

Master Universitario di Secondo livello in

**EXECUTIVE MASTER IN MANAGEMENT DELLE AZIENDE SANITARIE
IV EDIZIONE**

A.A. 2016/2017

Titolo dell'elaborato:

***Nuovi percorsi per la salute mentale
Il Tecnico della riabilitazione psichiatrica***

Candidato

Dott. Massimo Romeo

Relatore

Prof. Riccardo Fatarella

Direttore del Master

Prof. Franco Fontana

INDICE

Sigle ed abbreviazioni.....	5
Abstract.....	7
Introduzione.....	9
Premessa	11

Capitolo I

Il Terp: un nuovo *stakeholder* della salute mentale.

1.1 Analisi di contesto, dati epidemiologici, sistema informativo della salute mentale	13
1.2 Chi è il Tecnico della riabilitazione psichiatrica?	16
1.3 Aderenza tra gli obiettivi del Piano europeo per la salute mentale e la funzione del TeRP.....	16

Capitolo II

La riabilitazione psichiatrica quale processo terapeutico
che ha come obiettivo la *recovery*.

2.1 Il TeRP: un contributo utile alla appropriatezza del percorso clinico assistenziale	19
2.2 Lotta allo stigma, resilienza, <i>coaching</i> e <i>empowerment</i>	21
2.3 La tecnica riabilitativa psichiatrica a servizio della sicurezza delle cure.....	23

Capitolo III

Comunicare il TeRP: un contributo lavorativo
tra economia di gestione e qualità dei servizi

3.1 Il punto di vista del Prof. Enrico Cavalli, presidente della AiTeRP.....	27
3.2 Il TeRP tra formazione universitaria e mondo del lavoro	28

3.3 Una nuova frontiera comunicativa per la riabilitazione psichiatrica: la <i>Virtual Reality</i>	29
Conclusione	31
Appendice	33
Bibliografia	35

Sigle e abbreviazioni

Art.:	Articolo.
Cost.:	Costituzione italiana.
Cd:	Così detto.
CSM:	Centro salute mentale.
Dca:	Decreto commissario <i>ad acta</i> .
D.lgs:	Decreto legislativo.
E-Health:	Sanità elettronica.
ICT:	Sistemi integrati di comunicazione.
IT:	Tecnologia dell'informazione.
L:	Legge italiana.
LUISS:	Libera Università Internazionale degli Studi Sociali Guido Carli.
MAS:	Executive master in management delle aziende sanitarie (Luiss)
NSIS:	Nuovo sistema informativo sanitario.
PAESM:	Piano europeo per la salute mentale.
PASM:	Piano azione nazionale per la salute mentale.
PTI:	Piano terapeutico individuale.
PTRP:	Piano terapeutico riabilitativo personalizzato.
PW:	Project work.
OMS:	Organizzazione mondiale della sanità.
OPG:	Ospedale psichiatrico giudiziario.
SISM:	Sistema informativo salute mentale.
SSN:	Sistema sanitario nazionale:
TeRP:	Terapista riabilitazione psichiatrica.
UE:	Unione europea.

Abstract

La scelta di redigere il *Project Work* in un ambito medico così specifico, e colgo l'occasione per ringraziare la commissione di avermelo concesso, nasceva dalla volontà di rendere omaggio, prima ancora della sua recente dipartita al mio amatissimo padre, Dott. Rocco Romeo, specialista in Neuropsichiatra e laureatosi in Medicina a soli 21 anni, fondatore e Direttore sanitario della Casa di Cura S.Alessandro di Roma, le cui orme professionali sono state seguite dai miei fratelli maggiori il Dott. Alessio Romeo, medico specialista in psichiatra e il Dott. Stefano Romeo, medico specialista in neurologia.

La partecipazione stessa al Master "MAS", rappresentava e rappresenta per me, che invece svolgevo la funzione di direttore amministrativo e ora di rappresentante legale della S.Alessandro, l'occasione giusta, oltre all'acquisizione di nuove competenze, per rappresentare una funzione di compendio culturale e normativo alla storia medica della mia famiglia.

La scelta tematica di questa tesi sperimentale sulla figura Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP), è legato al suo contributo, nell'ambito della Tutela della Salute mentale, al moderno percorso della *recovery* intesa come percorso di recupero psicosociale del pregresso.

La crescita e la visibilità del Terp, in particolare modo nella Regione Lazio, va certamente ascritta alla lungimirante iniziativa del Prof. Alberto Siracusano, titolare dell'Unità Operativa Complessa del Policlinico Tor Vergata (che dal 2002 al 2015 è stata presente in convenzione presso la S.Alessandro), tra i primi ad attivare uno specifico percorso accademico, con la genesi del corso di Laurea Triennale in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica.

Introduzione

Primum vivere, deinde philosophari

Dopo un anno di frequentazione, numerose verifiche e lavori di gruppo, oltre a 300 personali pagine di appunti, mi sono appellato al detto latino *primum vivere, deinde philosophari*¹ per evitare di scivolare in una tesi estesa e di natura compilativa, a causa della mia formazione da giurista;

ho seguito così pedissequamente le indicazioni delle Linee guida del Project Work MAS suddividendo in soli tre capitoli la stesura, che verrà ulteriormente semplificata nella presentazione tramite *slide*.

L'impianto teorico vedrà una breve premessa iniziale volta alla descrizione del quadro generale normativo italiano e comparativo europeo della Tutela della salute Mentale, ai fini di comprendere in quale contesto di origine e prospettico vada ad inserirsi la figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica.

Nel primo capitolo affermeremo perché possiamo considerare il TeRP un nuovo stakeholder della salute mentale.

Partendo dall'analisi di contesto e dall'evidenza dei dati epidemiologici attraverso un *benchmarking* metodologico, metteremo in parallelo le specifiche funzioni del Terp, con gli obiettivi fissati dal Piano di azione europeo per la Tutela della salute mentale; gli stessi, naturalmente presenti e talvolta anticipati dal nostro ordinamento.

Nel secondo capitolo, quello cardine, produrremo come principale risultato ottenuto la dimostrazione che la Riabilitazione psichiatrica è un processo terapeutico che ha come obiettivo la *recovery* della cui attuazione il Terp risulterà una figura professionale indispensabile.

Approfondiremo alcuni punti cardinali di quella vera e propria rosa dei venti terminologica legata alla riabilitazione ed in particolare modo: lotta allo stigma, Resilienza, *Coaching e Empowerment*.

Il terzo capitolo sarà dedicato alla comunicazione della figura del Terp in particolare modo quella sociale e sarà arricchito dal contributo del Prof. Enrico Cavalli presidente nazionale della AiTeRP.

Vedremo il rapporto tra la figura del Terp, sia dal punto di vista del suo percorso di formazione universitaria, sia del suo rapporto con mondo del lavoro.

Nelle conclusioni verificheremo i risultati ottenuti, le difficoltà incontrate, raccon-

¹ Wikipedia *Primum vivere, deinde philosophari* (lat. «prima [si pensi a] vivere, poi [a] fare della filosofia»). – Frase ripetuta talvolta, anche con sign. estens., come richiamo a una maggiore concretezza e a una maggiore aderenza agli aspetti pratici della vita; viene tradizionalmente attribuita al filosofo ingl. Thomas Hobbes (1588-1679), ma probabilmente è molto più antica.)

teremo di come il PW stesso sia divenuto un laboratorio di proposte, una normativa di integrazione dei Requisiti minimi in psichiatria della Regione Lazio, la seconda di nuovo percorso clinico che sarà attivato dalla direzione sanitaria della Struttura residenziale psichiatrica S.Alessandro.

Per quanto riguarda le fonti bibliografiche, le troveremo descritte per esteso nel corso della restante stesura che ricapitolate a fine progetto; oltre a quelle proprie derivanti dalle lezioni del Master, altre fonti sono stati i libri di testo del Corso universitario di Diritto Sanitario della Luiss, le recenti pubblicazioni sul *cd* Decreto Gelli, il materiale dall'associazione dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, dal punto di vista clinico il Manuale della Psichiatria coordinato dal Prof. Alberto Siracusano e dal punto di vista *Web*, oltre ai *link* suggeriti dai docenti, quello del Ministero della Salute, della Unione Europea e della Regione Lazio.

Premessa

Dalla “cd” società dei sani alla funzione dinamica della Tutela della Salute.

La tutela della salute viene oggi modernamente definita a livello internazionale dall'Organizzazione mondiale della sanità² (OMS) come «uno stato di completo benessere psicofisico, mentale e sociale e non solamente l'assenza di malattia o di inabilità, ovvero una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'organismo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale».

Si tratta di una definizione dalla quale si evince che il benessere fisico non è mai solamente una condizione statica, ma estremamente mutevole a seconda dei suoi rapporti con l'ambiente naturale e sociale.

La Costituzione italiana ha da tempo novellato³ tale tutela attraverso l'art. 32 della propria Costituzione che recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Anche Renato Balduzzi, già Ministro della salute, nel Manuale di Diritto Sanitario da lui curato, come già detto una delle principali fonti bibliografiche di questa parte introduttiva del Project Work, non può non tracciare la genesi di questo articolo nel contesto del primo dopoguerra laddove: « la presbiopia, cui erano costrette le forze politiche ivi rappresentate a fronte dell'immediato futuro, produsse, in un paradosso che fu solo apparente, la grande lungimiranza che la storia ha riconosciuto al Costituente e al suo edificio; e questa dinamica interessò paradigmaticamente anche la formulazione dell'art 32 della Cost. italiana».

Ci ricorda la Prof.ssa Donatella Morana, titolare della cattedra di Diritto Sanitario alla Luiss, il cui testo “La salute come diritto costituzionale” rappresenta l'ulteriore fonte privilegiata che ci accompagnerà fino al rapido raggiungimento del nucleo essenziale del PJW quello sperimentale, di come l'art. 32 della Cost. qualifica la tutela

² www.salute.gov.it L'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS, istituita nel 1948 con sede a Ginevra è l'Agenzia delle Nazioni Unite specializzata per le questioni sanitarie e vi aderiscono 194 Stati Membri di tutto il mondo divisi in 6 regioni (Europa, Americhe, Africa, Mediterraneo Orientale, Pacifico Occidentale e Sud-Est Asiatico). L'Italia ha aderito ufficialmente all'OMS in data 11 aprile 1947.

³ www.garzantilinguistica.it Novellare, (dir.) modificare un testo giuridico su singoli punti e per mezzo di riforme parziali: novellare un articolo di legge.

della salute come «fondamentale⁴ diritto dell'individuo e interesse della collettività».

Naturalmente focalizzeremo solo quegli aspetti di richiamo o stretto interesse della tutela della salute mentale, per ovvi motivi di stesura, in particolare modo ci soffermiamo ora sui concetti di salute ed integrità psicofisica, attraverso l'ampliamento della nozione di salute, con il passaggio dalla dimensione statica a quella dinamico – funzionale.

Come dice il Balduzzi siamo di fronte «allo sviluppo di un diritto alla salute unitariamente concepito».

Possiamo spingerci a ritenere così completato quel processo culturale di origine ottocentesca della *cd* società dei sani, fino alla moderna tutela della salute come diritto soggettivo.

Sottolinea la Morana che tanto la dottrina, quanto la giurisprudenza abbiano entrambe cessato di intendere il concetto costituzionale di salute come equivalente allo stato di assenza di malattie orientata come sottolinea il Balduzzi al «*complete wellbeing*, tanto fisico e mentale quanto sociale, alimenta azione di promozione alla salute, incentivando la prevenzione individuale e l'adozione di corretti stili di vita».

Possiamo attribuire al moderno concetto dinamico funzionale della Tutela della Salute della nostra Costituzione e ad alla coincidente definizione dell'OMS sopracitata, un valore prismatico attraverso il quale riflettere i “Valori e la visione europea per la salute” mentale racchiuse in tre punti:

- a) Equità: tutti devono avere la possibilità di raggiungere il massimo livello possibile di benessere mentale e di ricevere un'assistenza commisurata alle loro esigenze. Occorre contrastare qualsiasi forma di discriminazione, pregiudizio o negligenza che impedisce alle persone con problemi di salute mentale di godere appieno dei loro diritti e di accedere equamente alle cure.
- (b) *Empowerment* (inteso come implementazione): tutte le persone affette da problemi di salute mentale hanno il diritto, in qualsiasi fase della loro vita, di essere autonomi, di assumersi responsabilità e intervenire nelle decisioni che influiscono sulla loro vita, salute mentale e benessere.
- (c) Sicurezza ed efficacia: le persone possono avere fiducia nella sicurezza e nell'efficacia di tutte le azioni e gli interventi mirati alla salute mentale della popolazione o al benessere delle persone affette da problemi di salute mentale.

⁴ www.cortecostituzionale.it I principi fondamentali della Costituzione, descritti negli articoli (1 - 12) e nella Parte prima relativa ai “Diritti e doveri dei cittadini”, caratterizzano, strutturandolo in profondità, l'ordinamento costituzionale: questo verrebbe letteralmente meno – trasformandosi in un ordinamento diverso – nel caso in cui detti principi non fossero osservati e fatti oggetto di specifica tutela. I valori elencati assumono in tal modo una valenza giuridica di tale “essenzialità”, da poter affermare che la stessa organizzazione dei pubblici poteri sia prevalentemente funzionale al loro svolgimento ed alla loro attuazione.

Capitolo I

Il TeRP: un nuovo *stakeholder* della salute mentale.

Per *stakeholder* genericamente si intende un portatore di interessi, legato principalmente ad un dato di economia aziendale. Qua lo rappresentiamo come portatore di interesse della salute mentale, laddove come vedremo più avanti completa il percorso clinico dello psichiatria, coadiuvando l'*equipe*, ad esempio, nei rapporti con la famiglia, le sue criticità e risorse.

Per non parlare della sua vocazione, come scrive nei suoi documenti ufficiali la Ai-TeRP, « rivolta al contesto socio-ambientale, su cui agire nella lotta allo stigma e all'emarginazione e dove operare per facilitare la costruzione e lo sviluppo di una rete comunitaria virtuosa, fatta di più agenzie-attori sociali presenti sul territorio, che lavorino in sinergia, per contrastare l'effetto cronicizzate dato dalle reti viziose».

1.1 Analisi di contesto, dati epidemiologici, sistema informativo della salute mentale.

Il contesto esterno generale è incentrato sul macro obiettivo del Servizio sanitario nazionale⁵

sulla promozione del benessere e della salute dei cittadini e delle comunità, come recitano le linee del Ministero della Salute italiano, nella consapevolezza che «la vera ricchezza del sistema sanitario è la salute dei cittadini», in conformità alle direttive della Carta di Tallin⁶ (2008) dell'OMS.

L'efficacia delle azioni del Ministero, è strettamente correlata anche alla capacità dei diversi stakeholder, cioè portatori di interessi istituzionali e professionali dimostrando come il TeRP lo sia per la tutela della salute mentale nei confronti della collettività.

Un breve cenno all'importanza di numerose variabili di contesto esterno quali il

⁵ www.salute.gov.it Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art.32 della Costituzione.

⁶ www.quadernidellasalute.it La Carta di Tallin (2008): "Sistemi sanitari per la salute ed il benessere economico" si pone come obiettivo di impegnare gli Stati Membri della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a migliorare la salute dei cittadini attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari, riconoscendo nel contempo le differenze sociali, culturali ed economiche esistenti nell'ambito della Regione

cambiamento demografico ed epidemiologico, le disparità socioeconomiche, le risorse limitate, i costi dello sviluppo tecnologico e le aspettative crescenti. Sono temi di respiro comunitario e infatti previsti dall'Unione nel "Programma Europa 2020"⁷

La regione europea dell'Oms comprende 53 stati membri e quasi 900 milioni di persone, ci muoviamo come spiegato dal Prof. Riccardo Fatarella, docente di punta del Master Mas della Luiss, nei suoi moduli "Assetti istituzionali- Sistemi Sanitari a confronto" all'interno dei due approcci di origine quello *cd Bismark* cioè un modello di sistema assistenziale sanitario assicurativo su base occupazionale e il *Beveridge* un modello di sistema universalistico, al quale tra l'altro fa riferimento il nostro SSN.

Dal punto di vista epidemiologico la seconda principale causa del carico di malattia misurato in *DALY*⁸ sono i disturbi neuropsichiatrici con il 19%.

Un indicatore importante del peso sociale di una malattia per la collettività e il sistema sanitario è la misura in cui essa contribuisce agli stati patologici cronici *YLD*⁹.

Entrambi i misuratori, secondo Dott. Marco Cannavicci, Direttore sanitario della Struttura residenziale psichiatrica S.Alessandro di Roma, «vanno letti nell'ottica della disabilità sociale, relazionale e lavorativa correlata ad una situazione di infermità mentale tendente alla cronicizzazione ed alla recidiva»

Nella popolazione europea, i disturbi mentali rappresentano di gran lunga la principale categoria di malattie croniche, pari a poco meno del 40%.

In Italia sono stimate in 8 i milioni di persone quelle affette dal solo disturbo dell'ansia.

Altrettanti equamente distribuiti tra depressione e insonnia, non trascurabile il disturbo post traumatico da *stress*, diagnosticato su un altro milione di connazionali.

L'insieme dei dati succitati, proietta livello europeo a circa 164 milioni le persone affetti da disturbi psichiatrici.

Nel 2015 il numero complessivo di accessi al Pronto soccorso per patologie psichiatriche ammonta a 585.087 e l'impatto economico, solo in Europa raggiunge i 798 miliardi di euro. I dati fino a qua emersi risultano importanti come ci ha spiegato il Prof. Massimo Volpe docente del MAS ai fini della *cd* epidemiologia manageriale.¹⁰

Incomincia da questi numeri macroscopici derivanti dai dati epidemiologici citati ad entrare nel vivo il percorso di questo progetto che si pone quale risultato principale, la dimostrazione che la Riabilitazione psichiatrica è un processo terapeutico che ha come obiettivo la *recovery* e della quale il Terp è moderno interprete e di conseguenza figura professionale indispensabile.

⁷ <https://ec.europa.eu> L'iniziativa dell'UE "Insieme per la salute" sostiene la strategia Europa 2020. Europa 2020 intende trasformare l'Unione europea in un'economia intelligente, sostenibile e inclusiva capace di promuovere la crescita per tutti. Per realizzare questo obiettivo, la buona salute della popolazione è un requisito fondamentale.

⁸ Wikipedia DALY: Disability adjusted Life years, ovvero gli anni di vita corretti per disabilità.

⁹ Wikipedia YLD: Years lived with disability, ovvero gli anni vissuti con una disabilità

¹⁰ "Epidemiologia per manager" lezioni master Mas Prof. Volpe, L'Epidemiologia manageriale: "Studio della distribuzione dei determinanti di salute e malattia in specifiche popolazioni ed applicazione di tale studio alla promozione della salute, alla prevenzione e controllo delle malattie, alla progettazione di servizi sanitari coerenti con i bisogni di salute della popolazione ed alla elaborazione di politiche sanitarie ... in un contesto di sostenibilità economica.

Di conseguenza anche l'attività del TeRP confluendo come vedremo, nei piani terapeutici entra a far parte del flusso informativo che in Italia è rappresentato dal Sistema Informativo Salute Mentale (*SISM*¹¹) il cui recente manuale operativo è datato giugno 2017.

Le informazioni raccolte sono messe a disposizione¹ del Nuovo Sistema Informativo Sanitario

(*NSIS*¹²) attraverso l'utilizzo delle funzionalità previste dal Sistema informativo salute mentale.

Il flusso *SISM* si applica agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al *SSN*, nell'ambito dell'assistenza rivolta a persone adulte con disturbi psichiatrici e alle loro famiglie, che rappresentano l'oggetto della rilevazione.

Il *Sism* infine prevede la raccolta di informazioni inerenti le attività riferite agli interventi terapeutico-riabilitativi e socioassistenziali rivolti al paziente, alla sua famiglia o al suo contesto di vita.

¹¹ www.salute.gov.it Il Sistema Informativo per il monitoraggio e tutela della Salute Mentale (*SISM*), è mirato a rilevare le informazioni riguardanti le caratteristiche delle persone sottoposte a trattamenti per le patologie riconducibili all'ambito della salute mentale attraverso la creazione di una base dati integrata incentrata sul paziente. Il *SISM* è stato realizzato per monitorare gli interventi sanitari erogati alle persone adulte con problemi psichiatrici ed alle loro famiglie; resta esclusa, pertanto, la Neuropsichiatria infantile. Coerentemente con quanto previsto nel Testo approvato dalla Conferenza fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome (seduta del 11 ottobre 2001), il sistema è finalizzato ai seguenti obiettivi: monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni; valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui piani di trattamento; supporto alle attività gestionali dei Dipartimenti di Salute Mentale (*DSM*) per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse; supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale; supporto ai sistemi di finanziamento; supporto alla ricerca e al miglioramento continuo della qualità.)

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (*NSIS*) rappresenta lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale (*SSN*), attraverso la disponibilità di informazioni che per completezza, consistenza e tempestività, supportano le Regioni e il Ministero nell'esercizio delle proprie funzioni e, in particolare, il Ministero nella sua funzione di garante dell'applicazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza (*LEA*) sul territorio nazionale.

¹² www.nsis.salute.gov.it *NSIS* nasce, quindi, con l'obiettivo di rendere disponibile, a livello nazionale e regionale, un patrimonio di dati, di regole e metodologie per misure di qualità, efficienza, appropriatezza e costo a supporto del governo del *SSN*, del monitoraggio dei *LEA* e della spesa sanitaria, condiviso fra i vari livelli istituzionali e centrato sul cittadino. La Conferenza Stato-Regioni ha assegnato al *NSIS* obiettivi di governo: monitoraggio dello stato di salute della popolazione; monitoraggio dell'efficacia/efficienza del sistema sanitario; monitoraggio dell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni in rapporto alla domanda di salute; monitoraggio della spesa sanitaria.

1.2 Chi è il Tecnico della riabilitazione psichiatrica?

Il TeRP è quell'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica.

Come previsto dal Decreto Ministeriale 29 marzo 2001, n. 182 "Regolamento concernente la individuazione della figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica" le funzioni del TeRP sono:

- 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.

Altre due sono le sue prerogative, da una parte la riabilitazione psichiatrica contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale; dall'altra il TeRP in psichiatria svolge la sua attività professionale in strutture e servizi sanitari pubblici o privati in regime di dipendenza o libero professionale

E' perfettamente inquadrabile, nello spirito del Piano Europeo per la salute mentale, quale *stakeholder* e componente del sistema che necessita di informazioni diverse. In un ambito vasto come la salute mentale, occorrono dati di *input*, elaborazione, *output* e risultato relativi alle variabili socio-economiche e ambientali. Tali dati vanno richiesti soltanto nei casi in cui la loro raccolta sia affidabile e il loro utilizzo sia fondamentale, poiché richieste superflue di dati possono impegnare risorse altrimenti necessarie all'erogazione di cure di qualità e avere un effetto demoralizzante.

1.3 Aderenza tra gli obiettivi del Piano d'azione europeo per la salute mentale e il TeRP.

Il preambolo introduttivo ai 7 obiettivi del Piano d'azione europeo per la salute mentale ci offre già un'elevata serie di spunti.

Al primo punto recita: «Promuovere la salute mentale, la prevenzione e il trattamento dei disturbi mentali è fondamentale per preservare e migliorare la qualità della vita, il benessere e la produttività di persone, famiglie, lavoratori e collettività, contribuendo quindi a rendere la società più forte e resiliente nel suo complesso».

Ecco la prima aderenza con la definizione di riabilitazione intesa quale processo terapeutico che ha come obiettivi quelli di identificare, prevenire e ridurre le cause della disabilità e nello stesso tempo aiutare la persona a sviluppare e prevenire le proprie risorse e capacità in modo da acquisire più fiducia in se stessa, aumentare il livello di autostima ed apprendere strategie, compensatorie e risolutive, spendibili nella quotidianità; l'agire riabilitativo considera la persona come soggetto presente e partecipe della propria cura in un'ottica di attenzione alla sua qualità di vita, prima ancora che alla malattia.

Recita ancora al punto 12: «L'aspettativa di vita delle persone con disabilità mentali, corretta in base all'età e al sesso, è di svariati anni inferiore a quella della popolazione generale a causa delle comorbidità¹³ e delle interazioni tra stato di salute mentale e fisico che vengono ignorate. Un'informazione inadeguata e lo stigma costituiscono un altro fattore importante».

Questa ultima affermazione si riflette nel concetto di riabilitazione quando porta a riconsiderare quello di malattia e di cura; per intervenire in modo efficace dal punto di vista terapeutico bisogna prendere in considerazione non solo la disabilità, ma le conseguenze invalidanti che questa ha sulla sfera sociale del soggetto, che per esempio può riscontrare enormi difficoltà relazionali a causa di un deficit psichico anche di non particolare gravità.

Gli interventi, a domicilio, residenziali e/o ambulatoriali, sono rivolti a persone affette da disturbi psichiatrici con particolare attenzione alla schizofrenia, ai disturbi psicotici e ai disturbi dell'umore, senza tralasciare i quadri di disagio mentale correlato ai disturbi d'ansia e secondari a patologie di altra natura, come per esempio disturbi cronici di natura ortopedica, oncologica e cardiovascolare come evidenziato con una tabella in appendice.

¹³ Manuale della Psichiatria, coordinatore Prof. Alberto Siracusano, comorbidità in senso psichiatrico è la co-presenza di due o più diagnosi nello stesso individuo. I disturbi dello spettro depressivo presentano il più alto indice di comorbidità medica (vedi tabella in appendice).

Capitolo II

La Riabilitazione psichiatrica quale processo terapeutico che ha come obiettivo la *recovery*

Questo capitolo è frutto del dialogo e dei preziosi spunti ricevuti dal Dott. Marco Cannavicci, nuovo Direttore Sanitario della Struttura Residenziale Psichiatrica S. Alessandro di Roma.

Il tutto è partito dapprima da uno degli allegati ai moduli del Master la rivista trimestrale “Organizzazione sanitaria” n. 3/2016, laddove nel primo articolo, a più firme, ci si preoccupa della figura del moderno Direttore sanitario, in termini manageriali e che «tale professionista deve assicurare, alla complessa organizzazione aziendale e ospedaliera, non solo le sempre più complesse funzioni igienistiche, ma deve confrontarsi proporre e scegliere modelli organizzativi idonei alla gestione complessiva della struttura.

Questa considerazione l’abbiamo legata alle parole del noto Psichiatra Vittorino Andreoli il quale, nella sua più recente pubblicazione “I principi della nuova psichiatria”, evidenzia come i concetti di diagnosi – cura - terapia rappresentino la sequenza, la sicurezza di ogni procedimento che caratterizza la medicina in tutte le sue branche e sottolinea come questo sia «un processo che non ha più lo psichiatra come unico protagonista, ma richiede altre figure, appartenenti a professioni con un proprio sapere e complementare tra loro», tra questi ovviamente identifichiamo il TeRP per quanto già precedentemente esposto.

Questo processo è di particolare interesse nella Regione Lazio, dove nell’ambito delle prerogative regionali in ambito sanitario è stato dato corso alle indicazioni del Piano azione nazionale per la salute mentale (Pasm) attraverso il Decreto del Commissario ad Acta¹⁴ n.U00188* che riorganizza la sanità psichiatrica.

¹⁴ Argomenti.Ilsole24ore.com Il commissario ad acta è una persona nominata da una pubblica amministrazione, o da un giudice, per svolgere compiti che una amministrazione non ha svolto. Viene utilizzata dagli aventi diritto per ottenere l'esecuzione di una sentenza amministrativa o l'espletamento di una procedura amministrativa, in Sanità è il responsabile del piano di rientro dal disavanzo della Regione commissariata.

E' previsto che tutto ciò avvenga tramite un processo, come detto espletato da una lavoro di *equipe*, tra cui l'educatore professionale, alla cui figura il TeRP è equiparato.

Per ciascun paziente infatti in coerenza con il Piano terapeutico Individuale (PTI), si elabora un Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP).

Fondamentali, durante periodo di ricovero e cura, le attività espletabili dal TeRP legate all'approccio psicosociale, come evidenziato in appendice.

Come sintesi conclusiva vogliamo riportare la definizione che la Prof. Chiara Primatei, dell'Università Bicocca di Milano, illustra agli studenti del suo Corso di Laurea in Servizio Sociale:

«La *recovery* è una parola con due significati: Esito = remissione dei sintomi e della disabilità, misurabile attraverso criteri standardizzati in quella clinica; processo = impegno attivo, dinamico e individuale attraverso cui una persona cerca di assumere un certo grado di controllo sulla propria vita e di sviluppare strategie per fronteggiare i sintomi, ma anche stigma, discriminazione ed esclusione sociale in quello personale.

2.1 Il TerP: un contributo utile alla appropriatezza del percorso clinico assistenziale

La riabilitazione psichiatrica e il percorso di recovery sono ben rappresentati ed evidenziati nel più volte citato Piano europeo tra le azioni suggerite alle proprie regioni ci sono quelle di diffondere gli esempi di buone prassi attuate da servizi e sistemi che sostengono e favoriscono la *recovery* e l'inclusione sociale; offrire assistenza tecnica agli Stati Membri durante l'elaborazione e l'esecuzione di politiche che promuovono la *recovery* e l'inclusione sociale, oltre ad affrontare il tema delle disuguaglianze e della discriminazione.

Con il termine Riabilitazione si intende un processo terapeutico che ha come obiettivi quelli di identificare, prevenire e ridurre le cause dell'inabilità e nello stesso tempo aiutare la persona a sviluppare e prevenire le proprie risorse e capacità in modo da acquisire più fiducia in se stessa, aumentare il livello di autostima ed apprendere strategie, compensatorie e risolutive, spendibili nella quotidianità.

L'agire riabilitativo considera la persona come soggetto presente e partecipe della propria cura in un'ottica di attenzione alla sua qualità di vita, prima ancora che alla malattia.

Il concetto di riabilitazione porta a riconsiderare quello di malattia e di cura; per intervenire in modo efficace dal punto di vista terapeutico bisogna prendere in considerazione non solo la disabilità, ma le conseguenze invalidanti che questa ha sulla sfera sociale del soggetto, che per esempio può riscontrare enormi difficoltà relazionali a causa di un deficit psichico anche di non particolare gravità.

Cosa si intende per Recovery?. Ci dice il Dott. Antonio Maone, autore del libro "*Recovery: nuovi paradigmi per la salute mentale*", che «nella lingua inglese ha un significato che in italiano può essere tradotto con guarigione, tuttavia il termine inglese ha una maggiore ampiezza semantica, che si estende ad altre differenti accezioni e con

un' enfasi sul processo piuttosto che sull'esito: in medicina, oltre che guarire *to recover* può significare riprendersi, ristabilirsi, recuperare.

Ci troviamo di fronte ad un processo di cambiamento attraverso cui l'individuo migliora la propria salute e benessere, vive in modo *cd self-directed* e si impegna a vivere al meglio delle proprie potenzialità .

Nel campo della salute mentale, *recovery* si riferisce a un processo attivo, dinamico e altamente individuale attraverso cui una persona assume la responsabilità della propria vita, e sviluppa uno specifico insieme di strategie di *copyng*¹⁵ rivolte non solo a fronteggiare i sintomi, ma le minacce secondarie della disabilità, che comprendono stigma, discriminazione ed esclusione sociale.

Come scrive in proposito anche il Prof B. Saraceno nel suo commento al libro di Antonio Maone, la «Recovery ha molto a che fare con il modo con cui l'operatore della psichiatria si confronta con la domanda».

La *recovery* in psichiatria vuole rappresentare un importante contributo a un rinnovamento positivo dell'assistenza, che punta a costruire e promuovere la resilienza di chi soffre di disturbi mentali: categoria che rappresenta oggi, per il nostro sistema di assistenza, la risorsa di maggior valore e tuttavia meno utilizzata.

La salute mentale ed il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni come già premesso dalla Dichiarazione di Helsinki del 2005¹⁶: «Conferiscono un senso alla nostra esistenza permettendoci di essere cittadini creativi e attivi. (...) Essendo la salute mentale una componente centrale del capitale umano, sociale ed economico delle nazioni, questa deve quindi essere considerata come parte integrante essenziale di altri campi della politica pubblica, quali i diritti dell'uomo, l'assistenza sociale, l'educazione e l'occupazione».

¹⁵ www.lumsa.it Il termine "coping", dall'inglese *to cope* che significa "fronteggiare", indica gli sforzi cognitivi e comportamentali compiuti da un individuo per affrontare e gestire eventi stressanti, reali o percepiti come tali. Più dettagliatamente: Le modalità di coping riguardano sia le risposte comportamentali messe in atto per gestire l'evento fonte di stress che le emozioni provate intorno ad esso. Svolgono due principali funzioni: a) ridurre il rischio delle conseguenze dannose che potrebbero risultare da un evento stressante (coping focalizzato sul problema) b) contenere le emozioni negative che derivano dall'esperienza stressante (coping focalizzato sulle emozioni).

¹⁶ www.salute.gov.it Helsinki, della Conferenza Ministeriale Europea dell' O.M.S. sulla Salute Mentale (12-15 febbraio 2005) 1 ottobre 2009 Organizzazione Mondiale della Sanità – Conferenza Ministeriale europea sulla Salute mentale. Helsinki, Finlandia, 12-15 gennaio 2005. Piano d'azione sulla salute mentale per l'Europa. Affrontare le sfide, creare le soluzioni. Il presente Piano d'Azione è adottato nell'ambito della Dichiarazione sulla Salute Mentale per l'Europa dai Ministri della sanità degli Stati membri della Regione europea dell'O.M.S., che ne sostengono l'attuazione in conformità con le esigenze e le risorse di ciascun paese. Le sfide, per i prossimi cinque/dieci anni, prevedono l'elaborazione, la realizzazione e la valutazione di una politica e di una legislazione capaci di offrire, nel settore della salute mentale, attività in grado di migliorare il benessere dell'intera popolazione, prevenire i problemi di salute mentale e stimolare l'inclusione e la partecipazione attiva di coloro che soffrono di problemi di salute mentale.

2.2. Lotta allo stigma, resilienza, coaching and empowerment

Come già accennato nell'introduzione, possiamo immaginare una rosa dei venti terminologica legata alla riabilitazione con alcuni punti cardinali che ruotano attorno al processo di recovery, come quelli proposti in questo paragrafo ai quali però dobbiamo dare per ciascuno solo una circoscritta definizione, legata specificatamente al PW.

Lo Stigma, il marchio indelebile che caratterizza il malato psichico e si proietta sul gruppo sociale di appartenenza, è ancora oggi uno dei principali ostacoli ai programmi di terapia e di assistenza dei pazienti psichiatrici, che continuano a rimanere discriminati e ghettizzati, perchè della pazzia ancora ci si vergogna. Così troviamo da più parti riportato sulla rete in accompagnamento ad articoli e pubblicazioni.

Non a caso nel 2008 è entrata in vigore la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità che è ormai ratificata dalla maggioranza degli Stati Membri della Regione Europea e dall'Unione Europea. La Convenzione riconosce alle persone con disabilità, anche quelle causate da menomazioni mentali, il diritto a una partecipazione piena ed effettiva nella società, al riparo da stigmatizzazioni o discriminazioni.

Recita il Piano Azione europeo per la Salute mentale che «secondo un'impostazione rispettosa dei diritti, occorre comprendere e valutare in quale misura la disuguaglianza e la discriminazione colpiscono le persone con disagio mentale all'interno e all'esterno del sistema

sanitario. Talvolta tali disparità, lo stigma e la discriminazione rendono difficile o impossibile la fruizione di interventi adeguati e articolati per la salute mentale da parte di alcuni gruppi della popolazione, compresi quelli caratterizzati da una specifica origine etnica, genere, religione, orientamento sessuale, stato giuridico di profugo o migrante, livello socioeconomico e disabilità fisica e/o mentale.»

Non è tema del nostro lavoro, però siamo rimasti sorpresi di leggere tanto nelle documentazioni istituzionali come in manuali di psichiatria un richiamo ed una *cd* tirata di orecchie anche al mondo medico generale e degli stessi operatori in merito ad atteggiamenti di stigma nei confronti di soggetti affetti da disturbi legati alla salute mentale.

E' paradossalmente Wikipedia a darci una definizione di resilienza univocamente comprensibile tanto per gli operatori del settore, che per il comune lettore: « In psicologia, la resilienza è una parola che indica la capacità di far fronte in maniera positiva a eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà, di ricostruirsi restando sensibili alle opportunità positive che la vita offre, senza alienare la propria identità».

Sono persone resilienti quelle che, immerse in circostanze avverse, riescono, nonostante tutto e talvolta contro ogni previsione, a fronteggiare efficacemente le contrarietà, a dare nuovo slancio alla propria esistenza e perfino a raggiungere mete importanti.

I governi e i cittadini attribuiscono importanza al benessere e vogliono che ciò si

rifletta nelle politiche adottate. Il benessere mentale migliora la resilienza, rafforza la fiducia nel futuro, incrementa la capacità di adattarsi ai cambiamenti e di affrontare le difficoltà. In momenti di forti tensioni socio-economiche, queste azioni volte a rafforzare il benessere e a prevenire le malattie mentali sono fondamentali, in particolare per i gruppi vulnerabili.

Questo aspetto della resilienza può essere favorito dalle attività di recupero psico-sociale messe in atto dal TeRP.

Torniamo alla *recovery*, cui obiettivo consequenziale è L' «*Empowerment*, che non è una destinazione ma un viaggio», così titola la Dichiarazione dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'O.M.S.

A livello individuale l'*empowerment* è un importante elemento dello sviluppo umano.

È il processo che permette di prendere il controllo e la responsabilità delle azioni proprie che hanno l'obiettivo e la potenzialità di guidare all'adempimento corretto. Questo processo contiene al suo interno quattro dimensioni:

La prima è l'autostima, legata alla seconda la partecipazione alle decisioni, dignità e rispetto la terza, quarta e ultima l'appartenenza e contributo all'accrescimento della comunità.

Il Prof. Stefano Mezzopera, uno dei maggior esperti italiani di rischio clinico¹⁷ nella sua lezione al Master Mas della Luiss sul Risk Management descrive come «bisogno di stima, che rappresentano la necessità dell'individuo di sentirsi competente, produttivo, rispettato, approvato e riconosciuto nel proprio ruolo, anche da parte di gruppi di appartenenza».

Vogliamo, però, rappresentare anche un aspetto legato all'aspetto prettamente organizzativo delle strutture complesse introducendo concetto di *coaching*, inteso come processo di sviluppo.

Nel "Manuale di Psichiatria" coordinato dal Prof. Alberto Siracusano, un paragrafo, redatto dal Prof. Enrico Bollero storico direttore generale del Policlinico Tor Vergata, è dedicato all'abbinamento tra i concetti di *coaching and empowerment*, che riguardano da vicino anche la funzione che stiamo descrivendo del TeRP, ne quale definiva im-

¹⁷ www.salute.gov.it Definizione di rischio clinico Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (Kohn, IOM 1999). Il rischio clinico può essere arginato attraverso iniziative di Risk management messe in atto a livello di singola struttura sanitaria, a livello aziendale, regionale, nazionale. Queste iniziative devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario. Un'attività di Risk management efficace si sviluppa in più fasi: conoscenza ed analisi dell'errore (sistemi di report, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori), individuazione e correzione delle cause di errore [Root Causes Analysis (RCA), analisi di processo, Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)], monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore, implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte. Inoltre, il programma di Risk management deve essere articolato e comprendere tutte le aree in cui l'errore si può manifestare nell'interazione del processo clinico assistenziale del paziente.

portanza del *coaching* «in base al quale per mezzo della comunicazione individuale costante, una strategia di verifica continua del lavoro svolto da ciascun elemento del *team*. Esso è orientato ad accrescere le competenze dei collaboratori e la possibilità che siano conseguite le finalità previste; se da un lato si promuove la professionalità dei collaboratori, dall'altra si mantengono questi ultimi all'interno dell'organizzazione... l'incoraggiamento che ne consegue serve a renderli autonomi nel prendere le decisioni (*empowerment*)».

Questa idea è presente nella relazione dell'attività sanitaria della S. Alessandro lad-dove si evidenzia «... l'integrazione si concretizza nel lavoro di uno staff che abbia le competenze per la gestione delle terapie farmacologiche, psicoterapiche e riabilitative, con una comunicazione continua tra i componenti dello staff che ponga il paziente al centro delle decisioni riguardo alla migliore strategia di intervento nelle varie fasi dell'evoluzione clinica. L'individualizzazione si concretizza nella definizione delle caratteristiche specifiche del paziente indipendentemente dalla diagnosi categoriale, valorizzando le informazioni riguardo agli aspetti di personalità, storia precece e condizioni socio-ambientali. La nostra struttura privilegia da tempo l'attuazione di approcci integrati ed individualizzati mediante un'accurata indagine psicometrica che viene associata a colloqui psicologici focalizzati sulla funzionalità e sulla qualità di vita dei pazienti».

2.3 La terapia riabilitativa psichiatrica a servizio della sicurezza delle cure.

Un altro aspetto additivo alla metamorfosi del concetto di cura dall'assenza di malattia a quello dinamico funzionale della tutela della salute, è rappresentato dal passaggio dalla natura programmatica dell'art 32 della Cost, a quello precettivo¹⁸ attuato con il recente licenziamento¹⁹ della L. 8 marzo 2017, n. 24, il *cd* Decreto Gelli²⁰ il cui art 1 recita:

¹⁸ www.treccani.it precettivo agg. [dal lat. *praeceptivus*, der. di *praecipere* «prescrivere», part. pass. *praeceptus*]. – In genere (non com.), che è diretto a dare regole, norme, precetti; che esprime un precetto, che ha forza di precetto. Nel linguaggio giur., norma p. (in contrapp. a norma programmatica), quella che, di per sé, contiene già un precetto, così che non vi è bisogno di ulteriori norme per la sua applicabilità; carta p., documento nel quale sono trascritte le prescrizioni imposte dal giudice di sorveglianza alla persona in stato di libertà vigilata.

¹⁹ Wikipedia La promulgazione è l'atto con il quale il Capo dello Stato attesta che un certo testo è stato approvato quale legge e ne ordina la pubblicazione e l'osservanza.

²⁰ Isole24ore.it Decreto Gelli: È la L. numero 24/2017. Nuovi profili di responsabilità sanitaria e, a tutela dei pazienti, una rete a maglie strette di prevenzione degli errori in corsia. Sullo sfondo, l'obbligatorietà delle polizze assicurative per tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, e per ogni professionista che entri in rapporto, anche via telemedicina o in intramoenia, con il paziente. Il quale in determinate circostanze potrà giocare anche la carta dell'azione diretta nei confronti dell'impresa assicurativa o, in ultima istanza nei casi di insolvenza, potrà ricorrere alla ciambella di salvataggio di un Fondo di garanzia.

“La sicurezza delle cure e’ parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività”.

Come sottolinea Il Roberto Francesco Iannone, nel suo recente testo sulla responsabilità professionale, questa norma si muove con «una ambizione molto alta: trovare un punto di equilibrio tra i diritti del paziente e la sostenibilità del sistema».

In questa sede però è di nostro maggiore interesse il contenuto del secondo articolo: «La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l’insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all’erogazione di prestazioni sanitarie e l’utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative».

Questa novella, come sottolinea ancora lo Iannone «tende a promuovere un modello organizzativo di qualità²¹ che, prevenendo a monte quei rischi che possono in qualche modo incidere sull’erogazione delle prestazioni, alza il livello di garanzia in ordine alla qualità e correttezza della prestazione stessa».

Il punto focale che vede coinvolto il TeRP è quello contemplato dal primo comma dell’art V “Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida”: «Gli esercenti le professioni sanitarie, nell’esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche²² e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali».

Questa idea si sposa perfettamente con il quarto obiettivo del Piano Europeo per la Salute Mentale laddove sottolinea che le persone hanno diritto ad una terapia rispettosa, sicura ed efficace prevede che le persone con disagio mentale «hanno diritto di ricevere trattamenti rispondenti alle migliori prove scientifiche disponibili. La ricerca ha fornito

²¹ Prof. Giorgio Banchieri Lezione MAS: La Qualità in Sanità: elementi di analisi della qualità riguardano le Strutture i Processi e gli Esiti (Risultati). Le prime rappresentano l’ambiente nel quale le cure sono fornite e comprendono locali e attrezzature tecniche ma anche la dotazione e la qualificazione del personale.

I processi sono l’insieme delle attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative disposte a favore del paziente. Gli esiti rappresentano gli effetti ottenuti dalle cure. (es. health-related quality of life = qualità della vita in relazione allo stato di salute)

²² www.salute.gov.it Società scientifiche: la legge 8 marzo 2017 n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” e, in particolare, l’articolo 5 prevede che gli esercenti le professioni sanitarie, nell’esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità: preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengano alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute.

un'evidenza scientifica in merito alla sicurezza, all'accettabilità, ai costi e all'efficacia degli interventi biologici, psicologici e sociali. Nuove e promettenti possibilità sono ora messe a disposizione dai servizi sanitari elettronici (e-health)²³».

²³ www.salute.gov.it Per "eHealth", o "Sanità in Rete" s'intende l'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita. La sanità in Rete contribuisce alla disponibilità di informazioni essenziali quando e dove necessario e assume crescente importanza con l'aumento della circolazione internazionale dei cittadini e del numero di pazienti. Le iniziative eHealth migliorano l'accesso alle cure, ponendo il cittadino al centro dei sistemi sanitari; inoltre, contribuiscono ad accrescere l'efficienza generale e la sostenibilità del settore sanitario.

Capitolo III

Comunicare il TeRP: un contributo lavorativo tra economia di gestione e qualità sei servizi.

La comunicazione sociale in Sanità, alle prese con la stringete e perdurante crisi economica, ha visto sfumare la prevalenza di un linguaggio dedicato al volto sociale del diritto alla salute, quello del diritto alla cura, a favore o se vogliamo a sfavore di una *new age* terminologica con espressioni ricorrenti, dominanti e talvolta totalizzanti quali: *Spending Review*²⁴ e tagli lineari, vincolo di bilancio e costi standard²⁵.

Siamo così passati dai difetti originari della L.833/1978 istitutiva del SSN tra i quali spiccava, , «la carenza di strumenti di controllo della spesa globale», ad un diritto alla salute come «diritto finanziariamente condizionato²⁶», bel oltre quel mero e logico bilanciamento del suo nucleo essenziale.

²⁴ www.camera.it La spending review in sanità, iniziata nel 2011 e ancora in corso, intende razionalizzare i processi di acquisto di beni e servizi in ambito sanitario, recuperando le aree di inefficienza sia a livello gestionale che organizzativo. Gli interventi in tema di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria hanno interessato le diverse componenti della spesa dedicata al finanziamento del SSN. La riduzione delle risorse è stata fronteggiata con la rimodulazione o l'introduzione di nuovi tetti di spesa, la parziale riorganizzazione della rete ospedaliera e un diverso sistema di acquisto e gestione dei beni e dei servizi in ambito sanitario. Le misure introdotte per il governo e il recupero dei disavanzi sanitari regionali e il monitoraggio delle politiche di risanamento, rappresentano un ulteriore settore di rilievo nel controllo della spesa sanitaria, collegato peraltro al processo di federalismo delineato dal D. Lgs. 68/2011 per la determinazione dei costi e fabbisogni standard. La spending review dettata da esigenze impellenti di mantenere i saldi di finanza pubblica, laddove non è stato possibile procedere con revisioni analitiche, ha finito anche per comportare tagli lineari agli stanziamenti di Ministeri ed ai trasferimenti agli Enti territoriali.

²⁵ www.wikispesa.it/Sanità Il costo standard, si lega al concetto di vincolo di bilancio sinonimo di pareggio di bilancio; viene originariamente definito nell'ambito della contabilità industriale, calcolato in sede previsionale come valore stimato verificabile a posteriori. In sede consuntiva viene invece calcolato il costo effettivo, che è il costo analitico esatto che può non coincidere con il valore stimato per molteplici motivi. Dalla differenza fra costo standard e costo effettivo possono emergere scostamenti più o meno significativi, che vanno sottoposti ad analisi, chiamata appunto analisi degli scostamenti. Ci sono diversi vantaggi nell'uso del costo standard, ma principalmente il costo standard è la base per il controllo delle performance. I risultati di unità organizzative, il costo del venduto, le prestazioni dei manager possono essere misurate confrontando infatti i costi standard. Una soluzione agli sprechi nella Sanità La Sanità è uno dei settori della spesa pubblica dove si concentrano sprechi rilevanti, che complessivamente raggiungono l'ordine di miliardi di euro, circa 4 annui secondo l'Agenzia per i servizi sanitari regionali persi a causa dell'inefficienza dei reparti ospedalieri rispetto a parametri benchmark. La mancata adozione dei costi standard della sanità comporta per tanto un elevato costo-opportunità, che i governi che si susseguirono dagli inizi degli anni 2000, quando si iniziò a parlare della loro introduzione, promisero di affrontare ma senza poi dare seguito con misure coerenti e rilevanti per la contabilità pubblica. Come conseguenza la situazione è caratterizzata dal perdurare di sprechi concentrati in regioni dove la gestione dei servizi sanitari è notoriamente più inefficiente e irresponsabile.

²⁶ Prof Donatella Morana: la Salute come diritto costituzionale: ...i punti fermi enucleati dalla –corte sono almeno tre e in via di sintesi possono essere ravvisati nel riconoscimento del carattere finanziariamente condizionato del diritto alla salute, nella esigenza di un uso bilanciato e ragionevole della discrezionalità del legislatore nella sua attuazione e nella necessità che venga fatto salvo, in ogni caso, il nucleo irriducibile o essenziale del diritto.

Questo aspetto ha creato un corto circuito percettivo da parte del cittadino utente. Si è arrivati a confondere il concetto virtuoso di aziendalizzazione²⁷ in Sanità, con quello di profitto.

Si è arrivati ad un clima di sfiducia tale da far registrare, come milioni di italiani abbiano rinunciato alle cure negli ultimi anni, fino al punto di scavalcare il noto fenomeno dei *cd* inattivi²⁸ presenti nel mondo del lavoro.

Per questi motivi il TeRP rappresenta un contributo lavorativo inalienabile tra economia di gestione e qualità sei servizi.

3.1 Il punto di vista del Prof. Enrico Cavalli, Presidente della AiTeRP.

Abbiamo chiesto al Prof. Enrico Cavalli un contributo specifico sull'aspetto della comunicazione sociale del TeRP, partendo proprio dalla dall'Associazione italiana Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica da lui presieduta.

Quando e perché nasce la figura del TeRP?

«Nasce e si sviluppa il profilo professionale nel corso di questi 30 anni. I movimenti di de-istituzionalizzazione negli anni '60 hanno portato alla approvazione della Legge 180 del 1978 traghettando la psichiatria dal modello "custodialistico" ad un modello di cura e Riabilitazione Psichiatrica (RP) attraverso l'istituzione dei servizi psichiatrici territoriali.

L'emanazione della 180 ha indotto una inevitabile revisione dei ruoli e delle professionalità, nonché delle competenze e del sapere da parte degli operatori che lavoravano in ambito psichiatrico. Servivano paradigmi teorici ed operativi di riferimento per affrontare la complessità della malattia mentale in tutte le sue sfaccettature e manifestazioni e per affrontare le sue conseguenze altamente invalidanti sia per i pazienti che per le famiglie. Questo è stato fondamentale per delineare i primi tratti di una nuova figura professionale specifica "dedicata" alla riabilitazione in psichiatria».

Cosa intende per competenze di confine con riferimento al TeRP?

«Vi sono poi ambiti recenti e in via di sviluppo e settori "di confine" che vedono il TeRP condividere le proprie competenze con altri professionisti sanitari. Tra i primi vi sono le nuove patologie e disabilità psichiatriche, come ad esempio quelle legate alle nuove dipendenze "tecnologiche" (internet, giochi d'azzardo elettronici...); inoltre si

²⁷ Ausl di Ferrara: aziendalizzazione, con particolare riferimento alle asl. Deve tutelare la salute della popolazione residente sul suo territorio. In questo senso ne ha la responsabilità dell'assistenza. È il perno su cui ruota il sistema sanitario della sua area geografica (una o più province). Può produrre, ma anche acquistare prestazioni: per questo instaura accordi di fornitura con Aziende Ospedaliere, IRCCS e Strutture Private Accreditate. In tal caso viene detta «committente»- È costituita in Azienda dal 1992 con il D. Lgs. 502/92. Le Aziende sanitarie sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale alla stregua di un'azienda privata.

Viene finanziata a quota capitaria pesata (età, genere, mortalità, densità abitativa).

²⁸ www.ingegneri.it Gli inattivi comprendono le persone che non fanno parte delle forze di lavoro e cioè non lavorano e non sono in cerca di un'occupazione (disoccupati).

sta aprendo il settore fondamentale, così come lo fu la legge Basaglia²⁹, delle dimissioni dagli OPG³⁰; molte persone detenute in quegli ambienti spesso in condizioni ai limiti della dignità umana Per ultimo, tra le nuove frontiere, vi sono le difficoltà e le disabilità psichiche legate all'invecchiamento della popolazione».

In questa tesi sperimentale abbiamo messo l'accento sul ruolo del TeRP quale stakeholder della salute mentale, in quale aspetto delle sue funzioni istituzionali lo riscontra?

«Non posso fare altro che ripercorrere il contenuto ufficiale della AiTeRP; dunque "Chi è il TeRP":

dopo aver valutato in ambito preventivo dove TeRP possa operare, stabiliti i punti oggetto della riabilitazione psichiatrica ed i suoi esiti, viene sottolineato svolge il suo intervento individuando i fattori che possono influenzare la diagnosi, la prognosi e il trattamento dei disturbi mentali pertanto vengono specificatamente valutate: le caratteristiche personali del soggetto; le funzioni cognitive e lo stato emotivo ed affettivo; la disabilità psichica e/o psicofisica; i bisogni, le istanze evolutive e le abilità psicosociali conservate (punti di forza) il contesto familiare (livelli di Emotività Espressa), dinamiche relazionali, risorse; il contesto socio-ambientale-lavorativo.

Data la specificità della formazione in psichiatria, all'interno di un'equipe multidisciplinare il TeRP può esplicare una funzione di collaborazione anche alla fase clinico-diagnostica. Essendo i setting della riabilitazione, classificabili in strutturati e naturali, questi ultimi comprendenti i diversi luoghi di vita del paziente (domicilio, ambiente sociale, ambiente lavorativo etc.) al TeRP è consentita l'osservazione clinica del paziente anche al di fuori dei contesti sanitari, in un'ottica definibile: ecologico-riabilitativa».

3.2 Il Terp tra formazione universitaria, ricerca e mondo del lavoro.

Questo capitolo è stato pensato sulla base dello studio realizzato a Dott.ssa Beatrice Ruffelli in collaborazione con Università di Roma Tor Vergata, e rappresenta un primo censimento della presenza del TeRP nel mondo del lavoro che ha come obiettivo di «dimostrare l'importanza del contributo lavorativo apportato dalla figura del TeRP nelle strutture psichiatriche in termini di economia di gestione e qualità dei servizi erogati».

Questo delicato, ma decisivo passaggio è volto a garantire tanto ai pazienti quanto alle loro famiglie che le terapie verranno scelte esclusivamente in base al criterio dei loro vantaggi per la salute.

²⁹ wikipedia Con Legge Basaglia si intende la legge italiana numero 180 del 13 maggio 1978, "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori". Alla legge ci si riferisce comunemente[1] con l'associazione al nome di Franco Basaglia (psichiatra e promotore della riforma psichiatrica in Italia).

³⁰ Wikipedia Gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), in Italia, erano una categoria di istituti annoverabili tra le case di reclusione che a metà degli anni settanta, sostituirono i vecchi manicomi criminali. Sono stati aboliti nel 2013, ma chiusi definitivamente nel 2017.

Dallo studio condotto emerge che la presenza dei TerP nel 59% delle strutture residenziali, del 43% nei CSM³¹ e del 9% nei centri diurni.

Nel Lazio ad esempio, tra i Requisiti minimi³², nei *setting* assistenziali delle strutture residenziali psichiatriche risulta richiesta però ancora solamente la figura dell'educatore professionale; di conseguenza il TeRP viene coinvolto solamente in via della sua equiparazione e proporzionalmente alla conoscibilità stessa della figura.

A nostro avviso, i Requisiti stessi andrebbero integrati con l'aggiunta esplicita della figura del TeRP, forse con la presenza della sola figura del TeRP. Bisogna far notare che i due profili professionali, TeRP ed Educatore, per quanto all'apparenza simili, non sono sovrapponibili. L'educatore inoltre svolge il tirocinio formativo in strutture non strettamente psichiatriche.

Dal punto di vista della ricerca il Prof. Enrico Cavalli presidente nazionale della AiTeRP in una recente intervista sottolinea come: «per quanto riguarda il ruolo dei TeRP nell'ambito della ricerca scientifica, la laurea specialistica, tra le varie possibilità che offre, ci consente di poter accedere ai dottorati di ricerca, quindi di poterci formare ulteriormente. Ci sono già alcuni colleghi che hanno intrapreso questo tipo di studi e che contribuiranno ad impostare gli interventi di riabilitazione psichiatrica in un'ottica di sempre maggiore appropriatezza. Fermo restando che qualunque professionista può contribuire, anzi deve contribuire con il proprio lavoro all'evoluzione della professione stessa oltretutto, in prima istanza, al benessere degli utenti che assistiamo».

3.3 Una nuova frontiera comunicativa per la riabilitazione psichiatrica Virtual Reality.

La realtà virtuale viene comunemente intesa per indicare una realtà simulata. E' una tematica che suscita curiosità e attira l'attenzione tra tutti e di riflesso anche servizi clinici in tale direzione avranno una risonanza anche in termini di modernità dell'offerta e verranno positivamente recepiti.

³¹ www.salute.gov.it Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Al Centro fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale.

³² all. C REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI PER L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA' SANITARIE E SOCIO-SANITARI. Nel nostro Paese, l'accreditamento è oggi il momento centrale di un procedimento tecnico-amministrativo complesso, che il decreto legislativo n. 502 del 1992, così come successivamente modificato ed integrato, ha ridefinito nei contenuti, innovando la precedente disciplina, articolandone lo svolgimento in quattro distinte fasi: l'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie, l'accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali. La legge regionale n.4 del 3 marzo 2003 ha dettato, attraverso la individuazione di specifici principi, competenze, procedure e tempi di adeguamento, le regole generali del settore, collocando in un unico grande ed organico quadro d'insieme, cronologicamente coerente, le diverse fasi di questo percorso d'eccellenza, del quale le succitate autorizzazioni alla realizzazione ed all'esercizio rappresentano i due fondamentali momenti iniziali.

Non è qui il conteso, ricordiamo dal punto di vista gestionale come sostenuto anche dal Prof. Nicola Quirino, docente del MAS, in sanità vige il principio inverso dell' Economia politica, e quindi è l'offerta di un nuovo servizio a creare la domanda. A tale proposito va registrata l'opinione autorevole del Prof. Riccardo Fatarella che, legata anche crisi economica ed a quanto sopra abbiamo premesso in questo capitolo, registra invece un recente mancato automatismo in tal senso.

L'utilizzo della VR in psichiatria pone l'individuo dinanzi a stimoli complessi, interattivi e generalizzabili alla vita di tutti i giorni.

L'interazione con la VR è utile per incrementare le abilità di *Social Cognition*, cioè quell'attività mentale con la quale arriviamo a conoscere il mondo sociale, finalizzata a promuovere uno degli aspetti più complessi nelle *Cognitive Remediation*: il trasferimento dell'abilità acquisite alla vita di tutti i giorni, generalizzando così i benefici del trattamento ai processi psicosociali.

L'immersività è un aspetto di tale tecnica che rende il paziente "presente", fisicamente immerso, in un mondo sicuro e con il quale interagisce, al quale inoltra stimoli e dal quale riceve feedback immediati da gestire.

Come riportato nel "Manuale di Psichiatria" coordinato dal Prof. Alberto Siracusano, «l'uso terapeutico della realtà virtuale immersiva viene applicata da alcuni anni nel trattamento e nella riabilitazione del ritardo mentale e di alcuni disturbi psichiatrici come i disturbi d'ansia e del comportamento alimentare», come abbiamo visto nel primo capitolo affliggono una fascia ampia di popolazione, inoltre «l'attività di stimolazione mentale indotta dalla realtà virtuale può modificare l'attività metabolica del cervello... tali modificazioni sono risultate sufficientemente stabili».

Conclusione

L'evoluzione del Project Work quale laboratorio di proposte, tra risultati ottenuti e difficoltà incontrate.

Il principale risultato ottenuto è stato come già detto, quello di dimostrare che la Riabilitazione psichiatrica è un processo terapeutico che ha come obiettivo la *recovery*, intesa come percorso di recupero psicosociale del pregresso.

Ne registriamo un altro, quello di aver interessato diversi operatori del settore, tra i quali ringrazio su tutti, uno dei pionieri della riabilitazione psichiatria romana, il Prof. Marco Zanasi, già docente dell'Università Tor Vergata ed il Dott. Valerio De Lorenzo vicepresidente dell' AiTeRP LAZIO, e di aver trasformato questo Project Work in un laboratorio di proposte, due in particolare le menzioniamo:

in primis la futura nascita di un servizio di riabilitazione psichiatrica nell'ambito delle *information and communication technology (ICT)*³⁴ sulla Realtà virtuale presso la Struttura Residenziale Psichiatrica S.Alessandro, che sarà preceduto da un evento convegnistico; l'altra di avere aperto un tavolo con la sede della Regione Lazio della AiTeRP per una modifica ai "Requisiti minimi" delle strutture residenziali psichiatriche del Lazio, volto all'aggiunta o sostituzione nei *setting* assistenziali della figura dell'educatore professionale, con quella specializzata del TeRP.

Naturalmente anche le difficoltà non sono mancate, quella principale si lega con la necessità di tenere i contenuti legati a questo nuovo orizzonte sperimentale il più possibile tenuti estranei a visioni di parte.

Ciò è dovuto all'approccio fortemente ideologico legato alla Psichiatria, con particolare riferimento al caposaldo normativo della legge 180 cd *Basaglia*, al processo di deistituzionalizzazione³⁵ ed alla stessa tematica della *Recovery*, dove nei confronti avuti con operatori sanitari e istituzionali ho ravvisato il tentativo di "tirare per la camicia" questo progetto nell' annoso dibattito tra basagliani e psichiatri clinici puri.

Penso si possa affermare che la *recovery* in quanto processo riconosciuto da entrambi gli schieramenti getta solide basi come si è inteso nel titolo di questo progetto verso "Nuovi percorsi per la salute mentale".

Un ultimo pensiero al percorso di studi del master MAS grazie alla quale sento di aver acquisito una nuova competenza direzionale rivolta alla creazione di servizi clinici nel campo della riabilitazione psichiatrica.

Appendice

Prevalenza della depressione maggiore in pazienti affetti da alcune malattie croniche

Condizione	Prevalenza (%)
Malattia coronarica	45
Scompenso cardiaco	50
Neoplasie	43
Insufficienza renale cronica	30
Dolore cronico	32
Sclerosi laterale amiotrofica	75
Malattia di Parkinson	51
Stroke	57
Demenza	11
HIV+	30
Diabete mellito	24
Sclerosi multipla	45
Artrite reumatoide	15
Morbo di Crohn	40
Rettocolite ulcerosa	40
Colon irritabile	20

Bibliografia

Andreoli Vittorino, *I principi della nuova Psichiatria*, Rizzoli, Milano 2017.

Balduzzi Renato, *Manuale di Diritto Sanitario*, Il Mulino, Bologna 2013.

Fioroni Giuseppe, *Aziendalizzazione e Sanità*, Sociaetà editrice romana.

Giorgetti Raffaella, *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*, Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna (RN) 2016.

Iannone Francesco Roberto, *La responsabilità medica dopo la riforma Gelli-Bianco*, (legge 24/2017) Admaiora Editrice, Roma 2017.

Maone Antonio, *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015.

Morana Donatella, *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli Editore, Torino 2015.

Piccione Daniele, *Il pensiero lungo*, Ab Edizioni alphabeta verlag, Sommacampagna (VR) 2014.

Siracusano Alberto (a cura di), *Manuale di Psichiatria*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2007.

