

# **PROGETTO “Leader”**

## ***LEcco-ADelaide Evaluation Research PROJECT***

*M. Pigazzini- Psicologo*

**in collaborazione con**

*S. Cornara, Psicologa – A. Mazzoleni, laureanda in Psicologia  
G. Cerasoli, Terapista della riabilitazione psichiatrica – B. Baggio, infermiera*

### **Un modello non-lineare per valutare quantitativamente il processo riabilitativo in un Centro Residenziale di Terapie psichiatriche**

*Nel 1933 Einstein si dichiarò persuaso che la realtà può veramente essere afferrata dalla nostra ragione. Una realtà che però, come aveva detto Galileo, è scritta in caratteri matematici.*

M. Piattelli Palmarini – I linguaggi della scienza

#### **1 - Presentazione**

Nella situazione politica e sociale di oggi si sta ponendo sempre di più il problema di una responsabilità oggettivabile per operatori e professionisti del campo dei servizi sanitari ed in particolare del settore della salute mentale che è - per tradizione più che per sua natura - lontana da una verificabilità coerentemente quantificabile e, di conseguenza, metodicamente misurabile.

Il Progetto Leader (**LE**cco-**AD**elaide **E**valuation **R**esearch Project) si pone l'obiettivo di riportare nell'area dei linguaggi della scienza quantitativa quella parte del settore della salute mentale che riguarda gli interventi psicoterapici e riabilitativi che, ancora oggi, sfugge ad ogni forma di verificabilità misurabile. Viene usato il termine “riportare” perché i padri fondatori della psicoterapia e della riabilitazione psicologica, Freud e Skinner, hanno voluto entrambi fondare il loro sapere sul terreno delle scienze della natura, anche se solo parzialmente consapevoli delle difficoltà che ciò comportava poiché mancava ai tempi, più che la concettualizzazione teorica, la componente tecnica necessaria alla realizzazione di quei propositi.

Furono i loro epigoni a disperdere la ricchezza delle loro intuizioni e della loro volontà originaria di ancorare la scienza psicologica in fieri al porto sicuro delle scienze della natura, dei fondamenti biologici e delle metodologie connesse; questi preferirono lasciare fluttuare la psicologia nel mare agitato delle contingenze e delle mutazioni culturali ed antropologiche invece di seguire l'esempio della biologia molecolare che introdusse i concetti della non-linearità nella sua formulazione teorica e nell'attuazione metodologica, fin dalla sua comparsa dopo gli anni '70 con l'arrivo dei personal computer.

Oggi, che il disagio e la malattia mentale si avviano a diventare il più grave problema sanitario a livello mondiale investendo il 20% della popolazione - e nei paesi del benessere, in particolare quelli occidentali, anche di più - il problema di una responsabilità oggettivabile dell'intervento psicoterapeutico e riabilitativo si pone in modo urgente ed inalienabile. Queste richieste di competenza tecnico-scientifica verificabile, che conferiscono un titolo di autonomia etica e scientifica alle società professionali, non possono essere ulteriormente disattese sia per l'entità delle risorse economiche da investire sia per le aspettative, sempre più irrinunciabili, dell'utente.

Se con la metodologia della Medicina Basata sulla Evidenza si è fatto un primo passo per venire incontro a queste necessità, il Progetto Leader si differenzia dalle metodiche della statistica e dell'epidemiologia, proprie della MBE che lavora sul concetto-oggetto di popolazione, perché è fondato sulla soggettività, ossia sulla misurazione nel tempo delle variabili scelte di un sistema in evoluzione, e un paziente in riabilitazione può essere osservato come un sistema evolutivo.

## **2 - Struttura del progetto**

La base culturale e scientifica del Progetto Leader è data dalle moderne scienze non-lineari, dalla possibilità cioè di monitorare, analizzare e comparare tre o più variabili interagenti che si evolvono nel tempo. Seguire gli sviluppi del lavoro mentale e delle vicissitudini di una persona per un arco di tempo non prevedibile richiede strumenti di misurazione semplici ed agili, tali da poter essere facilmente applicati e con continuità, e un insieme di mezzi tecnici per le

differenti analisi delle informazioni raccolte. Queste caratteristiche sono infatti presenti nel progetto in quanto gli item o parametri sono stati costruiti e testati dagli operatori stessi e la loro percezione/valutazione è risultata di facile applicazione.

Originariamente il Progetto Leader, elaborato all'interno della collaborazione tra l'Unità Operativa di Psichiatria dell'Ospedale di Lecco con il Centro Studi Non-Lineari dell'Università dell'Insubria di Como e portato avanti all'interno del Dipartimento di Salute Mentale del Royal Adelaide Hospital, con la collaborazione di alcuni fisici del Dipartimento di Fisica e Matematica della stessa università, riguardava la misurazione e l'analisi dei dati relativi al lavoro psicoterapico svolto secondo le modalità proprie delle teorie psicoanalitiche. Il CD-Rom che contiene tutti gli aspetti teorici e le modalità applicative venne chiamato *Shaping Mind*.

Di seguito ci si rese conto che molti pazienti, nella fattispecie quelli appartenenti all'area psichiatrica e seguiti dalle istituzioni pubbliche, stavano usufruendo o avevano usufruito di un trattamento riabilitativo che comprendeva l'apporto continuativo, e per lunghi periodi, di altri operatori, all'interno e all'esterno di una comunità terapeutica.

Nacque così l'idea di estendere l'impostazione del progetto originario anche a queste fasi del percorso di ricostruzione, di solito parallela, della vita di un paziente inserendo in un apposito software, intitolato *Changing Boundaries in psychotic states*, la valutazione fatta durante il lavoro settimanale o quotidiano dai terapisti della riabilitazione e dagli infermieri. L'impostazione teorico-metodologica di questo nuovo software deriva direttamente dal precedente, *Shaping Mind*.

Da ultimo si è pensato che anche il paziente stesso potesse dire la sua su cosa stava cambiando in lui e che fosse corretto, laddove possibile, coinvolgerlo direttamente nel processo di valutazione. È nata così una scheda di auto-valutazione redatta con gli stessi criteri delle altre tre griglie di misurazione. La scheda di auto-valutazione è ancora in fase di prima sperimentazione ed il software necessario all'elaborazione dei dati non è ancora stato definitivamente approntato.

Il Progetto Leader è attualmente composto di quattro griglie di misurazione discreta i cui item sono posti in ordine deterministico in tre spazi delle fasi, quelli indicati da Freud e tutt'ora di uso comune: la situazione psicopatologica più grave, quella psicotica, la situazione caratteristica delle nevrosi e la situazione di relativo benessere o della dipendenza matura.

In tutte e quattro le griglie le variabili, che sono state scelte come indicatori di ciò che si intende osservare e misurare, sono raccolte in tre grandi gruppi: *la relazione con sé, con l'altro e con il mondo*. Queste tre modalità vengono qui chiamate, per brevità pratica dettata dal linguaggio quotidiano, *Io, Tu, Egli* e si possono anche considerare come espressione dell'approccio triadico, noto come *bio-psico-sociale*, alla malattia mentale. Le quattro griglie di lavoro sono contenute nei tre software qui sotto riportati; al momento sono ancora distinti ma si prevede la loro unificazione in unico software. Essi sono:

1. **Shaping Mind**: griglia originaria di 19 variabili, ora semplificata a 9, misura l'esperienza del lavoro psicoterapico ed è redatta da uno psicoterapeuta esperto; ogni variabile è composta da 30 item posti in ordine deterministico, sempre dal più grave allo stato di benessere. Dato che la ricerca in corso è portata avanti in vari Stati, essa è scritta in lingua inglese. Disponibile, attualmente, solo in CD-Rom, è però in corso la sua trasposizione in rete.
2. **Changing Boundaries in psychotic states**, il software che qui interessa è invece composto da due griglie:
  - a) *Attività quotidiane* è una griglia redatta dagli infermieri su 9 variabili, sempre divise in tre gruppi, con 9 item per variabile.
  - b) *Attività creative* è una griglia redatta dai terapisti della riabilitazione su 9 variabili, sempre divise in tre gruppi, con 9 item per variabile.
3. **Self-image**: griglia di auto-valutazione composta da 9 variabili divisa in tre gruppi con 9 item per variabile, compilata quotidianamente (o settimanalmente) dal paziente stesso.

### **3 - La comprensione e la conoscenza**

Scopo del nostro lavoro, che è anche ricerca, è quello di creare uno strumento parallelo, di facile applicazione, che affianchi alla tradizionale modalità qualitativa di comprendere l'esperienza del paziente una modalità quantitativa di conoscenza dei cambiamenti che avvengono nel tempo su variabili scelte interagenti. I due metodi appaiono corrispondenti in quanto entrambi partono ed usano dettagli banali che, intrecciati da metodiche e tecniche matematiche o interpretative, portano alla scoperta di qualcosa che non può essere colto dall'ovvietà fenomenologica. Un esempio di corrispondenza può essere l'utilizzo in matematica delle tecniche di magnificazione, in psicologia del contro-transfert; entrambe le tecniche servono ad evidenziare ciò che sfuggirebbe alla semplice osservazione, amplificandone la risonanza.

Sappiamo infatti dall'esperienza che piccoli dettagli misconosciuti alla clinica, possono rilevare fenomeni soggiacenti impossibili da vedere. Come un lapsus, un sogno, un gesto incontrollato, un'interpretazione o una percezione contro-transferale da soli non fanno emergere un'esperienza, un sentimento o un vissuto dell'inconscio, così un diagramma del miglioramento alimentare da solo non dice nulla di più di ciò che è di per sé evidente. Perché fenomeni nascosti possano emergere, è richiesta una capacità di analisi, intuizione e sintesi comparativa tra i vari elementi del sistema utilizzando tecniche di elaborazione dei dati derivati dalle metodologie non-lineari.

È pertanto importante per gli operatori del settore sanità uscire dalla mentalità lineare, che è alla base di tutta la loro formazione clinica e scientifica, per accedere alla dimensione della complessità; ciò non comporta una complicazione nella valutazione o nella raccolta delle informazioni, come si può essere indotti a pensare. Al contrario, alle basi della complessità sta spesso una scienza semplice nella sua prassi osservativa. Ciò che è necessario è la comparazione tra i dati che rappresentano i due campi d'indagine.

Oggi la psicopatologia è orientata non più a costruire delle gabbie nosografiche bensì a tenere sotto osservazione l'evoluzione delle dimensioni della personalità e delle sue interazioni con l'altro e con l'ambiente. Con questo progetto non si ha solo una comparazione tra la conoscenza del paziente e la comprensione clinica,

ma all'interno della conoscenza stessa le quattro griglie, interfacciandosi, elevano sia la certezza del cambiamento avvenuto che la probabilità predittiva della sua evoluzione.

Ciò avviene perché tutti e quattro i soggetti osservanti hanno come punto focale della loro osservazione lo stesso oggetto e come strumento di osservazione una griglia di misurazione strutturalmente simile. In *Shaping Mind*, la griglia più elaborata, la comparazione inter- ed intra-variabile delle tre relazioni fondamentali ha rilevato un indice di coerenza interna del modello particolarmente elevato, mediamente attorno al 90%.

Ora sappiamo che un paziente psicotico può ad esempio modificare, anche in modo elevato, dei comportamenti relazionali pur mantenendo quasi inalterato il suo nucleo delirante. Se si vuol fare della riabilitazione mirata al soggetto e non alle teorie di chi la imposta, è importante poter contare su di una solida misurazione quantitativa delle diverse dimensioni della personalità che ci permette di prendere iniziative di inserimento lavorativo o comunitario, o altri tipi di intervento sociale, sapendo quali sono le risorse cui si può attingere, fin dove si può spingere un programma di reinserimento, quali opportunità si possono offrire o, per contro, quali strade è meglio non intraprendere.

Scopo del progetto è quindi quello di offrire:

- agli operatori la possibilità di elaborare progetti riabilitativi e percorsi evolutivi più realistici di quelli basati sulla semplice comprensione del paziente, spesso molto soggettiva ed aleatoria;
- ai familiari la prospettiva di riscontrare un'evoluzione basata più su di una prevedibilità verificabile che non sulla speranza;
- ai pazienti il sentimento di essere rispettati come persone e nella loro specificità ed essere nel contempo aiutati ad attivare delle trasformazioni utili ed adeguate al loro particolare modo di essere.

Anche se questi possono sembrare scopi utilitaristici, conoscere vuol dire sempre e comunque portare avanti dei progetti che, pur se edificati su prove per tentativi ed errori, mantengono in sé la possibilità di un rischio di fallimento minore ed una capacità di riconoscere con maggior rapidità la matrice dell'errore; ciò comporta meno sofferenza per il soggetto, meno ansie per gli operatori e risparmio di risorse per l'economia di un sistema.

#### **4 - Il punto di vista del consulente matematico**

*A cura del dott. Giorgio Mantica,  
professore di Fisica Matematica  
Università dell'Insubria - Como*

L'approccio matematico alla descrizione del progresso terapeutico del paziente e' particolarmente indicato per due considerazioni: la prima é che esso permette di schematizzare al massimo le osservazioni del terapeuta, la seconda è che, con strumenti matematici, si possono convenientemente descrivere i processi dinamici di interazione terapeuta-paziente.

Cosa si intende con questo? In una seduta tipica, lo psicoterapeuta valuta alcune quantità significative, quali ad esempio la co-operatività del paziente, la sua capacità di relazione con l'altro, con il mondo, la sua autostima, etc. L'intensità di queste variabili viene quantificata dallo stesso psicoterapeuta in una scala prefissata di valori, che vengono poi registrati in una tabella. Così facendo, ad ogni seduta viene registrato il valore di tutte le variabili significative per la valutazione dello stato del paziente in una particolare giornata e situazione; in altre parole, lo stato del paziente viene tradotto (in realtà ridotto, ma questa riduzione quantitativa è la base stessa dell'analisi) in un "vettore" di quantità numeriche.

La stessa procedura viene ripetuta ad ogni seduta terapeutica. I valori così prodotti vengono registrati, e si rendono disponibili ad una analisi successiva da parte dello psicoterapeuta, coadiuvato dal matematico. Infatti, è poi possibile ottenere grafici della variazione nel tempo di tutte le variabili registrate, evidenziando il progresso terapeutico. Non solo: è possibile studiare le correlazioni tra differenti variabili, i loro valori medi, ed altre combinazioni suggerite sia dallo psicoterapeuta, sulla base di un preciso significato clinico, sia dal matematico, sulla base di particolari evidenze numeriche presenti nei dati (ad esempio, l'osservazione di comportamenti periodici).

Così facendo viene fornito allo psicoterapeuta uno strumento di visualizzazione grafica del processo terapeutico, sotto vari aspetti (resi dalle differenti quantità matematiche che vengono evidenziate e che traducono significati psicoanalitici

ben precisi) che lo può sicuramente aiutare a valutarne l'efficacia.

La fase successiva di questa analisi è il confronto delle “serie temporali” di vari pazienti, e vari psicoterapeuti, che permetterà di evidenziare i comportamenti tipici di varie patologie nonché eventuali errori ricorrenti del terapeuta. In seguito, tramite opportune tecniche di analisi ed estrapolazioni numeriche, si tenterà di mettere a punto quantità automatiche di stima del progresso terapeutico stesso e di predizione del suo svolgimento futuro.

## **5 - Il punto di vista del referente informatico del progetto**

*A cura della dott.ssa Barbara Carminati  
professore associato di informatica  
Università dell’Insubria - Como*

In questa sezione saranno brevemente trattati i principali vantaggi che l'utilizzo di strumenti informatici potrebbe apportare all'interno del progetto.

Dalla descrizione fino ad ora esposta emerge, come prima considerazione rilevante dal punto di vista informatico, la necessità di gestire una considerevole quantità d'informazione. Per ogni paziente, infatti, vi è la necessità di rilevare le corrispondenti valutazioni (siano esse sedute terapeutiche, attività creative o quotidiane), e, quindi, tutte le informazioni che le costituiscono (i.e. griglia di variabili). Inoltre, tali informazioni devono essere poi memorizzate al fine di consentire successive elaborazioni con lo scopo di analizzare l'evoluzione del paziente. Considerando, inoltre, la frequenza con cui queste valutazioni sono rilevate e il numero di pazienti da gestire, risulta maggiormente evidente la necessità di utilizzare un sistema di gestione dei dati per raccogliere, memorizzare ed elaborare le informazioni raccolte.

Questa prima considerazione ha portato alla progettazione ed implementazione di una base di dati, che, attraverso l'utilizzo di un DBMS, ci permette di gestire efficientemente ed efficacemente ingenti quantità di dati. Le scelte implementative effettuate nella realizzazione di questa base di dati sono principalmente dettate dalla volontà di ottenere uno strumento facilmente

portabile in diversi ambienti e piattaforme, nonché facilmente mantenibile ed estendibile.

Per tale ragione, durante la progettazione della base di dati si è scelta la tecnologia relazionale, in quanto essa oggi costituisce uno standard ampiamente consolidato sul mercato. Il risultato di questo primo lavoro è stato quindi una base di dati implementata con Microsoft Access, che attraverso semplici maschere d'inserimento, permettono all'utente di immettere la seguente tipologia di dati: anagrafica paziente; anagrafica personale (i.e., psicologo, psichiatra, educatrice, etc.); dati della seduta terapeutica, attività ricreative e quotidiane. In quest'ultima funzionalità si è dovuto tener conto di alcuni importanti vincoli (ad esempio, che la valutazione delle sedute terapeutica possa essere immessa solo da uno psicologo), e quindi sono stati implementati dei sistemi di controllo che evitano l'inserimento di dati non corretti, o inconsistenti. I dati inseriti nelle basi di dati possono quindi essere elaborati in accordo con relazioni definite all'interno del modello descritto in questo progetto. Il risultato di queste elaborazioni sono dei grafici incorporati in maschere di Ms Access, o esportabili in file Ms Excel.

Una naturale evoluzione di tale soluzione, nasce da un'ulteriore osservazione che emerge considerando lo scopo del progetto. Il progetto, infatti, si propone di raccogliere delle informazioni in base ad un modello di dati ben preciso, elaborarle in accordo con relazioni definite all'interno del modello, e analizzare i dati risultanti. Particolarmente critica è quest'ultima fase, poiché permette di convalidare il modello alla base del progetto, od evidenziarne punti critici. Al fine di rendere tale fase più efficace vi è la necessità di considerare un campione di dati il più ampio possibile.

Per far ciò una soluzione è integrare le diverse basi di dati associate alle singole realtà, definite in accordo alle specifiche date precedentemente, in un'unica base di dati centralizzata, accessibili via web. Con tale soluzione, gli utenti accedono alla base di dati attraverso pagine web on-line, le quali permettono di eseguire sia normali operazioni di gestione (i.e., inserimento anagrafica e inserimento valutazioni), sia elaborazioni complesse.

E' da notare che, sebbene tale soluzione risulti più adatta per le finalità del progetto, essa richiede di prestare una particolare attenzione agli aspetti di

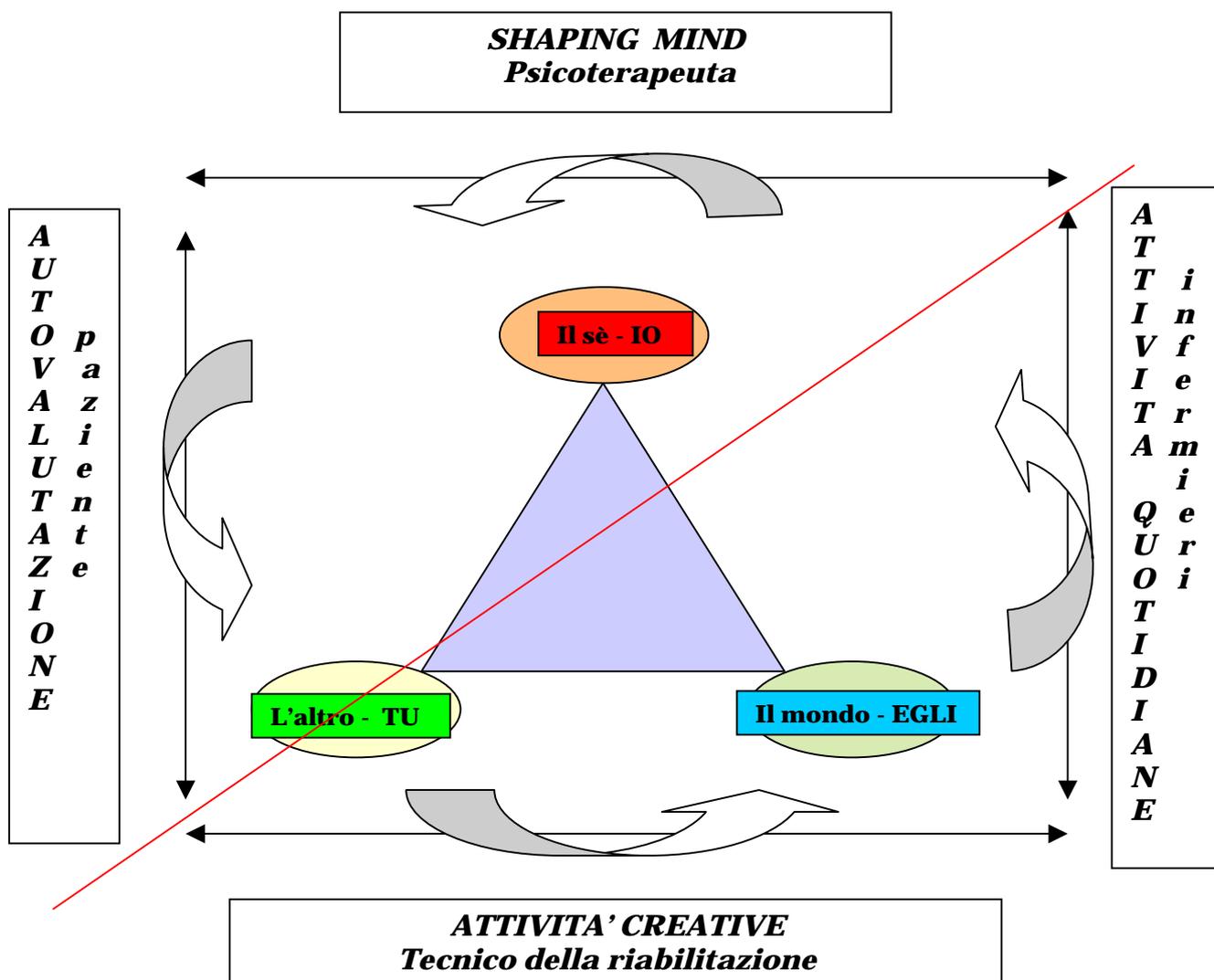
sicurezza e privacy. E', infatti, necessario implementare un meccanismo in grado di autenticare gli utenti prima che essi accedano ai dati contenuti nella basi di dati, e di accordar loro solo determinati diritti d'accesso. Analizzando lo scenario che si desidera trattare, una possibile soluzione è avvalersi di un modello di controllo degli accessi basato sulle figure dei ruoli. Attraverso tale modello, il prototipo potrebbe abilitare funzionalità diversi in base al ruolo d'appartenenza dell'utente connesso. Considerando, ad esempio, un psicologo operante presso il CRT, il ruolo a lui associato dal prototipo gli permetterebbe solo l'inserimento delle valutazioni delle sedute terapeutica per tutti i pazienti presso il CRT.

## **6 - Schema riassuntivo**

Prima di passare all'analisi dettagliata delle due griglie di nostro interesse, *Attività Quotidiane* redatta dagli infermieri e *Attività Creative* redatta dai tecnici della riabilitazione psichiatrica, viene riproposto in questo schema l'intero quadro del lavoro in corso in modo da avere un'idea dell'insieme della ricerca. Come si vede lo schema triadico concettuale che sta alla base è comune a tutte le griglie, mentre le variabili incluse in ogni griglia, che presto vedremo nei dettagli, variano in base a ciò che ogni operatore-osservatore è chiamato a valutare; l'operatore-osservatore è così il perno di tutta la misurazione.

Ogni griglia è stata infatti costruita, testata, tarata e ri-tarata con la partecipazione degli operatori interessati; nel caso della *Self-image*, si è proceduto alla valutazione dell'attendibilità in accordo con alcuni pazienti, mentre per *Shaping Mind* l'agreement, o lavoro di attendibilità, è stato condotto con colleghi, psicoanalisti o psicoterapeuti esperti, italiani e non.

Le frecce indicano la circolarità dell'insieme, ovvero ogni griglia può essere comparata con ognuna delle altre proprio in quanto legata dalla similarità strutturale, propria delle caratteristiche frattali, che tiene unite le variabili di ogni griglia. E' proprio il fondamentale lavoro della comparazione intrasistemica che rende questo progetto una ricca fonte di informazioni, correlazioni, corrispondenze e che consente un'ampia gamma di esplorazioni e visualizzazioni rendendo quindi più solide inferenze, deduzioni ed ipotesi.

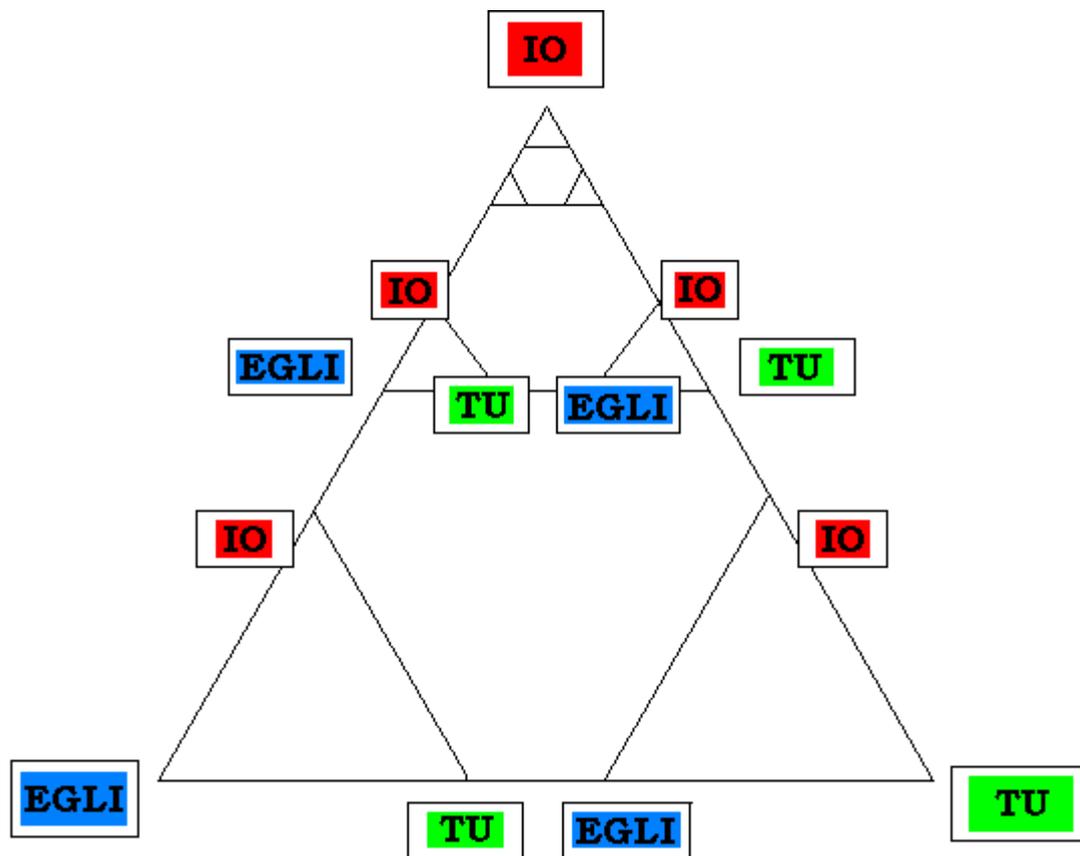


## 7 - Il modello

Alla base di ogni valutazione basata sulla raccolta di informazioni provenienti da un sistema complesso c'è un modello. Che cosa si intende per modello? *Un modello è uno strumento attraverso cui è possibile raccogliere informazioni circa alcune dimensioni selezionate, dimensioni che riteniamo rappresentino la realtà che si vuole conoscere ed i processi che si vogliono investigare.*

Il modello, che noi abbiamo preso a prestito dalla matematica non-lineare, è il triangolo di Sierpinsky le cui caratteristiche, che qui non stiamo a richiamare nei dettagli, si prestano bene al nostro tipo di investigazione. Nella **figura 1** è riprodotto il modello di Sierpinsky adattato ai nostri bisogni.

**Figura 1: Sierpinsky Gasket**



Il Triangolo di Sierpinski è un modello matematico teorico capace di mostrare le trasformazioni generate dagli schemi ricorsivi autosomiglianti che noi troviamo in natura e nei sistemi biologici.

Questo schema geometrico è conveniente anche per riprodurre l'evoluzione nel tempo e la dinamica di un comportamento, due caratteristiche del caos deterministico che troviamo nella relazione terapeutica. Noi consideriamo inoltre il ripetersi strutturale di un intervento riabilitativo come un ulteriore esempio di ricorsività ed autosomiglianza.

Altri due concetti non di uso comune e che riteniamo di dover esplicitare sono non-linearità e sistema. Per **non-linearità** intendiamo quel rapporto tra due eventi in cui non c'è proporzione tra lo stimolo e la risposta, il che significa ad esempio che uno stimolo semplice può produrre un grande effetto, che tre o più variabili sono studiate contemporaneamente, che i punti tracciati da una variabile formano un'orbita e che attraverso lo studio delle orbite possiamo cogliere l'evoluzione di un sistema. Per **sistema** intendiamo un intero composto di dimensioni interagenti capaci di cambiare nel corso del tempo. Posti questi concetti semplici, vediamo come abbiamo realizzato nel concreto questi aspetti teorici.

## **8 - Attività quotidiane**

Per dare una visibilità sistematica a questa concettualizzazione abbiamo costruito una configurazione di osservazioni sugli effetti terapeutici della vita in comunità attraverso l'uso di griglie ad intervalli discreti, elaborate su specifiche categorie, che ci consentono una misurazione ed una valutazione basata sulle leggi universali. Per valutazioni ricorsiva s'intende l'applicazione sistematica, ad intervalli di tempo costanti, di scale o sub-scale. In *attività quotidiane* le valutazioni sono redatte quotidianamente, da lunedì a venerdì, dagli infermieri professionali, prevalentemente dall'infermiere di giornata alla fine del suo turno di lavoro o durante la consegna; in caso di difficoltà può lasciare all'infermiere del pomeriggio la definizione del valore ultimo.

Le categorie riguardano la sfera Soggettiva, Relazionale ed Interattiva. Ognuna di queste categorie è costituita da 5 scale, costruite da noi, a nove intervalli discreti. I numeri posti a sinistra corrispondono ai valori numerici

### ***Area dell'IO – sfera soggettiva***

#### **IGIENE**

- 1 - Assente: non si lava, non fa doccia o bagno, non si fa il bidè né si lava i piedi, non fa la barba né i capelli, non si taglia le unghie, è maleodorante.
- 2 – Incerto
- 3 - Modico: si lava e si accudisce solo su forte pressione.
- 4 – Incerto
- 5 - Medio: si lava e si accudisce più di frequente con pressione.
- 6 – Incerto

- 7 - Buono: si lava e si accudisce senza pressione, ma non quotidianamente.
- 8 – Incerto
- 9 - Ottimale: si lava e si accudisce con regolarità quotidiana.

#### ALIMENTAZIONE e COMPORTAMENTO ALIMENTARE

- 1 - Assente: si rifiuta di mangiare ai pasti, ma mangia da solo ed isolato.
- 2 – Incerto
- 3 - Modico: mangia come se fosse solo, poco e lento o veloce ed in modo ingordo; non fa tutti i pasti o non tutte le portate.
- 4 – Incerto
- 5 - Medio: mangia con gli altri, ancora veloce e ingordo, o scarso e salta delle portate.
- 6 – Incerto
- 7 - Buono: mangia adeguatamente, ancora con un po' di fretta o meno avidamente; e non sempre tutte le portate.
- 8 – Incerto
- 9 - Ottimale: mangia regolarmente, con piacere e sa gustare il cibo.

#### CURA ed ABBIGLIAMENTO

- 1 - Assente: trascurato, malvestito, sporco, disinteressato all'aspetto esterno (barbone).
- 2 – Incerto
- 3 - Modico: sempre trascurato, ma si cambia se sotto forte pressione.
- 4 – Incerto
- 5 - Medio: meno trascurato, si cambia più di frequente, ma sempre sotto pressione.
- 6 – Incerto
- 7 - Buono: si occupa di sé, ma non con assiduità ed a volte solo se stimolato.
- 8 – Incerto
- 9 - Ottimale: gli piace essere ben curato.

#### SPAZIO DI VITA

- 1 - Assente: apatico, senza interessi, non partecipa né si lascia coinvolgere in nulla.
- 2 – Incerto
- 3 - Modico: qualche interesse residuale, ma resta apatico ed estraneo di fronte al nuovo.
- 4 – Incerto
- 5 - Medio: dimostra qualche interesse, ma senza continuità e limitatamente.
- 6 – Incerto
- 7 - Buono: accetta nuove proposte, ma richiede una continua stimolazione.
- 8 – Incerto
- 9 - Ottimale: partecipa alle attività proposte spontaneamente, attivamente e con piacere.

## SALUTE FISICA

- 1 - Assente: non si preoccupa minimamente del suo stato di salute o si preoccupa eccessivamente, come un ipocondriaco; rifiuta le cure.
- 2 – Incerto
- 3 - Modico: si preoccupa solo di fronte ad un dolore forte o ad una lesione evidente o è lamentoso senza riscontro; accetta le cure, ma sotto forte pressione.
- 4 – Incerto
- 5 - Medio: non sempre si preoccupa della propria situazione o è lamentoso in modo inadeguato; accetta le cure con resistenza.
- 6 – Incerto
- 7 - Buono: è attento ai propri bisogni, ma non è attivo nel promuovere il proprio benessere fisico o tende a chiedere cure eccessive; accetta la terapia.
- 8 – Incerto
- 9 - Ottimale: è attivo nel mantenere e promuovere il proprio benessere fisico.

## ***Area del TU – sfera relazionale***

### CONTROLLO DELL'AGGRESSIVITA'

- 1 - Assente: mancanza di ogni controllo sulle emozioni; si arrabbia facilmente, per un non nulla e senza alcun ritegno.
- 2 – Incerto
- 3 - Modico: scarso controllo; si arrabbia subito o si lascia andare a manifestazioni impulsive senza un motivo sufficiente.
- 4 – Incerto
- 5 - Medio: si controlla a volte, reagisce in modo esagerato su provocazione.
- 6 – Incerto
- 7 - Buono: sa aspettare, ma la reazione è sproporzionata allo stimolo.
- 8 – Incerto
- 9 - Ottimale: sa aspettare, non reagisce a stimoli incongrui, e se reagisce è per un giusto motivo o per l'eccessività della provocazione.

### REGOLE E CONVIVENZA

- 1 - Assente: non rispetta alcuna regola, fa quello che vuole, non vuol sentire ragioni circa il rispetto degli altri e della vita di comunità.
- 2 – Incerto
- 3 - Modico: a volte rispetta le regole, ogni tanto partecipa alla vita di comunità, se richiamato più volte, si adegua.
- 4 – Incerto
- 5 - Medio: tende a rispettare le regole, ma deve essere continuamente richiamato; riconosce la presenza degli altri, ma tende a fare per conto suo.
- 6 – Incerto
- 7 - Buono: in linea di massima rispetta le regole e le attività degli altri, ma deve essere, di tanto in tanto stimolato al rispetto.
- 8 – Incerto
- 9 - Ottimale: è presente alla vita di comunità, non necessita di richiami, è rispettoso del comportamento e dei bisogni degli altri.

## RAPPORTI FAMILIARI

- 1 - Assente: non vuol sentire parlare dei familiari, non vuol ricevere telefonate o visite, non vuole ricevere regali, niente.
- 2 - Incerto
- 3 - Modico: rifiuta i familiari, ma accetta di parlarne, il denaro o altri oggetti personali.
- 4 - Incerto
- 5 - Medio: parla a volte e per lo più al telefono, accetta del denaro al bisogno, ma non è solerte nel cercare il dialogo con i familiari.
- 6 - Incerto
- 7 - Buono: accetta le visite, anche se a volte con riluttanza, fa commenti non sempre positivi, prova comunque dei sentimenti di gratitudine.
- 8 - Incerto
- 9 - Ottimale: ha un buon rapporto, esprime sentimenti di gratitudine anche con gesti.

## RAPPORTI AMICALI

- 1 - Assente: rifiuta qualsiasi rapporto con gli altri di entrambi i sessi; si isola ed evita ogni contatto sociale.
- 2 - Incerto
- 3 - Modico: tende a isolarsi e rifiutare ogni tipo di relazione; accetta di tanto in tanto dei contatti sporadici.
- 4 - Incerto
- 5 - Medio: a volte si isola a volte no; tiene i contatti, ma non li approfondisce o ne cerca una funzione puramente utilitaria.
- 6 - Incerto
- 7 - Buono: tende a fare amicizia, ma è ancora diffidente; i rapporti sono a volte ancora utilitaristici e poco profondi.
- 8 - Incerto
- 9 - Ottimale: ha buone relazioni amicali, prova gratificazione ed è cordiale con chiunque abbia vicino.

## VITA AFFETTIVA E SESSUALE

- 1 - Assente: non ha alcuna relazione, rifiuta ogni contatto, è angosciato dal pensiero di impulsi sessuali e rifiuta qualsiasi discorso sull'affettività e la sessualità.
- 2 - Incerto
- 3 - Modico: non ha relazioni affettive o sessuali, ha paura a parlare dei temi inerenti alla sessualità, ma non fugge in situazioni di dialogo.
- 4 - Incerto
- 5 - Medio: ha paura ad iniziare discorsi in merito ai legami affettivi ed alla sessualità, ma segue e partecipa se coinvolto; non si sottrae ai normali scambi sociali con persone di altro sesso.
- 6 - Incerto
- 7 - Buono: non cerca, ma non evita legami affettivi; si lascia coinvolgere passivamente, a volte anche in situazioni limite.

8 – Incerto

9 - Ottimale: intrattiene buoni rapporti con i membri dell'altro sesso; affronta con serenità i problemi inerenti alla sfera sessuale ed affettiva.

### ***Area dell'Egli – sfera interattiva***

#### **AUTONOMIA**

1 - Assente: non è interessato a nulla di ciò che lo riguarda; è totalmente passivo, dipendente e rinunciatario.

2 – Incerto

3 - Modico: soddisfa i bisogni più elementari, ma non si occupa di nient'altro.

4 – Incerto

5 - Medio: cerca di soddisfare i bisogni primari in senso globale.

6 – Incerto

7 - Buono: si preoccupa dei suoi bisogni, anche se in modo non sempre pertinente.

8 – Incerto

9 - Ottimale: sa badare a sé stesso adeguatamente.

#### **ATTIVITA' QUOTIDIANE**

1 - Assente: chiuso in sé stesso, rimane isolato per l'intera giornata; non svolge alcuna attività, nemmeno stimolato.

2 – Incerto

3 - Modico: anche se chiuso in sé stesso, riesce a svolgere i compiti più elementari, ma solo se stimolato ed assistito.

4 – Incerto

5 - Medio: è presente nelle attività più importanti, ma necessita ancora di stimoli.

6 - Incerto

7 - Buono: presenza alle attività, con stimoli modesti, ma non continuamente.

8 – Incerto

9 - Ottimale: è presente, si attiva spontaneamente e con assiduità. Ha un lavoro esterno.

#### **INTERESSI**

1 - Assente: non mostra alcun interesse, rifiutando ogni stimolo anche se assistito.

2 – Incerto

3 - Modico: non ha alcun interesse, ma a volte si lascia coinvolgere, se stimolato e per un breve tempo.

4 – Incerto

5 - Medio: a volte si lascia coinvolgere, anche per momenti lunghi.

6 – Incerto

7 - Buono: esprime interessi personali, ma non li sa portare avanti da solo.

8 – Incerto

9 - Ottimale: si applica nella realizzazione dei suoi interessi e del suo lavoro con passione e continuità.

## ATTIVITÀ PRODUTTIVE CREATIVE

- 1 - Assente: completa mancanza di ogni iniziativa.
- 2 – Incerto
- 3 - Modico: se coinvolto intensamente, sa esprimere parte delle sue capacità.
- 4 – Incerto
- 5 - Medio: a volte mostra le proprie capacità, ma deve essere continuamente gratificato e attivato.
- 6 – Incerto
- 7 - Buono: chiede aiuto per organizzarsi e per realizzare quanto sa fare.
- 8 – Incerto
- 9 - Ottimale: dà il meglio di sé in modo spontaneo ed autonomo, sia nelle attività esterne che interne

## REDDITO

- 1 - Assente: non ha alcuna relazione con il denaro.
- 2 – Incerto
- 3 - Modico: vede il denaro come poco importante; non è interessato al guadagno; chiede continuamente ed a tutti i soldi.
- 4 – Incerto
- 5 - Medio: si preoccupa del denaro solo quando ne ha bisogno; chiede soldi.
- 6 – Incerto
- 7 - Buono: ha coscienza del valore del denaro, ma non sa organizzarsi per procurarlo o pensa sia compito degli altri provvedervi.
- 8 – Incerto
- 9 - Ottimale: si dà da fare per essere economicamente autosufficiente e dimostra una adeguata capacità di gestione del suo reddito.

Nella **figura 2** è riprodotta la tabella che gli infermieri compilano ogni giorno e che viene poi inserita nell'apposito software in formato Access. Questa rilevazione è iniziata all'inizio di gennaio 2002 e terminata alla fine di dicembre 2003 ed è a questo periodo che fanno riferimento i diagrammi sotto riportati. Durante la seconda parte del 2003 è stata fatta una revisione critica che ha omologato per variabili ed intervalli i tre i software derivati da Shaping Mind (**figura 3**). Rimanendo invariate le tre strutture di base, invece di 5 scale ne sono state scelte 3 (Igiene, regole e cura di sé per Io; aggressività, nutrizione ed autonomia per Tu; rapporti con gli altri, interessi e creatività per Egli) che riproducono lo stesso schema in modo frattale.

Frattale è un modello, nel nostro caso il triangolo di Sierpinsky, che ripete lo stesso disegno o un dettaglio in una vasta successione di scale. Il tema del frattale è il dettaglio che viene ingrandito e rimpicciolito rimanendo simile a se stesso. Questo modello permette un'ampia variazioni di correlazioni utili per la validazione.

**Figura 2**

		<i>CRT - Scala di valutazione dell'esperienza quotidiana - Sig.</i>																																													<i>anno</i>	<i> mese</i>	<i> sett. dal</i>	<i> al</i>										
		lunedì									martedì									Mercoledì									Giovedì									Venerdì																						
<i>Valori</i>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9														
<b>IO</b>																																																												
<b>Igiene</b>																																																												
<b>Alimentaz</b>																																																												
<b>Cura</b>																																																												
<b>Spazio Vita Salute</b>																																																												
<b>TU</b>																																																												
<b>Aggressiv</b>																																																												
<b>Regole</b>																																																												
<b>Famiglia</b>																																																												
<b>Amici</b>																																																												
<b>Affettività</b>																																																												
<b>EGLI</b>																																																												
<b>Autonom</b>																																																												
<b>Attività</b>																																																												
<b>Interessi</b>																																																												
<b>Creatività</b>																																																												
<b>Reddito</b>																																																												
		<b>Inf.....</b>									<b>Inf.....</b>									<b>Inf.....</b>									<b>Inf.....</b>									<b>Inf.....</b>																						

**Figura 3**

**CRT - Scala di valutazione dell'esperienza quotidiana, a cura degli infermieri ( in uso dal 1 gennaio 2004)**

**Ospite sig. .... Settimana dal ..... al ..... del mese di ..... , anno.....**

	Lunedì.....									Martedì.....									Mercoledì.....									Giovedì.....									Venerdì.....								
Valori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>IO</b>																																													
<b>3 Igiene</b>																																													
<b>4 Regole</b>																																													
<b>5 Cura di sé</b>																																													
<b>TU</b>																																													
<b>6 Aggressività</b>																																													
<b>7 Nutrizione</b>																																													
<b>8 Autonomia</b>																																													
<b>EGLI</b>																																													
<b>9 Rapporti con gli Altri</b>																																													
<b>10 Interessi</b>																																													
<b>11 Creatività</b>																																													

**Inf..... Inf..... Inf..... Inf..... Inf.....**

## 9 – Attività creative

Vengono chiamate Attività Creative quelle attività che hanno una organizzazione ed una cadenza settimanale e durano per l'arco di un anno, a secondo delle risorse disponibili. Guardando la **figura 4** potete constatare come rientrano un po' nei parametri riabilitativi classici. Il compito che noi affidiamo a questo spazio riabilitativo è proprio quello di rimettere in gioco aspetti semplici ma importanti per la vita autonoma di una persona come la capacità di comunicare con il linguaggio corporeo (teatro), le modalità espressive (arte), le prassie (bricolage, giardinaggio), il piacere della musica come della cucina, e così via.

Le attività sono svolte sotto il coordinamento dei tecnici della riabilitazione psichiatrica coadiuvati da infermieri, volontari esperti o psicologi. Le attività sono libere, ma alcuni pazienti, il cui progetto riabilitativo prevede la partecipazione ad alcune attività, sono sollecitati a parteciparvi ed in genere ciò avviene. I pazienti che però hanno fatto parte di questa ricerca sono otto sui sedici posti letto del CRT perché questa era la previsione dei protocolli qualità di Iso 9000.

Alla fine di ogni sessione di lavoro i conduttori dei gruppi compilavano per ogni paziente la tabella in **figura 5**. Le categorie sotto osservazione riguardano le sfere della partecipazione, della risonanza emotiva e dell'elaborazione dei contenuti. Ognuna di queste categorie ha tre scale, sempre a nove intervalli discreti, che permettono di riportare le esperienze a livello della propria storia, della situazione in corso e della risposta agli stimoli del gruppo.

**Figura 4**

<i><b>lunedì</b></i>	<i><b>martedì</b></i>	<i><b>mercoledì</b></i>	<i><b>giovedì</b></i>	<i><b>venerdì</b></i>
<b>Psicoterapia di gruppo (Psicoterap.)</b>	<b>Cucina</b>	<b>Poesia Scrittura creativa</b>	<b>Bricolage Giardinaggio</b>	<b>Ascolto Musica</b>
<b>Teatro</b>	<b>Attività motoria</b>	<b>Pittura</b>	<b>Cineforum</b>	<b>Attività plastiche</b>

**Figura 5**

**CRT – Scheda di rilevazione delle attività settimanali**

Attività.....

Operatore.....

1 Codice .....	I O Emozioni - Scambio			TU Presenza - Partecipazione			E G L I Contenuti - Elaborazioni		
2 Data .....	3 Tu Risposta al gruppo	4 Io Espressione Emotiva	5 Egli Autoriferimen storico	6 Tu recettività	7 Io presenza	8 Egli partecipazione	9 Tu Capacità di sintesi	10 Io Capacità descrittiva	11 Egli Capacità elaborativa
Ottimale 9	Rilancia	Vivace	Racconta di sé	Interazione	Segue	Presente	Molti collegam	Personalizzata	Creativa
Intermedio 8									
Buono 7	Scambio	Attuale	Rac. Pertinente	Int. discontinua	Quasi sempre	Esce	Collegamenti	Pertinente	Pertinente
Intermedio 6									
Medio 5	Ridotta	Ridotta	Rac. Confuso	Int. Ridotta	Distratto	Esce più volte	Su stimolazione	Confusa	Parziale
Intermedio 4									
Modico 3	Impropria	Distaccata	Rac. non pertin	Int. Impropria	Snobba	Poco presente	Scarsi collegam	Impropria	Impropria
Intermedio 2									
Assente 1	Nessuna	Assenza	Non racconta	No interazione	Non segue	Assente	Senza collegam	Incapacità	Estraneità

Note

.....

## 10 – I diagrammi

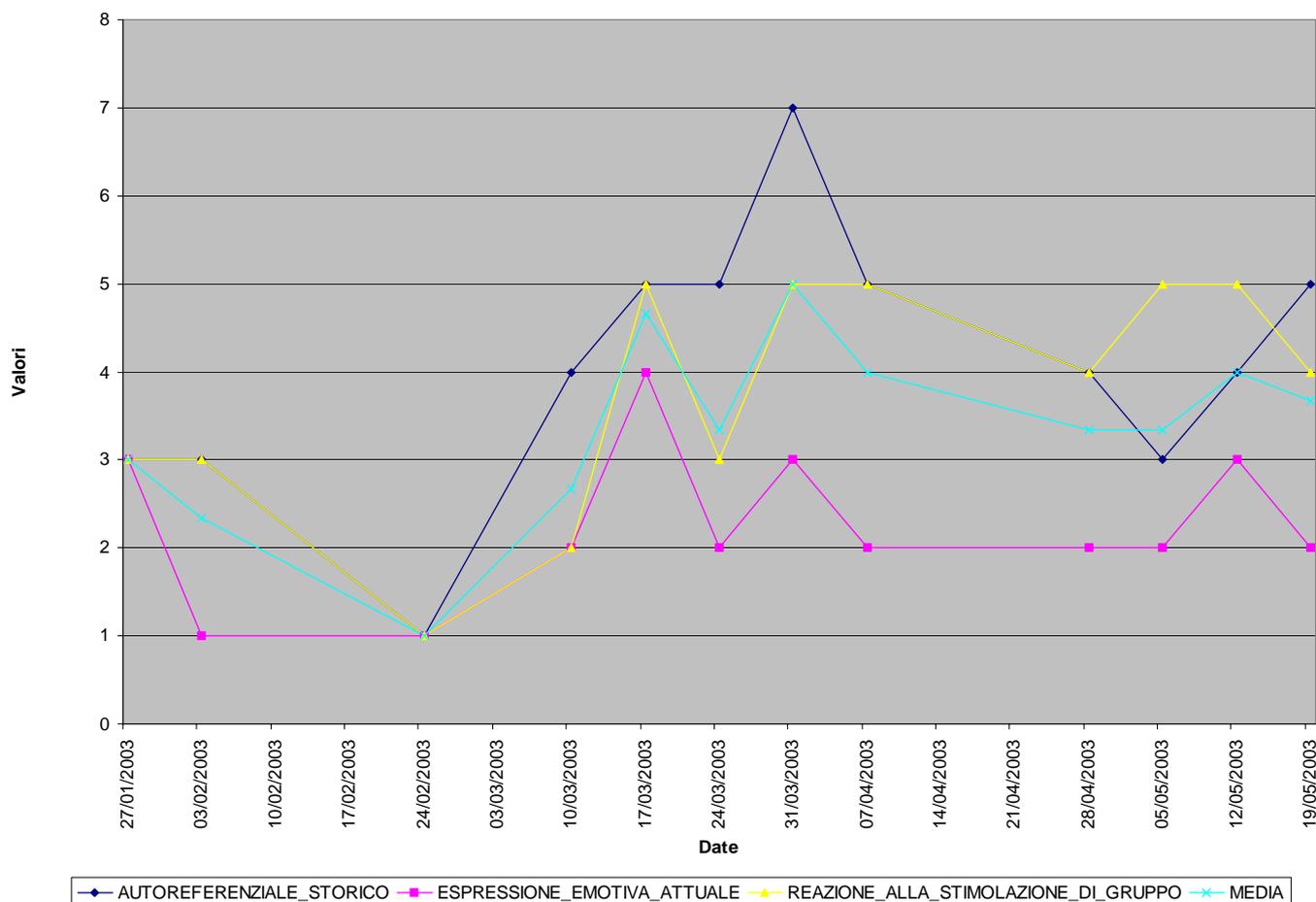
I dati raccolti durante i due anni sono stati inseriti nell'apposito software elaborato con Access dalla prof. Barbara Carminati; si è così ottenuta una stringa di numeri utilizzabile con diversi software. I diagrammi qui elencati a scopo dimostrativo sono stati fatti in parte direttamente con Access, in parte con MatLab ed in parte con un programma in Fortran elaborato dal prof. Mantica.

Con i grafici noi possiamo fundamentalmente osservare:

- 1 - l'evoluzione delle singole variabili, e fare un *confronto* fra loro;
- 2 - l'andamento delle *tre dimensioni* di base tramite la media dei punteggi ottenuti nelle tre variabili che compongono ogni dimensione;
- 3 - il comportamento delle singole *variabili nelle tre dimensioni*.

Iniziamo con i diagrammi sulle attività.

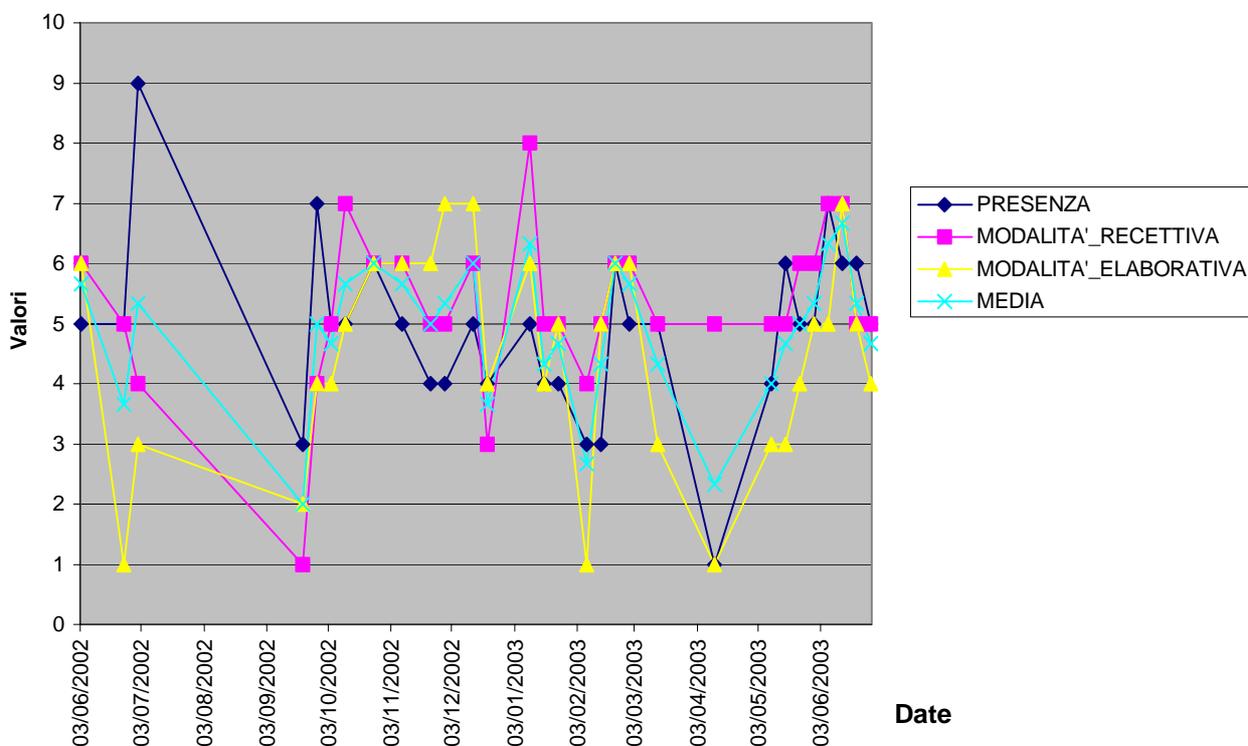
ATTIVITA' IO - TEATRO



**In questo primo diagramma** in Access viene presa in considerazione la variabile Io con le sue tre componenti relativamente all'attività Teatro. E' stato preso in considerazione solo un breve periodo, poco più di quattro mesi, per rendere più chiara la visualizzazione, e perché ogni quattro mesi, secondo il protocollo qualità, il progetto riabilitativo deve essere criticamente valutato. Potete osservare come il paziente in osservazione sia in difficoltà nell'esprimere i propri stati emotivi, mentre risponde meglio alle stimolazioni del gruppo ed è più capace di accedere ai propri ricordi personali. Ovviamente questa è la percezione che ha chi svolge l'attività teatrale. La comparazione con le misurazioni raccolte da altri osservatori durante altre attività confermerà o disconfermerà questa percezione, offrendo informazioni importanti per la riflessione critica del progetto terapeutico in corso.

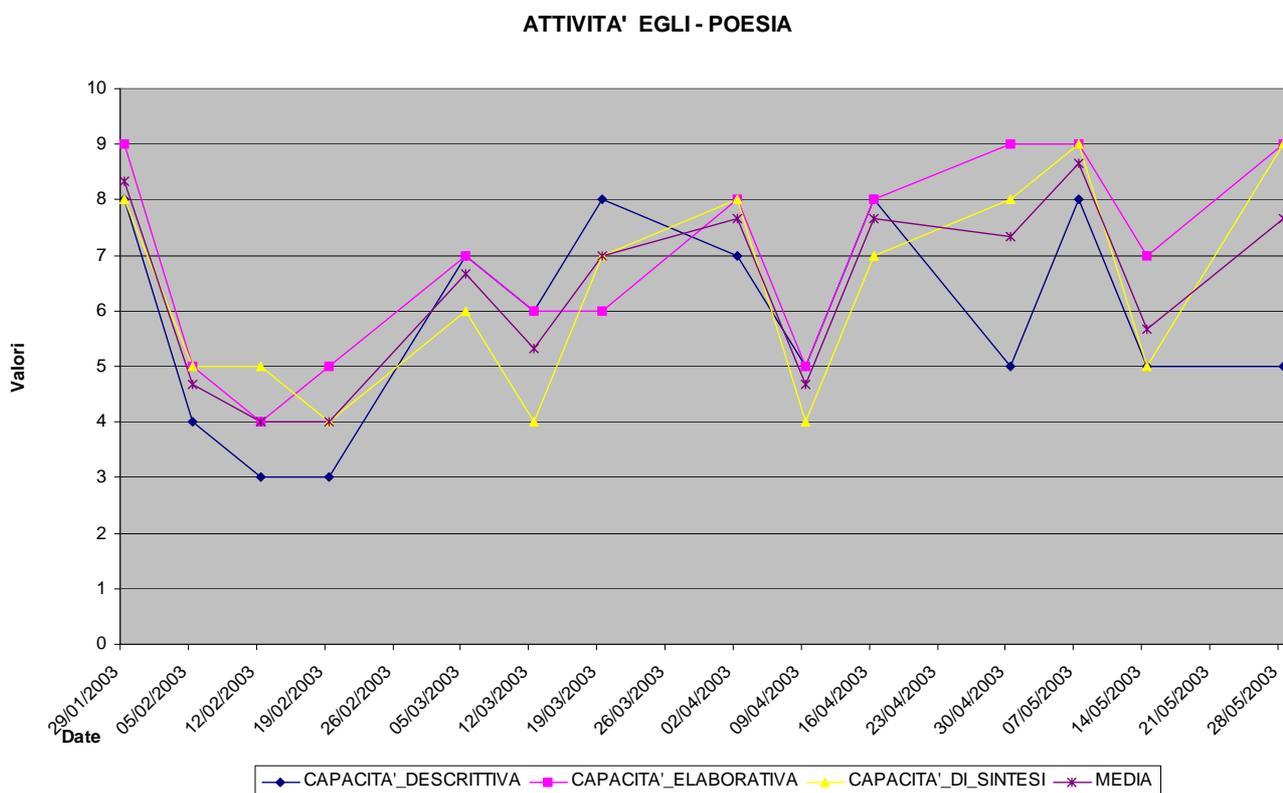
**Prendiamo ora** in considerazione un'altra variabile, Tu, con le sue tre componenti, e ne osserviamo l'evoluzione per un anno. Notiamo subito l'alta variazione tipica di

## ATTIVITA' TU - MUSICA

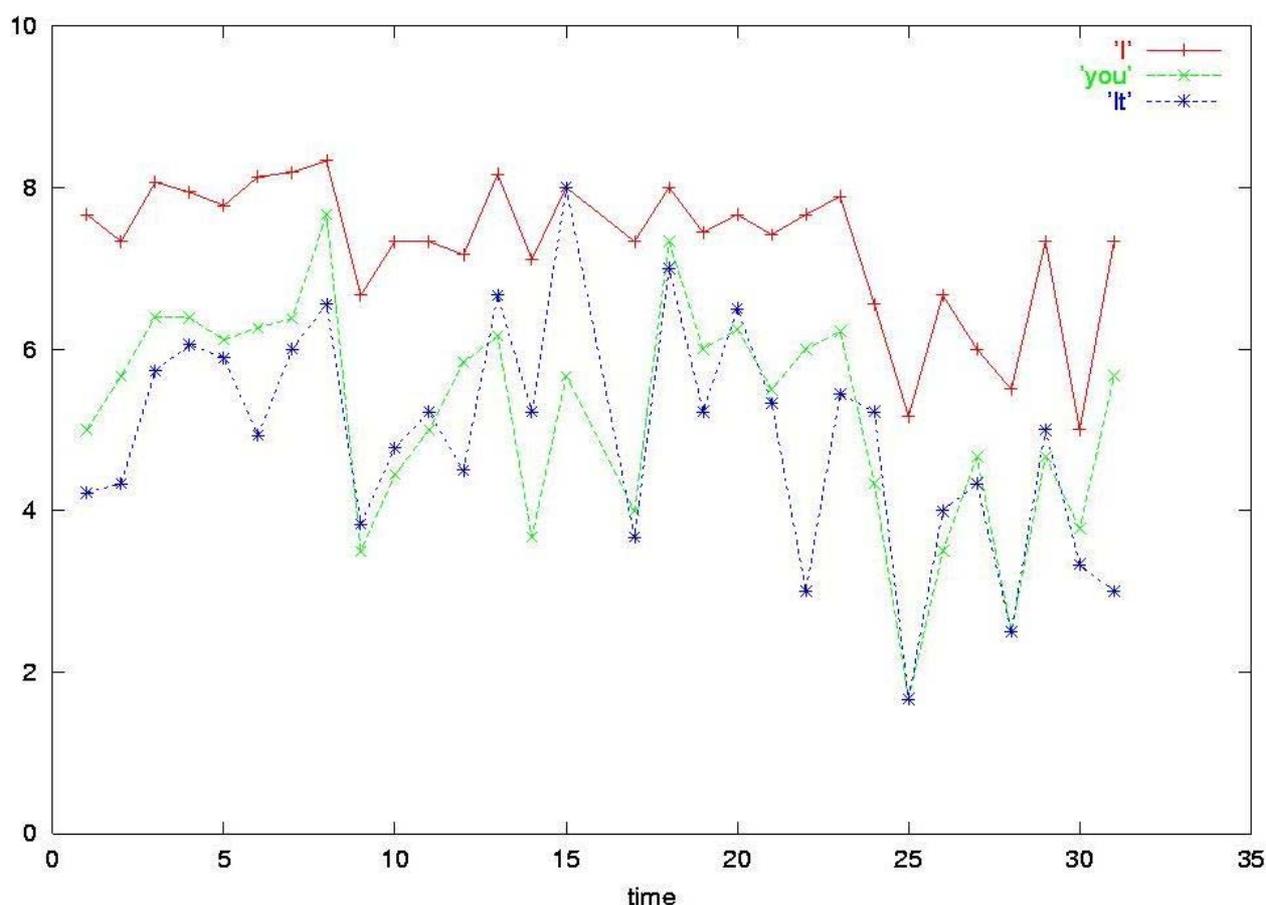


alcuni pazienti psicotici, capaci di intensa partecipazione come di completa assenza. Utilizzando un altro diagramma come il gradiente di cambiamento elaborato da MatLab, sarebbe possibile vedere quale cambiamento reale questo paziente ha avuto durante l'anno, sia nelle singole variabili che nell'insieme. Comparando questo diagramma con altre attività sarà possibile per esempio sapere se le cadute sono legate alle difficoltà di quel paziente in quel momento (ed avremo quindi lo stesso diagramma per tutte le attività) oppure se è legata al tipo di attività. Non va dimenticato che anche l'osservatore può sbagliare la sua percezione/rilevazione dello stato del paziente; è quindi facile dedurre che queste rilevazioni funzionano da supervisore di chi svolge le attività.

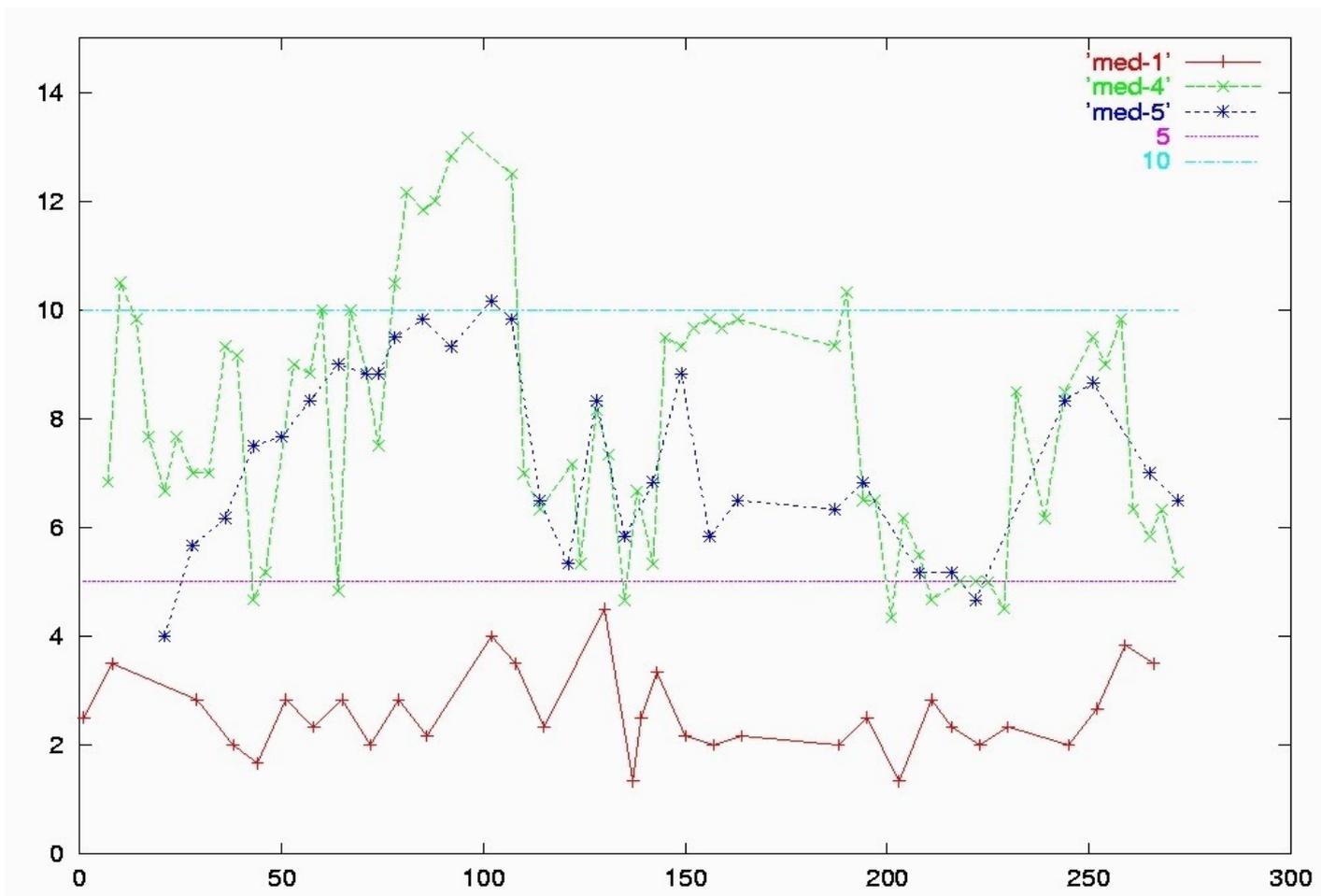
**Passiamo alla variabile** Egli nell'attività Poesia, o Scrittura creativa, per la durata di un anno e mezzo. Sul lungo periodo ovviamente i cambiamenti si osservano meglio. Questo diagramma sembrerebbe dar ragione al nuovo Progetto Salute Mentale della Regione Lombardia che fissa in diciotto mesi il percorso riabilitativo. E' importante notare, qui, come le tre componenti della variabile evolvono armoniosamente a differenza dei precedenti diagrammi.



**Viene qui riprodotta** in Fortram la sintesi delle tre variabili di quasi due anni di osservazione. Il paziente era già in comunità da alcuni mesi prima dell'inizio dell'osservazione e non è pertanto visibile l'iniziale processo di maturazione, mentre si può vedere un declino che porterà il paziente a stabilirsi in una comunità protetta. Va subito notato che in quasi tutti i pazienti psicotici osservati la linea rossa dell'Io sovrasta mediamente di due valori la linea verde del Tu e la linea blu dell'Egli; questo è in sintonia con la dimensione grandiosa e l'Io difensivamente onnipotente dei nostri pazienti. Le tre dimensioni, in questa visione globale, sembrano evolversi parallelamente, ma non è sempre così.

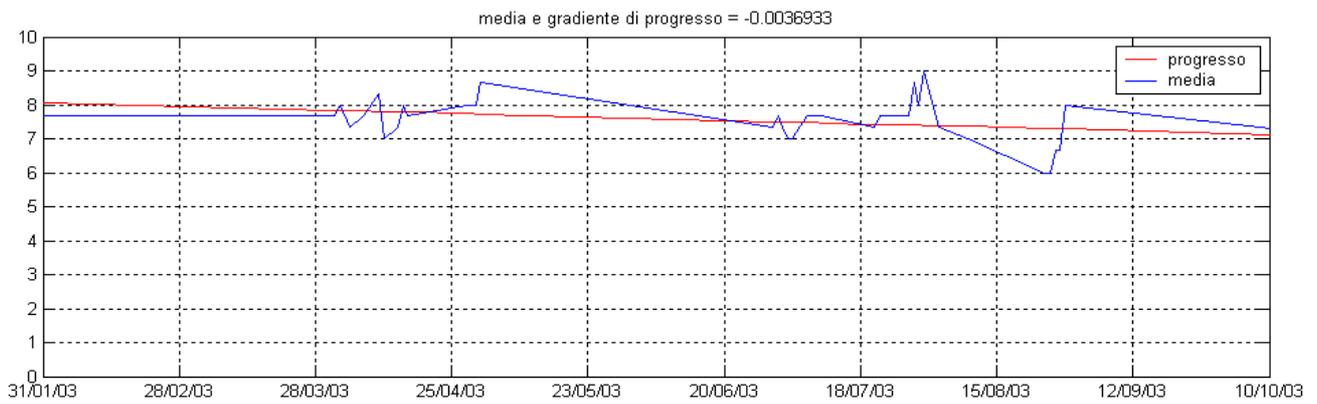
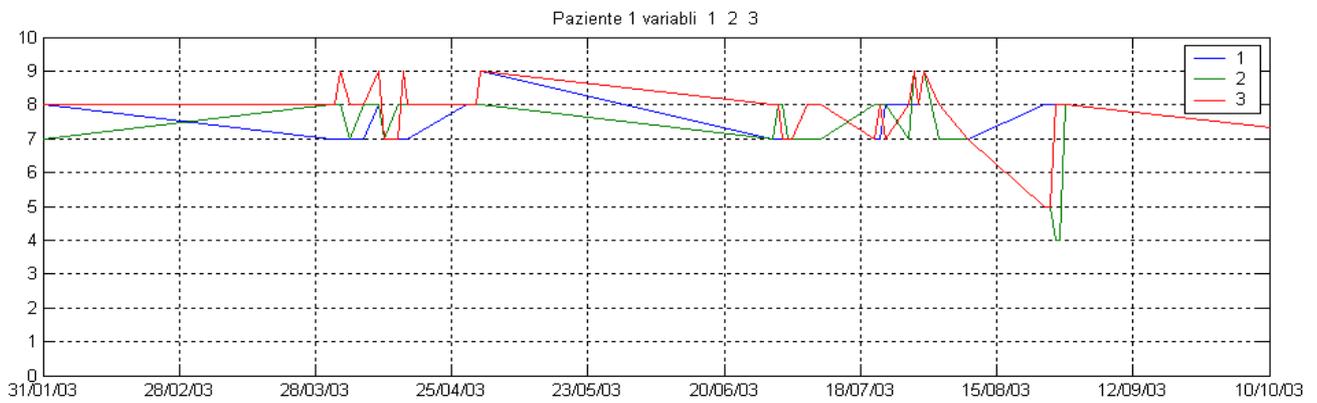
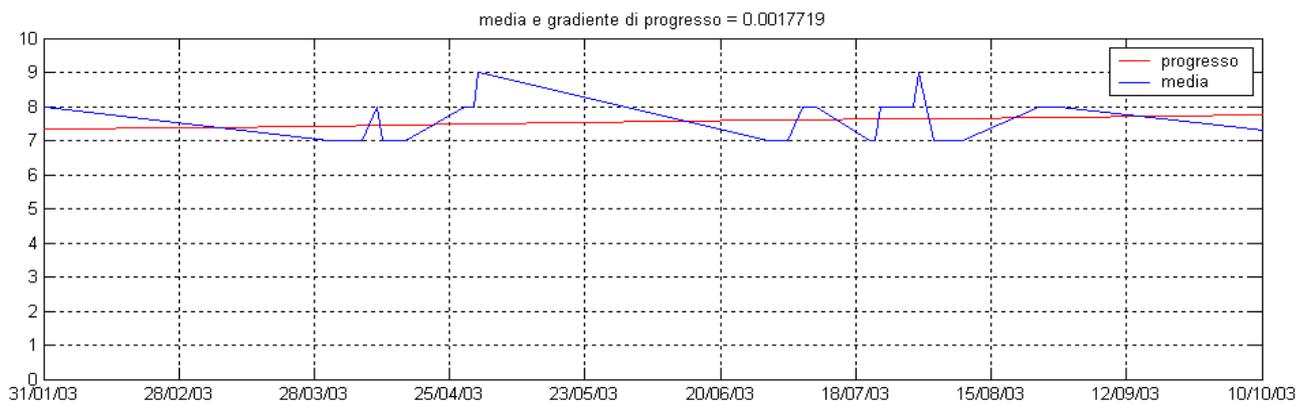
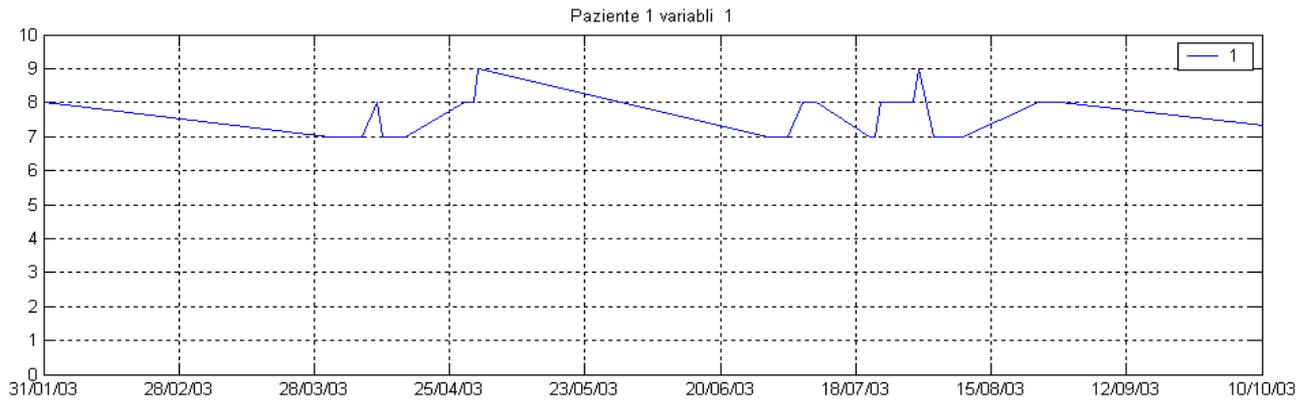


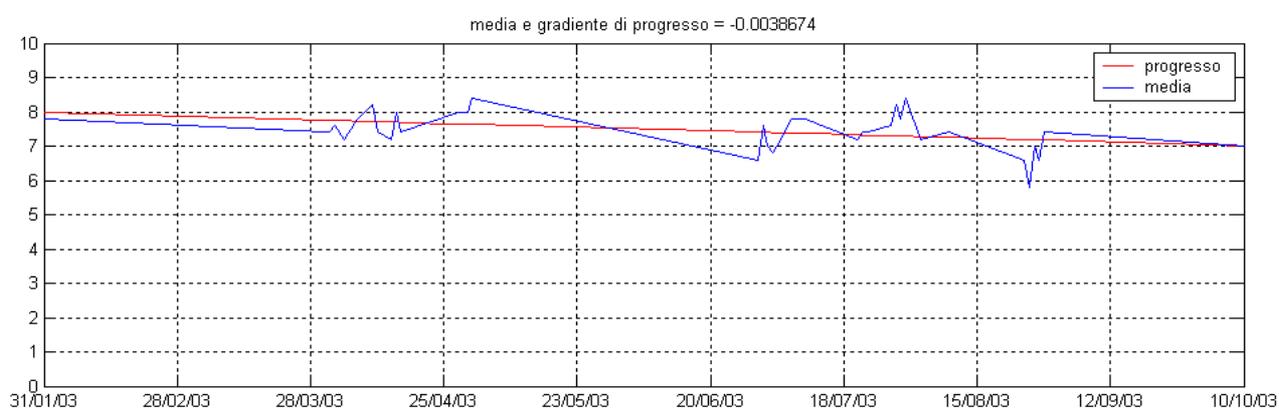
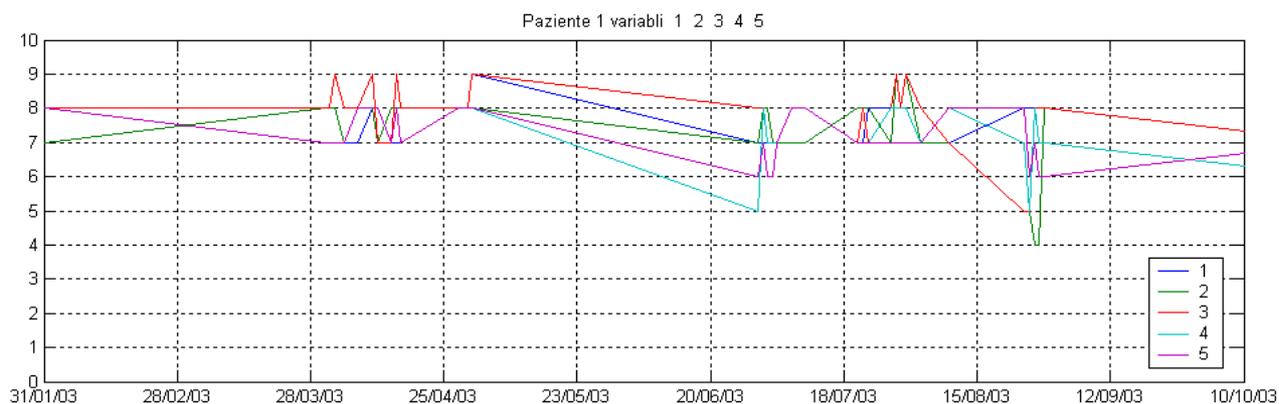
**Nel diagramma che segue**, preso in prestito da Shaping Mind, potete osservare la sostanziale differente evoluzione di tre pazienti con diagnosi iniziale di psicosi: la linea rossa del paziente n. 1 mostra una cronicizzazione e quindi un'evoluzione in senso schizofrenico. La linea verde del paziente n. 4 mostra un alternarsi di alti e bassi di tipo borderline; durerà diversi anni per esitare, al momento, in una forma di remissione parziale. La linea blu del paziente n. 5 dopo una ricaduta avrà, per come appare ora, un esito positivo ed un completo reinserimento sociale.



**Diamo uno sguardo** ad Attività Quotidiane utilizzando il software di MatLab. Vengono presentati tre diagrammi dello stesso paziente con le variabili 1 – 2 – 3 – 4 – 5 riprodotte in diversi accostamenti. La variabile 1 presa da sola indica un gradiente di progresso positivo, segnando un’evoluzione migliorativa del paziente, anche se di scarsa entità. La positività scompare se viene fatta la media con altre variabili. Per un’analisi realistica dei cambiamenti in corso dobbiamo saper valutare sia i singoli comportamenti sia l’insieme, o vari tipi di sottoinsiemi, in modo da poter valutare correttamente le revisioni da inserire nei progetti riabilitativi. Questo tipo di lavoro richiede molto tempo in quanto si devono passare in rassegna i tanti diagrammi originati dall’analisi dei dati; è un lavoro che vale la pena di fare.

Noi abbiamo deciso di inserire nel mondo del lavoro un paziente, contrariamente al parere di chi lo aveva seguito precedentemente, grazie alle indicazioni che emergevano dall’analisi dei dati che ci davano una visione, nel tempo molto più realista, delle classiche valutazioni cliniche.

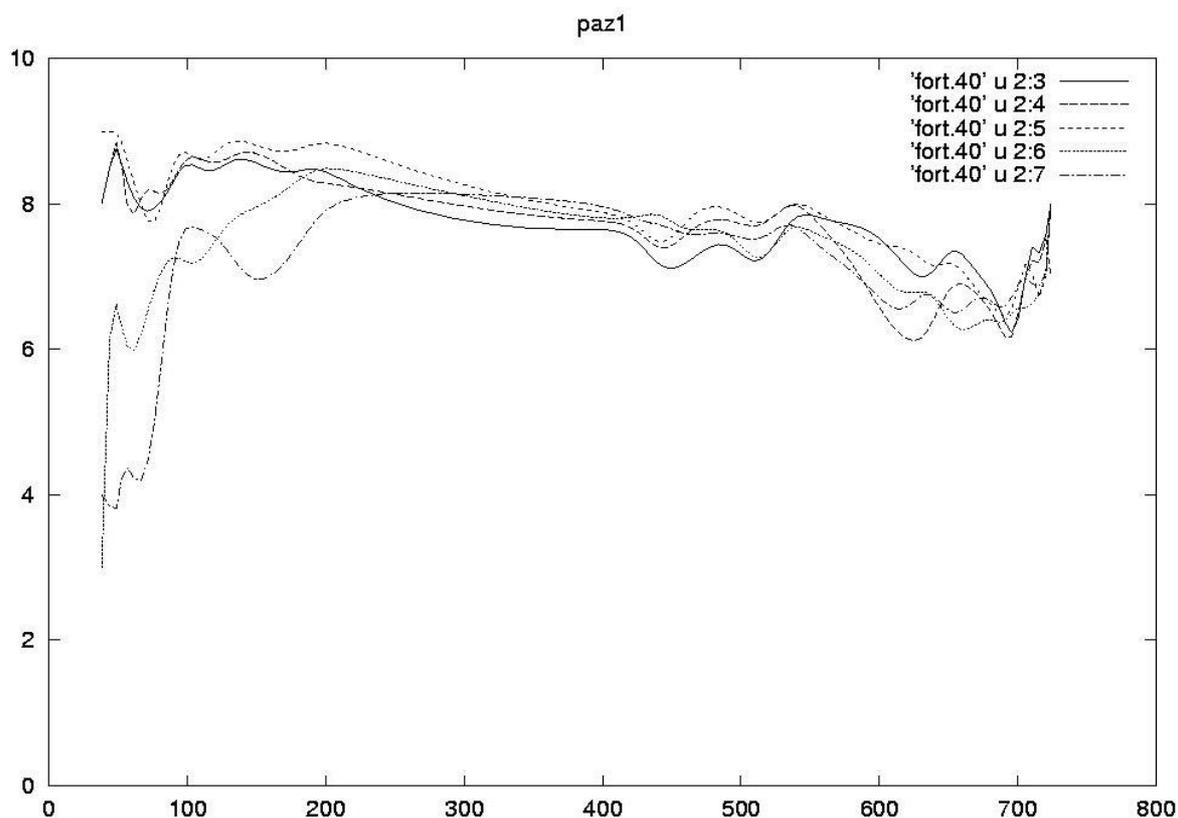




**Osserviamo il diagramma che segue:** esso contiene le stesse informazioni del precedente, ma estese all'intero periodo dei due anni in cui è stata fatta la ricerca; le informazioni corrispondenti, nel diagramma sottostante, si trovano sulla destra oltre il 400. Come potete vedere c'è stato un rapido incremento nei primi duecento giorni, sei mesi circa, una omogenea distribuzione per circa un anno e poi un incremento rapido dei conflitti con forte crisi. Il benessere è tornato nella primavera del 2004. Con questo diagramma è possibile ad esempio vedere le due variabili che hanno reso positivo il gradiente di cambiamento; è chiaro che se avessimo calcolato il gradiente di cambiamento sui due anni avremmo avuto un certo indice, sui primi sei mesi, altri indici, e così via. Questo per segnalare come sia utile visualizzare tutto il processo riabilitativo, altrimenti si può facilmente cadere in errori, come pure quanto sia utile avere una serie di indicatori che possono avere una funzione critica l'uno per l'altro.

Praticamente abbiamo notato che in quasi tutti i pazienti si ha un incremento positivo, più o meno intenso e per la durata di alcuni mesi, all'ingresso in comunità. Segue un periodo di stasi per adattarsi poi ad un livello lievemente più basso. L'ipotesi che noi abbiamo fatto è che l'intervento riabilitativo permette al paziente di

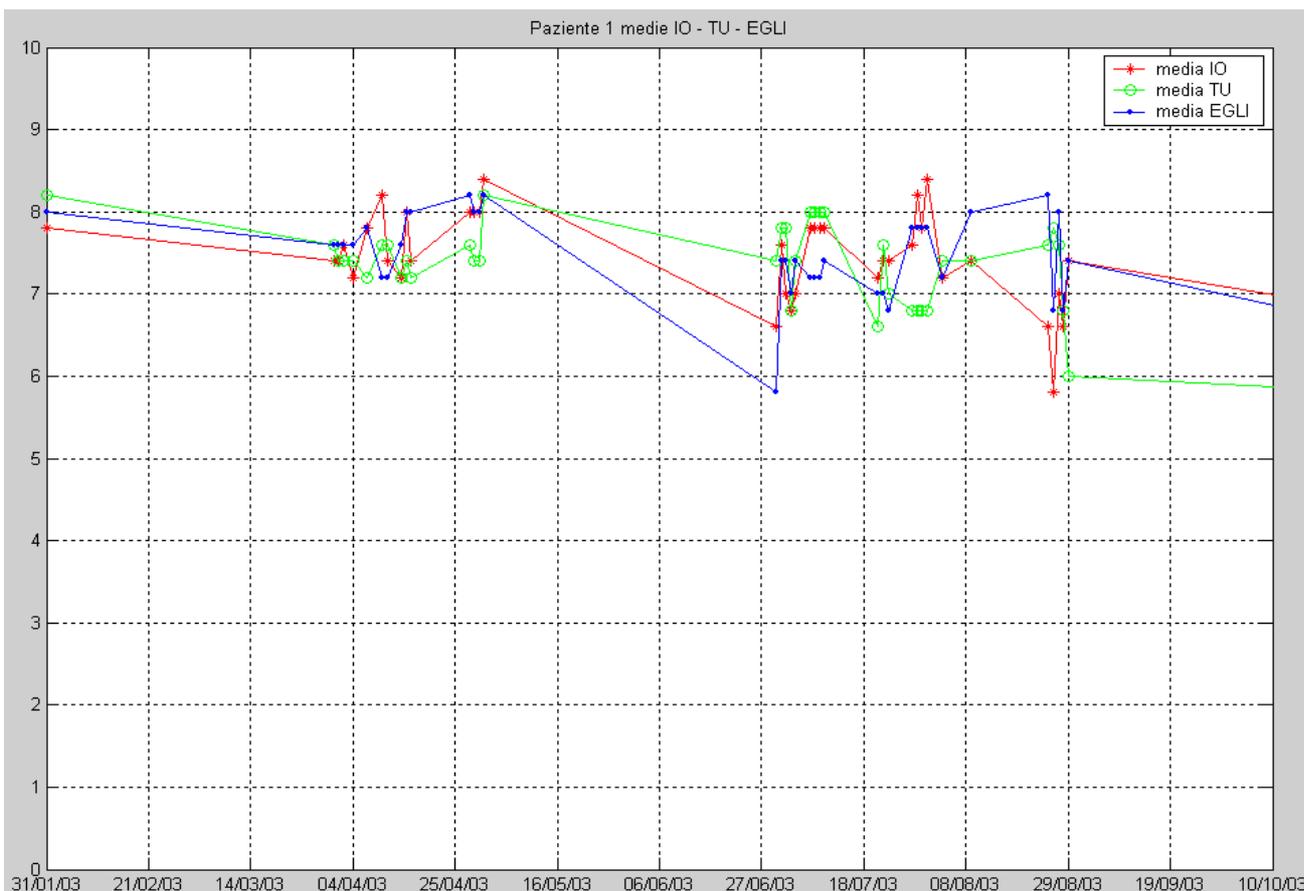
esprimere il massimo bilanciato del suo potenziale entro i 18 mesi dall'ingresso in comunità, dopo di che si ha un assestamento con possibile decadimento, legato pensiamo alla mancanza di prospettive, oppure un aumento dei conflitti, legati al desiderio di un ritorno più o meno realistico ai progetti del passato con una grande sofferenza nella ricerca di un nuovo modo di esistere.



**Nell'ultimo diagramma**, ottenuto con Access, vengono visualizzate le tre medie Io – Tu – Egli. Apparentemente il processo può apparire come un lento declino, in realtà, esso rappresenta la comparsa di tensioni interne. Al di là infatti dei periodi in cui non sono state fatte le schede – e lo si nota dai tratti rettilinei – per carenza di personale (ferie, malattie, sostituzioni) o per assenza del paziente, si può notare un'alta dinamica tra le tre variabili, espressione di conflittualità (clinicamente confermata dai resoconti scritti) nelle dinamiche interne del paziente. Se questa conflittualità abbassa da un lato la qualità delle performances, dall'altro spinge verso la ricerca di un modo di vivere adeguato a quelle esigenze realistiche che il processo riabilitativo sta consolidando.

Inoltre, se guardiamo bene, la linea verde dell'Egli, che all'inizio dell'anno era superiore, anche se di poco, al valore della linea rossa dell'Io, alla fine si trova sotto;

l'ipotesi fatta precedentemente viene confermata. E' bene ricordare che la validità di queste misurazione sgorga sia dalla coerenza interna al modello, derivata dall'alta correlazione tra variabili e sottogruppi di variabili somiglianti, sia dalla comparazione con i resoconti narrativi redatti nella cartella clinica. Come i dati clinici da soli hanno confermato la loro facile manipolazione, così le informazioni quantitative, prese da sole, possono prestarsi ad interpretazioni erranee.



## 11 – Conclusioni

Il metodo che noi proponiamo fa parte della scienza semplice, umile nella sua compilazione; esso richiede continuità e costanza nella raccolta dei dati e particolare attenzione nella scelta dei modelli che presiedono alla selezione e alla comparazione delle informazioni. Per fare questo è necessario un gruppo di lavoro affiatato e motivato alla comprensione dell'evoluzione del paziente in carico, ma anche desideroso di appagare il proprio bisogno di conoscenza.

*Lecco, 8 settembre 2004*