

## LA TERAPIA INTEGRATA:

### FORMAZIONE DEDICATA E LINEE PROGRAMMATICHE

Gianfranco Buffardi<sup>1</sup>

#### **Abstract**

*Questo lavoro è il risultato di una review dell'ampia letteratura sulla terapia integrata in salute mentale e dell'esperienza clinica e di formazione dell'autore.*

*Lo studio vuole porre l'accento sulla necessità di una formazione dedicata al tema dell'integrazione terapeutica, sull'indispensabilità di alcuni principi basilari per la creazione di una rete integrativa e sull'atteggiamento mentale che il singolo professionista dovrà acquisire per affrontare correttamente il lavoro in terapia integrata.*

*La psichiatria, la psicoterapia, la salute mentale saranno sempre più interessate in futuro a processi terapeutici integrati.*

La maggior parte dei professionisti della salute mentale concordano, oggi, sulla necessità di un'integrazione nelle cure psichiatriche; essa, oltre che stimolare uno specifico nuovo atteggiamento mentale che sta accompagnando nuovi percorsi nelle scelte terapeutiche, ha avuto il merito di superare, almeno parzialmente, l'antica contrapposizione tra cure mediche classiche (farmacologiche o nutrizionali), le cure psicologiche e le cure riabilitative.

In realtà, nonostante la fortuna del termine e il richiamo a questo principio in numerosi lavori scientifici, non possiamo affermare che vi sia assoluta

---

<sup>1</sup> Medico, Specialista in Psichiatria, abilitato in Psicologia, Psicoterapeuta, dottore in Filosofia, dottore in Bioetica, Direttore Scuola di Psicoterapia neoEsistenziale SPEs, Presidente Ist. Scienze Umane ed Esistenziali, Napoli

chiarezza su cosa si intenda per integrazione terapeutica e su come la si possa realizzare.

Questo lavoro vorrebbe puntualizzare quali siano gli aspetti dell'integrazione terapeutica che necessitano di un ulteriore chiarimento ed auspichebbe di suggerire ai lettori alcuni spunti per la realizzazione di una corretta e proficua metodologia integrativa.

Possiamo così schematizzare questioni e proposizioni in ambito di integrazione terapeutica:

- Chiarificazione semantica
  - Cosa si intende per integrazione come concetto generale?
  - Cosa si intenda per integrazione in ambito delle cure mediche.
  - Cosa si intenda per integrazione in ambito psichiatrico.
- L'integrazione delle cure in psichiatria:
  - Da dove nasce l'esigenza dell'integrazione?
  - Nell'ambito delle psicoterapie, sarà sufficiente integrare i modelli di riferimento o piuttosto si dovrà agire combinando le modalità operative di ogni approccio psicoterapeutico? differenti psicoterapie o differenti modalità operative psicoterapeutiche?
  - L'integrazione dovrebbe implicare anche ambiti non clinici (counseling, assistenza sociale, mediazione etc.)?
- Operatività dell'integrazione:
  - Procedura codificata o condizione che avviene spontaneamente?
  - Possibili strategie per una corretta integrazione.
  - I partecipanti al processo integrativo: loro funzioni.
  - Come valutare l'outcome?
- Chi può operare con l'integrazione terapeutica? Coloro che abbiano acquisito:
  - Un atteggiamento mentale versus approccio integrativo.
  - Le competenze specifiche e competenze comuni.
  - Una ermeabilità dei linguaggi.
- La formazione degli operatori
  - Patrimonio di conoscenza in ambito terapeutico ampio e condiviso.
  - Una prassi comune.
- Costante autoriflessione.

## TERAPEUTICA, OVVERO RIVOLTO A TRATTARE UNA MALATTIA

Prima di affrontare direttamente il concetto d'integrazione è opportuno spendere qualche riflessione sul concetto di terapia, o meglio, sul concetto di ciò che è target della terapia, ovvero la malattia.

La lingua inglese utilizza diversi termini per definire malattia, ciascuno di essi con un'accezione particolare. Tra le molte parole, quattro ricorrono più frequentemente, con significati complementari ma finemente diversi; esse sono:

**Disease:** malattia intesa come modello medico: un processo patologico, una deviazione da una norma biologica. Malattia oggettiva. non necessariamente accompagnata dalla esperienza soggettiva.

**Illness:** malattia intesa come il vissuto del malato: la sensazione, l'esperienza totalmente personale e soggettiva della perdita della salute. Spesso accompagnata dalla presenza della malattia "oggettiva" ma non necessariamente.

**Sickness:** malattia intesa come modalità esterna e pubblica dello stato di cattiva salute: malattia come ruolo sociale, status e negoziazione tra il soggetto malato e la società.

**Disorder:** in medicine, a disorder is a functional abnormality or disturbance. The term disorder is often considered more value-neutral and less stigmatizing than the terms disease or illness.

La necessità di utilizzare termini diversi nasce dalla complessità del concetto di malattia; ne è prova la storia della definizione di "salute" del WHO che, dopo diversi e articolati enunciati, più o meno legati allo stato dell'arte del momento, si esprime oggi così: *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."*<sup>2</sup>

Una definizione del concetto di malattia che includa le diverse accezioni all'origine di questa pluralità dei termini è: "un'alterazione dello stato fisiologico di un organismo (comprensivo eventualmente di quello psicologico) capace di ridurre o modificare negativamente le funzionalità normali, unita

---

<sup>2</sup> Constitution of the World Health Organization; in <http://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>. Il testo riporta la seguente nota: *The Constitution was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100), and entered into force on 7 April 1948. Amendments adopted by the Twenty-sixth, Twenty-ninth, Thirty-ninth and Fifty-first World Health Assemblies (resolutions WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 and WHA51.23) came into force on 3 February 1977, 20 January 1984, 11 July 1994 and 15 September 2005 respectively and are incorporated in the present text.*

al complesso delle reazioni fisiologiche che derivano dallo stato patologico. Nella definizione di malattia è fondamentale il principio della transitorietà: ogni patologia ha un termine che può essere rappresentato dalla guarigione dell'organismo, dall'adattamento dello stesso ad una diversa fisiologia (o ad una diversa condizione di vita) o dalla morte.”<sup>3</sup> Ovvero: “A disease is a particular abnormal condition that negatively affects the structure or function of part or all of an organism, and that is not due to any immediate external injury.[<sup>4</sup>] Diseases are often known to be medical conditions that are associated with specific symptoms and signs. A disease may be caused by external factors such as pathogens or by internal dysfunctions.”<sup>5</sup> La persona che soffre di una qualche forma di malattia è presente con il suo corredo di sintomi, sensazioni, emozioni in un contesto esistenziale; dalla sua “presenza” emerge:

- il complesso di anomalie psicofisiche che definiamo la sua malattia;
- un corredo di sensazioni, pensieri ed emozioni vissute che egli singolo vive come malattia;
- eventi osservabili da coloro che condividono il suo spazio esistenziale che consentono di considerarlo come sofferente di una malattia;
- l’eventualità che queste condizioni della singola persona determinino negli altri un danno, fisico, sociale, emotivo.

Questa complessità trova nella malattia psichiatrica la sua incoronazione. Potremmo dire che ogni malattia, secondo le definizioni testé riportate, ha, ad un qualche livello, un coinvolgimento psicologico e molte malattie si accompagnano a sintomi o segni frequenti in psichiatria.

In una sintesi parziale e appena sufficiente allo scopo di questo issue, sono da prendere in considerazione:

- la malattia nelle sue espressioni sintomatologiche;
- il rapporto tra malattia e persona;
- il rapporto tra persona ammalata e ambiente;
- la progressione delle fasi temporali e degli stati di benessere e di malattia;

---

<sup>3</sup> <https://it.wikipedia.org/wiki/Malattia>

<sup>4</sup> Riferimento bibliografico del sito: White, Tim (19 December 2014). "What is the Difference Between an 'Injury' and 'Disease' for Commonwealth Injury Claims?" Tindall Gask Bentley. Archived from the original on 27 October 2017. Retrieved 6 November 2017.

<sup>5</sup> <https://en.wikipedia.org/wiki/Disease>

- il rapporto degli “altri” (ai vari livelli, affetti primari, famiglia allargata, concittadini, società etc.) con la persona ammalata;
- il ruolo sociale e funzionale della persona nel succedersi dei tempi e degli stadi;
- le conseguenze su tutti gli ambiti qui riportati dell’azione delle terapie e delle cure o della loro assenza totale o parziale;
- gli esiti sociali ed esistenziali di una malattia psichica anche in termini di stigma, autostigma, stigma dei curanti etc.

Un approccio integrato dovrebbe rispondere alle esigenze di salute che emergono in tutti questi ambiti.

## CHIARIFICAZIONE SEMANTICA

*“[L]’integrazione è il processo attraverso il quale il sistema acquista e conserva un’unità strutturale e funzionale, pur mantenendo la differenziazione degli elementi: è anche il prodotto di tale processo, in termini di mantenimento dell’equilibrio interno del sistema, della cooperazione sociale, del coordinamento tra i ruoli e le istituzioni.”*<sup>6</sup>

Abbiamo riportato la definizione dell’integrazione così come viene considerata in un ambito diverso da quello clinico, l’ambito sociale, che possiamo considerare più generale rispetto a quello strettamente medico. Possiamo già individuare due elementi importanti per la nostra discussione: l’unità strutturale e funzionale da una parte e la differenziazione degli elementi dall’altra. Inoltre gli autori della “quote” richiamano già in questa definizione la necessità di un “coordinamento”. Proseguono:

*“Integrazione significa costruire fondamenta comuni [...] L’integrazione non è una semplice somma delle componenti ma il risultato di una gestione comune [...]”*<sup>7</sup>

L’integrazione ha fondamenta comuni ma non è una semplice somma di elementi.

I piani su cui l’integrazione può operare possono essere molto diversi tra loro, inerendo la sfera esistenziale del paziente, di un gruppo, una malattia, una popolazione, un tipo di trattamento etc.. In questo senso l’integrazione

<sup>6</sup> Di Giacomo P, Montalti M: *L’operatore socio-sanitario*; Maggioli Editore, 2012, Rimini, pag. 58

<sup>7</sup> Ibidem, pag. 59.

terapeutica può essere affiancata al concetto di Collaborative Care Management (CoCM), che è “[...] *a practice based system of care designed to integrate treatment for common mental health disorders (e.g. depression, anxiety) into primary care settings using principles of chronic disease management [...]*”<sup>8</sup>. *This approach uses existing pharmacologic and psychotherapeutic treatments in a new way through a team-based approach [...]*”<sup>9</sup> Il programma A.I.M.S. (Advancing Integrated Mental Health Solutions) dell’Università di Washington suggerisce che l’evidence-based collaborative care includa cinque principi fondamentali: *“patient centred team care, population-based care, measurement-based treatment to target, evidence-based care, and accountable care.”*<sup>10</sup>. Nell’integrazione terapeutica la dimensione “medicocentrata”, propria della collaborative care, è parte “integrante” dell’intervento terapeutico ma non parte esclusiva di essa. Vedremo che questa non esclusività apre uno dei problemi dell’integrazione che, a differenza della cura collaborativa, necessita della ricerca e condivisione di un linguaggio comune, fondamentalmente già implicito negli strumenti di intervento della terapia collaborativa.

La medicina collaborativa, dunque, si prende cura di tutti gli aspetti del disease e del disorder, ma non riesce ad essere altrettanto efficace nei confronti di tutti gli aspetti della sickness, l’ambito più sociale della malattia, e dell’illness, la sfera più intima ed esistenziale.

In estrema sintesi, proviamo a rispondere alle domande poste in premessa.

- Cosa si intende per integrazione come concetto generale? È una procedura in cui diverse competenze, conoscenze, culture, organizzano un’azione comune finalizzata ad uno o più outcome.
- Cosa si intende per integrazione in ambito delle cure mediche? È la risposta alla necessità di contrastare la malattia intervenendo con diverse strategie, coordinate tra loro come nella collaborative care ma includendo anche competenze non mediche; in questo senso più ampio, l’integrazione non è solo attiva versus la malattia: integrativi sono anche i procedimenti di prevenzione, primaria, secondaria e terziaria, in quanto coinvolgono diverse competenze e professionalità ai

---

<sup>8</sup> Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, Carver P, Sixta C. *Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach*. J Qual Improv. 2001;27(2):63–80 [rif. Sito].

<sup>9</sup> [https://aims.uw.edu/sites/default/files/CoCM%20with%20AI-AN%20patients\\_0.pdf](https://aims.uw.edu/sites/default/files/CoCM%20with%20AI-AN%20patients_0.pdf)

<sup>10</sup> Unützer J, Carlo AD, Collins PY: *Leveraging collaborative care to improve access to mental health care on global scale*; World Psychiatry J., 19:1, February 2020, pag. 37

vari livelli, così come integrativa è anche la riabilitazione post insulto nocicettivo. L'integrazione delle cure è un principio ormai consolidato della pratica medica in genere.

- Cosa si intende per integrazione in ambito psichiatrico? La specificità della salute mentale (concetto che fa riferimento ad un target di cura molto più ampio di quello che è il target della disciplina medica psichiatrica) implica la gestione di diversi procedimenti di terapie e cure, ed è ormai una prospettiva di lavoro e studio consolidata tra gli operatori della salute mentale, come sottolineeremo nel prossimo paragrafo; include nel suo spazio di cura gli aspetti esistenziali della malattia (e quelli esistenti del malato) e le ricadute della malattia nel mondo sociale e del rapporto con gli altri.

## **L'INTEGRAZIONE DELLE CURE IN PSICHIATRIA**

Scorrendo con sufficiente celerità la storia del concetto di integrazione in ambito psicologico e psichiatrico appare chiaro che esso sia stato inizialmente associato alla scelta di associare tra loro diversi approcci psicoterapeutici.

*“Integrative therapy is a progressive form of psychotherapy that combines different therapeutic tools and approaches to fit the needs of the individual client. With an understanding of normal human development, an integrative therapist modifies standard treatments to fill in development gaps that affect each client in different ways. By combining elements drawn from different schools of psychological theory and research, integrative therapy becomes a more flexible and inclusive approach to treatment than more traditional, singular forms of psychotherapy.”<sup>11</sup>*

Riteniamo che questa esigenza sia sorta quando ci si è resi conto che limitare l'intervento psicoterapeutico ad una rigida adesione ad un modello e ad un metodo operativo non sempre dava buoni risultati. La pratica clinica ha potuto, così, confrontarsi con percorsi non rigidamente ortodossi e con modalità eclettiche di intervento, con risultati sicuramente significativi. L'accostamento di modelli psicologici diversi tra loro ha generato, però, problemi di metodo o di interpretazione; fondamentale è risultato, e risulta

---

<sup>11</sup> <https://www.psychologytoday.com/intl/therapy-types/integrative-therapy>

ancora oggi, il problema epistemologico<sup>12</sup>, spesso ignorato o trascurato dal clinico.

*“[S]i ripropone la questione del problema epistemologico dell’integrazione, laddove si confrontano e interagiscono metodiche basate su modelli deterministici della malattia psicologica”<sup>13</sup>*

La difficoltà operativa su questa impasse epistemologica è risultata evidente nonostante la rarità di studi analitici sull’argomento.

*“[...] lavorando da tempo sulla valutazione dell’efficacia degli strumenti delle psicoterapie [,] siamo convinti che siano principalmente gli aspetti aspecifici delle metodologie di cura a raggiungere un risultato effettivo, e non le procedure terapeutiche proprie dei singoli modelli.”<sup>14</sup>*

Molti studi<sup>15,16,17,18</sup> hanno quindi accentrato l’attenzione su alcuni aspetti delle psicoterapie: *“Journal of Psychotherapy Integration primarily publishes original peer-reviewed papers consistent with five major pathways associated with psychotherapy integration:*

- *common factors (core elements to effective psychotherapy that transcend a specific orientation)*
- *technical eclecticism (application of the best treatment for a specific population and problem)*
- *theoretical integration (combining two or more theories and their associated techniques)*
- *assimilative integration (theoretical grounding in a single orientation with value added techniques drawn from other orientations)*
- *unification (meta-theoretical approaches that place theories, techniques, and principles into holistic frameworks).”<sup>19</sup>*

La prospettiva di integrare cure biologiche e cure psicologiche, non solo quindi queste ultime tra loro, è apparsa più recentemente in letteratura internazionale, preceduta da alcuni studi pionieristici, a volte con partenza

---

<sup>12</sup> Buffardi G: *Un modello non deterministico per l’integrazione: il modello esistenziale*; Rivista di Formazione Psichiatrica, (2001) ANNO XXII - N.1|2, pag. 15-32

<sup>13</sup> Buffardi G: *Bioetica quotidiana in psichiatria*; Franco Angeli Ed., Milano 2009, pag. 110.

<sup>14</sup> Ibidem, pag. 111

<sup>15</sup> Weinberger JL, Rasco C: *Empirically supported common factors*; in Hofmann SG., Weinberger JL: *The art and science of psychotherapy*. New York: Routledge. pp. 103–129; 2007.

<sup>16</sup> Wampold BE: *How important are the common factors in psychotherapy? An update*; World Psychiatry, Vol. 14, n° 3, Oct. 2015, pp. 270-277.

<sup>17</sup> Mc Aleavey, Castonguay LG: *The process of change in psychotherapy: common and unique factors*; in Gelo OCG; Pritz AI; Rieken B: *Psychotherapy research: foundations, process, and outcome*. New York: Springer. pp. 293–310; 2015.

<sup>18</sup> Buffardi G: *Efficacy, fairness and pre-eminence of non-specific factors in psychotherapy and the helping professions*. J Geriatrics and Gerontology, vol.4, n.2: 2016.

<sup>19</sup> <https://www.apa.org/pubs/journals/int/>



da una valutazione critica<sup>20, 21</sup>, e da molti studi specifici su alcuni approcci psicoterapeutici combinati con la psicofarmacoterapia<sup>22, 23</sup>; ma ha trovato rapidamente una vasta eco, anche in ambiti psicoterapeutici molto esclusivi come la psicanalisi: *“The association of psychopharmacotherapy and psychotherapy is a frequent clinical and often indispensable practice. [...] From the psychodynamic perspective, there is the advantage of facilitating the understanding of transference, i.e., the transference that is developed with the drug and the therapist can be assessed by the same professional, reducing the risk of dissociation”*<sup>24</sup>.

Il sinergismo tra farmaci e psicoterapie è un altro degli issue che è sempre più presente in letteratura internazionale; potremmo immaginare un percorso ideale che va dall’ipotesi di Kandel della capacità sia dei farmaci che della psicoterapia di modificare la struttura funzionale della mente, condizionando la memoria implicita, influenzando in tal modo stabilmente sui vissuti e sulle espressioni emotive delle persone<sup>25</sup>, alla psychotherapy as an epigenetic “drug” di Stahl<sup>26</sup>, ad una ratio iperinclusiva che non escluda le contingenze sociali e la possibilità per i singoli di accedere alle cure.<sup>27</sup>

Molta letteratura ha individuato particolari condizioni cliniche suscettibili di migliori risultati se affrontati con una combinazione di farmacoterapia e psicoterapia.<sup>28, 29</sup>

Affrontare una review di quanto sia presente in letteratura sull’argomento esula dall’obiettivo che ci siamo prefissati; i pochi accenni che abbiamo riportato riteniamo siano prova sufficiente dell’ampia discussione sul tema. Riportiamoci a quanto prospettato in premessa e proviamo a rispondere alle domande ivi poste.

---

<sup>20</sup> Rounsaville BJ, Klerman GL, Weissman MM: *Do psychotherapy and pharmacotherapy for depression conflict? Empirical evidence from a critical trial*; Archives of General Psychiatry 38:24-29, 1981.

<sup>21</sup> Elkin I, Shea MT, Watkins JT, et al: *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness and treatments*. Archives of General Psychiatry, 46:971-982, 1989

<sup>22</sup> Beck AT, Hollon SD, Young JF et al: *Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline*. Arch Gen Psychiatry 1985; 42:142-148

<sup>23</sup> Boscaino F, Buffardi G: *Sinergismo tra psicofarmaci e training autogeno*; Atti del Congresso C.I.S.S.P.A.T., Piovani ed. Padova 1986

<sup>24</sup> Lubianca Saffer P: *The challenge of psychotherapy-pharmacotherapy integration: psychodynamic aspects*; Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul vol. 29, n° 2, May/Aug 2007, in <http://dx.doi.org/10.1590/50101-81082007000200015>

<sup>25</sup> Kandel R: *A new intellectual framework for psychiatry*. Am Jour Psych, 155:457-469, 1998

<sup>26</sup> Stahl MS: *Stahl’s Essential Psychopharmacology*; Cambridge press, UK 2013

<sup>27</sup> Thornicroft G, Ahuja S, Barber S et al: *Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low income and middle-income countries*; Lancet Psych 2019;6:174-86

<sup>28</sup> Cuijpers p, Sijbrandij M, Koole SL et al: *Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis*. World Psych, 2014, 13(1):56-67

<sup>29</sup> Spijker J, van Straten A, Bockting CL et al. *Psychotherapy, antidepressant, and their combination for chronic major depressive disorder: a systematic review*; Can J Psych, 2013, 58(7):386-392

- Da dove nasce l'esigenza dell'integrazione delle cure in salute mentale? Sorta storicamente in ambito psicoterapeutico per l'avvenuta constatazione di carenze terapeutiche dei singoli approcci rigidamente intesi, l'esigenza si è estesa a tutte le possibilità di intervento medico, psicologico, sociale, esistenziale, riabilitativo etc., insieme elementi essenziali di cura, prevenzione, profilassi, recupero e miglioramento della qualità di vita del singolo.
- Nell'ambito delle psicoterapie, sarà sufficiente integrare i modelli di riferimento o piuttosto si dovrà agire combinando le modalità operative di ogni approccio psicoterapeutico? Nessuna delle due possibilità è stata esclusa dalla ricerca clinica; a noi appare come maggiormente pratica la possibilità di integrare diverse operatività, spesso anche riconoscendo strumenti comuni a differenti approcci psicoterapeutici. Un lavoro analitico che voglia affrontare in modo sistematico l'integrazione tra i modelli è, riteniamo, improponibile, sia per la numerosità degli approcci terapeutici, sia per l'inconciliabilità di alcuni determinismi che sono alla base di alcuni singoli modelli; diversamente, una lettura globale, "laterale piuttosto che verticale"<sup>30</sup>, può incentrare l'attenzione sui fattori comuni sia operativi che culturali.<sup>31</sup>
- L'integrazione dovrebbe implicare anche ambiti non clinici (counseling, assistenza sociale, mediazione etc.)? questa domanda trova risposte che lasciano il problema aperto; basta solo l'integrazione tra cure psicologiche e cure mediche? ovvero, per dare risposta anche agli aspetti non clinici di una malattia, all'illness, non sarebbe utile intendere l'integrazione delle cure come la più ampia possibile, che includa l'analisi esistenziale, il counseling, la riabilitazione, l'assistenza sociale etc.?

## OPERATIVITÀ DELL'INTEGRAZIONE

Considerata in questi termini, l'integrazione terapeutica è comunque una metodologia operativa che coinvolge professioni e saperi numerosi e differenti.

---

<sup>30</sup> Ci si riferisce a Edward De Bono "Il pensiero laterale"; BUR, Milano, 2002.

<sup>31</sup> Buffardi G: *Il divano è meglio di Freud*; FrancoAngeli, Milano 2016;

Abbiamo già evidenziato come gran parte dei lavori che trattano l'integrazione la intendano come un approccio clinico e terapeutico necessario; pur tuttavia risultano scarsi o assenti nella maggior parte degli studi accenni a procedure operative codificate.

Sembrerebbe, di fatto, che la maggior parte degli estensori dei lavori scientifici abbia ritenuto sufficiente la professionalità dei singoli professionisti coinvolti per consentire l'integrazione dei differenti approcci. Come abbiamo visto, però, la scelta di basarsi su di una spontanea collaborazione tra professionisti, almeno in psicoterapia si è andata ad infrangere contro difficoltà a volte insormontabili, tra cui quelle delle incompatibilità epistemologiche dei modelli; alcuni tra gli studi di integrazione tra le psicoterapie hanno affrontato strumenti procedurali, metodologici o teoretici specifici per superare tali difficoltà<sup>32</sup>, ma esperienze di ricerca simili sono abbastanza rare nella letteratura psicoterapeutica.

Ancor più problematica appare un'integrazione tra ruoli medici, sociali, psicologici, aspetti esistenziali ed altri, pur nell'evidenza della necessità che questi siano tutti implicati in una terapia integrata, così come appare problematica la fruibilità delle cure. *"Integrated care is defined as health services that are managed and delivered such that people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease management, rehabilitation, and palliative care services, coordinated across the different levels and sites of care within and beyond the health sector and, according to their needs, throughout the life course."*<sup>33</sup>

A noi appare chiaro che i partecipanti al processo integrativo non possano esimersi dall'intervenire in tutte i passi della procedura integrativa: **condizione dell'in-come, valutazione del focus, codifica della procedura integrativa; comunicazione dei risultati intermedi, nuovo focus e nuova comunicazione, processi da ripetere più volte; gestione di un comune outcome e delle procedure di follow up, analisi comune dell'out-come** (in una forma che ripropone il ciclo PCDA dei programmi operativi gestionali).

Riterremmo che per affrontare le prevedibili difficoltà delle interazioni in campi così diversi sia utile un'elaborazione di procedure codificate, che prevedano anche comunicazioni fluide e continuative tra i professionisti.

---

<sup>32</sup> Jones-Smith E: *Theories of counseling and psychotherapy: an integrative approach*; SAGE publ, Thousand Oaks, Calif 2012, ISBN-1412910048. See Chapter 19: *Integrative Psychotherapy: Constructing Your Own Integrative Approach to Therapy*; pp. 585-611

<sup>33</sup> Thornicroft G, Ahuja S, Barber S, cit. abstract, pag 174

Questo non vuol dire, però, che l'integrazione debba essere risolta necessariamente attraverso la creazione di un'équipe pluridisciplinare, statica, pre-codificata, una sorta di "casa di cura virtuale" in cui gli operatori che intervengono appartengano ad un unico soggetto assistenziale. La realtà della clinica quotidiana è altra; essa ci pone di fronte a situazioni completamente diverse, spesso estemporanee, con rapporti tra le differenti professioni che si devono costruire al momento, in funzione delle esigenze di colui che necessita di cura.

In quest'ottica appare abbastanza chiaro che non siano proponibili strategie preconfezionate. Piuttosto potrebbe essere utile condividere alcuni principi operativi e/o di metodo come ci proponiamo in questa sezione.

#### 1) Progettazione della rete integrativa:

- a. Una rete integrativa non è mai un edificio statico, un'équipe già organizzata che accolga la persona con esigenze di cura; una rete integrativa è una rete che si crea estemporaneamente, spesso motivata da una prima valutazione di una persona con problematiche psichiche. In questa ottica è indispensabile che ogni professionista si predisponga la possibilità di riferirsi ad esperti delle altre professioni potenzialmente da integrare, in modo da aver facilitata l'aggregazione di diverse competenze al momento.
- b. Una rete dovrebbe individuare quale referente uno tra i professionisti partecipanti a quella rete; da un certo punto di vista saremmo propensi a riconoscere lo psichiatra come referente più adatto perché i suoi interventi sono più puntiformi di molti altri della rete, distanziati nel tempo e improntati ad una generale valutazione clinica e di verifica dei risultati.

#### 2) Verifica delle competenze dei singoli professionisti per l'integrazione;

- a. Ogni professionista dovrebbe avere chiarezza sull'operatività e sulle metodologie degli altri professionisti che partecipano al lavoro integrativo. Laddove la rete si costituisse tra persone che non avessero chiarezza l'un l'altro delle specifiche professionalità risulterebbe necessario adottare strategie informative anche attraverso brevi testi o materiale audiovisivo.

- b. In tal senso potrebbe considerarsi utile una “formazione” di base per tutti coloro che si apprestano a diventare professionisti di aiuto e/o di cura, formazione che preveda un approfondimento delle specifiche metodologie delle altre diverse professioni con cui il professionista potrà integrarsi in futuro.

3) Organizzazione della comunicazione interprofessionale;

- a. All’interno di strategie operative sarà particolarmente importante curare la modalità di comunicazione tra i professionisti. Nella nostra pratica clinica ci siamo sovente affidati alla comunicazione puntiforme e spontanea, ma un programma di terapia integrata dovrebbe prevedere un’informazione adeguata ed immediata sia per tutti i professionisti partecipanti alla fase attuale del programma integrativo che per coloro che potrebbero essere coinvolti in una fase successiva.
- b. Riteniamo che i professionisti della salute mentale ai vari livelli dovrebbero formarsi preventivamente in tema di comunicazione efficace<sup>34, 35</sup> in ambito clinico/terapeutico; in tal senso, dovrebbero essere stabilite alcune “regole auree” su tempi, modi e qualità dei reciproci scambi informativi.

4) Individuazione di un target;

- a. In rapporto al target possiamo considerare almeno due “scelte”, come due modalità diverse di avviare un programma di terapia integrativa che possiamo considerare i due modi “estremi” che delimitino, tra di loro, la totalità delle altre diverse modalità intermedie:
  - i. preorganizzare un gruppo di lavoro integrato con target in una specifica affezione. Sono esempi i gruppi di lavoro sui DCA o quelli sugli esordi psicotici, tra gli altri.
  - ii. Realizzare una rete di professionisti pronti ad intervenire in integrazione sul singolo paziente, laddove uno dei professionisti della rete ritenesse necessario un procedimento terapeutico integrativo.

5) Verifiche intermedie e riprogettazione eventuale;

---

<sup>34</sup> Priebe SD, Wildgrube C et al: *Good communication in psychiatry--a conceptual review*; Eur Psychiatry vol. 26, (7) 403-407; 2011.

<sup>35</sup> Budge SL, Wampold BE: *The relationship: How it works*. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcomes* (pp. 213-228). Dordrecht: Springer, 2015.

- a. Come in tutti i progetti terapeutici, si renderà necessario operare verifiche intermedie con possibilità di confermare o modificare il progetto integrativo. Resta da stabilire se siano sufficienti verifiche parziali operate nel proprio campo da ogni singolo professionista o se potrebbero risultare validi strumenti di verifica interdisciplinari.
- b. In tal senso riterremmo idealmente utili delle scale di valutazione appositamente realizzate ovvero le scale di valutazione sulla qualità della vita già validate e ampiamente diffuse in psichiatria<sup>36,37</sup>.

#### 6) Procedure di outcome.

- a. Esiste un problema di valutazione dell'out-come di una cura integrata, in quanto risulta ben ostico individuare eventuali preminenze o responsabilità terapeutiche. Ci si perdoni la banalizzazione: l'atteggiamento mentale dei professionisti implicati nella terapia integrativa dovrebbe essere quello dell'assenza di "spirito agonistico" e della prevalenza assoluta di "spirito collaborativo". Tale atteggiamento dovrebbe essere insito nella propensione etica del curante; purtroppo il condizionale è d'obbligo.
- b. Una procedura di outcome dovrebbe, quindi, essere affidata ad uno strumento confezionato "ad hoc", tale da evitare valutazioni che attribuiscono meriti o responsabilità differenti ai differenti approcci professionali. Uno strumento così concepito non è ancora presente in letteratura allo stato delle nostre ricerche.

## CHI PUÒ OPERARE CON L'INTEGRAZIONE TERAPEUTICA?

Non sarebbe sufficiente rispondere a questo quesito elencando i diversi professionisti e le diverse competenze che possano rientrare in un progetto terapeutico integrato.

---

<sup>36</sup> Hunt S, McKenna SP: *The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression*; Health Policy Volume 22, Issue 3, October 1992, Pages 307-319

<sup>37</sup> Daly EJ, Trivedi HD, Wisniewski SR: *Health-related quality of life in depression: A STAR\*D report*; Annals of Clinical Psychiatry 2010;22(1):43-55

Come abbiamo avuto modo già di sottolineare il professionista che partecipa ad un progetto di cura integrato dovrà possedere nel suo bagaglio formativo alcune competenze specifiche.

La prima in assoluto è un atteggiamento mentale corretto.

Questo atteggiamento dovrebbe implicare che il singolo professionista:

- non consideri la propria competenza come più o meno importante o essenziale delle altre;
- accolga la possibilità che il proprio modello di riferimento possa dialogare con altri modelli di riferimento, non irrigidendosi su principi epistemologicamente contrastanti tra i modelli perché legati a determinismi diversi;
- si sia formato nella capacità di sospendere il proprio giudizio in favore di una condivisione di vedute con l'altro (epochè husserliana)<sup>38</sup>;
- sappia modificare il proprio piano di lavoro nel rispetto del variato progetto integrativo.

Su questi principi riteniamo che non sia possibile che un professionista che partecipi ad un lavoro integrativo limiti il suo bagaglio di conoscenze alle sole competenze della sua parte; alcuni principi basilari delle discipline con cui dovrà dialogare devono essere condivisi per cui riteniamo necessario che tutti i percorsi formativi per le professioni che accederanno ad una terapia integrata in salute mentale debbano condividere alcune competenze comuni, pur se declinate in linguaggi accessibili a diversi specialisti.

Ad esempio riteniamo che alcuni principi di psicopatologia e di clinica psichiatrica debbano essere noti, oltre che, ovviamente, a psichiatri, psicologi e psicoterapeuti, anche a counselors, educatori, assistenti sociali, infermieri, riabilitatori, sociologi etc.. Così come, ad esempio, psicologi e psicoterapeuti, ma anche gli altri professionisti, non possono ignorare l'effetto delle terapie farmacologiche sulle sintomatologie dei pazienti. Né i clinici possono fare a meno di aver conoscenze sufficienti in tema di welfare, di procedure amministrative e giuridiche per concessione di indennità o benefit, di strumenti legali per forme di tutela per persone con problemi psichici, etc..

Per acquisire le competenze comuni è necessario utilizzare, però, un linguaggio comune o un sistema comunicativo che consenta la permeabilità dei linguaggi; tra l'altro non potrà essere trascurata la necessità di accedere

---

<sup>38</sup> Spinelli E: *Practising existential therapy*; SAGE, 2th edition, London 2015, pag. 149-150

ad informazioni di letteratura scientifica internazionale per tutti. La consuetudine comunicativa tra diverse professioni e competenze come si strutturerà in una formazione pensata ai fini dell'integrazione faciliterà l'emergenza di un linguaggio privo di barriere conoscitive. La difficoltà comunicativa potrebbe invece essere ancora presente ai professionisti che oggi, già consolidati nella loro competenza professionale, approccino processi integrativi partendo dalle proprie posizioni culturali.

## **LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI**

Giungiamo, infine, allo scopo di questo nostro lavoro; stimolare il lettore a considerare che la terapia integrata in psichiatria (ma immaginiamo in ogni altra branca che si occupi di terapie) necessiti di professionisti che si siano formati per condividere un ampio patrimonio di conoscenza in ambito terapeutico.

Se per alcuni aspetti possiamo avere una certa chiarezza nel prospettare quale sia il patrimonio comune e quali i linguaggi che dovranno integrarsi per consentire a tutti i professionisti di fruire di questo patrimonio, la formazione dovrà affrontare qualche difficoltà in più nel cercare una prassi comune. In tal senso, partecipano alla realizzazione di una prassi i principi filosofici su cui essa si basa, in particolare quelli epistemologici; questi principi ineriscono, poi, le procedure e con esse le modalità comunicative. Non solo; una prassi comune implica anche la necessità di una formazione permanente che, diversamente dall'educazione continua in medicina, dovrà ampliare il suo raggio d'azione a tutti i campi professionali coinvolti; essendo improponibile una formazione così ampia, riteniamo che i formatori interessati all'integrazione terapeutica dovranno filtrare le novità di ogni campo e renderle fruibili per ogni professionista in formazione. Immaginiamo, quindi, una classe di formatori che dedicherà parte del proprio spazio di lavoro ad una programmazione formativa specifica per l'integrazione terapeutica in salute mentale.

Ma resta ancora un aspetto che riteniamo sia imprescindibile da una corretta formazione e, in particolare, di formazione continuativa di professionisti ed operatori della salute mentale che siano implicati o non in progetti



di terapia integrativa: la necessità di una costante autoriflessione sul proprio lavoro professionale e sul senso di appartenenza ad una progettualità terapeutica, nonché un'autoriflessione sul proprio spazio esistenziale, come persona competente, persona in continuità con il mondo degli altri e delle altre cose e con se stessi.

Questa formazione dovrebbe essere predisposta per tutti coloro che accedano a professioni di cura in salute mentale, non solo psichiatri e psicologi, ma anche infermieri professionali, educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica. Ogni condizione di disagio psicologico è suscettibile di necessitare di terapia integrata.

In estrema sintesi, un piano formativo ed operativo per i professionisti dell'integrazione terapeutica dovrebbe prevedere:

- la predisposizione di strumenti di verifica intermedia e di out-come da mettere a disposizione dei professionisti;
- un programma formativo di base che includa:
  - principi di epistemologia e metodologia dei modelli operativi e psicologici;
  - principi basilari di tutti gli ambiti di possibile integrazione che non siano specifici della propria competenza professionale;
  - quadri normativi e strutture sociali che possono essere di supporto ai programmi integrativi;
- un programma formativo specifico per l'integrazione che includa:
  - la comunicazione efficace;
  - strumenti logici per creare una rete di integrazione terapeutica qualora se ne presentasse la necessità, ovvero per realizzare una struttura di contatti tra professionisti già pronta ad accogliere chi avesse bisogno di una terapia integrata;
- un lavoro personale volto ad implementare la capacità di sospensione del giudizio<sup>39</sup> e l'autoriflessione che non si concluda con la fase formativa ma che prosegua nel tempo, a sostegno di un corretto atteggiamento mentale.

La misura filosofica della propria presenza nel mondo e nello spazio della cura dell'altro è la cifra che ciascuno di noi, professionisti della salute dell'altro, dovremmo imparare a declinare.

---

<sup>39</sup> Buffardi G, Buffardi RM: *L'epochè: un contributo filosofico alle professioni d'aiuto*; Rivista italiana di Counseling, n° 9, 2013.

## REFERENCES:

- Beck AT, Hollon SD, Young JF et al: Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:142-148
- Boscaino F, Buffardi G: Sinergismo tra psicofarmaci e training autogeno; *Atti del Congresso C.I.S.S.P.A.T.*, Piovan ed. Padova 1986
- Budge SL, Wampold BE: The relationship: How it works. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcomes* (pp. 213-228). Dordrecht: Springer, 2015.
- Buffardi G, Buffardi RM: L'epochè: un contributo filosofico alle professioni d'aiuto; *Rivista italiana di Counseling*, n° 9, 2013.
- Buffardi G: Bioetica quotidiana in psichiatria; Franco Angeli Ed., Milano 2009, pag. 110.
- Buffardi G: Efficacy, fairness and pre-eminence of non-specific factors in psychotherapy and the helping professions. *Journal of Geriatrics and Gerontology*, vol.4, n.2: 2016.
- Buffardi G: Il divano è meglio di Freud; FrancoAngeli, Milano 2016;
- Buffardi G: Un modello non deterministico per l'integrazione: il modello esistenziale; *Rivista di Formazione Psichiatrica*, (2001) AN-NO XXII - N.1|2, pag. 15-32
- Cuijpers p, Sijbrandij M, Koole SL at al: Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psych*, 2014, 13(1):56-67
- Daly EJ, Trivedi HD, Wisniewski SR: Health-related quality of life in depression: A STAR\*D report; *Annals of Clinical Psychiatry* 2010;22(1):43-55
- De Bono E: *Il pensiero laterale*; BUR, Milano, 2002.
- Di Giacomo P, Montalti M: *L'operatore socio-sanitario*; Maggioli Editore, 2012, Rimini, pag. 58
- Elkin I, Shea MT, Watkins JT, et al: National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness and treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46:971-982, 1989
- Hunt S, McKenna SP: The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression; *Health Policy* Volume 22, Issue 3, October 1992, Pages 307-319

- Jones-Smith E: Theories of counseling and psychotherapy: an integrative approach; SAGE publ, Thousand Oaks, Calif 2012, ISBN-1412910048. See Chapter 19: Integrative Psychotherapy: Constructing Your Own Integrative Approach to Therapy; pp. 585-611
- Kandel R: A new intellectual framework for psychiatry. *Am Jour Psych*, 155:457-469, 1998
- Lubianca Saffer P: The challenge of psychotherapy-pharmacotherapy integration: psychodynamic aspects; *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* vol. 29, n° 2, May/Aug 2007, in
- Mc Aleavey, Castonguay LG: The process of change in psychotherapy: common and unique factors: in Gelo OCG; Pritz AI; Rieken B: *Psychotherapy research: foundations, process, and outcome*. New York: Springer. pp. 293–310; 2015.
- Priebe SD, Wildgrube C et al: Good communication in psychiatry--a conceptual review; *Eur Psychiatry* vol. 26, (7) 403-407; 2011.
- Rounsaville BJ, Klerman GL, Weissman MM: Do psychotherapy and pharmacotherapy for depression conflict? Empirical evidence from a critical trial; *Archives of General Psychiatry* 38:24-29, 1981.
- Spijker J, van Straten A, Bockting CL et al. Psychotherapy, antidepressant, and their combination for chronic major depressive disorder: a systematic review; *Can J Psych*, 2013, 58(7):386-392
- Spinelli E: *Practising existential therapy*; SAGE, 2th edition, London 2015, pag. 149-150
- Stahl MS: *Stahl's Essential Psychopharmacology*; Cambridge press, UK 2013
- Thornicroft G, Ahuja S, Barber S et al: Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low in-come and middle-income countries; *Lancet Psych* 2019;6:174-86
- Thornicroft G, Ahuja S, Barber S, cit. abstract, pag 174  
<http://dx.doi.org/10.1590/50101-81082007000200015>
- Unützer J, Carlo AD, Collins PY: Leveraging collaborative care to improve access to mental health care on global scale; *World Psychiatry J.*, 19:1, February 2020, pag. 37
- Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, Carver P, Sixta C. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *J Qual Improv.* 2001;27(2):63–80

- Wampold BE: How important are the common factors in psychotherapy? An update; *World Psychiatry*, Vol. 14, n° 3, Oct. 2015, pp. 270-277.
- Weinberger JL, Rasco C: Empirically supported common factors; in Hoffmann SG., Weinberger JL: *The art and science of psychotherapy*. New York: Routledge. pp. 103–129; 2007.
- White, Tim (19 December 2014). "What is the Difference Between an 'Injury' and 'Disease' for Commonwealth Injury Claims?" Tindall Gask Bentley. Archived from the original on 27 October 2017. Retrieved 6 November 2017.

## SITI WEB

<http://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>

<http://www.issue.it/>

[https://aims.uw.edu/sites/default/files/CoCM%20with%20AI-AN%20patients\\_0.pdf](https://aims.uw.edu/sites/default/files/CoCM%20with%20AI-AN%20patients_0.pdf)

<https://en.wikipedia.org/wiki/Disease>

<https://it.wikipedia.org/wiki/Malattia>

<https://www.apa.org/pubs/journals/int/>

<https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/leading-mental-health-policy-experts-convene-on-benefits-of-integrated-care>

<https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-report-highlights-evidence-for-integrated-care-collaborative-care-model>

<https://www.psychologytoday.com/intl/therapy-types/integrative-therapy>