

Errepiesse

Rivista su una via italiana alla
riabilitazione psicosociale



QUADRIMESTRALE

ANNO I - N°1 - DICEMBRE 2007

Sommario



PRIMA PAGINA

- Editoriale.
- Programma preliminare del Congresso Nazionale 2008.

LA VIA ITALIANA

- Residenzialità riabilitativa in psichiatria.
- La riabilitazione psicosociale nelle strutture semiresidenziali. Il lavoro nei centri diurni.
- La formazione nelle riabilitazione psicosociale: un work in progress.

IL LAVORO E I SERVIZI

- L'uso partecipativo del video in riabilitazione di Bruno Gentile e Renzo Cevro Vukovic

LE REGIONI

- Giornata di studio della SIRP - Regione Lazio.

RECENSIONI

NORME REDAZIONALI

ARCHIVIO

SCARICA LA RIVISTA

- Presentazione.

- Il rapporto tra pubblico e privato.

- Integrazione socio - sanitaria in psichiatria. Applicazione della 328.

- Danzare per aver cura di sé di Cristina Bellazzecca e Valentina Caggio

- Neuroscienze e riabilitazione psicosociale - 6 Dicembre 2007.

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Rabboni

COMITATO DI REDAZIONE
Consiglio Direttivo Società Italiana di
Riabilitazione Psicosociale (S.I.R.P.)
Sezione della Società Italiana di Psichiatria

Presidente: M. Rabboni
Past-President: B. Carpiello
Presidente Onorario: L. Burti
Consiglieri Onorari: F. Pariente, M. Casacchia, G. Ba, F. De Marco
Vice-Presidenti: † S. Cotugno, R. Roncone
Tesoriere e Segretario Generale f.f.: B. Gentile
Coordinatore delle Sezioni Regionali: G. Saccotelli
Consiglieri: A. Albera, F. Barale, L. Basso, C. Bellazzecca, F. Catapano, E. Goldfluss, N. Gomez, S. Guelfi, S. Lupoi, F. Pesavento, P. Pisseri, M. Rigatelli, I. Rossi, R. Sabatelli, D. Sadun, E. Tragni, A. Vita
Delegato S.I.P.: P. Peloso
Revisori dei Conti: M. Bellini, M. Peserico, C. Viganò
Segretari Regionali
Abruzzo: M. Casacchia
Calabria: M. Nicotera
Campania: G. Corrivetti
Emilia-Romagna: F. Alberoni
Lazio: J. Mannu
Lombardia: M. Clerici
Liguria: L. Gavazza
Marche: E. Alfonsi
Molise: S. Tartaglione
Piemonte: A. Pellegrino
Puglia: G. Saccotelli
Toscana: C. Rossi
Triveneto: D. Lamonaca
Sardegna: A. Baita
Sicilia: D. Labarbera

SEGRETERIA DI REDAZIONE
Antonella Baita, Cristina Bellazzecca,
Lorenzo Burti, Bruno Gentile

Casa Editrice Update International
Congress SRL - via dei Contarini 7 - Milano
Registrazione Tribunale Milano n.636 del
18/10/2007

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente
le opinioni degli autori.

 JANSSEN-CILAG SpA

*L'immagine in copertina, intitolata "Le stelle"
- autore: panajotis, è stata realizzata
all'interno del centro salute mentale di Vicolo
Terese del 1° servizio psichiatrico di Verona
in collaborazione con il pittore Luigi Scapini.
Il laboratorio si è svolto nel periodo
novembre 2002 aprile 2003.*

Editoriale

di Massimo Rabboni

Costruire e trasmettere conoscenza, a partire tanto dall'esperienza quotidiana quanto dalla riflessione teorica, rappresentano obiettivi costanti e condivisi di ogni società scientifica. Nella tradizione ormai ventennale della SIRP, però, questi obiettivi sono venuti assumendo un rilievo ed un peso particolari in considerazione dei numerosi e veloci cambiamenti di idee, concezioni e pratiche intorno al prendersi cura di soggetti in difficoltà. Cambiamenti che hanno quindi chiesto e sollecitato la costituzione di una fitta rete di scambi fondando una particolare ricchezza partecipativa sul costante dibattito intorno alle pratiche della cura; tanto da divenire, questo dibattito sul "fare pensato" e sulla "riflessione per meglio fare", temi per una riflessione congressuale(1).

Abbiamo del resto più volte ricordato e sentito ricordare quanto, in riabilitazione psichiatrica e psicosociale, siano cruciali queste tre dimensioni del sapere, del saper fare e del saper essere, che devono essere presenti e agite quotidianamente affinché il lavoro non sia un operare "muto e senza parole" e un riflettere "avvolto su se stesso e distante". Dimensioni, quelle del sapere, del saper fare e del saper essere, che fondano la riabilitazione nel contesto di una psichiatria clinica, ma insieme e certamente declinata in ambiti umanistici e sociali, ancorando il riabilitatore alle dimensioni della relazione e dell'empatia, cui la formazione, nel nostro ambito, deve necessariamente tendere.

Particolarmente immersa ed incardinata, per la stessa natura del suo fare, alla struttura della società civile, la riabilitazione psichiatrica risente, più delle branche tradizionali della clinica e della terapia, dei cambiamenti di equilibrio di quest'ultima, tanto da divenire spesso crocevia, non solo delle dimensioni scientifiche, ma soprattutto delle dimensioni organizzative della psichiatria; prima a risentire, in ogni caso, dei mutamenti di assetto istituzionale dei servizi sociali e psichiatrici.

La natura interdisciplinare e multiprofessionale della nostra Società, che testimonia la necessità di correlare e connettere strettamente sguardi, interventi e pratiche comunemente orientate, seppur diverse fra loro, è un elemento che garantisce un prezioso patrimonio scientifico; patrimonio scientifico che chiede di essere continuamente vivificato attraverso una condivisione la più continua, costante e allargata possibile affinché si verifichino da un lato la promozione della capacità di elaborare e generalizzare esperienze e competenze anche da parte di quelle professionalità, tradizionalmente più legate alla dimensione del fare, piuttosto che del descrivere, esperienze e dall'altro l'assunzione, nel fare quotidiano, di suggestioni, indicazioni e riflessioni più riferite all'elaborazione teorica.

In un contesto così dinamico e ricco, la SIRP ha affidato prioritariamente, nel corso della propria storia, ai Congressi, nazionali e regionali, ed ai corsi di formazione il ruolo di supporto e memoria della propria cultura; ruolo che certamente questi eventi hanno svolto, ma che, pur arricchito dalla dimensione di scambio interpersonale che è loro propria, non ha sempre avuto la possibilità di essere portato a memoria in atti a stampa.

Per altro il sapere, anche in quanto elaborazione di una esperienza, o fondato sulla cultura dell'esperienza, risposa elettivamente, ancora oggi, sulla parola scritta: unica capace di sostenere il pensiero, renderlo comunicabile, sottrarlo alle dimensioni dell'effimero ed anche renderlo condivisibile e capace di arricchire chi poi, da destinatario, potrà farsi anche artefice di pensieri nuovi e – almeno qualche volta – liberamente creativi.

La necessità, quindi, di disporre di una rivista dedicata alla riabilitazione psichiatrica, capace di farsi luogo di condivisione, di scambio e di riflessione, abbastanza strutturata da favorire il deposito di riflessioni ed elaborazioni, ma anche abbastanza agile da consentire elaborazioni e condivisioni quasi in tempo reale, è da sempre presente a tutti noi.

Per qualche tempo, grazie principalmente a Massimo Casacchia, la SIRP ha, in effetti, potuto disporre di una rivista(2), non più pubblicata però da diversi anni, a causa delle difficoltà pratiche cui molte riviste scientifiche tradizionali sono andate incontro.

Così, preso comunque atto del mutare dei tempi, ed archiviata definitivamente l'idea di una rivista

su carta, ho pensato e proposto l'idea di una rivista on line, capace di accogliere una ricca messe di contributi, ma anche di una diffusione capillare tra tutti gli interessati, senza costi che la nostra Società non si potesse assumere stabilmente. È nata così l'idea di "ERREPIESSE – Rivista su una via italiana alla riabilitazione psicosociale", di cui oggi festeggiamo il primo numero.

La rivista sarà quadrimestrale, con numeri articolati in rubriche non fisse, ma aperte in considerazione della ricca e stratificata compresenza di più sguardi e letture di cui dicevo già sopra; chiede a tutti i soci, ed anche a tutti coloro che siano interessati, la disponibilità a contribuire con propri lavori; potrà essere stampata dal sito, ed essendo regolarmente registrata presso il Tribunale di Milano, avrà, anche per fini legali, lo stesso valore di una rivista edita solo a stampa. Sarà, per intanto, in italiano, anche se stiamo esplorando la possibilità del raccordo con piattaforme internazionali, che ci diano la possibilità di rendere questa nostra "via italiana" visibile e leggibile almeno quanto i contributi provenienti dal mondo anglosassone.

L'articolazione in rubriche di ogni numero sarà, come dicevo, naturalmente flessibile, in relazione ai contributi che saranno pervenuti; evidentemente, la fortuna di ogni rivista si basa sui suoi lettori, ed è per questo che desidero invitare tutti i colleghi a scrivere per "ERREPIESSE" ed a leggerla, contando anche sul rilievo del costante aumento, negli ultimi mesi, del numero di contatti al sito Internet della SIRP.

Il numero odierno contiene, tra l'altro, i documenti scientifici elaborati nel corso del tempo dalla Società sui temi della residenzialità e semiresidenzialità riabilitative, della formazione, del rapporto pubblico privato e delle intersezioni tra sociale e sanitario, che, dopo essere stati oggetto di ampie e condivise riflessioni prima in Direttivo e poi nei Congressi vedono oggi la luce anche a stampa. Con l'occasione, un ringraziamento particolare a tutti coloro che hanno contribuito alla stesura ed al commento di questi testi, accanto ai coordinatori dei gruppi di lavoro che hanno materialmente provveduto alla redazione.

A "ERREPIESSE", l'augurio di una felice navigazione; ai colleghi ed a tutti i lettori gli auguri di un sereno e proficuo lavoro, vicini ai pazienti per i quali, in realtà ed infine, questa rivista oggi nasce.

- (1) M. Rabboni (a cura di) Sapere e saper fare. Costruzione e trasmissione di conoscenza in riabilitazione psicosociale. Pacini Editore, Pisa, 2005
- (2) Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale. Casa Editrice Idelson, Napoli

Presentazione

di Lorenzo Burti

Buon compleanno, Sirp! Passato e presente. E qualche spunto per il futuro.

Quest'anno sono vent'anni per la Sirp, da quando, un freddo pomeriggio del febbraio 1987 un gruppetto di ardimentosi operatori della psichiatria si presentò davanti ad un notaio per fondarla. Nasceva come sessione speciale della Sip ma, udite udite, poteva accogliere tra i suoi soci anche non medici, anche non professionisti, ma studenti, familiari e utenti stessi.

I tempi erano perfettamente maturi. La riforma psichiatrica del 1978 aveva già superato l'età della ragione e aveva anche portato davanti gli occhi di tutti la *nuova cronicità* con la quale i servizi si stavano confrontando. Così, più o meno rudimentalmente, i servizi attuavano dei programmi di riabilitazione senza, talora, chiamarla tale ma, memori dei tempi passati, xxxxxxxx-terapia (arteterapia, ludoterapia, ippoterapia...) attribuendole funzioni terapeutiche, che *non pretende* di avere, e caratteristiche di intrattenimento, che *non dovrebbe* avere.

La Sirp ha quindi coagulato idee, contesti, operatori attorno ad un termine relativamente nuovo nella psichiatria nostrana ed ha giocato, all'inizio, un ruolo importante nel definire della riabilitazione ambiti, radici epistemologiche, funzioni e obiettivi e soprattutto nel promuoverne la diffusione.

Il successo della nuova società fu travolgente: il numero degli iscritti crebbe rapidissimamente e ben presto fu necessario articolarsi in sezioni regionali. I congressi, a frequenza biennale, godettero di amplissima partecipazione e divennero un appuntamento atteso, che scandiva l'evolversi stesso della riabilitazione psichiatrica nel nostro paese.

Ne è passata d'acqua sotto i ponti dal primo congresso di Verona nel 1988 quando la riabilitazione si interrogava sulla sua identità. Ora è chiaro che la riabilitazione non ha certo problemi d'identità, anzi è così forte che discipline altre cercano di embricarsi e di occupare suoi spazi sotto il profilo professionale, che significa soprattutto come ambito lavorativo.

Ha chiari anche gli ambiti d'intervento, forse li ha fin troppo chiari, da un certo punto di vista: una disciplina fortemente strutturata rischia di irrigidirsi in schemi ripetitivi e istituzionalizzati. A vent'anni di distanza la riabilitazione si può a buon diritto dichiarare consolidata dal punto di vista delle basi teoriche e capillarmente diffusa dal punto di vista applicativo. Lo è anche dal punto di vista della professionalità. La figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica è entrata a buon diritto nel novero delle professioni sanitarie e in ventuno università esiste il relativo corso di laurea triennale. Purtroppo, non esiste ancora una normativa nazionale che contempli tale figura nei ruoli del comparto sanitario e ricade quindi sulle regioni e sulle singole Ulss il compito di inserirla a titolo sperimentale per poter poi espletare i concorsi.

Ma non è però il caso di dormire sugli allori: ci sono ancora ampie aree di ritardo. Una di queste è senz'altro rappresentata dalla ricerca empirica. Manca ancora l'evidenza sull'efficacia di diffuse pratiche riabilitative: anzi è più semplice dire che solo poche tecniche di tipo cognitivo-comportamentale passano il test dell'evidenza scientifica, ma al prezzo di obiettivi modesti e molecolari che possono soddisfare gli stringenti criteri degli studi empirici. Per esempio, non è empiricamente dimostrata l'efficacia dei centri diurni, semplicemente perché mancano studi rigorosi. È quindi il caso di potenziare la ricerca sull'efficacia e l'efficienza.

Cosa ancora? La grande opportunità, assolutamente attuale (vedi la conferenza di Helsinki dei ministri europei sulla salute mentale:

http://www.euro.who.int/mentalhealth/publications/20061124_1), è offerta da una caratteristica fondamentale della riabilitazione: il coinvolgimento intenso degli utenti. Perché la riabilitazione non si riferisce solo alla cura della disabilità, ma anche alla restituzione dei diritti perduti. Quindi la riabilitazione psichiatrica ha e deve avere un ruolo fondamentale nella promozione degli utenti e delle loro famiglie e nella lotta allo stigma.

Rimane da chiedersi: non *dove va ora la riabilitazione*, ma *cosa* è importante istituire a valle della riabilitazione.

L'esperienza quotidiana degli operatori della psichiatria territoriale è di confrontarsi con utenti che rinviando costantemente alla complessità *a tutto tondo* tipica dell'essere umano, che solo a fatica si riesce a costringere negli schemi diagnostici della nosografia corrente. Non solo: ma soprattutto gli utenti multiproblematici fanno fatica ad accettare i percorsi di recupero strutturati e formalizzati, tipici dei servizi psichiatrici e rifiutano o abbandonano il trattamento, che considerano per loro non rilevante ed appropriato, o semplicemente troppo rigido.

Affrontare la complessità significa non solo favorire percorsi riabilitativi ma anche operare per la realizzazione concreta dei desideri e delle aspettative dei nostri pazienti. Tale impresa richiede, a fianco e ad integrazione di risposte formali già collaudate, l'introduzione di strumenti più flessibili, immersi nella vita quotidiana delle persone, caratterizzati dalla definizione partecipata dei bisogni, dall'autopromozione e dall'auto-controllo; richiede, cioè, un approccio teorico-strumentale-organizzativo che sappia far riferimento alla cultura e alla pratica del *lavoro di rete*, con l'impiego di una gamma d'interventi e prestazioni fra loro collegati che utilizzino sia strumenti di tipo istituzionale, formale, che legami deboli di natura informale.

Nel contempo, non dobbiamo dimenticare, come già accennato, che oltre al recupero di abilità perdute, la riabilitazione si preoccupa anche del recupero dei *diritti* perduti operando con interventi di politica sociale contro il pregiudizio e la discriminazione. Grazie alla demanicomializzazione e alla riforma psichiatrica i malati mentali hanno finalmente riacquisito il diritto di cittadinanza. Ora si tratta di dare corpo, di costruire materialmente questi diritti per evitar loro di rimanere fruitori passivi di erogazioni assistenziali e quindi cittadini marginali. Due iniziative hanno mostrato di essere efficaci in questo ambito: l'impresa sociale e l'auto/mutuo-aiuto.

L'*impresa sociale* estende e completa l'approccio tipicamente italiano delle cooperative di lavoro. Si propone di offrire all'individuo ipodotato la qualificazione necessaria per svolgere poi un lavoro produttivo e remunerato nella cooperativa stessa e soprattutto per sviluppare la sua imprenditorialità. Lo introduce cioè da *protagonista* nel mercato del lavoro.

L'*auto/mutuo aiuto* (self-help) psichiatrico si propone obiettivi di emancipazione degli utenti operando autonomamente o in collaborazione con i servizi psichiatrici. I principi base sono i seguenti: l'iniziativa è gestita dagli utenti, la partecipazione totalmente volontaria, la gerarchia minima. Gli eventuali operatori psichiatrici sono responsabili verso gli utenti, ma questi ultimi mantengono responsabilità e controllo assai maggiori che non in un servizio tradizionale. L'approccio è generalmente non-medico e mira a stimolare appoggio e assistenza reciproci, autoconsapevolezza, autodeterminazione, responsabilità, autonomia.

Gli interventi possono articolarsi sia nella *rete formale* che in quella *informale*.

Rete formale: presuppone la collocazione delle strutture riabilitative nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale che garantisce la *presa in carico* longitudinale, cioè in regime di continuità terapeutica, degli utenti del territorio di competenza, assicurando l'integrazione degli interventi e dei servizi. Si avvale di strutture residenziali e diurne e inoltre di ambienti esterni ai servizi stessi in quanto facenti parte del contesto sociale allargato. Più ricca è la rete, più potenzialità e occasioni riabilitative sono presenti. Per quanto articolate ed integrate siano le nostre proposte, esse rischiano però di porsi sempre in uno "spazio separato", se non trovano collegamenti con il protagonismo della persona e con la realtà sociale ed il paziente, ancorché *tecnicamente riabilitato* fatica a trovare opportunità di reinserimento reale nella società esterna. Tale sistema è *formale* nel senso che è specializzato quanto a funzioni che adempie e a soggetti destinatari. Le prestazioni che eroga sono definite da *codici* che ne delimitano il campo di intervento.

I principali punti di crisi che hanno caratterizzato il sistema formale di aiuto dipendono:

- dalla difficoltà a differenziare oltre un certo limite la gamma delle proprie prestazioni nella propensione a fornire risposte diverse a bisogni diversi, soprattutto quando questi si caratterizzano come immateriali e soggettivi;
- dalla difficoltà a tenere insieme livelli sempre maggiori di specializzazione tecnica o di razionalizzazione burocratica dei Servizi con la necessità di mantenere vivo il *senso umano* negli

atti erogatori delle prestazioni. Il processo di differenziazione e di specializzazione dei servizi e delle professionalità è una, ma non la sola, variabile importante nel determinare il benessere sociale. Vi è un limite oltre il quale la rete delle strutture organizzate di servizio non può espandersi: anche ammesso che vi siano le risorse economiche sufficienti, vi saranno sempre bisogni che cadranno a vuoto fra le maglie di questa rete.

Le prestazioni dirette vanno particolarmente in crisi quando l'azione terapeutico-riabilitativa implica tendenzialmente la trasformazione della persona.

Reti informali: è l'insieme delle relazioni interpersonali che gravitano e che si intrecciano attorno alle persone (relazioni familiari, parentali, amicali, di vicinato, di auto-mutuo-aiuto) all'interno delle quali si mobilitano le risorse che assicurano sostegno, protezione contro gli stress nonché eventuale riparazione di disagi o risoluzioni di problemi di vita. C'è un prendersi cura di gran parte dei bisogni o dei problemi che non si attiva per interventi specifici, ma per l'interessamento, le sollecitudini o le preoccupazioni di chi è ad essi più direttamente (personalmente) collegato, a partire dai soggetti stessi portatori dei bisogni. Il lavoro di rete punta a riconoscere, valorizzare, potenziare l'area dei rapporti informali e ad implementarne la messa in rete con il sistema formale di aiuto.

L'ottica di rete: è in grado di cogliere l'intreccio delle risorse formali ed informali; non si interessa direttamente delle patologie ma considera gli effetti di queste sulla vita delle persone; persegue l'emergere e la realizzazione del possibile; pensa in termini di risorse che esistono in ogni persona della comunità; considera l'utente come portatore del disagio ma, nello stesso tempo, della sua soluzione; considera le risorse dell'utente e quelle più vicine di quanti gli sono accanto (fino ad arrivare alle stesse risorse istituzionali) come un *unicum* ecologico, un sistema interconnesso di vasi comunicanti.

La caratteristica principale che richiede all'operatore è quella di saper operare una *presa in carico di percorso e processi* e di fungere da *guida attiva* piuttosto che da case manager. Non *invia*, quindi, ma *accompagna* il paziente lungo i segmenti della rete, attraverso i nodi, nel suo percorso individuale, sostenendolo temporaneamente fino a che non riuscirà a proseguire con i suoi mezzi. Ancora una volta balza in primo piano l'importanza della relazione operatore-utente che, oltre a garantire supporto e motivazione, offre un affiancamento attivo nel periglioso traghettaggio dal setting terapeutico-riabilitativo alla sponda della piena cittadinanza.

Si ringrazia il Dott. Ernesto Guerriero per il contributo sulle *Reti*.

Programma preliminare congresso Sirp - Maggio 2008

IX CONGRESSO NAZIONALE SOCIETA' ITALIANA DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE Sezione speciale della Società Italiana di Psichiatria

Puglia, Bari - 26/27/28/29 maggio 2008

“La RPS tra necessità e possibilità: modelli, vincoli e risorse”

La Psichiatria di Comunità, introdotta in Italia con la L.180/78, ha realizzato gradualmente in questi ultimi decenni numerosi passi avanti e conquiste, tra cui le più significative sono:

- la dipartimentalizzazione dei Servizi di salute mentale e la loro diffusione sul territorio nazionale;
- la responsabilità pubblica della presa in carico del paziente grave anche se l'erogatore è privato;
- la territorializzazione dell'intervento e la tutela dei diritti civili e sociali degli utenti;
- il lavoro di équipe, l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, la centralità del paziente e della sua soggettività, la continuità assistenziale;
- la precocità dell'intervento, l'atteggiamento attivo nei confronti dell'utenza, gli interventi di sostegno per i familiari;
- la lotta allo stigma ed alle istanze sociali tese ad isolare i malati di mente entro istituzioni chiuse, l'integrazione sanitaria e socio-sanitaria.

La RPS, quale funzione sanitaria specifica fortemente integrata con la cura e coerentemente inserita nel modello di Psichiatria di Comunità, ha assunto un suo ruolo preciso nel trattamento della patologia psichiatrica. Ha superato l'ambigua collocazione tra le pratiche aspecifiche e socioassistenziali, si è collegata col contesto sociosanitario promuovendo una nuova cultura in relazione alle fragilità.

La RPS si colloca però sempre entro dinamiche economiche, sociali, culturali, all'interno di un preciso momento storico caratterizzato da:

- aumento della fragilità del sistema familiare, rottura delle reti sociali tradizionali, crescente precarietà del mondo del lavoro, diffusione di comportamenti al limite dell'antisocialità ed aumento dell'insicurezza sociale percepita;
- esaurirsi della cultura solidaristica ed antirepressiva degli anni '70 di cui i Servizi psichiatrici avevano certamente beneficiato collocandosi dentro una dinamica socio-economica che riconosceva il diritto di tutelare la salute mentale nei propri contesti di vita;
- forti spinte al riduzionismo, alla semplificazione ed alla stigmatizzazione; nuove attese sociali a riattribuire ai Servizi competenze di controllo e a delegare la risoluzione di ciò che è problematico. A livello dei Servizi registriamo indizi della presenza di un gap tra modello organizzativo teorico e prassi consolidate ed una distanza tra un pensiero clinico e tecnico evoluto ed un pensiero organizzativo fragile che non permette l'utilizzo nei contesti concreti delle metodologie tecniche
- interventi tardivi, ricorso alla residenzialità a tempo protratto;
- mancanza di una reale fiducia nel territorio come luogo di cura ed inclusione;
- eccessiva sanitarizzazione degli operatori e degli strumenti di cura, scarsa utilizzazione di interventi riabilitativi strutturati e validati, debole cultura della valutazione
- al posto dell'integrazione pubblico-privato a volte osserviamo lo svilupparsi di due circuiti paralleli e separati, uno pubblico e l'altro privato, col rischio dell'abbandono dei pazienti;
- sensazione di “assedio” degli operatori che, nella scarsità delle risorse, devono affrontare nuovi “bisogni” di salute e nuove attese sociali;
- difficoltà a riappropriarci di fasce di utenza e problemi prima rimossi quali il paziente autore di reato, la questione dell'OPG e la riduzione del drop-out.

Come conciliare la limitatezza delle risorse e la risposta anche ai nuovi bisogni? E' possibile individuare delle priorità di cui farci carico? Come riappassionare i professionisti e motivarli ad attaccarsi maggiormente all'oggetto di lavoro? Come far sì che meccanismi di inclusione non si traducano in meccanismi di controllo sociale? RPS terminabile o interminabile? Come stare all'interno dei processi di aziendalizzazione rispettando la soggettività del paziente? Il Congresso nazionale S.I.R.P. è un momento per fare il punto sullo stato delle cose, per confrontarci sulle

criticità, sui vincoli e sulle risorse, per non rassegnarci alle cose così come sono e per individuare possibili piste per tradurre i valori fondanti della RPS di Comunità nella società contemporanea.

Programma preliminare

26.05.08

Ore: 13,00: Apertura iscrizioni.

14,30-16,00: Corsi formazione ECM.

16,00: Sessione plenaria. Cerimonia d'apertura.

Introduzione ai lavori.

Saluto delle autorità.

17,30-20,00: Sessione plenaria. L'evoluzione della RPS nel contesto del DSM e della Sanità italiana.

Lettura magistrale: L'evoluzione della RPS in un contesto sociale e sanitario in cambiamento.

Modelli organizzativi del DSM per la RPS precoce e la prevenzione della disabilità.

La formazione degli operatori.

20,00-20,30: discussione.

Cocktail di benvenuto.

27.05.08

8,00-9,30: Corsi ECM

9,30-11,15: Sessione plenaria. "Modelli organizzativi e processi riabilitativi".

Tavola rotonda: Integrazione pubblico-privato: modelli organizzativi a confronto.

Lettura magistrale: "Progettazione e gestione organizzativa per promuovere la RPS".

11,15-11,35: discussione.

11,35-11,45: pausa

11,45-13,30: Sessione plenaria. Nuove domande e nuove sfide della RPS:

Interventi: la RPS in ambito carcerario e la presa in carico dei pazienti autori di reati, emigrazione e sfida della interculturalità, doppia diagnosi ed i disturbi di personalità, l'amministratore di sostegno.

13,30-14,00: discussione.

14,00-15,30. Lunch.

15,30-17,30: Simposi e tavole rotonde in parallelo.

17,30-19,30: Sessione plenaria. Neuroscienze e RPS.

Lettura magistrale.

Interventi.

19,30-20,00: discussione.

20,00-21,30: Sessione plenaria. Assemblea soci per elezione nuovo direttivo.

28.05.08

8,00-9,30: Corsi ECM

9,30-11,30: Sessione plenaria. Modelli tecnico-scientifici e luoghi della RPS.

Interventi.

11,30-12,00: discussione.

12,00-12,15: pausa.

12,15-13,30: Plenaria: La valutazione.

Interventi.

13,30-14,00: discussione.

14,00-15,30. Lunch.

15,30-17,30: Simposi e tavole rotonde in parallelo.

17,30-19,00: Sessione plenaria. Tavola rotonda: Lotta allo stigma, informazione, mass media ed etica.

19,00-19,30: discussione.

19,30: Cena sociale.

29.05.08

8,00-9,30: Corsi ECM.

9,30-11,00: La costruzione della rete.

Interventi: affidamento eterofamiliare, la supported housing, automutuoaiuto, associazionismo.

11,00-11,15: discussione.

11,15-11,30. Pausa.

11,30-13,30. Sessione plenaria. Le politiche di welfare di comunità.

Interventi: integrazione sanitaria, integrazione socio-sanitaria, piani di zona, l'inserimento lavorativo e modelli di valutazione.

13,30-14,00: discussione.

Sono previsti: sessione poster (premio Cotugno), sessione video, simposi paralleli sulle tematiche della giornata.

Segreteria Organizzativa del Congresso
MCC BOLOGNA

Segreteria Scientifica del Congresso
Consiglio direttivo nazionale S.I.R.P.

Presidente del Congresso
Massimo Rabboni

Comitato organizzatore del Congresso
Consiglio direttivo S.I.R.P. Puglia

Presidente comitato organizzatore
Giuseppe Saccotelli

RESIDENZIALITÀ RIABILITATIVA IN PSICHIATRIA

A cura di: Massimo Rabboni, Bruno Gentile

Abstract

The paper gives technical and scientific considerations about rehabilitation in community's residences. The four possible models of rehabilitation in this setting are analyzed, focusing on the prevalence of the "therapeutic living" forms.

The main concepts regarding the "living for therapy" are the daily life and therapeutic climate, the domestic setting and the value of spaces (meant as communicative, symbolic and anthropologic values). After the analysis of the importance of the quick and long setting ambients, this paper gives organizational and structural considerations about the rehabilitation in community's residences.

La residenzialità riabilitativa: considerazioni tecnico - scientifiche

1. Il folle e gli altri: forme di accoglienza sociale della malattia mentale.

La storia sociale della malattia mentale è, da sempre, caratterizzata da due aspetti specifici, di significato diverso, ma di grande pregnanza culturale ed emotiva insieme.

Il primo è rappresentato dalla percezione della follia come malattia assolutamente peculiare: malattia non esistente, come tutte le altre, con una forma oggettiva e descrivibile, in rapporto al soggetto malato; esistente bensì come forma peculiare e specifica di vita, assunta dal soggetto malato nel contesto ed in rapporto con la società e la cultura in cui esso si trova inserito.

Ve ne è poi, in parte come conseguenza, un secondo. Mentre infatti la lettura eziopatologica ed i percorsi terapeutici di tutte le altre forme morbose seguono semplicemente la cultura medico-fisica del tempo, venendo generalmente ogni concezione soppiantata dalla successiva, nel caso della malattia mentale coesistono due percorsi paralleli, ma ben distinti. Il primo resta sostanzialmente assimilabile a quello della medicina generale, di cui segue l'evoluzione: si passa dagli umori, alla possessione diabolica, alle flussioni..., sino alla biochimica cerebrale di oggi, di cui per altro, in quest'ottica, diviene lecito chiedersi che cosa potrebbe essere domani. Il secondo percorso di comprensione e di cura è invece assai più sottile, ed è quello che si fonda specificamente sull'idea di una qualche differenza tra le malattie mentali e le malattie di ogni altra specie.

È un percorso tessuto di tre fili distinti, che sono: 1) la percezione che, comunque, la malattia mentale scaturisce da una intersezione impalpabile ed intangibile, ma non per questo meno reale, tra alterazioni somatiche e rotture e lacerazioni nella trama dell'esperienza biografica; 2) la rilevanza, nella genesi della malattia, delle relazioni con i singoli altri e con la società nel suo complesso, che il paziente intrattiene; tra questi altri, per l'intensità del legame, primi di ogni altro i familiari e gli oggetti d'amore; 3) l'attitudine pragmatica, vero filo rosso che attraversa tutta la storia della follia e della sua cura, ad impiegare, accanto a strumenti di cura legati alla fisicità del corpo, strumenti legati alla vita di relazione ed all'essere sociale della persona.

È in quest'ultimo, specifico ambito che si contestualizza il tema dell'abitare dei folli, pensato come continuamente oscillante tra separazione e prossimità, tra comunanza e segregazione, tra libertà e reclusione. Anche il Narrenschiff è, in effetti, un luogo per l'abitare dei folli, trascorrente e tangenziale; separati dall'acqua, in un contatto possibile con ogni luogo ed ogni città, ed insieme lontani da ogni appartenenza e da ogni comunità. Le alternanze saranno costantemente tra segregazione istituzionale, a fronte del prevalere di una necessità di protezione della società dei buoni da questo germe di degenerazione (senza differenze tra concezioni medioevali, e tempi a noi assai vicini); reintegrazione sociale, a fronte tanto di ragioni etiche, quanto di ragioni tecniche, pertinenti al campo della cura e della riabilitazione; recupero di spazi intermedi, rispettosi della malattia, ma non dipendenti da essa, in cui i malati potessero vivere non una vita normale, ma secondo le regole della vita normale. Uniche costanti, tra molte declinazioni, l'idea che il folle, per guarire, dovesse lasciare la propria famiglia per non farvi ritorno, se non dopo molti anni, e quella che il suo stare, risiedere, abitare, vivere quotidiano dovesse essere vigilato e presidiato, come

facente comunque parte, in modo essenziale, della cura. Necessità di stare come dentro ad altre famiglie, che sanno tenere il malato, perché sono diverse da quella in cui si è compiuta la rottura; famiglie diverse, ma evocanti quella originaria; percorso di uno stare lontano dalla Famiglia, per poter tornare in famiglia.

2. “Abitare per la cura”: reclusione, residenzialità, comunità

In questo ultimo aspetto si installa l'origine dell'abitare in un luogo e con persone determinate - la residenzialità terapeutica, appunto - come metodo di cura per la follia costantemente affermato.

Questa oscillazione tra polarità contrapposte, ma anche costantemente copresenti è del resto centrale, oggi, nel dibattito relativo alla definizione stessa di “comunità terapeutica”, ma soprattutto in quello relativo all'effettivo ed univoco sovrapporsi dell'idea di comunità a quella, sentita da molti come assai più ampia, di un “abitare terapeutico”(1), ossia di un possibile uso terapeutico e riabilitativo della residenzialità non necessariamente correlato ai canoni classici di Jones e Rapoport, ma, per esempio, orientato in un'ottica educativa, secondo il modello interazionista/costruttivista, di matrice vigotzkiana(2).

La comunità non è quindi una conseguenza né dell'esistere del manicomio, né della sua dissoluzione; e questo rimane vero, anche se in Italia l'esperienza basagliana ha fatto della contrapposizione tra spazi istituzionali e spazi comunitari di vita (ma in questo senso, la comunità terapeutica è davvero così lontana dall'essere un'istituzione?) il fulcro forse più importante della sua teoresi.

Un altro aspetto peculiarmente costante della residenzialità terapeutica è poi sempre stato quello del temperare, verrebbe da dire come condizione necessaria per la sua stessa esistenza, collocazione ed appartenenze pubbliche e private. Tutte le possibili declinazioni di rapporto sono rintracciabili nella storia; da strutture puramente private, in contrapposizione al pubblico, a strutture pubbliche, inserite in contesti sociali privati, a situazioni private, ma sostenute da un vastissimo consenso sociale, che di fatto le norma (è per lo più il caso delle strutture rette da confraternite religiose), fino a microrealtà private, in cui il pubblico si fa presente unicamente come *frame* normativo e, spesso, come sostegno economico.

In sintesi, i modelli di residenzialità riabilitativa storicamente e concettualmente definibili appaiono essere quattro:

1. quello di tipo custodialistico, segnato da un'idea di permanenza molto prolungata o indefinita, caratterizzato dalla mancanza di evolutività, nonché da una grande distanza e differenza dai luoghi del vivere sociale ordinario; si tratta di un modello che oggi trova una sua nuova affermazione, ma che è certamente da respingere;
2. quello di tipo “politico”, di matrice rapoportiana, affermatosi nel nostro paese sulla necessità di determinare la dissoluzione del sistema manicomiale, fondato sull'idea della comunità come luogo di elaborazione sociale, che appare oggi molto datato e di difficile riproposizione;
3. quello del luogo contenitore, in cui lo sfondo dell'abitare riveste una importanza marginale, rispetto a tutte le attività riabilitative strutturate, in massima parte gruppali, che nel suo interno si svolgono; si tratta tipicamente di strutture fondate su un modello di tipo cognitivo-comportamentale;
4. quello, infine, dell'“abitare per la cura”, in cui il fatto stesso di abitare un luogo, all'interno di una cornice accuratamente presidiata, esplica una funzione riabilitativa, fondata sul concetto di quotidianità strutturante.

Esistono, ovviamente, altri modelli concettuali di organizzazione di una struttura comunitaria – solo per esempio, tutti quelli riconducibili alla psicodinamica psicoanalitica; si tratta però di modelli che non verranno qui trattati, in quanto orientati molto più verso la cura – gestione del verbale e del simbolico – che non verso la riabilitazione – gestione del reale, e quindi del fare.

Inoltre, dovrà essere affrontato separatamente il tema della semiresidenzialità, che certamente non è riducibile ad una semplice ridotta estensione temporale dei modelli residenziali. La questione della semiresidenzialità come autonoma forma di intervento, espletata per esempio nei Centri Diurni e nei Day Hospital, non verrà qui presa in considerazione, ritenendosi più opportuno che, per l'ampiezza

del tema, esso formi oggetto di un documento separato. Si rileverà invece come, in alcune realtà regionali, ma non in tutte, sia prevista la possibilità che le strutture residenziali pubbliche (raramente quelle private) erogino anche prestazioni di tipo semiresidenziale, che assumono in questo caso caratteristiche congruenti con quelle della struttura residenziale stessa.

3. Dalla comunità alle altre forme di “abitare terapeutico”

Gli sviluppi del concetto di residenzialità terapeutica per le malattie mentali attraversano, naturalmente, tutta la storia della psichiatria moderna, in modo chiaramente strutturato a partire almeno dai tempi della Rivoluzione francese. Tuttavia, il problema di dover trovare un luogo per abitare e vivere ai folli, finalmente liberati dalle catene, assume consistenza autonoma in tempi relativamente più recenti.

Ricorderemo solo due antecedenti significativi: quello di Esquirol che fondava una casa di cura per pazzi abbienti e convalescenti, proprio di fronte al pur riformato manicomio di Bicêtre, chiamandovi il proprio maestro Pinel come consulente; quello, assai meno aneddotico, di John Conolly, che, nel 1856, sancisce la trasformazione del manicomio inglese di Hanwell, da lui diretto, in una comunità terapeutica, attraverso l’affermazione di due principi: il rifiuto della repressione (con la rinuncia ai metodi coercitivi) e la ricerca collettiva del progetto e della soluzione terapeutica, con una modalità che non escludesse dal processo il diretto interessato(3). Conolly sancisce, in realtà, anche un terzo principio, di sorprendente modernità, rappresentato dall’idea che tutti gli ammalati di mente dovessero essere curati -per evitare abusi- in ospedali pubblici, potendo poi essere “riabilitati” in strutture private(4).

In epoca contemporanea, la comunità terapeutica nasce, in effetti, non dalle ceneri del manicomio od in opposizione a esso, ma in positivo, come risposta specifica ad una necessità concreta.

La concezione attuale, su cui si fondano le comunità terapeutico-riabilitative italiane attuali, origina infatti dall’esperienza statunitense e britannica dell’immediato periodo post-bellico, e specificamente dalla necessità di prendersi carico dei numerosi soldati che presentavano, reattivamente alle esperienze di guerra, una serie di disturbi psichici anche gravi, ma per i quali l’internamento in un ospedale psichiatrico tradizionale sarebbe risultato evidentemente incongruo. Confrontati con la necessità di dover curare queste persone, non disponendo di un luogo adeguato, gli Stati Uniti in particolare affrontano la questione in termini molto pragmatici, costituendo le prime comunità – diremmo oggi per patologie omogenee – in cui i pazienti potessero essere aiutati anche sotto un profilo psicodinamico e relazionale; fondate su un paradigma di uguaglianza, le comunità offrono ai pazienti la possibilità di aiutarsi reciprocamente, sulla base della comunanza di esperienze e di disagio, ed anche di trovare un luogo tanto prossimo alla vita normale da evocarla, ma anche tanto lontano da porsi come camera di compensazione tra la guerra e l’ordinaria normalità.

Bisogna attendere però il 1952, perché Maxwell Jones(5), prima del suo ormai paradigmatico testo del 1960, pubblichi un primo saggio che teorizza la funzione delle residenze psichiatriche, fondate sul concetto di apprendimento sociale (“*learning living situation e sensitive training*”) come fonte dei processi di cambiamento generati dalla comunità e, in essa, da ciascuno dei suoi membri (“*self-making*”).

Nella concezione di Jones, e poi di Rapoport(6), cui ancora si informano in parte alcune comunità terapeutiche, questa pratica si appoggia sulla collegialità delle decisioni, sulla riunione di reparto/gruppo, sull’utilizzo di gruppi di lavoro strutturati, sulla condivisione delle esperienze, sulla assunzione di responsabilità reciproche...: come si nota, tutte strutture del con-venire e del constare; figure di corrispondenza, connettivo, idea di *connettersi* a qualcuno; senza dimenticare che comunità e comunicazione hanno a che vedere sia con l’avere in comune, sia (*co-munus*) con il portare un peso insieme.

Il limite di tale concezione, al cui superamento sembra di essere giunti oggi, è quello di considerare la residenzialità riabilitativa comunitaria essenzialmente come partecipazione ad un gruppo terapeutico permanente; valorizzando quindi in massimo grado le relazioni dei pazienti tra loro e con i membri dello staff (ed anche di questi ultimi tra loro), ma sottovalutando tutta quella

dimensione riabilitante propria della pedagogia della quotidianità, del vivere e dell'abitare all'interno di una cornice non più diretta, ma presidiata ed intenzionata a fondare una rinnovata esperienza del reale. Evoluzione questa non casuale, se si pensa che le comunità terapeutiche, nate come si diceva in epoca moderna per trattare reazioni da stress sono oggi quasi ubiquitariamente impegnate nella riabilitazione di pazienti psicotici, all'esordio o cronici, nuovi e vecchi.

Loro limite – e pericolo insieme – la natura appunto permanente del gruppo che, nell'atto stesso di volersi differenziare dall'istituzione totale, di cui intende costituire il superamento, rischia però di accostarsi, là dove di fatto non prevede uscita, né vita “buona” possibile all'esterno della comunità, ad una struttura settaria; in grado sì di far conseguire molti vantaggi al paziente, ma anche pesantemente autoreferenziale.

Lo stesso Basaglia(7), del resto, scriveva chiaramente – a proposito della fondazione delle sue comunità terapeutiche – che l'obiettivo da perseguire era essenzialmente quello della trasformazione dell'istituzione manicomiale (non, quindi, quello della fondazione di un nuovo strumento terapeutico-riabilitativo basato sull'abitare) e che, per conseguire tale trasformazione, che concerneva in effetti i fondamentali stessi della psichiatria, era non solo legittima, ma anche necessaria una fase meramente tecnica, operativa, per la quale doveva essere attuata una sospensione di giudizio rispetto agli obiettivi scientifici di definizione e codificazione della malattia mentale.

È sostanzialmente con riferimento a questi rischi – autoreferenzialità; indeterminatezza della durata dell'esperienza; decontestualizzazione rispetto al sociale ordinario e quindi alla possibilità di rientrarvi; problematicità posta dell'essere comunque nata “contro” – che l'idea originaria di comunità terapeutica si è evoluta ed espansa, consentendoci oggi di parlare di un assai più ampio “abitare terapeutico”.

4. Altre forme di residenzialità riabilitativa: prossemica, quotidianità, collocazione intrasistemica.

In realtà in Italia, negli ultimi anni, il divenire storico della residenzialità psichiatrica ha comportato il proporsi di diversi altri percorsi di approfondimento, centrati sui concetti del *valore prossemico degli spazi*, della *quotidianità* come elemento strutturante l'appropriazione simbolica degli oggetti e della *collocazione intrasistemica* della struttura residenziale all'interno del complesso dispositivo sociale che la sottende, anche solo sul piano strettamente sanitario(8) (9).

Tali concetti, insieme a quello della collocazione in rete dei servizi e soprattutto a quello del “*presidio di residenzialità / comunità protette*”, sono state sin qui pertinenza prevalentemente del percorso storico di crescita delle strutture pubbliche, costituendone un tratto distintivo, come l'esistenza di una specificità di competenza territoriale e come il concetto di continuità terapeutica(10);

è però in atto un profondo processo di revisione, che sta utilmente consentendo ai DSM(a) di mettere organicamente in rete anche strutture private accreditate.

Primo tema caratterizzante questo ambito di residenzialità riabilitativa è quindi quello dell'esplicitazione del valore prossemico, e cioè dei valori comunicativi, simbolici e antropologici, degli spazi. È specifico e proprio di queste strutture e dei loro operatori, almeno a partire dall'ultimo decennio, segnato dalla definitiva risoluzione del problema del manicomio, il proporsi la riflessione, tecnica ed etica insieme, sull'impegno di cura e di riabilitazione della follia (o forse di confronto “con” la follia) attraverso una discussione sui luoghi del farsi del lavoro: luoghi di transito, incontro e impegno, resi significanti da una “prossemica delle emozioni” o a un'architettura delle diverse “distanze” possibili tra utenti e operatori, e quindi degli stili delle relazioni di cura(11).

E perché il luogo implichi un abitare, e non una stabilità stanziale, neghittosa e parassitaria (è la possibilità di andare, che stabilisce un luogo!), è necessario che esso sia attraversato dalla dimensione del transito: il transito è ciò che pone i luoghi in rapporto tra loro, ma anche li fa esistere, come luoghi da attraversare per andare da qualche parte, ed insieme come luoghi di sosta, di riposo ma non di impaludamento, né certo di permanenza indeterminata.

Primo ambito di attenzione, che ha determinato in Italia una fondazione di luoghi della

riabilitazione meno magniloquente di quella rapoportiana, ma forse più consapevole di un modello, e soprattutto di una cultura, assai più irrelati alla tradizione del nostro paese.

Secondo elemento fondante altre categorie possibili di residenzialità riabilitativa, evolute nel dibattito italiano contemporaneo, è la *vita quotidiana*(12) come possibilità di riappropriazione di tutte le capacità fondamentali, degli affetti e dei modi di comportamento di fondo, all'interno della quale prendono particolare significato e valore terapeutico: 1) la spazialità, per l'opportunità che essa offre ai pazienti di avere un luogo di movimenti affettivi e di una possibile riacquisizione del valore simbolico, emotivo e relazionale dell'esperienza dell'abitare, così come teorizzata dalla prossemica e dalla psicologia ecologica; 2) la temporalità e le sue scansioni, che restituiscono al paziente la padronanza cognitiva, operativa ed esistenziale dello stare nel tempo. La quotidianità include anche le attività di vita pratica e la loro necessaria iterazione in ordine alla riconquista della gestione e percezione della propria corporeità funzionale; include anche il "clima affettivo", come esperienza di sfondo alle attività riabilitative, peculiarmente fondante la riacquisizione non delle abilità, ma della motivazione ad esercitarle, verificabile come tale solo in un contesto residenziale ed inclusivo dell'esperienza della condivisione di un con-stare con altri -operatori ed utilizzatori- in una dimensione emotiva successivamente elaborabile.

Include, altresì, il concetto di "*domesticità*", che rappresenta per noi la caratteristica fondamentale di una struttura residenziale ed è essenziale per consentire la riappropriazione, da parte del paziente, dello spazio e del tempo vissuti, la cui interazione, operata fondamentalmente a livello affettivo, permette al malato di recuperare non solo l'identità, ma anche l'unità del proprio Io, ridisegnandone i confini e scandendone il divenire nella propria interiorità; operazione, questa, impossibile nell'area desertificata e fredda della istituzione manicomiale, dove dominavano l'impersonale, l'immobile e l'interscambiabile. Il lavoro che giorno dopo giorno viene portato avanti dagli operatori insieme ai pazienti, in una dimensione che allude quella della casa, dando alla residenzialità una connotazione schiettamente domestica, e quindi emotivamente pregnante, contribuisce a ricomporre e riaggregare lo spazio vissuto, sconvolto dall'esperienza psicotica. La limitazione in estensione e in numero di utenti, che è propria di una struttura comunitaria, impedisce quella dispersione nello spazio e nel tempo dei propri vissuti interni, tipica conseguenza dell'internamento manicomiale a lungo termine, e concorre allo stabilirsi di rapporti interpersonali connotati da una progressiva acquisizione o recupero di modelli comportamentali adattivi, nella misura in cui, evitando la massificazione, si fa appello alla propria individuale responsabilizzazione. Così, in questa stessa dimensione della "*domesticità*", si dà luogo alla riproposizione di funzioni e codici di comunicazione familiare, che possono poi, al termine dell'esperienza comunitaria, essere esportati nel microcosmo della famiglia originaria.

Infine, il terzo elemento storicamente dibattuto nel nostro Paese è costituito dal livello di integrazione della struttura residenziale psichiatrica nel suo ambito di appartenenza, che risulta di fatto definito, nel sistema pubblico, seguendo la teorizzazione di Urie Bronfenbrenner(13).

Nel nostro caso, mentre usualmente il circuito psichiatrico pubblico tende a porsi come autoreferenziale, divenendo quindi esso stesso il macrosistema di riferimento (condizione questa massima all'interno del manicomio), la struttura residenziale psichiatrica pone con forza come proprio macrosistema la socialità estesa e quindi il corpus delle relazioni "normali" ordinarie per la persona in trattamento, pur se filtrate attraverso il sistema sanitario.

Microsistema è, nel nostro caso, il contesto riabilitativo, accogliente in sé la somma delle diadi cliniche classiche (paziente/terapeuta) e delle relazioni che si instaurano tra diversi pazienti, tra i pazienti ed i loro familiari ed anche tra pazienti e soggetti altrimenti esterni all'ambiente immediato di riferimento, che ne divengono partecipi proprio attraverso tali relazioni. Mesosistema è la Unità Operativa di Psichiatria/Dipartimento di Salute Mentale, con la sua pluralità di presidi, di funzioni e talvolta di intenzioni; anche, con la sua rete di relazioni tra operatori, che non sono affatto neutre rispetto all'operare con i pazienti. Esosistema diviene, nel nostro caso, l'Azienda USL/Azienda Ospedaliera, con il suo complesso di regole, aspettative, limitazioni e dimensionamento di risorse, condizionanti l'effettivo operare delle funzioni riabilitative. Il tutto, però, fortemente orientato verso l'esterno, verso il macrosistema sociale di riferimento, cui il paziente, per il fatto di trovarsi in un

percorso di riabilitazione residenziale, non smette affatto di appartenere. Scopo ultimo di quella residenzialità, che rimane comunque inevitabilmente ed incoercibilmente e malgrado tutto istituzionale, dovrà essere allora la propria autodistruzione: solo esplodendo, come ci ricordava già nel 1977 Maud Mannoni(14), un'istituzione può dimostrare di avere davvero esaurito il proprio compito.

A presidiare questo complesso sistema di scatole cinesi è ancora chiamato lo psichiatra, anche se uno psichiatra in grado di contestualizzare la propria identità professionale entro una cornice più latamente umanistica.

5. Residenzialità riabilitativa: il setting ambientale.

Tenendo presenti questi tre elementi di fondazione metodologica – attenzione prossemica, quotidianità, correlazioni e collocazioni sistemiche – avremo definito con estrema chiarezza come, nel tempo, la residenzialità riabilitativa (ma, sotto questo profilo, anche la comunità terapeutica in senso classico) si sia diversificate non solo dal manicomio, ma anche dalle strutture abitative a prevalente connotazione assistenziale, oppure ad orientamento medico internistico; strutture che, pur necessarie per alcune situazioni, evocano quel vissuto di immutabilità dolorosa e di arresto del fluire dei grandi canali del tempo (non dei piccoli: l'attesa della cena può sempre essere molto lunga) che è tipico delle case di riposo per anziani.

Le strutture di residenzialità riabilitativa psichiatrica sono state allora definite come dotate di un loro *setting ambientale*, simmetrico nella definizione a quello relazionale proprio della psicoterapia, ma caratterizzato, in relazione alla funzione riabilitativa, da componenti diverse, quali appunto la prossemica, la quotidianità, la domesticità, il clima affettivo, inteso questo come somma delle aspettative e delle disponibilità di pazienti ed operatori.

Setting ambientale prolungato è quello specifico delle strutture in cui l'abitare, supportando la fondante pervasività delle strutture della vita quotidiana ai fini dell'emersione dell'individuo nella sua pienezza storico culturale sembra comprendere in sé appunto tutti i momenti fondamentali (dal modo in cui viene messo al mondo un individuo, alle cure ricevute, alle relazioni quotidiane richieste e dispiagate per crescerlo come soggetto con una sua identità...) perché avvenga questa emersione al mondo della persona; emersione che porta con sé la costruzione e la definizione di un Sé individuale, culturalmente specificato.

In questo tipo di struttura di riabilitazione psichiatrica, definiamo come domesticità la possibilità di una sufficientemente tranquilla vita quotidiana, nonostante la psicosi: esperienza del vivere in un luogo riscoprendo soprattutto la dimensione degli atti, dei gesti, degli avvenimenti e delle emozioni della vita di tutti i giorni, attraverso negoziazioni, dinieghi, assenze, convivenze, contrarietà, condivisioni con gli altri ospiti e con gli operatori, con il supporto di un contenitore, che a tutto questo conferisca, attraverso i percorsi della interpretazione e della significazione, una intenzionalità riparativa. Luoghi, in altri termini, in cui lo *stare* costituisce la parte prevalente del progetto, ed il *fare* (le attività, le uscite, i gruppi...) costituisce una parte non accessoria, ma certamente derivata dall'esistenza della prima.

Setting ambientale breve è divenuto allora, invece, quello delle strutture, che sono essenzialmente contenitori, il più possibile neutri, della specificità di un lavoro; strutture in cui si va non per stare, ma per fare una attività programmata, ed in cui il contesto è quello proprio della attività (di solito, un gruppo) e non quello proprio del luogo in cui accidentalmente ci si trova.

Definire un setting significa, naturalmente, anche definire compiti e funzioni; l'idea del ruolo essendo ormai scomparsa in nuove ragioni e tensioni che, attraversando i singoli gesti della riabilitazione, ne sono venuti definendo orizzonti di senso prima impreveduti.

Compito dello psichiatra, cui tocca comunque - almeno in esito di una tradizione antichissima - una ineludibile responsabilità, in un percorso riabilitativo residenziale così orientato, sarà quindi quello di dirigere questa somma di relazioni, e dei loro livelli gerarchici di organizzazione, verso un itinerario, di cui lui solo è il garante consapevole, che restituisca storicità ed esistenza al soggetto, non più paziente, in quanto soggetto parlato dal sistema. È del resto intorno al sommarsi di una estrema e diversificata pluralità di esperienze che è nata una nuova clinica psichiatrica: non più

clinica solo del paziente, non clinica del sociale, ma clinica “del contesto”: della trama degli eventi vitali del malato, ma anche del loro accadere entro reti, e soprattutto in luoghi non casuali, e certo non aleatori.

6. Conclusioni.

Dalla somma di queste considerazioni sulle strutture residenziali, o meglio, come si è cercato di dire, sull’abitare terapeutico, sembra di poter trarre poche, lineari conclusioni sotto il profilo tecnico, preludio ai rilievi in tema organizzativo e strutturale.

La prima, è che, beninteso alle condizioni che sono state delineate, sembra superato il pericolo che la rete di residenzialità psichiatrica riassuma una valenza istituzionale, di tipo custodialistico e contenitivo: il terricomio, come è stato definito con parola di inquietante evidenza.

Restano a margine del discorso, in quanto assai difficilmente modificabili in senso strutturale, gli ambiti residenziali destinati, per lo più *sine die*, agli ultimi ex ospiti degli O.P.

Con questo, superato anche il rischio di configurarsi come un mero “contenitore a perdere” del disagio, la residenzialità psichiatrica ha confermato e definito irrevocabilmente la propria vocazione riabilitativa, destinata quindi a percorsi temporalmente limitati e fortemente intenzionati.

Deve essere possibile quindi piena libertà di accesso alla residenzialità riabilitativa: le strutture devono anzitutto esistere, poi essere accoglienti e soprattutto essere parte di un percorso di riorientamento che ne consenta un uso non penalizzante – lontano quindi dal percorso obbligatorio e invariante da strutture più rigide a strutture meno rigide – secondo il modello che configura le strutture residenziali stesse come agenzie di sicurezza, liberamente fruibili in relazione alle necessità.

Del pari, devono essere sin dall’inizio precostituiti i percorsi di uscita: molti pazienti sono in effetti pronti a lasciare le strutture, per rientrare in un contesto sociale, che non è però sempre altrettanto pronto a riaccoglierli. Rimane ancora compito della riabilitazione psicosociale presidiare anche, in tutto quanto possibile, tali percorsi: accanto ai rapporti con le famiglie, anche quelli con le agenzie di collocamento lavorativo e, forse soprattutto, con quelle di edilizia pubblica. Per molti pazienti, infatti, potrebbe essere finito il tempo dell’abitare riabilitativo, ed iniziato quello di un possibile abitare riabilitato, in ordinari contesti sociali.

La residenzialità riabilitativa: considerazioni organizzative e strutturali

1. Il presidio di residenzialità

Elemento importante, tipico dell’assetto pubblico, che potrebbe costituirsi come fortemente innovativo del sistema della residenzialità riabilitativa, è il concetto di *presidio di residenzialità/comunità protetta*, inteso qui come luogo di raccordo di tutte le diverse comunità, e tipologie di comunità, afferenti ad una sola Unità Operativa di Psichiatria.

Il “*presidio di residenzialità / comunità protetta*” che qui si ipotizza verrebbe a rappresentare allora la possibilità per ogni Unità operativa di psichiatria di disporre di singole strutture residenziali, di tipo comunitario, di articolazione estremamente differenziata, sotto numerosi profili:

1. grado di protezione
2. dimensione della comunità
3. periodo di permanenza previsto per l’ospite
4. tipologia di ospiti da inserire
5. finalità.

L’alternativa, di considerare cioè ogni singola struttura residenziale come presidio autonomo, pur se ancora diffusa in Italia, rischia di divenire, col tempo, sostanzialmente insostenibile, sia sotto il profilo tecnico-clinico, sia sotto il profilo economico-gestionale. Se infatti accettiamo l’idea che ogni definizione di ambito produca inevitabilmente un resto di soggetti, che da tale ambito si trovano esclusi, la tipologia di comunità residenziali riabilitative necessarie ad ogni UOP e da includere nel presidio di comunità protette diviene virtualmente infinita.

Semplicemente limitandosi alle esigenze più consuete ed universalmente accettate, ogni UOP dovrebbe allora idealmente disporre di:

1. una struttura residenziale riabilitativa intensiva, per pazienti post acuti, giovani e non deteriorati, con previsione di permanenza intorno all'anno ed organizzazione di tipo comunitario allargato (all'incirca, come è oggi il CRT);
2. una struttura residenziale riabilitativa di tipo comunitario, ristretta -delle dimensioni di un grande appartamento- con un ridotto numero di ospiti, nelle varianti:
 - a basso grado di protezione, per coloro che siano prossimi ad un passaggio a strutture autogestite;
 - ad alto grado di protezione, per coloro che non tollerino ancora l'intensa stimolazione affettiva implicita nel risiedere in una comunità molto numerosa;
3. una struttura residenziale a tipo di "centro crisi", di accoglienza breve, finalizzata al recupero ambientale di situazioni di crisi relazionale ed emotiva insorte nel contesto di vita abituale del paziente;
4. una struttura residenziale a connotazione prevalentemente terapeutica, per le situazioni patologiche non solo schizofreniche, in cui il contesto comunitario possa essere utilizzato come funzione psicoterapica (per esempio, nei gravi e gravissimi disturbi di personalità con orientamento all'agito, oppure nei soggetti con sindromi autistiche divenuti adolescenti o giovani adulti);
5. una struttura residenziale riabilitativa a bassissimo grado di stimolazione per pazienti "neocronici", per i quali cioè la gravità della malattia consenta di prevedere come positivi solo percorsi di riabilitazione estremamente lunghi;
6. una struttura residenziale riabilitativa a più elevato grado di stimolazione, specificamente orientata sulla riacquisizione di abilità pratiche, pensabile anche come residenza permanente almeno per taluni pazienti in uscita dalle strutture degli ex O.P.

È evidente come sia sostanzialmente impensabile ipotizzare che ogni UOP sia effettivamente dotata di tutte le tipologie di strutture citate (non è poi assolutamente difficile immaginarne molte e diverse altre), per giunta in molti casi moltiplicate per più di un esemplare. Impensabile, non solo per ovvie motivazioni di economia sanitaria, ma anche e forse soprattutto per lo sbilanciamento insostenibile che una tale pluralità di presidi verrebbe a creare nelle UOP rispetto ai due versanti della gestione dell'acuzie e della ordinaria assistenza territoriale, sufficiente per un numero comunque molto rilevante di pazienti; impensabile anche perchè ciascuna delle tipologie di struttura residenziale descritta richiede operatori di più profili professionali specificamente ed adeguatamente formati, in grado di operare all'interno di una appropriata -ed adeguatamente presidiata- cornice teoretica(15).

La problematica economica non deve, ovviamente, essere trascurata, considerato il costo mediamente elevato delle strutture riabilitative residenziali. Non si dovrà dimenticare che il costo di intervento delle strutture di ricovero (SPDC) rimane enormemente alto, spesso per giunta con un scarso livello di efficacia, qualora gli SPDC si trovino a dover essere utilizzati per tempi e con finalità improprie, in surrogazione di strutture residenziali.

Ancorché meno evidenti, perchè imputati su capitoli di bilancio diversi, anche i costi delle strutture convenzionate sono notevoli(16) -quanto, anche se in modo diverso, quelli dell'uso improprio degli SPDC- e non trascurabili ove ci si proponga di disegnare correttamente il *budget* di una UOP o, meglio, di un dipartimento di salute mentale; facile vedere come tale tipologia di costo assuma caratteristiche di adeguatezza e di congruità solo se le strutture di cui si tratta sono, indipendentemente dalla loro natura pubblica o privata, incardinate tecnicamente al presidio di residenzialità del DSM.

Da queste premesse, cliniche, economico-organizzative e legislative, è scaturita storicamente, e scaturisce tutt'oggi, sul piano teoretico, in maniera lineare la possibilità di una articolazione dipartimentale, che definiamo "Presidio di residenzialità" unitariamente costituito da tutti i possibili luoghi della riabilitazione residenziale; ipotesi, come si è cercato di delineare, assai suggestiva, perchè collocandoci in un tempo storico ormai fattosi presente, consente di far convivere e di rendere pariteticamente visibili non solo le comunità terapeutiche di stampo anglosassone, ma

anche tutte le forme di residenzialità terapeutica e riabilitativa che, fondate su presupposti teorici diversi, si sono negli anni sviluppate nel nostro paese.

Il presidio di residenzialità costituisce allora l'ambito di appartenenza di tutte le strutture di riabilitazione psichiatrica residenziale dell'Azienda ospedaliera o sanitaria, ovunque ubicate e comunque ordinate, private e pubbliche, nonché di tutte le attività e funzioni che al loro interno si svolgono.

La sua operativa istituzione sembra consentire di ottenere, come si evince da quanto sin qui rilevato, la conciliazione delle contrapposte necessità di mantenere una corretta diversificazione delle strutture, una loro adeguata numerosità, ma anche una loro unitarietà progettuale, tale da consentire l'interscambio il più possibile fluido degli utilizzatori dall'una sede all'altra, a seconda soltanto delle necessità.

In altre parole, il concepire il presidio di residenzialità come una struttura unica consente, generando un contenitore unitario e condiviso, di conciliare, senza evidentemente risolverla, l'aporia posta dall'esistenza di diversi modelli teorici di riabilitazione psichiatrica e psicosociale tra loro irriducibilmente divergenti; conciliazione offerta quindi dalla messa a disposizione di uno spazio/sfondo comune, connotato dalla categoria dell'empatia(17), in grado di intenzionare e, con questo, significare ogni singolo intervento.

Sotto il profilo della "logica affettiva"(18) il presidio consente anche di liberare il percorso di riorientamento dei singoli utilizzatori nella logica della esplorazione di un arcipelago, piuttosto che in quella di stampo rigidamente positivista che vuole il percorso strettamente direzionato ("dai luoghi a maggior grado di protezione, verso quelli a minore grado di protezione") e che penalizza fortemente qualunque deviazione ("ricaduta") dall'itinerario previsto.

Permette altresì, infine, senza falsificare la natura primariamente sociale del problema, di ammortizzare lo scontro di situazioni individuali di acquisita competenza ad una residenzialità autonoma con la estrema difficoltà a reperire sedi abitative adeguate; questo, anche senza dover riattivare conflittualità e tensioni familiari precedentemente sopite.

2. I rapporti con il territorio.

Quello dei rapporti con il territorio e con i servizi psichiatrici in esso operanti costituisce l'ultima e più recente questione aperta rispetto alle vicende della residenzialità riabilitativa.

In effetti, per le strutture pubbliche, nella massima parte dei casi l'apertura è stata curata dalle *équipes* delle Unità operative ex Ospedale psichiatrico, ma è avvenuta in aree di competenza di Unità operative del territorio, a volte addirittura afferenti ad altri Dipartimenti e Aziende; per le strutture riabilitative residenziali private il raccordo con i CPS/CIM del territorio è una necessità non solo auspicata, ma alla lunga inderogabile, sia per la gestione delle emergenze, sia per il reperimento di risorse riabilitative e sociali.

Al di là degli elementi di tipo burocratico, da questa complessa rete di intersezioni sono nati anche non pochi problemi tecnici e clinici.

Sotto questo profilo, pur nella consapevolezza della multiforme complessità del problema, si è provato ad ipotizzare come soluzione lo sviluppo di una duplice articolazione: da un lato, verso la costituzione del presidio di residenzialità, come tempo di coesione ed unitarietà di progetto e di risorse delle strutture residenziali dell'Azienda, dall'altro verso un affidamento ai CPS competenti dei singoli utilizzatori sotto il profilo della clinica abituale, restando il presidio e la regolazione delle dinamiche e dei significati interni all'esperienza residenziale affidati alla responsabilità del presidio di residenzialità unitario.

In tal modo l'affidamento ai CPS delle sole funzioni di cura ordinaria parrebbe rendere assai più ridotto il trasferimento (e la dispersione) di risorse, avvicinando anche significativamente l'esperienza dei singoli utilizzatori a quella della generalità dei cittadini utenti dei CPS; correlativamente, gli stessi CPS non verrebbero gravati dal carico improprio della gestione di una comunità non avviata né promossa da loro ed abbastanza fatalmente destinata ad assumere, in questo caso, aspetti ghehettizzanti.

Tale soluzione, inoltre, conseguirebbe altri tre fondamentali obiettivi:

- il primo, costituito dal recupero al territorio, e quindi alla funzione riabilitativa, di tutte le possibilità abitative inizialmente istituite a favore degli ex degenti degli O.P., man mano che tali strutture cessano di essere necessarie in tal senso, con un enorme arricchimento quantitativo, ma soprattutto qualitativo, di risorse;
- il secondo, la possibilità di un organico, fluido e coordinato inserimento in rete di tutte le strutture riabilitative residenziali private accreditate, che rappresentano ormai in molte zone del Paese (e presto, prevedibilmente in tutte) un elemento costitutivamente ampio e significativo dell'intero dispositivo assistenziale: l'unicità del progetto terapeutico, garantita dalla presa in carico individuale del paziente, da un lato; l'inserimento organico nella funzione tecnica del presidio di residenzialità, indipendentemente dall'appartenenza amministrativa, costituirebbero infatti le cerniere di raccordo adeguate per evitare ogni possibile scollamento tra pubblico e privato, ma anche per evitare il possibile riproporsi di percorsi riabilitativi non adeguatamente condivisi;
- il terzo, appunto quello di garantire una modalità clinica, terapeutica e riabilitativa, e non burocratica, di inserimento dei pazienti nelle strutture residenziali, secondo regole di coerenza tra caratteristiche del malato, progetto di lavoro ed assetto – diversificato – della struttura; anche, di far sì che rimanga interesse dei CPS il garantire un adeguato turnover nelle residenze, sostenendo validamente i percorsi di uscita dalle strutture in tempi appropriati.

(a) Occorre, almeno brevemente, confrontarsi con il paradosso che, nella psichiatria dei servizi pubblici, è più facile definire concetti anche complessi, piuttosto che cercare di attribuire i nomi appropriati ai diversi presidi. Cercando di riassumere l'essenziale:

Unità Operativa di psichiatria è il complesso dei servizi, ospedalieri e territoriali, che si occupano di un territorio definito; la UOP è in genere diretta da un primario, oggi Dirigente medico di II livello;

Dipartimento di Salute Mentale è in alcune Regioni italiane sinonimo della UOP come sopra definita; in altre, la struttura sovraordinata che raccoglie tutte le UOP afferenti ad una determinata azienda sanitaria o ospedaliera;

Azienda USL/ Azienda ospedaliera: in alcune regioni le UOP dipendono dalle USL/ASL, cui è affidata la gestione dei servizi sanitari; in altre, le USL/ASL sono soltanto ordinatori di spesa, con funzioni amministrative e di controllo, mentre i servizi sono erogati comunque dalle Aziende ospedaliere;

Centro di salute mentale (CSM), centro di igiene mentale (CIM), centro psico-sociale (CPS) sono sinonimi ed indicano la struttura ambulatoriale poliprofessionale ed integrata presente sul territorio, cui sono affidati i compiti di presa in carico e di gestione ordinaria (clinica e socio-assistenziale) dei pazienti;

Strutture intermedie residenziali (SIR), strutture residenziali riabilitative (SRR), centri residenziali terapeutico riabilitativi (CRT), comunità residenziale terapeutica protetta (CRTP), ecc., sono sostanzialmente sinonimi che designano diverse articolazioni della residenzialità psichiatrica ad elevato grado di protezione. Va tuttavia notato che i CRT rappresentano una peculiarità del sistema lombardo, trattandosi di strutture residenziali destinate ad un soggiorno medio/breve, finalizzate ad un lavoro di alta intensità riabilitativa che prevede poi il rientro a domicilio;

Comunità alloggio (CA), gruppi appartamento, residenze a medio o basso grado di protezione sono invece strutture residenziali riabilitative medio piccole (appartamenti), in cui la presenza degli operatori è prevista per un minimo di 1 – 2 ore al giorno, e fino a un massimo di 12;

Comunità protette (CP) sono – per lo più – le strutture di lunga o lunghissima permanenza per i pazienti ex degenti in O.P., non inseriti in case di riposo.

Centri Diurni (CD) sono strutture di intervento articolate con modalità molto differenziate, che per lo più prevedono la permanenza del paziente in una sede per alcune ore dei giorni feriali per svolgervi attività riabilitative. In questo senso, in alcune realtà regionali, sono mal distinguibili dalle strutture residenziali che offrono una funzione di semi-residenzialità. In altre realtà, i CD sono pensati più come una funzione di coordinamento con le reti sociali; possono quindi anche essere sprovvisti di una sede e lavorare, p. es., al domicilio del paziente (“équipes itineranti”).

I Day Hospital (DH) sono, in alcune realtà locali, articolazioni ospedaliere, finalizzate ad offrire trattamenti terapeutici o percorsi diagnostici in regime di degenza diurna, ubicati presso gli SPDC (DHO); in altri contesti strutture con finalità e caratteristiche analoghe a quelle dei centri diurni, anche se spesso con maggiore livello di medicalizzazione, ma ridotto periodo di presenza (Day Hospital Territoriali, DHT).

Bibliografia

- (1) Rabboni M. *Dalla semplificazione anetica, all'etica della complessità*. In: M. Rabboni (a cura di) *Etica della riabilitazione psichiatrica. Tensioni e prospettive nelle strategie di intervento*. Franco Angeli. Milano, 1997
- (2) Caggio F. *Una tensione educativa*. In: M. Rabboni (a cura di) *Etica della riabilitazione psichiatrica. Tensioni e prospettive nelle strategie di intervento*. Franco Angeli. Milano, 1997
- (3) Conolly J. *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi (1856)* trad. it. Einaudi, Torino, 1976
- (4) Conolly J. *Journal of Mental Science* 5, 411-20, 1859
- (5) Jones M. *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, trad. it. Etas, Milano, 1970
- (6) Rapoport R. N. *Community as a Doctor*, in *New Perspectives on a Therapeutic Community*, Tavistock Publications, London, 1960, pp. 51-64
- (7) Basaglia F. *La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale*, vol. I, pag. 409 In: F. Basaglia, *Scritti*, Einaudi, Torino, 1982
- (8) Rabboni M., Caggio F. *Luoghi di vita, incontri di saperi* In: *Atti del V Congresso della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale*. Vol. I pp. 207-213 La Bussola, Ferentino, 1998
- (9) Rabboni M. *La residenzialità: spazio, tempo, attività e clima affettivo in riabilitazione* In: *Atti del V Congresso della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale*. Vol. II, tomo I, pp. 138-142 La Bussola, Ferentino, 1998
- (10) Rabboni M. *Luoghi di transito, incontro e impegno. Strutture e cornici della riabilitazione psichiatrica*. In: M. Rabboni (a cura di) *Etica della riabilitazione psichiatrica. Tensioni e prospettive nelle strategie di intervento*. Franco Angeli. Milano, 1997
- (11) Hall E. T., *La dimensione nascosta. Il significato delle distanze tra i soggetti umani*. Bompiani, Milano, 1968
- (12) Heller Á. *Sociologia della vita quotidiana* Editori Riuniti, Roma, 1981
- (13) Bronfenbrenner U. *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino, Bologna, 1986
- (14) Rabboni M., Caggio F. *Un luogo per vivere. Ricordo di un'esperienza di "istituzione esplosa"*. *Formazione Psichiatrica* 4, 1995, pp. 505-512
- (15) Rabboni M. *Presidio di residenzialità: una cornice intorno all'abitare*. In: *Atti del VI Congresso nazionale della SIRP*; Montecatini, Novembre 2000, in press
- (16) Rossi F., Jommi C. *Il costo di un malato mentale*. In: M. Rabboni (a cura di) *Etica della riabilitazione psichiatrica. Tensioni e prospettive nelle strategie di intervento*. Franco Angeli. Milano, 1997
- (17) Ba G. (a cura di) *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. Franco Angeli. Milano, 1994
- (18) Ciompi L. *Logica affettiva. Una ricerca sulla schizofrenia*. Feltrinelli. Milano, 1994

LA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE NELLE STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI. IL LAVORO NEI CENTRI DIURNI.

A cura di: Bruno Gentile, Dario Lamonaca

Abstract

The paper describes the features of the Rehabilitation in "day-hospital" and "day-center" setting, based on the development of a "inserirment-belonging-separation" path, usually faster than the one concerning the community's residences.

The therapeutic climate enhances the empowerment of single and group relationships of a patient: both of them are important as the empowerment of verbal interactions and manual and expressive activity. Moreover, this paper shows the main questions about the rehabilitative process, and specially outcome and evaluation during and at the end point.

This work analyze, then, the importance of the "inside" and "outside" paths to facilitate the end of patient's treatment.

Venendo ora ad esaminare più da vicino le tensioni e le progettualità riabilitative auspicabili nel campo della semiresidenzialità, si può dire innanzitutto che il progetto in un centro diurno si sviluppa attraverso un percorso di "inserimento - appartenenza - separazione".

All'interno di questi momenti distinti vanno svolte attente valutazioni attorno ai processi di adattamento ed apprendimento, allo sviluppo delle dinamiche relazionali individuali e di gruppo, alle modifiche del comportamento patologico, alle relazioni con la famiglia e l'esterno.

Spesso dunque l'obiettivo si articola in due percorsi paralleli: il primo più immediato e che comporta anche aspetti relazionali e di tipo pedagogico, si indirizza alla stimolazione di nuove acquisizioni, sia manuali che comportamentali. Il secondo, più complesso, è quello di assicurare ai pazienti un percorso terapeutico costante e che utilizzi gli investimenti parziali legati alle attività come spazi di medicazione per la strutturazione di relazioni più evolute ed articolate.

L'acquisizione di abilità manuali può procurare ai pazienti un bagaglio espressivo simile e condivisibile e che nel tempo si struttura come canale comunicativo più facile e comprensibile. Vedere che i propri oggetti possono essere apprezzati e venduti, prendere atto delle proprie capacità creative, consente ai pazienti una valutazione del proprio recupero in modo tangibile, facilitando anche le relazioni con l'esterno.

L'esperienza suggerisce che i problemi non sono messi in relazione ad un apprendimento: questi emergono quando si presenta la necessità di dover gestire le problematiche dei pazienti, del tempo che trascorrono all'interno della struttura e al tipo di rapporto che legano con gli operatori.

Nel rapporto onnipotente che, inevitabilmente, il paziente psicotico tenta di realizzare con le persone che lo circondano, l'inserimento di un "oggetto" diventa un elemento di mediazione con la realtà e pone le condizioni per un diverso investimento relazionale, sia per il paziente che per l'operatore. Il complicato percorso che conduce in un C.D. i pazienti a trasformare oggetti inizialmente insignificanti in veri e propri "oggetti di investimento", suggerisce infatti l'esistenza di un canale di comunicazione proiettiva privilegiato e porta l'attenzione degli operatori sulle dinamiche che nel centro confluiscono.

Nelle strutture semiresidenziali noi assistiamo al fatto che le angosce, le manifestazioni deliranti ed aggressive, si presentano e si trasformano non solo attraverso una elaborazione verbale, ma anche attraverso l'utilizzo di situazioni concrete, che coinvolgono i pazienti nella sfera degli agiti, attraverso le modalità che essi hanno di rapportarsi agli oggetti che li circondano, a come si rappresentano negli eventi che li legano al presente.

È il vivere emotivamente anche il rapporto con questi oggetti e con le persone che costituiscono il tramite alle loro realizzazioni, che può definire un diverso equilibrio tra realtà esterna e manifestazioni patologiche.

Una attenzione particolare va rivolta a favorire l'instaurazione di un "clima terapeutico" che consenta la formazione di un legame non danneggiabile, né distruttivo.

In questo modo, la specifica situazione gruppale, che è alla base dell'attività riabilitativa di un centro diurno, può permettere al paziente psicotico di sperimentare identificazioni diverse da quelle sperimentate nella famiglia di origine e riformulare le sue identità in funzione di questo gruppo.

Bisogna d'altro canto riconoscere che la presenza di un paziente psicotico in un centro diurno, propone comunque una situazione che, per quanto organizzata, può diventare facilmente disgregante e strutturarsi come rappresentazione delle parti patologiche della famiglia di origine. Per questo la definizione dello spazio terapeutico non può dipendere solo dall'intersezione paziente-operatore, ma deve essere compresa ed elaborata all'interno dello staff. La possibilità di potersi riferire e/o identificare con il gruppo di lavoro è infatti l'elemento contestuale necessario per poter avviare un processo terapeutico, il luogo in cui riconoscere gli aspetti psicoterapici dell'agire concreto. Da qui il ruolo essenziale delle discussioni di équipe, e delle supervisioni quali momento di elaborazione essenziale per la salute del gruppo e per l'ampliamento delle sue potenzialità terapeutiche. L'effetto terapeutico di una struttura quale un centro diurno a nostro avviso si realizza attraverso l'interrelazione finale nel paziente di una realtà che è definita da una elaborazione che avviene al di fuori di lui, cioè nel gruppo di lavoro.

Il pericolo al quale sottrarsi è quello di trasformarsi in una realtà chiusa, improduttiva e simbiotica, in cui paziente ed operatore collidono pericolosamente, proiettando fuori da sé stessi tutto ciò che è vissuto come "cattivo", rendendo il mondo esterno impraticabile, ostile in misura strettamente proporzionale all'aggressività ed alla angoscia che emerge all'interno del gruppo stesso.

L'ospedale di giorno, nato come istituzione terapeutica intorno alla prima metà degli anni '50 in area culturale anglosassone, pur avendo rappresentato, almeno all'inizio, soprattutto una alternativa al ricovero completo si è reso in seguito indipendente, anche come unità operativa, dall'ospedale generale ed anzi si è proposto di sostituire progressivamente gli interventi clinici eseguiti in questa sede. La sua diffusione è stata molto rapida anche in virtù del fatto che veniva incontro alle esigenze cliniche che non si accordavano con i limiti imposti dalla psichiatria istituzionale. **Oggi però se la diffusione di questo tipo di assistenza terapeutica è sicuramente elevata, notevole è pure la sua trasformazione rispetto ai compiti che si era assegnata originariamente.**

Il termine "ospedale di giorno" comprende infatti realtà cliniche molto diverse tra loro che possono essere accostate solo per il fatto di riferirsi allo stesso modello di assistenza terapeutica diurna. Si sta superando il principio di una offerta indiscriminata di questa metodica di intervento clinico ad ogni tipo di paziente in virtù dei progressi fatti in tema di "criteri di selezione per l'ammissione dei pazienti ai differenti tipi di assistenza terapeutica diurna", venendosi progressivamente a ridurre gli elementi di confusione metodologica.

Si sta faticosamente lavorando nella direzione di superare la confusione riguardante l'offerta di un tipo di trattamento diurno, differenziato sia per le caratteristiche delle sedi in cui tale servizio viene erogato che per il significato che questo tipo di assistenza assume di volta in volta e per il paziente e per l'équipe nel suo insieme. **Anche nel panorama italiano queste esperienze si sono progressivamente articolate e fortemente differenziate tra loro.**

Esistono day-hospital con funzioni prevalenti di cura attiva del malato, mentre numerosi centri diurni con funzioni cliniche di accoglimento e di supporto sono nati quasi spontaneamente nello stesso spazio dei servizi territoriali per venire incontro alle esigenze particolari di alcuni pazienti; alcuni day-hospital si sono resi indipendenti dall'ospedale generale pur seguendo l'ispirazione originaria di questa esperienza terapeutica, mentre altri sono stati realizzati al suo interno (l'ospedale) in contiguità con i servizi di diagnosi e cura.

Si può auspicare (McCreadie) un sistema che potremmo definire "bifocale" cioè che possa far leva su entrambi i setting di trattamento, tutto ciò nell'ambito di un trattamento psichiatrico orientato in senso di rete comunitaria. In tal senso il polo del Day-hospital va a confinare, pur distinguendosi, con l'ospedale ed il polo ambulatoriale, mentre il Centro Diurno va a confinare, pur distinguendosi, con il polo della residenzialità (a vari gradi di protezione od autonomia) e con quello dell'inserimento lavorativo (anche qui a vario grado di protezione od autonomia).

Uno dei problemi principali rimane la difficoltà ad individuare criteri metodologici certi per l'ammissione e la dimissione dei pazienti, cosicché l'invio e/o l'uscita può risultare occasionale o affidato prevalentemente alla decisione autonoma del terapeuta o sollecitato dalle richieste spontanee del paziente e/o della famiglia.

Molti Autori concordano oramai sulla utilità di distinguere al momento dell'invio tra un tipo di trattamento diurno e l'altro, tenendo conto delle loro effettive caratteristiche cliniche, insieme all'esigenza di scegliere, al momento della selezione dei pazienti, quelli che hanno realmente bisogno di un tipo di intervento più stimolante da quelli che richiedono semplicemente un atteggiamento terapeutico di supporto e quindi più limitato negli scopi e nel tempo.

Il principio della stimolazione ottimale in terapia, enunciato da Warner, sovrapponibile ad altri concetti clinici proposti, sulla esistenza di differenze profonde negli stili di vita di molti pazienti apparentemente simili tra loro, se applicati coerentemente nei centri di assistenza terapeutica diurna, richiederebbe una tipizzazione più attenta delle richieste dei pazienti ed una corrispondente diversificazione delle proposte di intervento.

La selezione per l'invio/ammissione come pure per la dimissione non può peraltro risolversi in un semplice elenco di indicazioni e controindicazioni cliniche; bisogna invece tenere conto della influenza esercitata anche da molte variabili, certo più difficili da isolare e studiare per il loro carattere relazionale, ma che partecipano con la stessa intensità alle diverse fasi del processo terapeutico. Essenziale per esempio è la riflessione sulla relazione esistente tra momento dell'offerta di un servizio e momento dell'analisi della domanda attraverso la quale si chiede di accedere a quel servizio. Non tenere conto della complessità di questo problema, ed in particolare della possibile divaricazione esistente tra quello che si propongono i terapeuti invianti e quello che effettivamente chiede il paziente e/o la sua famiglia, può spiegare un elevato numero di insuccessi (definiti come interruzione concordata del trattamento o prolungamento dello stesso oltre i tempi previsti dal programma formulato al momento dell'accettazione in day-hospital).

Le caratteristiche dell'utenza rimandano spesso alla cosiddetta nuova cronicità: la diagnosi di psicosi cronica rimanda d'altro canto ad un termine assai variegato ed anonimo, mescolandosi in esso aspetti puramente diagnostici, fasi di decorso prognostico, grado di disabilità sociale, diversa entità del supporto familiare e sociale, diversa risposta al trattamento, diversa compliance ecc.

Un profilo più identificato potrebbe essere il seguente :

- 1) Età giovane/adulta (tra i 20 ed i 40 anni)
- 2) Diagnosi: Psicosi schizofrenica, in fase non acuta, con evoluzione verso la cronicizzazione o con tendenza a sistematicità di recidive.
- 3) Vita sociale scarsa con tendenza al ritiro.
- 4) Rete familiare carente e con alti livelli di conflittualità o espulsività.
- 5) Risposta ai trattamenti: tendenza alla refrattarietà e resistenza.
- 6) Rapporto con i servizi: alta utilizzazione e relazione di dipendenza/ambivalenza.

Nella problematica dell' INVIO va tenuto conto di due versanti/vissuti:

- 1) Aspettative miracolistiche sulla base della supposta identificazione (nell'operatore inviante/nel familiare/nel paziente) del Centro come luogo dove si opera un Intervento superspecialistico con dovizia di tecniche-attività-programmi.
- 2) Aspettative fallimentari sulla base della fantasia che si tratta di un luogo dove si operano interventi per lo più di basso profilo (contenitivo e sottostimolanti di mantenimento, atti più che altro ad allontanare temporaneamente il paziente dal destabilizzante contesto familiare e sociale). Vi è sotteso un atteggiamento di rinuncia su residue potenzialità del paziente, il non detto di convinzione su un decorso sfavorevole. Per le stesse ragioni può avvenire un invio tardivo, visto come ultima ratio.

Al fine di evitare:

- a) scarsa compliance del paziente ai programmi riabilitativi.
- b) Rischi di precoce interruzione o interminabile relazione.

È necessaria una estrema attenzione ai passaggi attraverso i quali si articola la fase di accesso del paziente alla struttura; vanno inoltre formulati e rispettati i criteri di selezione.

La presenza di condizioni preliminari di accesso introduce immediatamente uno spazio di negoziazione fra inviati ed èquipe del Centro.

Ciò consente utilmente:

- a) Un primo tentativo di rilettura e ri-definizione del caso, occasione unica per un ripensamento radicale della storia del paziente.
- b) Valutazione approfondita e realistica dei suoi aspetti deficitari.
- c) Valutazione approfondita e realistica delle risorse disponibili.
- d) Esplicitazione chiara della dimensione dei bisogni del paziente.

Il tutto si auspica possa avvenire in un clima di condivisione anziché di delega; ciò può rappresentare la base per una integrazione anziché una scissione tra èquipe inviata ed èquipe accogliente.

Un buon assetto può essere garantito da:

- 1) Istituzione di momenti strutturati di verifica, a scadenza periodica e/o
- 2) Condivisione della presa in carico attraverso programmi di intervento “parziale” nella Struttura Semiresidenziale.

Un aspetto essenziale è quello dell’Accoglienza, da intendersi come in generale la somma di tutti quei processi che caratterizzano il primo incontro significativo fra il paziente e la struttura destinata a riceverlo. Nelle strutture semiresidenziali in particolare ci riferiamo ad aspetti che vanno ben al di là della prima ricezione, ma che caratterizzano la relazione con il paziente anche successivamente al primo incontro. In un senso più restrittivo è la fase successiva all’invio e precedente l’avvio del trattamento vero e proprio.

Uno sforzo/compito dell’èquipe che accoglie è senz’altro quello di conferire senso e significato a questa prima fase e più in particolare:

- a) Far affiorare da un paziente, apparentemente non motivato, un abbozzo di domanda, tracce di curiosità e di interesse, intorno a cui imbastire un programma ed un contratto.
- b) Esplorare, all’interno di una relazione fortemente empatica, “cosa il paziente spera di ottenere dal trattamento”.

A questo punto potrà iniziare il processo di negoziazione ed il paziente si troverà incoraggiato, in modo discreto, ad esplorare come potenziale fruitore gli aspetti positivi e negativi del programma.

Dare qualcosa in forma di informazioni ed un concreto schema della giornata e delle attività e gruppi fruibili significa quel dare qualcosa prima di pretendere la sua adesione a tutti i costi ad un programma predeterminato.

La condivisione di un progetto e l’adesione ad una ipotesi di cambiamento appaiono elementi imprescindibili per la creazione di un Campo Relazionale le cui variabili sono:

- a) Empatia
- b) Coinvolgimento
- c) Negoziazione

L’inserimento del paziente si realizza sul doppio registro dei rapporti individuali e di gruppo.

La centralità di un rapporto terapeutico individuale (dibattito se con referente al Centro od esterno) è legata a:

- a) Consentire una relazione privilegiata di elaborazione sulla molteplicità delle esperienze vissute al Centro.
- b) Proteggere il paziente dall’angoscia destrutturante di sentirsi inghiottito dagli aspetti con-fusivi delle gruppalità.

Il percorso di affiliazione d’altro canto e l’inserimento partecipativo del paziente nei gruppi consente di:

- a) Favorire un percorso di Socializzazione/Appartenenza.
- b) Proteggere il paziente dall’angoscia di sentirsi invaso in una relazione solo duale che notoriamente non può sopportare.

E’ dunque augurabile un Mix tra:

- a) Individuazione ed appartenenza gruppale.
- b) Lavoro con il paziente e lavoro con la famiglia.

Altro tema importante e spesso trascurato è quello delle dimissioni, tanto più nelle fasi di avvio di un centro perché si è tutti protesi ad impostare i percorsi terapeutici sia perché vi è la convinzione implicita che la conclusione del processo riabilitativo si evidenzia autonomamente.

Ora questo è un tema non più eludibile e coincide con quello della valutazione.

La dimissione è quella fase in cui operatori/paziente/famiglia concordano che gli obiettivi programmati sono stati raggiunti e che il paziente può proseguire su percorsi non (o meno) istituzionali verso nuove mete.

Questa è la situazione ideale che però può spesso non verificarsi per:

- Drop-out del paziente prima del raggiungimento degli obiettivi.
- Il raggiungimento degli obiettivi si allontana sempre di più con caratteristiche di miraggio irraggiungibile.
- Meccanismi espulsivi inconsapevoli da parte dell'équipe che non riesce ad adattarsi ai cambiamenti subentranti nel comportamento del paziente.
- Meccanismi inconsapevoli di Inglobamento omeostatico da parte dell'équipe, che effettua quella che si può definire una sorta di Tesaurizzazione del paziente.

Il punto 4) può verificarsi per diversi motivi:

- a) Motivi di errata valutazione (“non è sufficientemente autonomo”).
- b) Motivi dottrinali-ideologici (“è nostro compito difenderlo sempre o ancora da una società aggressiva”).
- c) Motivi funzionali (“Sta meglio così, ed è di esempio agli altri pazienti”).

Altra cosa è se:

- 1) In presenza di risultati soddisfacenti in relazione agli obiettivi concordati, invece di procedere verso la dimissione, vengono posti nuovi ulteriori obiettivi che riavviano il trattamento ed il contratto.
- 2) La rete relazionale è deteriorata o inesistente, le acquisizioni avvenute nell'ambito “artificiale” del “micro-clima” (Il C.D.) sono estremamente fragili e difficilmente “esportabili” in un ambiente non protetto. Si tratta di pazienti in definitiva molto dipendenti dal supporto degli operatori per mantenere una qualità di vita accettabile e per i quali i sostegni della riabilitazione hanno perso o mai potuto acquisire una loro dinamicità ed hanno assunto le caratteristiche di Protesi Definitive. In questo caso il centro e la sua équipe può assumere deliberatamente e consapevolmente un Contratto di Cronicità di Rapporto. Fin quando invece esiste una “tensione” contrattuale è possibile non dimettere mentre è opportuno che la separazione avvenga quando questa dimensione viene a mancare.

Il tema di una dimissibilità del paziente si colloca accanto ai temi dei Percorsi Interni e dei Percorsi Esterni.

Per quanto riguarda i percorsi interni esiste un percorso interno leggibile nell'ambito del concetto di malattia, nel senso che non essendoci una univocità prognostica della malattia schizofrenica, ma grande eterogeneità dei decorsi e degli esiti, i percorsi individuali all'interno della malattia sono dunque praticamente illimitati. Studi epidemiologici dell'OMS ci dicono che decorsi ed esiti della schizofrenia variano a seconda delle influenze ambientali, del tipo di trattamento ricevuto e delle diverse condizioni di assistenza. Famosi e noti studi longitudinali ci dicono di una diminuzione complessiva dei decorsi cronici e di un aumento delle guarigioni “sociali”.

La cronicità d'altro canto può essere condizionata spesso dall'influenza negativa di elementi istituzionali e sociali e può porsi come sovrastruttura legata ad un artefatto iatrogeno. La prognosi della malattia schizofrenica si modella anche come l'espressione di un certo tipo di rapporto tra utente e Servizio psichiatrico, caratterizzato dall'inadeguatezza dell'intervento. Partendo da un modello che si basi sul concetto teorico della vulnerabilità, la Riabilitazione non è più vista come un intervento di secondo livello (sorta di post-cura con effetto al più di tipo protesico) bensì come trattamento complesso ed articolato condotto a più livelli su tre fattori principali:

- a) il paziente con la sua personalità premorboza, le competenze di base raggiunte, le abilità apprese, i vissuti psicopatologici.
- b) La “nicchia ecologica” che il paziente occupa in relazione anche alla propria famiglia, cercando

nel contempo di ridurre il carico familiare e riconoscendo esplicitamente il ruolo di “agente di cura” che spetta alla famiglia.

- c) La rete sociale come elemento di sostegno informale, cercando di utilizzare le risorse ambientali per favorire la separazione.

Così pensando i limiti tra terapia e riabilitazione si fanno più sfumati ed il modello della riabilitazione non è più quello lineare di tipo ortopedico ma diventa circolare, cosicché resta costantemente aperto un canale di comunicazione a doppio scambio con tutti gli altri presidi del DSM e con la rete sociale esterna. La struttura intermedia della semiresidenzialità si può così porre quale osservatorio privilegiato, luogo meno codificato rispetto all'ospedale ed all'ambulatorio e più in relazione con la quotidianità dell'esperienza del paziente; potrà candidarsi e presentarsi quale luogo dove si attrezza un microclima favorevole per rivitalizzare la capacità della relazione. Oltre al percorso interno inteso nel senso di interno al concetto di malattia, esistono, come già si è intuito ed in parte trattato, altri percorsi interni e più precisamente:

- a) percorso interno al contesto riabilitativo
- b) percorso nel fare
- c) percorso con il paziente
- d) percorso con il resto del DSM
- e) percorso con la famiglia

Al fine poi di evitare il rischio di fare un percorso solo all'interno del DSM si dovranno attivare i percorsi esterni, al fine di dirigersi verso la separazione (dimissione), e tutto ciò deve prevedere forme di osmosi con il mondo delle Agenzie non istituzionali (Sociale, Volontariato, Lavoro).

Nell'andare a concludere questa relazione che presentiamo senza la presunzione che possa essere esaustiva vogliamo sottolineare quelli che riteniamo essere alcuni tra i principali problemi sul tappeto:

- 1) La diffusione delle pratiche di riabilitazione psicosociale nelle strutture semiresidenziali è ancora disomogenea e frammentaria: manca la diffusione di interventi di riconosciuta efficacia ed è ancora carente una teoria delle procedure.
- 2) E' ancora insufficiente la valutazione del funzionamento, cioè degli esiti e dei risultati dei trattamenti, mentre diventa indispensabile dimostrare quali sono i fattori essenziali che vanno salvaguardati, pena l'appiattimento verso il basso a causa di personale non formato né motivato e di procedure non standardizzabili.
- 3) E' ancora insufficiente l'attenzione a creare specifici percorsi formativi per chi lavora nelle strutture semiresidenziali, visto che oramai tali contesti rappresentano un elemento specifico dell'operatività dei servizi.
- 4) Va incoraggiata l'azione sociale delle strutture semiresidenziali, volta a coinvolgere la comunità nella lotta alla stigmatizzazione ed alla emarginazione ed offrendole strumenti per sviluppare la solidarietà e quindi la funzione di essere attrattore e moltiplicatore di risorse sociali.

C'è in conclusione ancora una evidente difficoltà a dimostrare quello che per altri versi tutti sappiamo: cioè che gli interventi in ambito semiresidenziale sono efficaci e più economici rispetto ad altri interventi tradizionali.

La formazione nella riabilitazione psicosociale: un work in progress.

A cura di: Marco Rigatelli, Ilic Rossi con Fausto Mazzi e Luca Pingani***

Abstract

The professional training of a psychosocial rehabilitator can be defined as a work in progress because numerous and continuous evolutions characterise this discipline. The aim of this work is to create an open document to eventual "evolutions" that will be introduced as the time goes on. The SIRP (Italian Society of Psychosocial Rehabilitation) collects to its inside professionals in various disciplines (Psychiatrists, Psychologists, Professional Rehabilitator, Educators) and turns out arduous to define a single document that accomplishes all the objectives that characterize a good formation. It will proceed therefore by stages trying to develop the various competences, without specific references to the health care professions, privileging the founding characteristics of the discipline.

Dalla teoria...

La formazione, nel campo della riabilitazione psicosociale, può davvero essere definita un work in progress in quanto numerose e continue sono le evoluzioni che riguardano questa disciplina. Lo scopo è quindi quello di creare un documento aperto ad eventuali "evoluzioni" che si presenteranno con il passare del tempo.

La SIRP (Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale) raccoglie al suo interno professionisti in diverse discipline (Psicologi, Riabilitatori Psichiatrici, Educatori Professionali, ecc.) e risulta quindi arduo stilare un unico documento in grado di adempiere a tutti gli scopi che una corretta formazione si deve proporre. Si procederà quindi per tappe cercando di sviluppare le diverse competenze, senza riferimenti specifici ad alcuna figura professionale, privilegiando le caratteristiche fondanti della disciplina.

Competenze di base

Ogni professionista si affaccia al mondo del lavoro con le competenze acquisite durante lo svolgimento del Corso di Laurea specifico che ha frequentato. Tuttavia, a causa delle diverse scelte effettuate dai singoli Atenei, alcune tematiche possono essere privilegiate rispetto ad altre. Pertanto, è indispensabile che nella formazione rientrino concetti "basilari" o "fondanti" per quel che riguarda la Riabilitazione Psicosociale, e in particolare:

- La salute mentale:
concetto di salute mentale come obiettivo da perseguire;
la relazione fra salute (nel senso più generico del termine) e salute mentale;
lo "stigma" e le sue conseguenze.
- Il Paradigma Bio-Psico-Sociale:
- sua storia e definizione tecnica;
- attualità nella sua applicazione;
- sviluppo di una visione olistica della persona.
- La Riabilitazione Psicosociale:
storia della Riabilitazione Psicosociale;
i principi su cui è basata;
gli scopi che si prefigge;
l'Etica nella Riabilitazione Psicosociale.

Competenze generali del professionista

La programmazione di un qualsiasi intervento di tipo riabilitativo richiede al professionista che se ne occupa di sviluppare alcune competenze ed abilità che gli saranno di grande aiuto per raggiungere il suo obiettivo. In particolare ricordiamo:

- capacità introspettive:
 - conoscenza di se stesso;
 - stabilità personale;
 - flessibilità;
 - pazienza;
 - capacità di riconoscere i propri limiti;
 - abilità nel controllare il proprio stress;
- capacità interpersonali nei confronti del paziente:
 - ascoltare;
 - motivare;
 - interagire e sostenere nelle diverse fasi del piano riabilitativo;
 - fornire speranza e mai rassegnazione;
- capacità interpersonali verso i componenti dell'équipe terapeutica:
 - predisposizione all'ascolto;
 - assertività;
 - non emarginare le proposte drasticamente;
 - mettersi in gioco e non "farsi trascinare" dall'équipe;
 - capacità di autocritica.

Il contesto ambientale

Altrettanto importante in un contesto di riabilitazione è la conoscenza, da parte del professionista, dell'ambiente che circonda il paziente, sia da un punto di vista organizzativo (strutture pubbliche, CSM, ecc.) sia da un punto di vista terapeutico (famiglia di appartenenza, comunità di appartenenza, ecc.).

- conoscenza delle agenzie di salute mentale del proprio territorio, con le quali può essere utile instaurare una forte collaborazione per scopi terapeutici:
 - CSM, SPDC;
 - Strutture residenziali (residenze, semi-residenze, case-famiglia, ecc.);
 - SerT;
- caratteristiche della famiglia o del gruppo famiglia di appartenenza:
 - conoscenza della rete familiare;
 - capacità di formare alleanze terapeutiche con gli altri componenti della famiglia;
 - vulnerabilità verso determinate patologie;
- conoscenza del background culturale del paziente, in particolare nei confronti di pazienti stranieri:
 - adottare un linguaggio comprensibile dal paziente;
 - conoscenza delle tradizioni;
 - conoscenza dei disturbi prevalenti delle zone di provenienza e della loro espressione fenomenica;

...alla pratica

Diverse e molteplici sono le possibilità che si prospettano, da un punto di vista organizzativo, al fine di svolgere il compito formativo che la SIRP si è prefissata: essere una Associazione Scientifica che si preoccupa di promuovere scambi culturali ed esperienziali, la formazione e l'aggiornamento degli operatori della Riabilitazione.

Convegni, congressi, conferenze tematiche, seminari, sono strumenti utili e indispensabili che devono tuttavia possedere alcuni requisiti fondamentali:

- utilizzare modelli formativi dotati di evidenza scientifica;
- promuovere corsi su tecniche di collaborazione all'interno dell'équipe terapeutica;
- promuovere corsi a cui possano partecipare sia i familiari che le associazioni di volontariato:

la maggior parte del lavoro connesso alla riabilitazione viene svolto in questi due ambiti e sarebbe inadeguato estrometterli;

- offrire corsi formativi differenziati in base all'utenza: un pubblico troppo eterogeneo potrebbe costituire una causa di generalizzazione dell'argomento trattato che non gioverebbe a nessuno;
- sviluppare momenti di confronto tra le diverse figure professionali della riabilitazione al fine di poter scambiare le proprie esperienze in modo diretto e semplificato;
- utilizzare sistemi altamente interattivi: giochi di ruolo e simulazioni possono essere strumenti efficaci al fine della comprensione di determinati programmi terapeutici o riabilitativi;
- utilizzo di un sito internet come portale per lo scambio di informazioni, notizie e linee programmatiche.

Al fine di poter ottenere una formazione sempre più efficiente non si può tralasciare il valido strumento della valutazione dell'apprendimento, utile per poter verificare "step by step" gli impegni che ci si sta proponendo ed eventualmente verificarne gli aspetti negativi per correggerli.

FORMAZIONE E SISTEMA QUALITÀ'

Riteniamo utile introdurre in un documento che si prefigge di essere strumento di dialogo e confronto, il tema dei rapporti tra formazione e sistema qualità, quest'ultimo inteso come quell'insieme di risorse, strutture, responsabilità, procedure, finalizzate al mantenimento e al miglioramento della qualità; in primo luogo quella professionale.

I processi di formazione, avendo come finalità un miglioramento della qualità professionale, dovranno prestare particolare attenzione agli aspetti gestionali e organizzativi dei nostri servizi, infatti troppo spesso si osserva una eccessiva distanza tra i contenuti dei processi formativi, legati prevalentemente alla ricerca sperimentale e l'attività assistenziali nella routine dei nostri servizi.

Queste difficoltà evidenziano la necessità di riaprire una riflessione su queste tematiche al fine di ridiscutere i processi formativi, gli strumenti di verifica e indicatori dell'efficacia/efficienza dei processi stessi, nella prospettiva di migliorarne la qualità.

Non è nostra intenzione fornire risposte, o sostenere che i problemi dei nostri servizi siano tutti legati alla carenza di formazione, ma si desidera stimolare la riflessione non solo sui contenuti ma anche sugli aspetti sistemici, legati al contesto, spesso di difficile lettura, all'interno del quale gli eventi formativi si sviluppano.

Riteniamo che dall'integrazione tra attività di formazione, governo clinico, sistema qualità possa derivare un miglioramento delle conoscenze scientifiche, della qualità professionale e una loro reale applicazione nei servizi psichiatrici.

Appendice 1

A cura di Massimo Rabboni.

I contenuti così delineati devono costituire il bagaglio formativo di ogni operatore della riabilitazione psichiatrica; il loro sviluppo può essere pensato come articolato su più livelli, od almeno sui due della formazione di base (inclusiva del livello specialistico, per i prossimi dirigenti della riabilitazione) e della formazione permanente.

Il livello della formazione di base non può che essere responsabilità dei corsi di laurea dedicati; in questo ambito, tuttavia, la SIRP, in quanto società scientifica tra tutti gli operatori della riabilitazione, deve, da un lato sostenere la necessità della presenza dei temi enunciati all'interno dei piani di studio specifici definiti, nella loro autonomia, dai singoli Atenei; dall'altro, affermare con forza che la specificità della formazione richiesta al riabilitatore in psichiatria non può realizzarsi

che in corsi di laurea all'interno delle Facoltà di Medicina.

Per quanto, infatti, la riabilitazione possa essere ritenuta un intervento sanitario ad elevata integrazione sociale, la sua collocazione di base, come del resto quella di tutta la psichiatria, rimane fortemente incardinata all'area sanitaria. Questa soltanto, e per essa le Facoltà mediche, può infatti portare alla costruzione di percorsi formativi – e non solo informativi – specifici, sufficienti per consentire al laureato l'ingresso nella funzione all'interno dell'équipe di un DSM; possibilità certamente preclusa ad operatori di formazione spuria, o totipotente, che si rivelano poi totalmente privi dell'assetto cognitivo e personologico indispensabili per l'avvio del lavoro.

A proposito della natura formativa del percorso, che è poi l'equivalente didattico del “sapere, saper fare, saper essere” che è richiesto ai riabilitatori, deve essere sottolineata l'importanza fondamentale dei percorsi di tirocinio, con un impegno orario rilevante e per la durata dell'intero triennio, che solo le Facoltà mediche assicurano, e che vale non solo a garantire una adeguata conoscenza delle persone e delle situazioni, ma anche ad assicurare i percorsi di crescita ed adeguamento personale indispensabili; obiettivo certamente non realizzabile con impegni di tirocinio in psichiatria di livello parcellare come accade per i corsi di laurea ad orientamento totipotente.

Per quanto riguarda invece il livello della formazione permanente, fatto salvo il valore e la condivisibilità degli stessi contenuti, quest'ultimo può ancora essere disarticolato in più ambiti, e cioè:

1. L'informazione, percorso che consente al professionista già preparato di acquisire nuove specifiche competenze non già possedute
2. La formazione, specifica della psichiatria, che rappresenta il supporto alla costruzione di una identità personale e professionale idonea al lavoro relazionale con l'ammalato psichico
3. L'aggiornamento, che permette ad operatori formati ed informati di rinverdire conoscenze non recenti, alla luce dei risultati dei percorsi di costruzione condivisa del sapere
4. La ricerca, intesa come modello di riferimento operativo e mentale, volto alla riflessione, valutazione, comparazione e ostensibilità dell'oggetto della professione.

L'intervento in questi diversi ambiti rappresenta certamente un obiettivo per la SIRP; si tratta di un obiettivo per cui la Società dispone certamente di tutte le risorse necessarie, che necessitano di essere valorizzate, anche attraverso la costruzione di percorsi, a loro volta articolati in tre ambiti fondamentali, definibili come:

1. Addestramento professionale neo assunti. Ha l'obiettivo di fornire la predisposizione operativa di base necessaria a operare in ambito psichiatrico nei suoi specifici presidi. Affronta i temi della legislazione (psichiatrica e non) attinente alla salute mentale, delle professionalità e delle relative competenze operanti all'interno dell'équipe, delle risorse territoriali e dei progetti specifici per ogni presidio.
2. Formazione 'fondamentale'. E' rivolta a tutti gli operatori della psichiatria, sia dei servizi pubblici che di quelli privati e ha l'obiettivo di mantenere viva, posseduta e radicata la conoscenza professionale di base. Costituisce un *back ground* indispensabile per tutti i profili professionali ed i contesti; affronta tematiche la cui conoscenza è essenziale e generale, in ragione del suo essere la specifica identità del lavoro psichiatrico.
3. Formazione 'specifica'. Comprende:
formazione specifica per ogni figura professionale
formazione specifica per ambito di lavoro (sede di lavoro, tipologia utenti trattati, funzioni svolte, ecc.)

Opportunamente strutturati, tali percorsi potrebbero essere proposti direttamente ai diversi DSM e, naturalmente e a maggior ragione, alle diverse strutture private accreditate e non accreditate, come pacchetti formativi, per lo svolgimento dei quali le strutture sia private sia pubbliche dispongono spesso delle risorse materiali, ma ben raramente di quelle culturali e professionali.

Appendice 2

A cura di Giuseppe Saccotelli

La formazione puo' essere intesa anche come un processo di conoscenza in cui le persone coinvolte sono impegnate a rileggere la loro esperienza lavorativa per riformulare i problemi presenti ed identificare nuove criticita' da affrontare. Si configura pertanto come uno strumento adatto a sostenere l'evoluzione della realta' riabilitativa in cui le componenti emotive condizionano fortemente i processi produttivi, impedendo l'analisi e la rielaborazione dei problemi che attraversano le organizzazioni lavorative. La formazione puo' sostenere la riattivazione di persone e gruppi in difficoltà e le organizzazioni psichiatriche sono oggi in affanno. Ciò che sorprende in queste organizzazioni è la distanza esistente tra il livello di riflessione e concettualizzazione relativo ai modelli di intervento terapeutico e riabilitativo e la fragilità di ipotesi organizzative deputate a sostenere questi processi. La scarsa presenza di un "pensiero organizzativo" evoluto, maggiormente in sintonia con lo sviluppo che ha avuto il "pensiero clinico", ha probabilmente origine dal fatto che i nuovi servizi nascono dalla lotta al manicomio e dalla negazione della organizzazione manicomiale. Per cui tutto ciò che costituisce l'organizzazione è carico di significati negativi. Questo pensiero ha favorito l'affermazione di un modello organizzativo primitivo, non dichiarato ma fortemente agito, ampiamente fondato sulla centralità del capo, sulla coesione e dipendenza del gruppo e sulla chiusura verso l'esterno. Quando questo modello entra in crisi accade che:

- nelle equipe si affievolisce la coesione;
- i professionisti (medici e psicologi) intraprendono percorsi individuali di specializzazione professionale spesso poco conciliabili tra loro;
- non si investe sulle tecniche del lavoro di gruppo e con i contesti operativi;
- alcuni professionisti (infermieri, assistenti sociali, educatori, et al.) si sentono poco valorizzati;
- non si fanno riunioni nei servizi e ognuno agisce una malintesa autonomia;
- si sviluppano frammentazioni che riducono l'efficacia dei servizi.

E' necessario invece che la formazione sostenga la costruzione di una organizzazione specifica e la messa a punto di tecnologie appropriate per questi contesti operativi.

* Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena

** Dipartimento di Neuroscienze, TCR – Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Il rapporto tra pubblico e privato.

A cura di: Pasquale Pisseri, Patrizia De Rosa, Bruno Gentile, Silvia Guelfi, Dario Nicora, Antonio Pellegrino, Giuseppe Saccotelli.

Abstract

As for private – public relations, Italian Society for Psychosocial rehabilitation supports the following requirements.

We ought to:

- confirm the central position of Mental Health Department also in the treatment of in-patients which is often entrusted to private structures, because it must be a part of a general treatment;
- promote the building of agreements between public and private agencies defining either part's tasks in a common mission;
- support shared ways of evaluation of costs; this is a difficult but important task, also and chiefly for public Service;
- favour the chances of the user's choosing, in relation with technical and administrative requirements;
- therefore, support friendly availability of a list of residential Structures and Services, and possibility to verify their distinctive features;
- ask to Structures and Services a continuous assessment of their turn-over and follow-up; it would be right, in this work, considering features of users, as for diagnosis, economic status, time of the beginning of the disease;
- check the problem of possible utility of specialized Structures;
- promote the accreditation process, till now defective; and the building of Regional independent agencies with the task to assess functioning of public and private Structures and Services;
- promote, to contrast chronicity, the increase the number of little homes, faintly watched-over and offering a normal way of life;
- promote common training for public and private agencies, aimed to achieve a common culture.

Sappiamo come il privato svolga oggi un ruolo quantitativamente importante nel campo della salute mentale. E' necessario valutare come di fatto lo svolga; quali siano le potenzialità offerte dalle sue peculiari caratteristiche; i potenziali rischi e limiti della sua azione, raffrontati con quelli della gestione pubblica diretta; quali le vie di una ottimizzazione del ricorso all'impresa privata.

Essa fondamentalmente si differenzia dal Servizio a gestione diretta pubblica sotto due aspetti. Il primo è l'evidente esigenza di mantenere sempre un equilibrio fra costi e ricavi, garantendo un equo profitto che compensi gli inevitabili rischi di impresa; tale esigenza è ovviamente propria anche del Servizio pubblico, ma è stata a lungo ignorata e anche oggi è di fatto relativizzata, poiché il ripianamento di un deficit è sempre possibile e in sostanza doveroso o comunque inevitabile. Il secondo aspetto è la possibilità o la necessità, per il privato, di definirsi ponendo un limite alle prestazioni erogate, mentre l'agenzia pubblica, nel suo insieme, è tenuta a rispondere, direttamente o meno, a tutti i bisogni emergenti nel campo di sua competenza.

Parliamo, in questo documento, soprattutto di strutture residenziali, largamente prevalenti nel campo di azione del privato; anche se questo non si limita ad esse, ma anzi nulla osta che si estenda ad altri momenti del processo di cura. Fra l'altro, la residenzialità è uno strumento che non necessariamente identifica una struttura ma è uno strumento riabilitativo aggiuntivo (per esempio in quella struttura può essere costruito un percorso riabilitativo che non prevede anche l'essere residenti); esso implica l'allontanamento dal proprio gruppo di appartenenza per ragioni connesse al programma clinico.

Possiamo distinguere, sotto l'aspetto amministrativo e di fatto anche operativo, tre tipologie di privato: quello propriamente detto, che si regge su un contratto fra impresa e paziente senza alcun intervento del SSN; quello in cui quest'ultimo interviene solo con un contributo economico a fronte di prestazioni previamente autorizzate o meno; e quello, infine, in cui l'impresa privata è integrata nel DSM, così da poter essere più propriamente definita come Servizio pubblico a gestione indiretta. E' evidente che il SSN dovrebbe privilegiare in assoluto questa terza modalità, perché è lecito attendersi che l'ente pubblico mantenga una funzione di titolarità e verifica nella conduzione dei casi, sia che svolga le sue funzioni direttamente sia che le affidi fiduciariamente ad altri. E' questa la modalità di cui d'ora innanzi ci occuperemo in questo documento.

La riabilitazione deve basarsi sull'integrazione e la contemporaneità degli interventi centrati sull'utente e sul contesto; anche per questo è essenziale l'organico rapporto col DSM delle strutture residenziali sia pubbliche che private, anche tramite la stipulazione di protocolli d'intesa pubblico-privato che vincolino entrambe le parti alla progettazione condivisa, alla valutazione ed alla verifica dei risultati.

Non dovrebbero esistere progetti residenziali non previsti e condivisi dal DSM; errata e pericolosa la prassi di un rimborso a piè di lista successivo a un ricovero non previamente concordato. Ovviamente, ciò si applicherebbe anche a prestazioni non residenziali offerte dal privato; ma non credo che in questo ambito il problema si sia posto.

In questo contesto, la scelta fra Struttura a gestione pubblica diretta o indiretta dovrebbe avvenire caso per caso, basandosi su una attenta analisi del rapporto costi – benefici cioè della qualità della terapia e del relativo impegno economico.

L'offerta di strutture non dovrebbe esser lasciata al caso, ma inserirsi in una progettazione dipartimentale che tenga conto dei bisogni degli utenti, nonché delle risorse - anche sociali - e delle carenze presenti su quel specifico territorio; ciò tuttavia è realizzabile là dove il DSM dà prova di iniziativa e di fantasia progettuale, e gode di un sufficiente peso decisionale all'interno della Azienda Sanitaria Locale.

Il passo successivo è quello del ricorso a strutture private oppure a gestione pubblica diretta. Come in ogni altra intrapresa, si rende necessaria una determinazione del rapporto costi-benefici proprio di ciascuna soluzione alternativa proposta.

COSTI

I costi inerenti all'intervento del privato sono calcolabili in modo apparentemente facile: nel caso, decisamente il più frequente, della retta giornaliera pagata a una struttura residenziale o del compenso pattuito per altre prestazioni, essi si identificano con il costo. Tuttavia, una analisi delle spese sostenute dall'impresa privata è necessaria per una equa determinazione dei compensi.

Più complessa la determinazione dei costi nel caso del Servizio pubblico: anche qui facciamo soprattutto il caso della struttura residenziale, che richiede una precisa distinzione fra costi fissi e costi marginali. Il costo marginale relativo all'accoglimento di un nuovo paziente è piuttosto basso; ma si impenna bruscamente e decisamente nel momento in cui l'incremento dei pazienti renda inevitabile l'attivazione di una struttura nuova. Ci sembra che, nel pubblico interesse, questo tipo di analisi andrebbe approfondito più di quanto lo sia attualmente.

Sicuramente, l'esistenza stessa della alternativa privata ha favorito e favorisce la riflessione sul problema dei costi, che nel Servizio pubblico è più facile dimenticare. Lo stesso vale per la verifica della qualità: la diffidenza, a volte giustificata, verso una iniziativa privata vista come volta esclusivamente al profitto ha stimolato la ricerca di parametri di qualità, ritenuta a lungo superflua nella gestione delle istituzioni psichiatriche pubbliche: a torto, come storicamente ha dimostrato la scarsa qualità di queste.

Conferma questo rilievo il fatto che là dove il privato non è presente il processo di accreditamento è in ritardo e necessita di essere incentivato.

BENEFICIE LORO VERIFICA

Le verifiche di qualità riguardano sia il processo che l'esito.

Quelle di processo sono importanti per il mantenimento di adeguati standard terapeutici, ma sono valide se vengono rispettate alcune fondamentali esigenze: quella di definire i modelli teorico-pratici cui i concreti processi devono ispirarsi; quella di garantire la reale corrispondenza fra il dire e il fare; e quella di evidenziare, al di là gli aspetti estrinseci dei processi, lo spirito che li anima. Vanno considerati innanzi tutto gli aspetti generali, essenziali se si ritiene che quel che conta è la terapeuticità globale dell'ambiente di cura. Essi consistono nell'esistenza: di programmi anche scritti adeguati alla tipologia dell'utenza e condivisi fra utente e operatore, quanto meno limitatamente alle singole e specifiche proposte operative di interventi; di una carta dei servizi; di materiale informativo sui programmi e sullo staff; di una esplicitazione dei diritti – doveri di utenti, operatori, familiari; di programmi di formazione e aggiornamento; di regolari riunioni fra personale e utenti; di regolari incontri con i familiari; di periodiche verifiche con i Servizi invianti; di una apertura all'ambiente sociale circostante; di libertà di comunicazione e di espressione, nonché di coinvolgimento allargato nelle decisioni; e si potrebbe continuare. La verifica di quello che è l'aspetto centrale, che è una atmosfera ragionevolmente serena e a un tempo dinamica, è possibile e anzi necessaria, ma ben difficilmente quantificabile o inseribile in schemi.

Un altro aspetto delle verifiche di processo riguarda i singoli trattamenti e la loro utilità, che in parte è ancora da validare: crediamo di poter asserire che essi oggi vengono applicati su base largamente empirica. Il problema si farebbe delicato se si giungesse a una retribuzione della residenzialità a prestazione anziché a giornata. Questa soluzione appare più idonea a stimolare trattamenti attivi, ma può prestarsi a mistificazioni: lasciando da parte l'ipotesi di una vera truffa come il segnalare trattamenti mai applicati, diverrebbe possibile applicarne in presenza di scarsa indicazione, pensando al compenso più che alla utilità. La retribuzione a trattamento perciò andrebbe condizionata all'inserimento dell'intervento in un motivato progetto complessivo, più che alla aderenza a elenchi di prestazioni precostituiti, anche perché esistono prestazioni di grande utilità eppure non formalizzabili né includibili in alcun elenco: pensiamo alle “azioni parlanti” di Racamier o, più umilmente, al potenziale terapeutico di cui un buon operatore può caricare una comune azione quotidiana. In sostanza, più che se vengano messi in atto interventi buoni/validati in sé, quello che bisogna verificare è se vengono co-costruiti dal pubblico e dal privato dei progetti condivisi, con obiettivi chiari e definiti, con risultati verificabili nel tempo; gli interventi – che possono essere anche le “semplici” azioni parlanti o quotidiane che rivestono un carattere terapeutico per quel paziente in quella fase della sua storia - sono gli strumenti per raggiungere gli obiettivi e devono essere valutati in quanto congruenti o meno allo scopo.

Nella ricerca del beneficio maggiore, si incontra anche il problema della selezione o meno dei pazienti, importante per le strutture residenziali che per loro natura offrono un pacchetto complessivo elasticamente adattabile al caso ma fino a un certo punto, mentre l'intervento non residenziale è interamente da costruire di volta in volta. Dunque, quale paziente per quale struttura? come dare una risposta a tutti i bisogni e insieme non cadere in un velleitarismo onnipotente e di fatto aspecifico, col rischio dell'impotenza terapeutica e di una vocazione, alla fin fine, prevalentemente assistenziale? Racamier metteva in guardia contro questo pericolo. E' forse ipotizzabile e augurabile una qualche forma di specializzazione delle strutture, che nel loro complesso potrebbero dare risposta a tutti i bisogni residenziali, ciò che una singola struttura non può fare se non fornendo, infine, una assistenza aspecifica. Ciò dipende dal peso che assegnamo alla dimensione tecnica nell'intervento terapeutico.

Crediamo che questo punto non possa ancora esser deciso, e meriti ulteriori approfondimenti. Ma c'è da dire che le strutture, nel loro ciclo vitale, tendono ad assumere, consapevolmente o meno, caratteri specifici: possono ad esempio polarizzare l'attenzione sulla relazione in un percorso dal presimbolico al simbolico (processo comunitario che ha come obiettivo la verbalizzazione del disagio e la nascita dell'insight) ovvero, con diverso approccio, rivolgersi a un percorso teso alla costruzione di una capacità relazionale rivolta all'autonomia e alla gestione della quotidianità. E' questo un possibile esempio di “specializzazione” non orientata dalla diagnosi ma da una valutazione dinamica dello stato mentale del paziente e delle sue potenzialità evolutive.

Quanto alle verifiche di esito, se ne possono ravvisare diverse: sarebbe importante un sistematico

sondaggio sulla soddisfazione degli utenti, purché inserito in una più generale prospettiva di collaborazione e di reciproco stimolo con essi e con le loro organizzazioni di auto-aiuto. Fondamentale soprattutto un continuo monitoraggio del turn-over nelle strutture, seguito da un adeguato follow-up che consenta di verificare l'ulteriore destino dei pazienti dimessi. Questi dati andrebbero cimentati con le caratteristiche dell'utenza e in particolare con gli indici più sensibili e idonei a fornire una fotografia delle singole situazioni: condizione sociofamiliare e lavorativa, precedente durata del disturbo, sua gravità, diagnosi.

Analoghi indici possono servire per gli out-patients, eventualmente integrati con altri quali il numero di giornate trascorse nell'anno in regime di ricovero ospedaliero.

Compito più complesso, ma in prospettiva utilissimo, il cimentare gli esiti con gli specifici interventi curativi per valutare la reale utilità e le indicazioni di questi: l'informatizzazione diverrà anche in questo senso un ausilio indispensabile.

Queste esigenze riguardano sia il pubblico che il privato, poiché né l'uno né l'altro sono immuni da serie difficoltà e problematiche nel perseguimento del proprio compito: si pone quindi l'indicazione di una agenzia preposta alle verifiche che non si identifichi con le strutture operative. Certo, è dubbio che essa possa essere del tutto indipendente ed esente da pressioni anche indirette; e, a differenza del controllo formale sul possesso dei requisiti di legge, la verifica sul merito dei processi di lavoro e di cura e sui loro esiti difficilmente potrà avere carattere rigidamente normativo: ma offrirà comunque un utile momento di confronto dialettico, antidoto a una pericolosa autoreferenzialità. Quanto più l'agenzia sarà indipendente tanto più sarà utile poiché parametri e indici non funzionano da soli, e il loro impiego richiede correttezza e onestà intellettuale: se nel campo del privato esso può essere esposto al rischio di corruzione, nel pubblico c'è il rischio della collusione.

COLLABORAZIONE E SCELTA DELLA STRUTTURA

Necessaria una ampia collaborazione fra le strutture a gestione privata e quelle a gestione diretta pubblica, anche per facilitare i passaggi da una struttura all'altra qualora si prospettino terapeuticamente utili: ad esempio, per ravvivare un iter terapeutico che si trascini stancamente, oppure per realizzare il passaggio da una struttura ad alta protezione e alta intensità riabilitativa ad altra a bassa protezione e bassa intensità, sempre che non si ritenga praticabile e utile una permanenza del paziente nella stessa abitazione con un progressivo e programmato percorso verso una minore protezione. Da rilevare però che mentre è auspicabile il passaggio, per esempio, a un gruppo appartamento che risponda a carenze più socioabitative che strettamente cliniche, richiede cautela il ricorso a strutture di maggiori dimensioni a bassa intensità: risponderanno certo a esigenze ineludibili di risparmio, e fors'anche a quella di evitare un accanimento terapeutico molesto, infine, anche per il paziente stesso: ma dobbiamo aver ben presente il rischio che si trasformino in cronicari. Il problema è stato affrontato con modalità diverse nelle varie regioni.

In ogni caso, un passaggio da una struttura a un'altra, qualora terapeuticamente giustificato, non dovrebbe incontrare ostacoli burocratici nella diversa appartenenza – pubblico o privato – delle due strutture.

La scelta della struttura introduce al problema della libertà di scelta (anche fra struttura pubblica e privata). La libertà è importante, anche come espressione di una ritrovata capacità di iniziativa del paziente, pur se va intesa non in senso astratto ma come contestualizzata rispetto alla situazione concreta, tenendo conto delle risorse esistenti, dei vincoli anche di natura economica e giuridica nonché degli aspetti tecnico-professionali. Quando il parere degli operatori è diverso da quello del paziente (e dei familiari) si pone anche in questo campo il problema etico della scelta fra il principio di libertà e quello di beneficiabilità. E' importante anche la libertà interna alla struttura scelta, intesa come la possibilità che di scegliere, in un confronto con lo staff, diversi luoghi dove costruire il percorso di riabilitazione.

La scelta va comunque operata in un confronto fra paziente, struttura, Servizi, e familiari: il coinvolgimento di questi ultimi, oltre che eticamente dovuto, è una realistica necessità, ma va

tenuto conto che del processo riabilitativo può far parte una incentivazione della autonomia del paziente anche nei confronti dei familiari. La scelta del luogo di cura in realtà fa già parte del trattamento, e non andrebbe operata frettolosamente come se fosse terapeuticamente indifferente e legata solo a considerazioni economiche e logistiche.

E' preliminare, per garantire scelte oculate e una sana concorrenza, l'accessibilità dell'elenco delle strutture dotato di informazioni sulle loro caratteristiche; essa dai dati a nostra disposizione sembra in teoria garantita ovunque, ma di fatto non è sempre agevole causa la limitata diffusione dell'elenco stesso.

Ma queste considerazioni, anche se teoricamente accettate, possono esser vanificate dal fenomeno delle liste d'attesa, presenti purtroppo nelle varie realtà considerate: esse, oltre a compromettere la tempestività dell'intervento residenziale, compromettono sia la libertà che la terapeuticità della scelta poiché di fatto si è spesso indotti a collocare il paziente nel primo posto che si rende disponibile. La risposta non può essere, a corto circuito, quella di un mero aumento della dotazione posti; è invece indubbio che il fenomeno va analizzato nelle sue cause e ridotto nei limiti del possibile con interventi multifattoriali. Occorre una accurata analisi dei fattori di cronicizzazione residenziale, clinici o sociali quali la scarsa tempestività dell'intervento residenziale (su cui abbiamo dati scarsissimi) o la carenza di collocazioni abitative. A quest'ultima si potrebbe porre riparo con una adeguata offerta di piccoli alloggi a protezione ridotta che rendano possibili condizioni di esistenza normali, dove il soggiorno potrebbe legittimamente divenire anche molto prolungato.

Il problema si pone in termini meno pressanti nei trattamenti non residenziali, nei quali il paziente si trova in una posizione più attiva e ha maggiori strumenti per far valere la propria scelta.

ESIGENZE FORMATIVE

E' acquisito che la formazione debba essere permanente, non foss'altro che per garantire quei momenti di pausa riflessiva che sono il miglior antidoto contro la routine e il burn-out. Riteniamo debba tendere a sviluppare competenze e conoscenze non solo di natura tecnica ma anche e soprattutto di natura progettuale e relazionale: lavorare in gruppo, integrare i professionisti del pubblico e del privato, gestire i conflitti.

E' vitale, nel quadro della collaborazione pubblico - privato, incentivare i momenti di formazione comune, oggi presenti in limitata misura. E' necessario infatti favorire il formarsi di un background culturale comune, con comuni iniziative di formazione e ricerca. Ciò non implica una monolitica unitarietà di indirizzi, poiché anzi una varietà di approcci, ovviamente definiti e non confusivi ma armonizzati, è da considerare feconda: ma la varietà delle tecniche dovrebbe essere "trasversale", non coincidere con la distinzione pubblico - privato dove rischierebbe di stimolare divisioni; dovrebbe, soprattutto e comunque, ispirarsi ai principi generali del rispetto e della speranza.

PROPOSTE OPERATIVE

La SIRP si fa portatrice, quindi, delle seguenti istanze:

- ribadire la centralità e il pieno coinvolgimento del DSM anche in quei momenti del trattamento - il più spesso residenziali - affidati a strutture private, poiché l'intervento residenziale e quello del privato - concetti teoricamente indipendenti, e largamente ma non totalmente sovrapposti nella attuale prassi - non sono mai fine a se stessi ma devono inserirsi in un progetto complessivo;
- favorire la preparazione di protocolli d'intesa fra l'ente pubblico e il privato che definiscano i rispettivi compiti in un'ottica integrata;
- sollecitare la messa a punto di modalità condivise di analisi e determinazione dei costi, compito impegnativo ma importante soprattutto nel caso del Servizio pubblico;

- creare i presupposti perchè l'utente possa esercitare una sua scelta, in rapporto dialettico con le esigenze tecniche e amministrative;
- preliminarmente a ciò è disporre di un elenco delle strutture e dei Servizi facilmente accessibile, con possibilità di verificarne le caratteristiche espresse nella carta dei servizi;
- richiedere a tutte le strutture e ai Servizi, pubblici e privati, un regolare e sistematico monitoraggio con particolare riguardo al turn-over e al follow-up; sarebbe equo che nella valutazione dei risultati si tenesse conto delle caratteristiche dell'utenza servita, in base a parametri quali diagnosi, condizione socio-economica, epoca di esordio del disturbo;
- approfondire il problema di una possibile utilità di strutture specializzate;
- stimolare il processo di accreditamento, tuttora incompleto; a ciò dovrebbe collegarsi la costituzione a livello regionale di agenzie indipendenti, incaricate di verificare l'attività delle strutture sia pubbliche che private;
- sollecitare, nell'ottica di un contrasto alla cronicità, una miglior dotazione, piuttosto che di strutture a bassa intensità, di alloggi a bassa protezione e in grado di offrire condizioni di vita normali;
- sollecitare le iniziative di formazione comune al pubblico e al privato, matrici di una cultura comune.

Integrazione socio-sanitaria in psichiatria. Applicazione della 328

*A cura di: Sergio Lupoi, Daniele Sadun con Paolo Paolotti**

Abstract

The law 328/80 has performed a organization of a integrated sistem of interventions and social services between public and private istitutions: Asl , Municipalities, Third and Forth sector

The law of reforme of assistance is a frame where is possible to find a diffuse spaces of redefinition of assistance in a prospective more near to social evolution and community care.

The method to programme is defineted how the best

The instrument for the praxis is the Plan of zone that establishes the strategic objectives, priority of intervention, method of organization, finacial resources and the strategic relation between Muniaplity and Asl.

There are some difficulties both of legal type and enforcement.

The authors suggest some proposals in order to made a real integration to live of circular organization for arrive of assumption a nets paradigme, a jointly therapeutic summit and the definition of protocol between Asl and Municipalty.

PREMESSA

La riforma dell'assistenza psichiatrica in Italia ha comportato la fine della segregazione dei disagiati psichici in appositi luoghi, che, con l'alibi di curarli, li isolavano dal resto della società.

In termini più ampi, la chiusura dei manicomi avrebbe dovuto comportare il superamento del concetto che **una sola struttura organizzativa** si dovesse far carico di rispondere a tutti i bisogni di una fascia di popolazione, **definita da una diagnosi medica**.

Questo secondo aspetto della riforma si è, di fatto, prolungato fino ad oggi, poiché i D.S.M., si sono costituiti come l'unica alternativa al manicomio. In un clima di difesa arroccata agli attacchi portati all'impianto generale della riforma, di delega totale da parte della società e, spesso, d'isolamento sia da parte dei settori sanitari che sociali, gli operatori dei servizi psichiatrici si sono chiusi in un dialogo a due con i loro utenti, senza possibilità di coinvolgere il **terzo escluso** rappresentato dal sociale intorno a loro.

Per tali motivi si sono andate configurando sempre più ipotesi di **servizi forti**, che avessero risorse umane e finanziarie per raggiungere il loro intento, senza diventare mai abbastanza forti da riuscirci. Questo assetto è entrato in crisi per due diversi ordine di motivi:

➤L'impossibilità oggettiva di rispondere a tutti i bisogni portati dall'utenza grave (strutture residenziali a vario grado di protezione, necessità economiche, attivazione nel tempo libero, risocializzazione, attività di formazione, reinserimento lavorativo protetto, relazioni d'aiuto e trattamenti specifici ecc.).

➤La contraddizione interna tra obiettivi che voleva raggiungere e mezzi utilizzati: non si può cercare l'inserimento sociale di una persona di fatto isolandola in contesti protettivi.

Nel contempo la chiusura dei manicomi è stata anche una delle grandi **privatizzazioni** attuate in Italia, in questi anni, aprendo, di fatto, una larga fetta di mercato per organizzazioni che si occupano in vari modi di assistenza, recupero e reintegrazione di soggetti emarginati, disadattati, immigrati, rifugiati ecc.

Lo sviluppo di questo **Terzo Settore è stato poderoso**, con tutte le conseguenze che si vedono spesso nelle crescite troppo impetuose e senza gradualità; è comunque un dato di fatto che, oggi, accanto ai due tradizionali settori – Pubblico e Privato – su cui si è finora articolata l'assistenza alla persona, si aggiunge, un terzo settore, fatto di volontariato, no-profit, onlus, impresa sociale, estremamente complesso e variegato.

Ma gli studi sociologici più recenti riportano l'attenzione anche su un **Quarto settore**, le cosiddette reti primarie, fatto dalla famiglia, gli amici, i vicini, da sempre presente nella storia della cura della persona, ma spesso "negato" dai sistemi "formali" dell'assistenza, e sempre poco considerato in un sistema integrato di community care.

Allo stato attuale l'offerta di servizi alla persona è senza dubbio più ricca che in passato, ma la pluralità di soggetti e agenzie presenti nella rete sociale non si traduce, automaticamente, in un effettivo miglioramento di qualità della vita degli utenti: è evidente che si pone un problema di imparare a differenziare le identità e le modalità specifiche di ciascuno dei quattro settori coinvolti, di raccordarli in un sistema integrato, di stabilire priorità d'intervento, di decidere tra un primato del pubblico, cui gli altri settori debbano assoggettarsi, come sembra accadere oggi, o se si possa ipotizzare un sistema in cui ognuno abbia pari dignità e peso specifico. Il DSM, *primis inter pares*, deve avere il compito di raccordare ed integrare le varie parti del sistema riconoscendo e valorizzando le differenze e le specificità.

Cioè sono nati problemi di:

- Leadership
- Programmazione
- Autonomie

La risoluzione di questi nodi assume una rilevanza particolare nello specifico del disagio psichico, sia perché, nella terapia psichiatrica, è fondamentale non riprodurre aspetti scissi e frammentati della mente psicotica, nell'organizzazione dei servizi preposti alla cura; sia perché il deficit specifico, che induce una marcata dipendenza, rende il soggetto particolarmente incapace di saper decidere e scegliere tra le offerte d'aiuto disponibili.

E' necessario che un moderno intervento psichiatrico sappia superare, ma includendo l'attenzione all'intrapsichico, alla soggettività dell'altro, alla biochimica cerebrale, al mondo interno del paziente, che hanno costituito per anni la base del sapere psichiatrico come lo conosciamo.

Si rende necessario introdurre delle chiavi di lettura, che consentano agli operatori di orientarsi e orientare gli utenti, in un contesto di vita, che è la realtà sociale attuale, e non il "mondo" del manicomio.

In quanto il fine dell'intervento è la comprensione del disagio psichico nel contesto reale in cui si colloca, che consenta un'efficace prassi terapeutico – riabilitativa.

Occorre imparare a conoscere le reali condizioni di vita relazionale degli utenti negli ambiti familiari, sociali, lavorativi, del tempo libero, e le opportunità relazionali presenti in un determinato territorio, per valorizzarle, facilitarle, coinvolgerle nel processo di cura, per non riprodurre sgradevoli opzioni di "terricomio", fatto di una realtà virtuale, creata artificialmente dagli operatori della riabilitazione psichiatrica dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Nella sociologia contemporanea si va sempre più facendo riferimento ad un filone di studi che va sotto il termine di *Network analysis* o *Analisi strutturale*. Nato come tecnica per lo studio di comunità ristrette, tale filone sta assumendo sempre più la connotazione di una modalità di conoscenza della struttura sociale, fino ad ambire di porsi come un nuovo paradigma conoscitivo, con importanti implicazioni sulle definizioni di identità, individuo, società.

"La *network analysis* elegge a proprio oggetto di studio la relazione sociale e considera la realtà, la società, come reti di relazioni... Al concetto di identità, intesa come risultato di norme, valori e modelli di comportamento interiorizzati e che rimanda, anche simbolicamente ed intuitivamente, ad uno stato definitivo e concluso, si sostituisce il concetto di identizzazione, che rimanda ad un processo di alternanza tra individualizzazione ed appartenenza, separazione e fusione. La molteplicità delle appartenenze, le appartenenze multiple rompono i confini di qualsiasi sistema: la società dunque non può più essere rappresentata come sistema ordinato e coordinato di parti o sottosistemi a confini precisi e delimitati: la società è una rete di reti sociali.

Partire dalla rete, partire dalla relazione sociale anziché dal comportamento atomizzato dell'individuo consente di disegnare una rappresentazione del sociale, della quale la rete costituisce il paradigma: un caso esemplare." (Paola Di Nicola *La Rete: metafora dell'appartenenza*, 1998).

Da queste premesse si può cercare di articolare un progetto di *community care* per la salute mentale e per la riabilitazione psicosociale delle persone sofferenti di disturbi psichici, fondato sul quadro normativo vigente in materia di welfare locale.

NORMATIVA

Secondo la **legge 328/00** “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” i soggetti decisori in campo socio-assistenziale e socio-sanitario sono numerosi e non sono posti in posizione gerarchica, ciascuno gioca una propria autonoma sfera di discrezionalità nell’uso delle risorse: organizzazioni internazionali, Stato, regioni, province, comuni, aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, imprese, cooperative, liberi professionisti, associazioni di auto-aiuto, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali, famiglie e singoli utenti. Questa è la realtà sociale complessa nell’ambito della quale si colloca la legge di riforma.

Già il decreto legislativo 229/99 che ha modificato il decreto legislativo 502/92, ha introdotto il concetto di “*prestazioni socio-sanitarie*” e cioè “...*tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione*”.

Le prestazioni socio-sanitarie comprendono:

- Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite (spettano alle A.S.L.);
- Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute (spettano ai Comuni).
- Prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria (a carico delle A.S.L.) tra cui rientrano le patologie psichiatriche.

La legge quadro di riforma dell’assistenza fa chiarezza sul piano *organizzativo e gestionale*, superando l’improvvisazione, le sovrapposizioni, i conflitti di competenza che ancora si ritrovano a livello di Comuni, A.S.L. e Terzo Settore.

Gli strumenti operativi forniti sono finalizzati ad approfondire e a definire i seguenti aspetti:

- Denominazione dei servizi;
- Ambito territoriale;
- Modelli organizzativi, requisiti minimi e standard dei servizi;
- Autorizzazione, accreditamento e vigilanza;
- Qualità;
- Carta dei servizi;
- Sistema informativo;
- Titoli per l’acquisto dei servizi sociali;
- Criteri di valutazione per l’accesso ai servizi;
- Gestione dei servizi.

I concetti chiave espressi dalla legge quadro di riforma dell’assistenza sono:

sistema integrato, collegamento, coordinamento, integrazione, concertazione, partecipazione, collaborazione, intese, accordi, esercizio associato, affidamento dei servizi, la rete.

La programmazione e l’organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali sono da realizzare secondo i principi operativi di “...*sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell’amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali*”.

Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell’operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere.

La legge di riforma dell’assistenza è, per le sue caratteristiche normative, una cornice all’interno della quale è possibile trovare **ampi spazi di ridefinizione dell’assistenza psichiatrica** secondo le

proposte sopra esposte; la complessità della realtà sociale e dei livelli istituzionali e non, e quella della stessa legge impone agli operatori del settore la necessità di un confronto più stretto con il sociale, l'unico ambito che ha beneficiato da un punto di vista normativo di una prospettiva più ampia e più in linea con l'evoluzione del sistema sociale, del sistema di *community care* e del livello organizzativo dei servizi socio-sanitari.

I SOGGETTI COINVOLTI

1. I **D.S.M.** si trovano in una situazione critica, saturi di casi, con risorse umane ed economiche che sembrano non bastare mai; spesso ancora chiusi in un'ottica autoreferenziale, che li porta a ritenersi gli unici depositari di un sapere accreditato nei confronti del disagio psichico; scontano situazioni del tutto paradossali.

Gli operatori per sopperire alla mancanza di agenzie esterne svolgono compiti di agenti immobiliari che devono reperire abitazioni a basso costo, altre volte agenti turistici e del tempo libero, che devono organizzare soggiorni e gite, altre ancora impiegati di uffici di collocamento per il lavoro, quando non si inventano di essere imprenditori o erogatori di salari minimi garantiti.

Sarebbe molto più opportuno che gli operatori psichiatrici fossero dei promotori di salute svolgendo un ruolo di **mediazione sociale** tra i bisogni individuati e le risorse disponibili nel territorio per tentare un miglioramento della qualità di vita dei soggetti in carico e si occupassero della psiche disturbata degli utenti in carico, specializzandosi nel fornire loro una relazione terapeutica, possibilmente evolutiva. La relazione terapeutica deve essere utilizzata sia in sé, come fattore terapeutico, sia per la raccolta dati da utilizzare per la progettazione di obiettivi riabilitativi e di integrazione sociale.

Tale compito richiede una particolare competenza specifica, doti umane di empatia, volontà di esporsi ad un contatto con aspetti molto perturbanti della mente psicotica, capacità di modulare la relazione in funzione del deficit specifico di ogni utente; una tale capacità si può acquisire solo attraverso un processo di formazione continua.

2. Il **Terzo settore**, quello detto del No-profit, è oggi costituito da una galassia estremamente variegata di agenzie, in cui si può trovare veramente di tutto.

Questo settore del privato sociale contiene delle ambiguità che vanno risolte, attraverso una più definita identità. Non può essere un'appendice del servizio pubblico, pena ereditarne tutte le disfunzioni negative; non può essere un'imprenditorialità assistita, pena diventare uno strumento di logiche partitocratiche; la concorrenzialità non può essere basata sullo sfondamento al ribasso dei minimi salariali, pena la dequalificazione delle prestazioni. Concorrere a favorire una crescita autonoma e un'individuazione più netta di queste agenzie è un compito non eludibile, anche da parte del servizio sanitario e sociale pubblico, poiché può rappresentare, a determinate condizioni, una ricchezza enorme di risorse articolate e creative.

3. Gli **E.E. L.L.**, i Comuni in modo particolare, hanno assunto e sempre più assumeranno competenze e responsabilità di grande rilievo su tutto ciò che attiene a quello che si definiva il **sociale sanitario**, ma, alle prese con difficoltà di mezzi economici ed umani, si trovano spesso, per loro natura, a cercare di acquisire un consenso politico attraverso vetrine, in cui sono presentati progetti di solidarietà sociale attuati con finanziamenti a pioggia, senza una reale metodologia d'intervento.

4. Le reti primarie possono essere il quarto fattore di questa alleanza al fine di creare una collaborazione a più livelli idonei alla costruzione di nuove realtà e alleanze. La co-crescita di queste realtà diventa il modo fondamentale di creare un nuovo sistema fuori dalle istituzioni.

CRITICITA' ATTUALI

Lo strumento identificato dalla legge per elaborare obiettivi comuni è il Piano di Zona che individua

obiettivi strategici; priorità d'intervento; modalità organizzative dei servizi; risorse finanziarie; impegni professionali; requisiti di qualità; attività di rilevazione dei dati; forme di collaborazione ed integrazione fra enti diversi, con particolare riferimento alla **strategica relazione** tra i Comuni e le A.S.L.

A. di natura prettamente legislativa e normativa

1. **Non congruenza tra contenuto della legge e cornice politica amministrativa del contesto:** infatti nella legge ci si riferisce ad una ipotetica realtà che dovrebbe essere il Distretto, entità che dal punto di vista amministrativo in effetti corrisponde a due entità separate e dipendenti da due diverse organizzazioni: una è il municipio o Comune e l'altra è il distretto sanitario
2. **La diversa evoluzione dei Distretti e dei Dipartimenti nell'organizzazione aziendale delle A.S.L.** Mentre i Dipartimenti, in particolare il D.S.M., hanno alle spalle una storia di consolidata esperienza, tradizione, modalità operativa, cultura specifica, il Distretto, individuato dalla legge di riforma sanitaria come il fulcro operativo dell'assistenza territoriale, non è in realtà mai decollato, per l'accentramento burocratico, amministrativo ed economico nelle direzioni aziendali, per logiche di potere, per carenze di finanziamento, ma soprattutto perché è mancata una cultura adeguata da parte del mondo sanitario a svolgere ed attuare azioni di *community care* nel territorio. Ne consegue che i dipartimenti si sono ancora più arroccati su modalità difensive anche all'interno della stessa A.S.L. con gravi conseguenze sul piano della comunicazione, dello scambio e dell'interazione sia interna che esterna all'Azienda.
3. **La difficoltà di interazione tra soggetti diversi:** A.S.L., Enti Locali e Terzo Settore ciascuno con caratteristiche, obiettivi, strategie diverse. I Piani di Zona dovrebbero essere il terreno dove sviluppare non solo atti amministrativi per il perseguimento di obiettivi condivisi, ma anche cercare un linguaggio comune, creare strategie condivise, elaborare griglie di lettura dei bisogni, sviluppare capacità di rispondere alle esigenze poste dai cittadini in modo anche creativo. Spesso invece le richieste cui si risponde sono quelle delle organizzazioni partecipanti, i bisogni sono letti in chiave autoreferenziale e sono riconosciuti solo se codificati in una nosografia accertata.
4. **La difficoltà di gestire la governance dei gruppi di lavoro,** da chi si assume il compito di tenere assieme il processo, di come possa emergere una linea strategica operativa da una collegialità e pluralità di attori e soggetti coinvolti.
5. **Assenza di una adeguata normativa nella definizione dei poteri all'interno della applicazione della 328:** La legge rimanda ad una ipotetica intesa tra Comune o municipio e Asl attraverso un accordo di programma. Questo collegamento è lasciato alla iniziativa degli amministratori locali con una estrema varietà della sua applicazione che dipende dalla coerenza politica delle forze che amministrano le due entità e dalla differenza di potere.

B. di applicazione

1. **Creazione dei piani su richieste auto-referenziali degli enti coinvolti e non dopo analisi dei bisogni inevasi:** la nascita dei piani di zona di solito avviene per un processo spontaneo di autogemmazioni di progetti promossi da organismi che sono vitali nel territorio di appartenenza, al massimo si segue un indirizzo legato alla domanda del territorio. Invece sarebbe necessaria una mappatura dei bisogni inevasi della popolazione attraverso studi epidemiologici, ricerche tra gli operatori dei settori, ricerche di MCQ tra utenti e popolazione, quindi all'interno di un piano socio-sanitario effettuato da Comune e ASL nell'ambito delle linee di indirizzo indicate dalla Regione.
2. **I progetti approvati principalmente sono ad impianto esclusivo per pazienti DSM:** Nella normativa vigente le prestazioni rivolte a favore delle persone con problemi psichiatrici sono quasi tutte comprese nelle "prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria" e come tali a totale carico delle A.S.L., ad eccezione dell'accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e dei programmi di reinserimento sociale e lavorativo, per i quali è prevista la partecipazione alla spesa dei comuni per il 60%. Nei fatti

questi fondi dei comuni sono oggi utilizzati per lo più per finanziare attività dei Centri Diurni o per sostenere le spese di case famiglia gestite dal privato sociale, in un ottica che resta tutta compresa nelle attività del D.S.M. con poche o nessuna aperture al sociale. In tal modo le persone con problemi psichiatrici restano sempre coinvolte nella rete di servizi dello specifico psichiatrico con poche possibilità di uscire dal circuito. **Invece andrebbero incentivati programmi realmente integrati e non progetti dedicati.**

PROPOSTE

Il contesto sociale attuale presenta modificazioni importanti rispetto a quello in cui è stata promossa la riforma dell'assistenza psichiatrica; la pluralità di soggetti che oggi interfacciano i bisogni dei disagiati psichici rappresenta una novità assoluta e di grande rilievo.

L'esperienza storica dei manicomi, prima, e dei D.S.M. a struttura forte, poi, ha dimostrato che quando è un'unica agenzia a farsi carico in modo totale ed esaustivo dei problemi posti dall'utente psichiatrico, essa assume, prima o poi, connotazioni simili al disagio di cui cerca di farsi carico (come è stato osservato da un grande psicanalista sudamericano, Bleger, "ogni gruppo tende ad assumere l'organizzazione del problema che cerca di affrontare").

Si pone, allora, il problema di come raccordare l'azione di questi quattro soggetti. (DSM, Privato Sociale, EE.LL., Reti primarie) Dopo averne tanto abusato pensiamo che sia sempre utile parlare di integrazione ma non come un dato di fatto ma un obiettivo da raggiungere sottolineando che l'integrazione per essere raggiunta parte dal riconoscimento reciproco e dalla condivisione della cornice che dà significato all'integrazione.

Il primo passo sarebbe quello di parlare di **circolarità**, da teorizzare e praticare da parte di tutti i distinti soggetti, che si influenzano reciprocamente in un processo evolutivo di crescita, basato su un'attenta analisi delle esperienze fatte insieme.

A) Di metodo generale:

Assumere un paradigma di rete, come chiave di lettura del contesto sociale, significa ridefinire, a vasto raggio, l'operatività dei servizi psichiatrici e la loro collocazione stessa nella rete.

Proviamo ad elencare alcuni aspetti cruciali.

1. Significa **ridisegnare i criteri di valutazione e di diagnosi**, superando schematismi legati a specifici campi del sapere psichiatrico. Tenendo presenti le definizioni dell'O.M.S. di DISTURBO, DANNO, DISABILITA', HANDICAP, risulterà evidente come una valutazione diagnostica affidabile di ciò che è handicap (ma, forse, anche di ciò che è disabilità) non potrà prescindere da una **conoscenza della collocazione del soggetto valutato nella cerchia di reti in cui è inserito**. Proprio una tale conoscenza potrà dare la misura del grado di sofferenza patita e delle risorse residue disponibili, da valorizzare.
2. **Un progetto terapeutico-riabilitativo potrà essere formulato solo tenendo presenti le cerchie di reti attuali e quelle possibili da coinvolgere**. Una buona prassi riabilitativa sarà allora una prassi d'intervento sui nodi deboli e problematici della rete attuale; sarà fondata su uno sforzo creativo d'inserimento in nuove cerchie di reti, che possano migliorare la qualità della vita, in un processo evolutivo modulato e tarato sul deficit specifico; sarà **un lavoro di mediazione sociale**, che accompagni il soggetto in reti nuove, adatte a lui, in cui possa sentirsi accolto e riconosciuto.
3. **Occorre riconsiderare la posizione dei servizi psichiatrici nell'ambito della rete**; cominciando a porre dei quesiti se essi debbano, ancora, considerarsi come unico riferimento per il disagio psichico o non debbano imparare a dialogare e confrontarsi con gli altri soggetti implicati nei servizi alla persona. Se il sapere psichiatrico, codificato in scienza, sia la sola chiave di lettura valida del disagio e della sofferenza psichica, o non debba "stemperarsi" in un sapere, meno codificato, ma forse più antico, praticato dalle reti informali, dalle reti primarie, dai gruppi di auto-aiuto, dal terzo settore. Ci dobbiamo chiedere se, nell'ambito dei servizi psichiatrici territoriali, **si debba sempre privilegiare ed anteporre il sapere degli psichiatri, o non si debba elaborare una prassi**

operativa che tenga, realmente, conto del sapere delle varie professionalità presenti.

Occorre definire cosa significa “**mettere in rete i servizi**”, frase molto detta, ma poco chiarita. Non può significare “appaltare” ad altri (reti primarie, terzo settore) i pezzi di assistenza che il pubblico non può erogare, nell’ambito di un disegno complessivo di cui il pubblico continua, però, a pretendere di essere depositario. Non può significare pretendere che funzioni del progetto di community care vengano svolte da soggetti o strutture non idonee, per loro natura, a farlo. **Mettersi in rete significa accettare di essere un pezzo delle possibili cerchie di reti relazionali possibili;** abbandonare fantasie onnipotenti di poter creare le reti mancanti, o quelle “desiderate” dagli utenti, che hanno prodotto solo realtà “virtuali”, sia per gli utenti che per gli operatori. Significa rinunciare alla pretesa, illusoria, di una presa in carico “totale” del soggetto con tutti i suoi bisogni, magari con la pretesa di soddisfarli tutti. Ne deriva la necessità di nuove figure professionali di mediazione sociale e una riorganizzazione dell’attuale assetto dei D.S.M. La possibilità di avere contemporaneamente **più vertici di osservazione** del problema è una garanzia di sanità ed equilibrio.

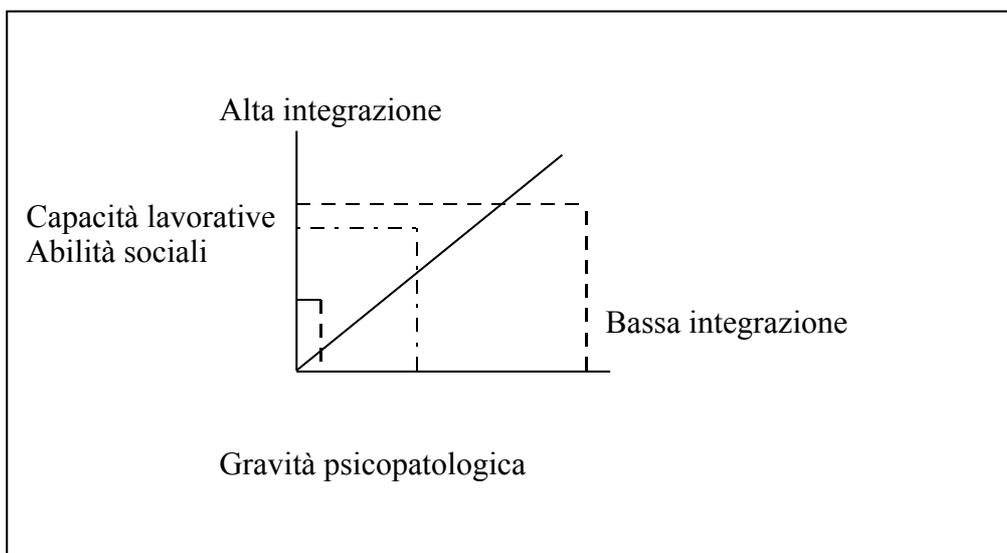
I quattro soggetti, che abbiamo preso in considerazione (D.S.M., Privato Sociale, E.E.L.L. reti primarie), potrebbero costituire una sorta di **VERTICE TERAPEUTICO RIABILITATIVO COLLEGIALE**, per la presa in carico di utenti con disagio psichico grave. E’ importante la differenziazione dei ruoli e delle competenze, per mantenere un’identità ben individuata e distinta, ma è impossibile concepire un prendersi cura di situazioni gravi nell’ambito psichiatrico in modo totalizzante ed esaustivo da uno solo dei tre soggetti.

B) di natura prettamente legislativa e normativa

1. **Necessità della creazione di un nuovo soggetto:** il distretto socio-sanitario
2. **Definire protocollo di intesa dove si accetti la co-partecipazione delle ASL** definendo meglio la dizione della legge “I comuni...d’intesa con la Aziende sanitarie locali, provvedono...a definire il piano di zona” (art. 19 comma 1). Definendo i livelli di integrazione istituzionale, gestionale e professionale”. Da quanto ci risulta le Asl hanno un solo voto anche quando vi sono più comuni presenti nel tavolo di integrazioni.

C) di attuazione immediata in quanto possono essere sostenute con l’attuale quadro normativo con un atteggiamento attivo del DSM

1. L’accordo di programma dovrebbe prevedere i livelli d’integrazione istituzionale, gestionale professionale garantendo **una adeguata presenza del DSM.**
2. Impiantare un adeguato **processo di valutazione dei bisogni inevasi** e non secondo la domanda. Su questo punto si potrebbe per iniziare fare una indagine tra gli operatori della salute mentale una segnalazione dei bisogni inevasi dei pazienti in carico sugli assi: casa. Lavoro, tempo libero. Successivamente fare un adeguato questionario da somministrare all’utenza ed alle famiglie. Ad un altro livello un adeguato studio epidemiologico e la ricerca di eventi o dati sentinella quali: percentuale di adolescenti che hanno contatti con la polizia, suicidi, percentuale di anziani sulla popolazione, sfratti per morosità.....
3. Mettere in atto piani di zona rispondenti i **diversi livelli di integrazione** a seconda una valutazione delle necessità dell’utente secondo due parametri: la gravità psicopatologica del paziente e il livello di socialità e capacità del paziente.
Per esempio ad alto livello di integrazione potrebbe essere un piano di zona che preveda l’affidamento ad una cooperativa di donne al primo impiego di un asilo nido tra cui prevedere due donne con disagio mentale. Oppure a bassa integrazione una affidamento ai pazienti della manutenzione dei giardini del Comune.



Questo grafico potrebbe essere una guida per definire quando è utile un piano ad alta integrazione e quando a bassa.

Si possono usare questionari per definire in maniera oggettiva i dati.

Per la gravità psicopatologica si propone il BPRS, per la autonomia sociale il questionario LSP, per la capacità lavorativa un test da definire, sarebbe anche da immettere una valutazione cognitiva.

*Psichiatra, DSM Asl Roma F

L'USO PARTECIPATIVO DEL VIDEO IN RIABILITAZIONE

*Bruno Gentile**, *Renzo Cevro Vukovic***

Abstract

The article describes the “taking-part” and educational approach of the video work-shops, based on the English experiences of Shaw and Robertson and the dutch one of Schosten.

Their impostation underlines how the “taking-part” use of the video leads to a flexible and highly motivating approach that enhances the sources of self-esteem in the psychiatric rehabilitation.

This approach improves the patient’s expressive and communicative ability.

This article shows some of the main theoretical principles as the “neg.entropia” or “Entropia positive”. Such principle was elaborated in the communication theory context (as for the 2nd principle of thermodynamic) that argues the chance to oppose to degradation, the disorder felt by a social or individual subject through an use of the information capable to bring order and progress where there are degradation and disorder. The work of the troupe, named Rap.g. of video-rehabilitation in DSM in Portogruaro (Venezia – Italy) is based on this approach and it has even led to the settle up of a big archive of video dedicate to Italian work-shops atelier in which the figurative arts are used in a therapeutical and “rehabilitative” way.

L’uso partecipativo del video è un’attività di gruppo che sviluppa le abilità attraverso l’uso creativo di questo strumento, con cui i partecipanti riprendono se stessi e l’ambiente. Nell’era della comunicazione, caratterizzata dalla produzione di un flusso costante di informazioni visive su cui la gente comune può esercitare un controllo limitatissimo, saper usare il video può rappresentare un modo efficace per aprire dei canali di comunicazione anche per le fasce di popolazione emarginate o disabili. Nel tentativo di consentire alle fasce di popolazione più vulnerabili di ottenere maggiore visibilità e coinvolgimento nelle scelte relative all’erogazione dei servizi, le organizzazioni sociali cercano gli strumenti che possono coinvolgere di più ed in modo partecipato i cittadini, tanto più quelli con maggiori problemi di disabilità ed isolamento. L’approccio partecipativo del video è uno dei migliori tra questi strumenti, consentendo agli operatori di comunità, agli educatori ed ai riabilitatori di sfruttarne il potenziale sociale e creativo anche ai fini di democratizzare l’accesso ai media. Nell’approccio partecipativo il video consente di sviluppare la fiducia in se stessi e l’autostima, oltre a creare un clima che stimoli sia lo sviluppo del singolo che del gruppo. Nel progetto di lavoro, l’apprendimento di specifiche abilità tecniche ed organizzative e la produzione di video, pur sicuramente aspetti importanti, sono comunque in secondo piano rispetto all’induzione di un clima interattivo favorevole ad indurre processi di cambiamento dei partecipanti. Infatti l’uso partecipativo del video promuove un reale sviluppo della persona attraverso i seguenti obiettivi:

1. Aumentare l’autostima e contrastare la tendenza a svalutarsi.
2. Incoraggiare a sperimentare cose nuove e ad apprezzare i risultati raggiunti.
3. Sviluppare la fiducia nelle proprie risorse, idee e capacità di esprimersi senza timore del biasimo o della derisione.
4. Accrescere la fiducia nelle attività e processi di gruppo, riducendo la deferenza verso gli operatori e verso chi occupa posizioni di responsabilità.
5. Offrire occasioni di problem-solving per stimolare le abilità di riflessione, analisi, creazione, decisione e azione.
6. Migliorare la fiducia in sé attraverso lo sviluppo di capacità di decisione e di progettazione.
7. Ridurre il senso di impotenza dando al gruppo la responsabilità della direzione del suo lavoro.
8. Sviluppare un senso di identità di gruppo ed incoraggiare la cooperazione per il raggiungimento degli obiettivi.
9. Offrire la possibilità di comunicare le proprie idee ad altri, compreso chi occupa posizioni di responsabilità.

Rapporto con le attività artistiche di gruppo

Le attività artistiche di gruppo sono nate nel contesto dell'attivismo sociale, culturale e politico della fine degli anni Sessanta. Fin dal loro apparire esse si sono caratterizzate per i loro obiettivi ed i loro approcci, piuttosto che per attività o forme d'arte specifiche. L'approccio si basa sulla partecipazione ed il principio di fondo è che il coinvolgimento attivo nell'espressione artistica collettiva possa modificare la percezione individuale del mondo circostante e di sé. "L'arte creata in un contesto di comunità può favorire dei cambiamenti nell'individuo e questo è particolarmente vero nel caso di persone svantaggiate o oppresse" (Report of the National Enquiry in the Arts, 1992).

Che si usino forme d'arte tradizionali o innovative, gli obiettivi del lavoro sono sempre quelli di stimolare lo sviluppo individuale e l'identità di gruppo, di aiutare i partecipanti ad esprimere le loro potenzialità, di contribuire alla trasformazione personale, sociale ed ambientale e di stimolare l'iniziativa autonoma all'interno della comunità.

Nel corso degli anni Settanta ed Ottanta molti operatori specializzati nelle attività artistiche hanno concentrato il loro lavoro sui mezzi di comunicazione, dando vita al cosiddetto "movimento dei mezzi di comunicazione". Questo movimento mira a formare o rafforzare la consapevolezza di ciò che succede attorno a noi in modo da sviluppare un'immagine obiettiva del mondo reale e magari la volontà e la capacità di cambiarlo.

Oltre ad offrire tutte le possibilità degli altri mezzi di comunicazione di massa, il video presenta qualità peculiari, tra cui la eccezionale capacità di dare stimoli ed energia risultando così uno strumento efficacissimo per estendere ed accelerare alcuni processi di gruppo.

Attività e linee metodologiche di riferimento della Troupe Rap-g.

E' sulla scia di queste premesse teoriche che alla fine degli anni '90 vengono progettati all'interno del Centro di Salute Mentale di Portogruaro (Ve) dei laboratori video i quali appunto si rifanno metodologicamente all'approccio partecipativo ed educativo proposto da Autori come gli inglesi **Jackie Shaw** (1, 2) e **Clive Robertson** (2) e l'olandese **Dirk Schouten** (3).

Questi Autori, come noto, vedono nel video un'attività in grado di favorire significativamente sia la partecipazione attiva che l'espressione creativa di ciascuno, indipendentemente dal livello di istruzione, di sviluppo e di capacità creative.

Secondo questo approccio flessibile ed altamente motivante, i laboratori riescono in breve a sviluppare ed attivare le interazioni comunicative.

Dopo un certo tempo, all'interno dei laboratori alcuni partecipanti hanno dimostrato una spiccata predisposizione per lo strumento video, per cui si è pensato di formare una vera e propria troupe televisiva, capace di produrre filmati autonomamente, nel mentre proseguiva il coinvolgimento riabilitativo anche per tutta un'altra popolazione di utenti.

La troupe ha deciso di chiamarsi Rap-g dall'acronimo dei nomi dei suoi componenti fissi (Renzo, l'operatore, Mario l'incaricato alle riprese ed alla grafica, Toni che effettua le interviste, dopo aver studiato il tema prescelto ed elaborato le domande, ed esegue un capillare lavoro di segreteria, comprendente anche l'archiviazione dei documenti e dei filmati).

All'inizio la produzione della troupe si rivolgeva all'interno del servizio, documentando le molteplici attività riabilitative, educative e del tempo libero. Il fine era quello di offrire a tutti (operatori ed utenti), attraverso i filmati, un'occasione per meglio conoscere la realtà in cui si svolge il lavoro riabilitativo dell'equipe.

Con la sempre maggiore capacità operativa acquisita, la troupe si è poi aperta ad altri "territori", incominciando a realizzare filmati per Enti, Cooperative, Associazioni. E questo anche al di fuori dei confini della nostra ASL. Attraverso visite di centri riabilitativi semiresidenziali e residenziali, soprattutto impegnati in attività riabilitative che utilizzano tecniche espressive e l'arteterapia, sono stati realizzati decine di interviste e di filmati dedicati a laboratori-atelier in cui le arti figurative vengono usate con intenti riabilitativi e terapeutici. Tale archivio, già consultabile da altri centri, si propone di essere uno strumento di informazione e di scambio per operatori già attivi in tale ambito o in formazione. In particolare segnaliamo che le immagini utilizzate come copertine dei numeri

della rivista on-line della S.I.R.P. sono una riproduzione, filmata dalla nostra troupe, di opere prodotte da utenti del laboratorio-atelier del CSM Vicolo Terese di Verona .

Un altro concetto cardine di riferimento, oltre a quelli già espressi dell'approccio partecipativo del video, è quello della neg-entropia o entropia positiva; si tratta di un principio elaborato nell'ambito della teoria della comunicazione (4) e mutuato in qualche modo dal II ° Principio della Termodinamica. Secondo tale principio ci si può opporre al degrado, al disordine vissuto da un corpo (individuale o sociale) attraverso un corretto uso dell'informazione, la quale è capace di portare ordine e progresso dove c'è degradazione e disordine. All'utente che ha reciso (più o meno radicalmente) il flusso comunicativo con il corpo sociale, l'attività video offre l'opportunità di riaprire il dialogo con la comunità (1). La telecamera, strumento potente ma facile da usare, diventa un filtro con cui rapportarsi con gli altri, smorzando eventuali ansie poiché l'attività è strutturata e finalizzata (produzione di filmati). Ma torniamo alla entropia: la sua proprietà fondamentale, così come espressa dalla II legge della termodinamica, è che in un sistema isolato l'entropia non può mai diminuire, ma soltanto aumentare o rimanere costante. Si può dunque dire che l'aumento di entropia si accompagna ad una perdita di informazione (si parla sempre di informazione relativa al comportamento microscopico di un sistema fisico, per es. un gas). Viceversa una diminuzione di entropia (evento questo che non accade spontaneamente ma che può essere provocato con un opportuno intervento su un sistema non isolato) si accompagna ad una crescita dell'informazione disponibile. Andando, per estensione, a considerare un macrostato come un segnale l'entropia e l'informazione sono inversamente proporzionali.

Shannon Claude (4) ha equiparato l'informazione ad una specie di entropia negativa (negative entropy poi abbreviata a negentropy). Estendendo i concetti di entropia e dell'equivalenza entropia-informazione dai sistemi fisici a quelli biologici avremo comunque che l'entropia tende sempre ad aumentare e proporzionalmente si assiste ad una diminuzione dell'informazione. Si ricordi che l'entropia è una misura del disordine di un sistema e quindi del suo livello di disorganizzazione.

Seguendo le conoscenze della cibernetica, ricordiamo che gli esseri viventi utilizzano le informazioni che ricevono dall'ambiente esterno e interno per attivare meccanismi di controllo, basati sulla comparazione tra lo stato attuale e quello desiderato, che agiscono, a loro volta, per mantenere stabile l'ambiente interno. Nel far questo acquisiscono informazioni e si mantengono in uno stato di alta organizzazione, diminuendo la propria entropia e quindi causando un aumento dell'entropia dell'ambiente esterno. L'entropia positiva=disordine, disorganizzazione, degradazione dell'energia, distruzione e l'entropia negativa=ordine, organizzazione, progresso, produzione di informazione sono dunque due poli in perenne rapporto dialettico di opposizione tra loro. La funzione dell'informazione (sia essa notizia, valore o conoscenza ...) non è quella di cancellare l'entropia bensì quella di opporsi all'entropia, ritardandone l'azione o minimizzandola. (5).

*Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore U.O.C. Psichiatria Portogruaro e Direttore Dipartimento Salute Mentale AULSS n. 10 "Veneto Orientale" Reg. Veneto.

**Videomaker e consulente per le attività video del DSM AULSS n. 10 "Veneto Orientale" - Reg. Veneto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Shaw J.: "Process work and community video practice. Independent Media, 1986.
- 2) Robertson C., Shaw J. : "Il Videotape : l'uso partecipativo in educazione e riabilitazione". Edizioni Centro Studi Erickson , 1998.
- 3) Schouten D. , Watling R.: "Media Action Project", Published by School of Education - University of Nottingham, 1997.
- 4) Shannon C.: "La teoria matematica delle comunicazioni". Etas Kompass. Milano, 1971
- 5) Sayre K.M.: "Cybernetics", pp. 292-314, 1996.

DANZARE PER AVER CURA DI SÉ.

Cristina Bellazzecca, Valentina Caggio***

Abstract

If the mental pathology is an event which forms or is formed by the subject's history and which, for this reason, manifests itself as a particular form of life which the ill subject leads in relation to the environment in which he/she lives; if, what is affected in the "folly", is the individual ability to relate in a harmonious way to the world surrounding him/her, then the objective of the rehabilitative intervention must be to reconstruct the intentionality in the ill person as well as the desire and the will to be oneself: a possibility of changing and developing; through "concrete acting", set in everyday life, this intervention should provide the subject with the opportunity to rediscover his/her past experience, the ability to stay in a space, being able to occupy and have it, along with the possibility to live again, according to the rules of a possible normality, the gestures, the acts and the relations that build up the everyday life, in order to help him/her recover his/her commitment and the possibility of being the independent owner of his/her life project.

Se la patologia mentale è un evento che costituisce ed è costituito dalla storia del soggetto e che per questo si manifesta come forma di vita particolare che il malato assume in relazione all'ambiente in cui esso vive; se nella "follia" ciò che viene compromesso è la capacità dell'individuo di relazionarsi in modo armonico con il mondo che lo circonda e di intenzionarsi in esso, allora l'obiettivo dell'intervento riabilitativo deve essere quello di ricostruire nel malato intenzionalità, desiderio ed essere una possibilità di cambiamento e di crescita; attraverso un "fare concreto" calato nella quotidianità, esso deve poter fornire al soggetto l'occasione di riscoprire l'esperienza vissuta del tempo, la capacità di abitare lo spazio sapendolo occupare e modellare e la possibilità di vivere nuovamente, secondo le regole di una normalità possibile, i gesti, gli atti e le relazioni che costituiscono il vivere quotidiano, al fine di aiutarlo a recuperare l'impegno e la possibilità di essere autonomo titolare del proprio progetto di vita [1-2].

E' a partire da queste riflessioni che un gruppo danza è diventato per i pazienti di un Centro Diurno la possibilità di aver cura di sé e quindi anche degli altri.

La peculiarità del Gruppo danza, di cui in questo articolo si vuole descrivere molto sommariamente l'esperienza, è rappresentata dal fatto di non essere un gruppo di danzaterapia. La conduttrice, infatti, è un'insegnante di danza, coreografa e danzatrice, con un'elevata competenza nel proprio settore artistico che, all'interno di un contesto terapeutico-riabilitativo specifico, svolge la propria attività di artista, portando arte e facendo fare arte ai pazienti e di "insegnante" così come la svolge in contesti appartenenti alla vita quotidiana ordinaria, quali una scuola o un atelier di danza. Si tratta, quindi, di un gruppo "non terapeutico", un gruppo di salute che diventa strumento di cura e riabilitazione perché, oltre a sfruttare gli elementi terapeutici intrinsecamente presenti nella danza, è parte di quel clima affettivo [3-4] che caratterizza la cornice riabilitativa all'interno della quale esso ha luogo e contempla la presenza, accanto alla conduttrice, di un operatore della riabilitazione psichiatrica, il cui scopo è quello di graduare, diversificare, significare e rendere produttivo all'interno di un progetto di cura più ampio il lavoro dei singoli partecipanti. Clima affettivo significa anche partecipare dell'altro, significa aver cura dell'altro, nel modo in cui lo si tocca o come ci si appoggia oppure se una paziente si muove "come una lumachina", tutti ci muoviamo come una lumachina, ogni esperienza viene vissuta anche dalla conduttrice e dal tecnico della riabilitazione.

Il Gruppo danza è parte integrante delle attività terapeutico riabilitative che si svolgono all'interno del Centro Diurno della II Unità Operativa di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo, di cui gli attuali sei partecipanti sono utenti, tutte persone, queste, che soffrono di un disturbo psicotico grave, per ognuna delle quali viene formulato uno specifico Progetto Terapeutico Riabilitativo modellato sulle loro reali necessità e potenzialità. E' proprio l'accadere dentro una cornice riabilitativa connotata come un setting ambientale prolungato [3-4], che attribuisce a questo gruppo il valore e il senso di attività terapeutico-riabilitativa, rendendolo profondamente diverso dall'intrattenimento e dalla semplice occupazione del tempo.

Esso si inserisce all'interno di quel clima affettivo che, conferendo al lavoro riabilitativo la caratteristica della domesticità, dà al soggetto psicotico la possibilità di recuperare la propria identità e l'unità del proprio Io. I partecipanti sono sostenuti dal gruppo perchè stare insieme fa stare bene, ci si incontra e scontra magari, ci si confronta, si ride insieme e si fa fatica insieme e il gruppo è di danza perchè vengono dati loro strumenti e modi per danzare, affinché possano trovare forme con il corpo, movimenti che siano riflesso di quello che provano o di quello che vogliono dire, usando un tempo e uno spazio preciso e deciso, per esprimersi. Esprimere significa proprio questo: spingere fuori, premere per far uscire. Azioni fisiche quindi, concrete, del corpo. Manifestare, comunicare con atti e parole, giudizi, pensieri, opinioni, sentimenti, desideri, volontà. Sempre col corpo, amplificando col corpo. Il corpo: una parte di materia, che occupa uno spazio e presenta una forma determinata, che ha una gravità, un peso. Il corpo è anche la parte più sostanziale e consistente di qualcosa. Il corpo ha una consistenza, una compattezza, una solidità, che a volte è un po' perduta e va ritrovata (a). Si dice dare e prendere corpo; dare all'inanimato, ad un'idea una forma e un contenuto precisi.

Questo viene fatto nei nostri laboratori.

Con il suo accadere regolare e costante, il gruppo è parte di quella quotidianità ordinata che i pazienti possono riscoprire e rivivere all'interno del Centro Diurno. E' la possibilità che ciascun paziente ha, con la mediazione dell'operatore, di riportare e di significare all'interno del vivere quotidiano ciò che è stato vissuto e sperimentato all'interno del gruppo che fa di questa attività una tappa del più ampio processo terapeutico riabilitativo individuale.

L'operatore, recuperandola anch'esso dalla sfera della salute, svolge, secondo la teoria vygotskijana, la funzione di mediatore, di colui cioè che essendo nella relazione il soggetto esperto è in grado, collocando il proprio intervento all'interno della "zona di sviluppo potenziale" [5] del paziente, di riconoscere ed espandere le potenzialità del soggetto al fine di riattivare il processo di cambiamento e crescita interrotto dalla patologia, fornendo il sostegno e la guida necessari e sapendoli progressivamente togliere, mano a mano che la persona recupera la capacità di agire autonomamente.

Si lavora quindi fisicamente sulla trasformazione e il cambiamento, viene esplicitato che l'energia è la condizione che anima ogni trasformazione, ognuno decide una trasformazione per sé, come trasformare il proprio corpo e quindi il movimento. Ad esempio si è sperimentato: l'essere strappati, l'essere in balia oppure la leggerezza, la decisione, la fierezza, la lentezza, la potenza.

Da un punto di vista puramente legato alla scansione cronologica, il gruppo si riunisce con una cadenza settimanale e ciascun incontro ha la durata di due ore, interrotte da una breve pausa. L'accadere del gruppo è articolato da un tempo oggettivo all'interno del quale però è evidente l'esperienza di un tempo vissuto. Ogni incontro non rappresenta un evento a sé stante disgiunto dagli altri ma al contrario è un'esperienza vissuta dove ciò che ogni volta accade nel presente porta con sé la memoria di ciò che è accaduto e si è sperimentato negli incontri precedenti e contemporaneamente è già anticipazione e preparazione di quelli che verranno. Spesso anche nella prima parte di riscaldamento, principalmente fisico, vengono sperimentate consegne che saranno poi approfondite nella parte più creativa.

Il momento in cui la porta viene chiusa segna l'inizio del gruppo e indica anche il momento dal quale e per l'intera durata dell'attività la malattia può essere davvero "messa tra parentesi" e l'attenzione può essere rivolta alla riscoperta delle proprie potenzialità, del proprio "poter essere". Sperimentare, improvvisare e interpretare liberamente le consegne proposte permette ai partecipanti di riscoprire il rapporto con il proprio corpo e le possibilità di comunicare con esso. Il gruppo è dunque servito anche a creare uno spazio protetto dove i partecipanti hanno potuto lasciarsi andare e fare, senza il timore del giudizio, anche cose che normalmente non si fanno o non fanno; uno spazio dove la relazione con gli altri, attraverso il movimento danzato, fa da specchio ai limiti di ciascuno e permette di verificare le proprie capacità e confrontarsi con le proprie difficoltà. È un fattore di salute riuscire a leggere oggettivamente i propri desideri e sentimenti, oggettivamente essere critici nei confronti di sé e degli altri. Un giorno un paziente obeso diceva di essere un colibrì, gli abbiamo fatto provare a muoversi come l'uccellino e tutti hanno capito, che non lo era; così è tornato ad una

realità oggettiva attraverso un'esperienza corporea.

L'atelier di danza ha luogo in una delle stanze del vivere quotidiano all'interno del Centro Diurno, un luogo "familiare" che di volta in volta nell'arco della settimana i pazienti possono "abitare" per ascoltare un po' di musica, per conversare, per fare delle attività; per questo ogni volta essa deve essere preparata e sono sempre i pazienti che, qualche minuto prima dell'inizio dell'attività, creano lo spazio dove danzeranno, togliendo le sedie e srotolando il tappeto azzurro. Si tratta di uno spazio non molto grande che nell'arco di tempo del gruppo i partecipanti possono vivere in una maniera nuova: con il corpo esso viene misurato ed esplorato e diviene il luogo dove esprimere attraverso il movimento il proprio sentire interiore. Nella danza l'esperienza vissuta dello spazio appare in maniera evidente: è il corpo che percepisce lo spazio e con il suo movimento lo modella, lo crea, lo abita, lo vive, gli dà un senso. Attraverso l'esperienza danzata è possibile riscoprire che lo spazio, è al tempo stesso interiore ed esteriore al soggetto; è lo spazio corporeo orientato e situato che conferisce senso allo spazio oggettivo e formale, ed è per mezzo dell'espressione corporea, intenzionale e intersoggettiva che la propria interiorità può essere espressa [6-7-8]. Camminando, correndo, saltando, girando, scivolando o allungandosi, torcendosi, piegandosi stando fermi sul proprio asse i partecipanti hanno usato lo spazio intorno a sé per esplorare il proprio corpo con le sue capacità e potenzialità ma anche i suoi limiti e i suoi confini. E' stato usato e sperimentato tutto lo spazio, sia quello che si vede davanti a sé sia quello che è sopra, sotto, a destra, a sinistra e dietro di sé per consentire loro di prendere coscienza anche di quelle parti che non vedono ma ci sono. Hanno provato a sentire dove inizia e dove finisce il proprio corpo sperimentando cosa c'è oltre i suoi confini: l'aria, il suolo, un altro corpo.

Danzando si percepisce la differenza tra l'ascolto del corpo (fatica, dolorini, benessere, voglia di allungamento) e le voci; raggiungendo anche un livello di simbolizzazione non indifferente: si può dire che una foglia sia blu, anche se realmente non lo è, perchè chi la pensa blu, la pensa triste o nell'aria o qualsiasi altra cosa, e così il gruppo è stato in grado di creare una performance alla GAMeC (Galleria d'Arte Moderna e Contemporanea di Bergamo), danzando davanti alle opere, quello che provavano o percepivano delle stesse.

"Mi aspettavo danza o ballo liscio."(b)

"La danza è movimento del corpo, libera delle tensioni, snellisce."(c)

La danza è un'arte che utilizza il corpo e il suo linguaggio per esprimere l'interiorità del soggetto che può così entrare in relazione con l'altro comunicando qualcosa di sé.

Attraverso il movimento il corpo esplora lo spazio, lo conosce, costruisce il proprio mondo e con esso si relaziona avvicinandosi, attraverso le sue azioni e i suoi gesti, alle cose e agli altri. Tramite il gesto il corpo esprime ciò che il soggetto sente e vive [6]. La danza è la consapevolezza di muovere il corpo in un certo modo, in uno spazio preciso e secondo un tempo deciso per esprimersi e comunicare qualcosa. La danza è mezzo di conoscenza e di relazione; la danzatrice inoltre reputa che sia terapeutica per tutti perché se il corpo è lo strumento per mezzo del quale l'individuo può esprimere la propria interiorità, è anche possibile lavorando sul corpo influire sulla psiche.

Molto schematicamente ogni incontro può essere descritto suddividendolo in due parti: una di riscaldamento e l'altra di lavoro creativo. Nella fase iniziale di riscaldamento, necessaria per sciogliere le articolazioni, rinforzare i muscoli, assumere una giusta postura, migliorare l'equilibrio, la coordinazione e la memoria, i pazienti eseguono esercizi tecnici molto semplici. Nella seconda fase invece la conduttrice fornisce al gruppo delle consegne oggettive, senza una particolare connotazione in modo da favorire la massima libertà di sperimentazione e di espressione; su ciascuno stimolo i partecipanti dopo aver sperimentato, esplorato, improvvisato, fissano in un movimento o in una forma del corpo ciò che lo stimolo ha suscitato in loro; a turno poi il risultato della sperimentazione viene mostrato agli altri componenti del gruppo che dopo averlo osservato lo ripeterono e lo sperimentano dapprima così come è stato creato e successivamente, lo possono modificare con un tempo e un'energia diversi, lo modificano sulla base di ciò che essi sentono.

Il gruppo ha permesso ai partecipanti di riscoprire l'intenzionalità e l'intersoggettività del proprio corpo attraverso un'alfabetizzazione del movimento raggiunta riconoscendo, esaminando e sperimentando gli elementi di base della danza: l'azione (cosa fa il corpo, qual è la parte del corpo

che si muove, quale forma assume il corpo e qual è la forza che la trasforma); il dove (come si muove il corpo nello spazio: su quale livello, in quale direzione e su quale piano); il come (con quale velocità e con quale intensità energetica il corpo o una sua parte si muove); il con chi o con che cosa il corpo si muove. Prendendo spunto da alcune caratteristiche fisiche e da alcuni movimenti stereotipati e inconsapevoli dei componenti del gruppo sono nate delle coreografie che hanno permesso loro di rendersi maggiormente conto delle parti del corpo che muovevano senza rendersene conto o delle posture che abitualmente assumevano. Attraverso piccole danze di forza, di tensione, di continuità, di morbidezza o di impulsi hanno sperimentato e cercato di dosare al minimo e al massimo la propria energia corporea. Imparando ad utilizzare anche il tempo e il ritmo hanno verificato che il corpo può esprimere con uno stesso gesto o movimento intenzioni diverse in base alla velocità e all'energia che vengono impiegate nel compierlo, e che anche uno spazio piccolo può "diventare" sconfinato o viceversa, in base all'intenzionalità che viene data al movimento; così lo spazio fisico è diventato ancora una volta spazio vissuto.

E' la finalità espressiva, l'essere sempre racconto di qualcosa, l'intenzionalità che rendono terapeutici il movimento e il gesto della danza; essi seguendo regole precise ed essendo simbolici permettono al paziente sia una maggiore simbolizzazione, là dove il pensiero astratto è deficitario, sia la possibilità di regolare oltre agli altri movimenti anche le stereotipie che nella danza possono così acquistare un nuovo senso e un significato maggiormente condivisibile.

Così attraverso esercizi di contatto, di spinta, d'appoggio, di dare il proprio peso e prendere e spostare quello dei compagni, i partecipanti sono entrati in relazione anche con il corpo dell'altro. Con una parte del proprio corpo hanno tracciato i confini del corpo dell'altro e a coppie hanno provato cosa significa condurre ed essere condotti, la responsabilità e la fiducia. A turno, facendo azioni sui compagni hanno sperimentato come con il proprio tocco si potesse generare nell'altro il movimento e sempre a turno hanno osservato e poi imitato i movimenti degli altri, dapprima riproducendoli con le stesse forme e gli stessi tempi dell'attore e poi variandoli attraverso un tempo, un'energia e uno spazio più personali.

Come accennato, attraverso il processo riabilitativo il soggetto deve poter recuperare l'impegno e la possibilità di essere autonomo titolare del proprio progetto di vita, in questo senso inserire all'interno di un progetto riabilitativo l'esperienza di partecipare ad un normale gruppo di danza significa consentire ai pazienti di curarsi sperimentando e sperimentandosi alle prese con le difficoltà e le gioie che una normale attività della vita quotidiana comporta, ma all'interno di un ambiente protetto dove con la mediazione dell'operatore possono "allenarsi" a recuperare abilità, capacità, potenzialità e contemporaneamente iniziare a ricostruire dei ponti di collegamento che consentano loro di rientrare nel proprio ambiente sociale.

E poiché normalmente in una scuola o in un atelier ogni percorso di danza si conclude con un lavoro finale che coinvolge tutti i partecipanti, ogni anno l'attività del Gruppo danza del Centro Diurno termina con un lavoro artistico, per noi sono stati: un cortometraggio "In viaggio" e uno spettacolo "E' l'amore che fa girare il mondo".

Per alleviare una situazione, che molto spesso è sofferenza, pesantezza, grande handicap nel vivere quotidiano, è vergogna, è limitazione, è incomunicabilità; abbiamo realizzato queste performance per la memoria di queste danze e di questo gruppo.

*Tecnico Riabilitazione Psichiatrica, Centro Diurno II Unità Operativa di Psichiatria – DSM A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo.

**Danzatrice, coreografa e insegnante di danza, Centro Diurno II Unità Operativa di Psichiatria – DSM A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo.

- a) Perduto è molto spesso il rapporto col proprio corpo, va ripreso, ritrovato, la persona non è più in armonia il corpo e la mente, il pensiero e il cuore.
- b) Le aspettative sul gruppo danza di una partecipante, la danza viene intesa dai più come balletto o danze codificate, ballo liscio nella fattispecie. Attese ampiamente deluse.
- c) Come invece viene intesa da un altro partecipante al gruppo danza.

Bibliografia

1. Ba G. *La riabilitazione: aspetti teorici e applicativi*. In G.Ba, Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale. Franco Angeli. Milano, 2003.
2. Scala A. *L'agire riabilitativo manuale della riabilitazione psicosociale*. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, 1998.
3. Rabboni M. *L'abitare: vecchia e nuova residenzialità*. In G.Ba, Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale. Franco Angeli. Milano, 2003.
4. Rabboni M. *Luoghi di transito, incontro e impegno. Strutture e cornici della riabilitazione psichiatrica*. In M. Rabboni (a cura di), Etica della riabilitazione psichiatrica. Tensioni e prospettive nelle strategie di intervento. Franco Angeli. Milano, 1997.
5. Vygotskij L. S. *Pensiero e linguaggio*. Editori Laterza. Roma, 2004.
6. Galimberti U. *Il corpo*. Feltrinelli. Milano, 1983.
7. Minkowski E. *Il tempo vissuto*. Einaudi. Torino, 1971.
8. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia della percezione*. Il Saggiatore. Milano, 1965.

Giornata di studio della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale.

Regione Lazio

SOCIETÀ ITALIANA DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE - Sezione Lazio

Consiglio Direttivo: S.Lupoi, V.Alfano, A. Boitani, G.Ionta, A.Nardi, J.Mannu, M. Parisi, F.Pesce, P.Paolotti, N.De Toma, E.Visani, M.Papi.

Via del Casaleto 400.00151 Roma Tel. 066538821- Fax 0665729354

GIORNATA DI STUDIO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE

Regione Lazio

La Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP), nello sforzo di definire e sostenere l'importanza delle prassi riabilitative come strumento imprescindibile del lavoro territoriale per il reinserimento della persona affetta da disagio psichico grave, ha elaborato quattro documenti su tematiche ritenute di particolare importanza:

1. La residenzialità
2. Il rapporto tra sociale e sanitario
3. La formazione degli operatori
4. Il rapporto tra pubblico e privato

La riflessione su questi documenti rappresenta un momento importante per produrre un consenso diffuso sull'operatività che, in ambito territoriale, si è andata progressivamente costruendo nel nostro paese.

Il 31 maggio u.s. sono stati discussi i documenti sulla residenzialità e sul rapporto sociale – sanitario.

Il 22 novembre 2007 alle ore 9.00 presso la sala degli Affreschi in via Giovagnoli 75 (Monteverde) si terrà il secondo incontro sui temi: formazione – rapporto pubblico privato.

La giornata di lavoro sarà strutturata come tavola rotonda con discussione aperta fra soci e non soci e gli interlocutori invitati dalla società.

PRIMA MATTINATA:

Tavola Rotonda di discussione sul documento SIRP: Rapporto fra pubblico e privato. (9.00 – 11.00)

Moderatore:	Sergio Lupoi	(Consigliere nazionale SIRP)
	Fenascop	(Nino Serio)
	Aiop	(Paolo Rosati)
	Cooperative	(Bruno Pinkus)
	ASL	(Stefano Pompili)

Break

SECONDA MATTINATA:

Tavola Rotonda di discussione sul documento SIRP: La formazione degli operatori. (11.30 – 13.30)

Moderatore: Josè Mannu (coordinatore SIRP Regione Lazio)

Università (Paolo Girardi)

DSM (Daniele Sadun)

Università (G. Pozzi)

IP nel DSM (Ione Morione)

CSM (*Enrico Visani*)

Neuroscienze e riabilitazione psicosociale.

6 dicembre 2007 - Salone dei Marmi – Comune di Salerno

08,30 - 09,00 Registrazione dei partecipanti
09,00- 09,30 Presentazione ed introduzione ai lavori
Prof. Mario Maj

SESSIONE I *Neuroscienze e riabilitazione psicosociale*

Chairman: F. Catapano – V. De Leo

09,30 - 10,00 *Nuovi approcci alla diagnosi e al trattamento della schizofrenia: il contributo della neuroscienza cognitiva*

Prof.ssa Silvana Galderisi

10,00 - 10,30 *L'importanza dei fattori cosiddetti aspecifici nelle terapie psichiatriche*

Prof. Fabrizio Asioli

10,30 - 11,00 *Farmacoterapia e riabilitazione psicosociale: il ruolo dei nuovi antipsicotici*

Dott. Guido Di Sciascio

11,00 – 11,20 Dibattito con gli esperti:

coord. Dott. F. Cantore

11,20- 11,50 **COFEE BREAK**

SESSIONE II *Vecchi scenari e nuove prospettive della riabilitazione psicosociale*

Chairman: A. Zarrillo - A. Iannone

11,50-12,20 *Il ritorno della cronicità*

Prof. Luigi Ferrannini

12,20- 12,50 *Fattori specifici ed aspecifici della riabilitazione psicosociale*

Dr. Giulio Corrivetti

12,50 - 13,15 Dibattito con gli esperti:

coord. Dott. F. Cantore

13,15-14,30 **LUNCH**

SESSIONE III *Riabilitazione psicosociale: esperienze a confronto*

Chairman : A. Albero - F. Perozziello

14,30-15,00 *Aspetti organizzativi e modelli operazionali della riabilitazione psicosociale*

Dr. Giuseppe Saccottelli

15,00-15,30 *Il non detto che parla dovunque: arte psicoanalisi e neuroscienze*

prof. Marco Alessandrini

15,30-16,15 **CONCLUSIONI**

Prof. Mariano Bassi

16,15-16,45 **Verifica dell'apprendimento**

razionale scientifico dell'evento

Da tempo si dibatte sulla specificità ed aspecificità dei modelli italiani per la riabilitazione psicosociale. La maggioranza dei dati di esito degli interventi a lungo termine sulle disabilità sociali sono diffusi nelle esperienze internazionali per i modelli sistematizzati ad orientamento cognitivo-comportamentale. Pochi sono i dati relativi alle esperienze realizzate in Italia all'indomani della trasformazione dei servizi psichiatrici. Inoltre molto diffusa è anche il dibattito scientifico sul ruolo delle componenti emotive e di quelle cognitive nel cambiamento della persona e nello sviluppo delle abilità e dei talenti individuali. Nuove frontiere sono state aperte dallo sviluppo delle neuroscienze e dei nuovi approcci metodologici delle terapie biologiche in psichiatria. Negli ultimi decenni ha sortito un grande interesse scientifico la riflessione sul ruolo dei fattori specifici ed aspecifici nell'esito delle psicoterapie, a prescindere dal modello terapeutico di riferimento. Riteniamo che anche nel campo della riabilitazione psicosociale si debba approfondire la riflessione su questi importanti temi scientifici per dare valore e permettere un confronto anche dei modelli italiani.

Segreteria scientifica

Giulio Corrivetti, Francesco Catapano, Federico Perozziello,

081/5666511 – 089/3855201

corrivetti@alice.it

Segreteria organizzativa

ISMESS, Via N. Aversano 1. 0892578672

marcella.pietrasanta@casadicuratore.it

Norme redazionali

Tutti i soci e i colleghi interessati possono inviare contributi da inserire nelle diverse rubriche in cui si articola la rivista. Al fine di conferire al periodico la massima ricchezza e omogeneità di contenuti le proposte di contributo devono essere di volta in volta concordate tra gli Autori e la Redazione.

Gli articoli: minimo 5, massimo 12 cartelle per circa 8000/19500 battute spazi inclusi.

Ogni articolo deve contenere:

Titolo

- Nome e Cognome
- Qualifica, Ente o Istituto di appartenenza
- Abstract in inglese
- Testo
- Eventuali note a piè di pagina
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 10 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. CUMMINGS J.L., BENSON D.F.: *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features. J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986.*Nel corpo del testo indicare solo il numero corrispondente.
- Eventuali immagini devono essere già inserite come parte integrante del testo cui appartengono.

Evitare tassativamente di inviare materiale con programmi diversi da Word.

I contributi in formato Word vanno inviati al seguente indirizzo:

cbellazzecca@ospedaliriuniti.bergamo.it.

Un'ulteriore copia cartacea dovrà essere inviata a: Cristina Bellazzecca – c/o CPS via Tito Livio 2, 24123 – Bergamo.

Si prega di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.

Si ricorda inoltre che: dopo virgola, punto e virgola, punto, va lasciato uno spazio, mentre prima non va lasciato alcuno spazio. Per le frasi e le parole tra parentesi: (testo tra parentesi) e non (testo tra parentesi).

I manoscritti non verranno restituiti.