità

La questione della definizione di “disabilità” e di come una persona disabile si percepisca è intricata e complessa. Non è casuale che essa stia emergendo nel momento in cui lo stato delle persone disabili nella società sta cambiando radicalmente³.

Storicamente sono stati descritti cinque differenti modelli di disabilità: (1) un modello morale che considera la disabilità il risultato di una colpa e di un peccato; (2) un modello biomedico che considera la disabilità un deficit o una malattia da curare con interventi medici; (3) un modello riabilitativo, di fatto propaggine del modello medico, che considera la disabilità una condizione disfunzionale da riparare e correggere con interventi riabilitativi; (4) un modello sociale di disabilità, secondo il quale il problema è strettamente correlato alle attitudini prevalenti tra i professionisti, all'inadeguatezza dei servizi di supporto, alle barriere attitudinali, architettoniche, economiche, cognitive e sensoriali, e alla tendenza a generalizzare, sottovalutando le grandi variabilità e differenze, esistenti tra le persone disabili; (5) Un modello funzionale o interattivo di disabilità, che cerca di integrare i diversi modelli.

chiatric Association, 2013); *International Classification of Functioning, Disability, and Health* (ICF, World Health Organization, 2001).

3. Negli Stati Uniti, l'*Americans with Disabilities Act* (ADA, 1990) è un esempio di quanto affermato, poiché rappresenta il risultato di politiche sociali, che stanno mettendo al centro della loro attenzione lo stato e l'identità dei disabili, e delle pressioni dei movimenti di *advocacy*, il cui obiettivo è promuovere, nella società, una nuova e più positiva comprensione di ciò che significa avere una disabilità.