




Bollettino d'informazione dell'Ordine degli

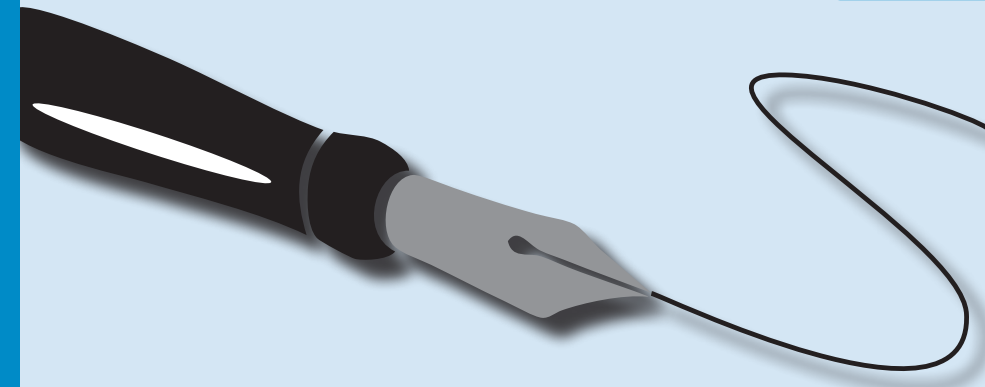
Psicologi

della Regione Emilia-Romagna

La riabilitazione in ambito psicologico

A detailed painting of a landscape. In the foreground, there is a river with a textured, blue-green surface. To the left, a large, gnarled tree stands on a rocky bank. In the background, there are rolling hills and a tall, slender cypress tree on the right. The style is reminiscent of a classical or impressionistic painting.

n. 1/2019



La riabilitazione come atto professionale dello Psicologo

a cura di ANNA ANCONA, Presidente Ordine Psicologi Emilia-Romagna

Care Colleghe, cari Colleghi,
abbiamo voluto dedicare questo numero monografico del Bollettino alla abilitazione-riabilitazione psicologica, attività che rientra tra quelle previste dalla Legge n. 56/89 "Ordinamento della professione di Psicologo" e può essere considerata come intervento trasversale a diverse condizioni psicologiche.

La diagnosi psicologica, atto tipico di indagine e valutazione che risponde a una domanda di salute, precede necessariamente la formulazione di un piano finalizzato al prendersi cura della persona e del suo ambiente affettivo di riferimento.

Nel Provvedimento 7 maggio 1998 "Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di Riabilitazione", che si attiene alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la riabilitazione è definita come *"un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative"*.

L'OMS nell'evento "Rehabilitation 2030: A Call for Action", tenutosi il 6-7 febbraio 2017 presso la sede dell'OMS di Ginevra, ha prospettato una visione più ampia della riabilitazione tesa a superare

l'impostazione tradizionale che la considera necessaria solamente per le persone con disabilità, promuovendola come strumento strategico dei "sistemi di salute". La riabilitazione viene così introdotta in ogni condizione che compromette o limita la salute, anche temporaneamente, e quindi il funzionamento complessivo della persona.

Per lo Psicologo, riconosciuto definitivamente professionista sanitario con la Legge n. 3/2018, l'azione abilitativa-riabilitativa comprende infatti tutte le attività volte a promuovere benessere, sviluppo e mantenimento della salute individuale, di coppia, di gruppo e nelle istituzioni. Il benessere psicologico, inteso come uno stato di equilibrio fra la persona e le richieste dell'ambiente in cui vive, rappresenta una condizione dinamica, in continuo mutamento e riadattamento, il cui equilibrio si costruisce ogni volta, in relazione al contesto socio-culturale in cui la persona è inserita.

La riabilitazione psicologica comprende tutte quelle attività finalizzate a una reintegrazione e recupero di abilità e/o competenze che hanno subito una modificazione, un deterioramento o una perdita oppure a favorire la costruzione di strategie compensative nei casi in cui non sia possibile il recupero.

Gli obiettivi dell'azione abilitativa-riabilitativa per

Questo bollettino è stampato su carta certificata per ridurre al minimo l'impatto ambientale.
(Forest Stewardship Council®)



I contenuti di questo bollettino sono disponibili anche sul sito dell'Ordine - www.ordpsicologier.it - in formato PDF.
Se vuoi contribuire a ridurre al minimo l'impatto ambientale, invia una e-mail a redazione@ordpsicologier.it e richiedi di ricevere il bollettino esclusivamente in formato PDF.

immagine di copertina liberamente tratta da Vincent van Gogh
Campo di grano con cipressi



gli Psicologi possono essere quelli di valorizzare le risorse personali organizzando in modo positivo il progetto di vita, promuovere percorsi di formazione, di educazione e riabilitazione volti alla promozione della salute agendo in sinergia con altri professionisti e in rete con le istituzioni del contesto di vita, favorire la partecipazione, la consapevolezza, l'autodeterminazione, la resilienza del singolo e del gruppo di riferimento per la piena realizzazione psico-fisica e relazionale della persona.

Per una riuscita efficace dell'intervento risulta inoltre indispensabile un supporto psicologico intensivo sia alla persona disabile che ai suoi familiari, che rappresentano una componente chiave di tutti i percorsi abilitativi-riabilitativi.

L'attuazione di interventi psicologici per la riabi-

litazione, rieducazione funzionale e integrazione sociale di soggetti con disabilità pratiche, disturbi cognitivi, del neurosviluppo e deficit neuropsicologici a seguito di malattie degenerative, disturbi psichiatrici o con dipendenza da sostanze comporta necessariamente un lavoro di rete svolto in équipe multiprofessionali.

Questa breve premessa ha l'obiettivo di evidenziare l'importanza di questa attività per la nostra professione, anche se i contributi che seguono sapranno approfondire meglio tante sfaccettature della riabilitazione che come Psicologi svolgiamo nei diversi contesti lavorativi in collaborazione con altri professionisti.

Prima di lasciarVi alla lettura dei diversi articoli, per i quali non posso che rinnovare i miei più sentiti ringraziamenti ai Colleghi che ci hanno dedicato il loro tempo e la loro esperienza, desidero precisare che per motivi di spazio non abbiamo potuto trattare tutti i diversi ambiti nei quali si declina l'attività di abilitazione-riabilitazione psicologica, che per sua natura è molto ampia e variegata.

Certificato di Iscrizione all'Albo

Informiamo tutti gli Iscritti che per presentare domanda di partecipazione a un concorso pubblico per Dirigenti Psicologi **non è necessario allegare il certificato di iscrizione all'Albo**, anche qualora sia espressamente richiesto all'interno del bando.

Secondo l'art. 15 della Legge n. 183/2011 è, infatti, vietato alle pubbliche amministrazioni produrre certificati validi per altri Enti Pubblici.

In base all'art. 46 del DPR 445/2000, occorre presentare una **dichiarazione sostitutiva di certificazione** nella quale siano precisati, oltre all'Albo di appartenenza, la data di iscrizione e il proprio numero di repertorio. L'Ente che ha bandito il concorso richiederà direttamente all'Ordine, in un secondo momento, l'accertamento di quanto dichiarato dall'Iscritto.



Psicologia e Riabilitazione

a cura di PAOLA PERINI, *Psicologa, Psicoterapeuta, Perfezionata in Neuropsicologia*

Il rapporto tra gli Psicologi e la riabilitazione è "originario" al punto che la parola abilitazione-riabilitazione è utilizzata nella descrizione dell'attività psicologica stessa. Nel trentennale dell'entrata in vigore della legge 56 del 18 Febbraio 1989 sull'Ordinamento della professione degli Psicologi non si può non citare l'articolo 1 che definisce la nostra professione: *"La professione di Psicologo comprende l'uso di strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito"*.

A 30 anni dallo storico passaggio di definizione della professione, un altro importante traguardo è stato raggiunto: quello di essere considerati una professione sanitaria.

Ecco quindi che avere molto chiaro cosa significa essere anche riabilitatori è un passaggio fondamentale, poiché uno dei significati più comuni della parola riabilitazione ha a che fare con il mondo sanitario.

Il termine Riabilitazione, sostantivo femminile, ha

nella lingua italiana 3 accezioni¹. Il primo significato viene definito come il complesso delle misure mediche, fisioterapiche, psicologiche e di addestramento funzionale intese a migliorare o ripristinare l'efficienza psicofisica di soggetti portatori di minorazioni congenite o acquisite. (...)

Essa rappresenta la terza fase dell'intervento medico, successiva e complementare a quelle di ordine preventivo e diagnostico-curativo e riveste la massima importanza in alcuni settori, per cui si distinguono la riabilitazione cardiologica, respiratoria, ortopedica, neurologica, psichiatrica.

La seconda accezione è in ambito giuridico: significa restituzione, reintegrazione della capacità giuridica e dei diritti perduti a seguito a una condanna, disposta in determinate circostanze con sentenza del Giudice competente: la riabilitazione del condannato, in diritto penale comune e militare, estingue le pene accessorie e ogni altro effetto della condanna, preludendo alla reintegrazione nel grado e nell'ufficio.

Terzo e ultimo: ripristino, riacquisizione di efficienza e funzionalità di strutture economiche, come di un impianto o di un complesso industriale.

Naturalmente il senso medico-sanitario è quello che approfondiremo in questa riflessione.

¹ Dal Vocabolario Treccani www.treccani.it

La riabilitazione medica ha più figure sanitarie di riferimento.

Il Fisiatra specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione è l'esperto di riferimento della riabilitazione ortopedica e neurologica, che negli ultimi decenni ha raggiunto importanti traguardi in differenti ambiti, come per esempio la riabilitazione di patologie complesse come la grave cerebrolesione acquisita o delle patologie degenerative come la sclerosi multipla e la sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

Le patologie complesse dell'Età Evolutiva vedono il Neuropsichiatra Infantile come specialista di riferimento, spesso affiancato da Fisiatri per le patologie che coinvolgono anche gli apparati muscolo-scheletrici. Gli Psichiatri sono gli specialisti della presa in carico di persone con gravi psicopatologie e la riabilitazione psichiatrica, derivata dai principi della riabilitazione fisica, secondo Spivak² ha lo scopo di agevolare l'aumento dell'articolazione sociale mediante l'apprendimento e l'utilizzazione di quelle competenze sociali (strumentali, interpersonali e intrapersonali) che mettano in grado l'individuo di rispondere in modo appropriato e adeguato alle richieste e ai bisogni, impliciti ed espliciti, proprio di coloro con i quali vive o andrà a vivere. La riabilitazione psichiatrica quindi deve promuovere esperienze socializzanti che contrastino l'allontanamento reciproco tra persona e contesto, la desocializzazione e la rinuncia ad intraprendere qualsiasi sforzo per cambiare; promuovere l'acquisizione di abilità che riducano la probabilità di insuccessi nella comunità, fornire supporti e risorse che consentano di utilizzare le abilità apprese nei programmi riabilitativi per espletare ruoli sociali validi con successo e soddisfazione nell'ambiente sociale scelto e con il minimo aiuto professionale.

Aggiungo anche che la Psichiatria odierna è sempre più connessa anche alla Neuropsicologia cli-

nica. La presenza di disordini cognitivi specifici e trattabili in alcune patologie importanti, come il disturbo bipolare e la schizofrenia è ormai nota, pertanto alcuni servizi includono tra le loro attività riabilitative anche attività di riabilitazione cognitiva delle funzioni principalmente compromesse, che in genere sono attentive ed esecutive.

Per chi volesse approfondire già sono pubblicati molti lavori scientifici e anche testi italiani che, a partire da esperienze di servizi territoriali, descrivono come impostare servizi e programmi che non trascurino gli aspetti neurocognitivi. Un esempio di ciò è il libro a cura di Antonio Vita sull'importanza della riabilitazione cognitiva nella schizofrenia³.

Gli Psicologi che operano in riabilitazione nella maggior parte dei casi sono membri delle équipes riabilitative con compiti diagnostici e terapeutici. A mio parere anche in caso di attività privata in studio di Psicoterapia o Neuropsicologia, la capacità - o meglio la necessità/responsabilità - di conoscere il sistema dei servizi territoriali e interfacciarsi con l'ambiente è una condizione necessaria per attivare un reale percorso riabilitativo. I motivi saranno più chiari in seguito quando metterò in luce le caratteristiche peculiari della riabilitazione.

Gli operatori della riabilitazione hanno da sempre il compito complesso di conciliare l'obbligo di creare programmi riabilitativi e protocolli di attuazione EBM (*Evidence Based Medicine*) con l'Unicità della persona e del suo Contesto. Un documento recente e utile per approfondire questo tema è stato redatto dal Ministero della Salute e si intitola: *La centralità della persona in Riabilitazione nuovi modelli organizzativi e gestionali*. Pubblicato ad Aprile 2011 nella collana dei Quaderni della Salute, è scaricabile online⁴ e ha raccolto la collaborazione e condivisione della maggior parte delle società scientifiche del settore sia mediche che del terzo settore.

² Spivak M. (1987), *Introduzione alla riabilitazione sociale*, Riv. Per. Frena CXI 3,522-574

³ Vita A. (2013), *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia*, Ed. Springer

⁴ http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1705

Eccone un breve estratto tratto dall'introduzione: *"Per sviluppare al meglio le potenzialità di salute della Persona in una presa in carico globale e unitaria, la riabilitazione, storicamente considerata il terzo elemento del percorso sanitario insieme alla prevenzione e alla terapia, ha mostrato di doversi integrare con le altre due componenti per la valorizzazione dell'attività fisica e motoria, cognitiva e motivazionale, nella tempestività della presa in cura fin dalla fase acuta, nell'integrazione tra le cure finalizzate al recupero dell'autonomia. (...) La presa in carico della persona che necessita di riabilitazione venne in un primo momento delineata attraverso le Linee Guida del 1998 che hanno rappresentato un documento di riferimento per quanto concerne i principi guida e la filosofia di fondo degli interventi riabilitativi; successivamente sono stati ampliati e rivisti nel piano di indirizzo per la riabilitazione approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 10 Febbraio 2011. Tale documento di indirizzo ha vagliato i grandi progressi della riabilitazione in campo scientifico, clinico e organizzativo e dell'operatività interdisciplinare, facendo tesoro della crescita delle competenze del Medico specialista, di tutte le figure professionali coinvolte, da quelle indicate nelle linee guida del 1998 e nella recente normativa a quelle divenute progressivamente più importanti, come l'Assistente Sociale e lo Psicologo. (...) Lo scopo dell'intervento riabilitativo è guadagnare Salute in una ottica che vede la persona con disabilità e Limitazione alla Partecipazione non più come malato ma come persona avente diritti. Quindi compito dell'intervento riabilitativo è valutare la persona, per realizzare tutti gli interventi sanitari necessari per consentirle di raggiungere il più alto livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà, al contesto, nell'ottica di un reale empowerment. Lo stesso termine Paziente a volte può rivelare un approccio che dimentica come un soggetto, in una particolare condizione clinica, sia innanzitutto una Persona con propri desideri e bisogni, che chiede di essere ascoltata e di poter conoscere e capire meglio il proprio stato di disabilità e la possibilità di superarne le limitazioni avvalendosi di un approccio riabilitativo, in una visione Bio-Psico-Sociale.*

Una condizione di disabilità non deve in alcun modo costituire un ostacolo all'espressione di libertà del cittadino con propri diritti personali e della famiglia con cui condivide desideri, problematiche, relazioni e scelte. Il ruolo della famiglia diviene ancora più rilevante nei percorsi riabilitativi dell'età evolutiva".

Per chiunque di noi lavori già o si affacci nella pratica clinica in contesti riabilitativi queste affermazioni, pubblicate dal Ministero, sono o dovrebbero essere non solo un "faro guida" nella progettazione di Servizi, Programmi e Interventi ma anche uno strumento utile per la creazione di un linguaggio comune alle varie discipline che ruotano attorno ai programmi e ai servizi riabilitativi.

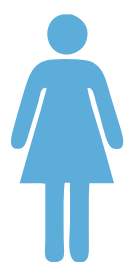
Tra i concetti fondamentali citati in questo documento troviamo la definizione di Salute redatta dall'OMS nel 1998: *Salute per Tutti nel 21° secolo*.

In questa dichiarazione la salute viene sancita come uno dei diritti fondamentali della persona ed è definita non come assenza di malattia ma come obiettivo finale dello sviluppo economico e sociale. Tale definizione è l'evoluzione del concetto espresso sempre dall'OMS in cui si dichiarava che la salute non è l'assenza di malattia ma uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale.

La salute come diritto e come scopo di tutti gli interventi economici e sociali necessita sicuramente di un paradigma di riferimento adeguato, ed ecco che si giunge a sostituire il Modello Medico con il Modello Biopsicosociale. Il modello medico o biomedico è cartesiano e riduttivo, la persona malata è oggettivata, ha un corpo, una parte del corpo alterata, fuori norma, che va curata.

Il paradigma biopsicosociale soggettivizza, vede ogni condizione di salute o di malattia come la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali.

Naturalmente il modello biomedico è più veloce e semplice e sicuramente efficace in casi semplici; nei cosiddetti pazienti cronici, complessi, oggi spesso definiti *fragili*, è necessario avere un ap-



proccio più olistico.

Un tempo si affiancava alla riabilitazione medica il concetto di riabilitazione sociale, oggi necessariamente superato perché la visione olistica del paradigma biopsicosociale integra tutti gli aspetti. Il modello biopsicosociale prevede la presa in carico di una persona nel suo contesto con la conseguente necessità e/o possibilità di intervenire anche sul contesto ambientale, sociale e relazionale. L'ambiente deve essere inteso in senso ampio: fattori ambientali sono per esempio i farmaci, gli ausili, le persone vicine e lontane e i loro atteggiamenti, la comunità locale con i suoi spazi e servizi, la legislazione. Lo strumento di classificazione di questo nuovo paradigma è l'ICF (*International Classification of Functioning*) che è indicato dall'OMS come strumento di osservazione e classificazione del funzionamento di persone che si trovano in stato momentaneo o permanente di alterazione del funzionamento.

Fa parte della famiglia delle Classificazioni Internazionali dell'OMS come *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* (ICD-10) e *International Classification of Health Intervention* (ICHI). L'ICF è stato approvato dalla 54° *World Health Assembly* nel 2001 che ne ha raccomandato l'uso nella ricerca, negli studi di popolazione e nella reportistica. L'OMS ne raccomanda l'uso congiunto con ICD-10 per codificare le condizioni di salute e descrivere il funzionamento della persona. Esso racchiude tutti gli aspetti della salute umana e li descrive come domini della salute e domini ad essa correlati. Complessivamente si compone di due parti che a loro volta si articolano in più componenti:

1. Componenti del funzionamento e della disabilità che comprende la componente Corpo: le strutture corporee e le funzioni dei sistemi corporei (per esempio le funzioni mentali e le funzioni dei vari altri apparati) la Componen-

te Attività e Partecipazione che comprende la gamma completa dei domini che indicano gli aspetti del funzionamento da una prospettiva sia individuale (mobilità, vita domestica) che sociale (vita in comunità, scuola, lavoro).

2. Componenti dei Fattori Contestuali.

Essa comprende i Fattori ambientali che hanno un impatto su tutte le componenti del funzionamento e della disabilità e sono organizzati secondo un ordine che va dall'ambiente più vicino alla persona a quello più generale. Anche i Fattori Personali (come sesso, età, abitudini di vita, educazione ricevuta) sono una componente ma non sono classificati nell'ICF a causa della grande variabilità sociale e culturale ad essi associata.

Con l'ICF⁵ sono stati introdotti nuovi termini (partecipazione e limitazione alle attività e alla partecipazione) che sostituiscono termini come Disabilità e Handicap. Il cambio di terminologia non è fine a se stesso, ma le parole devono servire a modificare il sistema di pensiero che sta alla base: il paradigma appunto. Un esempio può essere la sostituzione della parola Handicap (che era la ricaduta che un danno e una menomazione avevano nella vita quotidiana della persona) con limitazione alla partecipazione che rimanda automaticamente alla modifica del paradigma e al modello biopsicosociale.

Tale sistema di classificazione, prima traduzione italiana nel 2002, è ancora molto sottoutilizzato. Ciononostante è inserito come strumento in molti sistemi di accreditamento e in molte linee guida e Programmi Riabilitativi Individualizzati (PRI).

Se da un lato esso è lo strumento ideale per lavorare in équipe multidisciplinare e sostiene nella visione della persona e della presa in carico olistica, dall'altro tende ad essere molto complesso da usare soprattutto per i neofiti che impiegano molto

tempo a scegliere i qualificatori (estensione della gravità del problema) e le categorie che si estendono nella versione completa in quattro livelli. Per esempio all'interno del Capitolo 5 di "Attività e Partecipazione" che è "CURA DELLA PERSONA" troviamo il blocco di "Prendersi cura delle singole parti del corpo" (d520) e come quarto livello possiamo definire nello specifico anche l'item della "cura delle unghie e delle mani" (d5203). Può esistere anche una modalità standard di utilizzare l'ICF attraverso checklist generali o create negli anni dagli specialisti di varie patologie, che in genere però sono item di secondo e terzo livello. È ovvio che la personalizzazione della scelta degli item e del livello massimo di precisione è importante: è proprio questo che rende ICF un classificatore unico nel suo genere. A causa di questa grande articolazione, che in molti casi necessita di tempi lunghi e di grande abilità valutativa e osservativa da parte degli operatori, spesso viene criticato, scartato ed escluso dalla pratica clinica. Ciò purtroppo accade anche ai Tavoli che più di tutti potrebbero e dovrebbero avvalersi di ciò, come per esempio le commissioni socio-sanitarie e medico-legali che hanno il compito di misurare, finanziare, impostare e aggiornare il progetto di vita delle persone con disabilità.

La visione della riabilitazione moderna della persona e il cambiamento della visione da Paziente a Persona con Desideri è ancora concretamente più un auspicio che una realtà. Raramente alla persona viene chiesto di cosa ha bisogno e a cosa vuole dare priorità rispetto al proprio programma riabilitativo. Accade che si seguano linee guida, protocolli, cosa peraltro utile e necessaria, ma si escluda un passaggio fondamentale: il coinvolgimento reale della persona e dei caregiver. Gli Psicologi, abituati a questo dal lavoro nei setting di psicoterapia e consulenza psicologica grazie allo strumento della relazione e dell'analisi

della domanda, possono dare un grande apporto alle équipe riabilitative. L'analisi della domanda è un affare complesso, non sempre il dichiarato è il reale desiderio o quello possibile in riabilitazione, pertanto spesso agli Psicologi che operano in contesti riabilitativi viene implicitamente o esplicitamente chiesto di tenere un collegamento tra gli operatori della riabilitazione, le persone ed i caregiver, facilitando la comunicazione e favorendo la presa di coscienza reciproca di desideri, speranze, aspettative e possibilità.

La questione dei Diritti delle persone Disabili è un punto altrettanto forte, con legislazioni chiare ma non applicate in maniera unitaria in tutte le Regioni. L'Italia ha ratificato la Convenzione ONU sui Diritti delle persone con Disabilità⁶ creata tra il 2006 e il 2007 e nel 2009 il Ministero della Salute e delle Politiche sociali ne ha pubblicato il testo; tra i diritti naturalmente anche quello alla Riabilitazione, alla scelta del posto dove vivere, al lavoro, alle relazioni. Nella maggior parte dei casi ovviamente questi diritti sono "mete" fondamentali in un buon programma riabilitativo.

Importante ricordare che la legislazione italiana già garantiva a tutte le persone con disabilità assistenza sanitaria, interventi riabilitativi, servizi di integrazione scolastica e sociale, misure di supporto per il rientro al lavoro (Legge n. 104/92 e Legge n. 68/99), da realizzare attraverso percorsi che siano personalizzati e integrati negli aspetti sociali e sanitari (Legge n. 328/2000).

Una legislazione più recente (Legge n. 6/2004) ha previsto l'ampliamento della protezione giuridica, con l'introduzione della figura dell'amministratore di sostegno, mirata a tutelare le persone prive (in tutto o in parte) di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, con la minore limitazione possibile della capacità di agire.

Recentissimamente è stata introdotta una speci-

⁵ OMS (2002), *ICF Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Ed. Erickson. Esiste anche la versione per età evolutiva e adolescenza: ICF-CY. Dal 2009 pubblicata versione on-line: https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=public_custom_page&id=86

⁶ https://www.unicef.it/Allegati/Convenzione_diritti_person_e_disabili.pdf
<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Convenzione-ONU/Pagine/Convenzione%20Onu.aspx>

fica tutela per le persone con disabilità grave al momento della perdita dei parenti ma anche durante l'esistenza in vita di questi ultimi, in previsione del venir meno del sostegno familiare (Legge n. 112/2016), legge che riguarda un tema molto attuale e caro a tutti: il Dopo di Noi.

Complessivamente fondamento e cardine del lavoro nel contesto riabilitativo è quindi una visione Olistica della Persona, cioè l'oggetto della riabilitazione non è una attività (il cammino, la parola, il comportamento) ma una funzione o meglio un funzionamento (la mobilità, la comunicazione, le relazioni). Naturalmente sostenere il funzionamento prevede la necessità di abbracciare una complessità perché i risultati spesso dipendono anche - e a volte soprattutto - dall'ambiente, in una conseguente logica di personalizzazione degli interventi.

Ricapitolando, quindi, la riabilitazione è un insieme complesso di azioni volte a garantire alla persona di poter vivere la vita che desidera e a cui ha diritto.

Dopo questo breve e sicuramente solo in parte esaustivo excursus sui fondamenti teorici e legislativi della riabilitazione in Italia oggi, tenterò di evidenziare quelli che sono per me aspetti peculiari della Riabilitazione per gli Psicologi.

Innanzitutto una specificazione importante sui ruoli e le competenze dello Psicologo che opera in ambito riabilitativo. Ancora oggi esiste molta confusione sulle competenze e attività dello Psicologo, dello Psicoterapeuta e del Neuropsicologo. Sorvolo l'ambito delle competenze dello Psicologo clinico e dello Psicologo specialista in Psicoterapia, ricordando quanto una specializzazione sia fondamentale in ambiti di lavoro così complessi, al punto che per ogni concorso o bando per assegnazione di posti, ad oggi, serve una specializzazione post-lauream specialistica.

Come non tutti forse sanno la Neuropsicologia è la disciplina che ha come obiettivo lo studio dei processi cognitivi e comportamentali correlandoli

con i meccanismi anatomo-fisiologici a livello del sistema nervoso che ne sottendono il funzionamento; è una disciplina a ponte tra la Neurologia e la Psicologia. Le Università hanno formato Medici e Psicologi con Corsi di Perfezionamento e Master per molti anni e tuttora questi percorsi annuali o biennali esistono in molte Università in Italia.

Con il Decreto Ministeriale 24.07.2006 *"Riassetto delle Scuole di Specializzazione in Area Psicologica"* la Neuropsicologia è stata compresa tra le Scuole di Specializzazione in area psicologica e, al momento, questa è la sola modalità di ottenimento del titolo "Specialista in Neuropsicologia".

Ancora oggi però, la professione di Neuropsicologo non è definita autonomamente, a differenza dello Psicoterapeuta.

A mio parere una doppia formazione sia in Neuropsicologia che in Psicoterapia è utile e importante per chi si trova ad operare in ambito riabilitativo. Per esempio sostenere psicologicamente una persona con ictus o esito di trauma cranico e conoscere cosa accade nel suo cervello nel dettaglio creando sinergie abilitative tra le emozioni e gli aspetti cognitivi è fondamentale. Lo stesso vale per l'età evolutiva, l'autismo, le malattie degenerative, e anche le gravi patologie psichiatriche in cui da anni, come detto precedentemente, sono registrati, studiati e trattati anche i deficit neuropsicologici e della Cognizione Sociale.

La riabilitazione olistica della persona che ha desideri è un concetto così complesso che non ha, e non può avere a mio parere, tempi né setting standardizzati e rigidi. Cercherò di elaborare meglio questo concetto.

Le Neuroscienze oggi ci dicono che il cervello è plastico e che tale plasticità si elicit in qualsiasi momento, purché gli stimoli siano dati in maniera continuativa per almeno 10-12 giorni.

Studi di neuroimaging funzionale ci dicono anche che hanno importanza le aree corticali classicamente associate ad aree funzionali come per

esempio aree motorie e del linguaggio che supportano il movimento o la parola, ma che molto lavoro diagnostico e riabilitativo va fatto anche sui network funzionali che permettono e sottendono non solo alle funzioni più complesse come quelle attentive, esecutive e di consapevolezza di sé, ma a tutto il funzionamento cerebrale.

Ciò vale non solo per la Neuropsicologia ma in generale per migliorare il Ben-Essere della persona, infatti già sono usciti numerosi studi e libri in cui si dimostra attraverso neuroimaging come la Psicoterapia modifica le connessioni cerebrali. E quindi ad oggi abbiamo potuto accertare che, come i traumi psichici e il mal-accudimento danneggiano il cervello e la sua capacità di modulare i neurotrasmettitori, così la "Riabilitazione e la Psicoterapia" lo riorganizzano. Questi studi rendono evidente in senso medico (EBM) un concetto che anche prima dell'avvento del neuroimaging i terapeuti sapevano. La terapia realmente cambia le persone, ora sappiamo cosa sta alla base del cambiamento: le connessioni cerebrali, la quantità e la tipologia dei neurotrasmettitori. Spesso con le persone molto complesse e "croniche" che ci mettono a dura prova, rischiamo di non crederci più nemmeno noi nel Cambiamento Possibile.

Un augurio e una possibile utilità di queste dimostrazioni potrebbe essere anche che ci sostengano a crederci ancora e ad avere fiducia nella plasticità dei cervelli e degli ambienti delle persone.

Ora che vediamo possiamo credere di più e aprire le porte a speranze, impostare programmi riabilitativi anche fuori dal "tempo canonico" con un fondamento scientifico, oppure interromperli per lo stesso motivo.

Altra riflessione sul tempo: è bene riconoscere in quale fase temporale del percorso riabilitativo stiamo operando per adottare le modalità e gli strumenti più opportuni.

Per esempio nel campo della cerebrolesione ac-

quisita ci sono tre fasi codificate e definite del percorso riabilitativo: fase acuta, subacuta e fase degli esiti. In ognuna di queste fasi ci sono azioni diverse da compiere sia a livello neuropsicologico che come Psicologi-Psicoterapeuti, sia con le persone con cerebrolesione che con i caregiver. Non entro nel merito delle azioni indicate come importanti ma per chi volesse approfondire esistono in rete i documenti di 3 Conferenze di Consenso effettuate su questo tema che elencano le Raccomandazioni per ciascuna di queste fasi (CC Modena del giugno 2000 per la fase Acuta, CC Verona 2005 per la fase degli esiti, CC Salsomaggiore 2010 per la fase subacuta).

Anche in Psichiatria, molti studi longitudinali di 30/40 anni hanno contribuito a modificare l'idea che le psicosi schizofreniche siano malattie croniche, immutabili, destinate solo al peggioramento. Essi dimostrano come la diagnosi di schizofrenia non è predittiva di esito, affermano la necessità che diagnosi e prognosi siano mantenute come dimensioni differenti e affermano che la psicosi schizofrenica debba essere inquadrata come una Patologia Prolungata piuttosto che una Patologia Cronica⁷. Quindi in riabilitazione il TEMPO è una variabile importante: ci si trova spesso a dover gestire il tempo riabilitativo come per esempio il riconoscimento della fase del processo riabilitativo generale, la fase personale, quale riabilitazione e per quanto tempo è già stata fatta e cosa va ulteriormente programmato, definire quanto spazio dedicare alla riabilitazione nella vita della persona, per quanto tempo riabilitare e quando invece sostenere la persona (e i caregiver) ad accettarsi e quindi a "vivere con le proprie caratteristiche" permettendo la massima inclusione con il minimo intervento.

Il concetto di Spazio o Setting è un altro importante elemento. Il Modello Biopsicosociale apre fortemente lo sguardo verso il concetto di Inclusione. Questo paradigma definisce lo stato di Funziona-



⁷Carrozza P. (2006), *Principi di Riabilitazione Psichiatrica*, Ed. Franco Angeli

mento delle persone in base a come Partecipano alle varie attività della vita (lo strumento di classificazione le divide in capitoli come la mobilità, la vita domestica, la vita sociale e relazionale, la vita nella comunità, attività lavorative e scolastiche) e invita a specificare come è l'Ambiente in maniera tale da indurre gli operatori della riabilitazione a intraprendere interventi diretti sull'ambiente

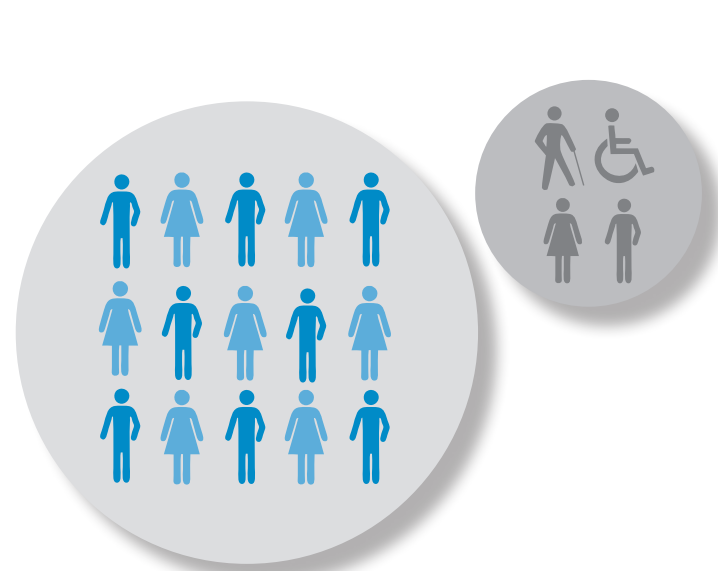
stesso per permettere alla persona di partecipare senza limitazioni.

La figura descrive molto bene il concetto moderno di Inclusione che prevede che le persone da riabilitare debbano essere accompagnate ad avere gli stessi diritti in maniera personalizzata a differenza dell'integrazione che prevede che alle

ESCLUSIONE



SEGREGAZIONE



INTEGRAZIONE



INCLUSIONE



persone disabili vengano creati percorsi paralleli, simili, ma paralleli.

Complessivamente quindi il senso generale di riabilitare è molto ampio e nel XXI secolo ci viene chiesto di progettare e pensare passando dal modello medico a un modello biopsicosociale, di garantire tutti i diritti, di sostenere l'inclusione e di promuovere la qualità della vita che è necessariamente soggettiva.

In tale complessità quindi il setting riabilitativo acquista una notevolissima importanza. Se riabilitare è permettere il massimo funzionamento possibile per garantire la partecipazione alla Vita Desiderata e se l'Ambiente è una variabile fondamentale e passibile di intervento diretto, non possiamo prescindere dal creare setting anche fuori dagli ospedali, fuori dai centri, lavorando negli ambienti di vita delle persone, nelle loro case e nelle loro comunità. In parte questo concetto è ben espresso nel metodo *Community Based Rehabilitation* sempre indicato dall'OMS (CBR⁸), ma scarsamente conosciuto e applicato in Italia in questa accezione.

Penso all'importanza del lavoro sulle attività di vita quotidiana strumentali o secondarie come cucinare, fare la spesa, utilizzare mezzi pubblici, avere una occupazione lavorativa, comunicare in contesti sociali anche sconosciuti.

Purtroppo spesso tali attività sono dimenticate nei programmi riabilitativi degli adulti e degli adolescenti. Effettivamente ciò implica uno spostamento di risorse: il Fisioterapista, il Logopedista, il Terapista occupazionale, il Neuropsicologo dovrebbero uscire dagli ambulatori e compiere attività in situazione. Purtroppo nella maggior parte dei servizi riabilitativi questi interventi sono ancora impensabili. Solo così però si riabilita all'inclusione vera e si trasmettono competenze a figure educative, sociali e famigliari che poi hanno il compito di mantenerle nel tempo.

Quello che vale per gli aspetti motori laddove Fisioterapisti e Psicomotricisti lavorano per struttu-

rare autonomie motorie come camminare, fare le scale, vestirsi, è importante anche per gli aspetti cognitivi e comunicativo-relazionali. Se le persone imparano a camminare e fare le scale e lavarsi ma poi a casa nel loro quotidiano non hanno opportunità di praticare ciò che hanno appreso in riabilitazione, rapidamente perdono le abilità e questo è ciò accade anche per gli aspetti comunicativi e cognitivi in maniera molto più estesa.

Se camminare è un processo in molti casi facilmente generalizzabile - lo faccio in palestra e lo saprei fare anche in un corridoio a casa mia - per gli aspetti cognitivi, come risolvere un problema o pianificare una attività, generalizzare è spesso impossibile per molte persone con deficit cognitivi. Pertanto se si insegna a cucinare in una cucina riabilitativa non ci si può aspettare che a casa la persona ci riesca, e in molti casi nemmeno che ci provi, se non si fa un grande lavoro anche nell'ambiente o sull'ambiente.

Importante quindi scegliere i setting giusti e ciò vale sia quando si lavora con le persone sia quando è necessario agire sugli ambienti. Riabilitare adattando l'ambiente non è solo fare una rampa al posto dei gradini, rendere domotica la casa ma anche lavorare per esempio nei negozi e nelle comunità per permettere a persone con autismo, averbali o comunque la cui comunicazione ha caratteristiche molto complesse, di poter recarsi ad acquistare quello che gli è necessario, o fare sport, sapendo che il negoziante e la comunità di riferimento non si spaventeranno e non avranno reazioni a loro dannose. Ho fatto un esempio con persone autistiche, ma ciò naturalmente vale per molte altre popolazioni di persone che necessitano di interventi riabilitativi delle autonomie di vita e poi di mantenimento delle abilità.

Ecco quindi che pensare a un setting riabilitativo, flessibile, replicabile che dia la possibilità alle persone di mantenere ciò che hanno imparato è un altro elemento fondamentale di un buon pro-

⁸<https://www.who.int/disabilities/cbr/en/>

gramma riabilitativo.

Per concludere, a noi Psicologi non si può non ricordare che qualsiasi processo di cambiamento - quindi anche la riabilitazione - è una avventura a due tra riabilitatore e riabilitato e quindi non può prescindere da una relazione di qualità.

Il legame che si crea tra riabilitatore e riabilitato è fondamentale e non va dimenticato che di questa relazione il responsabile è il riabilitatore. Tante volte questa parte si dimentica e noi Psicologi non sia-

mo abbastanza forti da ricordarlo alle équipes multiprofessionali. Capita che quando le persone non raggiungono i risultati sperati è perché "non si impegnano, non ci credono, non hanno il sostegno familiare, non fanno gli esercizi, non c'è tempo, non abbiamo soldi per gli strumenti giusti".

Raramente tra le variabili descritte nei fattori di outcome c'è la relazione che la persona instaura con il terapeuta, eppure da sempre tutti sappiamo che è proprio la Relazione che fa la differenza.

Uno slogan che per anni ha creato la cultura in campo riabilitativo e medico è stato rappresentato dalla frase: dal Curare al Prendersi cura, emanazione di questa necessità di aprire la visione dal modello medico al modello biopsicosociale. Sicuramente questo ha portato a importanti cambiamenti nell'impostazione e condivisione con la persona e i caregiver (che firmano) del Progetto Riabilitativo Individualizzato, in una maggiore attenzione al lavoro interdisciplinare e di rete.

Ancora tanto si può fare in questo campo e non posso non augurare a tutti i Colleghi che operano in ambito riabilitativo di poter tenere sempre attivi "doppi sensori" con uno sguardo alle evidenze scientifiche sempre più affascinanti e rivoluzionarie e uno sguardo alle persone che necessitano "prima di tutto e sopra a tutto" di un Umano che li accompagni a dare senso a quello che la vita ha messo loro davanti.



Posta Elettronica Certificata PEC

Ricordiamo a tutti gli Iscritti che la Legge n. 2/2009 ha istituito l'obbligo per tutti gli Iscritti in Albi professionali di attivare un indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) e che le normative relative al Processo Civile Telematico e al Sistema Tessera Sanitaria hanno reso fondamentale il possesso di tale indirizzo.

Al fine di agevolare i Colleghi, l'Ordine offre gratuitamente una casella PEC a ciascun Iscritto all'Albo. L'iniziativa è stata attivata in collaborazione con l'Ordine Nazionale che ha stipulato il contratto a livello nazionale e gestisce la fase organizzativa dell'attivazione: infatti per ottenere la casella PEC è sufficiente accedere all'area riservata del sito web del CNOP (www.psy.it), selezionare la voce PEC e seguire l'apposita procedura guidata.

Per ulteriori informazioni è possibile consultare il nostro sito web alla voce "Servizi agli Iscritti" > "PEC" della sezione PER IL PROFESSIONISTA.



Le maniche arrotolate: il ruolo dello Psicologo nelle comunità residenziali a carattere riabilitativo

a cura di NICOLA MAFFINI, *Psicologo, Psicoterapeuta*

Ore 8.00 del mattino, sto sfrecciando sulla mia automobile lungo la strada che porta al lavoro quando squilla il telefono. "Pronto?" dall'altra parte un educatore della residenza in cui opero "Ciao, sei già arrivato?" di solito quando sento queste parole inizio a preoccuparmi "Cosa succede?" "Mario sta distruggendo la sala da pranzo" "Come sta distruggendo la sala da pranzo?! Arrivo subito".

Mario è un omone alto almeno 1 metro e 80 cm e pesante un centinaio di kg con una disabilità intellettiva moderata e un passato decisamente problematico. È arrivato da poco in struttura e non lo conosciamo bene ma nelle prime settimane sembrava aver avuto un comportamento da "grande gigante gentile", questa sua crisi appare molto sospetta.

Ho sempre pensato che ci fossero due modi di fare lo Psicologo: la prima con le maniche della camicia srotolate, i polsini ben serrati sui polsi, al caldo del proprio studio, a parlare di massimi sistemi e di scelte esistenziali, la seconda con le maniche arrotolate, sudando, faticando e rotolandosi con la complessità della vita. Probabilmente lo Psicologo che opera nelle comunità fa parte di quest'ultima categoria.

Quando arrivo in struttura il tempo mi aveva dato una mano, Mario si era già relativamente calmato, anche perché in questo momento si trovava da solo nella sala, l'educatore lo teneva d'occhio a distanza

perché non si facesse male ma non si arrischiava ad avvicinarsi. Provo a cercare un contatto con lui ma ottengo solo di dover schivare una sedia, appare visibilmente alterato. È in quel momento che realizzo che abbiamo bisogno urgente di stilare una procedura per i comportamenti problema di Mario.

Nella mia carriera ho sempre fatto lo Psicologo in strutture residenziali a carattere riabilitativo per persone con disabilità intellettiva e/o patologie psichiatriche, spesso con gravi disturbi del comportamento. Pertanto le riflessioni che seguiranno saranno focalizzate su questa tipologia di servizio, anche se in diversi casi possono avere una valenza generale.

La mission della riabilitazione

La mission primaria di una residenza riabilitativa è l'implementazione di un piano di trattamento individuale, inteso come percorso di abilitazione e di riabilitazione, che comprenda tutte le pratiche necessarie a promuovere il benessere, lo sviluppo e il mantenimento della salute individuale e di determinate abilità. Come definito dall'OMS (WHO, 2002) il benessere psicologico è inteso come uno stato di equilibrio fra la persona, con i suoi bisogni e le sue risorse, e le richieste dell'ambiente in cui vive. Il benessere psicologico non è statico ma si caratterizza per essere una condizione dinamica, in continuo adattamento e richiede pertanto una costante applicazione e rilevazione degli obiettivi.

Inoltre il benessere psicologico non viene considerato in modo isolato ma è definito sempre in relazione allo stato di salute dell'organismo e al contesto socioculturale di riferimento.

La riabilitazione psicologica, invece, si avvale delle pratiche mutate dalle conoscenze psicologiche per reintegrare abilità o competenze che abbiano subito un deterioramento. A seguito di una fase di valutazione, vengono elaborate azioni riabilitative, di rieducazione funzionale o di inclusione sociale volte al recupero o alla compensazione del deficit. Nello specifico gli obiettivi perseguiti dal personale di una residenza sono quelli di:

- programmare, gestire e verificare progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati, mirati all'acquisizione, lo sviluppo e il mantenimento di abilità, competenze personali e relazionali;
- migliorare globalmente la qualità di vita degli ospiti;
- sostenere e supportare le famiglie d'origine, aiutandole a mantenere relazioni significative e costruttive con l'ospite;
- promuovere e perseguire l'integrazione sociale degli ospiti, creando condizioni favorevoli

sia per la frequenza di strutture sociali e ricreative esterne, sia per l'accoglienza di volontari o associati coi quali costruire iniziative e attività di integrazione.

Il quadro teorico di riferimento

Tutta la mia vita professionale è stata caratterizzata da una grande incomprensione. Diversi miei Colleghi hanno sempre etichettato il mio atteggiamento nei confronti dell'inquadramento teorico di riferimento come rigido e dogmatico.

Ma come spesso accade hanno confuso il dito con la luna. In realtà la mia rigidità è sempre stata legata alla necessità di scegliere un inquadramento teorico e non a quale accordare la propria preferenza. Già dal tirocinio post-lauream svolto in clinica psichiatrica ho potuto osservare come l'individuazione di uno specifico inquadramento teorico possa avere un impatto benefico sia sui fattori specifici della riabilitazione, sia su quelli aspecifici.

Per quanto riguarda i fattori specifici è bene citare la coerenza delle pratiche. Mutare tecniche e pratiche da approcci diversi e cambiarle a piacimento di sessione in sessione, di gruppo in gruppo, può portare a messaggi impliciti discordanti e incoerenti. Bisogna sempre ricordare che l'essere umano è in grado di derivare autonomamente regole comportamentali dalle esperienze vissute, regole su cui non si ha mai pienamente il controllo (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

La coerenza del messaggio del professionista, o del sistema curante, facilita la coerenza comportamentale dell'assistito, favorendo la compliance generale e l'adesione agli interventi proposti.

Per quanto riguarda i fattori aspecifici alcuni studiosi mettono in luce come a livello terapeutico le caratteristiche personali del professionista possano risultare incisive indipendentemente dall'approccio teorico selezionato (Wampol & Imel, 2017) e come le convinzioni di questo possano incidere implicitamente sull'evoluzione temporale dell'intervento (Strohsal et. al, 2012).

Per questo risulta importante lavorare anche sui

fattori aspecifici al fine di potenziare l'efficacia riabilitativa. La scelta di un approccio teorico chiaro e univoco permette allo Psicologo di acquisire una padronanza dell'argomento e competenze tali da modellare un senso di sicurezza, integrità ed empowerment anche dell'assistito.

Queste osservazioni possono estendersi anche alle caratteristiche di tutto il sistema curante e ai caregivers che hanno contatto con la persona, la coerenza di tutto il servizio potenzia notevolmente l'intervento riabilitativo.

Una possibile scelta di orientamento teorico: il modello di qualità della vita e l'approccio cognitivo-comportamentale

A. Modello di qualità della vita

Il concetto di qualità di vita è ambito di interesse e di studio in diverse discipline. Ciascuna ha sviluppato una differente prospettiva in merito alla sua concettualizzazione e in letteratura sono presenti moltissime concettualizzazioni e definizioni (es. Cummins, 2005; Felce, 1997; Renwick, Brown & Nagler, 1996; Shalock & Verdugo, 2006).

Tra diversi approcci al tema, il meta-modello emerso dalla Consensus Conference che ha coinvolto diversi esperti dal 1995 al 2002 organizzata dalla World Health Organization's Quality of Life (Schalock et al. 2002) è uno di quelli di maggior successo. In tale modello, la prospettiva della qualità della vita viene rappresentata dall'articolazione di 8 domini (Shalock & Verdugo, 2006):

- 1. Benessere fisico:** si intende la condizione di buona salute di cui ciascuno gode, grazie ad una buona alimentazione e a uno stile di vita sano, alle cure che riceve, alla possibilità di controllare il dolore e lo stress ed alla possibilità di riposarsi e rilassarsi adeguatamente;
- 2. Benessere emozionale:** la possibilità di sentirsi soddisfatti di se stessi e della propria vita, di apprezzare come positivo il proprio stato d'animo, di percepire un assetto gradevole del proprio rapporto con se stessi e con il mondo;
- 3. Autodeterminazione:** la capacità e sod-

disfazione nel fare delle scelte, di esprimere, ciascuno secondo le proprie capacità e mezzi comunicativi, le proprie preferenze, di usufruire delle opportunità che l'ambiente offre in base ai propri desideri ed alle proprie intenzionalità;

4. Sviluppo personale: la soddisfazione e capacità di conquistare la propria autonomia in tutti i contesti e per l'intero arco di vita. Ma anche lo sviluppo personale riguardo l'istruzione ovvero le scuole e i corsi frequentati durante la vita o che si stanno frequentando e le competenze personali apprese (incluse le abilità di apprendere nuove cose e di mostrare ciò che si ha imparato);

5. Relazioni interpersonali: la possibilità di godere dei contatti e dello scambio con i familiari, gli amici, le persone che si conoscono;

6. Inclusione sociale: la possibilità di sentirsi parte di un gruppo e di una comunità, di non sentirsi esclusi o in altre parole di frequentare con soddisfazione il proprio ambiente di vita utilizzando in modo pieno le risorse e le possibilità che questo offre;

7. Diritti: la garanzia e i benefici della tutela e della protezione attiva di cui ciascuno gode in quanto essere umano, grazie all'esistenza e al rispetto di norme e leggi adeguate;

8. Benessere materiale: riguarda la situazione finanziaria e occupazionale, le proprie modalità di vita e i beni personali posseduti.

Il modello di qualità della vita fornisce una guida valoriale al lavoro di progettazione e presa in carico. Innanzitutto definisce la persona in termini esistenziali, non clinici o deficitari.

In seconda battuta permette di ragionare sulla persona a 360 gradi senza appiattare il discorso sulla patologia o il deficit che la compromette.

Infine definisce chiaramente la disabilità come un'interazione tra il funzionamento della persona, la salute e il contesto di vita, incarnando nel modo più alto quel modello bio-psico-sociale (WHO, 2001) che è fondamento primario delle pratiche di cura della patologia psichica. Lo Psicologo del-

Bacheca Iscritti

Ricordiamo a tutti gli Iscritti che sul nostro sito web è presente la "Bacheca Iscritti", uno spazio dedicato ai Colleghi della nostra regione nel quale è possibile pubblicare annunci relativi alla professione.

In particolare, la Bacheca è suddivisa nelle seguenti sezioni tematiche: **Cerco studio, Offro studio, Cerco/offro collaborazioni, Segnalo opportunità lavorative, Segnalo eventi.** La "Bacheca Iscritti" è pubblicata sul nostro sito web nella sezione PER IL PROFESSIONISTA alla voce "Servizi agli Iscritti" > "Bacheca Iscritti".

Per pubblicare l'annuncio selezionare la sezione di proprio interesse, cliccare sul bottone "Nuovo argomento" e inserire i dati di accesso all'area riservata del sito.

la comunità terapeutica ha il compito di rendersi garante di questi valori progettuali all'interno delle pratiche abilitative e riabilitative, anche al di fuori dello stretto ambito della disabilità intellettiva.

B. Approccio cognitivo-comportamentale

Il macro contesto teorico di riferimento adottato dalle residenze in cui ho operato è quello cognitivo-comportamentale. Con questo termine si denota una famiglia eterogenea di interventi, sviluppatasi originariamente negli anni settanta dello scorso secolo, a partire dalla confluenza di numerosi sviluppi e all'integrazione tra le terapie comportamentali e quelle cognitive.

I moderni interventi comportamentali, come l'*Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes, Stroschal & Wilson, 2012) aiutano a modificare la relazione fra le situazioni emotive che creano difficoltà e le abituali reazioni comportamentali che la persona mette in atto in tali circostanze, mediante l'apprendimento di nuove modalità di risposta, l'esposizione graduale alle situazioni temute e il fronteggiamento attivo degli stati di disagio.

La terapia cognitivo-comportamentale si caratterizza per le seguenti peculiarità:

- è scientificamente testata e testabile;
- è orientata al presente;
- è a breve termine ogni qualvolta sia possibile;
- è collaborativa rispetto a uno o più obiettivi specifici.

Sono numerosi gli approcci che possono essere selezionati all'interno del panorama psicologico contemporaneo. Lo Psicologo è titolare di diritto alla riflessione in questo campo e può fornire un valido supporto alla selezione dei tratti distintivi che caratterizzano l'intervento riabilitativo.

Ammissione alla comunità

Raffaele ha 20 anni e fa il suo ingresso in residenza in un triste pomeriggio di primavera. Ha una rara sindrome genetica che ha determinato una disabilità intellettiva moderata ma nell'ultimo anno ha sviluppato una sindrome psicotica non meglio specificata con deliri mistici e allucinazioni. Raffae-

le possiede un gemello monozigote con la stessa sindrome genetica ma che non ha sviluppato tale psicopatologia. Entra nel corridoio della struttura, si guarda intorno, esplora l'ambiente, sembra tranquillo, ma a un certo punto inizia a fare flessioni sul pavimento, a sparare per finta al soffitto urlando impropri e aggredendo l'educatore al suo fianco.

Il momento dell'ammissione in un servizio è sempre delicato, la persona lascia un ambiente conosciuto, come quello familiare, per entrare in un altro contesto spesso non strutturato per le proprie esigenze e le proprie aspettative esistenziali.

Il lavoro di presa in carico dell'utente adulto richiede una particolare attenzione agli aspetti storici riabilitativi che sono connessi alla storia personale dell'utente e della sua rete di riferimento, in primis il contesto familiare. L'obiettivo complessivo della riabilitazione dell'adulto disabile deve essere il potenziamento e conseguimento degli aspetti collegati alle aree di qualità della vita a partire dall'osservazione competente e non giudicante delle autonomie, desideri, potenzialità, zone di sviluppo prossimale.

In primo luogo, lo Psicologo procede alla raccolta della documentazione sociale e sanitaria contattando i principali referenti del caso (es. Assistente Sociale, Psichiatra) e i servizi di provenienza ed effettua, insieme al gruppo multidisciplinare (es. Educatore, Infermiere, OSS) referente dell'ospite, un incontro di presa in carico con particolare riferimento alla storia personale, all'eziologia e alla rappresentazione dello stesso da parte della famiglia. Seguono incontri con la famiglia o amministratori di sostegno onde rilevare le richieste e i bisogni rispetto all'inserimento nel servizio e sintetizzare nel modo più rispondente possibile alle necessità l'obiettivo globale di riabilitazione e cura. Laddove possibile, si procede inoltre, prima dell'inserimento, all'osservazione diretta o a un colloquio con l'ospite stesso.

Assessment

La fase successiva è quella dell'osservazione clinica

per aree, svolta dallo Psicologo, dal coordinamento e dal gruppo multidisciplinare di riferimento, finalizzata a individuare bisogni, competenze, interessi, aree di sviluppo prossimale. Si procede inoltre all'individuazione dei rinforzi, utili nella fase successiva della riabilitazione. È in questa fase che lo Psicologo è chiamato a compiere un assessment completo delle aree di interesse. Ad esempio nel caso di Raffaele, la scelta di lavorare sul modello di qualità della vita ci ha spinti a utilizzare degli strumenti standardizzati coerenti con le nostre scelte. La *Personal Outcomes Scales (POS)* (Coscarelli & Balboni, 2011; Jenaro, Verdugo, Caballo, Balboni, Lachapelle, Obtrebski, e Schalock, 2005), ad esempio, consente di misurare gli esiti personali attuali di qualità della vita nelle persone adulte con Disabilità Intellettiva (DI) in accordo a otto domini del costrutto.

La POS è composta da due scale:

1. Autovalutativa, che si compila di norma con un'intervista semi-strutturata all'individuo con DI o qualora non sia possibile a un *proxy* (una persona che conosce in modo approfondito l'individuo e che risponde in prima persona come se fosse nei suoi panni);

2. Eterovalutativa, che si compila con un'intervista semi-strutturata ad un caregiver ovvero a una persona che conosce in modo approfondito l'individuo con DI.

Quello di qualità della vita è un costrutto che contiene diversi elementi oggettivi ma anche e soprattutto soggettivi. È importante che lo Psicologo nel corso di questa valutazione metta in campo tutte le conoscenze acquisite sul colloquio psicologico per riuscire a coinvolgere il più possibile la persona con disabilità nella valutazione della sua condizione, tenendo conto delle sue ansie, della sua motivazione, delle sue capacità cognitive.

Per Raffaele si è rivelata inoltre massimamente importante la somministrazione della scala SPAID-G (*Strumento Psichiatrico per l'Adulto Intellettivamente Disabile*; Bertelli, Scuticchio, Ferrandi, Ciavatta, La Malfa, Mango, 2010), studiata per valutare le



principali diagnosi di asse I del DSM nella persona con disabilità intellettiva. Per molto tempo la disabilità intellettiva è stata considerata una diagnosi "pigra tutto", ovvero un cappello sindromico in grado di spiegare qualsiasi manifestazione comportamentale deficitaria o aberrante nella persona diagnosticata. Negli ultimi anni, con la crescita delle competenze in materia e con l'accrescimento della sensibilità collettiva, la disabilità intellettiva è arretrata sempre più dal campo della diagnosi per avvicinarsi sempre più allo status di condizione esistenziale. La scala SPAID-G considera la possibilità che le fluttuazioni comportamentali della persona con DI possano essere attribuite ad "altro" rispetto al disturbo del neurosviluppo specifico.

In parallelo a queste valutazioni viene portata avanti una fase altrettanto importante per costruire la motivazione, la collaborazione e il benessere della persona all'interno della comunità residenziale: l'assessment delle preferenze (Cooper et al. 2007). Questa valutazione può essere portata avanti con diverse modalità e su diverse dimensioni, dalle più focalizzate alle più naturalistiche.

A un primo livello è possibile chiedere direttamente alla persona quali sono le sue preferenze, tramite domande aperte oppure interviste strutturate o semi strutturate. In presenza di una qualche compromissione del canale verbale e/o relazionale un secondo livello di valutazione è l'osservazione naturalistica della persona in una modalità che viene definita "free operant". In questa modalità si osserva l'esercizio naturalistico della preferenza tramite la selezione fisica di oggetti molteplici messi a disposizione della persona. Tale valutazione può

essere effettuata con o senza restrizioni, ovvero mettendo a disposizione sempre lo stesso set di oggetti, oppure restringendo il repertorio di scelta progressivamente al fine di riuscire a creare una gerarchia delle preferenze e non solo individuare gli stimoli maggiormente preferiti. Infine un terzo livello è costituito dai trial strutturati di valutazione. Tali pratiche sono volte a ridurre progressivamente la complessità del compito per favorire l'esercizio della preferenza anche a persone che non sono in grado di discriminare tra numerose stimolazioni. Si può lavorare solo con permutazioni progressive di stimoli appaiati o addirittura valutando gli indici di felicità e il tempo di manipolazione su oggetti, attività o stimolazioni presentate singolarmente e in modo sequenziale.

Progettazione e intervento

Entro un mese dall'inserimento, lo Psicologo, in collaborazione con il gruppo di referenza e tutta l'équipe curante, definiscono il PAI/PEI preliminare (Piano Educativo e/o Assistenziale Individualizzato ai sensi della Legge 104/92) che viene divulgato a tutta l'équipe di lavoro allargata in modalità plenaria indicando gli obiettivi e le strategie di intervento. La famiglia, o l'ospite stesso, controfirma il documento che quindi costituisce formalmente il patto di fiducia con il servizio. È compito dell'équipe di lavoro declinare successivamente la progettazione individuale delle attività all'interno della settimana tipo. Allo Psicologo, insieme alle altre figure di coordinamento, è riservato il compito di incontrare la famiglia per illustrare la programmazione educativa-riabilitativa annuale di servizio e individuale.

Andrei entra in comunità all'età di 24 anni. Nato in un paese dell'Est Europa non sono conosciute le caratteristiche del suo sviluppo psicomotorio nell'infanzia in quanto Andrei è divenuto noto ai servizi solo a 10 anni per gli esiti di un incidente automobilistico occorso in Italia. La gestione si presenta da subito difficile per i continui agiti aggressivi che compaiono con modalità esplosive a seguito della negazione di richieste difficilmente accettabili

(telefonare ai familiari durante la notte, rimanere a oltranza in un locale pubblico, poter ordinare cibo da asporto a qualsiasi ora del giorno). Pretestuose e numerose sono le sue richieste di accesso al Pronto Soccorso. Andrei infatti ottiene, in questo, di uscire in modo "autorizzato" dalla comunità terapeutica alla ricerca di attenzioni e cure particolari. Spesso la sua permanenza si prolunga eccessivamente, anche per molte ore, per la difficoltà di convincerlo a seguire le indicazioni date dai sanitari. Gli altri ospiti sono spaventati da Andrei, lo evitano e cercano protezione negli operatori.

I familiari degli altri ospiti esprimono chiaramente paura e angoscia per la salute fisica e psichica dei loro congiunti. A causa del suo comportamento la comunità presenta una frequenza di infortuni molto elevata che ha richiesto un'indagine di accertamento da parte degli enti di previdenza nazionali. Quando l'ho conosciuto, Andrei usciva dalla struttura solo una volta a settimana accompagnato da due educatori maschi, uno alla destra e uno alla sinistra, come due carabinieri. Si sedeva al tavolino di un bar, consumava mal volentieri una bibita, solo con bicchiere di plastica perché una volta ne aveva rotto uno di vetro in testa a un educatore. Diversi interventi di normalizzazione erano già stati implementati nell'anno precedente. L'aggressività fisica e gli accessi al pronto soccorso erano ormai sotto controllo. Rimaneva tuttavia un grave problema, gli interventi stessi erano diventati iatrogeni. Viveva in uno stato di "cattività" e questo stato era la causa primaria di diversi agiti aggressivi, distruttivi e autolesionistici che Andrei emetteva come reazione alle limitazioni o agli interventi compensativi agli agiti problematici.

Era il momento di ampliare i suoi gradi di libertà. Uno dei ruoli più importanti dello Psicologo di comunità è quello di fare da modello al resto dell'équipe, ma soprattutto quello di esercitare quei compiti di carattere riabilitativo che richiedono una competenza specifica.

L'ansia che provava Andrei nel frequentare un negozio, un ristorante o una festa di paese era altissima, aggravata da un lungo tempo di isolamento, a

essa si accompagnava una accentuata ossessività e impulsività nei confronti delle cose desiderate. La letteratura ci dice che il miglior modo di agire su questi vissuti è l'esposizione graduale in vivo per l'ansia e il rinforzo differenziale di comportamenti alternativi e la *token economy* per i comportamenti impulsivi (la DI di Andrei ci impediva di lavorare a livelli metacognitivi più raffinati).

Il giorno in cui io salii sull'ascensore solo con Andrei per andare in un grande magazzino di articoli sportivi per acquistare il premio settimanale della *token economy* gli operatori del servizio mi guardarono con lo sguardo di chi saluta un condannato a morte, non mancarono battute esplicite a riguardo. Dopo quel giorno Andrei è tornato a frequentare fast food, parchi divertimento, ha ricominciato a uscire in gruppo con gli altri e viene a trovarmi una volta l'anno al mio attuale luogo di lavoro in treno, con altri ospiti della struttura e/o accompagnato solo da personale femminile.

Valutazione in itinere

Nel corso della riabilitazione è importante monitorare costantemente i progressi, il data plotter è uno strumento che permette un monitoraggio di diverse dimensioni comportamentali nonché degli obiettivi di PAI/PEI. Esso è composto da una griglia di osservazione che copre tutte le 24 ore divisa a intervalli regolari di 30 minuti. Tale risoluzione è apparsa sufficiente per coniugare la precisione e la sostenibilità della rilevazione con l'ampiezza naturale delle attività. Ogni giorno è rappresentato da due colonne. Una per i comportamenti impulsivi, ovvero quelli che rispondono a rinforzi più piccoli ma immediati e una per i comportamenti autocontrollati, ovvero quei comportamenti che rispondono a rinforzi più importanti ma dilazionati nel tempo. Tale suddivisione rappresenta la base dell'analisi dell'autocontrollo proposta da Rachlin (2001).

Ogni comportamento di interesse è codificato da una sigla o da un colore. L'osservazione a colpo d'occhio della distribuzione delle tipologie comportamentali della persona permette di comprendere se prevalgono le attività impulsive o quelle

autocontrollate nell'economia della giornata.

Il **DATA PLOTTER** permette di rilevare quattro categorie comportamentali di interesse:

1. comportamenti problema;
2. sonno e riposo;
3. eventi critici (traumi, problematiche di salute, etc.);
4. comportamenti adeguati.

Per ragioni pratiche tali voci vengono applicate universalmente a tutti gli ospiti della comunità, tuttavia ogni ospite può godere di una rilevazione individualizzata mediante una legenda specifica, che permetta un'analisi più puntuale delle singole categorie raccolte.

In sintesi, il data plotter è uno strumento individuale per ogni soggetto, compilato contingentemente da ogni operatore o da chiunque osservi effettivamente il comportamento, integrato con descrizioni più dettagliate in caso di approfondimenti, osservabile a colpo d'occhio per favorire la presa di decisioni clinico-educative basate sui dati registrati. Attraverso il data plotter misuriamo:

- A. La frequenza del comportamento → grafici a linee.
- B. L'allocazione temporale del comportamento → grafici a torta.

Infine al plotter educativo si affianca un plotter infermieristico grazie al quale vengono monitorati i principali parametri di interesse clinico-sanitario utili ai fini del PAI e per facilitare l'operato di Medici e Infermieri. Il data plotter quindi permette all'équipe, allo Psicologo e agli Psichiatri di monitorare quasi in tempo reale l'andamento comportamentale della persona per facilitare questi professionisti nelle decisioni cliniche ed educative.

Ogni sei mesi l'équipe di lavoro verifica globalmente la programmazione analizzando la corrispondenza degli obiettivi individuati e quelli raggiunti o parzialmente raggiunti per l'utente.

Viene somministrato il questionario di valutazione della soddisfazione, i cui risultati vengono condivisi con l'ente committente, la famiglia/ADS per individuare eventuali azioni correttive. Infine l'individua-

zione di un bisogno di trasferimento o dimissione, in accordo condiviso con tutta l'équipe e l'Ente committente viene sottoposto alla commissione UVM (Unità Valutativa Multidimensionale).

È compito del coordinamento e del gruppo di riferimento multidisciplinare compilare una relazione clinico-educativa informativa e rendersi disponibili a colloqui con il servizio di afferenza.

Procedure per la gestione dei comportamenti problema

Tornando a Mario, il caso d'apertura, il giorno stesso della crisi in sala da pranzo è stata stilata una procedura per la gestione dei comportamenti problema. Un comportamento problema è un eccesso o un deficit comportamentale che (Cooper et al., 2007):

1. Risulta pericoloso per l'individuo.
2. Risulta pericoloso per gli altri.
3. Produce danni all'ambiente.
4. Ostacola nuovi apprendimenti e/o l'interazione sociale.

Per esempio, aggressività, autolesionismo, distruttività, vocalizzazioni non appropriate al contesto e stereotipie sono esempi tipici di tali comportamenti. Una procedura per la gestione dei comportamenti problema contiene al suo interno tutte le informazioni necessarie e sufficienti per permettere all'équipe di gestire le crisi comportamentali in sicurezza: il contesto, la topografia del comportamento, gli interventi preventivi e gli interventi compensativi. La procedura è altamente personalizzata e tiene conto non solo delle prassi educative e psicologiche conosciute, ma della risposta idiosincratica del soggetto e delle problematiche mediche che presenta. La procedura inoltre può descrivere informazioni molto dettagliate, come quante e quali persone devono agire gli interventi compensativi, quali parti del corpo afferrare in caso di blocco della risposta o quali parole specifiche utilizzare nel corso degli interventi preventivi. Nel caso di Mario tutta la residenza era il suo contesto di intervento perché la sua attivazione sembrava aspecifica, la topografia riguardava i tipici movimenti effettuati da Mario durante gli

episodi di aggressività e distruttività, gli interventi preventivi consistevano in tutti gli interventi relazionali e di tutela che potevano in qualche modo prevenire o disinnescare la crisi, che nel caso di Mario si limitavano alla tranquillità e all'isolamento sociale, gli interventi compensativi riguardavano indicazioni circa il modo di portarlo in camera o di mettere in sicurezza la situazione in caso di crisi. La procedura viene compilata solo a seguito di un attento processo decisionale. La compilazione della procedura è strutturata secondo un rigido ordine gerarchico in cui vengono privilegiate le pratiche meno coercitive e positive e solo come ultima *ratio* le pratiche contenitive e farmacologiche. Ogni procedura viene condivisa e controfirmata dal familiare o dal tutore dell'utente, laddove possibile.

La procedura ha permesso all'équipe di gestire Mario in sicurezza per circa 10 giorni, quando la crisi di astinenza da farmaci che l'aveva colpito a partire da quella colazione aveva ormai fatto il suo decorso. Spesso le persone con disabilità intellettiva giungono in comunità con politerapie importanti, stratificatesi nel tempo spesso per compensare alcune manifestazioni comportamentali in situazioni ecologiche in cui è molto difficile applicare interventi specifici e diretti.

Una delle finalità più importanti del processo di riabilitazione è quello di permettere di compensare il comportamento mediante pratiche psicologiche ed educative al fine, dove possibile, di ridurre la terapia farmacologica con un conseguente impatto positivo sulla qualità di vita della persona. Mario dopo 10 giorni è tornato il grande gigante gentile che avevamo conosciuto, e anche Raffaele nel periodo di permanenza in comunità ha potuto sperimentare un antipsicotico molto delicato in grado di agire in modo imprevedibile sulla salute e sul suo comportamento. Oggi Raffaele è stato dimesso ed è tornato a casa dalla sua famiglia e dal fratello.

Gruppi di riferimento e gestione dell'équipe

Infine lo Psicologo può essere coinvolto nella pro-

gettazione e nella gestione diretta dell'équipe. Ricerche sul campo effettuate da Google e dalla Toyota dimostrano che la migliore produttività di gruppo si manifesta quando si presentano due condizioni lavorative: sicurezza psicologica e management agile (Duhigg, 2016).

Nel primo caso si intendono condizioni di lavoro che incentivano l'espressione delle proprie idee e la trasparenza delle opinioni (vedi anche Bennis, Goleman & O'Toole, 2008). Tale risultato può essere ottenuto creando un clima lavorativo non punitivo ma centrato sul rinforzo, in cui i richiami siano limitati, prevedibili e giusti; riducendo fenomeni di conformismo e di compiacenza nei confronti dei leader designati o accidentali; inibendo il pensiero di gruppo che è alla base del fenomeno di ignoranza collettiva (Arcuri, 1995).

Un altro fattore dimostratosi di particolare importanza è la "sensibilità sociale" e il supporto reciproco da parte del personale (Duhigg, 2016).

Nel caso del management agile, invece, viene creato un sistema lavorativo in cui le decisioni importanti vengono distribuite alle figure che sono più a diretto contatto con una particolare situazione. Chi è più vicino ad una determinata situazione lavorativa può prendere iniziative indipendenti-

mente dal rango. I superiori possono fornire suggerimenti e mantenere un controllo di processo ma non gestire direttamente le decisioni.

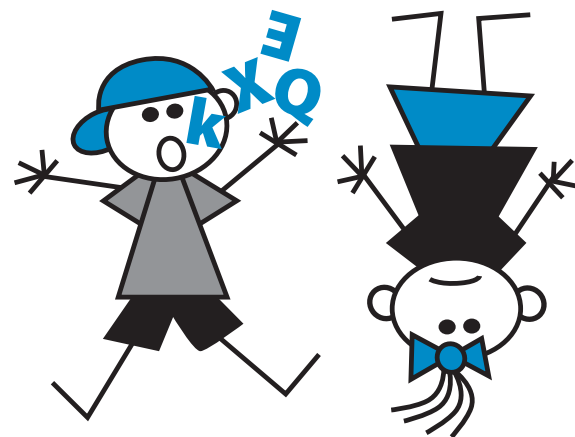
Alla luce di questi dati, la soluzione adottata da una residenza in cui ho operato è stata quella di creare gruppi di riferimento multidisciplinari (es. Educatori, OSS e Infermieri) con potere decisionale.

Ogni gruppo di riferimento gestisce una media di due ospiti ed è composto da personale che ogni giorno è a contatto con l'utenza. Una volta al mese il gruppo di riferimento si riunisce in mini-equipe, gestite prevalentemente in autonomia, dalle quali escono le decisioni relative a prassi di gruppo volte alla salute e al benessere degli ospiti. Il personale di coordinamento (Coordinatore, Psicologo e Psichiatra) supervisiona il processo e i risultati dello stesso, intervenendo sulle dinamiche di gruppo laddove necessario. Tale struttura oltre ad aumentare la produttività, è dimostrato che incida anche sulla motivazione generale del personale in quanto capace di indurre un senso di controllo sulla situazione, nello specifico un *locus of control* interno (Rotter, 1954). Ogni occasione di scelta ha influenza sul senso di controllo e quest'ultimo è stato dimostrato essere un'importante base per la motivazione lavorativa (Duhigg, 2016).

Bibliografia



- Arcuri, L. (1995). *Manuale di psicologia sociale*. Il Mulino, Bologna.
- Bennis, W., Goleman, D., O'Toole, J. (2008). *Trasparenza: how leaders create a culture of candor*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bertelli, M., Scuticchio, D., Ferrandi, A., Ciavatta, C., La Malfa, G. P., Mango, F., et al. (2010). *Prevalenza degli aspetti psicopatologici nelle persone con disabilità intellettiva: Uno studio multicentrico sul nuovo strumento SPAID-G*. Italian Journal of Psychopathology, 16(1), 53–63.
- Cooper, J.O., Heron, T.E., Heward, W.L. (2007) *Applied behavior analysis*. 2nd ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall.
- Coscarelli, A., Balboni, G. (2011). *Personal Outcome Scale-Adattamento italiano*. Gussago: Vannini.
- Cummins, R.A., (2005). *Moving from the quality of life concept to a theory*. Journal of Intellectual disability research, 49(Pt 10):699-706.
- Duhigg, C. (2016). *Smarter faster better: the secrets of productivity in life and business*. New York: Random House.
- Felce, D. (1997). *Defining and applying the concept of quality of life*. Journal of Intellectual disability research, 41, 2, 126-135.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York, NY: The Guilford Press.
- Rachlin, H. (2000). *The science of self-control*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Renwick, R e Brown, I. (1996). *Being, belonging, becoming: The centre for health promotion model of quality of life*. In: R. Renwick, I. Brown e M. Nagler (a cura di). *Quality of life in health promotion and rehabilitation*. London: SAGE Publications.
- Rotter J.B., (1954) *Social learning and clinical psychology*. New York, Prentice-Hall.
- Schalock, R.L., Verdugo Alonso, M.A. (2006). *Manuale di qualità della vita. Modelli e pratiche di intervento*. Gussago: Vannini.
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2012). *Brief Interventions for Radical Change: Principles and Practice of Focused Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Wampol, B.E., Imel, Z.E. (2017) *Il grande dibattito in psicoterapia*. Sovera Edizioni, Roma.
- World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability, and health (ICF)*. Geneva: Author (trad.it. *Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*. ICF. Trento: Erickson, 2002)



L'essere Psicologo nella riabilitazione dei disturbi dello sviluppo

a cura di ERNESTO STOPPA, *Psicologo, Psicoterapeuta, già Dirigente Psicologo AUSL Ferrara e Docente a contratto UNIFE*

La professione di Psicologo ha da poco celebrato i trent'anni dalla legittimazione normativa: è stata infatti sancita il 18 febbraio 1989, con la promulgazione della legge 56, fortemente voluta da quanti, in quegli anni, avvertivano la necessità di regolare questa attività.

L'articolo 1 di tale legge recita: *"La professione di Psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito"*.

Nel documento *"La professione di Psicologo: declaratoria, elementi caratterizzanti e atti tipici"* del 2015, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP), afferma che: *"Conseguenza dell'azione diagnostica, è la definizione del piano di trattamento, inteso come percorso di abilitazione e di riabilitazione, e che comprende tutte le attività volte a promuovere benessere, sviluppo e mantenimento della salute individuale, di coppia, di gruppo, e nelle istituzioni"*.

Da queste affermazioni emerge la consapevolezza che la Psicologia è un grande regno, costituito da molte province, distinto in tanti luoghi e metodologie diverse, una grande *"cassetta degli attrezzi"*

dove occorre saper scegliere con coerenza rispetto agli obiettivi prefissati.

Scegliere strumenti utili e ben calibrati per lo scopo, senza dimenticare che l'"oggetto" del nostro operare è un "soggetto": il lavoro verte su un individuo e un sistema, oltre che sulla validità e fedeltà degli strumenti di cui ci si serve.

Per quanto riguarda l'età evolutiva, è bene ricordare che il bambino non è un sistema chiuso: le cause del suo funzionamento attuale non sono solo remote e intrinseche (malattie, etc.), ma sono, a loro volta, più o meno remote ed estrinseche (ambiente sociale). Il bambino deve quindi essere considerato un soggetto in un sistema con competenze eventualmente da recuperare, a causa di disturbi/anomalie che non impediscono di crescere, ma che ne caratterizzano lo sviluppo e la quotidianità. Il tutto diventa complesso, come il progetto abilitativo-riabilitativo, che necessariamente dovrà prevedere diverse risorse e diverse professionalità, per un intervento coordinato, centrato sui bisogni.

Utile e necessario, quindi, un riferimento "cornice" che permetta una coerenza operativa: un modello culturale e scientifico che unisca le varie professionalità e dia senso ai vari interventi. La proposta può essere il Modello bio-psico-sociale, una strategia di approccio alla persona, che attribuisce il

risultato della malattia, del danno, del ritardo di sviluppo, all'interazione dinamica e variabile di fattori biologici (genetici, biochimici, etc.), psicologici (umore, personalità, comportamento, etc.) e sociali (culturali, familiari, socioeconomici, etc.).

L'apporto dello Psicologo si estrinseca nel lavoro con l'individuo, il gruppo, il sistema e/o attraverso il coordinamento e la progettazione. Egli è portatore di una cultura evolutiva e dinamica volta ad avversare le stereotipizzazioni o le generalizzazioni tipiche dei sistemi classificatori (es.: ICD-10 e DSM-5) e di alcune modalità cliniche che tendono a ricercare l'uniformità e la costanza più che la variabilità e il cambiamento (individuale e/o di sistema).

Nei processi di abilitazione-riabilitazione nel campo dello sviluppo, questo è ancora più vero e lo Psicologo ne diventa protagonista.

Nei colloqui di supporto, nelle psicoterapie (a diverso orientamento), nei gruppi tematici rivolti a bambini/ragazzi e ai familiari, la "cura" non si limita a una mera riduzione dei sintomi come differenza tra comportamenti adattivi o disadattivi, ma è rivolta complessivamente allo sviluppo del *caregiving*. In questa attività trova posto anche la capacità di guidare percorsi e processi multiprofessionali, fornendo competenze e qualità di lettura dei progetti riabilitativi, favorendo la valorizzazione di tutte le risorse coinvolte, in una prospettiva sistemica.

Lo Psicologo ha modelli, metodi e tecniche propri, diversi e variamente orientati, ed è con questi che si confronta sul campo e con le altre professionalità; una chiave di lettura per descrivere il contributo dello Psicologo nella riabilitazione dei disturbi del neurosviluppo può essere quindi sinteticamente e trasversalmente rappresentata dalla scaletta *"modello, metodo e tecniche"*, la cui scelta e la cui coerenza susseguente stabiliscono la significatività e la trasparenza del lavoro stesso.

Da quanto sin qui espresso, si evince che il contributo dello Psicologo, in una corretta impostazione riabilitativa, deve avvalersi di un modello, di un

metodo e di una tecnica, e che su questa coerenza saranno valutati l'esito e l'efficacia:

- **il modello** può essere considerato una teoria generale dello sviluppo e del disturbo, il riferimento teorico-culturale scelto come guida cui far discendere la parte operativa.

Rappresenta inoltre il punto di vista e la scelta personale dello Psicologo sulla connessione tra i due ambiti (es.: Neuropsicologia/Vygotskij; Family stress and coping theory, Psicoterapia dinamica, etc.).

- **il metodo** consente di tradurre il modello nella pratica e comprende una teoria sull'origine delle difficoltà e sugli scopi della terapia (es.: linguaggio cognitivo/scaffolding);

- **la tecnica** riguarda l'uso del metodo in uno specifico setting riabilitativo (gli esercizi).

È importante considerare che le tecniche possono essere modificate, al fine di adattarsi alle richieste del tipo di pazienti e del contesto della pratica abilitativa-riabilitativa (es.: multimodalità di presentazione delle unità riabilitative).

È possibile, dunque, applicare tale impostazione anche in quelli che l'ultima edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5) definisce **DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO**, un gruppo di condizioni con esordio nel periodo dello sviluppo:

- Disturbi del Movimento
- Disturbo di Attenzione e Iperattività (DDAI)
- Disturbi dello Spettro Autistico
- Disabilità Intellettiva
- Disturbi della Comunicazione
- Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)

Dalla singola descrizione di tali condizioni, si potranno inferire le eventuali scelte metodologiche da utilizzare nella pratica riabilitativa.

Disturbi del Movimento

Il disturbo dello sviluppo della coordinazione è caratterizzato da deficit dell'acquisizione delle abilità motorie coordinate e si manifesta con goffaggine

e lentezza o imprecisione nello svolgimento delle abilità motorie, che interferiscono con le attività della vita quotidiana.

Rispetto a questa definizione, si apprezzano alcune differenze tra ICD-10 e DSM-5.

Il manifestarsi del disturbo varia a seconda dell'età, inducendo diverse priorità e interessi: dallo sviluppo delle diverse tappe (sedersi, gattonare, camminare...) alla motricità adattiva, finalizzata all'uso delle varie acquisizioni sociali (salire le scale, scrivere, cura della persona). Significativamente non viene però diagnosticato prima dei cinque anni, poiché esiste una considerevole variazione dell'età di acquisizione e della stabilizzazione delle attività.

La prevalenza stimata nei bambini tra i cinque e gli undici anni è del 5%, con presenza maggiore nei maschi; si manifesta in culture e condizioni socio-economiche diverse.

Gli interventi puntano spesso alla precocità, sfruttando la plasticità e la dinamicità del funzionamento; possono assumere caratteristiche di percorsi psicomotori, grafo-motori e percettivi, assistiti e modulati. Progressivamente sono orientati all'acquisizione delle abilità adattive.

La terapia comprende quindi un insieme di misure che dipendono dalla forma di instabilità con una organizzazione scolastica ed ambientale adattate alle possibilità del bambino; colloqui di supporto o psicoterapia al bambino e/o ai genitori solo in presenza di importanti disordini affettivo-caratteriali.

Non va sottovalutata l'importanza del corpo e del movimento nella costruzione del sé: pertanto vanno dedicate cure e attenzioni allo sviluppo socio-emozionale.

La carente esperienza motorio-cinestesica e la mancata integrazione dei dati dell'atto motorio con i dati spaziali nello schema corporeo, sono, alle volte, in relazione con turbe dell'affettività come incapacità di prendere coscienza netta del proprio corpo o insufficiente sviluppo del pensiero spaziale.

Disturbo di Attenzione e Iperattività (DDAI o ADHD)

Il DDAI è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato fenomenicamente da livelli invalidanti di disattenzione, disorganizzazione e/o iperattività-impulsività.

La disattenzione e la disorganizzazione comportano l'incapacità di mantenere l'attenzione su un compito, l'apparente mancanza di ascolto e la perdita di oggetti, a livelli inadeguati all'età o al livello di sviluppo. L'iperattività-impulsività comporta un livello di attività eccessivo, agitazione, incapacità di rimanere seduti, intromissione nelle attività altrui e incapacità di aspettare, sintomi eccessivi per l'età.

Durante la fanciullezza, il DDAI si sovrappone frequentemente a disturbi spesso ritenuti "disturbi esternalizzanti", come il disturbo oppositivo-provocatorio e il disturbo della condotta.

Nella segnalazione di queste caratteristiche, si apprezzano alcune differenze tra ICD-10 e DSM-5.

Il DDAI inizia nell'infanzia, ma non viene specificata un'età di esordio e deve manifestarsi in più di un contesto.

Si presenta maggiormente nei maschi rispetto alle femmine; le differenze nelle varie aree geografiche sembrano attribuite alle diverse pratiche metodologiche e diagnostiche. Il DDAI può essere associato ad altri disturbi del neurosviluppo: apprendimento, comportamento motorio ripetitivo, disturbo di Tourette, tic multipli.

Il DDAI spesso persiste nell'età adulta, con conseguente compromissione del funzionamento sociale, scolastico e lavorativo.

I segni del disturbo possono essere minimi quando l'individuo: riceve diverse ricompense per il comportamento adeguato; è sotto stretta sorveglianza, è in un ambiente nuovo; è impegnato in attività per lui interessanti, riceve una consistente stimolazione esterna (schermi elettronici), interazione "vis a vis". Gli interventi riabilitativi tendono a cogliere queste caratteristiche e afferiscono a tecniche cognitivo-comportamentali, prevalen-

temente individuali ma anche di gruppo; a volte può essere scelta, in affiancamento, una terapia farmacologica monitorata.

Dal modello neuropsicologico si può estrarre, ad esempio, un "allenamento" delle funzioni esecutive (autoregolazione dell'attenzione), con una metodologia centrata sui tempi e sulla qualità del compito: il classico potenziamento dell'attenzione selettiva è quello del *barrage* di stimoli, ordinati o casuali, spaziali o sequenziali, etc. (esistono anche software specifici). Frequentemente in associazione ai trattamenti individuali assistiamo all'utilizzo di tecniche gruppali rivolte ai genitori con lo scopo formativo di cambiare modalità disfunzionali di relazione genitore-figlio.

I programmi di gruppo di Parent Training:

- consentono l'intervento di diversi conduttori e la condivisione con altri esperti della responsabilità del programma;
- danno ai genitori l'opportunità di fornirsi supporti reciproci e di scambiarsi esperienze;
- rappresentano una importante occasione per sperimentare e rendersi conto di non essere soli e di avere gli stessi problemi educativi di molti altri genitori;
- permettono, grazie alla presenza di altri genitori, di incrementare la fiducia nei metodi e nelle strategie proposte;

- permettono di utilizzare il gruppo come fonte di gratificazione e di partecipazione attiva.

In gruppo i genitori possono incontrare empatia e comprensione stimolando la fiducia nei propri mezzi; i Parent Training di gruppo, rispetto a quelli individuali o di coppia, sono anche vantaggiosi da un punto di vista economico.

Le esperienze di gruppo talvolta incontrano difficoltà quando esistono resistenze importanti sulla possibilità di far registrare significativi cambiamenti nelle relazioni genitori-figli.

Disturbi dello Spettro Autistico

Questo gruppo sindromico è caratterizzato da anomalie qualitative delle interazioni sociali e delle modalità di comunicazione, da un repertorio limitato, stereotipato, ripetitivo di interessi e di attività. Queste anomalie qualitative sono una caratteristica preminente del funzionamento dell'individuo in tutte le situazioni, benché possano variare di grado; possono esserci compromissioni intellettive e/o del linguaggio.

Il livello di gravità si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento ristretti e ripetitivi. Il deficit della reciprocità socioemotiva (cioè la capacità di relazionarsi con gli altri e di condividere pensieri e

Quaderno CNOP "BUONE PRASSI PER L'AUTISMO"

Il Consiglio Nazionale ha accolto l'esigenza professionale di declinare la complessità della ricerca sul tema dell'autismo, che negli anni ha prodotto risultati di particolare interesse migliorando la conoscenza complessiva della sindrome del disturbo autistico. Nel gruppo di lavoro coordinato dalla dott.ssa Anna Maria Ancona, vicepresidente del Consiglio Nazionale, si sono confrontati professionisti con indubbia competenza ed esperienza, anche con orientamenti teorici diversi, insieme a referenti del MIUR, poiché il mondo della scuola è direttamente impegnato nel processo di inclusione scolastica.

Il Quaderno CNOP "BUONE PRASSI PER L'AUTISMO" è stato concepito e redatto anche come guida a una diagnosi precoce e tempestiva, per promuovere un aiuto e un sostegno alle persone con autismo e alla loro famiglia e per l'attuazione di buone prassi in ambito scolastico.

Il Quaderno è scaricabile dal link:

<http://www.psy.it/wp-content/uploads/2019/04/ordine-degli-psicologi-libro-TERZA-USCITA.pdf>

sentimenti) è chiaramente evidente nei bambini. La presenza del disturbo è quattro volte superiore nei maschi rispetto alle femmine. L'insistenza nella quotidianità, l'avversione verso i cambiamenti, la sensibilità sensoriale, sono "ap-

poggi" delle varie tecniche abilitative e riabilitative, soprattutto neocomportamentiste (Modello DIRtm con approccio Floor time, TEACCH, ABA, etc.). L'obiettivo è aumentare le connessioni tra competenza intersoggettiva e competenze cognitive all'interno delle relazioni umane. Nello specifico, le aree su cui gli interventi insistono, sono:

1. la scarsa capacità nel cogliere e intuire gli scopi presenti nelle relazioni interpersonali che gli altri attivano;
2. l'esigua gamma di strategie per conseguire i propri obiettivi;
3. la mancanza di esercizio e di feedback in materia di abilità sociali.

È indispensabile che i professionisti chiamati a intervenire (Psicologi et al.) siano adeguatamente formati e sostenuti per affrontare un percorso che in ogni caso si preannuncia lungo e non lineare. Bambini e ragazzi sono i soggetti principalmente coinvolti, ma non occorre dimenticare che è anche arduo essere e mantenersi genitori con queste difficoltà.

Talvolta, alle soglie dell'adolescenza, alcuni ragazzi meno compromessi intellettivamente, si interrogano su loro stessi e necessitano quindi di ascolto.

Disabilità Intellettiva

La disabilità intellettiva è caratterizzata da una condizione di sviluppo interrotto, bloccato o incompleto, da deficit delle capacità mentali generali come il ragionamento, il problem-solving, la pianificazione, il pensiero astratto, la capacità di giudizio, l'apprendimento scolastico e l'apprendimento dall'esperienza. I deficit comportano una compromissione del funzionamento adattivo tale che l'individuo risulta incapace di soddisfare gli standard di autonomia e di responsabilità sociale in uno o più aspetti della vita quotidiana, comprese la comunicazione, la partecipazione sociale, l'attività scolastica e l'autonomia a casa o nella comunità; la diversa gradazione di queste caratteristiche ne determina la gravità (lieve, media, grave).

La disabilità intellettiva può derivare da un danno pre, peri, post-natale, da privazioni gravi, sindromi cromosomiche e altre condizioni psichiche. Non occorre tuttavia dimenticare il contesto in cui questa condizione di difficoltà si manifesta o assume carattere di "limitazione"; la prevalenza del ritardo mentale viene calcolato essere dalle due alle otto volte maggiore nei Paesi-Nazioni a basso reddito rispetto ai Paesi industrializzati.

Gli scopi della terapia/riabilitazione devono tenere assieme la duplice caratteristica, con interventi rivolti all'individuo (es: modello piagetiano) e alla sua comunità, con l'obiettivo di interagire e adattarsi reciprocamente (social skills, inclusione sociale, lavori protetti). Da queste idee si evince il coinvolgimento indispensabile dei genitori/familiari. Nonostante il riconoscimento scientifico acclarato, il ricorso a programmi di incremento delle abilità sociali sembra rimanere marginale o a carico di iniziative singole o private (famiglie o associazioni) e quando sono attuate spesso riguardano soprattutto la riduzione di comportamenti inadeguati, ricorrendo a "procedure" di controllo del comportamento. È importante la crescita cognitiva e delle abilità adattive per influenzare positivamente l'apprendimento nonostante i deficit di base, seguendo tempi personalizzati, senza dimenticare il counseling genitoriale. Sono inoltre possibili colloqui di sostegno e/o psicoterapie brevi rivolti ai ragazzi nelle occasioni in cui l'età propone problematiche inerenti la corporeità, l'autostima, l'autonomia e la costruzione di un sapere sociale. Oltre all'eventuale lavoro individuale, con i familiari e/o con i ragazzi singoli o in gruppo, lo Psicologo in questa problematica è chiamato anche ad una regia tra varie componenti, una regia che contribuisca a vivificare una zona di confine tra sistema scolastico e formativo, il sociale e il lavorativo.

Disturbi della Comunicazione/Linguaggio

L'acquisizione delle normali abilità linguistiche è disturbata fin dai primi stadi dello sviluppo; non

è direttamente attribuibile ad alterazioni neurologiche o ad altre anomalie sensoriali. Si manifesta con difficoltà della comprensione e/o produzione del lessico, della struttura della frase o del discorso. Tali difficoltà limitano successivamente la capacità discorsiva e narrativa. Non è infrequente osservare come queste carenze si trasformino nei bambini/ragazzi più grandi in limitazioni nell'esprimere e operare su questioni logiche, nel cogliere nessi temporali, causali, intenzionali e inferenziali; è necessario non confondere questa situazione con le difficoltà nella comunicazione pragmatica e sociale, tipica dell'autismo. Le compromissioni del linguaggio recettivo hanno una prognosi peggiore rispetto a quelle prevalentemente espressive, sono più resistenti al trattamento e sono frequentemente associate a carenze nella lettura. Considerata l'ampia variabilità dello sviluppo del linguaggio, è possibile una misurazione accurata non prima dei quattro anni, età in cui si stabilizzano le differenze individuali. La perdita dell'eloquio e del linguaggio in un bambino di età inferiore ai tre anni può essere indice di comorbidità e disturbo grave.

Nell'ambito del Disturbo del Linguaggio, utili si rivelano interventi specifici, con particolare attenzione all'evoluzione stadiale propria dell'età, valutando i costi/benefici per evidenziarne le priorità. Oltre all'efficacia specifica dimostrata dall'approccio Bottom-Up (costruzione dell'abilità possibile, esercizio e automatizzazione possibile) e Top-Down (proposte di strategie semantiche e di compenso), si evidenzia la creazione nel bambino di uno stile attivo e consapevole del controllo sull'attività, ponendo attenzione contemporaneamente ai processi di basso ed alto livello. Nello specifico, il più delle volte lo Psicologo è qui chiamato a coordinare e co-progettare il lavoro del Logopedista, in ragione del modello scelto (neuropsicologico, cognitivo-linguistico, etc.). Metodo e tecnica faranno sì che, attraverso il lessico, gli aspetti formali (fonetica, fonologia, mor-



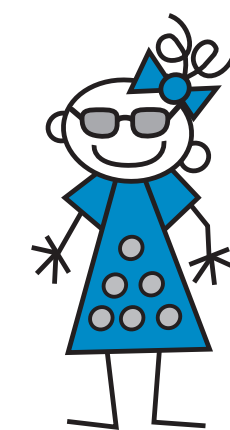
Partecipazione alle iniziative e codice a barre

Per rilevare le presenze ai seminari e convegni, l'Ordine utilizza un sistema completamente informatizzato basato sui codici a barre.

Suggeriamo quindi a tutti gli Iscritti interessati a partecipare ai nostri eventi formativi di **richiedere il nuovo tesserino dell'Ordine, provvisto di codice a barre, per facilitare la procedura di rilevazione delle presenze ai corsi.**

Per effettuare la richiesta è possibile compilare l'apposito modulo pubblicato sul nostro sito web nella sezione PER IL PROFESSIONISTA alla voce "Come fare per" > "Richiedere il tesserino" oppure inviare una e-mail a albo@ordpsicologier.it indicando NOME, COGNOME, NUMERO ALBO e allegando una fotografia in formato digitale (jpg o bmp).

NB: chi fosse già in possesso di un tesserino con foto può non inviarci una foto nuova a meno che non desideri sostituirla con una più aggiornata.



fologia e sintassi) siano coniugati con gli aspetti funzionali (pragmatica, dialogica, conversazionale, narrativa, etc.), passando da quelli metafonologici e metacognitivi per raggiungere una consapevolezza comunicativo-linguistica.

Nelle situazioni molto complesse, dove risulta indicata l'introduzione dei sistemi vicarianti e dell'eventuale Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA o simile), particolare attenzione va data al supporto ai genitori, nel momento della prima comunicazione, per elaborare la futura riduzione del linguaggio espressivo vissuta come "perdita grave".

Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)

Il Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) viene diagnosticato quando sono presenti deficit specifici dell'abilità di un individuo di percepire o elaborare informazioni conoscitive in maniera accurata ed efficiente. Tale disturbo del neurosviluppo inizia a manifestarsi durante gli anni della formazione scolastica ed è caratterizzato da persistenti e progressive difficoltà nell'apprendere le abilità scolastiche di base nell'ambito della Lettura, della Scrittura e/o del Calcolo.

La prestazione dell'individuo nelle abilità scolastiche interessate è di gran lunga al di sotto della media per l'età e/o esperienza scolastica o sono raggiunti livelli accettabili solo attraverso sforzi straordinari.

Il DSA è un disturbo del neurosviluppo con origine biologica, persistente e progressivo. Il rischio relativo è maggiore nei maschi e quattro-otto volte più alto nei parenti di primo grado, rispetto ad individui senza familiarità. Risulta trasversale a lingue, culture e condizioni socio-economiche diverse, ma la manifestazione può variare secondo la natura dei sistemi simbolici parlati e scritti.

La difficoltà di apprendimento non può essere attribuita a fattori esterni più generali, come lo svantaggio socio-economico o ambientale, l'assenteismo o la mancanza di istruzione.

Sviluppo e decorso sono variabili, poiché dipen-

dono dalle interazioni tra i compiti richiesti dal contesto, dalla gravità, dalle comorbidità e dai sistemi di sostegno e di intervento.

L'evoluitività della condizione svela ambiti qualitativamente diversi del percorso: ad esempio, nelle prime classi di Scuola Primaria, il bambino sarà impegnato nell'acquisizione della tecnica, successivamente nell'automatizzazione della stessa, per arrivare poi ad un controllo metacognitivo della forma e dei contenuti; saranno successivamente coinvolti anche processi emozionali di autostima e volitività.

I dati di trattamento attualmente a disposizione sono orientati a tecniche di intervento di tipo linguistico e di tipo percettivo/attentivo.

Per quanto riguarda la dislessia, si possono recuperare i seguenti esempi.

Approccio fonologico-lessicale: maggiore è il numero dei segmenti di parola ascoltati, più aumenta la possibilità di riconoscerla esattamente. Nelle lingue trasparenti, l'interazione tra processi di decodifica e inferenze lessicali permette la velocizzazione dell'apprendimento; esistono software specifici (es: tachistoscopio).

Approccio neuropsicologico: il modello di Bakker enfatizza il ruolo delle strategie emisferiche; vi è qui la predominanza dell'analisi percettiva, visuo-spaziale (emisfero destro) nelle prime fasi, per poi specializzarsi in analisi linguistica nell'altro emisfero (sinistro).

Training cognitivo funzionale: serve a potenziare l'attenzione nelle varie forme, la memoria di lavoro, la memoria visuo-spaziale. Anche in questo caso, esistono software specifici.

Un esempio operativo per i DSA: la terapia di gruppo

All'interno del lavoro riabilitativo, ci si scontra spesso con l'esigenza di massimizzare i risultati e ottimizzare i tempi, riequilibrando il rapporto co-

sti-benefici. È un problema che riguarda l'organizzazione del lavoro, lo svolgersi dei tempi, la durata degli interventi, ma anche una certa ridefinizione della clinica e dei significati della "presa in carico". In questa ottica l'ambulatorio, la stanza di riabilitazione, diventano "laboratorio" per scoprire, sperimentare sistemi, metodologie e strumenti.

Secondo Vygotskij, "il gruppo stimola i bambini a operare al massimo livello del loro sviluppo potenziale". L'idea consiste nell'organizzazione di gruppi terapeutici, omogenei per disturbo, con un programma di lavoro orientato al compito, nell'ambito di una organizzazione di apprendimento condiviso e cooperativo, attento ai processi della metacognizione. Generalmente il gruppo è costituito da 5 bambini e 2 operatori (Psicologo e/o Logopedista e/o Educatore), con la supervisione dello Psicologo che "guida" l'attività e incontra i genitori, in gruppo o individualmente, al fine di massimizzare gli effetti del trattamento.

Tali incontri con i genitori sono finalizzati alla spiegazione degli obiettivi, ma soprattutto diventano occasione di condivisione-partecipazione del lavoro dei bambini: risultano dunque il luogo formale, in cui è possibile elaborare dubbi e aspettative, ma anche il luogo dove prelevare idee per la quotidianità. Un ambito significativo, di cui bisogna tenere conto oltre al percorso contenutistico, è la messa a

punto di una serie di indicatori comportamentali, che fungono da verifica iniziale e finale, per monitorare la possibile progressione dal semplice primo approccio al lavoro alla responsabilizzazione finale, passando dal diverso stato emotivo e dal differente "utilizzo" dell'adulto (es.: *si avvicina al lavoro senza protestare, si arrende alla prima difficoltà, chiede aiuto diretto all'adulto, desidera fare da solo*).

Ulteriori indicatori, di tipo integrativo-emotivi, servono a cogliere l'atteggiamento sociale ed emozionale del bambino, ma anche la progressione delle competenze prosociali (es.: *aiuta i compagni, conforta i compagni*).

Conclusioni

Nelle sintetiche esposizioni relative alle tipologie dei disturbi e nel racconto dell'esperienza della terapia di gruppo, è possibile intravedere l'individuazione di eventuali modelli, metodi e tecniche che il professionista Psicologo può scegliere e mantenere coerentemente nelle diverse fasi del trattamento e nella collaborazione con le altre figure coinvolte.

In aggiunta si desidera rilanciare il concetto di "metodo critico", tipico del ragionamento scientifico, che presuppone rigorosità, coerenza e valutazione degli esiti: "dove c'è ricerca si cura meglio".



Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Edizione italiana: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Benedetto, L. (2005). *Il parent training: counseling e formazione per genitori*. Carocci.
- Bertini, M. (2012). *Psicologia della salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cornoldi, C., Giordano, N., Mattalia, I., & Venturino, C. (1990). *Il ruolo della metacognizione nel ritardo mentale*. Saggi, 16, 13-32.
- Desjarlais, R., Eisemberg, L., Good, B., & Kleinmainn, A. (1998). *La salute mentale nel mondo*, Il Mulino, Bologna.
- Greenspan, S., Wieder, S., & Simons, R. (1998). *Bambini con bisogni speciali, parti I e II*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Kemali, D., Maj, M., Catapano, F., Giordano, G., & Saccà, C. (1996). *ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, Masson, Milano.
- Molinari, E., & Taverna, A. (2000). *La riabilitazione psicologica nel disturbo mentale*, Centro scientifico editore.
- Pizzamiglio, M. R. (Ed.) (2003). *La riabilitazione neuropsicologica in età evolutiva* (Vol. 35), Franco Angeli, Milano.
- Rigon, G., & Costa, S. (Eds.) (2002). *Interventi in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva*, FrancoAngeli.
- Stoppa, E., Mascellani, F., Tartari, R., & Giorgi, V. (2000). *La Terapia di Gruppo, un'idea per i Disturbi Specifici di Apprendimento, Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 67(6), 675-686.
- Vygotskij, L. S. (1990). *Pensiero e linguaggio*, trad. it. Laterza, Roma-Bari.



*... domani ci raduneremo... per onorare l'ospite
e delibereremo che cosa possa farsi in aiuto a lui
... Egli è affidato alle nostre cure...
l'ospite e il suplice valgono quanto un congiunto
per l'uomo che abbia anche solo un poco di senno.."*

Odissea, canto VII

Il professionista Psicologo nell'équipe riabilitativa

a cura di DANIELA ROSSETTI, Psicologa, Psicoterapeuta, Consigliera Ordine Psicologi Emilia-Romagna, già Responsabile del Servizio di Psicologia presso l'Ospedale ad Alta Specialità Riabilitativa "Montecatone Rehabilitation Institute" di Imola

Il momento dell'accoglienza è, per ogni individuo, la prima rappresentazione di ciò che il contesto può offrire in risposta alle aspettative e ai bisogni. Le persone che si rivolgono a un luogo di cura per riabilitazione si trovano in una condizione di *bisogno* rispetto al proprio stato di salute per quanto riguarda sia lo stato fisico (aiuto per superare la *fase acuta* conseguente all'evento che ha avuto come esito la necessità di intervento specializzato per il ripristino della funzionalità e, in seguito, la *fase del recupero* delle autonomie possibili con il livello della lesione), sia lo stato psichico (aiuto per superare ed elaborare gli effetti dell'evento sull'organizzazione psichica, sulla visione del progetto di vita nella mutata condizione).

La persona in stato di bisogno necessita di elementi rassicuranti sulla disponibilità dell'ambiente cui si rivolge per avere aiuto; la prima assicurazione è di *esistere come persona* per chi si occuperà delle sue necessità di cura e di assistenza, vale a dire di poter avere, negli operatori, una "base sicura" cui potersi affidare in un momento dell'esistenza in cui gli eventi suscitano sfiducia.

L'essere vivente nasce e si sviluppa grazie alla complessa interazione tra fattori interni all'organismo (patrimonio genetico e processi di maturazione delle funzioni) e fattori esterni all'organismo stesso (stimoli dell'ambiente naturale, condizioni sociali e culturali). Negli ultimi anni lo studio delle basi biologiche del comportamento è diventato cam-

po d'interesse di diverse discipline; alcune di queste si classificano come neuroscienze, in quanto concentrano l'attenzione sullo studio del sistema nervoso per comprenderne i collegamenti con i processi psichici e il comportamento.

La ricerca psicologica, intanto, continua a esplorare le diverse modalità di rapporto con il mondo che porta l'individuo a essere ciò che è. Abbiamo a disposizione tutta la storia dello sforzo dell'umanità di comprendere il mondo e di dare un senso al proprio essere nel mondo.

Ogni individuo per crescere e divenire autonomo necessita di soddisfazione ai propri bisogni, gli stessi per tutti, di ordine fisiologico e psicologico, con caratteristiche diverse nelle varie fasi della vita e nelle varie circostanze.

Le esperienze dei primi anni di vita qualificano la modalità personale di relazione con la vita stessa; come ogni essere vivente, il bambino può sopravvivere solo se il mondo gli assicura cibo e difesa dai pericoli; le ricerche di Freud, Spitz, Bowlby, Klein, Winnicott, Mahler, Piaget, Stern, Kohut (e sono solo alcuni) hanno evidenziato come il cibo e la tutela per il piccolo dell'uomo non possano essere intesi solo come apporto di calorie e spazio protetto rispetto agli agenti fisici e ai predatori: l'essere umano nasce e si sviluppa in un ambiente tipicamente umano in cui affettività, cura, progetto di vita, attenzione, soddisfacimento dei bisogni

sono sempre correlati, in modo tale da favorire l'"attaccamento" all'ambiente (Bowlby).

In questo ambiente facilitante, di accoglimento e di sostegno, di "holding" (Winnicott), l'essere umano può sviluppare e consolidare la propria "identità personale", vale a dire l'insieme delle caratteristiche di personalità che fanno sì che la persona sia quella che è, con un proprio pensare e un proprio agire che la differenziano da qualsiasi altra persona.

La costruzione dell'identità si attua nel tempo, attraverso un *continuum* di esperienze, di cambiamenti che richiedono l'elaborazione delle perdite (perdita rispetto ai legami affettivi ma anche perdita rispetto al desiderio, al progetto di realizzazione di Sé). Ci sono momenti evolutivi di forte cambiamento nel percorso di vita della persona: lo svezzamento, l'inizio della deambulazione autonoma, l'esplorazione della realtà extrafamiliare, le varie fasi dell'apprendimento, la pubertà, l'adolescenza, l'età adulta... momenti che, solitamente, si superano e permettono una conferma delle proprie risorse e delle proprie competenze, rinforzando il sentimento di unità esistente nella propria storia, capace di utilizzare, nel qui e ora dell'esperienza

attuale, ciò che si è appreso precedentemente.

Ma, nel corso dell'esistenza, possono verificarsi circostanze in cui la persona si trova di fronte a un drammatico e sconvolgente cambiamento della propria realtà o della realtà esterna, si trova cioè a misurarsi con una esperienza traumatica. La parola "trauma" (dal greco) significa "ferita, lacerazione". In medicina è utilizzata per indicare lesioni provocate da agenti meccanici la cui forza è tale da rompere la continuità dei tessuti cutanei o degli organi. Un evento traumatico, quindi, è un'esperienza che rompe l'"involucro corporeo", rendendo la persona bisognosa di cure appropriate per ripristinare, per quanto possibile, lo stato di salute. Nel 1920 S. Freud utilizzava il termine trauma per mettere in evidenza che anche la psiche può essere ferita; da allora si sono moltiplicate le ricerche riguardanti il trauma psichico, sia per individuarne le origini sia per superarne gli effetti.

Numerose ricerche (mi riferisco in particolare agli studi di J. Bowlby e degli autori che approfondiscono le problematiche connesse all'attaccamento) indicano che, anche in età adulta, le persone reagiscono a gravi esperienze di perdita (lutto) secondo uno schema globale di base, pur nella

DEFINIZIONI

• **équipe:** s. f., fr [der. del v. *équiper*, che anticamente significava "imbarcarsi", dal germ. *skip* "barca"]. Gruppo di persone che perseguono un fine comune o collaborano nello stesso settore di attività, anche intellettuale: *lavoro d'équipe*, condotto da un gruppo che comprende esperti di varie discipline o in diversi rami di una disciplina (Treccani).

• **riabilitazione:** s. f. [der. di riabilitare]. Il complesso delle misure mediche, fisioterapiche, psicologiche e di addestramento funzionale intese a migliorare o ripristinare l'efficienza psicofisica di soggetti portatori di minorazioni congenite o acquisite: a seconda dei casi, mira a realizzare l'autosufficienza nel soddisfacimento dei bisogni elementari, il miglioramento delle attitudini ai rapporti interpersonali, il recupero parziale o totale delle capacità lavorative e il collocamento in un adeguato posto di lavoro che consenta un'autonomia economica o, nei casi di seria menomazione psicofisica, rappresenti essenzialmente una misura ergoterapica. Rappresenta la terza fase dell'intervento medico, successiva e complementare a quelle di ordine preventivo e diagnostico-curativo, e riveste la massima importanza in alcuni settori, per cui si distinguono la r. cardiologica, la r. respiratoria, la r. ortopedica, la r. neurologica, la r. psichiatrica (Treccani).

• **disabilità:** serve come termine ombrello per menomazioni, limitazioni dell'attività o restrizioni della partecipazione (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health, Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, 2001).

• **funzionamento:** è un termine ombrello che comprende tutte le funzioni corporee, le attività e la partecipazione (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health, Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, 2001).

variabilità dell'intensità del dolore e della durata delle varie fasi, caratteristico di ogni individuo.

Le strutture riabilitative e ancora di più i centri di riabilitazione intensiva ad alta complessità (che accolgono persone con patologie a esito invalidante come Mielolesione, Grave Cerebrolesione Acquisita, Sclerosi Multipla,...) rappresentano una realtà piuttosto particolare dal punto di vista degli aspetti psicologici coinvolti. Un evento lesivo, così come l'insorgenza di una patologia degenerativa, causando un "blocco del movimento", rappresentano una frattura nel senso di continuità dell'esistenza di una persona e determinano la necessità di un processo di adattamento lungo e doloroso, soprattutto perché spesso gli esiti non consentono una completa *restitutum ad integrum*, un recupero totale delle abilità precedenti.

L'individuo utilizza, più o meno consapevolmente, un'organizzazione difensiva rispetto alla sofferenza psichica (meccanismi di difesa) che, solitamente, permette di affrontare e superare le diverse situazioni; si tratta di sentimenti, comportamenti, pensieri per lo più involontari, attivati come risposta automatica alla percezione di un pericolo, con la finalità di nascondere o alleviare agenti stressanti che originano ansietà e/o angoscia.

A volte, però, la mente è invasa da uno stimolo tanto forte e intenso da risultare insopportabile e ingestibile; è quindi importante ricevere aiuto per poter elaborare l'angoscia, la cui persistenza impedirebbe il processo di reintegrazione delle parti del Sé che possono attivare e utilizzare le risorse psichiche necessarie per elaborare il cambiamento.

"Lo 'spavento psichico' (cioè lo stato di chi si trova di fronte a un pericolo senza esservi preparato) può determinare una fissazione del soggetto all'evento traumatico, con successiva inibizione generalizzata dell'attività (psichica) del soggetto" (Galimberti, 1999). Gli effetti dell'esperienza traumatica si riscontrano anche nelle persone prossime, vale a dire familiari, amici, conoscenti, ecc.

Anche i professionisti che si occupano con responsabilità e impegno dell'aiuto alle persone, che ne

raccolgono per un tempo prolungato di degenza le ansie, i racconti dettagliati dell'esperienza traumatica e sono testimoni dei suoi effetti nella persona e nel suo contesto affettivo, sono esposti a vulnerabilità del funzionamento psicologico con il rischio di sviluppare una condizione di *trauma vicario* con effetti negativi sulla vita personale e professionale (Blair et al., 1996; McCann et al., 1990).

Nella complessa realtà delle patologie multifattoriali che comportano la compromissione su più piani esistenziali del soggetto (organico, comportamentale, emotivo, relazionale) l'équipe multidisciplinare può rispondere in modi appropriati e efficaci.

Nelle strutture riabilitative e/o nei centri di riabilitazione intensiva ad alta complessità l'équipe è normalmente composta da: Anestesista, Fisiatra, Neurologo, Fisioterapista, Infermiere Professionale, OSS, Tecnico Ausili, Logopedista, Assistente Sociale, Educatore, Psicologo (Psicoterapeuta).

La presenza del professionista Psicologo può contribuire all'attiva costruzione di quel particolare setting corrispondente al bisogno del paziente: l'ambiente facilitante (*facilitating environment*) di Winnicott, costituito da tempi, luoghi, metodiche e dalla disposizione interna dei curanti ad accogliere con rispetto, discrezione e comprensione tutta la realtà del paziente, secondo l'*ottica biosociosociale* di cui anche l'OMS, nell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) si fa promotore, introducendo accanto a "Funzioni corporee e Strutture corporee", le aree di "Attività e Partecipazione" e "Fattori Ambientali".

Lo Psicologo ha strumenti per riconoscere la presenza dei pensieri invasivi, messaggi dal mondo interno che interferiscono con l'attivazione di atteggiamenti più funzionali; può accompagnare l'équipe a esplorare diverse ipotesi, a vedere le diverse parti che si mettono in gioco nelle relazioni. Esempio: "Forse la mamma di questo paziente, sostituendolo anche nelle attività che può svolgere personalmente, come indicato dai curanti per dare continuità alla riabilitazione, riesce al mo-

mento a tollerare l'angoscia della paralisi del figlio rappresentandoselo 'piccolo e bisognoso delle cure primarie' e forse anche per lui è tollerabile farsi manipolare, pulire, sondare negli orifizi solo con la regressione alla fase primaria dell'esperienza delle proprie competenze di autonomia..."

Gli apporti teorici, ad esempio la discriminazione tra comportamenti psicopatologici e modalità adattive all'esperienza traumatica, possono facilitare negli operatori la presa di distanza dalla propria risposta emotiva - non colpevolizzata ma collegata, nello scambio in équipe, alla realtà del paziente - e ripristinare il principio di realtà della relazione di aiuto, consentendo il superamento di comportamenti caratterizzati da dispendio di energie a favore di comportamenti connotati dall'impegno

rispetto al contratto con il paziente e la sua famiglia relativo all'avvio e al proseguimento del percorso di cura e al mantenimento del setting, degli strumenti cognitivi e della relazione.

Gli strumenti professionali dello Psicologo contribuiscono a:

- monitorare la condizione psicologica della persona in relazione al progetto del percorso di cura, dal ricovero fino alla dimissione (risposta allo stress generato dall'evento traumatico e strategie di coping) con l'obiettivo di facilitare lo sviluppo e il rinforzo delle risorse che favoriscono il processo di adattamento alla nuova condizione, limitando il rischio di processi psicopatologici;
- facilitare la comunicazione e l'integrazione nel gruppo di lavoro, attraverso elementi di

ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health

L'ICF è una delle classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute "uno stato di completo benessere fisico, mentale e/o sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità... un bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale ed è aspetto fondamentale della qualità della vita" e definisce come paradigma di riferimento per il raggiungimento di questo obiettivo il Modello BioPsicoSociale inteso come processo di integrazione di tutti i fattori determinanti, e tra loro interdipendenti, della salute: biologici, sociali e psicologici (G. L. Engel).

L'ICF segna il passaggio dalla riabilitazione centrata sul difetto alla riabilitazione centrata sul possibile sviluppo delle potenzialità, basando l'approccio sull'integrazione dei due modelli concettuali proposti in passato, il "modello medico" e il "modello sociale".

La Classificazione ICF organizza le informazioni relative al funzionamento umano in due parti:

- Parte 1: riguarda Funzionamento e Disabilità le cui componenti sono Funzioni e Strutture Corporee, Attività e Partecipazione.
- Parte 2: riguarda i Fattori Contestuali, le cui componenti sono Fattori Ambientali e Fattori Personali.

Alcuni codici sono di specifico interesse dell'intervento del professionista Psicologo:

Attività e Partecipazione:

attività: esecuzione di un compito/azione da parte di un individuo

partecipazione: coinvolgimento in una situazione di vita

limitazioni dell'attività: difficoltà che un individuo può incontrare nello svolgere l'attività

- codice d240 - gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico
- codice d760 - relazioni familiari
- codice d770 - relazioni intime

Fattori Ambientali:

Riguardano gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

- codice e310 - famiglia ristretta
- codice e315 - famiglia allargata
- codice e320 - amici
- codice e410 - atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta
- codice e415 - atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia allargata
- codice e420 - atteggiamenti individuali degli amici

cognizione rispetto alla realtà psicologica del paziente, all'analisi di situazioni di difficoltà relazionale e all'individuazione di modalità operative adeguate.

Lo Psicologo come membro dell'équipe partecipa alle riunioni sia tra operatori che con paziente e familiari, in supporto ai sanitari in merito alla comunicazione prognostica con l'obiettivo di facilitare la comunicazione e contenere gli aspetti di ansia, le espressioni di disperazione e talvolta quelle aggressive che possono emergere in queste particolari situazioni. Per quanto riguarda l'attività diretta sul paziente, il colloquio clinico è finalizzato alla comprensione della percezione del paziente della propria condizione e delle modalità di coping utilizzate. L'intervento di aiuto psicologico, nella maggior parte delle situazioni, è di tipo supportivo, con l'obiettivo di favorire l'adesione al percorso riabilitativo e la ri-strutturazione dell'immagine di Sé; talvolta si possono effettuare dei percorsi di Psicoterapia (quando il professionista sia abilitato). Con i familiari, si possono raccogliere informazioni di tipo anamnestico soprattutto per le situazioni in cui i pazienti non sono in grado di comunicare, come in caso di Grave Cerebrolesione Acquisita, ed effettuare interventi di sostegno psicologico per sostenere le capacità di fronteggiamento del nucleo familiare. Con gli operatori il supporto ha l'obiettivo di prevenire/individuare elementi di rischio di stress lavoro correlato/burnout.

L'intervento dello Psicologo a favore del paziente

"Per essere creativa, una persona deve esistere e avere il sentimento di esistere, non tanto come certezza consapevole, quanto come un dato di base da cui partire. La creatività dunque è l'azione che deriva

dall'essere, segno che colui che è, è vivo. L'impulso può essere silente, ma quando parliamo di 'fare', allora siamo già in presenza della creatività... La creatività, quindi, consiste nel mantenere, nel corso della vita, qualcosa che appartiene all'esperienza infantile: la capacità di creare il mondo... Vivendo in modo creativo ci rendiamo conto del fatto che ogni cosa che facciamo aumenta il sentimento di essere vivi, di essere noi stessi" (Winnicott, 1990).

Già in Area Critica¹, caratterizzata da notevole complessità essendo destinata a pazienti colpiti da eventi lesivi le cui conseguenze hanno compromesso gravemente le funzioni vitali, può essere opportuno l'intervento del professionista Psicologo. L'arrivo nell'Area Critica, in genere, è piuttosto vicino temporalmente all'evento traumatico. La persona ricoverata presenta comportamenti caratteristici di uno stato emotivo molto turbato legato alla difficoltà del confronto sia con la realtà della perdita dell'integrità fisica sia con la realtà emotiva conseguente al trauma: paura intensa, impotenza, senso di smarrimento, di incertezza rispetto al futuro e qualche volta rispetto alla possibilità di vita stessa. La finalità dell'intervento dello Psicologo è rivolta principalmente:

- all'accoglienza del disagio psicologico derivante dalla vicinanza temporale rispetto all'evento lesivo e dalla percezione delle mutate condizioni del proprio corpo;
- al sostegno della possibilità di tollerare i sentimenti dolorosi relativi alla separazione dalle figure affettive di riferimento;
- al sostegno della capacità di tollerare il dolore psicologico derivante dall'attuale condizione e di affidarsi alla proposta terapeutica (compliance);
- all'individuazione precoce di fattori di rischio psicopatologico come pregressa psicopatolo-

gia e assenza di rete affettiva/sociale e di fattori di protezione come risorse individuali e familiari, disponibilità a ricevere cure e assistenza.

Superata la fase di criticità *quoad vitam*, inizia il percorso di riabilitazione intensiva che a volte prosegue per molti mesi; percorso che richiede la partecipazione attiva della persona e può essere caratterizzato da fluttuazioni della condizione clinica con conseguente deflessione del tono dell'umore e della *compliance*.

In questa fase si evidenzia nella persona un'iniziale elaborazione psicologica dell'impatto della disabilità sulla realtà di vita nella dimensione bio-psico-sociale. Può essere presente una "resistenza" rispetto alla consapevolezza delle conseguenze permanenti dell'evento lesivo. Questa condizione psicologica per un certo tempo può risultare funzionale all'impegno nella riabilitazione sostenendo la motivazione al ripristino della funzionalità. L'intervento dello Psicologo nella pratica operativa è rivolto:

- a comprendere la persona nella sua unicità, individuandone le strategie di coping, e sostenerla nel percorso di cura;
- a individuare precocemente i fattori di rischio psicopatologico (come ad esempio pregressa psicopatologia, pregressa esperienza di perdite/lutti - *trauma cumulativo*, assenza di rete affettiva/sociale) e di fattori di protezione (come ad esempio risorse individuali e familiari, disponibilità a ricevere cure e assistenza, compreso il sostegno psicologico);
- a osservare e individuare quei fattori il cui sviluppo e potenziamento possono agevolare il processo di adattamento alla mutata condizione di vita;
- a favorire l'avvio della consapevolezza della mutata condizione di vita, modulando, se necessario, le speranze in chiave realistica;
- a gestire e rielaborare i vissuti di incertezza;
- a fornire, quando possibile, un supporto all'autogestione del dolore da parte del paziente tramite tecniche immaginative e distrattive

come, ad esempio, la meditazione, il training autogeno, l'impegno in attività piacevoli come la musica, le attività espressive, ecc.

Quando l'evento lesivo esita in una disabilità con importante limitazione dell'autonomia, un momento particolarmente delicato nel percorso riabilitativo è rappresentato dall'addestramento alle autonomie possibili in vista della dimissione.

La persona può vivere la richiesta di esercitarsi nelle autonomie come un abbandono da parte dei curanti. Il rientro al domicilio spesso è fonte di forte preoccupazione per il cambiamento delle proprie condizioni di vita e, a volte, anche del contesto relazionale.

L'intervento dello Psicologo in questa fase è rivolto a:

- favorire la percezione di continuità del percorso di cura;
- sostenere la persona nell'attivazione delle risorse personali per l'acquisizione dell'autonomia possibile promuovendo anche la capacità di chiedere aiuto quando necessario;
- favorire l'esame di realtà rispetto alle limitazioni relative all'autonomia;
- favorire congrua progettualità.

L'intervento del professionista Psicologo a favore dei familiari e delle persone affettivamente significative

"Il ciclo di vita impone la centralità dell'interrelazione tra i piani generazionali, delle transazioni e degli scambi relazionali e simbolici che avvengono in famiglia: il concetto stesso di ciclo comporta un confronto con la temporalità dell'esistenza e con il susseguirsi di fasi che evolvono e che incontrano, inevitabilmente, nascite e morti, costanti sfide agli assetti consolidati, passaggi di ruoli e funzioni, trasmissioni e trasferimenti di valore" (Adinolfi, D'Elia, 2007).

La funzione della famiglia è quella di accompagnare ogni persona fin dall'inizio della vita fornendo, oltre al soddisfacimento dei bisogni primari, protezione, sicurezza, fiducia nella propria persona e nella relazione con l'ambiente.

¹ L'Area Critica è il reparto cui afferiscono persone le cui condizioni sono tanto critiche da mettere a rischio la vita stessa, indipendentemente dalle cause all'origine del ricovero. Può avere diverse denominazioni (rianimazione, terapia intensiva, terapia sub intensiva,...). Nell'Ospedale ad alta specialità riabilitativa Montecatone Rehabilitation Institute (Imola, Bo), nell'Area Critica vengono ricoverati pazienti con Lesione Midollare o Grave Cerebrolesione Acquisita provenienti da altri Ospedali e che, pur essendo stati colpiti da eventi lesivi le cui conseguenze hanno compromesso gravemente le funzioni vitali, possono intraprendere un percorso di riabilitazione. L'équipe riabilitativa dedicata si occupa da subito di riabilitazione delle funzioni respiratorie, di mobilitazione adeguata per prevenire/curare lesioni da decubito, ecc.

Per questa funzione di accompagnamento la famiglia e le persone affettivamente significative sono una risorsa importante nella situazione di sofferenza che si trova a vivere una persona che necessita, per un evento lesivo, di un percorso di cura e di riabilitazione. Rappresentano supporto al lavoro dell'équipe multidisciplinare sia perché sono fonte d'informazione diretta e continua sulla persona, sul suo stato fisico ed emotivo, sia perché costituiscono i legami affettivi che danno alla persona il senso di continuità della propria esistenza.

Sostenere il proprio caro, stare con i suoi sentimenti, accoglierli ed elaborarli può essere un impegno a volte faticoso, aggravato dal fatto che l'esperienza traumatica coinvolge tutta la rete di relazione, e può generare un vissuto di impotenza e di perdita di controllo, una difficoltà nel fornire l'aiuto in seguito al rispecchiamento nello stato d'animo dei propri cari, il sentirsi responsabile rispetto alla comunicazione della prognosi (come e quando affrontare l'argomento). Lungo il percorso di cura, i familiari vivono alcuni momenti come particolarmente critici, ad esempio la dimissione e il rientro a casa. Quando la persona presenta compromissione delle capacità cognitive, come nel caso della Grave Cerebrolesione Acquisita, i familiari provano un senso di smarrimento per la difficoltà a "riconoscere" il proprio congiunto nei comportamenti, nella manifestazione delle emozioni e nelle modalità relazionali. Quando si palesa la necessità di assumere la funzione di "lo ausiliario" per la cura e l'assistenza e/o per assumere decisioni come Amministratore di Sostegno, possono insorgere sentimenti di rabbia per essere stati "abbandonati" dal partner, dal genitore, dal fratello che lascia i congiunti in una situazione di solitudine, di necessità di occuparsi personalmente di incombenze di cui si occupava il proprio caro; è comune un senso di inadeguatezza per il dubbio di "fare la cosa giusta", di impotenza rispetto ad eventuali conflitti intra ed extra familiari.

Oltre all'intervento per il singolo o per il gruppo familiare, lo Psicologo può partecipare a incontri di gruppo per i famigliari. La situazione di gruppo

offre uno spazio dove il confronto e lo scambio tra pari consentono di comprendere alcuni aspetti dinamici legati ai diversi compiti di assistenza e a elaborare il vissuto emotivo, oltre a individuare le modalità espressive più adatte alla relazione con il proprio caro: postura, mimica, gestualità, verbalizzazione e contatto (*parent training*). La funzione dello Psicologo è finalizzata al supporto psicologico e a fornire chiavi di lettura di problematiche emotive e relazionali nel qui e ora dell'incontro.

L'intervento dello Psicologo a favore degli operatori

"Come logora curare" (Trombini, 1994).

"Curare, con l'educare e il governare, è una delle tre professioni impossibili" (Freud, 1937).

Curare, educare, governare sono tre situazioni relazionali asimmetriche per quanto riguarda risorse, energie, competenze. Nella relazione asimmetrica l'elemento responsabilità del curante, dell'educatore, del governante può assumere la connotazione di potere con la messa in atto di comportamenti motivati da consapevoli obiettivi o da movimenti emotivi profondi. A volte gli operatori, anche i più motivati alla relazione d'aiuto, non sanno come uscire da situazioni critiche da loro stessi inconsapevolmente attivate per motivazioni inconsce: suggestioni, convincimenti personali, impulsi.

Nella relazione con chi soffre si realizzano profondi coinvolgimenti emotivi che, solitamente, attivano il sentimento di empatia nel senso di mettere a disposizione del sofferente tutte le competenze affettive e cognitive adatte a portare sollievo nella piena consapevolezza del proprio ruolo e delle proprie funzioni.

Il coinvolgimento emotivo, d'altra parte, può attivare a volte difese psichiche disfunzionali rispetto all'obiettivo conscio di portare aiuto al sofferente, per l'emergere inaspettato della propria sofferenza. Il curante può allora concretizzare veri e propri *acting*, motivati dall'ansia di ottenere a ogni costo il successo (accanimento terapeutico) oppure dalla

disperazione dell'impotenza (disimpegno, rifiuto...). La posizione di curante può, seppur inconsapevolmente, generare confusione tra responsabilità di mantenere con continuità l'attenzione sugli obiettivi concordati con il paziente e potere.

Nell'agire nei confronti della temporanea dipendenza del paziente e dei suoi familiari possono prendere il sopravvento vantaggi personali di tipo pulsionale e/o narcisistico. Diventa quindi necessario instaurare sistemi di garanzia per il professionista stesso oltre che per i destinatari delle cure.

Uno dei sistemi di garanzia fondamentale per la presa in carico del paziente è l'équipe, il gruppo di lavoro. Può essere utile anche un momento personalizzato come la consultazione con lo Psicologo. L'intervento di consulenza diretta all'operatore è finalizzato:

- all'individuazione di elementi interni/esterni che producono il disagio e delle strategie più congrue per il fronteggiamento;
- alla condivisione di elementi utili alla comprensione delle modalità relazionali in ambito lavorativo e all'individuazione di strategie di coping funzionali;
- all'identificazione di eventuali problematiche ricorrenti, che possano meritare la progettazione di azioni aziendali di carattere preventivo o di contenimento rispetto al rischio di burnout o stress da lavoro correlato.

Un'esperienza

Nell'Unità Operativa Gravi Cerebrolesioni Acquisite si evidenziava un'importante criticità rappresentata da disagio negli operatori per il carico di lavoro e, in particolare, per la difficoltà a integrare le attività, a gestire il flusso di informazioni ai famigliari e tra gli operatori stessi, a fronteggiare le richieste a volte contraddittorie dei famigliari che sembravano mal recepire le indicazioni terapeutiche e assistenziali. La presenza dei famigliari veniva percepita come persecutoria per la permanenza negli spazi comuni (refettorio di reparto, corridoio) e per la difficoltà a lasciare le stanze di degenza durante le visite dei Medici e le attività assisten-

ziali. Sembrava, inoltre, che le spiegazioni sulla realtà della patologia e sul senso della proposta riabilitativa non lasciassero traccia, con ripetute recriminazioni sul trattamento differente rispetto ad altri pazienti, come se non fosse percepita la diversa fase clinica.

Dopo alcuni incontri con gli operatori si è giunti alla proposta di formare un gruppo di lavoro composto da un rappresentante di ogni professionalità, compreso lo Psicologo, per elaborare alcuni poster da affiggere alle pareti del corridoio riguardanti le diverse tematiche della realtà delle persone ricoverate con accurati collegamenti con le diverse fasi cliniche.

Il lavoro ha richiesto diversi mesi, un consistente impegno di tempo ma anche di rinuncia ai dettagli tecnici e linguistici del proprio ambito a favore di una rappresentazione d'insieme della persona soggetto delle cure. Gli incontri di gruppo risultavano momenti di scambio a diversi livelli, dall'espressione del proprio vissuto nelle relazioni sul lavoro e l'interesse per la comprensione delle relative dinamiche, alla ricerca dei colori e delle immagini da utilizzare nei poster nell'intento di suscitare suggestioni positive nei fruitori.

Per affrontare questo consistente impegno ho tro-



vato con piacere conforto nell'interessante scritto di Stefano Bolognini e Giancarlo Trombini "Due Psicoanalisti riflettono su come logora curare" (Trombini, 1994): *"...La presenza di un fornello elettrico (frutto in genere di collette tra il personale, o di poco pubblicizzati accordi con oscuri settori dell'economato) è uno dei segni caratteristici della presenza libidica in ambienti sanitari: il profumato gorgogliare della macchinetta del caffè all'inizio della giornata di lavoro accomuna i membri dell'équipe e segnala l'esistenza di un'atmosfera di preconsa familiarità al di sotto degli asettici camici bianchi..."*

Nella mia esperienza vissuta in un ospedale ad Alta Specialità Riabilitativa mi sono trovata io stessa, solitamente a tarda sera o di primo mattino, in situazioni simili: "Gradisce un caffè? Già che ci siamo, quel paziente ci fa andare nei matti... sembra un bambino... sembra mio figlio quando fa i capricci..."

Poi l'approccio diventa: "Proprio te, doc, ti cercavo... prenditi un caffè e già che ci siamo ti chiediamo come fare con quel paziente, con quella famiglia...". Così la pausa caffè diventa l'occasione per parlare insieme di ciò che fanno, per metabolizzare ed elaborare aspetti dell'esperienza, per cercare una strategia condivisibile con il gruppo di lavoro per le quotidiane criticità.

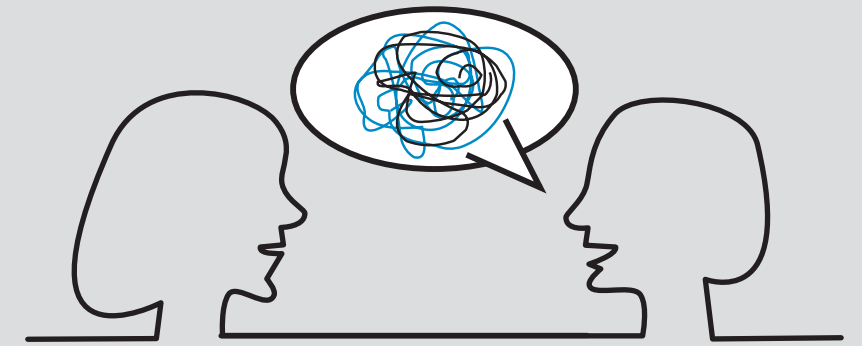
"Lavorare in gruppo offre dei vantaggi poiché amplia lo spettro delle competenze impegnate nell'affrontare le situazioni e i problemi, e consente il superamento di eventuali carenze e pregiudizi del singolo che potrebbero rendere meno affidabile l'analisi della realtà e le decisioni. Il gruppo influenza il singolo individuo motivandolo e favorendo così la crescita attraverso il confronto e l'apprendimento reciproco..." (Ministero della Salute, 2012).

Desidero ringraziare tutti gli Operatori che hanno contribuito alla mia crescita personale e professionale condividendo l'impegno e la riflessione, in particolare le Colleghe dott.ssa Norma Mazzoli e dott.ssa Flora Morara.



Bibliografia

- Adinolfi M., D'Elia A. (a cura di), *Le perdite e le risorse della famiglia*, Raffaello Cortina Editore, 2007.
- AA.VV., *Per una psicoanalisi nelle istituzioni. Pensare in gruppo*, Armando Editore, 2016.
- Blair D.T., Ramones V.A., *Understanding vicarious traumatization*, Journal of Psychosocial Nursing and Mental, 1996.
- Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, 1988.
- Bowlby J., *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, 1982.
- CNOP, *Ruolo della Psicologia nei livelli essenziali di assistenza*, Quaderni CNOP, 2018.
- Correale A., *Area traumatica e campo istituzionale*, Borla, 2006.
- Correale A., *Il campo istituzionale*, Borla, 1991.
- Freud S., *Analisi terminabile e interminabile*, Bollati Boringhieri, Torino, 1937.
- Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*, UTET, 1999.
- McCann I.L., Pearlman L.A., *Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol. 3, 1990, pp. 131-149.
- Ministero della Salute, *Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori*, gennaio 2012.
- OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità, *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Erikson, 2002.
- Rossi N., *Psicologia clinica per le professioni sanitarie*, Il Mulino, 2004.
- Trombini G. (a cura di), *Come logora curare. Medici e psicologi sotto stress*, Zanichelli, 1994.
- Winnicott D.W., *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, Armando, Roma, 1974.
- Winnicott D.W., *Dal luogo delle origini*, Raffaello Cortina Editore, 1990.



La riabilitazione psicologica nel disturbo mentale adulto

a cura di ELIANA TOSSANI, Professore Associato di Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Introduzione

Il piano d'azione 2013-2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2013) per garantire una risposta globale alla salute mentale, dedica particolare attenzione al concetto di promozione del *recovery* (la traduzione dall'inglese del termine è recupero, ripresa, guarigione) e sottolinea l'importanza di prevedere rilevanti azioni per favorire la partecipazione e il reinserimento al lavoro delle persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali, per promuovere i gruppi di auto-aiuto, di supporto sociale e di reti che facilitino l'integrazione sociale. Inoltre, viene incoraggiato l'utilizzo di pratiche tradizionali, basate su evidenze scientifiche, per la promozione e la prevenzione della salute mentale (WHO, 2013).

Attualmente la riabilitazione psicologica nel disturbo mentale affronta una sfida: individuare una sinergia e un'integrazione tra le pratiche basate sull'evidenza (*Evidence Based Practice*; EBP) e i principi del *recovery*. Per l'attuazione degli interventi riabilitativi è importante considerare i modelli e le tecniche riabilitative individuate dalla pratica basata sull'evidenza, che regola attualmente l'erogazione di prestazioni sanitarie, permettendo una valutazione dell'appropriatezza. Le indicazioni operative orientate al *recovery* considerano il punto di vista soggettivo della persona in riabilitazione e si fondano su una ricerca di tipo qualitativo, utile a esplorare contesti e processi di gestione delle pro-

blematiche di salute complessa (Webb, 2011).

Nel presente contributo ci si focalizzerà su tre aspetti della riabilitazione psicologica nel disturbo mentale adulto: la concettualizzazione del disturbo mentale e di *recovery* nell'ottica della riabilitazione psicologica; il ruolo dello Psicologo nel processo di riabilitazione; indicazioni operative e prospettive per la riabilitazione psicologica.

La concettualizzazione del disturbo mentale e del *recovery* nell'ottica della riabilitazione psicologica

Il *recovery* dell'individuo con una malattia mentale è descritto come un processo personale di cambiamento dei propri sentimenti, atteggiamenti, valori, capacità e/o ruoli, obiettivi, che permetta di recuperare una vita soddisfacente, dotata di significato e scopo, anche in presenza di limitazioni causate dal disturbo mentale.

"Essere in *recovery*" non implica una cura in atto, la remissione della malattia mentale, il ritorno a uno stato di salute preesistente (Giusti et al., 2014).

Il termine *recovery* enfatizza il percorso compiuto da ciascuno individuo nel ri-costruirsi una vita al di là della malattia, una presa di coscienza di sé e dei propri problemi e di un nuovo senso della propria esistenza (Mezzina, 2015).

Il processo di *recovery*, che è comunemente descritto come soggettivo e unico, avviene nel contesto di vita quotidiano della persona (Borg e Davidson,



2008) e coinvolge fattori individuali, sociali (Slade et al., 2012) e le risorse materiali (Borg et al., 2005). Nell'ambito della salute mentale sono state proposte varie definizioni di *recovery* distinguendo quello clinico da quello personale. Il *recovery* clinico comprende la remissione completa dei sintomi, il vivere una vita autonoma e indipendente, la partecipazione a tempo pieno o parziale in attività lavorative o scolastiche, l'avere amici con cui svolgere attività, per un periodo di almeno due anni (Libermann e Kopelowicz, 2002). Il *recovery* personale è considerato come un processo o un *continuum*, soggettivamente definito e valutato dalla persona, ritenuta come l'esperto del suo *recovery* e ha un significato distinto da soggetto a soggetto, anche se ci sono aspetti condivisi (Slade e Longden, 2015).

Nell'ambito della riabilitazione dei disturbi mentali è possibile descrivere la fenomenologia del percorso di *recovery* considerandola non come un esito, ma un processo, come lo è la vita stessa. Secondo Mezzina (2015), per comprendere a pieno il significato di *recovery* è necessario considerare che ha una direzionalità ma non una linearità: ci sono molte strade che conducono a un diverso rapporto con la "malattia". La difficoltà per le persone con disturbo mentale, ma anche per le diverse figure professionali coinvolte nel processo di cura e riabilitativo, è saper riconoscere e valorizzare i passaggi, i salti qualitativi di tale percorso.

Anche quando la persona sembra ferma, si arresta o arretra, può voler dire che sta raccogliendo le sue risorse e accumulando minimi miglioramenti anche non visibili, che possono iniziare e facilitare il suo percorso riabilitativo (Mezzina, 2015).

Si può inoltre considerare la natura sociale del *recovery* come un percorso interattivo che necessita di un contesto sociale "dotato di significati", piuttosto che la costruzione di legami e relazioni sociali all'interno di una rete. Il processo di socializzazione nell'ambiente di vita delle persone, implica un'inclusione sociale atta a conseguire un reale status di cittadinanza, intesa come esercizio effettivo dei propri diritti, preconditione per il recupero (Mezzina et al., 2006).

Gli interventi psicologici basati sull'evidenza occupano un ruolo chiave nell'ambito della salute mentale e nei percorsi riabilitativi.

L'eterogeneità della sintomatologia nei disturbi mentali è molto comune (Cramer et al., 2010), spesso le persone hanno più di un disturbo mentale, hanno sintomi subsindromici di diversi disturbi che possono cambiare nel tempo.

La complessità dei disturbi mentali è una sfida sia per la ricerca che per la pratica clinica, risultando complessa l'attuazione di interventi riabilitativi e terapeutici che necessitano di un approccio personalizzato e allo stesso tempo che tengano conto di aspetti transdiagnostici, per meglio identificare le specifiche problematiche che sottendono il quadro clinico (Holmes et al., 2018).

Gli studi presenti in letteratura sulla comorbidità hanno spesso limitato le indagini su specifici disturbi mentali e pochi di questi hanno fornito rischi assoluti di comorbidità nel tempo. Da uno studio pubblicato nel 2019 sulla popolazione danese (Plana-Ripoll et al., 2019), la più ampia indagine sulla comorbidità nei disturbi mentali, emerge che vi è un aumento del rischio di svilupparne un'altra. Inoltre, i dati raccolti evidenziano che il rischio di comorbidità è pervasivo nei disturbi associati considerati e che tale rischio è maggiore nel primo anno dopo la diagnosi del primo disturbo. Infine, gli autori sot-

tolineano che la comorbidità ha un carattere bidirezionale, infatti per quasi tutti i disturbi associati presi in esame, il rischio relativo risulta maggiore indipendentemente dal loro ordine temporale di esordio: questa bidirezionalità fornisce nuove prove per un modello di rischio condiviso dei disturbi mentali (Plana-Ripoll et al., 2019).

Secondo il *network approach* i disturbi mentali sono concepiti come sistemi di sintomi che si rinforzano vicendevolmente, sono in grado di influenzarsi e di funzionare come una "rete". Il modello di network di sintomi ipotizza che le comorbidità derivino da associazioni dirette tra i sintomi di più disturbi di diverse categorie diagnostiche: una comorbidità potrebbe essere il risultato di sintomi condivisi tra diversi disturbi mentali, i cosiddetti sintomi ponte (*bridge symptoms*). Ad esempio, i disturbi del sonno sono un sintomo della depressione e possono portare ad esperienze spossatezza, problemi di concentrazione, irritabilità o agitazione (sintomi ponte), che corrispondono alla sintomatologia caratteristica del disturbo d'ansia generalizzato (Borsboom e Cramer, 2013). In un modello network sono i sintomi stessi la causa delle differenze e dei cambiamenti nel modo in cui una persona si sente, pensa e agisce, e il disturbo può essere considerato un network causale di sintomi osservabili (Nuijten et al., 2016). Valutare la struttura del network dei sintomi esperiti può facilitare la messa in atto di strategie di trattamento e di riabilitazione personalizzate, maggiormente sensibili alle differenze individuali e alle vulnerabilità soggettive.

Considerando la comorbidità nei pazienti con disturbo mentale i problemi di salute fisica sono prevalenti, rispetto alla popolazione generale. Sembra che fattori di rischio legati allo stile di vita e alle terapie con farmaci psicotropi siano i maggiori responsabili dell'insorgenza di malattie somatiche. Inoltre, esistono evidenze scientifiche secondo le quali le persone con grave disturbo mentale hanno meno probabilità di ricevere livelli standard di cura per le malattie somatiche. I fattori di rischio legati allo stile di vita, relativamente semplici da valutare, sono poco esaminati durante le valutazioni

diagnostiche e i principali parametri clinici e bio-medici utili per la prevenzione non vengono sufficientemente rilevati. A tutt'oggi, dai dati presenti in letteratura, risulta che in presenza di un grave disturbo mentale vada posta attenzione a migliorare l'accesso e la qualità dell'assistenza sanitaria, con un'attenta valutazione dei fattori di rischio modificabili e degli effetti collaterali dei farmaci psicotropi (De Hert et al., 2011).

È importante considerare anche i problemi di comorbidità mentale nei pazienti con una malattia somatica. La prevalenza del disagio emotivo risulta elevata nelle persone con una malattia somatica cronica. Ad esempio, la depressione è due volte più comune nelle persone con diabete rispetto alla popolazione generale e tale comorbidità risulta un rilevante problema di salute pubblica. Sebbene le dimensioni dell'effetto dei trattamenti psicologici nella malattia cronica, in termini di esiti psicologici, siano simili a quelle riportate in persone senza una malattia cronica, tali trattamenti sembrano però avere uno scarso effetto sull'aderenza ai farmaci, sui comportamenti non salutari e sugli outcome clinici.

A tutt'oggi non vi è una spiegazione univoca di tali risultati che potrebbero almeno in parte essere attribuibili a scarse strategie di autoregolazione (Detweiler-Bedell et al., 2008; Snoek, 2018).

Nelle malattie somatiche è possibile favorire un intervento terapeutico per la comorbidità mentale sviluppando un approccio integrato che enfatizzi comportamenti sinergici di autoregolazione (ad esempio implementando l'attività fisica, abitudini alimentari sane e il funzionamento sociale).

Con l'aumento della multimorbidità e la diminuzione delle risorse economiche nei contesti di cura, è sempre più necessario prevedere modelli integrati e interdisciplinari di gestione della cronicità che integrino i trattamenti psicologici e medici in modo personalizzato alle esigenze di ogni singolo individuo.

Il ruolo dello Psicologo nel processo di riabilitazione

Anthony (1977), più di quarant'anni fa sottolineava l'importanza della riabilitazione psicologica

all'interno dei sistemi di cura per la salute mentale, vedendola come una integrazione necessaria al trattamento psichiatrico e non come una debole "sorellastra" da provare quando il trattamento non ha avuto esito positivo o è concluso.

Il processo di riabilitazione comporta l'utilizzo di interventi dinamici progettati per massimizzare il potenziale psicologico, sociale e professionale delle persone (Hart, 1978).

Per meglio definire e comprendere la pratica della riabilitazione psicologica può essere utile considerare l'esperienza della sofferenza umana e del dolore mentale in tali setting.

Il dolore mentale si manifesta con una vasta gamma di esperienze soggettive, caratterizzate da una percezione di cambiamenti negativi del sé e della sua funzione, accompagnati da intensi vissuti, come un "tormento interiore" (Orbach et al., 2003; Tossani, 2013).

La sofferenza può essere intesa come costitutiva della condizione umana, che può non fare esperienza di malattia; ogni esperienza di sofferenza tende a isolare l'individuo dal mondo delle persone e da quello delle cose, incrinando l'intersoggettività, struttura portante della condizione umana (Borgna, 2001).

Nell'ambito della riabilitazione psicologica risulta fondamentale considerare, nella creazione di una relazione di aiuto, le risonanze emozionali tra chi cura e chi è curato, al fine di realizzare strategie terapeutiche e riabilitative atte a modificare e risanare esperienze nevrotiche e psicotiche (Borgna, 2001). Barbato (2006), in un suo articolo pubblicato nella rivista dell'Associazione Mondiale di Psichiatria, delinea quattro aspetti fondamentali della riabilitazione psicosociale nei disturbi mentali gravi.

In primo luogo sottolinea l'importanza di considerare la riabilitazione psicosociale non come una tecnica, ma come una strategia che opera nell'interfaccia tra l'individuo, la sua rete interpersonale e il più ampio contesto sociale in cui vive. In secondo luogo, il punto di vista della riabilitazione psicosociale deve essere umanistico e non umanitario.

Inoltre, l'obiettivo principale della riabilitazione psicosociale è la disabilità funzionale, non la cronicità. La necessità di prevedere interventi di riabilitazione precoci e tempestivi è supportata dai dati presenti in letteratura da cui si evince che le problematiche inerenti il funzionamento sociale si presentano già all'esordio di molti disturbi mentali. Infine, il principale obiettivo della riabilitazione psicosociale è mettere in atto azioni ed interventi volti a marginare i fattori di rischio e di vulnerabilità psicosociale correlati ai disturbi mentali, che portano allo sviluppo e al mantenimento dell'invalidità sociale.

Un numero sempre maggiore di studi evidenziano l'impatto dei fattori di rischio sociali e ambientali nei principali disturbi mentali, come la migrazione, la vita urbana, la discriminazione razziale e i traumi infantili (Barbato, 2006).

Per mettere in atto un efficace intervento riabilitativo è importante che i professionisti della salute mentale tengano conto della diagnosi e, al tempo stesso, della necessità di identificare le abilità dell'individuo da potenziare.

La percentuale di Psicologi che lavorano nei servizi di salute mentale è sostanzialmente inferiore rispetto ai decenni precedenti. Prendendo in esame i dati analizzati nell'ultima edizione del *Mental Health Atlas* (WHO, 2017), l'Italia ha meno risorse umane per l'assistenza nell'ambito della salute mentale rispetto agli altri paesi del G7.

Il movimento del *recovery* e della riabilitazione psicosociale, con la trasformazione dei servizi di salute mentale, hanno permesso di intravedere nuovi ruoli e opportunità per gli Psicologi.

Per sostenere il potenziamento e la trasformazione dei servizi di salute mentale in ottica orientata al *recovery* gli Psicologi possono avere ruoli chiave nella ricerca (Roe et al., 2006).

Inoltre, lo Psicologo può assumere un ruolo di coordinamento all'interno di équipe multiprofessionali e promuovere le possibili strategie di intervento terapeutico e riabilitativo (Gotham, 2006).

Interagendo con le diverse figure professionali e promuovendo un'efficace e reale collaborazione, lo Psicologo può mediare eventuali atteggiamen-

ti e aspetti culturali che tendono ad ostacolare la cooperazione e l'integrazione nell'attuazione di programmi di intervento, orientati al *recovery* e alle eventuali pratiche basate sulle evidenze.

Secondo Cohen e Colleghi (2012) allo Psicologo clinico, per lavorare all'interno di un'équipe riabilitativa multidisciplinare orientata al *recovery*, non è richiesta necessariamente l'acquisizione di nuove competenze professionali, ma deve saper adattare quelle già acquisite al processo riabilitativo.

Gli Psicologi, secondo una prospettiva bio-psico-sociale, possono fornire una valutazione psicologica che, insieme ai punti di forza, ai bisogni, alle abilità e alle preferenze identificate dalla persona stessa, permette di delineare una visione completa dell'individuo con malattia mentale nel suo ambiente di vita (Cohen et al., 2012).

Alle tradizionali valutazioni della personalità, cognitive, neuropsicologiche, gli Psicologi che lavorano con persone che hanno gravi disturbi mentali dovrebbero abbinare adeguate competenze per condurre valutazioni e analisi funzionali del comportamento. Le valutazioni funzionali permettono di individuare i punti di forza e di debolezza di un individuo, in una vasta gamma di domini connessi al *recovery*. Inoltre, le analisi comportamentali funzionali possono essere utili a comprendere la funzione, il significato del comportamento problematico e i fattori contestuali coinvolti, gli eventi antecedenti e conseguenti, che mantengono tali comportamenti. Queste analisi forniscono informazioni preziose per guidare la pianificazione individualizzata dell'intervento riabilitativo.

Il concetto di *recovery* può portare allo sviluppo di nuovi programmi di ricerca psicologica sulla natura della malattia mentale e sul *recovery* stesso, offrendo anche un importante contesto in cui poter valutare gli eventuali bisogni formativi degli Psicologi (Silverstein e Bellack, 2008).

Sia la concezione del benessere psicosociale (Dozois et al., 2016) che le definizioni di salute mentale (Keyes, 2003), enfatizzano l'importanza e l'influenza dell'ambiente di vita della persona, in

particolare il senso di padronanza e la percezione di connessione e appartenenza. La maggior parte dei percorsi riabilitativi prevede interventi psicosociali specifici per migliorare il funzionamento sociale e del sistema familiare.

I membri della famiglia possono assumere il ruolo di caregiver, fornendo un ambiente di vita stabile che supporta l'individuo nel raggiungere i suoi obiettivi di *recovery*. Ricoprire il ruolo di caregiver si configura come uno stress cronico e i membri della famiglia necessitano di supporto, non solo per far fronte allo stress e ai conflitti associati a tale loro ruolo, ma anche per affrontare lo stigma e i pregiudizi sociali verso le malattie mentali. Lo Psicologo, fornendo sia supporto psicologico che interventi educativi, guida il caregiver ad essere una fonte di risorse per il familiare con disturbo mentale.

Gli interventi familiari, in particolare nella schizofrenia, prevedono la combinazione di strategie terapeutiche e riabilitative volte a sviluppare un rapporto di stretta collaborazione tra la famiglia e l'équipe curante, per sostenere il recupero della persona.

Alcune delle più importanti istituzioni scientifiche mondiali, ad esempio l'*American Psychiatric Association* (APA) e il *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), raccomandano come interventi *evidence-based* e trattamento di scelta gli interventi familiari. Nonostante non sia stato ancora individuato un approccio *gold standard*, l'approccio alla famiglia include strategie psicoeducative, tecniche di gestione dello stress, di elaborazione dell'esperienza emotiva, di comunicazione assertiva, di ristrutturazione cognitiva e di miglioramento delle abilità di problem solving (Caqueo-Úrizar et al., 2017).

Gli approcci alla famiglia risultano essere efficaci nel miglioramento della sintomatologia, della consapevolezza di malattia e dei livelli di soddisfazione, sia nei pazienti che nei familiari. I risultati consolidati della ricerca scientifica mostrano che gli interventi familiari, nelle persone con disturbi dello spettro schizofrenico, possono prevenire eventuali



ricadute e ospedalizzazioni, aumentare l'aderenza ai trattamenti farmacologici, offrire sostegno per mantenere relazioni familiari soddisfacenti e avere un impatto positivo sulla qualità di vita di ogni membro della famiglia. Recenti studi clinici hanno dimostrato che tali interventi migliorano le funzioni cognitive delle persone con schizofrenia e nei familiari migliorano i livelli di empatia, diminuisce l'eccessiva funzione di controllo verso i parenti con disturbo mentale (Caqueo-Úrizar et al., 2017). Studi longitudinali presenti in letteratura, con follow-up superiori ai 10 anni, confermano che tali effetti possono essere duraturi nel tempo (Ran et al., 2015).

Negli ultimi due decenni, studi controllati randomizzati e meta-analisi hanno dimostrato che è possibile prevenire o almeno ritardare l'insorgenza di disturbi mentali negli adolescenti e nei giovani adulti, in particolare per i disturbi depressivi e psicotici, attraverso l'attuazione di interventi preventivi che utilizzano tecniche psicologico-cliniche cognitivo-comportamentali o interpersonali.

La prevenzione dell'insorgenza di disturbi mentali è una delle aree più promettenti della ricerca sugli interventi psicologici, per aiutare a comprendere come ridurre il carico prevedibile ed evitabile di morbosità.

Indicazioni operative e prospettive per la riabilitazione psicologica

In un suo articolo Jansen (2018) propone linee guida di intervento per gli operatori e i clinici dei servizi psicosociali coinvolti nel processo riabilitativo delle persone con gravi disturbi mentali.

Tali linee guida presentate attraverso intuitivi grafici decisionali e *flowchart*, possono essere un utile supporto per le diverse figure professionali, in particolare per verificare se stanno fornendo, in base alle migliori evidenze disponibili, gli interventi riabilitativi più appropriati.

Inoltre, sempre più le nuove tecnologie come la realtà virtuale, gli interventi terapeutici supportati da applicazioni sul telefono, strumenti di *digital health*, sono utilizzati nel trattamento e nella riabilitazione dei disturbi mentali.

L'utilizzo della realtà virtuale nel percorso terapeutico e riabilitativo dei pazienti con un disturbo schizofrenico è piuttosto recente e numerosi studi presenti in letteratura mostrano interessanti applicazioni cliniche sia per la valutazione funzionale che per il trattamento.

La realtà virtuale permette di riprodurre situazioni ambientali e sociali che stimolano il soggetto in modo simile al contesto reale, permettendo di modulare l'intensità e la durata dell'esperienza virtuale in base alle esigenze specifiche della persona (La Barbera et al., 2010). Inoltre, l'utilizzo di tale mezzo tecnologico permette di riprodurre situazioni emotive e sociali, tipiche delle relazioni interpersonali (Kim et al., 2008). L'applicazione della realtà virtuale sembra offrire nuove possibilità per l'apprendimento di strategie di coping più adatte nelle diverse situazioni sociali. Park e Colleghi (2011), con l'obiettivo di stimolare le abilità interpersonali delle persone con disturbo psicotico, hanno sperimentato l'applicazione della realtà virtuale nei giochi di ruolo e ne è emerso un miglioramento delle capacità di conversazione e della fiducia in se stessi.

Gli ambienti virtuali consentono di esporre la persona durante l'intervento riabilitativo alle proprie paure, di testare la flessibilità cognitiva e il siste-

ma di credenze relativo a ciò che viene percepito come minaccioso.

A tutt'oggi, il principale limite dell'applicazione della realtà virtuale nei disturbi psicotici sembra essere l'instabilità dell'esame di realtà, che caratterizza soprattutto la fase acuta della malattia.

L'applicazione della realtà virtuale negli interventi riabilitativi designati alla formazione professionale delle persone con un disturbo mentale, possono essere considerati un'alternativa vantaggiosa anche dal punto di vista economico. I programmi basati sulla realtà virtuale consentono di riprodurre scenari di vita reale al fine di fare acquisire e padroneggiare modalità di risposta più appropriate nelle diverse situazioni, potendo modulare il livello di difficoltà dell'esposizione e la ripetizione dell'esperienza. Sulla base dei dati presenti in letteratura gli interventi basati sulla realtà virtuale sembrano efficaci quanto quelli tradizionali e in alcuni casi anche di più (Sohn et al., 2016).

Nell'ultimo decennio, la necessità di migliorare la salute fisica in pazienti con gravi disturbi mentali, come la schizofrenia, il disturbo depressivo maggiore e i disturbi bipolari, è stata ripetutamente evidenziata a livello scientifico internazionale e declinata in diverse linee guida. Tuttavia, la salute fisica delle persone con disturbo mentale è spesso trascurata sia dai pazienti stessi che dalle diverse figure sanitarie che operano negli ambiti della salute pubblica e mentale. I pazienti con gravi disturbi mentali muoiono in media 20 anni prima dei soggetti della popolazione generale e questo divario di mortalità sembra dovuto principalmente alla maggiore prevalenza di malattie fisiche e all'adozione di comportamenti e stili di vita non salutari (Sampogna et al., 2018).

Aumentare i livelli di attività fisica, migliorare le abitudini dietetiche e la riduzione del fumo nelle persone con gravi disturbi mentali rappresenta una priorità di salute pubblica.

In Italia è stato condotto il primo studio multicentrico controllato randomizzato (LIFESTYLE) (Sampogna et al., 2018), in un campione di persone con

gravi disturbi mentali, che aveva come obiettivo di valutare l'efficacia di un nuovo intervento psicosociale di gruppo (tecniche psicoeducative, motivazionali e di risoluzione dei problemi), incentrato sull'acquisizione di comportamenti e stili di vita salutari. La principale novità dell'intervento è l'integrazione della psicoeducazione con tecniche di terapia motivazionale e cognitivo-comportamentale, al fine di promuovere un miglioramento dello stile di vita e di diffondere la cultura del "vivere sano" nelle persone con disturbo mentale.

Delineare un percorso di riabilitazione psicologica in una prospettiva fenomenico-esistenziale, permette alla persona coinvolta di sviluppare un senso più coerente del sé, una maggiore capacità delle funzioni autoriflessive e di tolleranza rispetto ad eventuali emozioni angoscienti e di raggiungere più facilmente gli obiettivi personali individuati ai fini del processo di *recovery*. L'obiettivo è il mantenimento a lungo termine degli effetti positivi dell'intervento (Irrázaval, 2013). Il livello della qualità di vita e del benessere di una persona con un disturbo mentale, soprattutto con caratteristiche di ricorrenza o cronicità, risultano correlati alla capacità della persona di riuscire a bilanciare l'impatto dei sintomi, attraverso la percezione del senso di coerenza della propria narrativa personale/biografica e di un sé integrato (Albrecht et al., 1999; Lambert et al., 1997; Lysaker, Roe, Yanos, 2007). Lo Psicologo mentre sostiene la persona con disturbo mentale nel percorso di *recovery* è importante che cerchi di entrare in contatto con il suo mondo e osservare il mondo dal suo punto di vista (Carr et al., 2018). Irvin Yalom a tal proposito afferma: "*Guarda dal finestrino dell'altro: cerca di vedere il mondo come lo vede il tuo paziente*" (Yalom, 2002).

Conclusioni

La riabilitazione psicologica orientata ad un approccio dimensionale del *recovery* per essere efficace deve considerare aspetti esistenziali, clinici, sociali, funzionali e fisici (Tuffour, 2017; Whitley e Drake, 2010). Il *recovery* in un'ottica esistenziale

comprende diverse componenti, come la spiritualità e la religione, l'*agency* (capacità di azione deliberata e autonoma), l'auto-efficacia e l'*empowerment*, utili alle persone con problemi di salute mentale per riuscire a riprendere il controllo della propria vita. Considerare le esigenze esistenziali degli utenti permette ai servizi di salute mentale di proporre interventi riabilitativi maggiormente efficaci (Grigsby e Osuch, 2007; Tuffor, 2017).

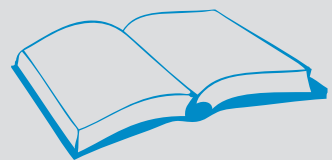
La salute mentale viene sempre più riconosciuta come una componente basilare della salute pubblica. Gli interventi psicologici hanno in quest'ottica una grande potenzialità, potendo essere applicati nell'ambito della salute mentale, per la protezione e la promozione della salute attraverso il cambiamento di comportamenti non salutari, nella gestione dei fattori psicologici che influenzano le malattie fisiche e nel mettere in atto cambiamenti organizzativi all'interno dei sistemi di cura e assistenza (Chu et al., 2012; Holmes et al., 2018). Lo Psicologo, favorendo un atteggiamento orientato all'integrazione dei trattamenti psicosociali nell'équipe multiprofessionale, può contribuire efficacemente nell'implementare i percorsi riabi-

litativi nei servizi di salute mentale nell'ottica del concetto di *recovery*.

Per la pratica di una riabilitazione psicologica che permetta un'attivazione delle risorse e delle competenze individuali, che tenga conto della singolarità dell'altro, sono necessarie capacità di ascolto, di immedesimazione nell'interiorità emozionale, di partecipazione e conoscenze tecniche.

La figura dello Psicologo è stata inclusa a livello legislativo tra le professioni sanitarie. Per far in modo che tale figura professionale possa portare un'importante apporto nel trovare risposte ai crescenti bisogni di salute mentale, con particolare riferimento ai processi della riabilitazione psicologica, sono necessari ulteriori sforzi per offrire percorsi formativi specifici per garantire una risposta globale alla salute mentale.

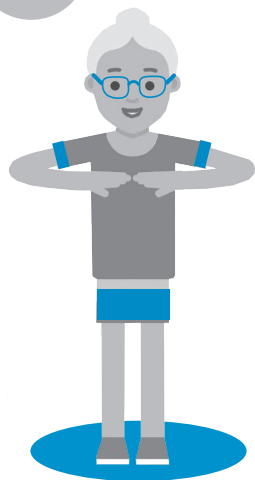
La ricerca e la pratica nell'ambito degli interventi psicologici riabilitativi mira a diventare sempre più basata sull'evidenza scientifica, è tuttavia importante tenere conto del famoso proclama di Doug Altman, contenuto in un suo storico editoriale: "*Abbiamo bisogno di meno ricerca, ricerca migliore e ricerca fatta per le giuste ragioni*" (Altman, 1994).



Bibliografia

- Albrecht, G. L., & Devleiger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977-988.
- Altman, D. G. (1994). The scandal of poor medical research. *BMJ*, 308, 283-284.
- Anthony, W. A. (1977). Psychological rehabilitation: A concept in need of a method. *American Psychologist*, 32(8), 658-662.
- Barbato, A. (2006). Psychosocial rehabilitation and severe mental disorders: a public health approach. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(3), 162-163.
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 122-140.
- Borg, M., Sells, D., Topor, A., Mezzina, R., Marin, I., & Davidson, L. (2005). What makes a house a home: the role of material resources in recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 243-256.
- Borgna, E. (2001), *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano.
- Borsboom, D., & Cramer, A.O. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121.
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T. K., Irarrazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L., & Williams, D. R. (2017). Schizophrenia: Impact on family dynamics. *Current Psychiatry Reports*, 19, 2.
- Chu, J. P., Emmons, L., Wong, J., Goldblum, P., Reiser, R., Barrera, A. Z., & Byrd-Olmstead, J. (2012). Public psychology: A competency model for professional psychologists in community mental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(1), 39-49.

- Cohen, J. L., Abraham, K. M., Burk, J. P., & Stein, C. H. (2012). Emerging opportunities for psychologists: Joining consumers in the recovery-oriented care movement. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(1), 24-31.
- Cramer, A.O., Waldorp, L.J., van der Maas, H.L., & Borsboom, D. (2010). Comorbidity: a network perspective. *Behavioral Brain Sciences*, 33, 137-150.
- De Hert, M., Correll, C. U., Cohen, D., et al. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10, 52-77.
- Detweiler-Bedell, J. B., Friedman, M.A., Leventhal, H., Miller, I. W., Leventhal, E. A. (2008). Integrating co-morbid depression and chronic physical disease management: identifying and resolving failures in self-regulation. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1426-1446.
- Dozois, E., Germann, K., & MacKean, G. (2016). Skills for psychological recovery developmental evaluation environmental scan: Literature review. Edmonton, Canada: The Alberta Centre for Child, Family and Community Research.
- Giusti, L., Ussorio, D., Tosone, A., Di Venanzio, C., Bianchini, V., Necozone, S., Casacchia M., & Roncone, R. (2014) Is personal recovery in schizophrenia predicted by low cognitive insight?. *Community Mental Health Journal*, 51(1), 30-37.
- Grigsby, J., & Osuch, E. (2007). Neurodynamics, state, agency, and psychological functioning. In C. Piers, J. Muller & J. Brent (Eds.), *Self-Organizing Complexity in Psychological Systems* (pp. 37-82). Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.
- Hart, L. S. (1978). On psychological rehabilitation. *American Psychologist*, 33(4), 396.
- Holmes, E. A., Ghaderi, A., Harmer, C. J., Ramchandani, P. G., Cuijpers, P., Morrison, A. P., Roiser, J. P., Bockting, C. L. H., O'Connor, R. C., Schafran, R., Moulds M. L., & Moulds, M. L. (2018). The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), 237-286.
- Irarrázaval, L. (2013). Psychotherapeutic implications of self disorders in schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy*, 67(3), 277-292.
- Jansen, M. A. (2018). Psychosocial services for individuals with serious mental illness/severe emotional disturbance: clinical practice guideline toolkit. *Psychiatry*, 81(1), 3-21.
- Keyes, C. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In C. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*, American Psychological Association, Washington, pp. 293-312.
- Kim, S. I., Ku, J., Han, K., Lee, H., Park, J., Kim, J. J., & Kim, I. Y. (2008). Virtual reality applications for patients with schizophrenia. *Journal of Cybertherapy and Rehabilitation*, 1, 101-112.
- La Barbera, D., Sideli, L., & La Paglia, F. (2010). Schizofrenia e realtà virtuale: una rassegna delle applicazioni cliniche. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 16, 78-86.
- Lambert, B. L., Street, R. L., Cegala, D. J., Smith, D. H., Kurtz, S., & Schofield, T. (1997). Provider-patient communication, patient-centered care, and the mangle of practice. *Health Communication*, 9, 27-43.
- Libermann, R.P., & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st Century. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 242-255.
- Lysaker, P.H., Roe, D., & Yanos, P.T. (2007). Toward the understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199.
- Mezzina, R. (2015). Vivere al di là della malattia. Il viaggio per riprendersi la propria vita. *Animazione Sociale*, 45(290), 38-47.
- Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., & Sells, D. (2006). The social nature of recovery, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 63-80.
- Nuijten, M. B., Deserno, M. K., Cramer, A. O., Costantini, G., & Borsboom, D. (2016). Disturbi mentali come complex network: Un'introduzione e una panoramica all'approccio network in psicopatologia. *Cognitivism Clinico*, 13, 135-149.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003) Mental Pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 219-230.
- Park, K. M., Ku, J., Choi, S. H., Jang, H. J., Park, J.Y., Kim, S. I., & Kim, J. J. (2011). A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: a randomized, controlled trial. *Psychiatry Research*, 189(2), 166-172.
- Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Holtz, Y., Benros, M. E., Dalsgaard, S., de Jonge, P., ... et al. (2019). Exploring comorbidity within mental disorders among a danish national population. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 259-270.
- Ran, M. S., Chan, C. L., Ng, S. M., Guo, L. T., & Xiang, M. Z. (2015). The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a Chinese rural area. *Psychological Medicine*, 45(10), 2197-2204.
- Roe, D., Yanos, P. T., & Lysaker, P. H. (2006). Overcoming barriers to increase the contribution of clinical psychologists to work with persons with severe mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 376-383.
- Sampogna, G., Fiorillo, A., Luciano, M., Del Vecchio, V., Steardo Jr, L., Pocai, B., ... et al. (2018). A randomized controlled trial on the efficacy of a psychosocial behavioural intervention to improve the lifestyle of patients with severe mental disorders: study protocol. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 235.
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15(1), 285.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J.J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353-364.
- Snoek, F. (2018). The challenge of treating comorbid mental health problems in patients with a somatic illness. *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 465.
- Sohn, B. K., Hwang, J. Y., Park, S. M., Choi, J. S., Lee, J. Y., Lee, J. Y., & Jung, H. Y. (2016). Developing a virtual reality-based vocational rehabilitation training program for patients with schizophrenia. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(11), 686-691.
- Tossani, E. (2013). The concept of mental pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 67-73.
- Tuffor, I. (2017). The concept of recovery and its practical application. *Mental Health Practice*, 20(9), 37-41.
- Webb, L. (2012). The recovery model and complex health needs: What health psychology can learn from mental health and substance provision. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 731-741.
- Whitley, R., & Drake, R. (2010) Dimensions of recovery. *Psychiatric Services*, 61, 1248-1250.
- World Health Organization (WHO). *Mental Health Atlas 2017*. Geneva: World Health Organization; 2018.



Dalla valutazione all'intervento nell'invecchiamento. Lo Psicologo di fronte alla sfida della longevità

a cura di ERIKA BORELLA, *Professore Associato Confermato di Psicologia dell'Invecchiamento dell'Università degli Studi di Padova, Vice-Direttore del Master di II livello in Psicologia dell'Invecchiamento e della Longevità*,
JESSICA CIRA MADONNA, *Dottoranda in Psicologia Clinica, Master II livello in Psicologia dell'Invecchiamento e della Longevità*,
GIULIO PLATAMONE, *Dottore in Psicologia Cognitiva Applicata, Master II livello in Psicologia dell'Invecchiamento e della Longevità*,
ROSSANA DE BENI, *Professore Ordinario di Psicologia dell'Invecchiamento dell'Università degli Studi di Padova, Direttore del Master di II livello in Psicologia dell'Invecchiamento e della Longevità, Presidente della Società Italiana di Psicologia dell'Invecchiamento*

Negli ultimi decenni si sta assistendo a un fenomeno demografico senza precedenti: l'invecchiamento della popolazione. Le cause di questo fenomeno sono diverse: l'aumento del numero di persone che raggiunge la terza età in condizioni di salute e autonomia, il calo della natalità che determina una diminuzione della percentuale di individui giovani e infine l'aumento della vita media, dovuto al miglioramento delle condizioni di vita e ai progressi in ambito sanitario. Il processo di invecchiamento e la conseguente longevità della popolazione costituiscono una novità nella storia dell'uomo e in quanto tale non rappresentano più un processo individuale, ma sono di interesse per tutta la società. Il fenomeno longevità, definito anche *rivoluzione grigia*, è un fenomeno che pone la società davanti a grandi sfide in diversi ambiti: economia, welfare, salute, autonomia, lavoro.

Questa nuova condizione spinge i professionisti del settore a porsi numerose domande su quali siano i fattori che possono incidere sul ben-essere e sulla salute degli adulti e degli anziani. Negli ultimi anni, in linea con la diffusione della prospettiva bio-psico-sociale, stiamo assistendo a uno spostamento dell'attenzione dai fattori individuali agli aspetti sociali che influenzano gli stili di vita e i processi di invecchiamento. La Psicologia, infatti, sta affrontando il dibattito sulla longevità focalizzandosi sulla qualità della vita che viene garantita in età avanzata e sul

tipo di futuro che si può delineare per la persona anziana. Il fenomeno longevità rappresenta quindi una sfida per la comunità e per i professionisti, che si trovano a dover sviluppare nuove competenze che consentano loro di operare nel territorio e di collaborare con i vari attori coinvolti nella cura, nell'assistenza e nella prevenzione dell'anziano.

Perciò chi sono le persone che invecchiano?

Definire un prototipo della persona anziana è cosa impossibile, oltre che poco lungimirante.

La letteratura scientifica indica quanto ogni persona è caratterizzata da profonde differenze individuali e come, con il passare degli anni, la **variabilità** tra gli individui aumenti (Hultsch et al., 2008).

Anche il lessico è in difficoltà in quanto la parola "anziano" non riesce a rappresentare le caratteristiche che possiedono tutte le persone in questa fase del ciclo di vita. Per cogliere la varietà delle persone anziane occorre superare le definizioni statistiche, sociologiche, economiche e mettere al centro la singola persona con i suoi valori, le sue capacità di adattamento e di trasformazione.

Una dimostrazione è data dall'età cronologica, ossia quando una persona può definirsi anziana?

Nel tempo si è radicata l'idea che l'età anziana corrisponda ai 65 anni, originariamente stabilita per erogare ai lavoratori un compenso monetario nel momento di uscita dal lavoro. Tuttavia, la realtà è

diversa e a partire dai 65 anni l'ampia variabilità individuale caratterizza varie dimensioni: c'è chi a 65 anni è già in pensione e chi ancora lavora a tempo pieno; c'è chi a 70 anni soffre di gravi problemi di salute e chi invece è socialmente attivo; chi a 80 anni ha seri problemi di salute e chi vive in autonomia e svolge le proprie attività quotidiane. Sarebbe quindi un errore pensare che quando una persona raggiunge i 65 anni diventi parte di un gruppo omogeneo; l'identità degli anziani di oggi è complessa, ricca di contraddizioni, disomogenea e per nulla generalizzabile.

Da queste considerazioni appare evidente che il cambiamento a cui si assiste nella vecchiaia non significa sempre e solo peggioramento, crisi e declino, ma può significare anche opportunità e novità. In linea con quest'ultima riflessione, l'Organizzazione Mondiale della Sanità OMS (2015) ha proposto il concetto di **invecchiamento attivo** per indicare il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza degli anziani.

Con il termine "attivo" si attribuisce importanza non solo al mantenersi fisicamente attivi, ma viene valorizzato anche il coinvolgimento in attività produttive, il mantenimento di un impegno sociale, economico, spirituale, culturale e civico. Le caratteristiche per determinare un invecchiamento attivo includono fattori macrosociali (ambientali, economici, sanitari) e fattori di personalità quali abilità di coping, autoefficacia, controllo interno, comportamento prosociale e pensiero positivo.

Di conseguenza, l'invecchiamento e la longevità devono essere visti come gli obiettivi di un **progetto personale** da preparare e costruire con le persone stesse le quali invecchiano, in una società che deve superare i tradizionali modelli culturali - lasciandosi alle spalle l'idea dell'anziano inattivo e sedentario - e accettare che le persone over 65 manifestino in modo sempre più evidente la voglia e la determinazione di restare attive. Se vogliamo accettare la sfida dell'invecchiamento è necessario percepirla come una opportunità di crescita e di miglioramento sociale, senza negare le eventuali fragilità.

La forte variabilità tra le persone si traduce in diverse modalità di invecchiare, a seconda di come si combinano i vari fattori che influenzano il percorso.

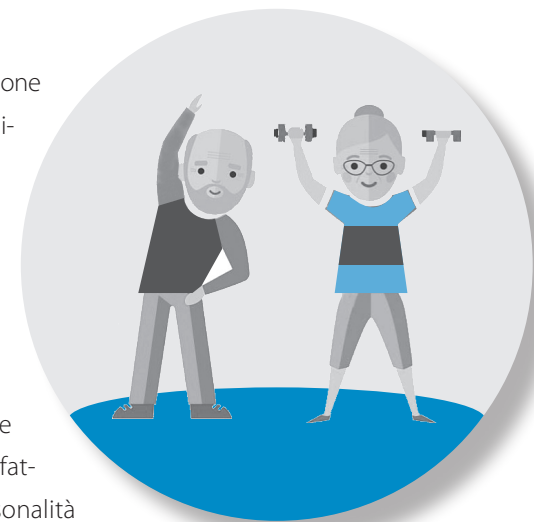
È necessario e possibile prepararsi a tale processo: si tratta di apprendere le modalità di coniugare i fattori macrosociali e di personalità utilizzando al meglio le risorse disponibili con flessibilità e capacità di adattamento.

Come professionisti è fondamentale mettere al centro la persona e sostenerla nell'adottare un **ruolo proattivo** nell'invecchiamento, attivando le potenzialità e le risorse presenti per favorire le relazioni interpersonali e il coinvolgimento in attività "produttive" che portino l'individuo a instaurare buone abitudini, coltivare i propri interessi, fissare sempre nuovi obiettivi e mantenere buone relazioni sociali.

Tuttavia, anche le istituzioni o altri soggetti presenti sul territorio (associazioni, agenzie di formazione, organizzazioni culturali, ecc.) possono creare condizioni e opportunità affinché tale scelta possa essere maturata e concretamente esercitata.

Come professionisti possiamo agire in sinergia con gli attori politici locali per creare un ambiente supportivo, che promuova politiche efficaci e azioni di intervento strategiche per un invecchiamento sano in risposta al rapido invecchiamento demografico.

In un approccio che considera l'invecchiamento un processo continuo anche la preparazione dovrebbe avere la medesima caratteristica. In questo scenario si sta diffondendo l'espressione **«apprendere lungo l'intero arco della vita»** (*life long learning*), che indica come in ogni momento della vita si apprende e contemporaneamente si mette in pratica quello che è stato imparato, attivando sempre nuovi processi di apprendimento, perciò non esistono età in cui si impara e altre età in cui



si mette in pratica: il processo di apprendimento è circolare, ricorsivo e continuativo.

Non bastano quindi programmi che promuovano un adattamento rispetto a modelli di vecchiaia predefiniti in maniera statica, occorre promuovere e sostenere percorsi di nuova progettazione personalizzati, per evitare il rischio di indurre atteggiamenti di passività, inibendo energie e motivazioni, ancora presenti nella persona che invecchia e fondamentali per costruire un buon invecchiamento (Bauman, 2006). La capacità di apprendere è fondamentale nel corso di tutta la vita e in modo particolare nell'età adulta. Questo approccio riconosce la possibilità di apprendere a ogni età, grazie a quella che viene chiamata **plasticità cognitiva**. Quest'ultima fa riferimento al concetto di flessibilità e viene definita come la quantità di risorse cognitive che attraverso interventi e procedure specifiche, come i training, può essere attivata per migliorare la prestazione in differenti compiti cognitivi. La plasticità cerebrale è una delle scoperte più importanti del '900 che ha portato con sé notevoli implicazioni cliniche. L'imperativo *"use it or lose it"*, una popolare espressione anglosassone traducibile come "usalo o perdilo", indica la capacità del sistema nervoso di perdere o acquisire funzionalità in base all'esperienza e all'esercizio, esattamente come i muscoli che perdono e acquisiscono forza se vengono o meno esercitati. La mente umana possiede questa straordinaria capacità di modificarsi attraverso l'esperienza, che come professionisti possiamo sfruttare, per mantenere nell'anziano un livello di funzionamento soddisfacente nonostante le perdite fisiologiche che si verificano nell'invecchiamento.

Come professionisti siamo preparati ad affrontare questa epoca?

A livello clinico, per rispondere al numero di richieste di presa in carico per i professionisti che lavorano nell'ambito dell'invecchiamento, l'American Psychological Association ha pubblicato le *Linee guida per la pratica psicologica con gli anziani* (2014), con l'intento di raccogliere le evidenze pubblicate finora circa i cambiamenti biologici,

comportamentali, sociali e ambientali che caratterizzano l'invecchiamento, e fornire ai professionisti raccomandazioni circa atteggiamenti, competenze e conoscenze necessarie per affrontare le diverse problematiche cliniche (dalla valutazione all'intervento) della presa in carico dell'anziano.

Le linee guida, tradotte dalla Società Italiana di Psicologia dell'Invecchiamento (SIPI), sono disponibili a questo link: <http://bit.ly/2ufCV1G>.

Allo scopo di fornire uno strumento concreto ai professionisti che lavorano con l'anziano è disponibile un altro strumento il *"Pikes Peak Geropsychology Knowledge and Skills Assessment Tools"* (Knight et al., 2009), un questionario di autovalutazione delle competenze e delle conoscenze psicogerontologiche. Indirizzato a Psicologi clinici, studenti in formazione, supervisor questo strumento rappresenta una guida per autovalutare le proprie competenze e definire obiettivi pratici nel lavoro di cura con questa fascia di popolazione. Ogni sezione descrive una competenza, ulteriormente specificata da un item comportamentale descrittivo che esplicita tale capacità, che è valutata su una scala da "novizio" a "esperto". Il Pikes Peak è disponibile on-line al link: <http://copgtp.org/wp-content/uploads/2016/01/Pikes-Peak-Evaluation-Tool-1.4.pdf>.

Un altro strumento rivolto a professionisti per affrontare le complessità del lavoro di cura con l'anziano è la guida *Ruoli e attività specialistiche dello Psicologo nell'area anziani*, elaborata dal gruppo di lavoro "Area Anziani: tra Pubblico e Terzo Settore" e ulteriormente pubblicata dall'Ordine Psicologi del Veneto (2013). Gli obiettivi della guida sono: valorizzare la cultura psicologica e psicoterapeutica nella relazione con la persona anziana e con la sua rete sociale primaria e secondaria; promuovere l'attivazione di una rete di sinergie a livello locale; valorizzare la competenza multidisciplinare nei contesti che si occupano della presa in carico dell'utenza in età geriatrica; definire le prestazioni, i ruoli e le attività psicologiche e le buone prassi dello Psicologo e dello Psicoterapeuta per offrire una panoramica de-

gli ambiti lavorativi dello Psicologo che si occupa di invecchiamento nella Regione Veneto. Pur essendo pensate per il contesto Veneto, queste linee guida sono uno strumento utile per orientarsi nel mondo del lavoro con l'anziano anche in altri territori (<http://bit.ly/2YsGCzc>).

Come possiamo pensare il nostro aiuto professionale verso anziani sempre più numerosi?

Come professionisti la nostra missione è instaurare un processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita delle persone che invecchiano.

Per rispondere a questa missione è necessario partire da una corretta **valutazione**. Gli obiettivi della valutazione psicologica dell'anziano si sono ampliati rispetto al passato, essa può essere fatta per esigenze cliniche, di screening e/o di ricerca; allo stesso modo gli obiettivi sono diventati più pratici, precisi e immediati (De Beni et al., 2015). Tra gli obiettivi clinici troviamo la necessità di formulare una diagnosi accurata, cui segue una proposta di intervento personalizzata. Altri obiettivi della valutazione psicologica possono essere, per esempio, quelli di valutare se c'è corrispondenza tra i bisogni del soggetto anziano e le richieste del suo ambiente, oppure se egli gode di una buona rete sociale.

Per queste ragioni la **valutazione psicologica** con l'anziano deve essere condotta secondo un'ottica **multidimensionale** che consenta di prendere in esame le variabili biologiche, quindi i processi biologici di base dell'invecchiamento, le variabili psicologiche, ossia lo stato mentale, affettivo, comportamentale e relazionale, e infine le variabili sociali ed economiche - quali lo status socioeconomico, i servizi assistenziali e sanitari - implicate nel processo di invecchiamento.

Nella fase successiva per fornire un aiuto concreto possiamo ricorrere a diverse tipologie di **interventi cognitivi**, che rappresentano una modalità nuova per sostenere la persona anziana in modo efficace e senza effetti collaterali. Nonostante termini come

"training", "stimolazione" e "riabilitazione" siano usati in maniera interscambiabile e possano avere degli aspetti che li accomunano, sono in realtà forme di intervento ben distinte fra loro. I **training cognitivi** sono finalizzati al potenziamento di una specifica funzione (es. inibizione, velocità di ragionamento, memoria di lavoro) e prevedono l'insegnamento di una strategia per allenare la funzione cognitiva bersaglio. La **riabilitazione cognitiva**, a differenza dei training, mira al recupero di un'abilità cognitiva danneggiata e coinvolge varie strategie di intervento utili per fronteggiare le difficoltà cui la persona va incontro nella quotidianità. Generalmente sono erogati con approccio individualizzato, vengono individuati obiettivi personali specifici per migliorare il rendimento e favorire il recupero delle abilità compromesse. Infine, la **stimolazione cognitiva** promuove la ri-attivazione del funzionamento cognitivo e sociale, attraverso il coinvolgimento in varie attività individuali o di gruppo.

Nel processo di invecchiamento sono quindi possibili diversi interventi che si adattano alle diverse situazioni. In quest'ottica, l'invecchiamento non porta con sé solo un declino dell'efficienza cognitiva, ma rappresenta un delicato equilibrio tra perdite, compensazioni e ridefinizioni delle abilità esistenti (Baltes et al., 1990; Andreani Dentici et al., 2004.)

Per rispondere all'esigenza di fornire una visione multi-dimensionale e multi-fattoriale dell'invecchiamento è stato creato il **Portfolio Cornaro**, ossia un portfolio di strumenti di riattivazione e potenziamento degli aspetti cognitivi, emotivo-motivazionali e di ben-essere nell'adulto e nell'anziano.



Tale batteria è composta da diversi strumenti:

1. La batteria **Benessere e Abilità Cognitive** (De Beni et al., 2008), raccoglie una serie di prove che permettono la valutazione di aspetti cognitivi chiave e di aspetti legati alla sfera emozionale. Le prove consentono di rilevare, in un'ottica multidimensionale, le potenzialità sulle quali l'anziano può fare affidamento per affrontare le richieste della vita quotidiana, individuare eventuali difficoltà e valutare i punti di forza. Il BAC si compone di tre strumenti: la batteria *Accertamento della Memoria negli Adulti (AMA)*, due prove di *Comprensione del Testo nell'Invecchiamento (COMP)* e il *Questionario sul Ben-essere e l'Invecchiamento (BEN)*.

2. Il Portfolio Cornaro inoltre propone un training di potenziamento della memoria: il **"Lab-I Empowerment Cognitivo"** (De Beni et al., 2008). Il percorso, composto da dieci incontri della durata di un'ora e mezza svolto con cadenza settimanale, vuole fornire conoscenze sul fun-

zionamento della memoria, incrementare la fiducia verso le proprie capacità, aumentare la consapevolezza che si può essere agenti attivi e in ultimo insegnare alcune strategie per compensare i cambiamenti e potenziare la memoria. È un training di tipo strategico-metacognitivo, dove l'insegnamento di diverse strategie viene affiancato a una riflessione volta a modificare le credenze dell'anziano sulle proprie abilità cognitive, in particolare vengono fornite informazioni sulle modificazioni legate all'età e sull'influenza che gli atteggiamenti hanno sulla propria memoria.

3. Infine viene presentato un intervento di ri-attivazione e potenziamento degli aspetti emotivo-motivazionali: il **"Lab-I: Empowerment Emotivo-Motivazionale"** (De Beni et al., 2009). Il percorso, attraverso attività sia individuali che di gruppo affronta il potenziamento del benessere psicologico nella sua multidimensionalità trattando gli aspetti più caldi della cognizione, quali la percezione di sé, l'autoefficacia, la fiducia nelle proprie capacità e competenze, l'utilizzo di strategie nella risoluzione dei problemi quotidiani, la riscoperta e la valorizzazione degli aspetti emotivi legati anche alla propria storia e ai propri ricordi. Questo intervento sul benessere rivolto ad adulti e anziani, composto da sei incontri della durata di un'ora e mezza a cadenza settimanale, ha l'obiettivo di promuovere le risorse personali per affrontare le sfide individuali (anche legate ai cambiamenti età relati) in modo flessibile e ottimistico, per migliorare la percezione di sé incrementando le strategie di coping e le competenze emotive. La partecipazione al training attiva un circuito virtuoso di processi emotivo-motivazionali, motore ancora attivo con l'avanzare degli anni e fondamentale per un buon funzionamento della propria mente (De Beni, Borella, Marigo 2008).

Cosa possiamo fare per sostenere l'anziano fragile?

Il progressivo aumento della popolazione, di cui

ampiamente discusso in precedenza, ha inevitabilmente determinato un aumento dell'incidenza delle malattie legate all'età. Tra queste, quelle maggiormente diffuse sono le patologie croniche e quelle neurodegenerative. Queste ultime coinvolgono un insieme variegato di malattie, caratterizzate da una condizione debilitante e progressiva. Secondo l'*Alzheimer Disease International* (2018), il numero di persone affette da demenza a livello mondiale ammonta a circa 50 milioni. Si stima che già solo nel nostro Paese, la demenza interessi circa un milione di persone (CENSIS, 2016); a cui vanno aggiunti altrettanti *caregivers*, ossia coloro che quotidianamente si prendono cura di esse.

Sebbene la ricerca biomedica continui a sperimentare nuovi farmaci per fronteggiare la patologia, non è ancora stata individuata una terapia farmacologica efficace. Infatti, i pochi farmaci attualmente disponibili sul mercato, oltre a non essere risolutivi, si sono rivelati efficaci solo per fronteggiare i sintomi che caratterizzano le prime fasi della malattia. Da qui deriva quindi la necessità di promuovere un invecchiamento attivo e di utilizzare protocolli strutturati e scientificamente validati, finalizzati a migliorare il benessere e la qualità della vita della persona con decadimento cognitivo.

L'efficacia modesta delle terapie farmacologiche e gli effetti collaterali che da esse scaturiscono, hanno di fatto spostato l'interesse della ricerca verso gli interventi psicosociali. Questa tipologia di intervento è in grado di "potenziare" l'effetto dei farmaci e al tempo stesso di promuovere il benessere fisico, emotivo e relazionale della persona con demenza. La possibilità di disporre di alternative al farmaco è una preziosa opportunità per porre al centro dell'intervento la persona con demenza e i suoi bisogni. Nella progettazione di questi interventi non vanno mai trascurati fattori biologici, psicologici e sociali. In quest'ottica, cambia l'approccio di cura e si incrementa il numero di "opzioni terapeutiche" a disposizione del professionista. È fondamentale, inoltre, personalizzare l'intervento fin dalle fasi iniziali

tenendo conto delle caratteristiche della persona, della tipologia di demenza e del relativo grado di compromissione. Gli interventi psicosociali hanno lo scopo di ri-attivare le abilità ancora presenti massimizzando il funzionamento della persona con demenza e valorizzando le sue competenze emotive. In letteratura, possono essere individuate quattro tipologie di interventi: orientati al problema, orientati alle emozioni, orientati alla stimolazione sensoriale e orientati alla cognizione. I primi si basano sulla valutazione degli antecedenti e delle conseguenze di ogni disturbo comportamentale e cercano di modificare il comportamento (*Relationship Centred Approach*; Nolan et al., 2002) individuando modalità nuove per fronteggiare le difficoltà cui la persona va incontro. Gli elementi cardine di questo approccio sono tre: la stimolazione, le relazioni e il contesto; rientra in questa categoria l'approccio *Gentle Care* di Moyra Jones (1999).

Nella seconda categoria rientrano gli interventi orientati alle emozioni, che favoriscono il recupero di esperienze piacevoli. La terapia di Reminiscenza, la Psicoterapia, il Counseling, il Supporto e – nelle fasi più avanzate – la terapia di Validazione (Feil, 2003) sono tutti approcci utili per ridurre i sentimenti negativi a cui la persona deve far fronte.

Un'altra categoria è quella orientata alla stimolazione sensoriale, rientrano in questa categoria tipologie d'intervento molto diverse fra loro quali la stimolazione ambientale multisensoriale o "snoezelen", la terapia occupazionale, forme artistiche come la musicoterapia e l'arteterapia, l'aromaterapia e le attività che prevedono esercizio fisico, massaggi e sessioni di *nurturing touch*.

All'interno della quarta e ultima categoria rientrano gli interventi centrati sulla cognitività quali training cognitivi, la Terapia di Orientamento alla Realtà e la stimolazione cognitiva.

Qual è l'intervento più efficace per anziani con demenza lieve-moderata?

In generale, gli interventi psicosociali descritti in letteratura riportano benefici in alcuni domini co-

Convenzioni a favore degli Iscritti

Ricordiamo che il Consiglio ha stipulato numerose **convenzioni** al fine di offrire agli Iscritti la possibilità di usufruire di **condizioni agevolate** per l'acquisto di beni o servizi utili alla professione. Le società e i professionisti individuati si occupano di consulenza fiscale, fornitura di materiale bibliografico, materiale di cancelleria, fatturazione elettronica, FAD ECM, assicurazione professionale, ecc.

L'elenco delle convenzioni attive è pubblicato sul nostro sito web nella sezione PER IL PROFESSIONISTA alla voce **"Servizi agli Iscritti" > "Consulenze"**. Cliccando su ogni nominativo è possibile consultare le specifiche condizioni riservate agli Iscritti all'Ordine dell'Emilia-Romagna. Precisiamo che per visualizzare la pagina è necessario inserire le credenziali di accesso all'area riservata del sito.

gnitivi, ma si sono rivelati tra loro molto eterogenei e difficilmente replicabili. L'unico protocollo standardizzato e validato a livello nazionale e internazionale è rappresentato dalla **Terapia di Stimolazione Cognitiva** (*Cognitive Stimulation Therapy*; Spector et al., 2003). Il servizio di Psicologia dell'Invecchiamento e della Longevità dell'Università degli Studi di Padova (<http://labi.psy.unipd.it>), propone da alcuni anni seminari formativi su questo e altri protocolli per diffondere l'utilizzo di interventi strutturati e validati in tutto il territorio nazionale. A tal proposito, la CST si dimostra la terapia non farmacologica con più evidenze di efficacia, tanto da essere stata raccomandata dal *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2007; 2018) indipendentemente dalla cura farmacologica ricevuta. Il protocollo è stato messo a punto dal gruppo di Aimée Spector e Colleghi nel 2003 con l'esplicito intento di "fare la differenza" nel trattamento e nella cura della persona con demenza.

La Terapia di Stimolazione Cognitiva, validata in Italia dal gruppo CST-Italia (Gardini et al., 2015) si è già dimostrata efficace nel migliorare cognizione, linguaggio, senso di solitudine percepita e qualità di vita (Woods et al., 2012; Aguirre et al., 2011; Capotosto et al., 2017). Il protocollo si basa sui fondamenti teorici dell'approccio di Cura Centrata sulla Persona (Kitwood, 1997) e racchiude al suo interno alcuni dei principi della Terapia di Orientamento alla Realtà, di Reminiscenza, di Validazione e della stimolazione multisensoriale ed ha come obiettivo la valorizzazione dell'"essere persona". La Terapia di Stimolazione Cognitiva è un programma breve strutturato in sessioni a tema con cadenza bisettimanale.

Ogni sessione è strutturata e prevede un inizio, un'attività principale e una parte finale. Tra tutti gli interventi di stimolazione attualmente disponibili, la terapia di Stimolazione Cognitiva rappresenta l'unico trattamento delle funzioni cognitive validato e con evidenze di efficacia (Spector et al., 2006). La CST è pensata per persone con una demenza lieve (*Mini Mental State Examination* compreso tra 19 e 24) e moderata (*Mini Mental State Examination* compreso tra 14 e 18), che non presentino particolari

difficoltà sensoriali o comportamentali.

Deficit visivi o uditivi molto gravi, infatti, potrebbero compromettere la piena partecipazione della persona alle attività. Gravi disturbi comportamentali, invece, potrebbero condizionare negativamente il clima, creando disagi nello svolgimento delle attività e nell'interazione tra i membri del gruppo.

In fase di composizione, il professionista deve tenere in considerazione tali aspetti e formare un gruppo che sia equilibrato per abilità cognitive e funzionali.

La CST prevede la partecipazione di un piccolo gruppo di persone (5 o 6) a 14 sessioni a tema, che devono svolgersi in un ambiente isolato e tranquillo. Condurre un gruppo di stimolazione da soli può risultare molto complesso, per questo è preferibile che siano sempre presenti due facilitatori precedentemente formati all'utilizzo del protocollo e supervisionati da uno Psicologo esperto in invecchiamento. In linea di massima è preferibile che uno dei due facilitatori sia uno Psicologo, ma quando questo non è possibile è molto importante che quest'ultimo segua con estrema cura il lavoro dei conduttori selezionati. La difficoltà del compito viene adattata di volta in volta in base al livello cognitivo di ciascun partecipante. Sono presenti due livelli di difficoltà: il livello "A" (leggermente più complesso) è indicato per persone con demenza lieve, il livello "B" (di solito più semplice) risulta più appropriato per persone con demenza moderata. L'efficacia della CST è stata verificata anche nel contesto italiano, dove i risultati preliminari hanno evidenziato benefici nel funzionamento cognitivo generale, nell'umore e nella qualità di vita (Capotosto et al., 2017; Piras et al., 2017); e ha portato allo sviluppo di un **programma di mantenimento** (*Maintenance Cognitive Stimulation Therapy*; Aguirre, Spector & Streator, 2011; adattamento italiano a cura di Gardini et al., 2015) costituito da 24 sessioni di Terapia di Stimolazione Cognitiva di gruppo a cadenza settimanale. Va sottolineato, inoltre, che questa tipologia d'intervento contribuisce al mantenimento della funzionalità mentale e induce la formazione di nuove vie neuro-

nali, ribadendo l'esistenza di una plasticità cerebrale che si verifica nonostante la patologia.

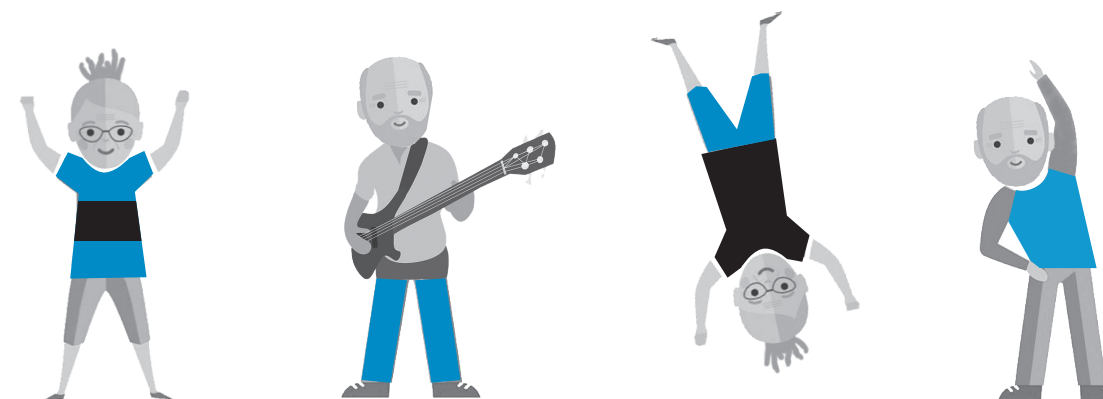
Al fine di favorire lo svolgimento della Terapia di Stimolazione Cognitiva, è stato proposto un programma di **Stimolazione Cognitiva individuale** (*Individual Cognitive Stimulation Therapy*; Yates et al., 2014; adattamento italiano a cura di Borella et al., 2016) che può essere condotto a domicilio anche dal caregiver informale, cioè colui che a differenza di un caregiver formale (che ha svolto un percorso di studi nell'area medico-assistenziale e lavora in una struttura pubblica o privata) si prende cura di una persona (generalmente un familiare) a titolo gratuito. Questo tipo di intervento risponde all'esigenza del caregiver di conciliare il quotidiano lavoro di cura con attività di stimolazione cognitiva. Attraverso un'adeguata formazione sul protocollo, infatti, il caregiver impara a prendersi cura del proprio caro in modo nuovo e (ri)scopre il piacere di stare insieme stimolando le sue abilità mentali.

Tra gli obiettivi dell'intervento non vi è solo quello di mantenere attiva la persona con demenza, ma anche quello di creare una relazione di qualità. Ri-conoscere la persona al di là della malattia, valorizzare la sua storia di vita, creare un ambiente propositivo sono elementi chiave affinché il prendersi cura della persona promuova ben-essere e qualità di vita. Il protocollo prevede 75 sessioni di circa 20/30 minuti, da svolgersi tre volte alla settimana. La struttura della sessione prevede - come per la stimolazione di gruppo - un'introduzione, un'attività principale ed una conclusione e due livelli di difficoltà in modo da rendere l'intervento

coinvolgente per qualsiasi persona.

La Terapia di Stimolazione Cognitiva, individuale o di gruppo, rappresenta uno dei pochi programmi di stimolazione con evidenze di efficacia che promuove una buona qualità di vita mentre agisce su diversi domini cognitivi. L'obiettivo non è quello di stimolare una funzione specifica bensì svolgere delle attività per ri-attivare le risorse personali al fine di incrementare il ben-essere psicologico e ottenere un miglioramento del funzionamento cognitivo generale. Anche il caregiver assume un ruolo attivo ed è parte integrante dell'intervento, esso infatti impara a supportare il proprio caro nello svolgimento di attività stimolanti e positive e acquisisce un maggior senso di efficacia del proprio ruolo.

Tutto questo è possibile attraverso l'esperienza di attività gratificanti che da una parte sostengono l'autostima e la dignità della persona con demenza, dall'altra aumentano il livello di auto-efficacia percepito dal caregiver. Infatti, attraverso sessioni creative e stimolanti, la CST sposta il focus dell'attenzione dai bisogni assistenziali dell'anziano alla valorizzazione dell'"essere persona". Non è da sottovalutare, inoltre, l'importanza dell'abbattimento dei costi che scaturiscono dall'applicazione di questo protocollo e dei relativi benefici. Tant'è vero che la Terapia di Stimolazione Cognitiva è comparabile per efficacia al trattamento farmacologico, ma a differenza di quest'ultimo è priva di effetti collaterali. Essa permette quindi di fare davvero la differenza nel lavoro di cura, restituendo alla persona con demenza il suo valore e il suo posto nel mondo in modo gentile.





Bibliografia

- American Psychological Association. (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *The American Psychologist*, 69(1), 34.
- Andreani Dentici, O., Amoretti, G., & Cavallini, E. (2004). *La memoria degli anziani*. Trento, Erickson.
- Aguirre, E., Spector, A., Streater, A., Hoe, J., Woods, B., & Orrell, M. (2011). Making a Difference 2: Volume Two: An Evidence-based Group Programme to Offer Maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) to People with Dementia. London: Hawker.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34.
- Bauman, A.E. (2006). *Liquid Fear*, Cambridge, Polity Press; trad. it. *Paura liquida*, Roma-Bari, Laterza, 2008.
- Borella, E., Lobbia, A., Michelini, G., Faggian, S., & Gardini, S. (2016). *Promuovere il benessere nella persona con demenza. Una guida pratica per la stimolazione cognitiva ad uso del familiare e del caregiver: Una guida pratica per la stimolazione cognitiva ad uso del familiare e del caregiver*. FrancoAngeli.
- Capotosto, E., Belacchi, C., Gardini, S., Faggian, S., Piras, F., Mantoan, V., ... & Borella, E. (2017). Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(3), 331-340.
- Centro Studi Investimenti Sociali (2016). *L'impatto economico e sociale della malattia di alzheimer: rifare il punto dopo 16 anni* http://www.censis.it/?shadow_comunicato_stampa=121049.
- Copes, A., Empolini, M., Garbo, P., Gasparotto, L., & Indiano, A. (2013) *Ruoli e attività specialistiche dello Psicologo nell'area anziani*, (a cura di) Ordine degli Psicologi del Veneto.
- De Beni, R., & Borella, E. (Eds.). (2015). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*. Il Mulino.
- De Beni, R., Borella, E., Carretti, B., Marigo, C., & Nava, L. A. (2008). BAC. *Portfolio per la valutazione del benessere e delle abilità cognitive nell'età adulta e avanzata*. Giunti OS, Firenze.
- De Beni, R., Borella, E., Marigo, C., Rubini, E., Fabris, M., Indiano, A., & Rizzato, R. Zanardo, F. (2008). *Lab-I: Empowerment cognitivo*. Firenze, Giunti.
- De Beni, R., Marigo, C., Sommaggio, S., Chiarini, R., & Borella, E. (2009). *Lab-I Empowerment Emotivo motivazionale*. Firenze, Giunti.
- Feil, N. (2003). V/F Validation: The Feil method. Cleveland, OH: Edward Fail Products. Ed. it. *Validation. Il metodo Fail. Per comprendere ciò che i grandi anziani fanno nella mente e nel cuore*. Bologna: Minerva, 2013.
- Gardini, S., Pradelli, S., Faggian, S., & Borella, E. (2015). *La stimolazione cognitiva: un intervento efficace per la persona con demenza. Programma base e di mantenimento della Cognitive Stimulation Therapy (CST)*. FrancoAngeli.
- Hultsch, D. F., Strauss, E., Hunter, M. A., & MacDonald, S. W. (2008). Intraindividual variability, cognition, and aging. *The handbook of aging and cognition*, 3, 491-556.
- Jones, M. (1999). *Gentlecare: Changing the experience of Alzheimer's disease in a positive way*. Hartley & Marks Publishers.
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open university press.
- Knight, B. G., Karel, M. J., Hinrichsen, G. A., Qualls, S. H., & Duffy, M. (2009). Pikes Peak model for training in professional geropsychology. *American Psychologist*, 64(3), 205.
- Knight, B. G., Karel, M. J., Hinrichsen, G. A., Qualls, S. H., & Duffy, M. (2009). Pikes Peak model for training in professional geropsychology. *American Psychologist*, 64(3), 205.
- Nolan, M. (2002). Relationship-centred care: towards a new model of rehabilitation. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 9(12), 472-477.
- Piras, F., Carbone, E., Faggian, S., Salvalaio, E., Gardini, S., & Borella, E. (2017). Efficacy of cognitive stimulation therapy for older adults with vascular dementia. *Dementia & neuropsychologia*, 11(4), 434-441.
- Prince, M., Bryce, R., & Ferri, C. (2018). *World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention*.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. O. B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248-254.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., & Orrell, M. (2006). *Making a difference-an evidence based group program to offer cognitive stimulation to people with dementia-manual for group leaders*. Hawker Publications.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- World Health Organization. (2015). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization. 2002.
- Yates, L., Orrell, M., Leung, P., Spector, A. E., Woods, B., & Orgeta, V. (2014). Making a Difference 3: Individualised CST-A manual for carers.

Sitografia

<https://www.apa.org/>
<http://www.censis.it/>
<http://copgtp.org/>
<http://labi.psy.unipd.it/>
<http://www.sipinvecchiamento.it/>

Elenco degli Iscritti ai quali è precluso l'esercizio della professione di Psicologo

Sospesi ex art. 26, comma 2, Legge n. 56/89

Aggiornamento al 15/04/2019

Cognome	Nome	Data sospensione
Giardiello	Lucia	11/09/2003
Rinaldoni	Gianluca	15/09/2006
Vanzi	Claudia	23/11/2010
Aureli	Deborah	23/11/2010
Botti	Donatella	29/11/2011
Aguzzoli	Michela	29/11/2012
Marcello	Raffaella	29/11/2012
Ruscelli	Monia	29/11/2012
Pagni	Piero	26/11/2013
Catanzaro	Manuela	27/11/2014
Gavioli	Fauzia	27/11/2014
Ghini	Aldo	27/11/2014
Selvatici	Alessandra	27/11/2014
Zuzolo	Chiara	27/11/2014
Annovi	Meris	26/11/2015
Gridelli	Elisabetta	26/11/2015
Bradascio	Pierdomenico	15/12/2016
Antolini	Francesca	15/12/2016
Gennari	Eleonora	15/12/2016
D'Angeli	Giampaolo	30/11/2017
Iacubino	Andrea	30/11/2017
Trocchi	Manuela	30/11/2017
Mainardi	Daniela	29/11/2018

N.B. Gli Iscritti sospesi non possono, in nessun caso, svolgere la professione di Psicologo

ORARI DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

ORARIO INVERNALE (da settembre a giugno)

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì
mattino	9 - 11	9 - 11	9 - 11	9 - 13	9 - 11
pomeriggio	-	15 - 17	-	-	-

ORARIO ESTIVO (luglio e agosto)

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì
mattino	chiuso	9 - 11	9 - 11	9 - 13	chiuso
pomeriggio	-	15 - 17	-	-	-

CHIUSURE STRAORDINARIE

- Dal 1° al 23 agosto compresi - chiusura estiva

INDIRIZZI E-MAIL DELLA SEGRETERIA

- per richiedere informazioni di carattere generale: info@ordpsicologier.it
- per richiedere informazioni su tenuta e aggiornamento Albo: albo@ordpsicologier.it
- per comunicazioni ufficiali tramite PEC: in.pscio.er@pec.ordpsicologier.it (utilizzando esclusivamente il Vs. indirizzo PEC come mittente)

- Redazione** Ordine Psicologi Emilia-Romagna | Strada Maggiore 24 | 40125 Bologna
tel 051 263788 | Fax 051 235363 | www.ordpsicologier.it
- Progettazione grafica e impaginazione** www.silvanavialli.it
- Stampa** Litografia Sab - Bologna



In questo numero

Comunicazioni dal Consiglio

- La riabilitazione come atto professionale dello Psicologo
a cura di ANNA ANCONA pag 3



Focus

- Psicologia e Riabilitazione
a cura di PAOLA PERINI pag 5
- Le maniche arrotolate: il ruolo dello Psicologo nelle
comunità residenziali a carattere riabilitativo pag 15
a cura di NICOLA MAFFINI
- L'essere Psicologo nella riabilitazione dei disturbi
dello sviluppo pag 24
a cura di ERNESTO STOPPA
- Il professionista Psicologo nell'équipe riabilitativa pag 32
a cura di DANIELA ROSSETTI
- La riabilitazione psicologica nel disturbo mentale adulto pag 41
a cura di ELIANA TOSSANI
- Dalla valutazione all'intervento nell'invecchiamento.
Lo Psicologo di fronte alla sfida della longevità pag 50
a cura di ERIKA BORELLA, JESSICA CIRA MADONNA, GIULIO PLATAMONE,
ROSSANA DE BENI

Poste Italiane Spa - spedizione
in abbonamento postale 70% -
CN BO - Bologna

In caso di mancato recapito
restituire all'ufficio di Bologna
CMP, detentore del conto, per la
restituzione al mittente che si
impegna a pagare la relativa tariffa.