

**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze

Corso di Laurea Triennale in Tecnica della Riabilitazione
Psichiatrica

**Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione
Psichiatrica (Te.R.P.) nei Servizi per le Dipendenze
Patologiche**

Relatore:

Prof.ssa. Arianna Camporese

Laureanda:

Silvia Paiusco

Matricola: 2021599

ANNO ACCADEMICO 2022/23

ABSTRACT

I Servizi per le Dipendenze Patologiche (Ser.D.) si occupano delle attività di cura, riabilitazione, prevenzione anche delle patologie correlate, reinserimento sociale e lavorativo nell'ambito delle dipendenze. Il disturbo da uso di sostanze, l'alcool-dipendenza e il gioco d'azzardo patologico sono delle patologie psichiatriche (spesso in comorbidità con altre patologiche psichiatriche) e in quanto tali, chi ne è affetto necessita di un intervento propriamente individualizzato ed integrato con elementi di educazione e riabilitazione psichiatrica.

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (Te.R.P) è l'operatore sanitario che svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica. Nonostante, ad oggi, la figura del Te.R.P abbia trovato un buon spazio di lavoro nell'ambito della salute mentale e della psichiatria più in generale, fatica ancora a ritagliarsi il proprio posto nell'ambito delle dipendenze patologiche. A luce di tale premessa, l'oggetto di questa tesi sarà di illustrare tre modalità con le quali un Te.R.P può operare nei Servizi per le Dipendenze Patologiche, seguendo quelle che sono le core-competence di questa figura, i bisogni dei pazienti e dei servizi. È stato inoltre somministrato un sondaggio online agli operatori di alcuni Ser.D (nei territori del Veneto e del Friuli-Venezia-Giulia) nel quale sono state illustrate le tre proposte lavorative di cui sopra, permettendo ad ogni intervistato di indicare quale fosse la proposta più gradita. Con questa procedura si è voluto mostrare qual è l'effettiva necessità lavorativa di questi servizi, dal punto di vista di chi ci lavora quotidianamente.

INDICE

-INTRODUZIONE.....	6
-CAPITOLO PRIMO - IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (Te.R.P.) E I SERVIZI PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE (Ser.D.).....	8
1.1 La figura del Tecnico della Riabilitazione psichiatrica (Te.R.P).....	8
1.2 Il concetto di recovery nelle dipendenze patologiche.....	10
1.3 I Servizi per le Dipendenze Patologiche (Ser.D.): dati epidemiologici e tipologie di trattamenti.....	12
-CAPITOLO SECONDO - IL Te.R.P. COME CASE MANAGER DEI CASI CLINICI CON DOPPIA DIAGNOSI.....	16
2.1 Il concetto di doppia diagnosi.....	16
2.2 Il modello di case management.....	18
2.3 Il collegamento inter-servizi e la comunicazione di rete.....	20
-CAPITOLO TERZO - IL Te.R.P. NELLA STESURA, NEL MONITORAGGIO E NELLA VERIFICA DEL PROGETTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO (P.T.R.I.).....	24
3.1 L'individualizzazione del percorso di cura.....	24
3.2 L'utilizzo di scale di valutazione standardizzate nella stesura e nella verifica del P.T.R.I.....	26
3.3 Il ruolo dell'equipe multiprofessionale nel P.T.R.I.....	29
-CAPITOLO QUARTO - IL Te.R.P. NELLA SOMMINISTRAZIONE DI ATTIVITÀ RIABILITATIVE EVIDENCE-BASED.....	32
4.1 I deficit cognitivi e psico-sociali nelle dipendenze patologiche.....	32
4.2 Le attività e le tecniche riabilitative nelle dipendenze patologiche.....	34

4.3 La collaborazione con altre figure professionali nella somministrazione delle attività riabilitative.....	39
-CAPITOLO QUINTO - IL QUESTIONARIO DI GRADIMENTO SOMMINISTRATO AGLI OPERATORI DEI Ser.D.....	41
5.1 Il questionario.....	41
5.2 Il campione.....	44
5.3 I risultati.....	47
-DISCUSSIONE.....	49
-CONCLUSIONI.....	51
-BIBLIOGRAFIA.....	53
-SITOGRAFIA.....	55

INTRODUZIONE

Nell'anno accademico 2023/2024 il numero di posti disponibili, a livello nazionale, per il corso di laurea in "Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica" sarà di 480, come indicato dal Ministero dell'Università e della Ricerca; nell'ambito medico-sanitario/farmaceutico, in media il 79% degli studenti immatricolati completa gli studi; si può quindi stimare che gli studenti immatricolati al corso di laurea in "Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica" nell' a.a. 23/24, che completeranno gli studi saranno circa 380. Quanti Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica (Te.R.P.) avranno un'impiego nell'ambito delle dipendenze patologiche? La maggior parte dei laureati in questo corso, che decide di intraprendere una carriera lavorativa nello stesso ambito di studi universitario, sceglie di operare nell'ambito della psichiatria, intesa nel senso più generale, tralasciando così l'ambito delle dipendenze patologiche. Questa scelta può essere causata da alcuni fattori: nei corsi di laurea, non sempre gli studenti riescono a ricevere la giusta formazione in questo settore e può essere complicato riuscire a trovare la giusta occupazione di questi professionisti nei Servizi per le Dipendenze Patologiche (chiamati comunemente Ser.D.).

Il focus della tesi riguarda l'analisi di alcuni aspetti, che nella mia esperienza di tirocinio formativo ho trovato particolarmente interessanti; in particolare ho osservato come esistano notevoli difficoltà per le persone con problematiche di dipendenza patologica di ottenere un trattamento riabilitativo individualizzato, specie se presentano una doppia diagnosi (ovvero la concomitanza di due disturbi psichiatrici, dei quali uno nella sfera delle dipendenze patologiche.)

L'obiettivo principale di questa tesi è quindi quello di individuare delle proposte operative per l'inserimento lavorativo dei Te.R.P. all'interno dei Ser.D., che siano in linea con il core-competence di questa figura, i bisogni dei pazienti e dei servizi. Per raggiungere questo obiettivo verrà utilizzata una combinazione di analisi concettuali, letteratura scientifica e indagini empiriche basate sull'osservazione diretta dei Servizi per le Dipendenze Patologiche, oltre che la somministrazione di un questionario di ricerca a un

campione di professionisti che operano in alcuni Ser.D. delle province di Udine, Padova e Rovigo.

Questa tesi è strutturata in cinque capitoli principali. Nella prima parte verranno presentate le caratteristiche della figura del Te.R.P e le sue competenze, accertate dalla legislatura corrente. Segue un focus sul concetto di *recovery*, il quale permea l'intero trattamento di ogni disturbo psichiatrico; a conclusione del primo capitolo si troverà una spiegazione del funzionamento dei Servizi per le Dipendenze Patologiche e una serie di dati epidemiologici sull'utenza che usufruisce di questi servizi.

La seconda parte è dedicata alla prima delle tre proposte di un ipotetico inserimento lavorativo di un Te.R.P. nei servizi di cui sopra. In questo capitolo si analizzerà la figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica come Case Manager dei casi clinici con doppia diagnosi: verranno spiegati i concetti di doppia diagnosi e di case management, oltre che alle problematiche legate al collegamento fra servizi; come questi tre argomenti sono propri di questa figura viene illustrato nel capitolo nella sua interezza.

Nel terzo capitolo verrà descritto il Te.R.P. come un possibile operatore implicato nella stesura, nel monitoraggio e nella verifica del Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato (P.T.R.I.). Verrà spiegato come, tramite la somministrazione di scale di valutazione specifiche e la collaborazione fra le figure professionali di un'equipe, un Te.R.P. può individualizzare un percorso di cura nelle dipendenze patologiche.

Nel quarto capitolo verrà presentata l'ultima delle tre proposte operative, in cui si ipotizza il possibile ruolo del Te.R.P. nella somministrazione di attività riabilitative Evidence-Based. Questa modalità verrà supportata dalla spiegazione dei principali deficit causati dalle dipendenze patologiche e delle attività riabilitative che li ristorano, somministrabili dal Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica in collaborazione con l'equipe.

Nel quinto capitolo verrà illustrata una parte di ricerca che ho svolto durante il tirocinio formativo e che ho sviluppato tramite la formulazione di un questionario auto-somministrato; verrà descritto il campione di popolazione a cui è stato rivolto e relativi risultati ottenuti, che hanno validato le proposte illustrate nei capitoli 2, 3 e 4.

CAPITOLO PRIMO

IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (Te.R.P.) E I SERVIZI PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE (Ser.D.)

1.1 La figura del Tecnico della Riabilitazione psichiatrica (Te.R.P.)

Dalla chiusura dei manicomi in Italia, con la legge 180 del 1978, la riabilitazione psichiatrica è diventata l'approccio di prima scelta, con il fine di far acquisire (e ri-acquisire) ai soggetti affetti da patologie mentali le proprie abilità sociali e personali, per diventare membri attivi della società e poter vivere nel miglior modo possibile. La prima formazione della figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (Te.R.P.) risale al D.P.R. n. 162, 10 marzo 1982, con l'istituzione delle "Scuole Dirette a Fini Speciali". Nei successivi 20 anni, diverse legislazioni hanno cambiato vari aspetti di questa figura: il nome, il percorso formativo e le competenze (Il core competence del tecnico della riabilitazione psichiatrica, 2019). Con il Decreto del 29 marzo 2001, n. 182, il Ministero della Salute ha individuato l'attuale figura del Te.R.P. A seguire, quanto riportato dalla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, (anno 142° - numero 115; Roma - Sabato, 19 maggio 2001) in merito a questa professione:

1. "Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica.
2. Il Te.R.P.
 - A. collabora alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto, analizza bisogni e istanze evolutive e rileva le risorse del contesto familiare e socio-ambientale;
 - B. collabora all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psichiatrica nonché alla formulazione dello specifico programma di intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento;
 - C. attua interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di sé e alle relazioni interpersonali di varia complessità nonché, ove possibile, ad un'attività lavorativa;

- D. opera nel contesto della prevenzione primaria sul territorio, al fine di promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete, per favorire l'accoglienza e la gestione delle situazioni a rischio e delle patologie manifestate;
 - E. opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti, allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità;
 - F. collabora alla valutazione degli esiti del programma di abilitazione e riabilitazione nei singoli soggetti, in relazione agli obiettivi prefissati;
3. Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale.
 4. Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica svolge la sua attività professionale in strutture e servizi sanitari pubblici o privati in regime di dipendenza o libero professionale.” (D.M. 29 marzo 2001, n. 182, art. 2).

Il core-competence è quell'insieme di capacità e abilità specifiche necessarie per avere l'abilitazione a una determinata professione.

Il core-competence del Te.R.P. è articolato nelle funzioni di gestione e organizzazione, formazione, riabilitazione, prevenzione ed educazione alla salute e ricerca. Ogni funzione viene suddivisa in varie "attività", e ogni attività viene a sua volta suddivisa in "competenze specifiche" (Famulari, Fierro, Parigi, Rovito, Ussorio; Il core competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica; Roma, Alpes Italia, 2019). A seguito, uno schema con la formulazione di funzioni e attività, con alcuni esempi di competenze specifiche (alcuni degli esempi riportati sono delle competenze particolarmente mirate al trattamento delle dipendenze patologiche).

FUNZIONI	ATTIVITÀ	COMPETENZE SPECIFICHE
Gestione e organizzazione	-Gestire ed organizzare il proprio lavoro; -Gestire le situazioni critiche; -Gestire e organizzare il lavoro secondo le finalità dell'ente in/per cui si opera	-Ricoprire il ruolo di case manager; -Prevenire qualsiasi comportamento/oggetto che metta a rischio la salute delle persone.

Formazione	-Autoformazione; -Formazione etero-diretta	-Condurre attività di educazione e tutoraggio dei collaboratori a supporto dell'utenza (care givers, gruppi di Auto Mutuo Aiuto).
Riabilitazione	-Accoglienza; -Pianificazione; -Attuazione; -Verifica	-Valutare le dipendenze (sostanze/alcool); -Effettuare una analisi del numero e delle tipologie/ caratteristiche delle ricadute; -Modificare comportamenti a rischio; -Gestire interventi in ambiti specifici: doppia diagnosi; -Gestire interventi in ambiti specifici: pazienti autori di reato; -Gestire interventi di gruppo in ambiti specifici: doppia diagnosi.
Prevenzione ed educazione alla salute	-Prevenzione; -Promozione ed educazione alla salute	-Gestire e condurre interventi per il superamento e/o contenimento di abitudini e comportamenti a rischio; -Attuare interventi di prevenzione delle ricadute; -Gestire interventi di prevenzione e gestione delle ricadute; -Progettare, attuare, gestire e valutare interventi per la promozione di corretti stili di vita: interventi inerenti al fumo.
Ricerca	-Partecipare ad attività di ricerca; -Utilizzare ed applicare i dati della ricerca	-Interpretare i dati scientifici; -Contribuire a ricerche multiprofessionali.

1.2 Il concetto di recovery nelle dipendenze patologiche

Secondo William A. Anthony, psicologo americano, recovery significa: “Un processo unico di cambiamento delle attitudini, valori, sentimenti, obiettivi, abilità e ruoli. Sentirsi realizzati vivendo una vita soddisfacente, nonostante le limitazioni causate dalla malattia. La recovery comporta lo sviluppo di nuovi significati e apprendimenti nella vita di una persona che si sviluppa oltre gli effetti catastrofici della condizione patologica” (Anthony, W.A., 1993.

Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.)

Entrando nel merito delle dipendenze patologiche, la recovery può essere definita come un processo di cambiamento attraverso il quale gli individui migliorano la propria salute e benessere; intraprendere un percorso basato sulla recovery, porta l'individuo (che vive stati di patologia mentale o di dipendenza patologica o la compresenza delle due) a rivedere le proprie aspettative sull'esito del trattamento, cambiandole anche in modo radicale (SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), agenzia del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, 2010, SAMHSA's working Definition of recovery, 2-3.).

Sempre secondo il SAMHSA, il processo di cambiamento di un individuo si basa sulle sue capacità di coping e sulle sue risorse e comprende la persona nella sua globalità insieme al proprio ambiente, sociale e familiare. Vengono anche individuate (SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), agenzia del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, 2010, SAMHSA's working Definition of recovery, 2-3.) le quattro maggiori dimensioni del processo:

- Salute, intesa come stabilizzazione della sintomatologia, l'astinenza dalle sostanze e dai comportamenti maladattivi;
- Casa, intesa come l'accessibilità a un posto sicuro in cui vivere;
- Scopo, inteso come il "filo conduttore" della propria vita quotidiana. Alcuni esempi possono essere un'occupazione lavorativa, l'indipendenza da terzi, l'inizio di un'attività di studio;
- Comunità, intesa come l'aver una rete sociale di supporto, formata da familiari, peers.

Le dipendenze patologiche sono delle malattie di natura cronica ad andamento recidivante, caratterizzate da un desiderio impulsivo, denominato "craving", dalla compulsione e dalla perdita di controllo nell'assumere una sostanza o nel mettere in atto un certo comportamento. La recovery in queste condizioni si avvale delle stesse modalità e dimensioni (sopra spiegate) di una qualsiasi altra patologia psichiatrica essendo "La

dipendenza un disturbo del cervello quanto ogni altra malattia psichiatrica” (OMS, 2004).

L'andamento recidivante nelle dipendenze patologiche non si riscontra in ogni soggetto affetto da dipendenza patologica, ma circa il 40-60% dei pazienti che presentano una dipendenza ha almeno una ricaduta nell'arco del loro percorso di cura (NIDA, National Institute on Drug Abuse, luglio 2020). La ricaduta non è un fallimento nel processo di recovery, in quanto esso non è un percorso lineare, “con un inizio e una fine”, ma un percorso intimo e personale, che si adegua agli avvenimenti di vita e alle decisioni intraprese dal soggetto.

La riabilitazione psichiatrica nell'ambito delle dipendenze patologiche, si ritrova proprio nella concezione di quest'ultime come delle patologie mentali al “livello” di tutte le altre, rendendo l'intervento riabilitativo a dir poco necessario. Il soggetto della riabilitazione psichiatrica è la persona e il suo funzionamento cognitivo, emotivo-affettivo e psicosociale, la famiglia e il contesto socio-ambientale. L'obiettivo principale è di accompagnare il soggetto della riabilitazione a sviluppare abilità e ad accedere alle risorse necessarie per avere successo ed essere soddisfatti nei vari ambienti di vita, lavorativi e sociali, di loro scelta (Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23). Il raggiungimento degli obiettivi personali di un individuo porta a un'aumento della soddisfazione personale, dell'empowerment (la consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte, azioni e decisioni), l'autonomia e la fiducia in sé stessi e negli altri, condizioni necessarie per l'avanzamento del processo di recovery.

1.3 I Servizi per le Dipendenze Patologiche (Ser.D.): dati epidemiologici e tipologie di trattamenti

I Servizi per le Dipendenze Patologiche (istituiti dalla legge 162/90) sono i servizi pubblici del Sistema Sanitario Nazionale incaricati del trattamento, della prevenzione primaria e delle patologie correlate, della riabilitazione e del reinserimento sociale delle persone con problemi di dipendenza

patologica o con consumo/messa in atto di comportamenti problematici occasionali. Questi servizi si occupano di sostanze psicoattive, alcool, tabacco, gioco d'azzardo patologico (e di altre dipendenze comportamentali). Sul territorio nazionale sono attivi 570 Ser.D., distribuiti in ogni regione e in ogni Distretto Sanitario (oppure ogni 100.000 abitanti).

In questi servizi operano di norma diverse figure professionali, quali: medici, infermieri professionali, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, amministrativi e altri (non specificati), per un totale di 6.213 operatori (Ministero della salute su dati Conto Annuale, 31/12/2021).

PROFILO PROFESSIONALE	TOTALE	PERCENTUALE sul totale
Medici	1.322	21,3%
Infermieri professionali	2.012	32,4%
Psicologi	941	15,1%
Assistenti sociali	863	13,9%
Educatori professionali	661	10,6%
Amministrativi	254	4,1%
Altro	160	2,6%
TOTALE	6.213	100%

La diversità fra le figure professionali permette la formazione di equipages multidisciplinari, che hanno l'obiettivo di seguire la presa in carico in modo olistico e completo, per fronteggiare alle necessità e richieste degli utenti.

Al momento, il Dipartimento delle Politiche Antidroga non inserisce il Te.R.P. fra quelle operanti nei servizi, ne è presente nei dati del Conto Annuale del Ministero della Salute.

Nel 2022 i servizi hanno avuto 242.373 contatti, dei quali 127.365 per uso di sostanze. Quest'ultimo dato viene riportato nella tabella a seguire con la distinzione per sesso biologico e per tipologia di presa in carico (Ministero della salute su dati Conto Annuale, 31/12/2022).

	Maschi	Femmine	Non noto	TOTALE
Nuovi utenti	14.919	2.459	1	17.379
Utenti già in carico	94.196	15.784	6	109.986

TOTALE UTENTI	109.115	18.243	7	127.365
---------------	---------	--------	---	---------

In percentuale, l'86% degli utenti in trattamento per uso di sostanze sono di genere maschile, con un rapporto fra sessi di M : F = 6 : 1.

L'età media degli utenti è pari a 39,6 anni, con una differenza di circa 2 anni fra maschi e femmine.

Fra i 127.365 utenti, le sostanze utilizzate sono più di 30, divisibili per l'uso come sostanza primaria o secondaria (in questo caso alcool e tabacco vengono considerati solo come sostanze secondarie); nella tabella a seguire le principali sostanze usate e il numero di persone in trattamento per esse (Ministero della salute su dati Conto Annuale, 31/12/2022).

	SOSTANZA PRIMARIA o SECONDARIA
Eroina	79.031
Metadone non prescritto	1.975
Altri oppiacei non prescritti	1.991
Cocaina	50.078
Crack	3.417
Ecstasy ed analoghi	1.851
Benzodiazepine non prescritte	1.367
Cannabinoidi	33.825
Alcool	11.184
Tabacco	953

In linea generica, i Ser.D. offrono trattamenti di:

- pronta accoglienza;
- prestazioni diagnostiche (di disturbo da uso di sostanze, di dipendenza comportamentale e di altre patologie psichiatriche);
- trattamento farmacologico (terapia sostitutiva, psico-farmaci ed altri);
- prestazioni sanitarie (prelievi ematochimici, analisi delle urine, test tossicologico del capello, elettrocardiogrammi ed altri)
- screening di patologie infettive e sessualmente trasmissibili (virus HIV, epatite C ed altri);

- trattamento psicologico;
- inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali (comunità, centri diurni, cliniche ed altre);
- riabilitazione psico-sociale;
- psicoeducazione;
- reinserimento sociale e lavorativo;
- sostegno familiare;
- prevenzione primaria (ad esempio attività di sensibilizzazione nelle scuole, campagne anti fumo ed altri, secondaria (screening e controlli su utenti che non hanno ancora sviluppato una dipendenza, ma che fanno uso occasionale) e terziaria (riduzione del danno, prevenzione delle ricadute ed altri).

Viene fornito inoltre sostegno in altre situazioni più specifiche, come nel caso del ritiro della patente, in cui l'utente deve seguire un programma orientato all'astinenza.

I trattamenti possono essere anche raggruppati in: psicosociali, farmacologici, sanitari, inserimenti in comunità terapeutiche ed altro. Nella tabella a seguire il numero di persone in trattamento (per uso di sostanze) e per tipologia di prestazioni erogate (Ministero della salute su dati Conto Annuale, 31/12/2022).

TRATTAMENTO	PERSONE IN TRATTAMENTO
Psicosociale	92.657
Farmacologico	70.328
Sanitario	100.062
Inserimento in comunità terapeutica	3.169
Altro	91.979
TOTALE	127.365

CAPITOLO SECONDO

IL Te.R.P. COME CASE MANAGER DEI CASI CLINICI CON DOPPIA DIAGNOSI

Essendo l'oggetto di questa tesi l'illustrare tre modalità con le quali un Te.R.P. può operare nei Servizi per le Dipendenze Patologiche, in questo capitolo verrà illustrata la prima di queste tre "proposte", ossia il Te.R.P. come case manager dei casi clinici in doppia diagnosi. Questa professione, avendo una specifica specializzazione in ambito psichiatrico, trova idonea collocazione in ambiti clinici con utenza che presenti problematiche di doppia diagnosi, inoltre il Te.R.P. potrebbe fungere dal anello di congiunzione tra i Servizi delle Dipendenze e di Psichiatria, indirizzando il lavoro verso un miglioramento nella comunicazione inter-servizi e nel processo di recovery.

2.1 Il fenomeno della doppia diagnosi

Per "doppia diagnosi" (DD) si intende la compresenza di un disturbo da dipendenza patologica e un altro disturbo psichiatrico (Invernizzi, Bressi; Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica; Milano, McGraw-Hill Education, 2017). Questo fenomeno può presentarsi in diverse modalità:

- Disturbo psichiatrico primario e dipendenza patologica secondaria: la sofferenza causata dalla patologia mentale può rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di una dipendenza (uso di una sostanza o la messa in atto di un certo comportamento può essere interpretata come un tentativo di auto-aiuto);
- Dipendenza patologica primaria e disturbo psichiatrico secondario: i danni provocati al sistema nervoso centrale dalla condizione di abuso possono portare allo sviluppo di una patologia mentale;
- Disturbo psichiatrico e dipendenza patologica in parallelo: i due disturbi si sviluppano in modo autonomo e indipendente l'uno dall'altro.

Per i professionisti è spesso difficoltoso conoscere l'origine temporale dei disturbi, in quanto nella doppia diagnosi può verificarsi un'alterazione del "normale" sviluppo della patologia, rendendo l'identificazione di esordi e acuzie complicato.

Questo fenomeno non è affatto raro, in quanto 6 persone su 10 che abusano di sostanze presentano un ulteriore disturbo psichiatrico, invece, dal 25 al 60% delle persone affette da un disturbo psichiatrico presentano anche una dipendenza patologica (NIDA (National Institute on Drug Abuse), Common Comorbidities with Substance Use Disorder Research Report, USA, aprile 2020).

Nel 2022, secondo la relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze, è stata registrata almeno una patologia psichiatrica in 8.772 utenti, pari al 7% dei 127.365 utenti con problemi di dipendenza da sostanze trattati nei Se.R.D. Malgrado il dato sia sicuramente sottostimato e condizionato dall'offerta territoriale specifica (per esempio non tutti i servizi hanno il medico psichiatra in organico), si è ritenuto comunque opportuno valutare quali sono le patologie psichiatriche più frequenti negli assistiti in trattamento (Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2023). Nella tabella a seguire, la percentuale per disturbo psichiatrico in doppia diagnosi su un totale di 8.772 utenti nel 2022 (Ministero della salute su dati Conto Annuale, 31/12/2022).

DISTURBO PSICHIATRICO IN DOPPIA DIAGNOSI	PERCENTUALE rispetto al totale di 8.772 utenti con doppia diagnosi
Schizofrenia ed altre psicosi	13,6%
Disturbi bipolari	2%
Depressione	2,8%
Disturbi d'ansia e somatoformi	14,9%
Disturbi della personalità e del comportamento	63%
Demenze e disturbi mentali organici	0,9%
Disabilità intellettiva	1,1%
Altri	1,6%

Gli utenti con doppia diagnosi (indipendentemente dal disturbo in comorbilità), rispetto agli utenti con solo dipendenza patologica, presentano:

- Maggiore probabilità di ricaduta e di drop-out (abbandono del trattamento);
- Maggiore probabilità di commettere reati;
- Maggiore esposizione a contrarre malattie infettive (HIV e epatiti);

- Maggiori conseguenze negative sul funzionamento psico-sociale;
- Maggiore resistenza al cambiamento;
- Maggiore rischio di cronicità;
- Maggiore rischio suicidario. (Mission, Italian Quarterly Journal of addiction, anno XIV, n. 51, marzo 2019)

Il trattamento delle doppie diagnosi può essere di tre tipologie (Cerati; Il case manager nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia, *il percorso formativo e la pratica*; Milano, McGraw-Hill Education, 2013):

- Trattamento in serie: i pazienti vengono trattati in due setting differenti, non contemporaneamente, che non comunicano fra loro. Viene trattata la parte di sintomatologia più preponderante al momento;
- Trattamento in parallelo: vengono trattate contemporaneamente entrambe le condizioni della doppia diagnosi, ma in due servizi separati;
- Trattamento integrato: i pazienti vengono trattati da un'unica equipe in un unico servizio che attua la presa in carico del paziente con DD.

È importante, anche nel processo riabilitativo, concentrarsi nello stesso modo in entrambe le condizioni patologiche. Nella DD, la riabilitazione psichiatrica diventa ancor più indispensabile per fronteggiare i deficit causati dalla concomitanza dei disturbi, permettendo all'utente di affrontare il proprio processo di recovery con gli strumenti più adeguati.

La personalizzazione del trattamento è altrettanto importante; ogni manifestazione di una patologia è differente, e nella concomitanza di due, l'esito è ancora più diversificato. La stesura, messa in atto, monitoraggio e verifica del Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato diventano quindi strumenti-chiave per permettere a equipe (intra e inter servizi), paziente e caregivers di avere un quadro chiaro della situazione corrente e di come muoversi all'interno del trattamento nel modo più adeguato possibile ai bisogni e desideri del soggetto.

2.2 Il modello di case management

Il case management "nasce" negli Stati Uniti nel 1978, quando la Commissione Presidenziale indica la necessità di istituire un "operatore di riferimento" dei paziente affetti da patologia psichiatrica in modo da garantire

la continuità terapeutica, il coordinamento inter-servizi e la qualità dei trattamenti somministrati. Il modello di case management si basa su “individuare un referente complessivo del progetto che, all’interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione” (Cerati; *Il case manager nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia, il percorso formativo e la pratica*; Milano, McGraw-Hill Education, 2013).

Le competenze della figura del case manager sono indipendenti dalla professione d’origine e sono le stesse in qualsiasi ambito si voglia integrare questa risorsa. Nella tabella a seguire le aree di competenza del case manager (Cerati; *Il case manager nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia, il percorso formativo e la pratica*; Milano, McGraw-Hill Education, 2013).

AREE DI COMPETENZA	FUNZIONI SPECIFICHE
Accompagnamento	-accompagnamento dell’utente attraverso una buona relazione ed alleanza; -valutazione dei bisogni.
Intermediazione	-intermediazione tra l’utente e il suo ambiente di vita; -mappatura della rete di supporto dell’utente.
Integrazione	-integrazione dei servizi nel percorso di cura.
Coordinamento	-coordinamento dell’equipe; -attivazione delle risorse.
Referenza	-referente del percorso di cura; -garanzia della qualità del trattamento somministrato.
Monitoraggio	-monitoraggio del Progetto Terapeutico - Riabilitativo Individualizzato (P.T.R.I.); -raccolta delle informazioni; -conoscenza profonda del paziente come persona.
Valutazione	-valutazione del progetto; -riformulazione degli obiettivi; -revisione delle risorse utilizzate e dell’uso dei vari servizi.

Il ruolo del case manager all'interno di un'equipe multidisciplinare si può ridurre a una serie di azioni che, se osservate, assicurano l'attuazione di un trattamento funzionale e adeguato alle necessità del paziente (Mission, Italian Quarterly Journal of addiction, anno XIV, n. 51, marzo 2019):

1. Assessment globale: eseguire una valutazione della situazione corrente dei punti di forza e delle aree deficitarie del paziente. L'assessment dovrebbe essere svolto con l'utilizzo di scale di valutazione standardizzate, come la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Mission, Italian Quarterly Journal of addiction, anno XIV, n. 51, marzo 2019);
2. Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato (P.T.R.I.): stesura del progetto con obiettivi generali e specifici, la loro attuazione e i tempi e contenuti di monitoraggi e verifica finale;
3. Piano di collegamento e coordinamento di rete: identificazione della rete sociale del paziente e dei servizi (pubblici e privati) che seguiranno il caso. Stesura di un piano di monitoraggio con incontri scanditi nel tempo a cui partecipano i vari professionisti dei servizi (equipe inter-servizi)
4. Controllo e monitoraggio del P.T.R.I.: controllare le "tappe" intermedie del progetto e il loro raggiungimento. In questa fase il progetto può essere revisionato se si presenta la necessità;
5. Verifica del P.T.R.I.: verifica finale del raggiungimento degli obiettivi del progetto e definizione di una successiva data per la stesura del successivo P.T.R.I..

I campi di applicazione di questo modello sono molteplici e fra questi sono presenti i percorsi terapeutico-riabilitativi, gli inserimenti lavorativi, i percorsi residenziali, le dipendenze patologiche e le doppie diagnosi.

2.3 Il collegamento inter-servizi e la comunicazione di rete

Nel caso delle DD, la figura del case manager ha un ruolo particolarmente rilevante in quanto l'integrazione (anche dei servizi) è colonna portante dell'intero trattamento di queste condizioni patologiche. È una condizione clinica che presenta in ogni caso delle sfide nella collaborazione fra servizi:

- La titolarità del caso: nonostante il trattamento integrato delle doppie diagnosi (identificabile come il trattamento più funzionale) (Alfonso Nava,

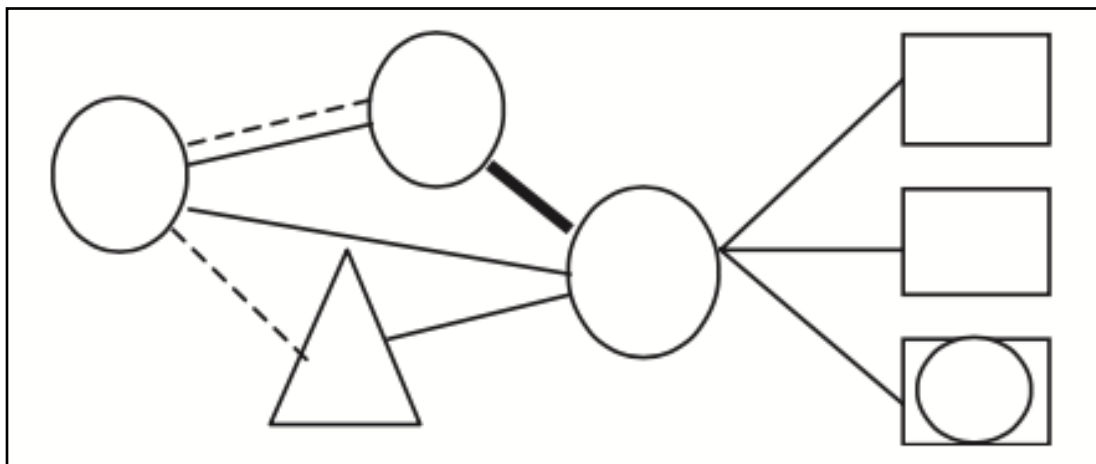
Sanavio; Il trattamento integrato per le dipendenze patologiche, *percorsi basati sulle evidenze*; Roma, Carocci editore, luglio 2022) preveda la presenza di un'unica equipe in un unico servizio che si occupi di entrambe le condizioni, i servizi della salute mentale e quelli delle dipendenze patologiche restano ancora divisi di fronte a questi utenti. Diventa quindi indispensabile virare sul trattamento in parallelo, creando però un'equipe inter-servizi e identificando un servizio titolare del caso. Questa identificazione risulta spesso complessa poiché si basa su una domanda che non ha un responso clinico chiaro in tutti i casi, ovvero "L'utente presenta problemi più gravi nell'area delle dipendenze patologiche o della salute mentale?". La presenza nei Se.R.D. di figure professionali "specializzate" nell'ambito psichiatrico (come i Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica), potrebbero agevolare questa questione, in quanto, indipendentemente dalla titolarità del caso, l'equipe avrebbe la possibilità di integrare i trattamenti con azioni specifiche per la sintomatologia psichiatrica;

- Il collegamento inter-servizi: attualmente i Servizi per le Dipendenze patologiche e i Servizi per la Salute Mentale risultano nettamente separati così come definito dalla legge 309/1990 (Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, recante: "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza"; (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Suppl. Ordinario del 15-3-2006). Questa separazione comporta inevitabilmente a una difficoltà nell'instaurarsi un dialogo continuo fra professionisti, specialmente nella presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi. Una delle maggiori criticità può trovarsi nella mancanza di formazione specifica per gli operatori, sia di un ambito che dell'altro, che mostra i suoi risultati proprio nelle occasioni di ritrovo dell'equipe inter-servizi. La presenza in equipe di professionisti formati sia sulle dipendenze patologiche che sulla psichiatria (intesa nel concetto più generale del trattamento dei disturbi psichiatrici, se non per le dipendenze) potrebbe portare a un miglioramento nella comunicazione fra i servizi, in quanto ognuno potrebbe comprendere le problematiche sollevate dell'altro. L'individuazione del case manager in un professionista

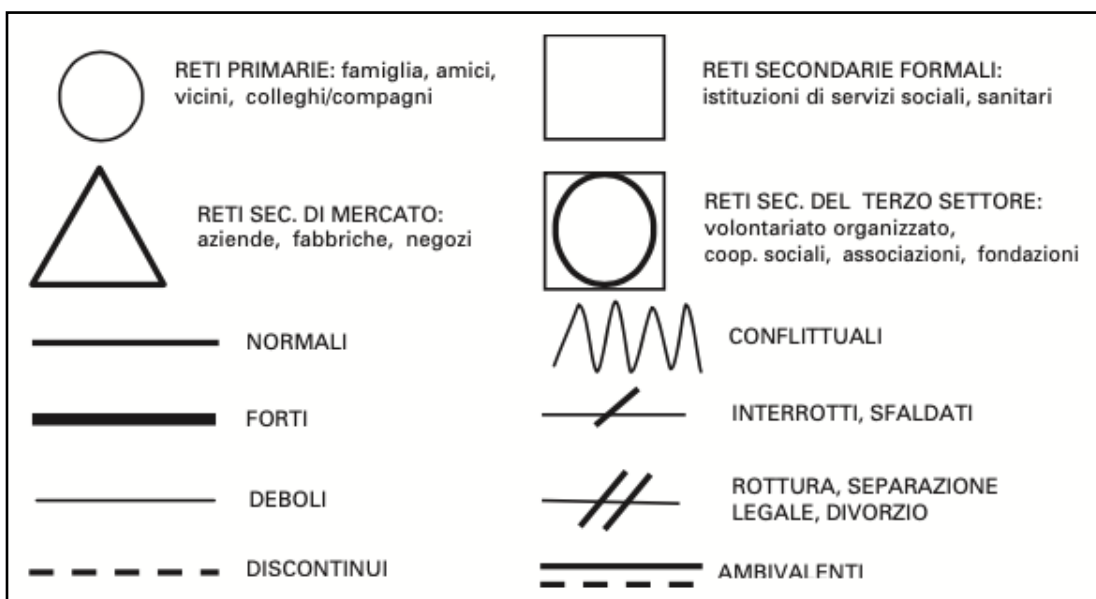
specializzato in entrambe le condizioni patologiche (come un Te.R.P.) permetterebbe un'agevolazione nelle aree di competenza di integrazione e coordinamento dei professionisti dei servizi coinvolti nel caso clinico.

La rete sociale (o ambiente sociale) che “gravita” attorno al paziente è un'altra dimensione chiave che necessita di una buona comunicazione con i servizi, per creare un buon “lavoro di squadra” per il bene dell'utente. La figura del case manager può dirigere l'equipe integrata nella stesura di una “Carta delle Reti” secondo il modello di Rousseau (Cerati; Il case manager nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia, *il percorso formativo e la pratica*; Milano, McGraw-Hill Education, 2013).

Lo schema a seguire mostra un esempio de “la carta di Rousseau”.



Lo schema a seguire mostra invece la legenda de “la carta di Rousseau”.



Una stesura ben fatta della carta delle reti e la sua condivisione, permette ai professionisti dell'equipe integrata e ai soggetti presenti nella rete sociale del paziente di conoscere i propri ed altrui ruoli e competenze, senza scontrarsi o sovrapporre interventi. Nelle doppie diagnosi questo strumento può rivelarsi particolarmente utile, in quanto la presa in carico in sé prevede la presenza di più istituzioni sanitarie e/o sociali.

CAPITOLO TERZO

IL Te.R.P. NELLA STESURA, NEL MONITORAGGIO E NELLA VERIFICA DEL PROGETTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO (P.T.R.I.)

La seconda modalità con le quali un Te.R.P. può operare nei Servizi per le Dipendenze Patologiche è attraverso il processo di assessment, stesura e compilazione, di monitoraggio e verifica dei Progetti Terapeutici-Riabilitativi Individualizzati. L'utilizzo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nella realizzazione dell'individualizzazione dei percorsi di cura, aiuterebbe il lavoro d'equipe nel sostegno al processo di recovery, in quanto la conoscenza dell'ambito psichiatrico permette una maggiore conoscenza degli strumenti per la personalizzazione del trattamento rispetto ad altre professioni.

3.1 L'individualizzazione del percorso di cura

Per individualizzazione del percorso di cura si intende quell'insieme di interventi e azioni specifiche, formulato in base ai bisogni e desideri del paziente, che assicura un trattamento funzionale e utile. La personalizzazione è un criterio imprescindibile del trattamento di qualsivoglia patologia psichiatrica, in quanto questo genere di patologie si possono accomunare unicamente per i sintomi, attraverso i criteri diagnostici, ma il modo in cui il disturbo si presenta in una persona è assolutamente unico ed irripetibile. Nelle dipendenze patologiche, in quanto patologie psichiatriche, l'individualizzazione del percorso di cura è indispensabile e di conseguenza sostenuta dalla legislatura. L'articolo 122, ovvero "Definizione del programma terapeutico e socio-riabilitativo" (Titolo XI, Interventi preventivi, curativi e riabilitativi) del "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", mostra che il servizio pubblico per le tossicodipendenze definisce un programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato (Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Suppl. Ordinario del 15-3-2006). L'articolo 14, ovvero "Progetti individuali per le persone disabili" (Capo III, Disposizioni per la realizzazione di particolari interventi di integrazione e sostegno sociale) della "Legge quadro per la realizzazione del sistema

integrato di interventi e servizi sociali”, spiega che, per realizzare la piena integrazione nell’ambito della vita familiare e sociale, nei percorsi dell’istruzione scolastica e del lavoro, le aziende sanitarie locali predispongono un progetto individuale. Questo progetto (di cui sopra) comprende una valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e riabilitazione, le potenzialità del soggetto e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Suppl. Ordinario del 13-11-2000).

Il progetto definito dagli articoli di cui sopra, può essere chiamato “Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato” o P.T.R.I. Questo strumento consiste in un documento (cartaceo o virtuale), che comprende uno o più programmi terapeutici (declinati in specifici interventi), gli obiettivi, i setting, le tempistiche e la descrizione degli interventi. Secondo Vita *et al.* (Vita, Dell’Osso, Mucci; Manuale di Clinica e di Riabilitazione Psichiatrica, *dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale*, Volume 2 Riabilitazione Psichiatrica; Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019) il P.T.R.I. deve contenere:

- Dati anagrafici;
- Assessment dei punti di forza e/o debolezza delle aree: psicopatologica, della cura del sé e del proprio ambiente, dei rapporti sociali e familiari, delle attività lavorative e/o scolastiche e delle abilità sociali. Eventuali risultati di scale di valutazione standardizzate;
- Obiettivi globali, generali e specifici dell’intervento. Gli obiettivi devono essere formulati secondo le 5 qualità (che ogni obiettivo deve possedere) “S.M.A.R.T.”, ovvero Specific (specifico), Measureable (misurabile), Achievable (raggiungibile), Relevant (rilevante), Time-based (basato sul tempo);
- Risorse economiche, intra e inter personali e ambientali necessarie per raggiungere gli obiettivi;
- Pianificazione dell’intervento: descrizione dettagliata delle azioni e delle attività che verranno messe in atto, tempistiche, durata, professionisti e/o servizi aggiuntivi coinvolti;
- Monitoraggi e verifica finale: indicazione delle date dei monitoraggi e il contenuto di questi (durante i monitoraggi il P.T.R.I. può essere

revisionato), indicazione della data di verifica finale, durante la quale si valuta se e come sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati e una data successiva per la stesura del successivo progetto.

A livello nazionale il P.T.R.I. non ha una struttura standardizzata comune a tutti i servizi (pubblici o privati che siano), in quanto può essere adeguato alle necessità di ogni struttura e alla tipologia di utenti di cui si occupa. Si dovrebbe in ogni modo auspicare a un *format* unico e condiviso tra tutti i Servizi, in quanto, nel caso in cui il progetto preveda la collaborazione con ulteriori enti rispetto a quello che attua la presa in carico del paziente, il P.T.R.I. deve essere condiviso con tutte le terze parti inserite nella programmazione degli interventi.

Le prime fasi da mettere in atto per cominciare la stesura di un P.T.R.I. sono quelle di osservazione e di valutazione standardizzata ed è opportuno fornire la restituzione degli esiti al paziente, per poi proseguire con le altre fasi del progetto. La stesura del P.T.R.I. non può continuare prima di aver identificato e negoziato gli obiettivi (globali, generali e specifici) anche con l'utente, in quanto soggetto attorno il quale ruota l'intero progetto. Al termine della stesura, prima della messa in pratica, deve avvenire un' "ultima" occasione di confronto, in cui si spiegano ed illustrano tutte le azioni e attività descritte al paziente e ai familiari o caregivers. La restituzione e la negoziazione (che possono avvenire anche insieme a un familiare o al caregiver) concedono uno spazio libero nel quale il paziente può esporre i propri bisogni, desideri e dubbi, aumentando l'empowerment, la consapevolezza, la responsabilizzazione e l'autostima.

3.2 L'utilizzo di scale di valutazione standardizzate nella stesura e nella verifica del P.T.R.I.

"La valutazione (o assessment) è un processo che valuta l'analisi dei bisogni e il funzionamento, con lo scopo di definire la scelta degli obiettivi e delle azioni da mettere in atto, con il fine di stabilire il P.T.R.I. più appropriato per il paziente" (Alfonso Nava, Sanavio; *Il trattamento integrato per le dipendenze patologiche, percorsi basati sulle evidenze*; Roma, Carocci editore, luglio 2022).

Secondo alcuni autori (Famulari, Fierro, Parigi, Rovito, Ussorio; Il core competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica; Roma, Alpes Italia, 2019) la valutazione dovrebbe indagare:

- Il funzionamento psicosociale: le competenze relazionali, la cura del sé, la gestione del denaro, il grado di autonomia, le competenze comunicative ed altri;
- L'assessment sintomatologico: la compliance farmacologica, i sintomi, il grado di consapevolezza di malattia, l'analisi del numero e delle caratteristiche delle ricadute ed altri;
- Il funzionamento cognitivo: la capacità di problem solving, la cognizione sociale, la capacità di prendere decisioni ed altri;
- Le risorse personali: le abilità presenti, residue e potenziali, le strategie di coping, il grado di motivazione ed altri;
- La famiglia: il carico oggettivo e soggettivo, i bisogni del familiare, il grado di investimento emotivo e economico, le capacità comunicative, la stabilità del nucleo familiare ed altri;
- Il contesto: le condizioni sociale e abitative, le risorse della rete sociale ed altri.

L'assessment può essere fatto in due modalità ed entrambe sono necessarie e non trascurabili: l'osservazione e l'utilizzo di scale standardizzate. L'osservazione del paziente viene fatta ad ogni incontro da tutti i membri dell'equipe; valuta specialmente i comportamenti, la comunicazione verbale e non verbale, la postura, l'igiene e l'abbigliamento. L'utilizzo di scale standardizzate prevede l'uso di test validati dalla comunità scientifica e che indagano specifiche aree. La somministrazione delle scale standardizzate può essere fatta da ogni membro dell'equipe (alcuni test però possono essere somministrati solo da psicologi o da operatori specificatamente formati) e i risultati vanno riferiti all'operatore che si occupa della stesura del Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato, che a sua volta li riferirà al paziente.

Nelle dipendenze patologiche, possono essere somministrate scale che valutano il funzionamento psicosociale o cognitivo, a seconda dei bisogni del paziente. Secondo Vita *et al.* (Vita, Dell'Osso, Mucci; Manuale di Clinica e di Riabilitazione Psichiatrica, *dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi*

di salute mentale, Volume 2 Riabilitazione Psichiatrica; Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019) per la stesura di un P.T.R.I. per un utente con problemi di dipendenza patologica, si possono somministrare le seguenti scale standardizzate:

- HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales): validata nel 1993 con l'obiettivo di valutare il miglioramento della salute e del funzionamento sociale dei soggetti con patologia mentale. È stata sviluppata come strumento di valutazione dei risultati del trattamento dei disturbi mentali in soggetti adulti. Indaga aspetti clinici e sociali tramite 12 items, divisi in 4 aree: problemi comportamentali, deficit delle funzioni di base, esperienze psichiche soggettive che disturbano o limitano il soggetto e problemi ambientali. La somministrazione non avviene tramite un' intervista clinica, ma può essere compilata direttamente dall'operatore dopo un colloquio. Ogni item (12) viene valutato in una scala Likert a 5 punti (0 = Nessun problema - 4 = Problema da grave a gravissimo). È una scala di facile somministrazione che offre risultati semplici e generici; è utile come punto di partenza per la programmazione degli obiettivi terapeutici (Wing, Curtis, Beevor; HoNOS, *Health of the Nation Outcome Scales*, Royal College of Psychiatrists Research Unit, revisione novembre 2008);
- VADO (Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi): validata nel 1993, con l'obiettivo di migliorare le competenze del singolo e di introdurre cambiamenti individuali che permettano il raggiungimento di un migliore tenore di vita. Questo strumento viene prevalentemente usato nella riabilitazione psichiatrica e psicosociale. Si compone di due parti distinte: la prima di valutazione di paziente, la seconda di pianificazione e conduzione di un P.T.R.I.; lo strumento è composto da schede e moduli. Lo Strumento di Valutazione del Funzionamento personale e sociale (VF) ha lo scopo di individuare le aree in cui attuare un programma riabilitativo e di ottenere informazioni necessarie alla negoziazione degli obiettivi che verranno inseriti nel P.T.R.I. Vengono indagate 28 aree, raggruppate in 4 aree principali: attività socialmente utili (include lavoro e studio), rapporti personali e sociali (include i rapporti familiari), cura dell'aspetto e dell'igiene e comportamenti disturbati e aggressivi. Ogni area viene valutata secondo il livello di disfunzione, con i criteri: lieve, evidente ma non

marcato, marcato, grave, gravissimo (Morosini, Magliano, Brambilla; VADO, *Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi, Manuale per la riabilitazione psichiatrica*, Trento, Erickson, 1998);

- LQL (Lancashire Quality of Life Profile): validata nel 1996, con l'obiettivo di ottenere un profilo esaustivo della qualità di vita dell'intervistato. Questo strumento si presenta sotto forma di questionario, che deve essere compilato dal paziente, ma in caso di specifiche difficoltà può essere somministrato come intervista. È composto da 102 item, raggruppati in 13 sezioni: caratteristiche del paziente, benessere generale, lavoro ed istruzione, attività del tempo libero, religione, situazione finanziaria, situazione abitativa, situazione legale e sicurezza, relazioni familiari, relazioni sociali, salute, concetto di sé e benessere generale. La valutazione degli item e l'analisi dei dati vengono condotte item per item, per sezione e a livello globale, calcolando la media di tutti gli item con valutazione numerica (Lancashire quality of Life Profile, versione italiana a cura di: Servizio Dipartimentale di Salute Mentale, Roma, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona, Verona, novembre 1999).

Le scale standardizzate di cui sopra possono essere somministrate anche dai professionisti sanitari, di conseguenza anche dal Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica. Nel core competence del Te.R.P. è presente come attività la valutazione e come attività maggiormente specifica è presente l'utilizzo di scale di valutazione e strumenti standardizzati (Famulari, Fierro, Parigi, Rovito, Ussorio; Il core competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica; Roma, Alpes Italia, 2019).

3.3 Il ruolo dell'equipe multiprofessionale nel P.T.R.I.

La stesura, la messa in atto, i monitoraggi e la verifica finale di un Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato necessitano della presenza e collaborazione di diverse figure professionali. L'equipe multidisciplinare che si occupa di un caso clinico in un Servizio per le Dipendenze Patologiche è solitamente formata da: Medico (per lo più psichiatra, anche se negli anni le specializzazioni mediche presenti nei Se.R.D. sono state variegata, ad esempio nelle equipe vi erano anche medici tossicologi e internisti),

Psicoterapeuta, Assistente Sociale, Educatore Professionale (e/o Te.R.P.) e Infermiere Professionale. Nelle dipendenze patologiche è necessario l'intervento di più professionisti a causa delle diverse aree che questo genere di patologie vanno ad intaccare ed è quindi importante che questi operatori collaborino strettamente fra loro per fornire un trattamento ben integrato.

In un P.T.R.I., nella fase di valutazione iniziale, precedente alla stesura, è necessario il confronto con le altre professioni; la diagnosi, la terapia farmacologica, l'anamnesi familiare, le capacità sociali e l'ambiente sono solo alcuni aspetti che vengono indagati da diversi operatori nelle fasi conoscitive e nelle interviste cliniche del paziente (Alfonso Nava, Sanavio; *Il trattamento integrato per le dipendenze patologiche, percorsi basati sulle evidenze*; Roma, Carocci editore, luglio 2022).

La compilazione e stesura del P.T.R.I. solitamente occupa un unico professionista, il Te.R.P ad esempio, ma ogni obiettivo e azione che si intende inserire nel progetto va prima discusso con l'equipe. È importante che l'equipe si trovi d'accordo su come verrà svolto il progetto, in modo che ognuno svolga il proprio lavoro in autonomia, ma perseguendo tutti lo stesso obiettivo condiviso precedentemente.

Nella messa in atto del progetto, un professionista può avere più azioni da attuare, rispetto a un altro, a seconda degli obiettivi prefissati. Ad esempio, se un obiettivo specifico prevede la ricerca di una nuova abitazione, è probabile sia l'assistente sociale ad occuparsi di questo aspetto; un altro esempio può essere che se un obiettivo specifico prevedere il miglioramento delle strategie di coping per fronteggiare le situazioni stressanti, è probabile sia un Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica o un Educatore Professionale ad occuparsene. Indipendentemente da quali siano gli obiettivi globali, generali e specifici di un P.T.R.I. e da quali operatori siano impegnati nell'accompagnamento del paziente a raggiungerli, i risultati di ogni azione messa in atto vanno riferiti all'equipe, al case manager e a tutte le terze parti coinvolte nel progetto (familiari, caregivers, altri servizi).

Nei monitoraggi e nella verifica finale, le diverse opinioni e punti di vista dei membri dell'equipe permettono di avere un visione completa e globale su i risultati raggiunti o meno dal paziente. Nel caso in cui, durante un monitoraggio, l'equipe arrivi alla conclusione che gli obiettivi prefissati e

seguiti fino a quel momento non sono adeguati o le azioni descritte e intraprese non sono funzionali per il paziente, anche in questa occasione l'equipe deve accordarsi su come "aggiustare" il P.T.R.I., confrontandosi su ogni aspetto. L'esito stesso, se è positivo o negativo, della riuscita del progetto è un risultato che viene formulato dall'equipe nella sua totalità. L'atteggiamento che quindi permea il lavoro d'equipe nell'utilizzo del Progetto Terapeutico-Riabilitativo individualizzato come strumento di cura è di stretta cooperazione, formata da un continuo scambio di pareri, suggerimenti ed opinioni. Il percorso di recovery del paziente, agevolato dall'individualizzazione del trattamento, è proprio anche dell'equipe, in quanto quest'ultima sempre deve avere come obiettivo finale il benessere in modo totale dell'utente (Cerati; *Il case manager nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia, il percorso formativo e la pratica*; Milano, McGraw-Hill Education, 2013).

CAPITOLO QUARTO

IL Te.R.P. NELLA SOMMINISTRAZIONE DI ATTIVITÀ RIABILITATIVE EVIDENCE-BASED

La terza modalità con le quali un Te.R.P. può operare nei Servizi per le Dipendenze Patologiche è gestendo delle attività riabilitative a evidenza scientifica. Questa figura professionale prevede nel proprio core-competente la somministrazione di attività evidence-based, anche a popolazioni specifiche come nel caso delle dipendenze patologiche. A seconda delle necessità dell'utenza, le attività di rimedio cognitivo e di miglioramento delle capacità sociali e personali, possono aiutare nel raggiungimento di un buon livello di recovery, in quanto forniscono le abilità necessarie per raggiungere i proprio obiettivi di salute.

4.1 I deficit cognitivi e psico-sociali nelle dipendenze patologiche

La dipendenza patologica è stata definita dall'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità) come “una condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione” (Invernizzi, Bressi; Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica; Milano, McGraw-Hill Education, 2017)

Le dipendenze patologiche, che comprendono l'alcolismo, le tossicodipendenze (disturbi correlati all'uso di sostanze), il gioco d'azzardo patologico ed altre dipendenze comportamentali, sono caratterizzate soprattutto da una caratteristica comune a tutti i quadri diagnostici (oltre alla presenza di craving), ovvero il cambiamento (successivo agli effetti comportamentali) provocato dalle sostanze o dai comportamenti all'interno dei circuiti cerebrali (Invernizzi, Bressi; Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica; Milano, McGraw-Hill Education, 2017). Questo cambiamento crea dei deficit cognitivi, tanto quanto gli effetti comportamentali creano dei deficit psico-sociali.

Secondo Invernizzi *et al.* (Invernizzi, Bressi; Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica; Milano, McGraw-Hill Education, 2017), i principali deficit cognitivi causati da uno stato di dipendenza patologica sono:

- Memoria di lavoro: uno studio dell'Università di Bologna ha dimostrato come questa capacità cognitiva ha un ruolo importante nello sviluppo e mantenimento di comportamenti disadattivi. Gli individui con una *working memory* più sviluppata gestiscono in modo più funzionale gli stimoli ambientali (Garofalo, S., Battaglia, S. & di Pellegrino, G. Individual differences in working memory capacity and cue-guided behavior in humans. *Sci Rep* **9**, 7327 (2019);
- Attenzione;
- Capacità di problem solving: l'impulsività nell'assumere una sostanza o di mettere in atto un comportamento target di fronte a una situazione di vita difficoltosa è riconducibile a un deficit in questa capacità;

Sempre secondo Invernizzi *et al.* (Invernizzi, Bressi; Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica; Milano, McGraw-Hill Education, 2017) i principali deficit psico-sociali causati da uno stato di dipendenza patologica sono:

- Competenze sociali: a causa dello stile di vita spesso disfunzionale e distante dalle convenzioni sociali, i soggetti con problemi di dipendenza patologica possono sviluppare deficit nelle abilità di gestione dei conflitti, di assertività, lavorative e di qualificazione professionale;
- Strategie di Coping: sono una combinazione di atteggiamenti e comportamenti utili per fronteggiare le situazioni di vita, per gestirle in modo più funzionale (Gingerich, Mueser; Training per le abilità di coping, *Una guida pratica*; Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019). I pazienti con problemi di dipendenza spesso non mostrano di possedere delle adeguate e funzionali strategie di coping, in quanto, spesso, l'assunzione di una sostanza o la messa in atto di un certo comportamento vengono usate come strategie per fronteggiare sentimenti e/o situazioni spiacevoli.

La mancata risoluzione di questi deficit porta l'utente a non avere gli strumenti necessari per crearsi una vita piena e soddisfacente; di conseguenza avrebbe difficoltà nel mantenimento dell'astinenza, nel

fronteggiare situazioni a rischio di ricaduta, nel frequentare persone nuove e nell' intraprendere un'attività di lavoro o studio soddisfacente.

4.2 Le attività e le tecniche riabilitative nelle dipendenze patologiche

Per intraprendere un percorso orientato alla recovery, è necessario rimediare ai deficit cognitivi e psicosociali propri delle dipendenze patologiche. La riabilitazione cognitiva e psicosociale si avvale di attività strutturate *evidence-based*, ovvero supportate dalla comunità scientifica. Queste attività hanno varie formulazioni, scopi e target. Le principali modalità con le quali si possono distinguere sono:

- Attività individuale o di gruppo;
- Attività computerizzata o carta e penna;
- Di rimedio o compensazione: la prima modalità si occupa di ristorare totalmente il deficit, la seconda di adattare l'ambiente circostante al deficit, senza lavorare direttamente su di esso.

Nella tabella a seguire sono evidenziate le principali attività riabilitative nelle dipendenze patologiche e le aree cognitive o psicosociali su cui intervengono.

ATTIVITÀ RIABILITATIVA EVIDENCE-BASED	AREA SU CUI OPERA
Training per le abilità di coping	Abilità di coping
Social Skills Training	Capacità sociali
Problem-Solving Training	Capacità di problem solving
DBT's Skill Training	Capacità sociali
Attività di Mindfulness	Abilità di coping

La formulazione, gli obiettivi e i target delle attività di cui sopra possono così essere illustrati:

- Il Training per le abilità di coping ha lo scopo di fornire strumenti efficaci per ridurre gli impatti negativi dello stress. L'attività è prevalentemente di gruppo, ma è possibile metterla in atto anche individualmente; il gruppo dovrebbe essere composto da 4-10 partecipanti, a seconda delle difficoltà presentate dai soggetti, che si riuniranno in un luogo precedentemente accordato e che non cambierà durante l'attività, è preferibile una stanza

ampia, senza distrazioni visive o sonore. La frequenza e durata sono molto variabili, possono durare qualche mese a un anno, mentre gli incontri solitamente sono settimanali o bisettimanali, della durata di circa un'ora/ un'ora e mezza. Il training delle abilità è un programma strutturato, formato da 11 moduli, organizzati in 5 sessioni ciascuno; ogni modulo è dedicato a un macro-argomento delle abilità di coping. Non è obbligatorio utilizzare tutti i moduli, tantomeno somministrarli con un ordine specifico, è necessario però somministrarli nella loro interezza; ogni sessione prende l'utilizzo di un modulo. Si compone di 55 schede guida e di lavoro, rispettivamente per il conduttore e per i partecipanti (ogni sessione prevede una scheda specifica). I principali moduli (e le relative sessioni) utilizzabile nelle dipendenze patologiche sono:

- Modulo III “Ridurre lo stress”: da cosa è causato lo stress?; segnali che indicano che siamo sotto stress; strategie per ridurre lo stress; esercizi di rilassamento muscolare; esercizi di respirazione e di visualizzazione;
 - Modulo VIII “Gestire la rabbia”: che cosa ci fa arrabbiare?; riconoscere i segnali di rabbia; scelte per rispondere a sentimenti di rabbia; esprimere sentimenti di rabbia; fare compromessi;
 - Modulo IX “Utilizzare bene il nostro tempo”: trovare un giusto equilibrio nel lavoro; trovare un giusto equilibrio nel tempo libero; trovare un giusto equilibrio nel passare del tempo con gli altri; fare una scheda di programmazione della mattinata; fare una scheda di programmazione del pomeriggio;
 - Modulo X “Evitare problemi con alcool e droghe”: miti e realtà sull'alcool; miti e realtà sulla marijuana e sulla cocaina; vantaggi e svantaggi dell'uso di droghe; alternative al bere e all'uso di droghe; rispondere alle offerte di utilizzo di alcool e droghe;
 - Modulo XI “Fronteggiare problemi e sintomi”: usare il dialogo interiore positivo; pianificare delle attività; parlare con una persona di supporto;
 - distrarsi; fare attività fisica (Gingerich, Mueser; Training per le abilità di coping, *Una guida pratica*; Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019);
- Il Social Skills Training (S.S.T.) ha l'obiettivo di “insegnare” specifiche abilità necessarie alla vita quotidiana, quando si hanno degli scambi con altre persone; lo scopo finale è la generalizzazione di quanto imparato

nell'ambiente di vita. I principali strumenti utilizzati sono il *role-playing*, il *modeling*, il *lo shaping*, il rinforzo positivo, l'*homework* e l'automatizzazione. È un modello strutturato che può essere somministrato in un setting individuale, di coppia e di gruppo. La terapia di gruppo, nell'ambito delle dipendenze patologiche, presenta vantaggi maggiori, rispetto agli altri setting (conoscenza e socializzazione fra peers, ricevere dare feedback e supporto, scambio di idee e esperienze). Il gruppo che parteciperà all'attività dovrebbe, idealmente, presentare tra i 4 e i 10 partecipanti, che si riuniscono in un ambiente conosciuto e precedentemente comunicato, come una stanza spaziosa all'interno del Ser.D. È opportuno che i partecipanti al gruppo presentino delle caratteristiche simili, come età, tipologia di dipendenza patologica (da sostanze, da alcool, da gioco d'azzardo). La durata dell'attività è variabile, a seconda di quanti moduli e abilità vengono intrapresi e dal numero e durata degli incontri; l'ideale sarebbe svolgere gruppi della durata di 60 minuti circa, a cadenza bisettimanale (solitamente, per ogni modulo, servono 1-2 sedute). L'attività di gruppo dev'essere gestita da due operatori, che prendono il ruolo di conduttore e co-conduttore. I due operatori hanno mansioni diverse ma entrambi devono conoscere i partecipanti e i moduli su cui si lavorerà. Il S.S.T. è formulato in abilità generali, a loro volta suddivise in abilità specifiche. Ogni abilità specifica consiste in un modulo. Le principali abilità generali (e i relativi moduli) indicati per le dipendenze patologiche sono:

- Abilità di gestione dei conflitti: compromesso e negoziazione, esprimere disaccordo con le opinioni altrui senza litigare, rispondere ad accuse false, allontanarsi da situazioni stressanti;
- Abilità di assertività: fare richieste, rifiutare richieste, lamentare aspetti insoddisfacenti, rispondere alle lamentele, esprimere sentimenti spiacevoli, esprimere sentimenti di rabbia, chiedere informazioni, porgere delle scuse, condividere con qualcuno le proprie paure, rifiutare alcool o droghe;
- Abilità lavorative e di qualificazione professionale: sostenere un colloquio di lavoro, chiedere dei feedback sulle proprie prestazioni lavorative, rispondere alle critiche, seguire istruzioni verbali, risolvere problemi, inserirsi nelle conversazioni di lavoro (Bellack, Mueser,

- Gingerich, Agresta; *Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia, Guida pratica*; Torino, Centro Scientifico Editore, 2003);
- Il Problem-Solving Training (PST) ha l'obiettivo di insegnare una modalità alternativa per superare i deficit cognitivi, usando una serie di strategie compensatorie generalizzate alla vita quotidiana. Le tecniche e gli strumenti utilizzati sono: il rinforzo positivo, il *modeling*, il *role-playing*, il *brainstorming*, la ristrutturazione cognitiva, gli *homework*. È un'attività di gruppo, che prevede un numero di partecipanti da 6 a 10, con caratteristiche e funzionamento i più simili possibili. Gli incontri dovrebbero avvenire in un luogo costante, una stanza senza distrazioni visive e sonoro; è necessaria la presenza di una lavagna a fogli mobili. La durata è variabile a seconda della frequenza degli incontri: vengono consigliati incontri settimanali o bisettimanali della durata di 2 ore ciascuno, con una pausa. Il PST prevede 30 sessioni (ogni incontro prevede di lavorare su una sessione), divise in 5 fasi; è possibile concentrarsi su alcune fasi più di altre, ma si consiglia lo svolgimento di tutte. È previsto l'uso di schede di lavoro pre-formate dal manuale e dev'essere seguita una precisa scaletta in ogni incontro. Nelle dipendenze patologiche tutto il training può essere utilizzato in modo funzionale, le fasi utilizzabili sono quindi:
 - Fase iniziale: creatività e soluzione di problemi (sessioni 1-5);
 - Fase prima: risoluzione di problemi pratici (sessioni 6-12);
 - Fase seconda: risoluzione di problemi interpersonali (sessioni 13-18);
 - Fase terza: risoluzione di problemi intrapersonali (sessioni 19-26);
 - Fase quarta: coping emozionale (sessioni 27-30) (Barbieri, Boggian, Lamonaca; *Problem solving nella riabilitazione psichiatrica, Guida pratica*; Trento, Erickson, maggio 2008);
 - Il Dialectical-Behavior Therapy's (BDT) Skills Training fa parte della Terapia Dialettico-Comportamentale, ideata da Marsha Linehan, che rappresenta il trattamento elettivo del Disturbo Borderline di personalità (patologia spesso in doppia diagnosi con le dipendenze patologiche e che spesso presenta nella sintomatologia l'abuso di alcool e sostanze (Invernizzi, Bressi; *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*; Milano, McGraw-Hill Education, 2017). Il gruppo di skills training è parte imprescindibile del trattamento. È un'attività di "insegnamento", che

prevede una durata complessiva di 6 mesi, con 4-8 partecipanti con Disturbo Borderline e funzionamento simile. Nell'attività vengono apprese abilità fondamentali, che sono:

- Orientamento e analisi del comportamento;
 - Mindfulness;
 - Efficacia interpersonale: la capacità di mettere in atto comportamenti efficaci per raggiungere i propri obiettivi, mantenere le relazioni e preservare il rispetto di sé;
 - Regolazione emozionale: la capacità di riconoscere le proprie emozioni e le loro funzioni, riconoscere i fattori che aumentano la vulnerabilità alle emozioni negative e ridurre la sofferenza emotiva;
 - Tolleranza alla sofferenza: la capacità di sopravvivere alle situazioni di crisi senza farle peggiorare, accettando la presenza del dolore e integrando la possibilità di “andare avanti” (Linehan; DBT Skills Training, *Manuale*; Milano, Raffaello Cortina Editore, novembre 2015);
- L'attività di Mindfulness, più che un'attività riabilitativa strutturata, che viene somministrata nella sua totalità, è un atteggiamento che pervade il corso dell'intero trattamento riabilitativo e di altre attività evidence-based, come quelle sopracitate. La Mindfulness è una pratica meditativa di origine orientale, che ha l'obiettivo di ricongiungere il soggetto al momento presente, senza avere pensieri giudicanti. È un'attività che si può svolgere sia individualmente, sia in gruppo, con una “guida” che accompagna i partecipanti. È concentrata sulla respirazione guidata e necessita di un buon livello di capacità attentive, che si possono allenare durante questa pratica. Nelle dipendenze patologiche questa pratica viene usata largamente per la prevenzione delle ricadute (Bowen, Chawla, Marlatt; Mindfulness e comportamenti di dipendenza, *Guida pratica per la prevenzione delle ricadute*; Milano, Raffaello Cortina Editore, luglio 2013).

Le attività riabilitative sopra descritte possono essere somministrate da operatori sanitari, medici, psicologici e/o psicoterapeuti. La figura del Te.R.P. prevede nel proprio core-competente la somministrazione di attività riabilitative evidence-based di gruppo e individuali in popolazioni specifiche come persone con dipendenza patologica e doppia diagnosi (Famulari,

Fierro, Parigi, Rovito, Ussorio; Il core competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica; Roma, Alpes Italia, 2019).

4.3 La collaborazione con altre figure professionali nella somministrazione delle attività riabilitative

Solitamente, nei Servizi per le Dipendenze Patologiche (e più in generale nei servizi per la salute mentale), le attività riabilitative vengono somministrate da operatori come i Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica ed Educatori Professionali. Le equipe multidisciplinari hanno un ruolo fondamentale nella somministrazioni di attività riabilitative evidence-based: la collaborazione delle diverse figure professionali è utile sia nella valutazione precedente e successiva alle attività, sia nella conduzione e co-conduzione dei gruppi riabilitativi.

La valutazione iniziale può essere svolta tramite osservazione e tramite la somministrazione di scale di valutazione standardizzate (per alcune delle scale utilizzabili si guardi il sottocapitolo 3.2 “L’utilizzo di scale di valutazione standardizzate nella stesura e nella verifica del P.T.R.I.” del Capitolo Terzo). Questa valutazione è necessaria per venire a conoscenza, in maniera approfondita, dei deficit cognitivi e psicosociali degli utenti per cui si pensa sia necessaria una certa attività. La valutazione è inoltre utile per la formazione dei gruppi, in quanto i criteri di inclusione possono basarsi su i risultati dei test e delle batterie. La valutazione finale, o comunque successiva alla fine dell’attività somministrata, può essere svolta sempre tramite osservazione e/o test o batterie standardizzate; è opportuno utilizzare le stesse scale di valutazione utilizzate nella valutazione iniziale, per paragonare i risultati (si controllino i tempi di somministrazione del re-test).

L’osservazione viene messa in atto dall’intera equipe, ogni qualvolta un metro di essa entri in contatto con l’utente; i test possono essere somministrati dai vari operatori presenti nell’equipe, senza l’obbligo che conducano o co-conducano le attività.

La conduzione di un’attività di gruppo dev’essere fatta da un operatore che ha una buona o discreta conoscenza dei partecipanti e un’ottima conoscenza dell’attività che andrà a somministrare. Il conduttore si occupa di organizzare e gestire gli incontri, spiegando l’attività sia agli utenti, sia all’equipe.

Il co-conduttore si occupa di “sostenere” il conduttore nella gestione del gruppo, di riportare l’attenzione all’attività nel caso qualcuno si distraiga, nel portare esempi e di “aiutare” i partecipanti.

Queste due figure, necessarie per le attività di gruppo possono essere rappresentate da qualsiasi figura professionale dell’equipe, purché abbia una buona conoscenza dell’attività. L’utilizzo di manuali specifici può aiutare nello sviluppare una conoscenza approfondita e spesso forniscono schede di lavoro preformate, utili, se non necessarie, nello svolgimento delle attività. Oltre al consultare i manuali, è consigliabile il confronto con i membri dell’equipe per ricevere aiuti e consigli quando si sta per iniziare la conduzione di un training e per decidere anche quale attività somministrare. È opportuno anche che gli operatori che si occupano della conduzione svolgano un percorso di formazione personale, per comprendere appieno le attività e il lavoro di gruppo.

CAPITOLO QUINTO

IL QUESTIONARIO DI GRADIMENTO SOMMINISTRATO AGLI OPERATORI DEI Ser.D

5.1 Il questionario

Nel periodo fra aprile e settembre 2023 ho formulato e somministrato un questionario di gradimento. L'obiettivo di quest'ultimo è stato di indagare le preferenze degli operatori di alcuni Ser.D. nei territori del Veneto e del Friuli-Venezia Giulia in merito alle tre modalità con le quali un Te.R.P può operare nei Servizi per le Dipendenze Patologiche e che sono state illustrate nei capitoli precedenti. Il questionario è stato creato tramite il software di Google "Moduli Google", incluso nell'applicazione "Google Drive" (<https://www.google.it/intl/it/forms/about/>).

Il questionario che ha come titolo: "Questionario di ricerca per tesi di laurea del corso Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica", è formato da 5 sezioni, che contengono:

- Sezione 1 di 5: in questa prima parte è stato presentato l'obiettivo del questionario ed è stata fornita una breve presentazione della figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica. Il contenuto di questa sezione è: *"Buongiorno, sono Silvia Paiusco, una studentessa al terzo anno del corso di laurea in "Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica" all'Università degli Studi di Padova. Questo breve questionario andrà a indagare le preferenze degli operatori che lavorano nei Servizi per le Dipendenze Patologiche (Se.r.D.), in merito a delle proposte di impiego di un Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica in questi servizi. Questo questionario viene compilato in forma anonima e i dati raccolti verranno trattati per scopi accademici. Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è l'operatore sanitario che svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica. Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica:*
 6. collabora alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto, analizza bisogni e istanze evolutive e rileva le risorse del contesto familiare e socio-ambientale;

7. collabora all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psichiatrica nonché alla formulazione dello specifico programma di intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento;
8. attua interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di sé e alle relazioni interpersonali di varia complessità nonché, ove possibile, ad un'attività lavorativa;
9. opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti, allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità;
10. collabora alla valutazione degli esiti del programma di abilitazione e riabilitazione nei singoli soggetti, in relazione agli obiettivi prefissati.

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica svolge attività' professionale presso strutture e servizi sanitari pubblici o privati quali: centri di salute mentale, centri diurni, comunità' riabilitative residenziali, servizi psichiatrici di diagnosi e cura, residenze per l'esecuzione di misure di sicurezza, Servizi per le Dipendenze Patologiche (Se.r.D.), di neuropsichiatria infantile, ed altri. ”;

- Sezione 2 di 5: nella seconda parte si è chiesto ai partecipanti di fornire alcune informazioni socio-anagrafiche e professionali all'interno del Ser.D. in cui operano. Le domande poste in questa sezione sono state:
 - In che servizio svolge la sua professione? (Es. Ser.D. di Milano);
 - Quale professione svolge nel suo servizio?;
 - Da quanto tempo opera nel suo servizio?;
 - Quanti anni ha?.

- Sezione 3 di 5: in questa parte sono state illustrate le 3 proposte di impiego del Te.R.P. Come già descritte nei capitoli 2, 3 e 4, le proposte nel questionario sono così state descritte:
 - Proposta 1: “il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica come Case Manager dei casi clinici con doppia diagnosi”. Questa proposta si basa sull'utilizzo di questa figura come operatore di riferimento per gli utenti con doppia diagnosi. Questa professione, avendo una specifica specializzazione in ambito psichiatrico, trova idonea collocazione in ambiti clinici con utenza che presenti problematiche di doppia diagnosi,

inoltre il Te.R.P potrebbe fungere dal anello di congiunzione tra i Servizi delle Dipendenze e di Psichiatria, indirizzando il lavoro verso un miglioramento nella comunicazione inter-servizi e nel processo di recovery;

- Proposta 2: “Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nella stesura, nel monitoraggio e nella verifica del Progetti Terapeutici-Riabilitativi Individualizzati”. La seconda modalità con le quali un Te.R.P. può operare nei Servizi per le Dipendenze Patologiche è attraverso il processo di assessment, stesura e compilazione, di monitoraggio e verifica dei Progetti Terapeutici-Riabilitativi Individualizzati. L'utilizzo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nella realizzazione dell'individualizzazione dei percorsi di cura, aiuterebbe il lavoro d'equipe nel sostegno al processo di recovery, in quanto la conoscenza dell'ambito psichiatrico permette una maggiore conoscenza degli strumenti per la personalizzazione del trattamento rispetto ad altre professioni;
 - Proposta 3: “Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nella somministrazione di attività riabilitative Evidence-Based”. La terza modalità con le quali un Te.R.P. può operare nei Servizi per le Dipendenze Patologiche è somministrando e strutturando delle attività riabilitative a evidenza scientifica. Questa figura professionale prevede nel proprio core-competente la somministrazione di attività evidence-based, anche a popolazioni specifiche come nel caso delle dipendenze patologiche. A seconda delle necessità dell'utenza, le attività di rimedio cognitivo e di miglioramento delle capacità sociali e personali, possono aiutare nel raggiungimento di un buon livello di recovery, in quanto forniscono le abilità necessarie per raggiungerei propri obiettivi di salute.
- Sezione 4 di 5: in questa parte si è chiesto ai partecipanti di rispondere ad alcune domande aperte rispetto alle proposte illustrate precedentemente e rispetto alla figura del Te.R.P. Le domande poste in questa sezione sono state:
- Secondo lei, quale delle tre proposte è la migliore? (la più attuabile, la più utile, ecc...);
 - Se desidera, può motivare la sua scelta;

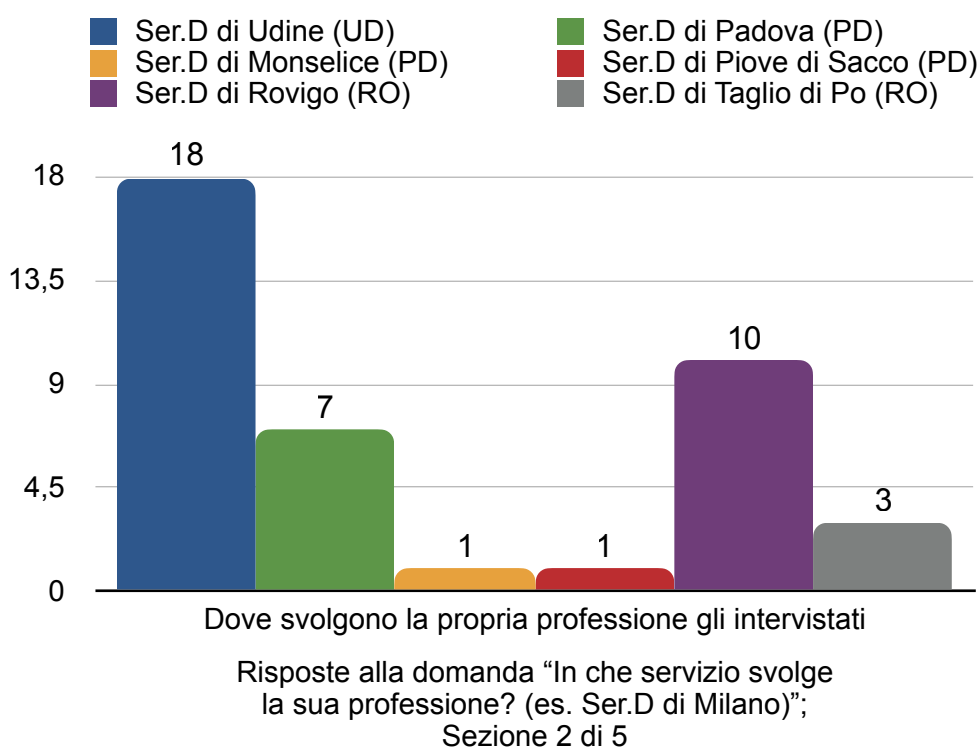
- Prima di questo questionario, conosceva la figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica?;
- Se ha risposto “Sì” alla domanda precedente, potrebbe dire come ne è venuto a conoscenza?.

- Sezione 5 di 5: in quest’ultima parte il questionario è stato terminato, ringraziando per l’attenzione dei partecipanti.

Ad alcune di queste domande i partecipanti hanno dovuto selezionare delle risposte pre-formulate, e in altre le risposte erano “aperte”, in modo da lasciare più spazio agli intervistati.

5.2 Il campione

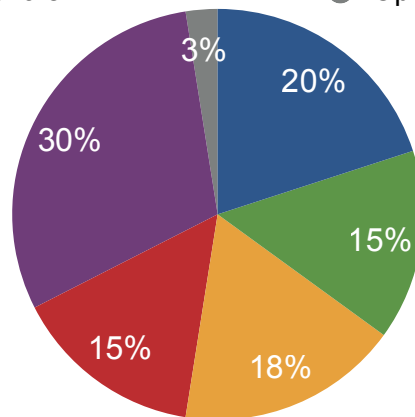
Il questionario ha ricevuto 40 risposte, provenienti da sei Servizi per le Dipendenze Patologiche nei territori delle province di Udine, Padova e Rovigo. Nel grafico a colonne a seguire vengono mostrati i Ser.D. in cui operano i partecipanti e il numero stesso dei partecipanti per servizio.



Le professioni svolte dai partecipanti sono 6: Educatore Professionale, Medico (Psichiatra o altra specializzazione), Psicologo e/o Psicoterapeuta, Assistente Sociale, Infermiere Professionale e Operatore Socio-Sanitario. Il

maggior numero di risposte proviene da Infermieri Professionali, con una percentuale del 30% sul totale. Nel grafico a torta a seguire vengono mostrate le percentuali delle risposte per professione.

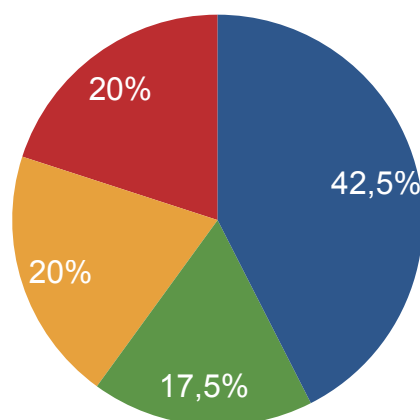
- Educatore Professionale
 - Medico (psichiatra o altra specializzazione)
 - Infermiere professionale
- Psicologo e/o psioterapeuta
 - Assistente Sociale
 - Operatore Socio-Sanitario



Risposte alla domanda "Quale professione svolge nel suo servizio?";
Sezione 2 di 5

Ai partecipanti è stato chiesto di indicare da quanto tempo lavorano nel proprio servizio, per comprendere che esperienza ha (in generale) la popolazione degli intervistati. Circa la metà dei partecipanti opera nel proprio servizio da 1-5 anni, con una percentuale sul totale del 42,5%. Nel grafico a torta a seguire vengono mostrate le percentuali delle risposte per "anzianità" nel luogo di lavoro.

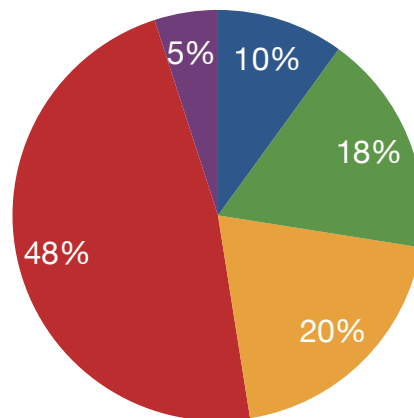
- 1-5 anni
- 5-10 anni
- Più di 20 anni
- 10-20 anni



Risposte alla domanda "Da quanto tempo opera nel suo servizio?";
Sezione 2 di 5

Si è voluta indagare anche l'età dei partecipanti, per comprendere, all'incirca, l'esperienza creatasi negli anni di lavoro e di vita. Circa la metà degli intervistati ha indicato di avere fra i 50 e i 60 anni di età. Nel grafico a torta a seguire vengono mostrate le percentuali delle risposte per anni di età dei partecipanti.

● 20-30 anni ● 30-40 anni ● 40-50 anni ● 50-60 anni ● Più di 60 anni



Risposte alla domanda
"Quanti anni ha?";
Sezione 2 di 5

Nella sezione 4 di 5, è stata indaga la conoscenza dei partecipanti della figura professionale del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, chiedendo di rispondere "Sì" o "No" alla domanda "Prima di questo questionario, conosceva la figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica?". A questo quesito, il 60% degli intervistati (pari a 24 individui) ha risposto che conosceva già questa figura professionale.

In seguito a questa domanda, è stato chiesto ai partecipanti che avevano risposto "Sì" di dire come sono venuti a conoscenza del Te.R.P. A questa "sotto-domanda" sono risultate 22 risposte, raggruppate nella tabella a seguire.

Ambito in cui i partecipanti sono venuti a conoscenza della figura del Te.R.P.	Numero di risposte per ambito
Università - Corsi di formazione	9
Lavoro - Collaborazione con altre figure e servizi	9
Tirocinio formativo di uno studente Te.R.P.	2
Altro	2

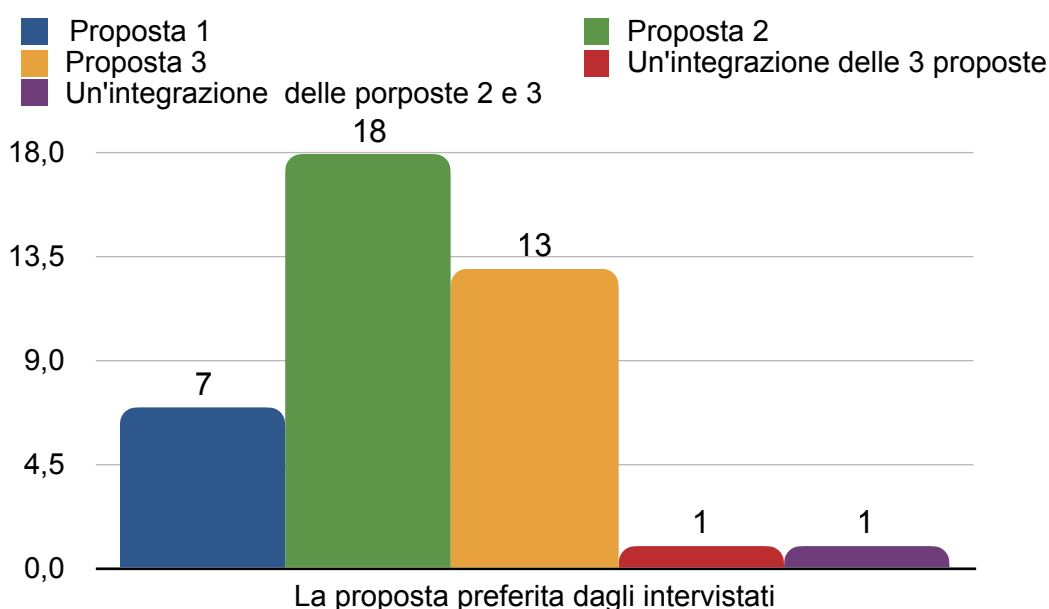
5.3 I risultati

Come descritto all'inizio di questo capitolo, l'obiettivo di questo questionario è stato di comprendere quale delle tre proposte di impiego di un Te.R.P fosse la migliore dal punto di vista degli operatori dei Ser.D.

Questo obiettivo è stato indagato nella sezione 4 di 5, con la domanda "Secondo lei, quale delle tre proposte è la migliore? (la più attuabile, la più utile, ecc...)". A questo quesito sono state fornite 5 risposte:

- Proposta 1: "Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica come Case Manager dei casi clinici con doppia diagnosi";
- Proposta 2: "Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nella stesura, nel monitoraggio e nella verifica dei Progetti Terapeutici-Riabilitativi Individualizzati";
- Proposta 3: "Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nella somministrazione di attività riabilitative Evidence-Based";
- Un'integrazione delle 3 proposte;
- Un'integrazione delle proposte 2 e 3.

Nel grafico a colonne a seguire vengono mostrate le percentuali delle risposte date dai partecipanti.



Risposte alla domanda "Secondo lei, quale delle tre proposte è la migliore? (la più attuabile, la più utile, ecc...)",
Sezione 4 di 5

In seguito a questa domanda è stato chiesto agli intervistati di motivare la propria scelta, se avessero voluto; in questo caso sono risultate 8 risposte su 40. Alcune delle motivazioni sono state:

- “Sono tutte e tre azioni corrette, quella maggiormente deficitaria come azione a mio avviso è la terza”;
- “La proposta 2 e la proposta 3 sono pertinenti anche ad altre figure professionali. se all'interno del servizio delle dipendenze fosse utile trovare la collocazione mirata per il TERP vedrei questa nella proposta 1 dove può maggiormente esprimere le competenze della riserva professionale non solo diventandone case manager ma anche svolgendo valutazione specifica e attività riabilitativa EBP (Evidence Based Prevention) su questa complessa porzione di utenza”;
- “La proposta 3 mi sembra vada a colmare la carenza di competenze specifiche in questo ambito tra le figure professionali presenti nelle equipe delle dipendenze patologiche”;
- “Erogare agli utenti prestazioni riabilitative EB (Evidence Based) è la cosa più critica attualmente nei servizi, si può però trovare un nucleo di interventi e trattamenti con capacità trasversale e transdiagnostica (esempio life skills, regolazione emotiva, efficacia interpersonale, pratiche di mindfulness)”.

DISCUSSIONE

In questo elaborato sono state analizzate e descritte tre possibilità di inserimento lavorativo della figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica all'interno dei Ser.D.; la formulazione di queste proposte è nata prevalentemente dall'osservazione diretta di tre Ser.D. dei territori del Veneto e del Friuli-Venezia Giulia, nel periodo di tirocinio formativo fra aprile e settembre 2023. Questa osservazione ha portato alla luce le criticità dei servizi, esposte dagli operatori stessi, a cui è stato somministrato successivamente un questionario di ricerca. Questo questionario ha avuto l'obiettivo di validare le 3 proposte illustrate nei capitoli 2, 3 e 4 e di permettere ai 40 professionisti dei 6 Ser.D. a cui è stato inviato, di scegliere quale, secondo la loro esperienza lavorativa, fosse la migliore. I Ser.D. a cui è stato inviato sono quelli di Padova, Monselice, Piove di Sacco, Udine, Rovigo e di Taglio di Po; il Servizio per le Dipendenze Patologiche di Udine è stato quello da cui sono arrivate il maggior numero di risposte, 18 sul totale. È stata indagata la professione svolta dai partecipanti (che potevano scegliere fra 6 diversi tipi di professioni o inserendo una risposta libera), che ha mostrato come le due professioni più prevalenti fra gli intervistati fossero quella dell'Infermiere Professionale e dell'Educatore Professionale (con delle percentuali, rispettivamente, del 30% e del 20% sul totale). È stato chiesto ai partecipanti di indicare da quanti anni operano nel proprio servizio, il 42,% degli intervistati ha segnato di operarci da 1-5 anni, il 17,5 % da 5-10 anni, e il restante 40% lavora nel proprio Ser.D da 10 a 20 (o più) anni. Infine, è stata indagata l'età dei partecipanti, che ha mostrato come quasi la metà dei partecipanti (il 48%) abbiano fra i 50 e i 60 anni.

La proposta che ha riscosso maggior successo, fra i partecipanti, è stata la seconda, definita come "Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nella stesura, nel monitoraggio e nella verifica dei Progetti Terapeutici-Riabilitativi Individualizzati", con una percentuale di scelta del 45% sul totale, che equivale a 18 risposte (su 40). A seguire, la proposta 3, definita come "Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nella somministrazione di attività riabilitative Evidence-Based", con una percentuale di scelta del 32,5% (ovvero 13 risposte); di conseguenza, la proposta che ha riscosso meno

successo è stata quindi la proposta 1, descritta come “Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica come Case Manager dei casi clinici con doppia diagnosi”, con una percentuale del 17,5%, che equivale a 7 risposte. Il restante 5% degli intervistati (2 intervistati) ha preferito indicare un'integrazione fra le proposte come la scelta migliore.

È stato chiesto ai partecipanti se, prima di compilare questo questionario, conoscessero la figura del Te.R.P.; il 60% ha affermato che già conoscevano questa professione e di questa parte di intervistati, la maggior parte ha indicato che aveva conosciuto questa figura nell'ambito formativo/universitario o lavorativo.

Dallo studio di questi risultati, ho osservato come la maggior parte degli intervistati, con tutta probabilità, svolge la propria professione (indipendente se in un Ser.D o meno) da 20-30 anni circa, il che implica si abbia una buona, se non ottima, esperienza lavorativa; questo, secondo me, valida ancora di più l'opinione dei partecipanti in merito alle tre proposte illustrate nell'elaborato. È stato interessante anche osservare come il feedback maggiore sia arrivato dagli Infermieri Professionali (che, nella totalità dei Ser.D. italiani, rappresentano il 32,4% degli operatori), che sono, ad ogni modo, dei professionisti sanitari che svolgono delle mansioni piuttosto “distanti” da quelle più terapeutiche o riabilitative svolte all'interno dei Ser.D.; questo feedback mostra l'effettiva e/o potenziale coesione che anche le figure professionali più dissimili possono avere all'interno dei Ser.D..

CONCLUSIONI

Le criticità che ho potuto osservare nei Ser.D. in cui ho svolto i tirocini, sono state all'incirca le stesse per ogni servizio; al momento, in molti Servizi per le Dipendenze Patologiche, lo strumento del P.T.R.I. non è ancora di uso comune per tutta l'utenza e questo può spiegare come la scelta di quasi metà dei partecipanti sia ricaduta sulla proposta 2. La scelta di un terzo dei partecipanti della proposta 3, può essere invece spiegata dal fatto che la somministrazione di attività riabilitative evidence-based sia, a volte, carente, all'interno di questi servizi, in quanto la formazione degli operatori solitamente presenti nelle équipes che si occupano di dipendenze patologiche non è formata per l'utilizzo di questi strumenti. Nel questionario non era stata espressa, in modo esplicito, la possibilità di selezionare più di una delle tre proposte, ma era possibile farlo. È possibile, se non probabile, che se questa possibilità fosse stata evidenziata maggiormente, ben più di 2 intervistati avrebbero espresso la preferenza nell'integrazione di due o più proposte.

Alcune limitazioni di questo studio possono essere imputate nella mancanza di informazioni sul numero di Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica che operano nei Ser.D. e sul tipo di lavoro svolto da questi professionisti (informazioni che avrebbero validato maggiormente la domanda di tesi). Inoltre, il ristretto numero di intervistati per il questionario di ricerca (che rappresenta, circa, lo 0,64% della totalità degli operatori dei Ser.D. italiani) limita di molto la validità dell'affermazione "secondo gli operatori dei Ser.D., la proposta migliore è la seconda", in quanto il campione è troppo piccolo per ipotizzare, anche lontanamente, che la maggior parte dei 6.213 operatori del Ser.D. possa trovarsi d'accordo. La scelta di non somministrare il questionario a più Ser.D. (nei territori anche solo del Veneto e del Friuli-Venezia Giulia), è avvenuta poiché ho preferito concentrarmi nei servizi che avevo visto di persona e di cui avevo effettivamente visto le criticità.

Per gli studi futuri, questo lavoro potrebbe essere sviluppato tramite una somministrazione su più larga scala del questionario di ricerca, concentrandosi inizialmente sulla totalità dei Ser.D. dei territori del Tri-Veneto, per poi "espandersi" sull'intero territorio nazionale e i suoi 500 e più

Servizi per le Dipendenze Patologiche. Altri filoni di ricerca potrebbero riguardare un'analisi del numero di Te.R.P. che lavorano in questi servizi, raccogliendo quelle che sono le loro mansioni all'interno del loro luogo di lavoro e confrontarle con le 3 proposte ideate e poi descritte in quest'elaborato.

Alla luce dei risultati ottenuti da questa tesi è evidente come la figura del Te.R.P. sia utile (se non necessaria) nei Ser.D., ma limitarne il lavoro a sola una delle proposte illustrate può essere riduttivo e non molto funzionale. Secondo la mia esperienza (formata durante gli anni di studio universitario e di tirocinio formativo, non solo, ma soprattutto nei Ser.D.) l'ipotesi che vede un Te.R.P. operare in un Servizio per le Dipendenze Patologiche tramite l'integrazione della seconda e della terza proposta, è la "migliore". Tramite questa integrazione, il Te.R.P. avrebbe modo di sfruttare al meglio il proprio bagaglio formativo, mettendo in pratica quelli che, secondo me, sono gli aspetti più importanti che un Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica può sviluppare durante lo studio e utilizzare nella pratica lavorativa: l'individualizzazione dei percorsi di cura e la somministrazione di attività riabilitative a evidenza scientifica. Lo scopo della riabilitazione psichiatrica è di fornire al paziente gli strumenti necessari per vivere la propria vita al meglio e con soddisfazione, ma, senza un trattamento specifico per ogni individuo, fornire questi strumenti diventa irrealizzabile o inutile.

BIBLIOGRAFIA

- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, anno 142, numero 115, Roma-sabato, 19 maggio 2001
- Famulari, Fierro, Parigi, Rovito, Ussorio; *Il core competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica*; Roma, Alpes Italia, 2019
- Alfonso Nava, Sanavio; *Il trattamento integrato per le dipendenze patologiche, percorsi basati sulle evidenze*; Roma, Carocci editore, luglio 2022
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), agenzia del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti; SAMHSA's working Definition of recovery, 2010 2-3.
- Invernizzi, Bressi; *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*; Milano, McGraw-Hill Education, 2017
- Anthony, W.A. (1993); Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga; *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia; anno 2023*
- Mission, *Italian Quarterly Journal of addiction*, anno XIV, n. 51, marzo 2019
- Cerati; *Il case manager nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia, il percorso formativo e la pratica*; Milano, McGraw-Hill Education, 2013
- Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, recante: "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza"; (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Suppl. Ordinario del 15-3-2006)
- NIDA (National Institute on Drug Abuse); *Common Comorbidities with Substance Use Disorder Research Report, USA*, aprile 2020
- Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"; (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Suppl. Ordinario del 13-11-2000)

- Vita, Dell'Osso, Mucci; Manuale di Clinica e di Riabilitazione Psichiatrica, *dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale*, Volume 2 Riabilitazione Psichiatrica; Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019
- Wing, Curtis, Beevor; HoNOS, *Health of the Nation Outcome Scales*, Royal College of Psychiatrists Research Unit, revisione novembre 2008
- Morosini, Magliano, Brambilla; VADO, *Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi, Manuale per la riabilitazione psichiatrica*, Trento, Erickson, 1998
- Lancashire quality of Life Profile, versione italiana a cura di: Servizio Dipartimentale di Salute Mentale, Roma, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona, Verona, novembre 1999
- Garofalo, S., Battaglia, S. & di Pellegrino, G. Individual differences in working memory capacity and cue-guided behavior in humans. *Sci Rep* **9**, 7327 (2019)
- Bellack, Mueser, Gingerich, Agresta; Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia, *Guida pratica*; Torino, Centro Scientifico Editore, 2003
- Gingerich, Mueser; Training per le abilità di coping, *Una guida pratica*; Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019
- Barbieri, Boggian, Lamonaca; Problem solving nella riabilitazione psichiatrica, *Guida pratica*; Trento, Erickson, maggio 2008
- Linehan; DBT Skills Training, *Manuale*; Milano, Raffaello Cortina Editore, novembre 2015
- Bowen, Chawla, Marlatt; Mindfulness e comportamenti di dipendenza, *Guida pratica per la prevenzione delle ricadute*; Milano, Raffaello Cortina Editore, luglio 2013

SITOGRAFIA

- <https://www.federserd.it/>
- <https://www.politicheantidroga.gov.it/it/>
- <https://www.samhsa.gov/>
- <https://nida.nih.gov/>
- <https://www.who.int/>
- <https://www.google.it/intl/it/forms/about/>
- <https://scholar.google.com/>

RINGRAZIAMENTI

Il primo pensiero va alla relatrice di questa tesi, la dottoressa Camporese, che mi ha sostenuta, aiutata e ha certamente pazientato a lungo con me durante questa “maratona”, la ringrazio infinitamente.

Un pensiero va certamente alla dottoressa Ferron, che per tre anni (e più) mi è stata vicina e che con la sua gentilezza è sempre stata disponibile a risolvere ogni dubbio e dramma.

Il mio cuore è e va alla mia famiglia, un po' numerosa e rumorosa, ma calda e sorridente. Non smetterò di ringraziarvi per ogni cosa fatta per me, partendo da ben prima di iniziare l'università. Siete la mia anima.

A uno dei gioielli più belli del mio tesoro, grazie Eli, per ogni risata, parola di confronto e sostegno che hai condiviso con me in questi anni.

Ai miei amici, raccolti negli anni e tenuti stretti a me, che si sono sempre dimostrati orgogliosi delle mie scelte e della persona che credo di essere diventata. Grazie anche a voi.

A Udine e a tutto ciò che a portato con sè. Senza Gabriela, Anahi, Pablo e Michela e i colleghi del Ser.D., una delle esperienze più belle della mia vita non sarebbe mai avvenuta.

Infine, alla faccia di quel professore al primo anno che mi disse che mi sarei certamente ritirata dal corso...

Con amore e pace, Silvia “Caco” Paiusco