L'esperienza trentennale de L'Aquila nel campo della psicoeducazione con le famiglie delle persone affette da disturbi mentali

Rita Roncone, Donatella Ussorio, Massimo Casacchia

Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università de L'Aquila

RIASSUNTO

Gli Autori riportano la loro lunga esperienza maturata nel lavoro psicoeducativo con le famiglie delle persone affette da gravi disturbi mentali. Essi illustrano brevemente il loro contributo nel campo della ricerca e della formazione accademica e nella formazione dei professionisti dei servizi sanitari mentali nel nostro paese, con il supporto di due ricercatori eccezionali, come il ricercatore della Nuova Zelanda Ian Falloon e l'epidemiologo e psichiatra Pierluigi Morosini.

SUMMARY

The authors report their long-standing experience gained in the psychoeducational work with families of persons affected by serious mental disorders. They briefly outline their contribution in research and academic training and in training of mental health services professionals in our country, with the support of two outstanding researchers, such as the New Zealand researcher Ian Falloon and the psychiatric epidemiologist Pierluigi Morosini.

INTRODUZIONE

Parlare di interventi psicoeducativi con il coinvolgimento ed il supporto delle famiglie delle persone con malattie mentali gravi significa per la nostra équipe universitaria aquilana, diretta storicamente da Massimo Casacchia, ripercorrere quasi 30 anni di esperienze scientifiche, professionali ed umane, che si intersecano profondamente.,

Negli anni 80 Ian Falloon, ricercatore neozelandese di grande spessore, aveva già pubblicato una serie di studi pionieristici sul miglioramento degli esiti di utenti affetti da schizofrenia a seguito di un trattamento cognitivo-comportamentale che coinvolgeva attivamente i familiari, dimostrandone i vantaggi rispetto al solo intervento psicofarmacologico[1-3]. La concezione alla base dei suoi trattamenti familiari era rivoluzionaria, sia per l'attribuzione ai familiari di un ruolo attivo nei programmi terapeutici sia per il definitivo superamento del pregiudizio sulla responsabilità della famiglia nell'insorgenza della malattia. Amava viaggiare e diffondere il proprio approccio, della cui efficacia era convinto assertore a seguito delle sue ricerche, pubblicate su prestigiose riviste, animato dalla convinzione che le persone potessero migliorare e guarire se trattate in modo ottimale. Dopo aver lavorato negli Stati Uniti, in Gran Bretagna ed in Nuova Zelanda, nel 1996 si trasferì in Italia, paese che amava molto.

A fine degli anni 80 Pierluigi Morosini, per gli amici Piero, direttore del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, già coltivava un notevole e innovativo interesse nella valutazione degli interventi psicosociali evidence-based, riproducibili[4], erogabili nei dipartimenti di salute mentale, per migliorare l'esito degli utenti affetti da disturbi mentali gravi e dei loro familiari.

Il destino scientifico ed umano di questi valenti ricercatori si è incrociato con quello degli Autori di questa rassegna e ne è nata una collaborazione scientifica e formativa che negli anni si è arricchita, anche sul piano umano ed amicale. La ricerca e la formazione sugli interventi psicosociali con il coinvolgimento dei familiari e la loro valutazione ha rappresentato uno dei nostri principali ambiti di lavoro[5]. In questa rassegna tracceremo una sintetica panoramica dei contributi del nostro gruppo di lavoro, in una tematica che ha visto coinvolti anche molti altri autorevoli colleghi italiani.

I PRESUPPOSTI DEGLI INTERVENTI PSICOSOCIALI CON IL COINVOLGIMENTO DEI FAMILIARI DEGLI UTENTI AFFETTI DA MALATTIE MENTALI

Negli anni '60 i membri della famiglia venivano considerati dalla psichiatria ufficiale causa della malattia, al punto da portare alcuni psichiatri a coniare una specifica denominazione come quella di "madre schizofrenogena", con il conseguente atteggiamento di esclusione e di diffidenza nei confronti dei familiari da parte dei servizi.

Lo studio del clima emotivo familiare, attraverso una specifica misura riproducibile, quale "Expressed Emotion", Emozione Espressa (EE)[6], rilevabile attraverso una intervista semi-strutturata elaborata presso l'Istituto di Psichiatria sociale di Londra, suscitò un notevole interesse. Tale misura, in grado di valutare le caratteristiche dell'ambiente familiare con l'identificazione di fattori di rischio (gli atteggiamenti di critica, di ostilità e di ipercoinvolgimento emotivo) e di fattori di protezione (gli apprezzamenti positivi e gli atteggiamenti di calore e di supporto emotivo nei confronti del paziente), aveva messo in evidenza come i familiari potevano influenzare il decorso della malattia di un loro congiunto affetto da schizofrenia. Nel 1985 uno degli autori (R.R.) ha effettuato negli anni il training sulle tecniche di valutazione dell'Expressed Emotion a Londra presso l'Istituto di Psichiatria Sociale[7].

Le ricerche sul clima familiare hanno dato un rilevante impulso allo sviluppo di modelli di intervento che ai loro esordi prevedevano il coinvolgimento soprattutto delle famiglie, cosiddette ad alto rischio, ad alta EE, che esprimevano quegli atteggiamenti di criticismo e di ipercoinvolgimento emotivo ritenuti predittivi di una ricaduta del paziente, con l'obiettivo comune di ridurle e migliorare così il clima familiare (8). Progressivamente gli studi hanno prestato maggiore attenzione alle potenzialità positive dell'ambiente familiare, ai suoi punti di forza, alla sua capacità di comunicare e risolvere i problemi e partecipare attivamente al trattamento con la persona affetta da schizofrenia, considerando nel contempo il carico assistenziale a cui era sottoposto[3].

Gli interventi psicosociali familiari, che si sono andati sempre più strutturando, vengono attualmente considerati come i più consolidati, in termini di risultati prodotti dalla letteratura scientifica negli ultimi 30 anni. I primi interventi familiari sono stati denominati come "informativi", perché comprendevano l'utilizzazione di programmi e materiali informativi sulla malattia, sui sintomi, sul decorso e sul trattamento e suggerimenti per la gestione della malattia. Pur utili, tali approcci non potevano però da soli migliorare la complessa gestione della malattia mentale; si sono arricchiti metodologicamente di nuove componenti, grazie all'intuizione e alla sperimentazione di un

ricercatore come Ian Falloon[1], divenendo articolati trattamenti familiari.

IL TRATTAMENTO FAMILIARE PSICOEDUCATIVO INTEGRATO DI FALLOON

Il Behavioral Family Management/Therapy, trattamento familiare psicoeducativo integrato, sviluppato da Falloon[1,2], ha rappresentato il metodo di intervento familiare oggetto del più alto numero di studi di replicazione.

Nella sua formulazione originale l'intervento prevedeva una maggior intensità nelle prime fasi, con una durata del trattamento "attivo" di 9 mesi (sedute settimanali nei primi 3 mesi, che diventavano bimensili nei 3 mesi successivi, ed infine mensili negli ultimi 3 mesi).

Il trattamento familiare psicoeducativo integrato presenta le caratteristiche di seguito riportate.

a) Valutazione dei punti di forza e di debolezza del nucleo familiare, definizione degli obiettivi di ciascun membro e della famiglia nel suo insieme, formulazione di un piano condiviso di trattamento. Ogni membro della famiglia viene sottoposto ad una accurata valutazione per indagare il suo grado di conoscenza del disturbo e dei suoi trattamenti, il carico assistenziale che sostiene, la sua qualità di vita, gli obiettivi personali a breve e a lungo termine, gli ostacoli e le difficoltà previste, il tipo e la quantità di supporto familiare necessario per raggiungere gli obiettivi. In una specifica seduta tutta la famiglia viene osservata per valutarne nel suo insieme le abilità di comunicazione e di risoluzione dei problemi. Come gruppo abbiamo sviluppato uno specifico strumento di valutazione del funzionamento familiare, in termini di abilità di perseguire obiettivi individuali, abilità di comunicazione e di problem-solving[9].

b) Condivisione di informazioni accurate con il paziente e con i familiari sul disturbo

La persona affetta dal disturbo è identificata come l'"esperto"; le conoscenze dei partecipanti vengono migliorate ed integrate da quelle degli operatori, espresse con un linguaggio chiaro e comprensibile.

c) Identificazione dei segni precoci, insegna a rilevarli e prepara piani per una tempestiva prevenzione della ricaduta

Gli incontri per l'identificazione dei segni precoci comprendono un attento riesame del paziente e dei familiari sui segni aspecifici (quali insonnia, irritabilità, tendenza all'isolamento, ecc.), che in genere precedono una crisi e che sono riconosciuti come la «firma di ricaduta» del paziente. Il monitoraggio attivo di questi segni e il loro riconoscimento precoce permette la pianificazione degli interventi, sia da parte dei familiari che dell'équipe curante, da svolgere entro 24-48 ore dalla comparsa dei segni.

d) Insegnamento di modalità efficaci di comunicazione

Al paziente e ai familiari vengono insegnate le abilità di comunicazione di base, quali: "come esprimere sentimenti positivi", "come fare richieste in maniera socialmente accettabile", "come esprimere sentimenti spiacevoli". L'obiettivo è migliorare la gestione dello stress e creare un clima di maggior collaborazione e comprensione attraverso una comunicazione chiara, specifica, incentrata sulla espressione dei propri sentimenti ed indirizzata alla risoluzione dei problemi.

e) Insegnamento di un metodo strutturato di soluzione dei problemi (problem solving strutturato)

Il metodo strutturato di soluzione dei problemi, che viene insegnato ai familiari, è suddiviso in sei fasi: 1) il problema viene riformulato in termini di obiettivi, ben definiti; 2) attraverso il brainstorming, vengono individuate tutte le possibili soluzioni, senza formulare alcun giudizio sulla bontà di ciascuna; 3) per ogni soluzione si elencano i principali vantaggi e svantaggi; 4) si sceglie la soluzione migliore, ovvero quella più semplice da mettere in atto; 5) si progetta un piano accurato per realizzarla; 6) si valuta l'applicazione del piano e i risultati; se necessario, si modifica il piano o si sceglie una nuova soluzione e un nuovo piano.

f) Insegnamento di abilità sociali

La persona e tutti i membri della famiglia vengono sostenuti nel raggiungere i loro obiettivi di vita a partire dai problemi che lamentano e dalle difficoltà che manifestano nel fare dei progressi. L'insegnamento viene attuato con le tecniche dell'insegnamento delle abilità sociali.

Nel maggio 1992 R.R. ha frequentato un corso di training sulle tecniche di gestione territoriale dei disturbi mentali, "Community Management of Mental Disorders", diretto dal Ian Falloon, a Buckingham, in Gran Bretagna. L'acquisizione della metodologia, sotto la guida diretta da Falloon ed il suo sostegno alla promozione della ricerca in tale settore, ha stimolato il nostro gruppo a proporre progetti multicentrici di ricerca nel nostro paese.

IL PROGRAMMA SPECIALE "COINVOLGIMENTO E SOSTEGNO DEI FAMILIARI DEI PAZIENTI PSICHIATRICI", LA PRIMA ESPERIENZA ITALIANA DI RICERCA SUL CAMPO

Il programma speciale "Coinvolgimento e sostegno dei familiari dei pazienti psichiatrici" (Responsabile Nazionale della Ricerca: Prof. Massimo Casacchia; Coordinatrice: Prof.ssa Rita Roncone), finanziato dal Ministero della Sanità, tramite la Regione Abruzzo nel settembre 1997, ha rappresentato il primo progetto multicentrico nazionale che si proponeva di mettere a confronto due diverse modalità di effettuazione dell'intervento psicoeducativo familiare integrato (trattamento della famiglia singola secondo il metodo di Ian Falloon vs. trattamento multifamiliare di gruppo + incontri con la singola famiglia). Gli obiettivi del programma erano quelli di verificare l'efficacia dell'intervento psicosociale innovativo con il coinvolgimento dei familiari delle persone affette dai disturbi; la loro applicabilità nei servizi di salute mentale Italiani; e la produzione di materiali psicoeducazionali.

Le 7 Unità Operative coinvolte erano Arezzo, Fabriano (AN), Perugia-Marsciano, Jesi (AN), Ferrara, Salerno-Eboli e Sora (FR).

Il progetto è stato condotto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con il supporto di Ian Falloon. Nell'ambito dello studio sono stati valutati 72 pazienti affetti da disturbo schizofrenico (DSM-IV) e 104 familiari dei 7 Dipartimenti di Salute Mentale partecipanti allo studio, al momento del loro ingresso nel progetto. Tutte le valutazioni sono state effettuate da "valutatori" indipendenti, ovvero specializzandi della Clinica Psichiatrica dell'Università dell'Aquila, specificatamente addestrati alla

somministrazione degli strumenti inclusi nel protocollo, con un alto grado di riproducibilità nelle valutazioni. Gli specializzandi hanno visitato ogni 6 mesi i servizi per effettuare le valutazioni con i pazienti ed i familiari (valutazioni cliniche, neurocognitive e di cognizione sociale, sul funzionamento sociale, sul carico assistenziale dei familiari e sulla qualità di vita di quest'ultimi).

I risultati relativi al quadro psicopatologico e al funzionamento sociale degli utenti, al carico assistenziale e alla qualità di vita dei familiari, hanno mostrato un buon miglioramento a seguito dell'intervento al follow-up a 6 e 12 mesi[10]. Non si sono registrate differenze nei due tipi di trattamento familiare. Tutti i familiari hanno mostrato una buona riduzione del carico assistenziale ed un sensibile miglioramento della qualità di vita. Nell'ambito di tale studio, la Theory of Mind, variabile di cognizione sociale, si è rilevata più predittiva di un buon funzionamento sociale degli utenti, in relazione a più tradizionali misure neuro-cognitive[11].

Accanto alla conduzione di tale studio, la nostra équipe ha inoltre collaborato con altri gruppi di ricerca e con altri Dipartimenti di Salute Mentale. Da menzionare, la proficua collaborazione nel 2001 con il "Progetto Interregionale di Valutazione e confronto tra metodologie psicoeducative e supporto alle famiglie ad alto carico", approvato dalla Regione Toscana e dal Ministero della Salute, su proposta dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda U.S.L. di Grosseto (Responsabile: Dr. Giuseppe Corlito). Il programma, che coinvolgeva i Dipartimenti di Salute Mentale di Grosseto, Arezzo, Como, Salerno, si proponeva di mettere a confronto l'efficacia nella pratica clinica dell'erogazione dell'intervento psicoeducativo tramite l'utilizzazione di un manuale condiviso utente-operatore[12,13].

Accanto alla partecipazione a sperimentazioni multicentriche, piuttosto complesse, va segnalata una piccola esperienza di sperimentazione-pilota condotta dagli Autori negli anni 2004-2006. Il progetto ha previsto un'assistenza psicosociale familiare intensiva per persone affette da disabilità psichica con un intervento psicoeducativo domiciliare su progetto individualizzato per 8 utenti e i loro familiari della durata media di 4 mesi con progressiva riduzione dell'intensità dell'intervento. Il progetto ("Universo Donna: come trasformare un problema in chance"), presentato da un piccolo Comune dell'Aquilano, Navelli, nell'ambito della Progettazione europea EQUAL II fase, ha sostenuto la riduzione del carico assistenziale familiare di genere, nelle giovani caregivers impegnate in attività lavorative. Il piccolo campione di utenti e giovani donne caregivers incluse nello studio non ha permesso una valutazione quantitativa degli esiti, pur avendo l'esperienza-pilota dato degli ottimi risultati.

DIFFUSIONE DEI TRATTAMENTI PSICOEDUCAZIONALI INTEGRATI IN ITALIA

Il nostro gruppo ha contribuito alla diffusione dei trattamenti psicoeducazionali integrati, che inizialmente nel nostro paese hanno incontrato uno scarso entusiasmo[14]. Un primo passo è stato quello della traduzione e pubblicazione del manuale di trattamento, curato da Morosini e Magliano[15]. Inoltre, di grande interesse applicativo è stata la pubblicazione di due manuali in forma di "raccoglitori con anelli"[12,13], sviluppati per l'utilizzazione sia da parte degli operatori che degli utenti. Supportati da uno specifico finanziamento del progetto Nazionale Salute Mentale dell'Istituto Superiore di Sanità, erogato al Centro Interdipartimentale di Servizi per lo Studio dei Comportamenti Maladattivi dell'Università dell'Aquila,"Trattamenti "basati sull'evidenza" per le psicosi funzionali: utilità della "guida pratica" per gli utenti", i manuali permettevano di inserire progressivamente le schede da utilizzare, seduta dopo seduta, con una sorta di controllo indiretto sulla "fedele" e condivisa applicazione del trattamento. I manuali utilizzavano un linguaggio semplice, chiaro ed erano strutturati per passaggi progressivi in modo da diventare punto di riferimento costante per il lavoro clinico-riabilitativo. Essi comprendevano molti suggerimenti pratici e schede da fotocopiare per presentare i contenuti ai pazienti e alle famiglie, per agevolare lo svolgimento dei "compiti a casa" e per valutare i risultati. Il primo volume era incentrato sul trattamento cognitivo-comportamentale integrato con il coinvolgimento del gruppo risorsa[13,14], il secondo era suddiviso in 13 moduli educazionali ("gestione della crisi"; "che cos'è il disturbo affettivo bipolare?"; "che cos'è la depressione?"; "come affrontare i sintomi psicotici"; "che cos'è l'ansia?"; "come trovare alternative migliori all'uso di alcol e droghe per risolvere i nostri problemi"; "problemi dell'alimentazione"; "che cos'è il disturbo ossessivo-compulsivo?"; "imparare ad affrontare meglio i pensieri spiacevoli e le voci"; "dormire bene la notte"; "fare amicizia"; "aumentare le attività gratificanti"; "affrontare la rabbia e la frustrazione"), che potevano essere impiegati qualora se ne fosse presentata la necessità. Allo stato attuale è disponibile solo il primo manuale tradotto[15]. Sono stati prodotti anche agili manuali di informazioni sulla malattie mentali per le persone affette dal disturbo e per i loro familiari[16].

LA FORMAZIONE NEI SERVIZO DI SALUTE MENTALE

Gli Autori hanno svolto e svolgono tuttora un'intensa attività formativa degli operatori in tutta Italia, spesso in supporto ai primi interventi formativi condotti dallo stesso Ian Falloon, con una valutazione a 6 anni di tale attività[17].

La formazione in merito all'applicazione dell'intervento psicoeducazionale integrato è stata oggetto di diversi progetti, condotti dal nostro gruppo aquilano, su linee di ricerca multicentriche del Progetto Nazionale Salute Mentale, promosso dall'Istituto Superiore di Sanità. Gli esiti di questi interventi formativi non sono stati tutti sistematicamente valutati. Del resto, diversi autori hanno sottolineato quanto tale processo sia legato a variabili, indipendenti dalla qualità della didattica erogata, quali la formazione di base degli psichiatri e degli operatori, la carenza di incentivi, l'organizzazione nell'erogazione dell'assistenza dei Dipartimenti di Salute Mentale[5].

Fra gli interventi formativi, di grande innovazione è stato il progetto di formazione indirizzato ai familiari delle persone con problemi psichici e agli operatori delle strutture residenziali della regione Molise che gli Autori hanno condotto nel periodo 1997-1999. Organizzato nell'ambito di una convenzione finanziata dalla regione Molise, il progetto è stato fortemente voluto dall'"Associazione Molisana Familiare ed Amici degli Infermi Psichiatrici", con la partecipazione attiva anche dei familiari dell'associazione "Vivere insieme" di Campobasso. Il corso di formazione prevedeva incontri a Campobasso e Isernia. La metodologia impiegata nel corso è stata di tipo interattivo con poche lezioni teoriche, molti esercizi in piccoli gruppi, simulate, rinominate come "scenette", con l'assegnazione di "compiti a casa". Gli Autori hanno identificato alcuni obiettivi educativi che conciliassero le esigenze dei familiari e degli operatori. Prima di iniziare il corso tutti i partecipanti sono stati valutati con strumenti auto-compilati per indagare la qualità di vita e le strategie impiegate per affrontare i problemi e il carico assistenziale. Agli incontri hanno partecipato 27 familiari e 23 operatori di strutture residenziali; la durata del corso è stata di 140 ore. Momento conclusivo di tale corso di formazione è stato il Convegno svoltosi a Campobasso nel luglio del 1999, "Il supporto ai familiari nella gestione della malattia mentale"[18], che ha rappresentato un momento di autentica partecipazione della comunità, con sponsorizzazione di piccole aziende alimentari e ricreative della città.

Nel 2006-2008 all'Aquila è stato organizzato e condotto un "Corso di Formazione per Associazioni di Volontari Familiari, e Amici di Pazienti Psichiatrici", nell'ambito dei

“Progetti gestionali per le patologie a maggiore impatto sociale con il coinvolgimento del volontariato”, coordinati dall’Istituto Superiore di Sanità, che ha visto la partecipazione di 45 familiari.

LA FORMAZIONE ACCADEMICA

Gli approcci psicoeducativi integrati sono stati inclusi prima nei programmi del Diploma Universitario in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale ed, a partire dall’anno accademico 2000-2001, nel Corso di Laurea in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica[19], corso di laurea triennale incluso nei 22 profili delle professioni sanitarie riconosciute a livello accademico e professionale. Analogamente, i contenuti relativi ai trattamenti psicosociali e psicoeducativi sono stati inseriti nei curricula della Scuola di Specializzazione in Psichiatria.

A partire dall’anno accademico 2003-2004 gli Autori sono stati docenti nelle due edizioni del Master di I livello in “Mediazione al lavoro per persone mentalmente svantaggiate”, organizzate dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia, nella nostra Università (Coordinatore: Rita Roncone), la cui seconda edizione è stata co-finanziata dal POR Abruzzo. Nello stesso anno 2004-2005 gli Autori hanno condotto il Master di II Livello “Interventi psicosociali integrati per i disturbi mentali” (Coordinatore: Massimo Casacchia). Sia Piero Morosini che Ian Falloon sono stati docenti di insegnamenti nei Corsi di Laurea, nella Scuola di Specializzazione e nei Master presso la nostra Università, contribuendo con la loro esperienza professionale e di ricerca e con le loro abilità didattiche al successo dei corsi.

IL MIGLIORAMENTO DI ACCESSIBILITA' AI SERVIZI DI SALUTE MENTALE: IL PROGETTO "CHIAMA" NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA "RIENTRO DEI CERVELLI"

L’ultima esperienza che ha visto la nostra collaborazione diretta con Ian Falloon, ma che non abbiamo avuto modo di portare a termine, è stata legata al programma del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca, MIUR, denominato “Rientro di Cervelli”, presentato da Ian Falloon, su proposta di Rita Roncone nel gennaio 2005. Il Programma “Rientro dei Cervelli”, promosso a partire dal 2001, prevede appositi incentivi per la chiamata, da parte delle università statali, di studiosi ed esperti stranieri o italiani stabilmente impegnati all’estero da almeno un triennio in attività didattica e scientifica.

Il progetto approvato era denominato “Education for targeted community groups to increase counselling skills and facilitate early access to mental health services, the Project "CHIAMA: Community Help to Increase Appropriate Mental health services Access". Includeva un programma psicoeducativo sulla salute mentale da condurre con persone afferenti a gruppi-chiave della comunità, quali volontari di associazioni, medici di medicina generale, insegnanti, avvocati, sacerdoti, istruttori ginnici nelle palestre, parrucchieri e poliziotti.

Il progetto, particolarmente ambizioso, avrebbe voluto tradurre i presupposti dell’intervento cognitivo-comportamentale basato sul coinvolgimento dei gruppi risorsa, in un capillare intervento di comunità, (una comunità psicoeducativa), pronta a rilevare i primi segni di disagio e capace di indirizzare precocemente alle cure.

La morte prematura di Ian Falloon ha bruscamente interrotto la collaborazione su tale progetto, ma non ha interrotto il cammino condotto assieme a lui ed a Piero Morosini, nell’impegno di lavorare per migliorare le pratiche assistenziali nei confronti dei nostri utenti, “perché ogni persona malata ha diritto ad avere il miglior trattamento possibile”. Abbiamo raccolto il testimone, ampliando anche, come da lui sostenuto, gli interventi a giovani utenti all’esordio con i loro familiari in un servizio specifico per i giovani, sviluppato da Rocco Pollice, ricercatore del nostro gruppo[20,21].

CONCLUSIONI

Nell’ambito dei trattamenti psicosociali, i familiari hanno progressivamente acquisito la coscienza dei propri diritti nei confronti dei servizi sanitari, delineando un nuovo tipo di familiare, che partecipa attivamente al trattamento della malattia mentale, contribuisce con le sue idee e le sue energie a risolvere i molti problemi che il disturbo mentale comporta, non più interlocutore passivo degli operatori, ma membro di un gruppo che contribuisce alla gestione ed alla risoluzione dei problemi[22].

Nella riconcettualizzazione del nuovo ruolo della famiglia, non più vista come causa della malattia psichiatrica, ma al contrario principale risorsa ed interlocutore privilegiato nella sua gestione, il trattamento psicoeducazionale integrato sviluppato da Ian Fallon sostanzia pienamente tale nuovo approccio alla persona affetta da un disturbo mentale ed alla sua famiglia. La diretta e prolungata collaborazione con Piero Morosini e Ian Fallon in progetti di ricerca e formazione, nei Dipartimenti di Salute Mentale e a livello accademico, ha notevolmente arricchito il nostro bagaglio professionale e permesso di fornire un qualificato contributo nell’erogazione dei servizi assistenziali e formativi con l’obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone affette da disturbi mentali e dei loro familiari.

BIBLIOGRAFIA

1. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AM. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. N Engl J Med. 1982; 306(24): 1437-1440.
2. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. Arch Gen Psychiatry. 1985; 42(9): 887-896.
3. Falloon IR, Held T, Roncone R, Coverdale JH, Laidlaw TM. Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. Austr N Z J Psychiatry. 1998; 32(1): 43-49.
4. Morosini P, Magliano L, Brambilla P. Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi, VADO. Trento: Erickson, 1998.
5. Casacchia M, Roncone R. Italian families and family interventions. J Nerv Ment Dis. 2014; 202(6): 487-497.
6. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Br J Psychiatry. 1992; 160(5): 601-620.
7. Roncone R, Cianchini A, Rossi A, Casacchia M. La Camberwell Family Interview nella valutazione dell'Emozione Espressa nei familiari del paziente schizofrenico. Riv Sperim Frenatria. 1986; 60(6): 1354-1359.
8. Lefley HP. Family psychoeducation for serious mental illness. New York: Oxford University Press, 2009.

9. Roncone R, Mazza M, Ussorio D et al. The questionnaire of family functioning: A preliminary validation of a standardized instrument to evaluate psychoeducational family treatments. Comm Ment Health Journal. 2007; 43(6): 591-607.
10. Roncone R, Morosini P, Falloon I, Casacchia M. Family interventions in schizophrenia in Italian mental health services. In: Kashima H, Falloon I, Mizuno M, Asai M (Eds.), Comprehensive Treatment of Schizophrenia. Linking Neurobehavioral Findings to Psychosocial Approaches. Tokyo: Springer, 2002: pp. 284-289.
11. Roncone R, Falloon IR, Mazza M et al. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? Psychopathology. 2002; 35(5): 280-288.
12. Falloon IR. Trattamento integrato per la salute mentale. Guida per operatori e utenti. Parte Seconda. Moduli Educazionali. Salerno: Ecomind Publications, 2000.
13. Falloon IR. Trattamento Integrato per la Salute Mentale. Guida pratica per operatori e per utenti. Parte prima. Salerno: Ecomind Publications, 2000.
14. Casacchia M, Roncone R. Family psychoeducational treatment in schizophrenia: love for foreigners or application of evidence-based interventions?. Epidemiol Psichiatr Soc. 1999; 8(3): 183-189.
15. Falloon IR. Intervento Psicoeducativo Integrato in Psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie. Trento: Edizioni Erickson, 1993.
16. Casacchia M, Roncone R. Che cos'è la schizofrenia? Milano: Masson, 1996.
17. Falloon IR, Casacchia M, Lussetti M et al. The Development of cognitive-behavioral therapies within Italian mental health services. Intern J Ment Health. 1999; 28(3): 60-67.
18. Casacchia M, Roncone R, Mela C. Il supporto ai familiari nella gestione della malattia mentale. Atti del Convegno, Campobasso 9 luglio 1999. L'Aquila: Gruppo Tipografico Editoriale srl, 2000.
19. Roncone R, Ussorio D, Casacchia M. Il core-curriculum del tecnico della riabilitazione psichiatrica. In: Binetti P, Valente D (Eds.), Tradizione e innovazione nella formazione universitaria delle professioni sanitarie: il core curriculum, dal core contents al core competence. Roma: Società Editrice Universo, 2003.
20. Pollice R, Di Giovambattista E, Ussorio D, et al. The service for Monitoring and Early Intervention against psychoLogical and mEntal suffering in young people (SMILE) at the University of L'Aquila: first year experience. Early Interv Psychiatry. 2007; 1(1): 271-275.
21. Pollice R, Di Giovambattista E, Ussorio D et al. SMILE: un servizio per la prevenzione, il monitoraggio e l'intervento precoce in psichiatria. Giorn It Psicopat. 2007; 13 (2), 317-323.
22. Falloon IR, Roncone R, Held T, Coverdale JH, Laidlaw TM. An international overview of family intervention: developing effective treatment strategies and measuring their benefits to patients, cares and community. In: Lefley HP, Johnson DL (Eds.), Family interventions in mental illness: international perspectives. Westport CT: Greenwood Publishing Group Inc, 2002: pp. 3-24.