



IL PROCESSO di VALUTAZIONE nelle COMUNITA' TERAPEUTICHE

introduzione

Proponente *Marta Vigorelli*

Discussant *Alessandro Zennaro*

Premessa

- Dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici nel 2000, la realtà delle strutture residenziali finalizzate ad accogliere in modo intensivo pazienti con disturbi mentali caratterizzati da maggiori livelli di gravità clinica o disabilità, è aumentata in Italia in modo esponenziale (Progress ISS, de Girolamo, Picardi, Morosini et al. 2001, 2004).
- Se nel 2000 erano state censite **1370** strutture pubbliche, private accreditate e private con **17.370** posti residenziali, **oggi l'ISS ipotizza una triplicazione di questi dati.**

Ma...

Nonostante il rapido sviluppo della rete di strutture, il loro costo e la rilevanza clinico-istituzionale anche a livello internazionale

Pochi sono gli studi che ne hanno valutato l'efficacia

Ultima revisione della *Cochrane Collaboration* di Oxford (*Chilvers et al. 2002, 2003*)

Dopo analisi di 139 lavori, denuncia assenza di studi in grado di provarne l'efficacia e conclude che al momento attuale:

“se i benefici dei trattamenti residenziali superino i rischi (ad esempio quelli di una progressiva dipendenza dalla struttura e di isolamento dal territorio) è un fatto opinabile a causa dell'assenza di solide evidenze”.

In particolare...

- È stato poco approfondito il ruolo delle strutture residenziali territoriali **“transizionali”** caratterizzate da una limitata durata nel tempo e finalizzate al reinserimento del paziente nel suo contesto abituale di vita (Lora et al. 2004)
- A differenza di quelle per lungodegenze di pazienti ex OP (Leff 1997, Barbato 2004)

La definizione e le funzioni di questi servizi è tutt'ora confusa e oscilla tra:

A) RESIDENZE DEPOSITO

la funzione di **spazi abitativi** per pazienti gravi depositati dagli invianti o che seguono trattamenti presso i servizi territoriali (prevalenti)



Rischio di CRONICITA'

B) COMUNITA' TERAPEUTICHE

la funzione di realizzazione di progetti intensivi di cura con una **metodologia comunitaria**

Come definiamo la metodologia comunitaria?

*" La comunità terapeutica è intesa come sistema molto strutturato nella quotidianità, che coinvolge e responsabilizza attivamente tutte le figure professionali e i pazienti con momenti ritualizzati a più livelli di autosservazione di tutte le sue strutture e dinamiche interne, supervisione, riflessione continua" (**culture of inquiry**)" (Main, 1954)*

Fattori terapeutici comuni del metodo comunitario

- **Fattore a-specifico:** atmosfera sensoriale e clima emotivo - Quotidianità e azioni parlanti (Modello inglese, Racamier, Correale)
- Appartenenza- sicurezza – protezione (Senso di Sé) (Hinshelwood, Keley, Correale)
- Integrazione bio-psico-sociale (Perris, Zapparoli)
- La rete di relazioni gruppali – intensa attivazione orientata a potenziare le risorse del soggetto (Main, Foulknes)

Studi di efficacia sulle CT

Promoting Clinical Effectiveness (NHSE 1997)

Studi randomizzati sull'impatto della CT sui sintomi principali dei disturbi di personalità:

Su 137 casi valutati con BSI prima dell'inserimento e a 1 anno dopo (Ingh. Dolan, Warren e Norton 1996) Risultati: media del cambiamento correlato alla durata del trattamento (7 mesi)

Su 48 casi valutati con GSI e HDHQ: miglioramento dei sintomi (24% e 45% al follow up per l'ostilità) Australia Hafner e Holme 1996

Rewiew su scala mondiale e meta-analisi di Lees et al. 1999

- Partendo da 8160 studi vengono selezionati 29 di cui 8 con controllo randomizzato Lees arriva a **confermare l'efficacia del trattamento della Comunità terapeutica anche se i campioni sono soprattutto di CT nelle carceri e per tossicodipendenti:**

Meta-analisi conferma efficacia trattamento di CT

- *“Negli ultimi anni il modello medico di fare ricerca ha dominato il campo di questa attività , per l’enfasi sull’**eb**, che mira a rilevare l’efficacia e l’efficienza di ogni sistema di terapia per giustificare la sopravvivenza. Abbiamo bisogno di un altro tipo di ricerca comparativa sulle CT stesse per controbattere l’accusa che non ci sono prove per dimostrare che le CT sono efficaci anche se costose. Ci sono invece prove di dimostrata evidenza clinica che le CT producono **cambiamenti nella salute mentale delle persone**; anche se questo ha bisogno di essere suffragato da studi di ricerca quantitativi e qualitativi di buona qualità” (Lees et al. 1999)*

Studi di buona qualità metodologica

- **Bateman e Fonagy 2001** in un ambulatorio a orientamento comunitario eseguono uno studio controllato e randomizzato sul trattamento dei pazienti borderline validandone l'efficacia.
- **Chiesa nel 2000 al Cassel Hospital** in uno studio comparativo dimostra che pazienti borderline con un anno di terapia residenziale migliorano significativamente la gravità dei sintomi, l'adattamento sociale e la valutazione globale della salute mentale ma presentano un miglioramento + limitato nell'autolesionismo, parasuicidio e recidive di ricovero.

Ma chi entra in un trattamento residenziale più breve....

- ...cui fa seguito un intervento territoriale da parte di infermieri psicosociali e continua la terapia di gruppo, dà risultati migliori e statisticamente più significativi.
- Nel 2003-2004 il Ministero degli interni inglese raccomanda la CT come metodo elettivo per il **recupero dei criminali in carcere** (Campbell 2003)

Quale valutazione per le Comunità terapeutiche? (Nick Manning 1979)

- Premesso che l'effetto terapeutico di una CT dipende da diversi fattori e che la sua efficacia a livello di cambiamento è sia intrapsichico , che comportamentale, che le CT hanno molti obiettivi che mutano con il tempo di cui l'esito è solo uno di questi, è sconsigliabile fare ricerche comparative tra istituzioni tradizionali e CT. Quindi:
- 1) confrontare un gran numero di CT così da evidenziare relazioni tra variabili (durata permanenza, patologia utenza ecc.)

Quale valutazione per le CT?

- 2) studiare singoli aspetti che contribuiscono a creare un ambiente terapeutico (lavoro in gruppo, leadership, processi di responsabilizzazione ecc v.contatto con i familiari, con l'esterno ecc. e influenza sulla terapia dei pz) livello di competizione o cooperazione fra gli operatori ecc.
- 3) mettere a fuoco la caratteristiche dei pazienti che + rispondono alla terapia di CT e definire che cosa sia miglioramento.

Studi sulle Comunità terapeutiche italiane

- Anche in questo ambito, nonostante esistano sperimentazioni significative che documentano l'efficacia di questo intervento di cura, la crescita quantitativa non è stata accompagnata da una riflessione metodologica sistematica.
- la **comunità terapeutica** infatti è ancora caratterizzata da culture organizzative e cliniche diverse e contrastanti, tecniche poco definite e utilizzate con discrezionalità, procedure non validate in cui la qualità dipende in larga misura dagli investimenti e dalla sensibilità delle persone che lo erogano (M.Brunod e F. Olivetti Manoukian, 1998).

Gruppi di ricerca italiani:

- **Mito&Realtà associazione per le comunità e residenzialità terapeutiche** (Vigorelli, Ferruta, Foresti, De Crescente, Bencivenga ecc.)
- **Gruppo Palermitano universitario e gruppoanalitico:** Giannone, Barone, Bruschetta, Giunta ecc.
- **Gruppo Università valle d'Aosta:** Cristofanelli, Fassio, Ferro, Zennaro

Progetto "Comunità delle Comunità"

(Royal College of Psychiatry London dal 2000 ad oggi)

- Utilizzo dello strumento COPES (Community Oriented Programs Environment Scale) di MOOS 1997.
- Ricerca annuale degli **standard di qualità** attraverso visite tra CT da cui emergono valori *benchmark* (il valore più avanti di tutti) da cui ogni CT può riconoscere la propria distanza.
- Questionari KLACC IeII (Kennard, Lee, Audi, checklist)