

## **VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E DECORSI RIABILITATIVI**

Uno studio su 195 pazienti in trattamento residenziale e semi-residenziale.

Giandomenico Montinari (<sup>1</sup>)

Scuola di Psicoterapia Istituzionale (Genova)

*Riassunto: sono stati sottoposti all'E.N.B. (Esame Neuropsicologico Breve) 195 pazienti, di cui 150 residenti in Comunità terapeutiche, 14 ospiti di residenze protette per insufficienti mentali, 21 ricoverati in Reparto Psichiatrico, 10 frequentanti un Centro Diurno pubblico. La popolazione in oggetto è risultata differenziarsi dalla popolazione normale: in otto prove il decadimento restava tra il 9% e il 31%, mentre in quattro andava dal 38% al 119%. Il decadimento in tali quattro prove è apparso correlato al bisogno di residenzialità protetta e prolungata (ricovero ospedaliero o comunità). Al contrario, risultati vicini al normale o comunque meno gravemente deficitari nelle stesse prove sono apparsi correlati a un bisogno di residenzialità di breve durata o di semiresidenzialità (centro diurno). Vengono proposte alcune ipotesi esplicative.*

*Summary: 195 patients, of whom 150 reside in therapeutic Communities, 14 in protected homes because of insufficient mental health, 21 are inmates in the psychiatric ward and 10 attend a public day-centre, have been subjected to the E.N.B. ("Esame Neuropsicologico Breve")<sup>2</sup>. The population being tested appeared to differentiate from normal population: in 8 of the tests the decline remained between 9% and 31%, while in 4 tests it went from 38% to 119%. The decline in those 4 tests appeared to be correlated to the need for a lengthy stay in a protected environment (a hospital or community). On the contrary, nearly normal results or a less serious deficiency appeared to be correlated to a need for short-term stays or partial stays (day-centres). Some explanatory hypotheses are proposed.*

La ricerca oggetto di questo lavoro è nata con l'intenzione di eseguire una valutazione preliminare del funzionamento neuropsicologico di una popolazione di pazienti ospiti di un gruppo di comunità terapeutiche.

Le finalità erano, anzitutto, definire meglio e quantificare l'entità del ridotto funzionamento neuropsicologico complessivo di questa particolare popolazione psichiatrica; in secondo luogo individuare se esistevano o meno aree di funzionamento particolarmente e tipicamente carenti.

Dal confronto di questi dati, oltre che con la popolazione normale, con altre popolazioni psichiatriche, si poteva pensare di circoscrivere l'insieme di carenze funzionali maggiormente collegate con tale forma di residenzialità protetta.

<sup>1</sup> con la collaborazione degli psicologi Federica Borgatta, Barbara Braito, Barbara Chiarle, Rossella Frascoli, Giulia Gasperini, Barbara Grosso, Maria Izzo, Marica Malerba, Ramona Perelli, Germana Poggio, Eleonora Ponzini, Viviana Raviolo, Alessandra Riggio, Serena Tagarelli.

<sup>2</sup> S. Mondini, D. Mapelli, A. Vestri, P.S. Bisacchi, *Esame Neuropsicologico Breve*, ed. Raffaello Cortina Editore

La prospettiva ipotizzabile a lungo termine era la possibilità di fornire a clinici e amministratori strumenti obiettivi di monitoraggio, volti sia a ottimizzare quantitativamente e qualitativamente gli inserimenti residenziali e semi-residenziali, sia a pilotare i progetti riabilitativi in base ai bisogni effettivi ed attuali degli ospiti.

La popolazione presa in considerazione era costituita dai residenti in quattro comunità psichiatriche <sup>(3)</sup>, inseriti in programmi terapeutico - riabilitativi molto affini, condotti da gruppi di operatori con formazione analoga e in contatto tra di loro.

Trattandosi di un'indagine preliminare, si è voluto anzitutto valutare le caratteristiche dei pazienti residenziali, in quanto tali, assumendo *per intero* la popolazione delle comunità considerate, con un'unica distinzione, legata al tempo di permanenza precedente l'esame, che non doveva essere inferiore ai sei mesi.

Venivano programmaticamente esclusi, come fattori di differenziazione, anzitutto i dati anagrafici (età, situazione familiare, provenienza, ecc.), come tutte le variabili cliniche, sia di tipo anamnestico, legate alla diagnosi di entrata ("Schizofrenia", "Disturbi di Personalità", "Disturbi Bipolari", "Disturbo borderline", ecc.), sia di tipo nosologico riguardanti i sintomi attuali presentati dai pazienti, sia quelle legate al comportamento in comunità. Venivano egualmente escluse, come elementi di selezione, tutte le valutazioni soggettive degli operatori, dei familiari e dei pazienti stessi.

La scelta di escludere tali variabili è stata determinata da molteplici considerazioni.

Anzitutto la scarsa correlazione osservata tra aspetti nosologici e decorsi riabilitativi, che si traduce nella frequente constatazione dell'esistenza di pazienti clinicamente asintomatici, ma socialmente disabili e, al contrario, di pazienti con sintomatologia florida, ma relativamente capaci di adattamento sociale e lavorativo.

Inoltre il basare la ricerca su criteri clinico - nosologici appariva una scelta molto precaria, anche per la frequente inaffidabilità delle diagnosi di entrata, spesso dipendenti da circostanze contingenti e comunque non confermate dall'osservazione prolungata in contesto protetto.

Nell'osservazione longitudinale, resa possibile dalla protratta convivenza comunitaria si constata una forte "volatilità" dei singoli sintomi e comportamenti anomali, che appaiono evidentemente legati, più che a condizioni intrinseche o a episodicità di natura endogena, a situazioni contestuali e ambientali improprie o perturbate, precedenti e/o attuali. Nella storia di tutti i pazienti in oggetto, infatti, i quadri clinici riportati apparivano amplificati o, al contrario, mascherati da relazioni familiari non protette, da diagnosi discutibili, da progetti riabilitativi inadeguati (per eccesso o per difetto di stimolazione o di protezione), da cambi inopinati di terapia per mancato riconoscimento dei reali bisogni del paziente, e, non ultimo, da scelte di natura non clinica, ma rispondenti piuttosto a esigenze organizzative o amministrative da parte di servizi psichiatrici o di familiari stessi.

L'inserimento in comunità, al contrario, aveva comportato nei pazienti in oggetto una forte attenuazione di gran parte delle evidenze cliniche, al punto da rendere problematica, solo sulla base dell'osservazione attuale, una conferma della diagnosi di entrata. Remissione, tuttavia, che sappiamo strettamente legata alla residenzialità stessa e anch'essa "volatile", in quanto, per lo più, destinata a cedere nuovamente il campo ai floridi quadri psicopatologici descritti in anamnesi, solo in presenza di una semplice *prospettiva* di dimissione dalla comunità.

L'unico dato clinico certo e obiettivabile dunque, al di là di tutte le considerazioni nosologiche, anagrafiche e contestuali, appariva essere il maggiore o minore bisogno attuale di permanenza (praticamente obbligata) in comunità e la connessa, presumibile disabilità sociale, che costituivano l'unico reale denominatore comune tra i quadri clinici esaminati.

Si è deciso di non inserire pazienti che non fossero residenti in comunità da almeno sei mesi, proprio per escludere inserimenti in comunità poi rivelatisi inadeguati, in quanto dettati da scelte diverse dall'effettivo bisogno di residenzialità degli ospiti e determinati piuttosto da esigenze logistiche o ambientali.

---

<sup>3</sup> "La Conchiglia" di Monastero Bormida (AT), "La Braia" di Terzo (AL), "Villa Cicin" di Riva Ligure (IM), "S.Giorgio" di Varzi (PV)

Come strumento di indagine è stato scelto l'E.N.B., perché, nonostante alcuni limiti, è stato ritenuto sufficientemente validato e di somministrazione abbastanza agevole e rapida.

E' stato utilizzato in un primo momento l'esame Neuropsicologico Breve 1 (ENB-1) e successivamente l'ENB-2. Tale scelta è stata motivata da alcune considerazioni di natura statistica e di validità.

Nell'ENB-2 infatti il campione di riferimento è stato ampliato di 282 protocolli rispetto ai 420 dell'ENB-1, per un campione totale di 720 partecipanti di nazionalità italiana (391 femmine e 309 maschi) selezionati tra familiari, conoscenti e soggetti sperimentalisti di tesi di ricerca presso l'Università degli studi di Padova, suddivisi in otto fasce di età. E' presente validità di costrutto e differenziale.

La seconda versione consente di calcolare un punteggio globale di funzionamento cognitivo e la significatività della variazione dei punteggi a due somministrazione successive.

L'ENB- 2 può essere descritto come una batteria testistica di *screening* finalizzata alla valutazione neuropsicologica di soggetti adulti (età compresa tra i 15 ed i 96 anni). Consente di ottenere, in modo rapido ed agevole, un quadro dell'efficienza cognitiva del paziente evidenziandone le funzioni conservative/integre e compromesse.

La prospettiva teorica di partenza si basa su una visione multi - componenziale del paziente considerato non soltanto dal punto di vista strettamente neuropsicologico ma anche psicologico.

Sostanzialmente il test è articolato in tre parti:

- Anamnesi Neuropsicologica, Medica, Psicologica e Cognitiva
  - Colloquio con il paziente e familiari
  - Somministrazione prove cognitive e sintesi dei dati
- L'anamnesi permette di raccogliere quanti più dati possibili sulla "storia" del paziente, informazioni in genere ottenute, in primis, dal colloquio con il paziente stesso, durante il quale è inoltre possibile valutare la capacità di comprensione verbale, la motivazione al test e Digit Span- Obiettivo: valutazione della capacità della memoria a breve termine stabilire un dialogo e una prima relazione con quest'ultimo.

Il colloquio con i familiari consente di verificare le informazioni fornite dal paziente oltre che stabilire un'alleanza di lavoro.

I tempo di somministrazione è generalmente veloce (circa un'ora).

- Trail Making Test-A. Obiettivo: valutazione della capacità di ricerca visuo-spatiale, attenzione selettiva e velocità psicomotoria
- Trail Making Test-B. Obiettivo: valutazione della velocità psicomotoria, velocità di ricerca visuo-spatiale, memoria di lavoro, attenzione selettiva, divisa e alternata.
- Copia di Disegno. Obiettivo: valutazione delle abilità di copia di figura complessa ma familiare
- Memoria con Interferenza. Obiettivo: valutazione della capacità della memoria di lavoro
- Test di Astrazione. Obiettivo: valutazione della capacità di ragionamento logico e di astrazione di concetti
- Test dei Gettoni. Obiettivo: valutazione della capacità di eseguire ordini verbali
- Test di Memoria di Prosa. Rievocazione immediata. Obiettivo: valutazione della capacità della memoria a lungo termine ma anche integrazione delle informazioni e pianificazione
- Test di Memoria di Prosa. Rievocazione differita. Obiettivo: valutazione della Memoria a Lungo Termine
- Test delle Figure Aggrovigilate. Obiettivo: valutazione della capacità di riconoscimento visivo, capacità di auto-monitoraggio, ricerca spaziale, difficoltà esecutive e di denominazione
- Disegno Spontaneo. Obiettivo: valutazione capacità prassiche e di accesso alla rappresentazione visiva
- Test di Fluenza Fonemica. Obiettivo: valutazione delle abilità di accesso e recupero lessicale e di organizzazione di un'adeguata strategia di ricerca.
- Test delle Stime Cognitive. Obiettivo: valutazione della capacità di critica e di valutazione rispetto alle conoscenze del mondo.
- Prove Prassiche. Obiettivo: valutazione della capacità di compiere gesti con e senza significato
- Test dell'Orologio. Obiettivo: valutazione delle abilità prassiche, di rappresentazione mentale, di pianificazione e capacità logica di segnalazione del tempo.

Nella nostra ricerca, sono state sottoposte al test 150 persone residenti in comunità e 45 utenti di Centro Diurno pubblico, SPDC, residenze per insufficienti mentali. La somministrazione è stata curata dagli psicologi stessi che seguivano i pazienti all'interno delle rispettive comunità.

Tutti i pazienti considerati erano in trattamento psicofarmacologico con neurolettici e, per lo più, anche con stabilizzatori, antidepressivi e ansiolitici.

Tutti i 150 pazienti residenti in comunità terapeutica e in residenze per insufficienti mentali, la cui età media era 42.4 anni (dev. std. 12.7), erano inseriti da anni in programmi terapeutico - riabilitativi costituiti da colloqui regolari a valenza psicoterapeutica, attività socio-terapeutiche di vario tipo, attività espressive, motorie, ergoterapiche, interne e, quando possibile, esterne alle strutture di residenza.

I tempi di permanenza precedenti il test variavano da dieci anni a sei mesi.

Il confronto statistico fra le varie popolazioni di pazienti è stato effettuato tramite il test dell'analisi della varianza ("ANOVA") a una via. Solo dodici prove sul gruppo di sedici che compongono originariamente l'ENB sono stati prese in considerazione: le restanti quattro ("Gettoni", "Copia di disegno", "Disegno spontaneo" e "Prove prassiche") sono state escluse dall'indagine statistica per uno o ambedue i seguenti motivi:

1. L'intervallo dei punteggi previsto dal test è troppo ristretto per differenziare i pazienti in modo sufficientemente accurato
2. Nello svolgimento della prova era predominante l'aspetto qualitativo, cioè il modo in cui il paziente eseguiva la prova, rispetto a quello quantitativo, cioè il punteggio ottenuto.

L'indagine è stata quindi realizzata per le dodici prove dell'ENB scelte ed è stata suddivisa in due parti:

1. Confronto statistico tra i pazienti delle comunità e la popolazione "normale"
2. Confronto statistico, per ciascuna prova dell'ENB, tra i pazienti di altre popolazioni, descritte in dettaglio più avanti.

### **Confronto tra i pazienti delle comunità e la popolazione "normale"**

Il primo aspetto dell'analisi si concentra nel determinare se le prove dell'ENB permettano di differenziare i pazienti delle comunità da un campione di popolazione normale, che non risulta affatto da patologie significative. Tale campione è stato estratto dal libro dell'ENB. La tabella sottostante riporta, per tutte le prove dell'ENB prese in esame, la risposta alla seguente domanda:

*C'è, per le varie prove dell'ENB, differenza statisticamente significativa tra il gruppo dei pazienti delle comunità e il campione di popolazione normale?*

E' riportata la risposta sintetica ("SI" o "NO") per ogni prova e per i due gruppi confrontati. Un segno + o - indica che la risultato della prova nel primo termine di paragone è rispettivamente superiore o inferiore al risultato secondo termine<sup>4</sup>. Ad esempio, un "SI -" per il test Digit Span significa che per quella prova

<sup>4</sup> **Prestazione inferiore implica punteggio** (cioè risultato numerico) **inferiore**, tranne che per i due Trail Making Test, TMT A e TMT B. Per questi ultimi il risultato numerico è il tempo di esecuzione della prova, **perciò a prestazione migliore corrispondono tempi inferiori**.

- Il gruppo dei pazienti delle comunità** (primo termine di paragone) **presenta differenza statisticamente significativa rispetto alla popolazione normale** (secondo termine di paragone)
- La media dei punteggi ottenuti dal gruppo di pazienti delle comunità è inferiore alla media dei punteggi ottenuti dalla popolazione normale.**

<b>Test ENB</b>	<b>Esiste differenza statisticamente significativa fra il gruppo dei pazienti delle comunità e la popolazione normale?</b>	<b>Decadimento percentuale tra comunità e pop. norm.</b>
Digit span	SI -	10
Astrazione	SI -	9
Stime cognitive	SI -	16
Test dell'orologio	SI -	17
Memoria con interferenza (10 s)	SI -	15
Memoria di prosa immediata	SI -	31
Memoria con interferenza (30 s)	SI -	17
Memoria di prosa differita	SI -	31
Fluenza fonemica	SI -	38
Figure aggrovigliate	SI -	40
Trail Making Test A <sup>5</sup>	SI -	57
Trail Making Test B5	SI -	119

*Tabella 1- Confronto statistico e numerico fra i pazienti delle comunità e la popolazione "normale"*

La tabella di cui sopra permette di giungere ad una medesima conclusione per tutte le prove dell'ENB sottoposte a verifica:

- La differenza tra pazienti delle comunità e la popolazione normale è statisticamente significativa
- Le prestazioni riscontrate nei pazienti delle comunità sono sempre inferiori a quelle del campione di popolazione normale.

Una volta stabilito che *complessivamente* la popolazione in oggetto si differenziava dalla popolazione normale, si poté passare alla seconda parte dell'indagine: quali sono le prove in cui la popolazione esaminata si differenzia *di più*, rispetto al normale?

Trattandosi di valori non confrontabili, si è calcolata la percentuale di decadimento per ogni singola prova, tra la nostra popolazione e la popolazione normale.

Si è così constatato che in otto prove il decadimento restava tra il 9% e il 31%, mentre in quattro andava dal 38% al 119%

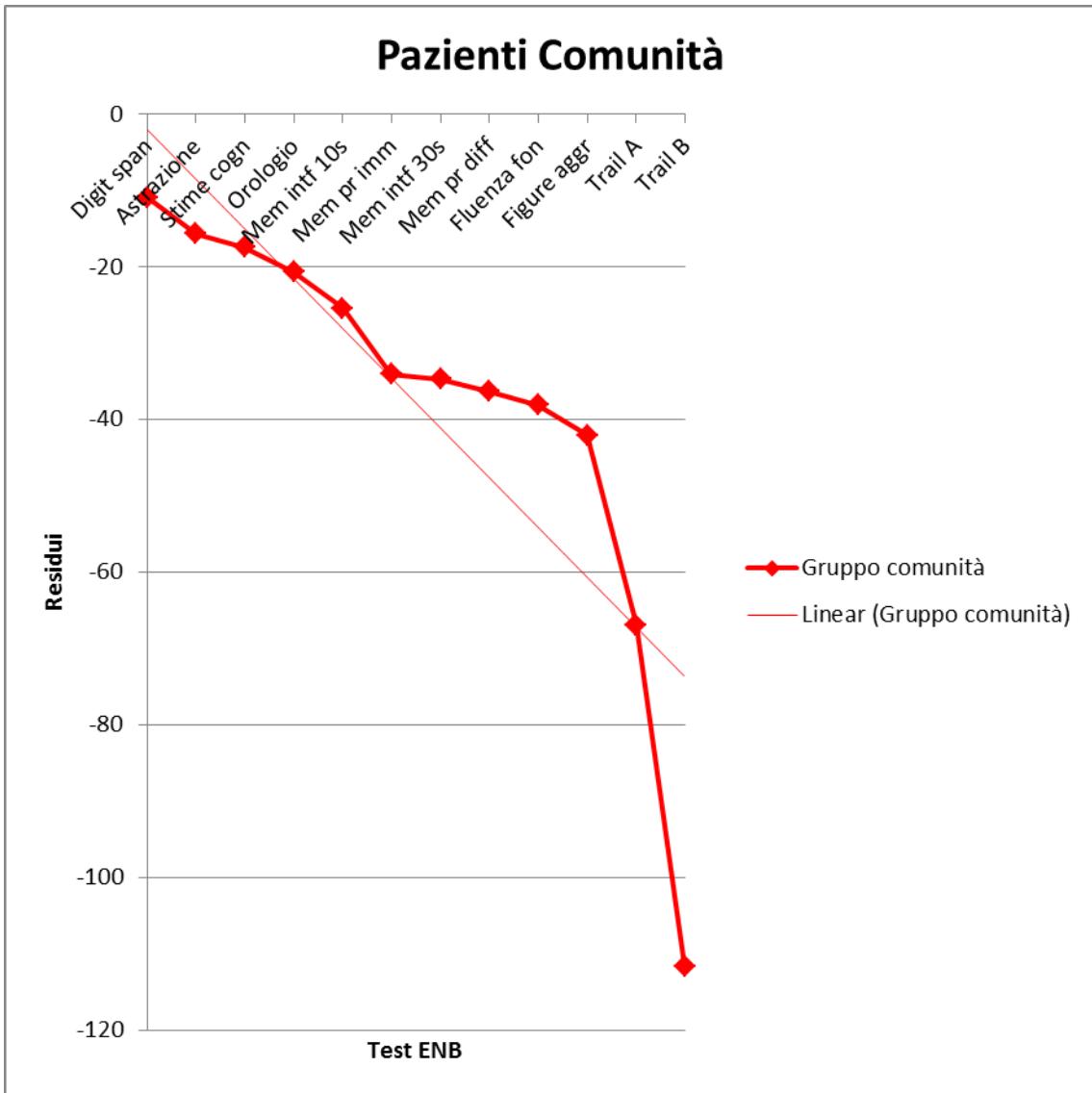
Mettendo in sequenza i dati in base al grado di scostamento dal normale, si è tracciato un profilo, che si può considerare *tipico* di questa popolazione.

Come si vede, lo scostamento della nostra popolazione è statisticamente significativo ma modesto nelle prime quattro prove, più evidente nelle seconde quattro prove, molto evidente nelle ultime quattro prove.

---

<sup>5</sup> Solo per i due test Trail Making Test A e B a punteggio maggiore corrisponde prestazione peggiore, dunque le differenze sono espresse con la stessa formula usata per le altre prove, solo col segno cambiato.

Per visualizzare tale situazione, si è costruito un grafico che consideriamo tipico:



### Confronti con altre popolazioni

A. Confronti esterni. Si è dato vita a una serie di confronti tra questi dati, assunti come tipici della nostra popolazione e i dati di altre popolazioni.

Alcune clinicamente affini, ma **esterne** al nostro campione.

E' stato preso in considerazione un gruppo di 10 pazienti frequentanti un centro diurno pubblico <sup>(6)</sup>, scelti a caso tra quelli che frequentavano più assiduamente. Età media 44.7, dev std. 8.7. La patologia presentata dai pazienti era qualitativamente sovrapponibile a quella dei pazienti di comunità, con sintomi in alcuni casi meno evidenti, in altri casi più evidenti, presumibilmente in funzione della minore protezione di cui usufruivano e la maggiore esposizione a dinamiche familiari tendenzialmente destabilizzanti. Erano però, di fatto, pazienti dotati di maggiore autonomia, dato che tutti si recavano al Centro Diurno

<sup>6</sup> dell'ASL4 di Chiavari (GE)

autonomamente ed erano in grado di muoversi per la città e svolgere piccole mansioni di vario tipo.

Poi è stato sottoposto al test un gruppo di 21 pazienti ricoverati in reparto psichiatrico (<sup>7</sup>), tutti con problemi di acuzie o comunque di scompenso e di grave (seppure contingente) disabilità psicosociale. Età media 43.2, dev. std. 13.7.

Il terzo gruppo considerato era composto da 14 pazienti affetti da insufficienza mentale e anche, pressoché tutti, da psicosi, residenti in RSA per disabili. I pazienti sono stati scelti in maniera casuale, tra quelli in grado di sottoporsi al test. Età media 37.6. dev. std. 11.8.

B. Confronti interni alla nostra popolazione. Sono stati selezionati alcuni sotto-gruppi con caratteristiche che li differenziavano dagli altri.

La distinzione non è stata fatta, per gli stessi motivi su esposti, con criteri clinici (cioè sulla base della presenza maggiore o minore di certi sintomi, tipo deliri, ansia, ecc.), e neanche in base a valutazioni soggettive dei pazienti stessi, dei loro famigliari o degli stessi curanti della Comunità. Il miglioramento dei pazienti in questi casi è quasi sempre evidente e indiscutibile, ma è, come i sintomi, *volatile*, cioè non sempre persistente dopo la dimissione.

Si sono dovuti cercare dei criteri più affidabili, di tipo riabilitativo, ritenuti più obiettivi, perché basati sulla tolleranza all'esposizione all'ambiente esterno, presente in alcuni dei pazienti del campione più che in altri.

Il carattere di *obiettività* deriva dal fatto che la proposta di una maggiore esposizione viene fatta a tutti i pazienti delle comunità oggetto della ricerca e, se accolta, avviata col supporto dei curanti. Sono solo alcuni, però, i pazienti che perseverano effettivamente e in maniera progressivamente più autonoma nelle attività avviate, senza dare segni di sovrastimolazione (ansia, irrequietezza, riattivazione di vecchi sintomi sopiti, come persecutorietà, intolleranza alle regole e simili.)

All'interno della popolazione sono stati dunque confrontati col profilo complessivo i profili individuali o di gruppo di pazienti che hanno seguito *percorsi differenti*.

Si sono così individuati due gruppi di pazienti: uno di 21 pazienti che a distanza di uno o due anni dalla somministrazione del Test sono stati dimessi dalla Comunità e inviati alcuni (pochi) direttamente al loro domicilio, altri in comunità a minore protezione o in soluzioni residenziali c.d. "leggere", tipo gruppi - appartamento, CAUP, e simili. Età media 40.8 sta dev 10.4.

Il secondo gruppo era costituito da 13 pazienti che, pur risiedendo ancora in Comunità, erano in gradi di usufruire di maggiore autonomia all'esterno di essa, svolgendo mansioni di volontariato, borse-lavoro remunerate, corsi di qualificazione esterni o andavano più frequentemente a casa. Età media 42.8 sta dev 8.3.

Nei confronti con queste altre popolazioni, quindi, si usa come termine di paragone il gruppo dei pazienti delle comunità, e ci si chiede *se i risultati dei test presentino differenza statisticamente significativa tra il gruppo complessivo dei pazienti delle comunità e gli altri gruppi di pazienti.*

La tabella sottostante riporta, per tutti i test dell'ENB presi in esame, la risposta alla seguente domanda:

*C'è, per i vari test dell'ENB, differenza statisticamente significativa tra il gruppo preso in esame e il gruppo dei pazienti delle comunità?*

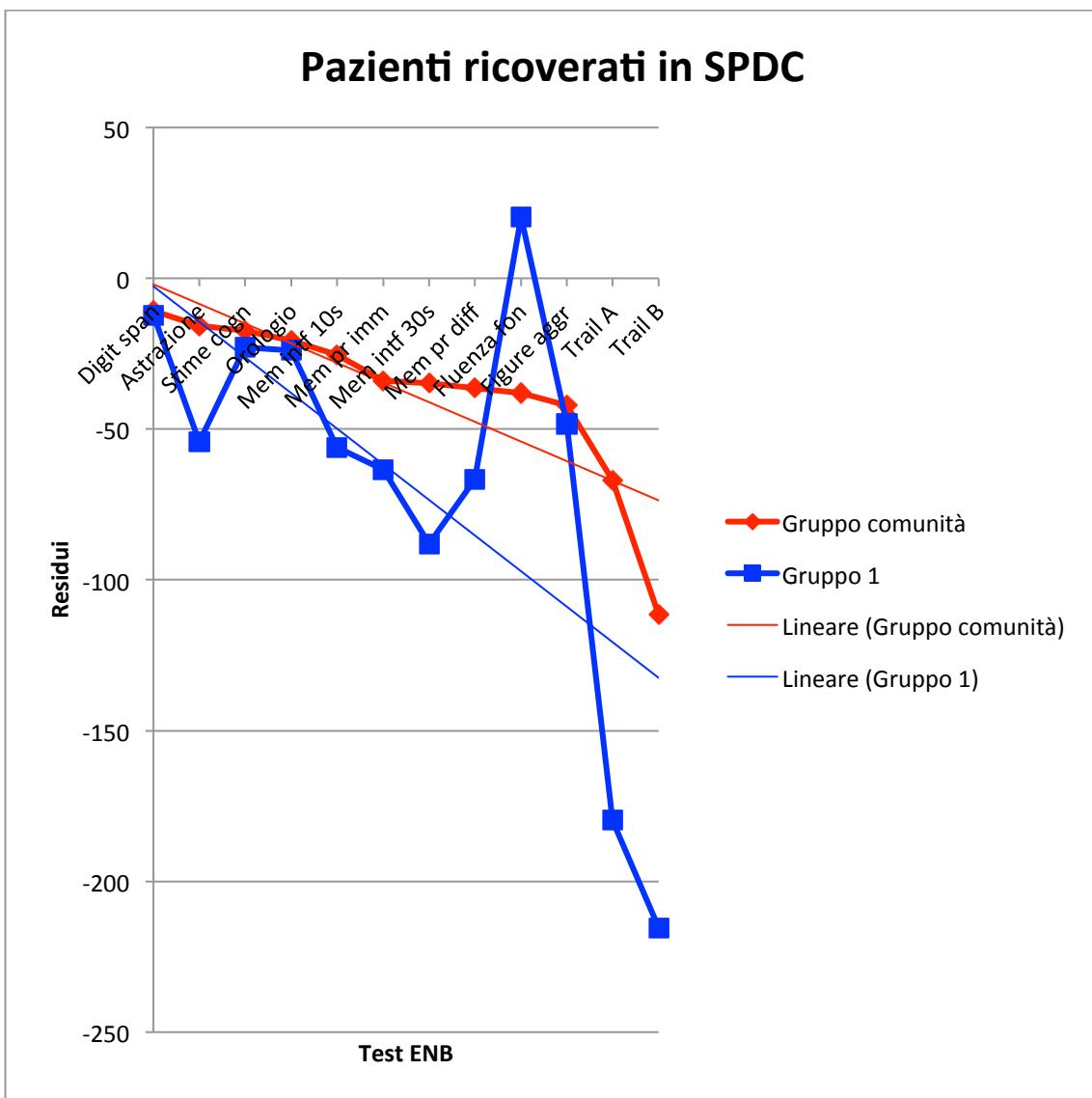
E' riportata la risposta sintetica ("SI" o "NO") per ogni test e per ognuno dei quattro gruppi confrontati. Anche in questa tabella è presente il segno + o - con lo stesso significato del paragrafo precedente.

---

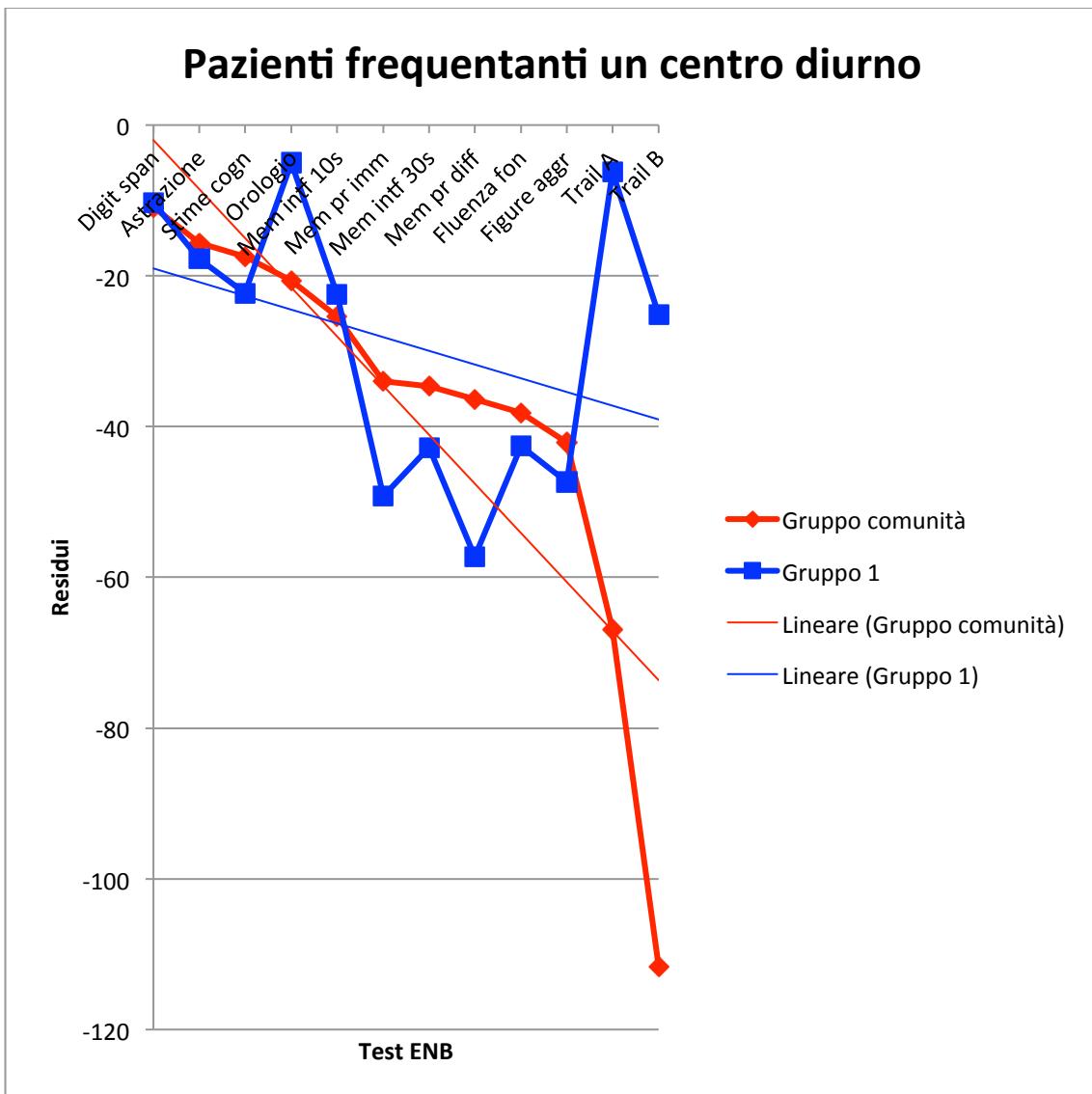
<sup>7</sup> SPDC di Reggio Calabria

Test ENB	Esiste differenza statisticamente significativa fra il gruppo dei pazienti delle comunità e...				
	...i pazienti di SPDC?	...i pazienti di centro diurno?	...i pazienti insufficienti mentali?	...i pazienti dimessi?	...i pazienti con attività esterne?
Digit span	NO +	NO -	SI +	NO -	NO +
Astrazione	SI +	NO +	SI +	NO -	NO +
Stime cognitive	NO +	NO +	SI +	NO -	NO -
Test dell'orologio	NO +	NO -	SI +	NO -	NO -
Memoria con interferenza (10 s)	SI +	NO -	NO +	NO -	NO +
Memoria di prosa immediata	SI +	NO +	SI +	NO -	NO -
Memoria con interferenza (30 s)	SI +	NO +	NO +	NO -	NO +
Memoria di prosa differita	SI +	SI +	SI +	NO -	NO -
Fluenza fonemica	SI -	NO +	SI +	NO -	NO -
Figure aggrovigilate	NO +	NO +	SI +	SI -	NO -
Trail Making Test A	SI +	NO -	SI +	NO -	NO -
Trail Making Test B	SI +	SI -	SI +	SI -	NO -

Tabella 2 - Confronto statistico fra il gruppo dei pazienti delle comunità e gli altri sottogruppi. Si veda il testo per la descrizione di contenuti e simbologia.

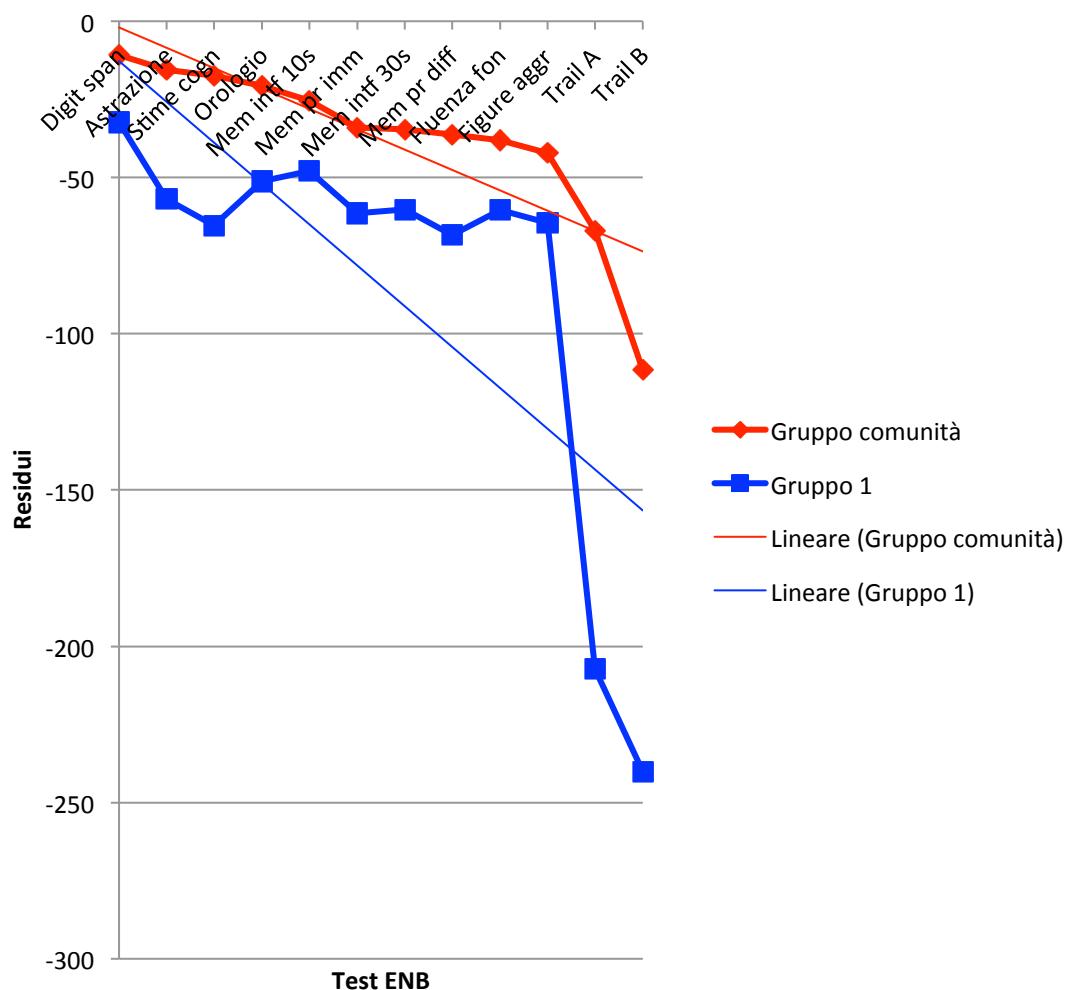


2. Pazienti frequentanti un Centro Diurno di una ASL (totale: 10 pazienti)

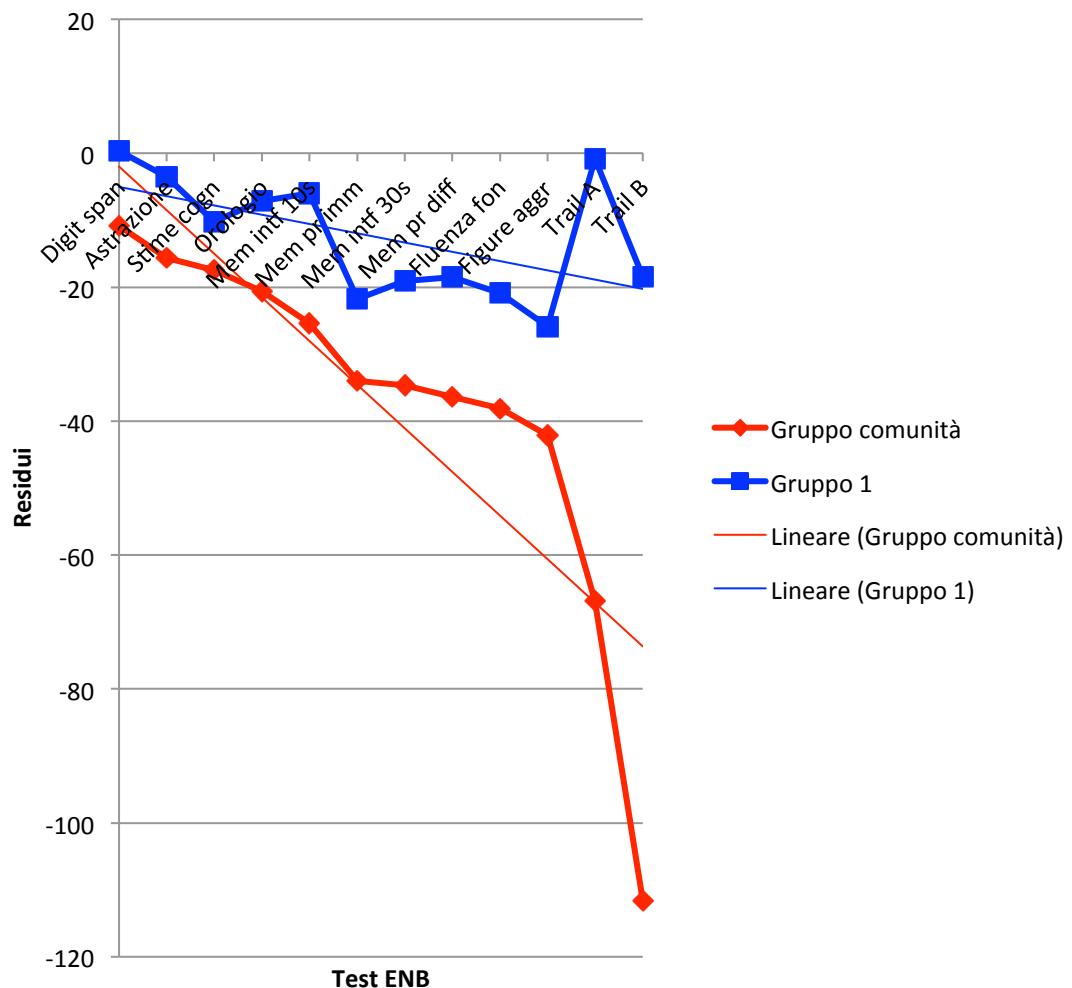


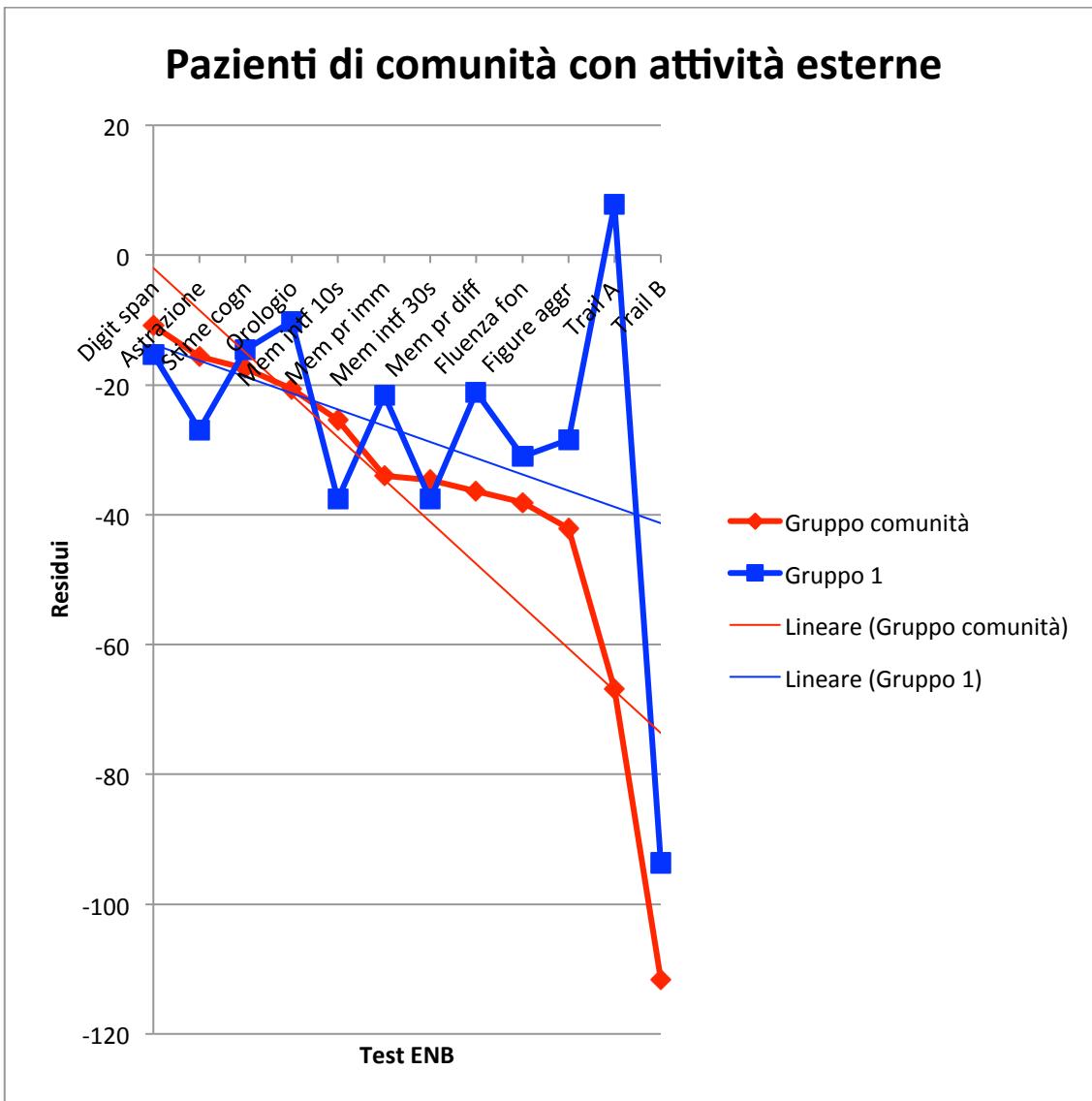
3. Pazienti residenti in RSA per insufficienti mentali (totale: 14 pazienti);

## Pazienti insufficienti mentali



## Pazienti successivamente dimessi





## Considerazioni

Come si vede i cinque gruppi esaminati hanno profili diversi da quello considerato base.

- Il gruppo di pazienti di SPDC (v. tab. 1) mostra un divario rispetto al normale più accentuato rispetto ai pazienti di comunità, con un profilo simile, ma complessivamente più basso.
- Il gruppo del centro diurno (v. tab. 2) mostra uno scostamento dal normale meno accentuato rispetto ai pazienti di comunità, con un profilo più irregolare (dato il basso numero di soggetti esaminati), ma chiaramente *più alto*.
- Il gruppo di insufficienti mentali ospitati in residenza protetta (v. tab. 3) mostra, come il primo gruppo, un forte divario rispetto al normale, che riguarda, più marcatamente rispetto agli altri gruppi, le prime otto prove.

- Il gruppo dei pazienti successivamente dimessi (v. tab. 4) mostra uno scostamento modesto rispetto al normale, con risultati complessivamente superiori alla media dei pazienti comunità e soprattutto con un profilo *poco descendente* o quasi orizzontale.
- Il gruppo dei pazienti residenti in comunità ma più autonomi (v. tab. 5) mostra un profilo simile al precedente, ma più vicino a quello del gruppo base e quindi *più descendente*.

Considerando scontato il fatto che i pazienti di SPDC (in stato di acuzie e sotto trattamento intensivo con psicofarmaci) e quelli insufficienti mentali abbiano dati complessivamente più bassi del gruppo base, il dato più degno di nota è la corrispondenza netta che esiste tra il grado di scostamento nelle ultime quattro prove e il bisogno di residenzialità protetta: massima nel gruppo dell'SPDC e della residenza per insufficienti mentali, minore nei pazienti dimessi o frequentanti il Centro Diurno, intermedia nella comunità.

Quindi, stando ai dati in nostro possesso, è lecito affermare che quanto più il profilo del singolo paziente è "descendente" rispetto al profilo del gruppo base, più è presumibile che il bisogno di residenzialità, almeno al momento della somministrazione del test, sia marcato.

Al contrario un profilo (di singolo paziente) "ascendente" induce a pensare che il bisogno di residenzialità sia contingente o legato ad altri fattori e comunque tale da autorizzare una previsione più favorevole, almeno per quanto riguarda la necessità di residenzialità protetta.

Un dato interessante è quello relativo alla *modificabilità* dei profili nel tempo, che sarà esplorata più direttamente in ulteriori ricerche.

Molti profili si modificano poco col passare del tempo, per cui, a distanza di uno - due - tre anni i dati del singolo paziente sono praticamente sovrapponibili a quelli della precedente somministrazione.

Altri profili si modificano: alcuni profili peggiorano e altri migliorano.

Non è stato ancora effettuato uno studio sistematico di tali evoluzioni e delle implicazioni cliniche che comportano, ma si può dire che i profili considerati peggiorati (cioè più "descendenti") sono sempre correlati con la scelta (di fatto) dei pazienti di continuare a rimanere in condizione residenziale protetta, mentre i profili considerati migliorati (cioè più "ascendenti") indicano, in prospettiva, un orientamento del paziente ad uscire dalla comunità

Fermo restando che la popolazione psichiatrica da noi studiata si differenzia dalla popolazione "normale" per una minore efficienza neuropsicologica, ma le differenze rilevate, per quanto statisticamente significative, non sono tali da richiedere una residenzialità protetta, a meno che non siano fortemente compromesse le funzioni esplorate dalle quattro prove su esposte (fluenza fonemica, figure aggrovigliate, TMTA, TMTB).

Sembra lecito affermare che le funzioni esplorate nei dodici item del test concorrono in maniera differenziale e progressiva a creare una specifica disabilità, che sottende il bisogno del paziente di vivere in ambiente più o meno protetto.

Sembra evidente che tali quattro prove, più delle altre, esplorino in maniera specifica quelle funzioni la cui carenza crea il bisogno di residenzialità protetta o di ricovero ospedaliero.

I motivi per cui questo succede richiederebbero un'indagine molto più sottile e particolareggiata della presente, che si pone solo l'obiettivo di definire a grandi linee l'ambito della ricerca, traendone alcune conclusioni di tipo operativo.

Comunque analizzando più dettagliatamente i test più discriminanti, si vede che nel caso del TMTA e TMTB venga richiesto di compiere alternativamente e in rapida successione operazioni che chiamano in causa attitudini numeriche e verbali; nelle figure aggrovigliate la capacità di passare ripetutamente e in tempi brevi dalla visione complessiva di una figura indistinta a una visione parziale che lascia sullo sfondo la globalità indifferenziata, per

percepire selettivamente singole figure definite. E viceversa. Nella fluenza fonemica passare in tempi rapidi da un elemento preciso e predeterminato (una lettera) a parole che racchiudono concetti e immagini complesse e diversificate.

Sono chiaramente forme di pensiero molto diverse e, in certo senso, opposte ("digitali" e "analogiche"), che richiedono, rapidamente e in tempi reali, di essere mescolate e integrate, e subito dopo sconnesse e riconnesse.

Tutte operazioni che i pazienti compiono come i normali, ma solo in tempi più lenti, che si traducono in risultati e quindi in punteggi più bassi.

La disabilità psicosociale dei pazienti psichiatrici sarebbe quindi collegata a tale settoriale minore efficienza funzionale.

Sono indiscutibili le implicazioni teoriche e cliniche che tale constatazione racchiude, ma sarebbero necessari al riguardo studi molto più ampi e approfonditi.

Quello che sembra di poter dire, già sulla base dei dati in nostro possesso, è che una valutazione del singolo paziente con l'E.N.B., ripetuta due o tre volte a distanza di sei mesi - un anno, permette di stabilire con una discreta approssimazione se la persona in oggetto è candidata ad una residenzialità illimitata oppure ha delle *chance* di costruirsi un'esistenza più autonoma.

Tutte le riserve e le limitazioni del caso sono d'obbligo, nel senso che, come è ovvio, per supportare tale evoluzione potenzialmente positiva, sono necessari molti fattori coadiuvanti, che riguardano non solo il paziente ma anche e soprattutto il suo ambiente e i curanti, interni ed esterni alla Comunità.

Va anche specificato poi, che non si sta parlando di "guarigione" né di miglioramenti clinici e neanche di sentimento soggettivo di maggiore benessere da parte del paziente, ma solo ed esclusivamente di maggiore o minore *fitness* a vivere fuori di una residenza protetta.

Tali considerazioni possono avere conseguenze non indifferenti sulle strategie riabilitative dei singoli pazienti, con importanti ricadute di tipo gestionale e amministrativo.

## BIBLIOGRAFIA

- Mondini, S., Mapelli, G., Vestri, A., Bisacchi, P.S. *Esame Neuropsicologico Breve*, ed. Raffaello Cortina Editore, Milano 2003
- Montinari, G. *La Ricerca di indicatori di trattabilità in pazienti ospiti di strutture residenziali*. PSYCHOMEDIA, 2003, <http://www.psychomedia.it/pm/thercomm/tcmh/montinari.htm>