

LE NUOVE FRONTIERE DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA RACCONTATE DAL DOTTOR ROBERTO CAVALLARO, RESPONSABILE DELLA DISEASE UNIT PER I DISTURBI PSICOTICI DELL'OSPEDALE SAN RAFFAELE TURRO DI MILANO

# Dalla cura della disabilità alla medicina riabilitativa personalizzata

DI RITA SPÀNGARO

La patologia psichiatrica è una delle prime cause di disabilità. Il modello biomedico-riabilitativo, adottato dall'ospedale milanese, permette di lavorare sulle alterazioni biologiche e psicologiche delle singole patologie portando più efficacemente il soggetto all'empowerment, ossia alla capacità di riprendere in mano la propria vita.



Roberto Cavallaro

## Fino a che punto la disabilità interessa anche la patologia psichiatrica?

“Buona parte delle persone affette da patologia psichiatrica ha necessità di seguire progetti di tipo riabilitativo. Lo confermano anche i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), da cui emerge che i disturbi psichiatrici sono tra le principali cause dei cosiddetti DALY o Disability-Adjusted Life Years, ossia gli anni che si perdono per disabilità”.

## Come si è evoluta la riabilitazione psichiatrica in questi ultimi anni?

“In passato gran parte della riabilitazione si rivolgeva alle patologie psichiatriche più gravi, intervenendo prevalentemente sulla disabilità in sé, con minore attenzione alle basi patologia-specifiche. Nel tempo si è chiarito che la riabilitazione psichiatrica deve considerare la specificità fisiopatologica e psicopa-

atologica delle diverse problematiche come elemento strutturante i programmi. Negli ultimi vent'anni si sono sviluppati efficaci interventi di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) che identificano e trattano distorsioni cognitive e abitudini patologiche originate da elementi psicopatologici specifici. Tuttavia si è constatato che in alcune patologie non è sufficiente”.

## In quale caso, ad esempio, la terapia cognitivo-comportamentale non basta?

“Per esempio nella schizofrenia, la condizione con maggior grado di disabilità. Si tratta di una patologia cronica invalidante a esordio giovanile, che porta a un decadimento significativo di tutte le aree funzionali, come l'autonomia personale, la capacità lavorativa e la vita sociale, con grave peggioramento della qualità di vita. Fino a pochi anni fa gli interventi riabilitativi combinavano training di social skills, rivolti alle disabilità nell'area dell'interazione sociale, e interventi strutturati di CBT, volti al miglioramento dell'autonomia personale, del funzionamento quotidiano e delle capacità di coping con l'ambiente. Verso la fine degli anni '90 è maturata la consapevolezza clinica e scientifica che alcuni deficit neurocognitivi di base e di ordine superiore riscontrati nella malattia, legati all'inefficiente attivazione di alcune aree cerebrali, influenzano significativamente non solo il funzionamento quotidiano in tutte le aree, ma anche gli esiti della riabilitazione”.

## Quindi quali nuove metodologie sono state introdotte?

“Nella terapia tradizionale di social skills e CBT a questi fattori neurocognitivi, definiti neurocognitive rate-limiting factors, non erano indirizzati interventi specifici. Nell'ultimo decennio sono stati sviluppati interventi di cognitive remediation che si sono dimostrati efficaci nel migliorare le prestazioni neurocognitive deficitarie e nel potenziare l'efficacia della riabilitazione CBT, oltre che nel modificare l'attivazione cerebrale. La tecnica di potenziamento, adottata fin dalla sua introduzione sperimentale e ulteriormente sviluppata dalle strutture riabilitative di San Raffaele Turro, si declina attualmente come elemento essenziale nell'intervento globale di riabilitazione. Consiste in interventi di esercizio cognitivo intensivo, personalizzati sul profilo neuropsicologico del singolo paziente, svolti mediante PC e condotti da psicologi con specifico expertise. Il livello di tecnologia è elevato: ad esempio, durante l'assegnazione iniziale degli esercizi il programma adatta il livello di difficoltà alla capacità di miglioramento del paziente, per poi sviluppare progressivamente e costantemente le stesse abilità con richieste crescenti e sostenibili, fornendo al malato stesso un feedback sonoro e visivo sulla prestazione. Migliorando le performance neurocognitive deficitarie si potenzia l'effetto dell'intervento di CBT, i cui risultati divengono più omogenei e duraturi con migliori ricadute funzionali e di qualità della vita. Esiste ormai un consenso generale della letteratura scientifica in merito”.

## Ci sono stati ulteriori sviluppi?

“Sì, negli anni si sono aggiunti anche interventi analoghi su prestazioni di ordine superiore, come quelle di social cognition, che favoriscono il ripristino dei corretti automatismi cognitivi dell'interazione sociale, deficitarie nella malattia. Questa strategia più recente, la cui efficacia è dimostrata con altrettanto ampio consenso scientifico, diventa l'intervento di potenziamento dei programmi di social skills”.

IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI ALIMENTARI ILLUSTRATO DAL DOTTOR STEFANO ERZEGOVESI, SPECIALISTA IN PSICHIATRIA E SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E RESPONSABILE DEL CENTRO PER I DISTURBI ALIMENTARI DELL'OSPEDALE SAN RAFFAELE, SEDE DI TURRO, MILANO

# Quando la sinergia plurispecialistica fa la differenza

DI RITA SPÀNGARO

Il reparto dell'ospedale milanese è uno dei pochissimi centri lombardi che prevedono un vero e proprio ricovero per la cura di anoressia e bulimia. Oltre a disporre di un'équipe di specialisti con competenze diverse e complementari, propone incontri psico-educazionali per orientare il paziente a un'alimentazione sana e 'su misura'.

**A**noressia nervosa, bulimia nervosa e obesità da disturbo da alimentazione incontrollata o binge eating disorder (bed): queste le problematiche diagnosticate e curate dal Centro per i Disturbi Alimentari dell'Ospedale San Raffaele di Milano, di cui è Responsabile di Unità Funzionale il dottor Stefano Erzegovesi. La parola chiave, nell'attuale approccio ai disturbi alimentari, è 'multidisciplinarietà'. Per affrontare una patologia complessa, che è contemporaneamente medica e psichiatrica, è importante infatti che il gruppo di terapeuti lavori in maniera integrata e armonica. "Le figure centrali dell'équipe terapeutica sono il medico psichiatra, il medico nutrizionista, lo psicologo e il dietista o il biologo nutrizionista", specifica il responsabile del Centro. "Secondo l'intensità del livello di cura, l'équipe è sempre più specializzata per trattamenti multidisciplinari, che si possono svolgere in am-

bulatorio, dove si fa la visita e poi si torna alla propria vita quotidiana, oppure alla MAC o Macroattività ambulatoriale complessa, ex Day Hospital, dove si fa un trattamento integrato che comprende valutazione medica, colloquio psichiatrico, terapia psicologica individuale o di gruppo e almeno un pasto in ambiente controllato con un menu personalizzato". Il livello di massima intensità di cura è comunque il ricovero, soluzione presa in considerazione ancora da poche realtà ospedaliere.

"Le strutture che offrono un ricovero ospedaliero dedicato alla cura dei disturbi alimentari, sia nel pubblico sia nel privato accreditato, sono poche in Lombardia e, più in generale, in Italia", fa notare Stefano Erzegovesi. "Eppure, con il ricovero le possibilità di recupero per i casi più gravi e complessi aumentano: l'équipe è più numerosa e strutturata e le terapie sono più articolate e di mag-



Stefano Erzegovesi



giore intensità". Oltre allo psichiatra e al nutrizionista, che si occupano anche di attività di gruppo psico-educazionali, ci sono infatti gli educatori, i tecnici della riabilitazione psichiatrica e il personale infermieristico, addestrati all'osservazione, attenta ma non invasiva, dei pazienti in sala da pranzo e al controllo del rispetto di regole ambientali molto strette. "Controllare il comportamento delle persone ricoverate è fondamentale, perché gli aspetti critici possono essere molti", osserva il responsabile del reparto. "Ad esempio, una paziente anoressica dominata dall'ossessione della magrezza che continua a camminare per

sti, spuntini e acqua sono forniti esclusivamente da noi". Infine, quando ci sono malattie psichiatriche concomitanti ai disturbi alimentari come depressione, disturbi d'ansia e di personalità, ad esempio personalità borderline, è importante un controllo ambientale rispetto al rischio di farsi del male.

"Occorre controllare che non circolino oggetti appuntiti, di vetro o altri oggetti potenzialmente pericolosi: l'obiettivo è far sì che il paziente percepisca il reparto come un ambiente sicuro". Ovviamente tutti i relativi trattamenti e controlli sono concordati con il paziente ancora prima del rico-

Ingredienti usati nel gruppo "esperienze di cucina"



'bruciare calorie' va fermata con decisione ma anche con discrezione e gentilezza. Altri comportamenti da contenere possono riguardare il momento in cui il paziente si reca in bagno per procurarsi il vomito. Ma il livello di controllo ambientale principale in un reparto come il nostro è sul cibo e sull'alimentazione: nessuno può tenere cibo personale, come cracker o bevande. Pa-

vero, con un contratto terapeutico scritto che chiarisce che non si intende limitare la sua libertà personale, quanto contenere l'emergere dei sintomi invalidanti del disturbo alimentare. "Il paziente acconsente al trattamento e arriva così preparato, informato e motivato per sottoporsi a un percorso di cura che ha tutti i presupposti per essere efficace". ■

## ESPERIENZE SENSORIALI

Oltre ad attività di gruppo psico-educazionali, in cui si insegna ai pazienti ad adottare un'alimentazione sana in relazione ai loro bisogni, il Centro per i Disturbi Alimentari propone lezioni di psico-educazione alimentare all'interno di una cucina. L'obiettivo, infatti, non è solo quello di insegnare al paziente ciò che è sano da mangiare, ma di aiutarlo a preparare un pasto: un'esperienza particolarmente utile per chi è affetto da bulimia o obesità con alimentazione incontrollata. "Si tratta di pazienti che spesso arrivano in cucina completamente analfabeti, sia rispetto al linguaggio della sana alimentazione sia, soprattutto, rispetto al linguaggio della comunicazione sensoriale e della relazione con gli altri attraverso il cibo" dice il dottor Erzegovesi. "Al di là del preparare un pasto sano, con questa opportunità i pazienti possono imparare ad avvicinarsi al cibo in maniera multisensoriale, sperimentando gli ingredienti già con la vista, l'olfatto o il tatto, prendendosi il tempo di sviluppare la consapevolezza di ciò che mangiano. L'idea è quella di proporre un'esperienza sensoriale per 'sentire' ciò che si sta per mangiare, invece di prendere semplicemente qualcosa di già pronto e trangugiarlo, iniziando quindi a 'saziarsi' prima ancora di aver masticato o deglutito un boccone. A questo proposito cuciniamo alimenti spesso del tutto sconosciuti ai pazienti come i cereali integrali, le erbe aromatiche, le spezie o i legumi, cercando di conciliare gusto e salute. I pazienti obesi apprezzano molto il fatto di mangiare piatti appetitosi che richiedono più tempo per essere gustati, che saziano molto e che, al contempo, hanno un contenuto calorico molto ridotto".

NE PARLIAMO CON LA DOTTORESSA RESPONSABILE UO DI RIABILITAZIONE

# Protesi all'anca dopo l'intervento

Nel 2013 all'Istituto Clinico San Siro sono stati effettuati 1.174 interventi di protesi all'anca e ginocchio mentre i ricoveri riabilitativi sono stati 1.583 di cui 1.446 in seguito a intervento di protesi. Dopo l'operazione la fase più importante è infatti la riabilitazione. Ne parliamo con la dottoressa Cristina Beretta, responsabile dell'U.O. di Riabilitazione dell'Istituto Clinico San Siro, che ci illustra le varie fasi del percorso riabilitativo, i movimenti da evitare e gli accorgimenti da adottare, l'importanza della fisioterapia e l'uso dei farmaci.

### Ci illustri il paziente tipo.

"L'avanzamento delle tecniche chirurgiche ha modificato negli ultimi anni l'età e la tipologia dei pazienti che accedono alla chirurgia protesica: l'età media si è abbassata anche alla fascia 40-60 che accedono ad esempio a protesi d'anca di rivestimento per coxartrosi nella maggior parte dei casi postraumatica o a protesi monocompartimentale ginocchio, pur permanendo prevalente la fascia di pazienti ultrasettantenni che vengono sottoposti a impianto di protesi totale".

### Spesso sono anziani, quali sono le criticità?

"Le criticità sono legate alla comorbilità, cioè alla patologie preesistenti che rendono il recupero a volte più complesso dal punto della gestione clinica oltre che riabilitativa, al reinserimento familiare/sociale post intervento in una situazione di maggior fra-