



Errepiesse

Rivista su una via italiana alla
riabilitazione psicosociale

QUADRIMESTRALE

ANNO XIII – N° 3 – DICEMBRE 2019

Indagine sulle attività Espressive condotte nei Dipartimenti di salute Mentale e delle Dipendenze in Regione Lombardia: i risultati

di Caterina Viganó, Michela Wenk**, Teresa Melorio*** & GAT Artiterapie*

Abstract

Background. Complex and reciprocal dialectic between art and psychiatry has always been the subject of investigation of many researchers. In recent decades the concept of “art-therapy” has been developed and reshaped in many different ways and has often been associated with various Anglo-Saxon expressions such as “creative art therapies” or “expressive therapies”. In the Lombardy Region, as in several other Italian regions, there is a historical tradition of using arts-therapies in mental health services but there is a lack of information on the qualifications of the personnel conducting them and on the operational and methodological modalities, as well as their application in rehabilitation programmes.

In fact, among the aims assigned by Regione Lombardia to the GAT on the Arts there was precisely the realization of a questionnaire/interview that allowed to highlight the salient features of the art therapy activities in the different reality.

Materials and methods. A survey was conducted in 2019 in the Lombardy Mental Health Dept. using a questionnaire, developed by the GAT Coordination Group, which investigated the typology of the expressive laboratory (headquarters, structure, frequency, users) the qualification, occupation and training of the holder, the methodology of team work and not least the use of evaluation tools. The data were analysed and compared by type of art-therapy (visual arts, music therapy, dance therapy, teatrotherapy) with application of Test χ^2 .

Results. 208 files were collected, of which 185 are usable. The most widespread expressive technique is Art-therapy (50%) followed by Music therapy (21.6%), Dramatherapy (17.8%) and DanceMovementTherapy (10%). The techniques are mostly carried out in day centres (46%) but there are also experiences in SPDC. One third of the therapists declare a specific training with a certificate in School of Arts therapies at least three years, one third are exclusively artists, and about one third have double training.

Only half of the therapists of expressive groups know in detail the aims of the patient rehabilitation project in the group and less than half have a preliminary interview before a new patient is placed in a group, and regularly compare with teams. There are no important differences between the four art setting. Critical datum is the “not accustomed” to the evaluation of structured outcome (less than 30% of participants in the Survey).

Conclusions. The study shows the need to increase the “culture of outcome evaluation” with suitable tools by exporting it from the restricted research settings to bring it into the psychiatric services.

INTRODUZIONE

In Regione Lombardia, come in diverse altre regioni italiane, esiste una tradizione storica di utilizzo delle arti-terapie nei servizi di salute mentale (Ba G. et al 2006; Viganò C. et al 2019). La realtà delle attività espressive in Regione Lombardia era già stata oggetto di una prima indagine condotta dalla Società di Riabilitazione Psicosociale Lombarda nel 2011, nella quale era emerso che queste tecniche rappresentavano il 10% delle attività presenti nei servizi afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale regionali che avevano risposto (63%) e anche se il campione era solo parziale rispetto alla realtà totale

(78 strutture riabilitative delle 390 presenti allora, pari al 20%) era la prima esperienza documentabile in Regione (Viganò C. et al 2012).

Si deve al lavoro del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) sull'Arteterapia, attivo dall'ottobre 2017, la progettazione ed attuazione di una nuova indagine regionale nel 2019, allo scopo di mettere le basi di un maggior coordinamento delle varie esperienze di terapie espressive negli enti socio sanitari, dar loro uniformità, riconoscerne e valorizzarne la valenza terapeutica con l'obiettivo ambizioso di creare delle raccomandazioni / linee guide condivise (Melorio T. 2018).

Di fatto fra gli obiettivi assegnati da Regione Lombardia al GAT sulle artiterapie vi era proprio la realizzazione di un questionario/intervista che consentisse di mettere in evidenza i caratteri salienti dell'attività di arteterapia nelle diverse realtà.

Durante il 2018 il GAT si era occupato di un primo censimento dei laboratori di terapie espressive presenti nei vari servizi di cura, ricevendo risposta dal 56% delle ASST Lombarde e ottenendo conseguentemente un numero sottostimato di attività rispetto a quello reale. Da quella indagine era emersa una certa confusione su cosa si potesse registrare come tecnica espressiva /arteterapia.

Dopo il convegno del 30 maggio 2018 si è registrata una più alta partecipazione regionale al GAT che ha stimolato il coordinatore e il gruppo di lavoro a riproporre un questionario per una indagine più strutturata 2019.

MATERIALI E METODI

La nuova indagine si è valsa di un questionario più strutturato negli items, con l'obiettivo di indagare sia aspetti relativi al personale che conduce le attività espressive (età media, formazione, qualifica) che alcuni aspetti attinenti alle modalità operative e metodologiche e alla progettualità nella quale le tecniche sono inserite. Un requisito fondamentale esplicitato come *criterio di inclusione* per partecipare alla survey era la "formazione del conduttore del laboratorio" perché l'attività fosse censita come "espressiva" secondo quanto ad oggi discusso dai principali autori (Dunphy et al 2019) I dati sono stati raccolti e organizzati in un database ¹ ed analizzati per una prima presentazione descrittiva per il convegno del 30 novembre 2019.

Analisi statistica. I dati raccolti sono stati descritti e analizzati confrontandoli per tipo di "arte"terapia (arte visiva, musica, danza, teatro) con applicazione del Test χ^2 .

RISULTATI

A questa nuova edizione hanno partecipato 197 laboratori, afferenti a 25 delle 27 ASST Lombarde, con una rappresentatività provinciale alta (11 province su 12). Ha risposto anche un IRCCS ed un ente a direzione universitaria privata (HSR).

Sono arrivate 208 schede, di cui 11 non attinenti (5.3%). Delle 197 considerate pertinenti, 185 erano inquadrabili nelle 4 arti principali (arte, musica, danza, teatro) e sono state oggetto dell'analisi in questo lavoro. Resta una parte di tecniche espressive "altre" molto eterogenee, inclusi laboratori espressivi di scrittura o di tecniche a valenza più propriamente artigianale ma condotti da artisti, pari al 5.8% del campione (12/197); schede che per il momento sono state escluse dall'analisi dei dati.

¹ Wenk Michela "Ognuno all'arte sua" *Esiti di una indagine sulle attività espressive nei dipartimenti di Salute Mentale in Lombardia*. Elaborato di Tesi di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università degli studi di Milano Anno Accademico 2018-19

La maggioranza delle schede ricevute risultano provenienti da strutture appartenenti alle province di Milano (37%), Brescia (20.2%), Monza e Brianza (19.7%) e Bergamo (8.2%) mentre le altre province hanno risposto con tassi inferiori mediamente al 5% delle schede pervenute totali, Lodi non pervenuta. I risultati saranno di seguito riportati ripercorrendo gli items del questionario.

TIPO DI LABORATORIO ESPRESSIVO

Un primo dato interessante è distribuzione delle diverse **artiterapie**: dei 185 laboratori censiti quelli di ArteTerapia e arti visive sono 93, pari al 50% dei partecipanti. Quelli di Musicoterapia sono stati 40 (21.6%), Teatrotterapia 33 (17.8%); DanzaMovimentoTerapia 19 (10.2%).

DESCRIZIONE DEL LABORATORIO

Per quanto riguarda la struttura in cui vengono svolte le attività espressive, i risultati riportano una prevalenza di strutture riabilitative tra cui Centri Diurni (45.7%) e Strutture Residenziali (SPR1/2) (16.3%) ovvero Comunità Riabilitative ad Alta o Media Assistenza e Comunità Protette, ma ci sono anche un 11.5% in Centri psicosociali (24) e circa 17.8% atelier condivisi tra più strutture (tabella 1).

Da notare che hanno risposto anche 8 servizi di Diagnosi e Cura (SPDC) in cui si svolgono laboratori espressivi. In media solo il 35.5% dei laboratori dichiara di avere un locale esclusivo dedicato e sempre in media il 78% dichiara di avere una fornitura adeguata di materiale.

Nella maggior parte dei laboratori di arteterapia e musicoterapia (70%) vi è un co-conduttore, che nella maggior parte dei casi è un professionista della riabilitazione (tecnici della riabilitazione e educatori professionali), raramente infermieri; a volte sono presenti dei tirocinanti.

Le attività sono per lo più (>95%) condotte in setting gruppali, che vedono presenti mediamente 7/10 pazienti per incontro, la frequenza è mono-settimanale nel 80% dei casi.

La quasi totalità dei conduttori (>90%) inoltre dichiara di rispettare avere una struttura dell'incontro fatta da accoglienza, fase di applicazione del metodo, discussione dei lavori (o dell'esperienza) e di chiusura.

CHI FREQUENTA I LABORATORI? DATI SULL'UTENZA

I dati sull'utenza sono stati forniti dai responsabili clinici cui era dedicato un questionario specifico. Da questi questionari emerge una stima di circa 1334 utenti annui. La maggior parte dei pazienti che affrisce a questi laboratori ha una età compresa tra i 41 e i 50 anni (37%) seguiti da pazienti over 50 (27%). Più basse sono invece le percentuali di utenti giovani, con età compresa tra i 18-30 anni, che rappresentano il 15% del totale.

L'utenza più frequente ha una diagnosi di disturbo dello spettro schizofrenico (>50%), seguita dai disturbi dello spettro affettivo (18%) e dai disturbi di personalità (16%).

DESCRIZIONE DEL CONDUTTORE

Entrando nel dettaglio del questionario la prima parte era dedicata al conduttore dell'attività espressiva.

a) Quale qualifica professionale ha il conduttore?

185 conduttori hanno definito la loro qualifica: 70 (38%) dichiarano la qualifica di terapeuta specifico (arte-terapeuta, musicoterapeuta etc), 53 (28,6%) sono artisti, a seguire i restanti hanno risposto indicando la loro figura professionale: 26 tecnici della riabilitazione psichiatrica, 13 educatori professionali, 8 psicologi, 4 medici, 4 infermieri.

Se analizziamo in modo più specifico la distribuzione per singola tecnica artistica (tabella 2) vediamo che nei laboratori di arteterapia troviamo più rappresentati gli arte-terapeuti (49%) rispetto ad esempio agli artisti (18%) e a figure sanitarie con formazione specifica: i TeRP sono 17 (18%), gli educatori professionali sono 6, 2 sono medici, 1 assistente sociale) mentre nei laboratori di musicoterapia la distribuzione percentuale tra musicoterapeuti e artisti tende ad avvicinarsi anche se ancora prevalgono i primi (42% vs 30%), sono uguali nei laboratori di danzaterapia e nei laboratori di teatro prevale la qualifica di artista (54%), ci sono solo 2 che si dichiarano teatroterapeuti 4 psicologi, 3 educatori professionali, 2 TeRP e 2 infermieri.

b) Quale formazione specifica possiede?

Su 203 risposte ottenute, poiché alcuni atelier hanno una co-conduzione, emerge che 55 conduttori (27.6% del totale) dichiarano una esclusiva formazione in una scuola di artiterapie (almeno triennale); di questi la maggior parte conduce atelier di arti visive (37/55). Il 30.5% dichiara una formazione esclusivamente artistica (62) ed in questo caso la maggior parte conducono laboratori di teatro e atelier di arte (22 e 19 rispettivamente). Infine un 27% dichiara una formazione sia artistica che in artiterapie (55/203). Fra i partecipanti 18 conduttori di atelier di arte dichiarano una esclusiva formazione biennale a Brera in terapeutica artistica, 6 dichiarano “altro” specificando formazioni diverse. Anche in questo caso se analizziamo i dati per singola tecnica i dati sono simili per arte, musica e danza, vediamo prevalere nel gruppo Teatro la formazione “artistica” (tabella 3).

c) A quale modello teorico di formazione fa riferimento?

Un terzo dei partecipanti ha dichiarato di basarsi sul modello psicodinamico, come atteso essendo questo uno degli orientamenti teorici e formativi storicamente più diffusi, solo 8/185 hanno dichiarato un modello cognitivo comportamentale, 6 un modello psicoeducativo e 47% un modello catalogato come “altro”, spesso specifico della scuola di formazione frequentata. 14.6% dei conduttori dichiara “nessun modello”.

d) Età media e anzianità di esperienza

L'età media dei conduttori è intorno ai 45 anni ma con estrema variabilità (dai 35 ai 56 anni), hanno una anzianità decennale di esperienza nel 27.5% dei casi, il 22% tra 6 e 10 anni, mentre il gruppo più rappresentato (49%) si colloca tra 0 e 5 anni di esperienza come conduttore di un laboratorio di attività espressiva. Si sovrappone il dato dell'anzianità nella struttura di afferenza attuale: si può evidenziare che la circa la metà del campione è presente da un tempo compreso tra 0 e 5 anni: 52% arte, 50% musica, 47% danza 42% teatro, percentuali che non superano il 30% sono presenti da più di 5 anni e pochissimi hanno una continuità superiore ai 10 anni.

e) Rapporto contrattuale con Ente

Per quanto riguarda il rapporto con l'Ente pubblico in cui svolge l'attività solo il 12% è strutturato come dipendente pubblico (23/185), il 36% ha un contratto come consulente dell'Ente stesso, mentre il 45% è consulente/dipendente di enti privati (cooperative, associazioni) e 11 sono volontari. Arte-terapisti delle 4 principali tecniche espressive (arte, musica, danza, teatro) sono quasi esclusivamente inquadrati come consulenti, tranne alcuni casi di operatori sanitari con un diploma di formazione in artiterapie.

METODOLOGIA DI LAVORO IN EQUIPE

Una sessione importante del questionario era rivolta ad indagare le modalità di collaborazione con equipe della struttura in cui il laboratorio/atelier è inserito.

La quasi totalità dei pazienti vengono inviati ai gruppi espressivi dall'equipe della struttura sede del laboratorio/atelier o di altri servizi del Dipartimento di salute mentale (DSM) dato che comunque era

atteso visto che i servizi sono quasi esclusivamente pubblici e la psichiatria ha una afferenza territoriale nel DSM. Tutti gli operatori che hanno risposto al questionario dichiarano che la presentazione ricevuta sull'utente è esauriente e che hanno un soddisfacente scambio e discussione con equipe.

Il dato contraddittorio emerge dalle domande specifiche fatte sulla modalità di inserimento e valutazione dei pazienti. Mediamente solo il 53% effettua una discussione del caso preliminarmente all'invio: 51.5% per teatroterapia, 57.9% danzamentoterapia, 57.5% musicoterapia, 58% arteterapia; così come in media solo il 42% dei conduttori effettua un colloquio preliminare con il paziente prima dell'ingresso nel gruppo: il 52.6% dei danzaterapeuti, per 48.4% arteterapeuti, 37.5% in musica, 36.4% in teatroterapia (grafico1).

Il dato si avvicina allo 0% se il conduttore ha una esclusiva formazione artistica o se è un artista terapeuta. Si potrebbe ipotizzare che nei casi in cui esiste una co-conduzione con un operatore sanitario sia quest'ultimo a conoscere il caso e attuare dei colloqui preliminari, ma è comunque una percentuale minima.

METODOLOGIA E STRUMENTI DI PROGETTAZIONE E VALUTAZIONE

La survey ha permesso poi di verificare se nei gruppi vengono usati strumenti per la definizione degli obiettivi e per la verifica del percorso del singolo utente (grafico 2).

Mediamente il 50% di tutti i conduttori di gruppi espressivi condividono e/o conoscono gli obiettivi generali del Piano Terapeutico Riabilitativo (PTR) del singolo paziente, presente se il laboratorio si effettua in strutture riabilitative quali CD e CRA/CP. In altri casi conoscono il PTI.

Schede quali PTR/ PTI/ Recovery Star, Vado, Honos, vengono anche usate per definire gli obiettivi del progetto dei singoli pazienti nella maggior parte dei casi.

Tuttavia si segnala che circa un terzo dei conduttori non usa schede di nessun tipo per la definizione degli obiettivi per il singolo paziente (35.5% arte; 32.5% musica; 36.8% danza; 39.4% teatro) e ancora una volta artisti e anche gli artisti terapeuti non usano alcuno strumento specifico. Come modulistica specifica viene indicato nel 73% dei casi l'uso del diario seduta e una scheda specifica non specificata; pochi (4 soggetti) usano la cartella "modello polisegnico" 3 arteterapeuti usano l'ATI².

Test validati specifici sono usati in meno del 30% del campione all'inizio e nel follow up. Gli strumenti indicati sono i più vari, da quelli per la valutazione del percorso riabilitativo come Recovery Star e VADO, ad altri per la valutazione del funzionamento e della disabilità (GAF&VGF del DSM IV, Whodas 2.0, Social and Occupational Functioning Assessment Scale, Life Skill Profile) a scale d'esito come la HONOS e più attinenti ad indicatori psicopatologici quali Brief Psychiatric Rating Scale, la Symptoms CheckList 90, Zung Depression e Anxiety, ad altre che valutano altri aspetti: Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS) Prodromal Questionnaire PQ16, The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)—Adult, la Resilience Scale, il Neuropsychiatric Inventory—Questionnaire, il General Health Questionnaire (GHQ) 12 items; il Questionario OMS Benessere.

Infine è stato chiesto di indicare se la prestazione è inputata in PsicheWeb e chi lo fa. Emerge che mediamente il 20% dei conduttori non inserisce o non fa inserire le prestazioni. In alcuni casi dipende dal fatto che gli operatori sono volontari, in altri perché l'attività è condotta in setting individuale e non esiste nel programma regionale la voce attività espressiva individuale. Questo aspetto è piuttosto critico perché anche se si parla di numeri contenuti, queste prestazioni vengono inserite come altro, spesso come attività socializzanti, perdendone il senso. Nel grafico 3 e 4 sono riportati i dati relativi alle 4 tecniche e alle figure che inseriscono il dato.

² <https://www.arttherapyit.org>

DISCUSSIONE

La complessa e reciproca dialettica tra arte e psichiatria ha sempre rappresentato l'oggetto di indagine di molti studiosi. Negli ultimi decenni il concetto di "arte-terapia" è stato sviluppato e rimodellato in molti e differenti modi ed è stato spesso associato a varie espressioni anglosassoni quali "creative art therapies" o "expressive therapies". L'uso di queste tecniche sta trovando indicazioni in alcune linee guida per quadri psichiatrici maggiori (NICE 2013a; NICE 2013b; NICE 2009) anche se le evidenze scientifiche sono ancora controverse e per lo più indicano efficaci le artiterapie quando integrate agli interventi standard (Aalbers S. et al 2017, Bazargan Y. et al 2016, Ciasca E. et al 2018, Crawford M. et al 2012, Dunphy K. et al 2019, Geretsegger M. et al 2014, Haeyen S. et al 2017, Karkou V. et al 2019, Keisari S. e Palgi Y. 2017, Koch S. et al 2019, Montag C. et al 2014, Scope A. et al 2017, Uttley L., Stevenson M. et al 2015). In Italia esiste una tradizione ormai databile al XX secolo di uso delle tecniche artistiche nella cura della patologia mentale (Volpe U et al 2016) e con la diffusione delle tecniche riabilitative e la loro integrazione nei progetti di cura nella legislazione regionale, le stesse tecniche si sono consolidate in molte realtà, come mostrato anche dai dati della Survey SIRP 2014 (in press) che mostrano una frequenza del 8.5% delle tecniche espressive fra tutte le attività svolte presso i DSM Italiani che avevano aderito all'indagine, pari al 20% del totale dei servizi). Va premesso che le survey su base volontaristica ottengono basse risposte di partecipazione ma questa seconda edizione della survey del GAT ha avuto una buona adesione con la partecipazione di 25 delle 27 ASST presenti in Regione, 208 schede pervenute e una stima, derivata dai questionari, di 1452 pazienti nominali coinvolti.

Non essendo disponibili agli autori dati recenti sulla numerosità delle strutture totali in Regione il dato non è rapportabile alla realtà dei servizi presenti. Al momento è possibile fare riferimento ai soli risultati del Rapporto di Salute Mentale che aveva rilevato in Regione Lombardia 585 strutture appartenenti a 44 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM): 153 servizi territoriali (1.8/100'000 ab.), 281 servizi residenziali (3.3/100'000 ab.) e 151 servizi semiresidenziali (1.8/100'000 ab.) (Starace et al., 2017). Sarebbe interessante poter confrontare i dati registrati nello stesso anno (2019) di questa survey in Regione attraverso i dati di PsicheWeb che codifica per attività espressive gruppali (individuali) secondo il Sistema informativo della salute mentale (SISM, 11/10/2001).

Analizzando i dati generali possiamo osservare che nel capoluogo (Milano) sono concentrate la maggior parte delle risposte pervenute da parte dei centri in cui si svolgono attività espressive (37%), seguito da Brescia (20.2%), Monza (19.7%) e Bergamo (8.2%).

L'arteterapia è la tecnica più diffusa in Regione (44.7% delle schede) seguita dalla musicoterapia (19.2%) dalla teatroterapia (15.9%) e dalla danzamentoterapia (9.1%). Emerge subito che la musicoterapia, sebbene abbia più studi che ne evidenziano l'efficacia (Dunphy et al., 2019; Attard e Larkin, 2016) è al secondo posto come diffusione nei Dipartimenti di Salute Mentale.

I dati raccolti permettono una riflessione sulla formazione e qualifica di conduttori e co-conduttori delle attività espressive. Le attività espressive sono condotte in circa un terzo dei casi da operatori che si dichiarano arteterapeuti / musicoterapeuti / danzaterapeuti / teatroterapeuti, che dichiarano in circa metà dei casi una formazione in arteterapia. Il 18.3% del campione è costituito da tecnici della riabilitazione psichiatrica con formazione specifica in arteterapia; 18.3% da artisti affiancati da personale sanitario.

Circa la metà dei conduttori dichiara almeno una formazione specifica triennale (scuola di arteterapia), e la metà di questi ha anche una formazione artistica, circa un terzo ha solo una formazione artistica. Solo la teatroterapia è svolta nella maggior parte dei casi da personale non sanitario con competenze

artistiche e meno di un quinto ha una formazione triennale riconosciuta. Questi dati confermano quanto evidenziato anche dal gruppo di Kim Dunphy (2019) che ha mostrato come nei molti articoli scientifici revisionati la presenza di personale con formazione specifica sia ben rappresentato tra chi conduce arteterapia (50%), musicoterapia (45%) e danzamentoterapia (44%) mentre siano pochi per la dramatherapy (16%).

Tutte le attività espressive censite sono condotte per lo più in centri diurni (55% delle attività di musicoterapia, 43% per l'arteterapia, 42.4% per la teatroterapia e 42.1% per la danzamentoterapia) seguiti da gruppi svolti in strutture residenziali molto spesso attigue ai Centri Diurni o ai centri di salute mentale (C.P.S), con cui condividono gli spazi dedicati alle attività riabilitative. Il problema degli spazi è infatti molto sentito, infatti solo nel 41% dei casi vi è un atelier esclusivamente dedicato alle attività artistiche, così come per la danzamentoterapia che ha uno spazio proprio nel 42% dei casi, ancora meno per le attività di musicoterapia (32,5%) e per la teatroterapia (27.3%) che nel 45.4% dei casi è svolta in strutture esterne.

Alcune riflessioni si possono ricavare dai dati emersi sulla metodologia operativa. Per quanto attiene al metodo specifico che permette di dare struttura al setting bisogna dire che nella maggior parte dei casi vi è una fase di accoglienza (per tutte le 4 arti superiore al 90%) una di applicazione del metodo specifico del singolo conduttore (> 90%) e tutti prevedono una fase di chiusura dell'incontro. La fase di discussione del prodotto o del lavoro svolto è attuata in percentuali diverse a seconda delle arti, che variano dal 67.5% per la musicoterapia, al 78.9% per la danzamentoterapia, all'80.6% per l'arteterapia e infine al 90.9% per la teatroterapia: da tenere in considerazione è che quella della discussione è una fase specifica per alcune discipline ma non è sempre prevista, come per esempio in molti metodi di musicoterapia.

Per quanto riguarda l'interazione con equipe inviante in generale durante tutto il percorso di cura i conduttori si dichiarano soddisfatti dei rapporti con equipe inviante (> 80% dei casi) mentre esistono differenze nella relazione preliminare nel caso di presentazione di pazienti nuovi. Come atteso la diagnosi psichiatrica di invio non è ritenuta necessaria, anche se il 68% dei conduttori di atelier di arte dichiara di conoscerla all'invio, il 57.5% nei laboratori di musicoterapia, il 68.4% per danzaterapia e 33.3% per teatroterapia. Più importante nell'ottica di una stretta collaborazione tra equipe curante e conduttore della tecnica espressiva, pur nel rispetto delle specifiche professionalità (Ba G et al 2006, Ba G. 2003) è la disponibilità alla discussione del caso preliminarmente all'invio, che però risulta essere effettuata mediamente in circa la metà dei casi, così come circa solo la metà dei conduttori effettua un colloquio individuale con un nuovo utente prima dell'ingresso nel gruppo, colloquio che è prassi per il 52.6% nei laboratori di danzaterapia, per 48.4% arteterapia, 37.5% musicoterapia, 36.4% in teatroterapia.

Sono dati che possono essere spiegati con i diversi approcci teorici applicati nei singoli setting anche se va detto che quando si opera in riabilitazione psichiatrica un contatto preliminare potrebbe migliorare significativamente l'adesione dei pazienti all'interno di questi gruppi. Difatti, come segnalano diversi autori uno dei punti critici negli studi condotti su queste tecniche è proprio la scarsa compliance e aderenza dei pazienti ai gruppi, se non ben motivati (Crawford, 2012).

Sarebbe pertanto interessante approfondire le modalità con cui i pazienti entrano in contatto con le tecniche espressive e come viene gestito il loro ingresso nei gruppi.

Per quanto riguarda la compartecipazione del conduttore di tecniche espressive al progetto terapeutico riabilitativo del singolo paziente la survey ha evidenziato che circa metà di tutti i conduttori di gruppi espressivi condividono e/o conoscono gli obiettivi generali del PTR del paziente (50.5% arteterapia / 57.5% musicoterapia / 42.1% danzaterapia / 48.5% teatroterapia). Queste sono percentuali significative

ma che lasciano trasparire quanto una discreta parte degli stessi non abbia una visione complessiva del percorso di cura del paziente ma sia concentrata solo su quanto avviene nel setting. Come evidenziato anche dal gruppo di Boston (W.A. Anthony e M. Farkas, 2002) in riabilitazione bisogna sempre considerare la “non generalizzabilità” del processo e del setting, quello che avviene in un setting può non accadere in altri, e gli autori consigliano sempre una visione globale del paziente durante il suo progetto riabilitativo.

Dall’analisi dei dati si conferma la criticità in parte nota della “*non cultura della valutazione*”. Circa un terzo dei conduttori non usa schede per la definizione degli obiettivi specifici del loro operato per il singolo paziente (35.5% arte; 32.5% musica; 36.8% danza; 39.4% teatro) e una parte percentuale ridotta utilizza schede specifiche non meglio specificate. Dato simile si ritrova per la valutazione del percorso e degli esiti. Sebbene il 80.6% dei conduttori di gruppi di arteterapia dichiara di effettuare rivalutazioni periodiche del percorso dei pazienti, solo il 16.1% usa strumenti validati che sono per lo più strumenti di valutazione d’esito aspecifici, adatti alla valutazione del percorso terapeutico riabilitativo (HONOS, VADO, Recovery Star etc).

Per i conduttori di musicoterapia abbiamo un 82.5% che dichiara di effettuare revisioni periodiche ma anche qui l’uso di strumenti validati è solo nel 20% dei casi e sono sempre aspecifici.

La percentuale aumenta in modo significativo per i conduttori dei gruppi di danzamovimentoterapia con verifiche fatte dal 73.7% con mezzi validati nel 68.4% e in alcuni casi con strumenti specifici; c’è da dire però che il numero assoluto sono pochi (19/185). Invece per quanto riguarda i conduttori di gruppi di teatroterapia la verifica periodica viene effettuata nell’87.9% dei casi ma l’uso di strumenti validati per la valutazione degli esiti è dichiarato solo dal 6% e non sono specifici; anche qui vale la numerosità assoluta del campione (33/185) per rendere valido il dato.

La crescente attenzione per l’utilizzo delle terapie espressive a livello internazionale, in diversi ambiti di cura, ha portato alla costruzione e validazione di diversi strumenti di valutazione specifici per le terapie espressive (Baxter H.T. et al 2007, Choen B.M. et al 1998, Cruz R.F. 2009, Gantt L.M. 2011, Good A. 2018, Haeyen S. et al 2017, Hiscox A.R. 2013, Lahad A. et al 2012, Landy R.J. 2003, Levick M.F. et al 2015, Loman S. et al 1996, Pendzik S. 2008, Pitruzzella S. 2016, Powell M.A. 2016, Raglio A. et al 2017, Wof-schein C.C. 2013) con l’intento di rendere il più oggettivabile possibile i percorsi dei pazienti che le seguono, facendone una valutazione iniziale e monitorandone l’andamento: sarebbe auspicabile che questi test iniziassero a essere maggiormente utilizzati dai conduttori di gruppi di artiterapie di Regione Lombardia per promuovere la raccolta di dati validi di esito in psichiatria.

Un ultimo dato su cui si potrebbe riflettere è la tipologia di contratto che hanno i vari conduttori dei gruppi. La maggior parte dei conduttori è esterna al personale del DSM ed è assunta da cooperative (come dipendenti o come consulenti) con percentuali variabili dal 41% al 55%. Un terzo circa è invece un consulente diretto dell’Ente Pubblico e solo in percentuali molto basse (da 6 a 16%) è un dipendente dell’Ente pubblico oppure è un volontario (da 0 a 12%). Questo dato rende molto “mobile” e precaria la figura del conduttore arteterapeuta, di fatto la maggior parte dei conduttori che hanno partecipato alla survey dichiara una anzianità nella Struttura in cui stanno lavorando che non supera i 5 anni, e con essi diventa precaria, come i contratti di consulenze, la disponibilità della specifica attività terapeutica, peraltro molto gradita ai pazienti.

Questo dato è poco confrontabile in letteratura perché pochi studi sono stati fatti sul costo economico di queste attività e sulla loro sostenibilità a fronte di evidenze ancora ridotte di efficacia (Uttley et al., 2015; Uttley et al., 2015; Scope et al., 2017). Questo dato è importante anche per una ricaduta pratica sulla rendicontazione delle attività attraverso il sistema regionale informatizzato cui può accedere solo personale strutturato in ASST e accreditato. Qualunque sia la motivazione della non registrazione già

discussa, si segnala che in circa un quinto dei casi si perde la possibilità per il Sistema Regionale di avere una adeguata registrazione delle attività espressive erogate.

CONCLUSIONI

L'agire riabilitativo in psichiatria, l'intervento di acquisizione, recupero e consolidamento delle abilità di base e sociali nel paziente psichiatrico, richiede risorse e interventi articolati: *“un progetto riabilitativo si snoda attraverso varie aree e livelli tutti imprescindibili”* e necessariamente contraddistinti da una serie di caratteristiche, quali l'essere multilivellari, integrati, consequenziali, temporanei, flessibili, individualizzati, misurabili e riproducibili (Cavalli e Fierro, 2019).

Il primo risultato della survey condotta nel 2019 “GAT sulle artiterapie” è stato la collaborazione ottenuta da molti servizi con una adesione raggiunta che è stata maggiore rispetto alle precedenti indagini condotte in Regione e ha mostrato una buona rappresentatività a livello regionale.

Le aree critiche su cui il GAT dovrà proseguire il suo impegno sono principalmente relative alla relazione dei conduttori delle attività espressive con le equipe dei servizi dove operano, alle modalità di presa in carico dei nuovi pazienti e alle modalità di valutazione degli esiti.

Per il primo aspetto appare migliorabile proponendo agevoli protocolli che implementino le modalità di integrazione reale fra le diverse figure terapeutiche che collaborano al progetto di cura del singolo paziente e che prevedano sempre nel caso di invio alle attività espressive una adeguata informazione sia del conduttore ma anche del paziente e la facilitazione di un colloquio preliminare all'ingresso nel gruppo tra conduttore e nuovo utente, come buona pratica clinica che risponde alla necessità costante in riabilitazione del “fare rete”.

Altro aspetto saliente è la necessità di aumentare la “cultura della valutazione d'esito” con strumenti adatti esportandola dai setting ristretti della ricerca per portarla nei servizi. E' un concetto noto e condiviso da molti che la valutazione del processo è una ottima azione per prevenire la “cronicizzazione” (Fava E. et al 2003, Vita A. et al 2016) ma nei servizi manca ancora una cultura in tal senso ed andrebbe incrementata (Roe D. et al 2015; Bond G.R. and Drake R.E. 2016).

Nel campo delle artiterapie il compito è ancora più arduo perché manca un accordo su quali indicatori considerare e quali strumenti usare fra quelli validati disponibili in letteratura. Gli “artisti” esprimono perplessità e spesso resistenza verso il metodo scientifico classico della medicina, usando nel loro lavoro altri indicatori e altri linguaggi, i conduttori con formazione sanitaria sono più inclini ma usano spesso strumenti aspecifici, alcuni arte-terapisti senza formazione sanitaria si collocano in posizione intermedia.

Da qui nasce la necessità di incrementare l'incontro tra le discipline artistiche e il campo scientifico, dal momento che le terapie espressive, quando proposte come terapie integrative al programma di cura complessivo, sembrano incrementare significativamente e positivamente gli esiti del percorso terapeutico dei pazienti.

Questo bisogno di identificare degli indicatori e degli strumenti specifici per la valutazione d'esito delle tecniche espressive nei setting psichiatrici è diventato un obiettivo che il GAT si è posto, essendo questa fase preliminare a successivi studi di efficacia da condursi grazie alla collaborazione fornita da diversi centri (Melorio, 2018).

Ultimo aspetto da sottolineare la necessità che i gruppi di attività espressive vengano condotti da operatori “certificati” con adeguata formazione anche nel lavoro di equipe. Sono finiti i tempi dell'improvvisazione e dell'intrattenimento (B. Saraceno) e la attuale medicina si indirizza sempre più verso una cura personalizzata, “di precisione” e verso servizi recovery oriented maggiormente centrati sul paziente (Frost G.B et al 2017).

* Università degli studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco, Milano, Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università degli studi di Milano.

** Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università degli studi di Milano.

*** MAPP Museo d'Arte Paolo Pini e Botteghe d'Arte DSMD GOM Niguarda, Milano, Responsabile Coordinamento Regionale GAT Artiterapie DG Welfare Regione Lombardia.

BIBLIOGRAFIA

Aalbers S., Fusar-Poli L., Freeman R., Spreen M., Ket J., Vink A., Maratos A., Crawford M., Chen X., Gold C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 11*.

Anthony WA, Mikal Cohen, Marianne Farkas, and Cheryl Gagne (2002). *Psychiatric rehabilitation, 2nd edition*. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Attard A. e Larkin M. (2016) Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature. *The Lancet Psychiatry* 3(11).

Ba G., Magnotti R., Olivani F., Vigano C. 2006 “Le tecniche espressive in Riabilitazione psichiatrica” in (a cura di) Bellazzecca, Peserico, Rabboni “*Curare con le arti. Neuroscienze e tecniche espressive*” Eds Update international congress Milano, ISBN 88.87770-07-7 2006. pp 43-50.

Ba G (2003) *Strumenti e tecniche della riabilitazione psicosociale* Eds Franco Angeli Milano.

Bond G.R and R.E Drake (2016) New directions for psychiatric rehabilitation in USA *Epidemiology and psychiatric science* pag 1of 5 Cambridge University Press, doi 10.1017/S2045796016000834.

Dunphy K, Baker FA, Dumaresq E, Carroll-Haskins K, Eickholt J, Ercole M, Kaimal G, Meyer K, Sajjani N, Shamir OY, Wosch T (2019) Creative arts interventions to address depression in older adults: a systematic review of outcomes, processes, and mechanisms. *Front. Psychol.* 8;9:2655.

Baxter H. T., Berghofer J. A., MacEwan L., Nelson J., Peters K. e Roberts P. (2007) *The Individualized TMTM Music Therapy Assessment Profile*. Londra: Jessica Kingsley Publishers.

Bazargan Y., Pakdaman S. (2016). The Effectiveness of Art Therapy in Reducing Internalizing and Externalizing Problems of Female Adolescents. *Archives of Iranian Medicine, Volume19, Number1*.

Borsani S. e Onofrio S. La Musicoterapia (cap 62) in Vita, A., Dell'Osso, L. and Mucci, A. (2019). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica*. Roma: Giovanni Fioriti, pp 731-738.

Cavalli E. e Fierro L. le fasi del progetto riabilitativo in psichiatria (cap 51) in Vita, A., Dell'Osso, L. and Mucci, A. (2019). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica*. Roma: Giovanni Fioriti, pp 633-652.

Choen B. M., Hammer J. S. e Singer S. (1998). The diagnostic drawing series: A systematic approach to art therapy evaluation and research. *The Arts in Psychotherapy Volume 15, Issue 1, Spring 1988, Pages 11-21*.

- Ciasca, E. Ferreira R., Santana C., Dos Santos O. F. G., Brum P. e Nunes P. (2018). Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Psychiatry* vol.40 no.3.
- Crawford M., Killaspy H., Barnes T., Barrett B., Byford S., Clayton K., Dinsmore J., Floyd S., Hoadley A., Johnson T., Kalaitzaki E., King M., Leurent E., Maratos A., O'Neill F., Osborn D., Soteriou T., Tyrer P., Waller D. (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: multicentre pragmatic randomised trial. *BMJ* 2012;344:e846.
- Cruz R. F. (2009). Validity of the Movement Psychodiagnostic Inventory: A Pilot Study. *American Journal of Dance Therapy* 31(2):122-135.
- Dunphy K., Baker F. A., Dumaresq E., Carroll-Haskins K., Eickholt J., Ercole M., Kaimal G., Meyer K., Sajjani N., Shamir O.Y. e Wosch T. (2019). Creative arts interventions to address depression in older adults: a systematic review of outcomes, processes, and mechanisms. *Frontiers in Psychology* 9: 2655.
- Fava E., Viganò C., G.Ba (2003) "L'assessment" in G. Ba "Strumenti e tecniche della riabilitazione Psichiatrica e psicosociale" Francoangeli Eds Milano, Pp 104- 122, 2003.
- Frost B.G., Srinivasan Tirupati, Johson S., Turrell M., Lewin J. T, Sly K.A., Conrad A.M (2017) "An integrated recovery oriented model (IRM) for mental health services: evolution and challenges. *BMC Psychiatry* (2017) 17:22 doi 10.1186/s12888-016-1164-3.
- Gantt L. M. (2011). The Formal Elements Art Therapy Scale: A Measurement System for Global Variables in Art. *Art Therapy*, 26:3, 124-129.
- Geretsegger M., Elefant C., Mössler K. A., Gold C. (2014) Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 6. Art.
- Good A. (2018). *Outcomes Star Psychometric Factsheet: Music Therapy Star*. Triangle Consulting Social Enterprise.
- Haeyen S., Van Hooren S., Van Der Veld W. M., Hutschemaekers G. (2017). Measuring the contribution of art therapy in multidisciplinary treatment of personality disorders: The construction of the Self-expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS). *Personality and Mental Health / Volume 12, Issue 1*.
- Hiscox A. R. (2013) Silver Drawing Test of Cognitive Skills and Adjustment: Drawing What You Predict, What You See, and What You Imagine. *Journal of the American Art Therapy Association. Volume 10; Issue 1; Pages 46 – 48*.
- Karkou V., Aithal S., Zubala A., Meekums B. (2019). Effectiveness of Dance Movement Therapy in the Treatment of Adults With Depression: A Systematic Review With Meta-Analyses. *Frontiers in Psychology*; 10: 936.
- Keisari S. e Palgi Y. (2017). Life-crossroads on stage: integrating life review and drama therapy for older adults. *Aging & Mental Health*: 1079-1089.
- Koch S., Riege R., Tisborn K., Biondo J., Martin L., Beelmann A. (2019) Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. *The Arts in Psychotherapy; Volume 41, Issue 1, Pages 46-64*.

- Lahad M. e Dent-Brown K. (2012). *Six-Piece Story-Making Revisited. Assessment in Drama Therapy, Edition: 1st, pp.121-147.*
- Landy R. J. (2003). Role Profiles: a drama therapy assessment instrument. *The Arts in Psychotherapy* 30(3):151-161.
- Levick M. F. e Rosal M. L., (2015) The Levick Emotional and Cognitive Art Therapy Assessment (LECATA). *The Wiley Handbook of Art Therapy, pp.534-549.*
- Loman S. e Merman H. (1996). The KMP: A tool for dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy, Volume 18, Issue 1, pp 29–52.*
- Melorio T. (2018) *L'arte fa bene alla clinica: esperienze, percorsi di integrazione e valorizzazione delle arti terapie nei DSM lombardi.* Atti del convegno "L'arteterapia nei percorsi di cura. Modelli. Strategie di integrazione, indicatori di risultato. Milano 30 maggio 2018. Centro Stampa ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, novembre 2018 pagine 13-23.
- Montag C., Haase L., Seidel D., Bayerl M., Gallinat J., Herrmann U., Dannecker K. (2014). A Pilot RCT of Psychodynamic Group Art Therapy for Patients in Acute Psychotic Episodes: Feasibility, Impact on Symptoms and Mentalising Capacity. *PLOS ONE Volume 9; Issue 11; e112348.*
- Pendzik S. (2008). Using the 6-Key Model as an intervention tool in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy. Volume 35, Issue 5, 2008, Pages 349-354.*
- Pitruzzella S. (2016). *Dramatic Abilities Assessment Grid. Dramatherapy Volume 32, 2010 - Issue 2.*
- Powell, Margaret A. (2014) *Using the Embodiment-Projection-Role Paradigm within Drama Therapy to Develop Affective Social Competence in Children.* [Graduate Projects (Non-thesis)] (Unpublished).
- Raglio A., Gnesi M., Monti M. C., Oasi O., Gianotti M., Attardo L., Gontero G., Morotti L., Boffelli S., Imbriani C., Montomoli C. e Imbriani M. (2017). The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS): Validation of a new tool for music therapy process evaluation. *Clinical Psychology & Psychotherapy; Volume 24, Issue 6.*
- Roe D, Drake R., Mike Slade (2015) Routine outcome monitoring: An international endeavour. *Int. Rev. Psychiatry* 2015;27(4):257-60.
- Saraceno B (1995) *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica* Etas Eds.
- Scope A., Uttley L., Sutton A. (2017). A qualitative systematic review of service user and service provider perspectives on the acceptability, relative benefits and potential harms of art therapy for people with non-psychotic mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90, 25-43.*
- Starace F., Baccari F., Mungai F. (2017). La salute mentale in Italia - Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale. *Quaderni di Epidemiologia psichiatrica N. 3.*
- Tseng P., Chen Y., Tu K., Wang H., Cheng Y., Chang Y., Chang C., Chung W., Wu C. (2016). Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: a meta-analysis. *BMC Psychiatry. 2016; Jan 26;16:16.* doi: 10.1186/s12888-016-0718-8.
- Uttley L., Scope A., Stevenson M., Rawdin A., Taylor Buck E., Sutton A., Stevens J., Kaltenthaler E., Dent-Brown K. e Wood C. (2015). Systematic review and economic modelling of the clinical

effectiveness and cost-effectiveness of art therapy among people with non-psychotic mental health disorders. *Health Technology Assessment*, Mar;19(18):1-120, v-vi. doi: 10.3310/hta19180.

Uttley L., Stevenson, M., Scope, A., Rawdin, A., e Sutton, A. (2015). The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *BMJ Psychiatry* 2015 Jul 7;15:151. doi: 10.1186/s12888-015-0528-4.

Viganò C., Borghetti S., Casamenti R., Borsani S., Goffredi A., Parabiaghi A., Risso P., Tomasoni L, Truzoli R., Amatulli A. “Indagine sulle attività riabilitative in Lombardia. Un progetto della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale sezione regionale SIRP-Lo. *Errepiesse* 2012, anno Vi., n 2 agosto pag 3-17. www.errepiesse.it.

Viganò C. “Lo stato dell’Arteterpia in Psichiatria”. Atti del convegno “L’arteterapia nei percorsi di cura. Modelli. Strategie di integrazione, indicatori di risultato. Milano 30 maggio 2018. Centro Stampa ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, novembre 2018, pp 10- 12.

Viganò C., Wenk M., Ferrara L., Magnotti R., Borsani S (2019) The “state of the Art” of Art Therapy in psychiatry: reflections on international evidences and Italian experiences. *J. Complement Med Alter Healthcare* 20198; 10(5): 555796 DOI 10.19080/JCMAH 2019.10.555796

Vita A., Corrivetti G., Semisa D., Viganò C. (2016). Psychosocial Rehabilitation in Italy today. *International Journal of Mental Health* 45(1):15-23

Volpe U., Fiacchini D., Magnotti R., Diamare S., Denti E., Viganò C.A “Le arti terapia nel contesto della riabilitazione psicosociale in Italia: una rassegna critica. *Psichiatria e psicoterapia*, (2016) 35,4, 154-80.

Wolf-Schein C. C. (2013). Stephen Snow and Miranda D’Amico (eds.): Assessment in the Creative Arts Therapies: Designing and Adapting Assessment Tools for Adults with Developmental Disabilities. *American Journal of Dance Therapy*, Volume 35, Issue 1, pp 84–86.

Junyu Zhao, Hong Li, Rong Lin, Yuan Wei, Aiping Yang (2018) Effects of creative expression therapy for older adults with mild cognitive impairment at risk of Alzheimer’s disease: a randomized controlled clinical trial. *Clinical Interventions in Aging* 2018:13 1313–1320.

Grafici e Tabelle

Tabella 1 Struttura in cui si trova atelier /laboratorio (% su totale delle schede pervenute)

CPS	24	11.5%	
Centro Diurno	95	45.7%	
Day Hospital/Mac	4	2%	
Strutture residenziali SPR1/SPR2	34	16.3%	
SPDC	8	3.8%	
Da più strutture	37	17.8%	24 (SPR1/SPR2+CD) 4 (SPR1/SPR2+CPS) 9 MISTE
Altro	5	2.4%	Ambulatori, atelier privati sul territorio, università...
Missing	1	0.5%	

Tabella 2

Qualifica del conduttore del laboratorio suddivisa per specifica tecnica					
	arte	musica	danza	Teatro	Totale
"arte"terapeuta specifico	46	17	5	2	70
Artista	17	12	6	18	53
Psicologo	0	1	3	4	8
medico	2	2	0	0	4
educatore prof	6	4	0	3	13
tecnico della riab (TERP)	17	2	5	2	26
infermiere	2	0	0	2	4
AS	1	0	0	0	1
terp+psicologo	2	0	0	0	2
logopedisti	0	2	0	0	2
altro	0	0	0	2	2
	93	40	19	33	185

Tabella 3

Formazione	arte	musica	Danza	teatro	totale
scuola triennale/quadiennale	37	11	6	1	55
formazione artistica	19	15	6	22	62
formazione artistica + scuola	32	11	7	5	55
terapeutica artistica	18	0	0	0	18
altro	3	2	0	1	6
nessuno	2	1	0	4	7
totale	111	40	19	33	203

Grafico 1 metodologia di relazione con utente e equipe – dato espresso in %

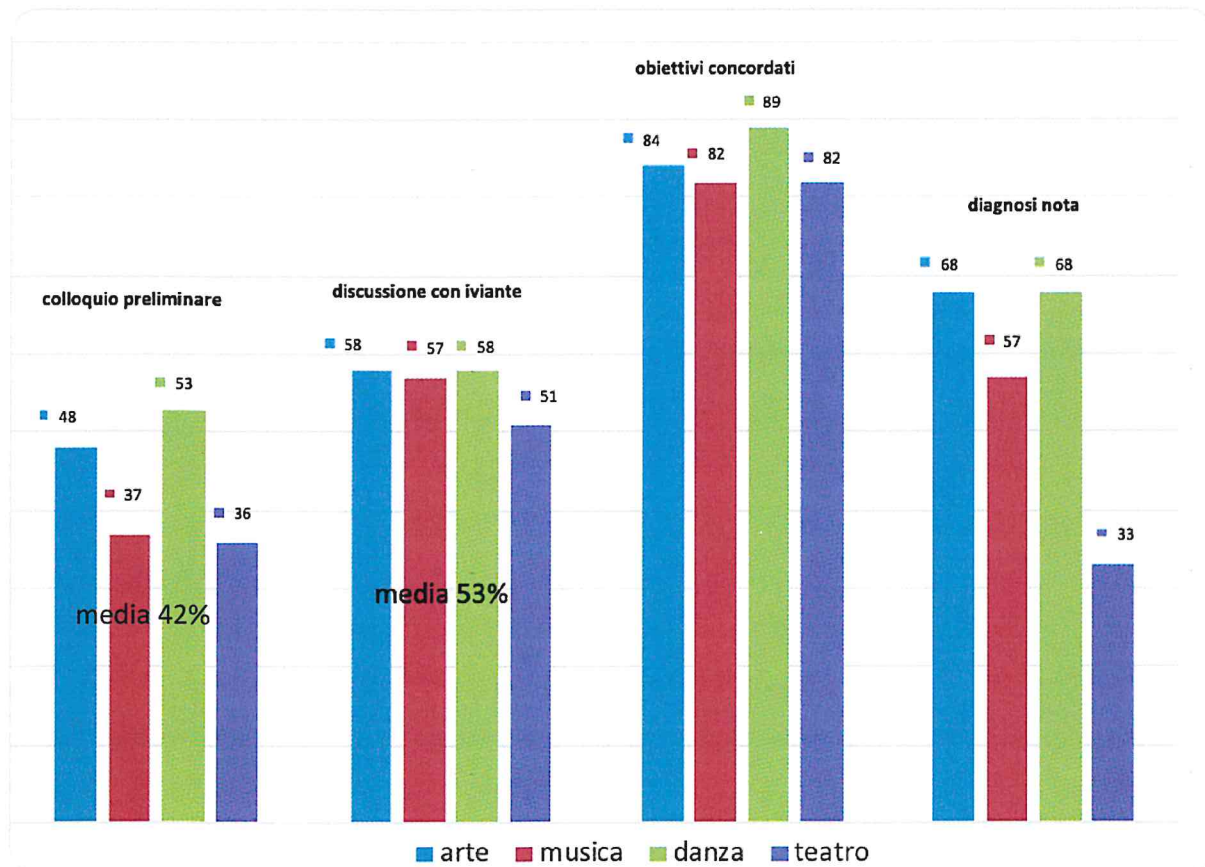


Grafico 2 : Metodo di valutazione del progetto terapeutico

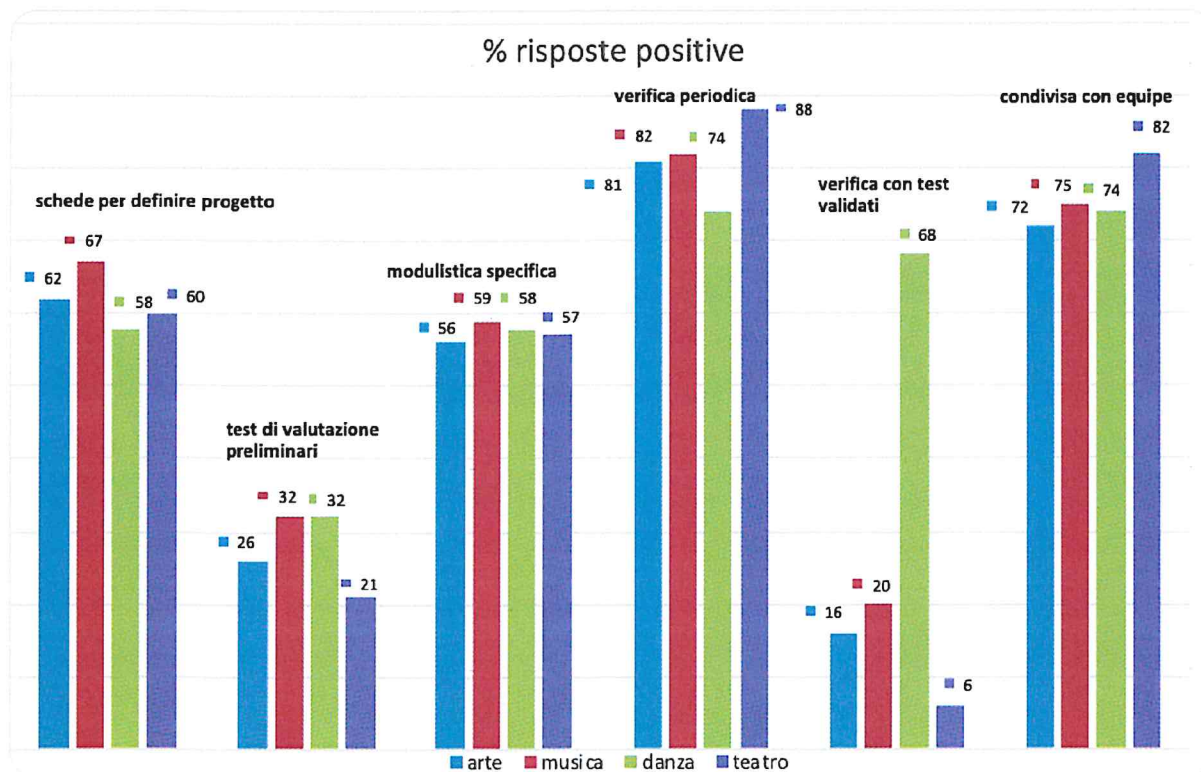


Grafico 3 registrazione attività con sistema informatizzato (Psicheweb)

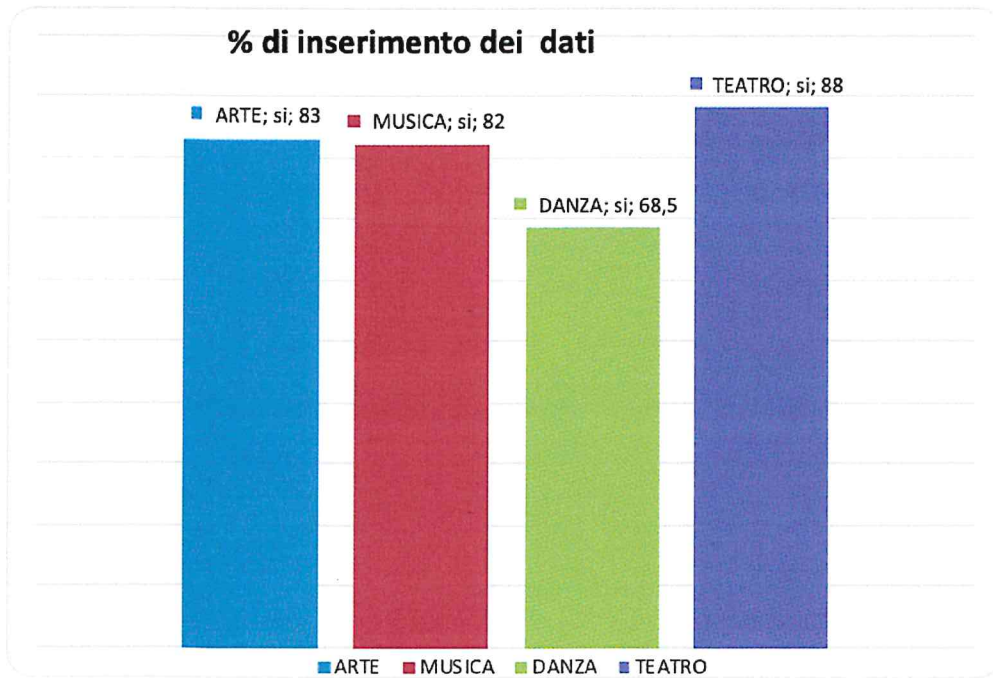


Grafico 4 quale operatore inserisce i dati

