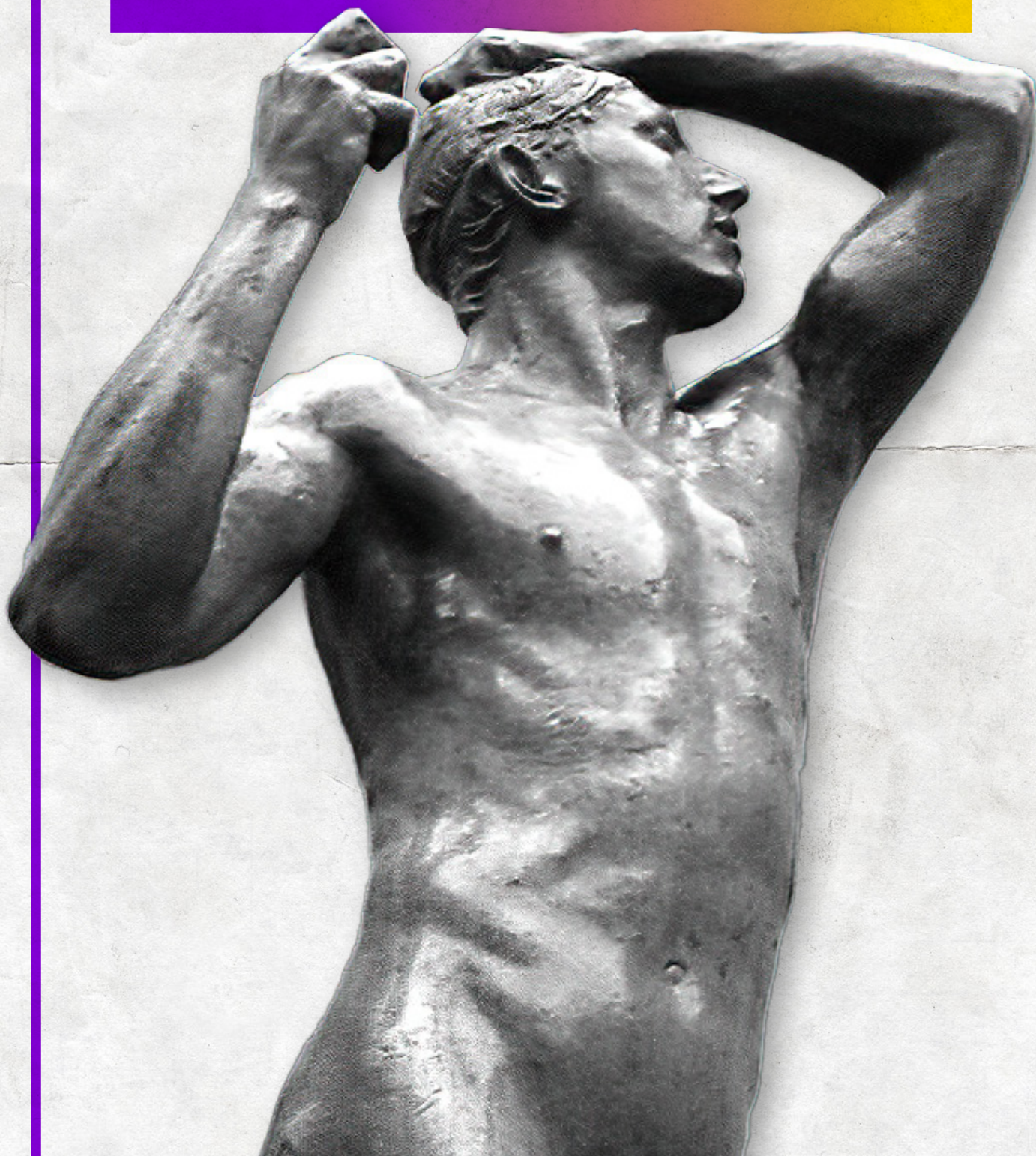




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVII • n. 1 • gennaio–giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia
Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

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

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

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

Art Director:
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente
le opinioni degli autori**

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS,
1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere
comunicazioni sulla pubblicazione
del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter
attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

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

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

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

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

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

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

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

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

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

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

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

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

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

SEZIONE PSICHIATRIA FORENSE

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

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

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



CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E AREE PROFESSIONALI

CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.

SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

Il Case Management: catalizzatore di cambiamento e di crescita professionale

*Report sull'applicazione di una metodologia di lavoro in un DSM
e riflessioni sui risultati attesi e sui risultati ottenuti.*

Compagnone M., Brisichella R.°, Dentici D.*, Tassinato S.*, Dionisio G.*, Pastore M.*, Rossi F.**

ABSTRACT

L'attitudine a misurare, monitorare e valutare, quale cultura empirica di derivazione anglosassone, ha guadagnato spazi negli ambiti professionali con l'introduzione di strumenti di valutazione validati scientificamente sia per finalità di ricerca, sia per un'obiettiva valutazione clinica e di servizio e non da ultimo per omogeneizzare i linguaggi interprofessionali. Stessa considerazione vale per l'introduzione di Modelli Organizzativi e Assistenziali all'avanguardia che sebbene, nel nostro Paese, sono ormai sostenuti da una corposa normativa nazionale e regionale, faticano a decollare e ritardano quel lavoro sanitario e socio sanitario che dovrebbe essere orientato a obiettivi, processi ed esiti soprattutto nell'area altamente

specialistica della Salute Mentale e della Psichiatria di Comunità.

Questi cambiamenti sono ormai doverosi e rappresentano conoscenza, opportunità e prospettive future.

L'esperienza sul campo descritta in questo articolo è il primo risultato di "cambiamenti" introdotti a piccoli passi nella pratica clinica, assistenziale e riabilitativa nella realtà lavorativa del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'ASL Città di Torino ROT (rete Ospedale Territorio) Sud-Est che ha coinvolto le figure professionali dell'Infermiere e dell'Educatore e che hanno evidenziato quanto sia difficile "riflettere sul proprio operato e provare a leggerlo e descriverlo", una prassi poco utilizzata in molti contesti infermieristici ed in particolare in psichiatria. Ma,

pensare al lavoro che si svolge in termini di obiettivi e risultati, può suscitare riflessioni inaspettate e cambiare la percezione del proprio operato. Quello che stava per essere catalogato come un fallimento, basandosi sul paradigma quantitativo, è diventato un momento di riflessione su cosa voglia dire padroneggiare la scala LSP₃₉ attraverso fasi di graduale apprendimento e appropriazione di tecniche. Dal confronto con la letteratura e con i dati a disposizione si è gradualmente sviluppata la consapevolezza che avere uno strumento validato e oggettivo (anche più di uno strumento) aiuta ad affinare le capacità di valutare il lavoro svolto con l'utenza che afferisce al DSM.

INTRODUZIONE

Portare dei cambiamenti nelle realtà lavorative come nella vita di ogni persona genera inquietudine, paura, senso di insicurezza, sensazione di abbandonare una situazione in cui ci si sente protetti dalla "routine" e si insinua anche il dubbio che si potrebbe non essere in grado di affrontarli. Tutto questo perché gli esseri umani sono complessi ed è complessa ogni fase in cui avviene una trasformazione che richiede peraltro un ri-adattamento al "nuovo".

È un percorso lungo e irto di ostacoli e resistenze in particolar modo quando un gruppo di lavoro è stabile da anni ed ancorato ad una visione del lavoro che "stenta ad adattarsi" da un lato alla trasformazione dei bisogni di salute e di benessere da parte della popolazione e dall'altro all'emergere di nuove e complesse forme di disagio biopsicosociale.

«Nella maggior parte delle situazioni organizzative la permanenza di modelli professionali ormai superati (Bigger, 2010) è determinata da rigidità professionali e stereotipi di ruolo che resistono e si oppongono al cambiamento» (Bertoncini, 2015).

Se si pensa poi al cambiamento all'interno di un'organizzazione e nella fattispecie in ambito sanitario, entrano in causa una molteplicità di aspetti.

I cambiamenti organizzativi determinano nelle persone un senso d'insicurezza, che ha valenze sia soggettive che oggettive per l'individuo. Dal punto di vista soggettivo, si può introdurre il concetto di *job insecurity* che si riferisce a una generale preoccupazione circa l'esistenza futura del proprio lavoro (Rosenblatt & Ruvio, 1996), alla percezione di una potenziale minaccia alla continuità della propria attività professionale e alle aspettative personali di continuità in un setting lavorativo (Davy, 1997). Oggettivare il risultato del proprio lavoro in un testo scritto che mostri in maniera chiara e coordinata da cosa si è partiti ed a cosa si è arrivati, è un modo possibile per combattere e contrastare la *job insecurity*. Diverso è raccontare il percorso esperienziale, se si pensa di non aver atteso l'obiettivo o gli obiettivi definiti. Il paradigma quantitativo di stampo positivista con cui gli Infermieri italiani nascono (Mortari & Zannini, 2017) porta a credere che per pubblicare una esperienza è necessario raccogliere molti dati e che l'analisi, l'elaborazione e fintanto la rappresentazione dei medesimi siano di per se sufficienti per rendere suggestivamente le soluzioni.

*«Le riflessioni epistemologiche sulla natura della Spiegazione biomedica delle malattie convergono largamente sul fatto che questa difficilmente può essere ricondotta ai modelli nomologici privilegiati dalla tradizione logicista o fisicalista del neopositivismo. Banalmente si può dire che in medicina non esistono leggi del cancro o dell'infarto.»*¹.

La conseguenza è che quando l'approccio al proprio lavoro è di natura speculativa si attendono risultati tangibili e incontrovertibili. E quando questi risultati sono invece difficili da interpretare o il campione non è significativo statisticamente, il rischio è che si pensi di avere fatto un lavoro inutile (Brunetti et al, 2015).

Inoltre, quando si pubblica, *«in recent years, the trend has been to publish only studies with 'significant' results and to ignore studies that seem uneventful. This may lead to a biased, perhaps untrue, representation of*

1. www.treccani.it/enciclopedia/la-grande-scienza-la-biomedicina-e-le-sue-basi-epistemologiche_%28Storia-della-Scienza%29/

*what exists in nature»*². Eppure, in teoria, si dovrebbe imparare anche dagli errori, o perlomeno, se ne dovrebbe tenere traccia per non ripeterli.

Ci sono stati tentativi di pubblicare in campo biomedico riviste che tenessero memoria di risultati negativi. BioMed Central ha pubblicato fino al primo settembre 2017 il *Journal of Negative Results in BioMedicine*³, ma evidentemente, è difficile ammettere in maniera articolata e convincente che qualcosa è andato storto, e la rivista ha cessato la pubblicazione.

Per entrare nel “core” della nostra esperienza sul campo iniziamo con questi interrogativi: non avere davanti agli occhi dei risultati illuminanti e autoesplicativi vuol dire davvero che qualcosa è andato storto? Non potrebbe essere che il problema è stato sottovalutato o sopravvalutato, oppure qualcos’altro ha impedito di raggiungere i risultati attesi? E soprattutto: che risultati ci si aspettava? Avevamo chiaro l’obiettivo della nostra ricerca? Eravamo in grado di valutare correttamente il nostro lavoro?

Noi vogliamo raccontare una “storia professionale” che pur se ha avuto un iter non proprio lineare agli obiettivi e ai risultati attesi, non può essere considerato un “fallimento” semmai un arricchimento per tutti gli attori direttamente coinvolti e una esperienza interessante e utile per quelli che verranno. A far eco, le parole che seguono:

«Nella realtà vissuta, c’è assoluta necessità di ricerche utili, cioè di ricerche che facciano la differenza, perché capaci di introdurre miglioramenti nel reale» (Mortari & Zannini, 2017).

Scopo di questo articolo è rendere conto di un “percorso” di scoperta di qualcosa di imprevisto mentre si cercava altro e che si è trasformato in una grande opportunità di crescita professionale.

Nel 2020 la ROT (Rete Ospedale Territorio) Sud Ovest

del DSM (Dipartimento di Salute Mentale) dell’ASL Città di Torino ha deciso di indirizzare parte delle risorse dipartimentali dedicate alla formazione per apprendere e applicare il Modello del Case Management secondo la declinazione che è stata messa in atto in Regione Lombardia (Cerati et al. 2013). All’iter formativo è seguita la sperimentazione nelle realtà lavorative.

Il termine “Case Management” significa letteralmente “gestione del caso” ma questa è una definizione semplificativa: il CMSA (Case Management Society of America) offre una delle definizioni più accreditate e complete:

Il Case Management è un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell’individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere outcomes di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia”

Nel 2022, dopo la prima esperienza sul campo, si è reso necessario valutare e verificare i risultati raggiunti. A tal proposito è stato costituito un gruppo di lavoro per raccogliere i dati di esperienza e uno degli strumenti utilizzati è stata la Scala Life Skills Profile 39 (LSP 39) che è diventata dotazione anche dei professionisti, Infermieri ed Educatori, della Cooperativa che affianca il lavoro nella ROT, per valutare il progetto riabilitativi ma che non hanno applicato nelle prassi il Modello del case Management.

Il gruppo di lavoro ha iniziato col verificare la fattibilità di questo processo di verifica dei risultati con una valutazione del portfolio delle competenze presenti e necessarie oltre a definire la metodologia da seguire. In prima istanza, si era pensato di procedere ad un lavoro di tipo quantitativo raccogliendo più dati possibile, ovvero

2. www.jnr-ceb.org/index.php/jnr visitato il 22 ottobre 2023

3. www.jnr-bm.biomedcentral.com/ visitato il 22 ottobre 2023

più schede della Scala di Valutazione LSP39. Ma scoprendo che il campione a cui era stata somministrata la Scala era piccolo per la significatività statistica, il gruppo di lavoro si è interrogato sul come procedere.

Il primo step è stato la raccolta di tutte le LSP39 compilate e la selezione di tutti i casi in cui ci fossero almeno due schede compilate nei tempi T₀ e T₁ con cui fare un confronto interno. Sono stati aggiunti alcuni dati anagrafici e diagnostici per avere un quadro più rappresentativo del percorso. Prima di applicare qualsiasi filtro (età, sesso, diagnosi, applicazione o meno della metodologia del Case Management) si è pensato di vedere se confrontando tutte le schede fra di loro emergeva qualche tendenza generale. Lo scopo era vedere come tutto il campione si era comportato nella sua totalità, proprio nella consapevolezza che le schede erano poche e che un confronto fra pazienti su cui era stata usata la metodica del case management e quelli su cui non era stata usata poteva essere soggetto a grossi *bias* legati alla poca numerosità del campione.

Nella maggior parte dei casi si poteva stimare un miglioramento dei punteggi totali fra la T₀ e la T₁, a prescindere dall'aver applicato o meno il Modello del Case Management.

“Altri studi che hanno valutato i risultati dell'applicazione del Case Management con altre Scale validate (HoNOS - Health of the Nation Outcome Scales) e che sembravano avere un numero di casi statisticamente più rilevante e maggiori competenze metodologiche hanno più correttamente fatto i loro calcoli su dati non grezzi e «dall'analisi dei dati si è evidenziato come l'intervento dell'Infermiere Case Manager produca maggiori miglioramenti soprattutto nella fase iniziale con una diminuzione molto significativa nelle somministrazioni semestrali, tanto da ipotizzare la possibilità, di somministrare, la suddetta scala, a T₀ (nel momento della presa in carico dell'utente) e poi ogni 6 mesi anziché, ogni 3 mesi (Erlicher A, Vigorelli M et al., 2005). Dopo il periodo iniziale di trattamento con il Modello organiz-

zativo del Case Management Infermieristico si nota una certa stabilizzazione dei punteggi HoNOS (Tansella M, Thornicroft G, 2000).” (Moriconi et al. 2016).

Nella nostra esperienza l'impressione era che si raggiungesse il medesimo risultato senza applicare modelli organizzativi nuovi. Come interpretare tutto questo? Si trattava di un bias o questo risultato apparentemente controdeduttivo ci dava un indizio da non sottovalutare su qualcosa di inaspettato che andava indagato? E come mai quel risultato sembrava comunque stranamente sovrapponibile ai risultati di altri studi con altri strumenti validati e con altri numeri?

Una delle spiegazioni possibili poteva essere che il miglioramento non fosse, in parte, che un artefatto legato allo sguardo che l'Infermiere volge sul paziente con uno strumento (sia esso la HoNos o la LSP39) e non quindi il risultato dell'uso del Modello del Case Management?

E se invece di considerarlo un artefatto fosse esso il risultato del nostro studio?!

MATERIALI

- Corso di formazione sul Case management tenuto da un esperto della materia utilizzando come base il Case Management come declinato nei DSM della Lombardia a infermieri e medici della ROT Sud Est del DSM dell'ASL Città di Torino.
- Scheda di monitoraggio del processo di case management;
- Strumento per l'esplorazione delle reti personali (Mappa di Rete)
- La Life Skill Profile 39 (LSP39)
- Un database costruito utilizzando Epi Info per raccogliere i dati in modo da preservarne l'integrità evitando manomissioni accidentali durante l'elaborazione.
- Reperimento di articoli della letteratura sul Case Management, la LSP39 ed i vari aspetti che via via venivano esplorati, senza una ricerca sistematica preliminare, ma andando a cercare articoli di approfondimento man mano che si ponevano i quesiti.

- Somministrazione di un questionario agli Infermieri dei CSM (Centro di Salute Mentale) coinvolti nella sperimentazione sulla soddisfazione e sull'utilità del Modello o della sola Scala di Valutazione.

Dopo aver rilevato le difficoltà evidenziate da alcuni nell'utilizzo di più schede, il Coordinatore Infermieristico ha pensato di raggruppare in un'unica scheda l'esplorazione delle reti personali e la LSP₃₉ modificata raggruppando le varie sottoscale in blocchi omogenei e di ridefinire un patto con il paziente in modo che fosse possibile avere in un solo documento tutto il necessario.

METODI

- Implementazione della LSP₃₉, della mappa di rete del paziente, e della scheda di monitoraggio del processo (per i professionisti che hanno praticato il Modello del Case Management). A tutti gli altri professionisti come già descritto è stata richiesta come nuova metodica di lavoro di inserire la LSP₃₉ come parte del progetto riabilitativo.
- La creazione di un gruppo di lavoro su base volontaria che raccogliesse le fila dell'esperienza e procedesse a scrivere un articolo sull'argomento.
- La creazione di un gruppo di lavoro che facesse sintesi di quanto si era svolto per restituire all'équipe curante multiprofessionale in una delle riunioni periodiche in entrambi i CSM.
- Calendarizzazione di riunioni periodiche nelle quali per fare il punto della situazione e discutere sui progressi e sul materiale raccolto.
- I due gruppi di lavoro, di fatto si sono sempre confrontati vista la correlazione fra i due lavori e che uno dei due gruppi era formato da due Infermieri provenienti da un solo CSM non avendo avuto adesioni da parte di Infermieri dell'altro CSM.
- Raccolta e condivisione del materiale bibliografico selezionato.
- Traduzione di alcuni articoli per renderli fruibili a chi

non aveva abbastanza dimestichezza con l'inglese ed il francese oltre che per avere una base di conoscenze condivisa più ampia possibile per la discussione.

- Raccolta e sistematizzazione dei dati: le schede compilate andavano ridotte a dati anonimi e confrontabili. Per poter avere su tutti i PC (Personal Computer) lo stesso programma e quindi lo stesso layout si è scelto di usare EpiInfo del CDC di Atlanta, che è gratuito e che poteva essere installato su ogni PC senza gravare l'Azienda di costi di alcun genere e senza dover chiedere fondi. Epi Info è uno strumento valido e testato per i dati sanitari garantito dalla competenza e dall'esperienza del CDC di Atlanta.

È stato creato un file CSV (Comma-Separated Values) con cui si è potuto creare una base dati omogenea su cui lavorare senza compromettere l'integrità dei dati. Si è così proceduto ad una analisi sommaria dei risultati più grossolani e a seguire sono stati messi a confronto la prima e la seconda somministrazione della LSP₃₉, come comparazione preliminare fra i dati delle due somministrazioni.

RISULTATI

La compilazione delle schede e l'applicazione del Modello del Case Management nei due CSM ha richiesto un impegno oneroso, peraltro, alcune schede sono risultate incomplete e alcune non compilate correttamente inficiando così l'interezza del dato. Si è tornati a riprendere il materiale cartaceo per sollecitare la compilazione corretta che di pari passo avrebbe aumentato numericamente le schede e quindi i dati a disposizione.

Un problema rilevante è stato che il materiale in uso è stato modificato in corso d'opera così che nell'imputare i dati nel database si è dovuta fare molta attenzione per evitare di confondere gli items. Inoltre, la compilazione delle schede è stata vissuta da diversi operatori come un "compito" aggiuntivo e non come uno strumento di lavoro utile e quindi sentito come un bisogno di possedere un metodo e lavorare per processi e obiettivi; queste resi-

stenze hanno inevitabilmente prodotto una operatività non accurata e frettolosa.

La gestione dei dati da parte dei professionisti coinvolti non è stata corrispondente agli obiettivi prefissati, e tra i membri del gruppo è mancata una sorta di omogeneità di intenti pur nella ricchezza delle diversità. L'idea iniziale di creare una diade caso controllo proporzionata, se da una parte sarebbe stata metodologicamente opportuna, dall'altra non avrebbe permesso di focalizzare il dato sul quale si basa questo paper.

Per cui, ciò che nella fase iniziale di questa esperienza sembrava essere un ostacolo al poter descrivere il lavoro svolto, si è rivelata una nuova opportunità che invece e inaspettatamente ha costretto tutti i professionisti coinvolti a riflettere su cosa era accaduto che ha avuto la sua importante significazione.

Su 35 pazienti con due schede compilate, solo per 8 pazienti non sono stati rilevati miglioramenti fra una rilevazione e la successiva, mentre due pazienti hanno un punteggio invariato fra una rilevazione e l'altra.

Tutti gli altri hanno avuto punteggi più alti nella seconda rilevazione.

E rispetto alle sottoscale, il risultato non cambia:

- in 13 schede la sottoscala "cura di se" è peggiorata.
- 8 hanno visto un peggioramento nella sottoscala "non turbolenza".
- 7 sono peggiorate nella sottoscala "comunicatività".
- 7 sono peggiorate nella sottoscala "contatto sociale".
- 7 sono peggiorate nella sottoscala "responsabilità".
- 11 pazienti hanno avuto punteggi inferiori in alcune aree (aree non singolo item) ma sono comunque risultati con punteggi più alti alla seconda rilevazione.
- 10 pazienti hanno avuto un peggioramento in una sola area.
- 2 sono peggiorati in due aree.
- 1 è peggiorato in tre aree.
- 2 sono peggiorati in quattro aree.
- 1 è peggiorato in tutte le aree.

DISCUSSIONE

La SLP, da sola, sembra non avere una grossa predittività. Nata in Australia nel 1989 (Rosen 1989) consultando «psychiatrists, nurses, other mental health professionals, boarding house proprietors, and relatives». La versione italiana è del 1994 (Zizolfi 1994). Sembra essere stata pensata in un'epoca di deistituzionalizzazione ed essere quindi tarata su una realtà di pazienti con una storia di malattia mentale molto importante e connotante, soprattutto schizofrenici, che, soprattutto, nella loro storia clinica avevano grossi periodi di istituzionalizzazione in strutture chiuse di tipo asilare, con tutto ciò che questo comporta. Inoltre, sembra incapace, da sola, di dare una visione del paziente che abbia dei risvolti operativi. Burgess et al (2017) ritengono che «Further work is required to determine which, if any, of these instruments satisfy further criteria relating to their appropriateness for assessing functioning within relevant service contexts, acceptability to clinicians and consumers, and flexibility in routine practice.» riferendosi anche ad altre scale di valutazione simili. Versioni con 16 e 20 items sono state inserite in batterie usate in studi segnalati nel manuale originale (Rosen et al 2006). Nella Regione Piemonte la LSP39 si è utilizzata per raccogliere dati sui pazienti nell'area residenziale, affiancata alla GAF (Global Assessment of Functioning), e la HoNos. Manickam et al (2005) l'hanno affiancata alla PRS (Patients Rejection Scale) per valutare la correlazione fra le abilità dei pazienti ed il rifiuto da parte dei principali assistenti familiari ed è stata aggiunta una sottoscala per l'armonia familiare.

La realtà dei CSM del ROT Sud Est sembra caratterizzata dalla difficoltà a pensare di misurare i risultati del proprio lavoro. La storia dei due CSM nelle varie evoluzioni dalla loro nascita alla fine degli anni '70 del secolo scorso ha fatto sì che si creasse uno stile di lavoro poco incline alla discussione sui risultati. Si è instaurato un sistema nel quale si pensa che il lavoro dell'Infermiere consista soprattutto nel rispondere a delle richieste assistenziali dei pazienti, dei familiari e del curante, senza

molto pensare gli interventi, che risultano quindi rivolti ai pazienti spesso in maniera non mirata.

Non aspettandosi nessuno dei veri miglioramenti legati al lavoro degli operatori, lo scopo del lavoro sembra consistere soprattutto nell'effettuare interventi come accompagnamenti a visite mediche, gestire le terapie ed il denaro, aiutare nel disbrigo di pratiche burocratiche e nella quotidianità sine die e senza una progettualità. Di fatto così è come se il paziente possa essere considerato sempre uguale a se stesso, fino a che non si certifichi un qualche cambio di status che preveda il passaggio a qualche altra articolazione del Sistema: la valutazione di disabilità prima non certificate o non indagate. Questo ha fatto sì che spesso gli Infermieri e altre figure professionali che si occupano del paziente non sappiano veramente quale sia la patologia per il quale viene seguito, oppure che abbiano addirittura idee confuse o fuorvianti su quale sia la sintomatologia che affligge il paziente nell'ottica che se il paziente è seguito, avrà sicuramente una patologia psichiatrica. Da poco si è cominciato a discutere sull'opportunità o meno di effettuare alcuni tipi di interventi in base all'utilità per il paziente e non solo rispetto alla possibilità o meno di effettuarli, ma l'abitudine a *fare senza pensare al perché si fa*, crea spesso una sensazione di incompiuto o di non soddisfazione quando si rifiuta o si decide di non effettuare un trattamento, anche quando essa è palesemente non congrua con il progetto terapeutico o addirittura ostacolante la possibilità di autonomizzare la persona che chiede un intervento assistenziale. A questo si aggiunge che la dotazione organica dei DSM in Piemonte dall'ultimo rapporto disponibile (Ires 2017) è sotto la media nazionale e si attesta a 0,4 ogni 1500 abitanti comprendendo anche gli SPDC, e da allora i dati sono ancora peggiorati a causa dei pensionamenti e della riorganizzazione nel frattempo intercorsa che ha portato all'uscita del personale dell'ASL dalle strutture residenziali e dall'impatto dell'emergenza Covid 19 sui Servizi di Salute Mentale. Anche l'avvicinarsi del personale medico ha avuto un

ruolo in questa situazione. Una intera generazione di medici è andata in pensione ed in alcuni CSM non c'è più nessun medico sopra i cinquant'anni o che lavori in quel luogo da più di cinque anni. Si è così ricreata una situazione molto simile a quella che si era creata all'epoca dell'apertura dei CSM con personale infermieristico con molti anni di esperienza e personale medico molto giovane ed appena uscito dalla scuola di specialità. Ma a differenza di quegli anni, gli Infermieri dei CSM ora hanno tutti una formazione generalista. E se è vero che i vecchi infermieri psichiatrici avevano solo il vecchio corso di un anno previsto dalla legge del 1906, è anche vero che chi aveva aperto i CSM aveva accumulato una formazione psichiatrica sul campo che gli infermieri attuali spesso non hanno ed erano partecipi del clima culturale dell'Italia di quei tempi che ha favorito la chiusura dei manicomi ed i processi di deistituzionalizzazione. Nel secolo scorso, negli anni '80 c'erano molte Infermiere motivate ed alcune, in certi contesti, hanno anche prodotto delle riflessioni sulla professione (Tacchini 1998), ma in molti altri i CSM sono stati aperti e tenuti in vita da personale poco preparato e poco motivato. La tanto auspicata, ai tempi della chiusura dei manicomi, integrazione della psichiatria con il resto delle strutture sanitarie, ha fatto sì che spesso nei CSM, visti come servizi ambulatoriali (e quindi visti come meno pesanti dal punto di vista fisico perché non si fanno i turni notturni) negli ultimi anni non siano più arrivati Infermieri che abbiano scelto di lavorare con il disagio mentale, e che i DSM abbiano a loro volta privilegiato gli SPDC come luoghi in cui mantenere una presenza infermieristica massiccia mentre i CSM si sono poco a poco sguarniti e quasi non c'è stato ricambio generazionale quanto piuttosto un impoverimento ed una banalizzazione degli interventi. Fatte salve, come sempre, le eccezioni e le eccellenze, che sempre ci sono state, e che rendono così difficile fare una mappa puntuale dell'esistente, stante la situazione a macchia di leopardo delle criticità come delle situazioni ottimali, anche nella stessa ASL.

La formazione sul Case Management ha inserito nella ROT Sud Est una variabile importantissima e fino ad allora trascurata: il tempo. Inoltre, durante l'emergenza Covid l'SPDC di riferimento è stato chiuso, e tutti gli Infermieri che vi lavoravano sono stati prima impiegati nell'emergenza Covid, e poi dispersi. Questo ha fatto sì che il SPDC di riferimento sia diventato quello di un'altra Azienda Ospedaliera e che non ci siano stati più legami né funzionali né gerarchici fra i CSM e il SPDC.

In questo contesto ed a fronte di una destabilizzazione crescente di un equilibrio che perdurava da molto, solo pochi Infermieri hanno accolto il Case Management come una opportunità e non come una sovrastruttura imposta dall'alto e sostanzialmente inutile.

Ora, però, una prima lettura dei dati offre un risultato che nessuno si aspettava; risultato che può aprire lo spazio ad una nuova lettura della realtà.

Vista l'impossibilità, con questi dati, di imbastire un discorso quantitativo, si pone la necessità di fare un lavoro di tipo riflessivo e quindi qualitativo. Si tratta di chiedersi che cosa voglia dire il fatto che somministrare una Scala più volte alla stessa persona sembra registrare quasi sempre un miglioramento?

Cosa può voler dire? Una risposta può essere che farsi aiutare nell'osservare un paziente da uno strumento, nonostante tutte le sue pecche ed i suoi limiti, è già di per se un modo per migliorare la percezione dell'Altro.

Come afferma Schön (1993) «Quando una prestazione intuitiva, spontanea, non produce altro che i risultati attesi, allora tendiamo a non rifletterci sopra. Ma allorquando una prestazione intuitiva porta alla sorpresa, piacevole e promettente, o non voluta, è possibile rispondere con una riflessione nel corso dell'azione». Osservare con attenzione e con metodo una persona ci permette, comunque, di avere uno sguardo più attento e soprattutto maggiormente oggettivo. Se procediamo nell'analisi con questa proposta di lettura dei dati, il potenziale bias che sembra venire fuori dalla compilazione della LSP39 si rivela invece un indizio sulla possibilità che poggiare uno

«sguardo attento» sull'Altro può consentire una conoscenza più profonda e interessante quando non intrigante.

E se ad uno sguardo superficiale questi risultati sembrano rendere lo strumento che abbiamo usato apparentemente inaffidabile, se cambiamo la prospettiva e vediamo la capacità di focalizzare la propria attenzione sul singolo nella sua unicità come lo strumento e la LSP39 come un allenamento ad esercitare lo strumento, vediamo che il corso sul case management ed i movimenti successivi nell'équipe sono un'evoluzione positiva da coltivare e governare e non un bias da eliminare.

«Le innovazioni non possono essere efficacemente assorbite in una istituzione esistente senza produrre in essa significativi cambiamenti. Le organizzazioni devono adattarsi alle innovazioni che adottano. Nel corso di questo processo di adattamento l'organizzazione replicante trasforma l'innovazione e se stessa» (Schön 1993)

Le discussioni all'interno del gruppo di lavoro hanno creato un clima di curiosità e stimolato il confronto in termini metodologici e di risultato che sembra avere le potenzialità per creare un cambiamento nel gruppo di lavoro. Aver perseverato nel portare avanti questo lavoro, nonostante l'apparire di evidenti carenze nella formazione metodologica e nell'approfondire la questione del cosa stavamo facendo e perché, è già un passo avanti verso la creazione di un sapere condiviso e spendibile e questo paper ne è la dimostrazione. Perché se non si finalizza il lavoro svolto con qualcosa che metta ordine sui progressi fatti, il rischio è che ci si senta frustrati dal non aver prodotto niente e non si riconosca il potenziale di cambiamento che si è innescato. Quindi, decidere di descrivere questo processo è un modo per rendere replicabile (e quindi rispondente al paradigma di Popper su cosa sia scientifico) l'esperienza fatta dal gruppo di lavoro. L'oggetto su cui si posa quindi l'attenzione diventa quindi il percorso. Si sono identificati dei punti critici e si è messo in discussione lo status quo. E questo è ciò che fa la differenza. Si è compreso che esistono metodi e strumenti di lavoro e non è più possibile affermare

che «*nella Salute Mentale non c'è il vantaggio della tecnologia, se non riferendosi alla terapia farmacologica e spesso si rimane bloccati in una aurea fatalistica e poco tangibile*» (Brisichella 2016). Il percorso partito a quei tempi, è stato un seme piantato sicuramente in un terreno fertile che lo aspettava, solo apparentemente sembrava un terreno arido e seppur lentamente sta dando i suoi frutti.

Inoltre, si è preso atto che usare il metodo scientifico senza avere chiari i suoi limiti può portare a risultati paradossali ed addirittura ottenere dei risultati che sembrano non confermare la validità dei cambiamenti messi in atto portando a ipotizzare che il modello sperimentato non sia adatto, quando invece era errato pensare che “esporre” ad una teoria, cioè farla conoscere e chiedere di utilizzarla possa di per se farla abbracciare e considerare valida (Brunetti et al 2015). Pensare che avere conoscenza di una nuova tecnica o di una nuova teoria o un nuovo corpus di conoscenze possa di per se innescare un cambiamento, rischia di essere un po' come se ci si aspettasse una specie di conversione religiosa che magicamente possa cambiare non solo la prospettiva, ma anche gli esiti del lavoro. Una buona teoria ed uno strumento valido di per se non garantiscono nulla, soprattutto se confrontati con ciò che si conosce e ciò che si sa fare. Anche perché se, fra le altre cose, ci si pone come se i vecchi metodi e strumenti vengono considerati come sbagliati o superati, o comunque peggiori dei nuovi, invece che, più correttamente, presi come base di partenza per il nuovo e non come alternative, la reazione può essere di rigetto, anche in presenza di oggettivi risultati.

Dalla lettura approfondita di alcuni articoli della letteratura internazionale si è anche visto che spesso le variabili culturali, sociali ed organizzative possono rendere molto difficile confrontare esperienze fra paesi diversi. L'articolo di Silvia Diaz-Fernandez, che dal titolo e dalla lettura dell'abstract sembrava descrivere una situazione sovrapponibile a quella italiana, nella quale si descriveva un'applicazione della metodologia del Case Management con una paziente affetta da schizofrenia, ha portato a tre

riflessioni: la prima che un articolo recuperato su PubMed descriveva un caso singolo e quindi che era possibile scrivere un articolo pubblicabile senza dover affastellare montagne di dati; la seconda che «*Community-based programmes for people with severe mental illness (SMI) with a case management methodology, have shown high treatment adherence and a decrease in psychiatric hospitalization.*» ed ancora: «*The outcomes over the years are remarkable, achieving among other objectives not only clinical stabilization but also a normal life*» (Diaz-Fernandez 2022), ed in terzo luogo che alcuni strumenti e metodi declinati in base alle risorse ed alle pratiche in uso nel luogo possono avere lo stesso nome ma tempi e modi molto diversi, come il day hospital durato due anni descritto nel percorso di cura da Diaz-Fernandez, che in Italia sarebbe stato probabilmente un soggiorno in una comunità (SRP Struttura Residenziale Protetta) con copertura a fasce orarie o sulle dodici ore, mentre i nostri day hospital durano al più settimane o mesi.

CONCLUSIONI

L'inerzia istituzionale spesso impedisce ai gruppi di lavoro di crescere professionalmente e produrre conoscenza. Gli strumenti messi a disposizione anche attraverso formazioni promosse dalla stessa organizzazione sono viste come calate dall'alto e prive di veri risvolti nella realtà lavorativa. L'inserimento di nuovi strumenti di lavoro o modelli organizzativi e/o assistenziali all'avanguardia può essere visto come un'imposizione o nuove responsabilità o comunque un aggravare il carico di lavoro quotidiano e non un modo per migliorare la qualità del servizio offerto e dare un senso ed una direzione al proprio agire professionale

Il solo far conoscere qualcosa di nuovo, di moderno nelle realtà lavorative non ha l'impatto che si auspica e la formazione perde la sua “essenza” di essere declinata e contestualizzata nelle prassi. Mettersi a tavolino e discutere su cosa si sta facendo può innescare invece una dinamica positiva. Soprattutto se a farlo sono professionisti che

hanno deciso di mettersi in gioco ed hanno scelto di approfondire e mettere per iscritto il proprio percorso cercando di renderlo chiaro a se stessi ed agli altri.

Rispetto al Case Management, possiamo dire che, seppure con le differenze legate al contesto, la letteratura internazionale sembra farci sperare di aver intrapreso una strada fruttuosa. La sua implementazione ha innescato una serie di cambiamenti nel gruppo di lavoro che speriamo possano continuare. L'operatività ha portato ad usare prioritariamente la LSP₃₉ nei due CSM. La continuità con il modello regionale porterebbe a pensare di affiancarvi la Global Assessment of Functioning (GAF) o VGF (Valutazione Globale del Funzionamento), ma essendo questa scala sostituita nel DSM V dalla WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0) potrebbe essere invece quest'ultima ad affiancare la LSP₃₉.

Il nostro contributo all'avanzamento della professione è soprattutto legato alla descrizione di un processo, della segnalazione che seppure con qualche titubanza e fatica si può andare avanti e migliorare, e che seppure senza aver raggiunto risultati eccezionali, abbiamo dimostrato che si può migliorare e descrivere questo processo in modo che altri possano pensare di seguire una strada di crescita professionale e di miglioramento continuo.

L'applicazione, seppur parziale, del modello organizzativo è comunque un'esperienza, un primo passo, che ha creato un cambiamento, condotto ad una riflessione sulla cultura del servizio e che non ultimo, ha "contribuito" a sentire la necessità di ripensare il contesto nel quale si lavora. L'ideale sarebbe poter discutere ed approfondire in prospettiva anche su questioni più generali come:

- ridefinire ed esplicitare la mission del DSM e del Servizio alla luce dei cambiamenti della società e dell'utenza;
- ricordare e contestualizzare il paradigma teorico di riferimento nello specifico professionale, e ridefinirlo laddove necessario;
- ridefinire lo stile di leadership a tutti i livelli;

- favorire degli interventi utili a creare un clima di lavoro favorevole alla crescita delle competenze ed a creare un ambiente lavorativo sereno e motivato;
- prepararsi e favorire un cambio generazionale e la tipologia di skills da integrare
- condividere maggiormente gli obiettivi con la stessa persona assistita nell'ottica dell'empowerment e con una progettualità recovery oriented.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Infermieri DSM ASL Città di Torino ROT Sud EST*

° *Coordinatore infermieristico ASL Città di Torino ROT Sud EST*

BIBLIOGRAFIA

1. Bertoncini F., Boggio Gilot C.; Gatta C.; Croso A. *Cambiare si può! Storia di un cambiamento: il Primary Nursing all'ASL di Biella* L'infermiere 6/2015
2. Croci A. *L'invecchiamento generazionale infermieristico* Tendenze Nuove 2/2016 89-100
3. Rosenblatt, Z., & Ruvio, A. (1996). *A test of a multidimensional model of job insecurity: The case of Israeli teachers*. Journal of Organizational Behavior, 17, 587-605.
4. Davy, J.A., Kinicki, A.J., & Scheck, C.L. (1997). *A test of job security's direct and mediated effects on withdrawal cognitions*. Journal of Organizational Behavior, 18, 323-349.
5. Mortari L. Zannini L. (A cura di) *La ricerca qualitativa in ambito sanitario* 2017 Carocci, Roma
6. Cerati G. (a cura di) *Il case manager nei Dipartimenti di Salute mentale della Regione Lombardia. Il percorso formativo e la pratica*. McGraw-Hill Education, Milano 2013 ISBN 978-88-386-6866-1
7. Case Management Society Of America *Standards of Practice for Case Management*, Revised 2022. In corso di pubblicazione in italiano.
8. Brunetti, P., Pellegrini, W., Masera, G., Berchialla, P., & Dal Molin, A. (2015). *Il modello assistenziale dello Human Caring: risultati di uno studio pre e post intervento con gruppo di controllo*. Professioni infermieristiche, 68(1). Recuperato da www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/136
9. Moriconi I., De Paola T, Rocco G., Stievano A., Turci C. *Infermiere case manager in salute mentale: benefici per i pazienti misurati attraverso la scala HoNOS*, L'infermiere 2/2016 17-24
10. Rosen A, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. *The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia*. Schizophr Bull. 1989;15(2):325-37. doi: 10.1093/schbul/15.2.325. PMID: 2749191.
11. Zizolfi S. *La versione italiana del Life Skills Profile (LSP) uno strumento per la valutazione del funzionamento e delle disabilità dei pazienti schizofrenici*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 1997 6(3), 196-204
12. Rosen A., Hadzi-Pavlovic D., Parker G., Trauer T. *The Life Skills Profile. Background, Items and Scoring for the LSP-39, LSP-20 and the LSP-16* www.blackdoginstitute.org.au/research/tools/index.cfm (non più raggiungibile al 31/10/2023)
13. Burgess, P. M., Harris, M. G., Coombs, T. & Pirkis, J. E. (2017). *A systematic review of clinician-rated instruments to assess adults' levels of functioning in specialised public sector mental health services*. Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry, 51 (4), pp.338-354. <https://doi.org/10.1177/0004867416688098>.
14. IRES Piemonte, *Salute mentale in Piemonte* 2017, Torino 2017 www.ires.piemonte.it/pubblicazioni/ires/Rapporto-SaluteMentale_2017.pdf
15. Tacchini M.A. *Professione infermiere nei servizi psichiatrici*, 1988 Masson Milano
16. Schön D.A. *Il Professionista riflessivo*, 1993 Edizioni Dedalo Bari
17. Lss Manickam, R. Satheesh Chandran, *Life skills profile of patients with schizophrenia and its correlation to a feeling of rejection among key family carers*, Indian J Psychiatry. 2005 Apr-Jun; 47(2): 94-98.
18. Brisichella R. *Sviluppo metodologico e culturale dell'infermieristica in un centro di Salute Mentale*. L'infermiere 2/2016 (59-64)
19. Diaz-Fernández S. *The mental health nurse as case manager of a patient with severe schizophrenia*, Enfermeria Clinica 32 (2022) 60-64

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

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

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

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

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni