

Errepiesse

Rivista su una via italiana alla
riabilitazione psicosociale



QUADRIMESTRALE

ANNO IV - N°2 - AGOSTO 2010

Sommario



PRIMA PAGINA

- Il Lavoro come possibile fonte di riabilitazione del detenuto di Elena De Munari, Francesco Caggio

LA VIA ITALIANA

- La Residenzialità Leggera: "Tra il dire e il fare". I modelli organizzativi tra teoria e pratica di Massimo Rabboni, Filippo Tancredi

- La formazione continua in riabilitazione psicosociale: indagine preliminare sui bisogni formativi degli operatori della riabilitazione in Lombardia di Caterina Viganò, Barbara Ferrari, Federico Galvan, Manuela Peserico, Massimo Clerici

IL LAVORO E I SERVIZI

- Two-Years Naturalistic Follow-up Study of a sample of Patients with Severe Psychosis. in Rehabilitation with Maternage di Alessandro Lenzi, Valeria Porcelluzzi, Mario Miniati

- L'utilizzo delle tecniche espressive e attività di gruppo in un SPDC di Emilia Canato, Giuseppina Meloni, Elena Violato, Vanessa Mattiazzi, Chiara Govoni, Emanuele Toniolo

LE REGIONI

- La Riabilitazione Psicosociale nelle aree emergenti del disagio psichico
Convegno Società Italiana Riabilitazione Psicosociale – Lombardia
Milano, 22 gennaio 2011

RECENSIONI

NORME REDAZIONALI
ARCHIVIO
SCARICA LA RIVISTA

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: R. Roncone
Past President: G. Saccotelli
Presidente Onorario: L. Burti
Consiglieri Onorari: F. Pariente, M. Casacchia, G. Ba, F. De Marco, M. Rabboni, B. Carpiello
Vice-Presidenti: B. Gentile, A. Vita
Segretario Generale: G. Corrivetti
Tesoriere: C. Bellazzecca
Coordinatore delle Sezioni Regionali: J. Mannu
Consiglieri: L. Basso, A. Bellomo, F. Catapano, T. De Donatis, B. Ferrari, D. Labarbera, S. Lupoi, A. Mombello, M. Papi, F. Pesavento, P. Pisseri, M. Rigatelli, R. Sabatelli, D. Sadun, F. Scarpa, E. Tragni
Matacchieri, C. Viganò
Delegato S.I.P.: P. Peloso
Revisori dei Conti: M. Peserico, I. Rossi, D. Ussorio
Segretari Regionali
Abruzzo: M. Casacchia
Calabria: M. Nicotera
Campania: G. Corrivetti
Emilia-Romagna: A. Parma
Lazio: J. Mannu
Lombardia: M. Clerici
Liguria: L. Gavazza
Marche: E. Alfonsi
Molise: S. Tartaglione
Piemonte: G. Dallio
Puglia: S. Leonetti
Toscana: C. Rossi
Triveneto: D. Lamona
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.

L'immagine in copertina, è stata realizzata all'interno del Centro Diurno della II Unità Operativa di Psichiatria dell'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo.

Il lavoro come possibile fonte di riabilitazione del detenuto

di Elena De Munari, Francesco Caggio ***

Abstract

The paper/essay tries to reconstruct the context of prisoners life stressing on how this can influence the behaviour and the feelings of alienation of these last.

On the other hand, it underlines that the prison is characterized by a full network of relationships.

In this net prisoners try to establish, restore, rebuild and reclaim freedom fields and dignity too, also through a research carried out by the penal institution in order to give to the prisoners the possibility of reconstructing a biography and a living laborious days.

In particular, prisoners relationship with people who take care of relations in general is highlighted.

These people are under different pressures, are crossed by not fewer contradictions and dilemmas; on one hand there are prisoners requests and on the other hand all the projects that has to be put forward for prisoners themselves in an emancipation perspective.

At last but not the least, a rehabilitative meaning is considered again in a wider vision of the work concept: that is to say a work as a social and pedagogic device which is able to give back to the prisoners the possibility to find themselves again and to start a new life different from the previous one.

PREMESSA

L'ambiente carcerario è un mondo che rimane a tutt'oggi, per molti aspetti, indecifrabile: un ambiente che per diverse persone appare sconosciuto e lontano, apparentemente irraggiungibile ancor prima mentalmente che fisicamente, attorno al quale aleggia un alone di mistero che suscita contemporaneamente attrazione e timore. I dati ricavati, attraverso il lavoro di ricerca sul e dentro al campo di indagine effettuata in questo territorio delimitato e per un tempo determinato, hanno sortito una prima, possibile mappa di orientamento, una prima descrizione di massima di un universo molto articolato e stratificato: mappa di orientamento che di riflesso rappresenta la mappa culturale di chi lo ha vissuto, visitato e, in parte, studiato; mappa culturale, ovviamente, carica di conoscenze, esperienze, aspettative che condizionano la visione e la comprensione della realtà.

Allora, in questa prospettiva, diventa rilevante "ascoltare" l'ambiente, "sentirlo" per quello che poi significa rispetto ad ogni tipo di intervento, e ancor prima, di porsi con il corpo nel contesto.

"La Casa di Reclusione è un luogo in cui domina l'assenza di colore. Perfino il bianco e l'azzurro delle pareti sembra smorto, solo su alcuni muri sono disegnate delle greche floreali con le quali inutilmente si è tentato di dare un aspetto più allegro. Nonostante ci siano "gli scopini", detenuti addetti alla pulizia dei vari ambienti, non ci si riesce a togliere di dosso la sensazione di polvere che traspira da ogni luogo. I corridoi sono vuoti, senza calore né vivacità, sono dei lunghi cubicoli impersonali.

In carcere ci sono vari odori che si mischiano l'un con l'altro, dandogli così un aroma inconfondibile. C'è l'odore di fumo, c'è quello proveniente dall'infermeria (che ricorda il cloroformio degli ospedali), confuso a sua volta con il profumo proveniente dalle varie cucine, un mix al sugo di pomodoro, pesce bollito e cavolfiori e c'è anche quello di dopobarba, spesso coperto dall'odore di sudore e dal profumo del detersivo dei pavimenti.

Premetto che io ho potuto ascoltare e fare miei i suoni ed i rumori della prima parte della giornata, dalle 9:00 fino alle 18.30, non conosco perciò quelli tipici della sera e della notte. Comunque, di

giorno su tutto domina lo sbattere dei cancelli, lo stridente rigirare delle chiavi nella toppa, il continuo apri e chiudi di portoni, porte, cancelli e celle. Questo è il sound del carcere, il suo ritmo cadenzato dal passo degli agenti e del resto del personale: “Tip-tap, tip-tap” e in caso di emergenze “tap-tap-tap”, il tempo si accelerava. Questi suoni di sottofondo sono sovrastati dalle risate tuonanti. Spesso sono accompagnati da schiamazzi e bestemmie che echeggiano nei corridoi ed hanno quasi sempre un sapore amaro a prescindere da coloro che le pronunciano. A volte sembrava di essere in paesi stranieri, quando si sentiva il canto dei detenuti maghrebini in preghiera che si levava limpido e dolce, quasi aspirato, in contrasto con la onnipresente durezza, ruvidezza del ruggito della Casa di Reclusione.” [1]

Nella ricerca si è tentato di utilizzare una modalità di ”ricerca sul campo, partecipata” e i dati raccolti sono stati decodificati e interpretati utilizzando il metodo qualitativo descrittivo riprendendo il metodo etnografico [2].

Scopi principali della ricerca sono stati , da un lato, il tentativo di analizzare il carcere come cultura tentando di dialogare con essa, dall’altro di scoprire la varietà, la ricchezza, l’importanza, le conoscenze che provengono dalle esperienze umane che vi si vivono e consumano, tenendo conto del valore fondamentale della dignità dell’essere umano, in qualsiasi contesto si trovi a vivere. Dignità intesa come uno degli aspetti più radicalmente misteriosi ed oscuri abitanti la complessità della vita, tanto più se da recuperare, intravedere, vedere e accogliere partendo da una delle realtà sociali in cui è più difficile ritrovarla: l’istituzione penitenziaria per adulti. Si è quindi dato avvio alla descrizione etnografica della struttura esterna ed interna del carcere (i colori, gli odori, i rumori), prendendo in considerazione l’elemento tempo-spazio, elementi concreti e simbolici della “cultura carceraria” e le sue norme: ci si è concentrati in seguito nell’analizzare il più dettagliatamente possibile l’esperienza vissuta nella Casa di Reclusione, attraverso pagine di diario con il tentativo di mettere in rilievo tutto ciò che lasciava un segno, una risonanza, stimolando a riflettere sulla propria collocazione e visione, sugli altri e sul mondo-carcere. Lo studio sul campo è durato circa sei mesi, non è stata utilizzata alcuna griglia di osservazione, perché lo scopo della ricerca non era individuare comportamenti specifici ma, semplicemente osservare e registrare ciò che avveniva intorno alla ricercatrice. Invece di porsi l’obiettivo di provare una qualsiasi ipotesi specifica, ci si è prefissati uno scopo di tipo generale: descrivere la “cultura” carceraria, con il maggior dettaglio possibile, compresa la lingua, i valori, le leggi e tutto l’ambiente in cui essa si sviluppa, perché solo cogliendo le interazioni tra ambiente e attori sociali si può pensare di comprenderla. Per la registrazione degli eventi è stata utilizzata l’osservazione partecipante, che è stata utile per raccogliere dati anche sul comportamento non verbale, grazie alla relazione interpersonale che si è instaurata tra la ricercatrice (osservatore) e gli attori sociali, e che hanno dato l’opportunità di documentare in modo dettagliato opinioni, comportamenti, linguaggi, che i soggetti stessi non sarebbero stati in grado di documentare. Pur avendo compiuto l’osservazione nel contesto naturale, non si è sicuri di essere riusciti ad evitare le distorsioni che posso aver provocato con la presenza della ricercatrice, perché essendo stata presentata come aiuto-educatrice, sono stata investita automaticamente del potere che il ruolo di educatrice conferisce.

UNA GIORNATA: COMPRENDERE IL TEMPO E QUINDI LA VITA QUOTIDIANA

Nell’ottica di cui sopra, ottica che partendo dalla quotidianità, ha cercato di recuperare i significati e il senso dell’esperienza di reclusione per poi cercare di intravedere e recuperare ambiti di riflessione per un possibile intervento che possa rompere e/o far evolvere situazioni ripetitive, “ecolaliche” e in qualche modo specchio feticcio delle prassi istituzionali.

“Martedì 8 maggio 2007, dalle 9:00 alle 17:30. Stamattina sono arrivata fortunatamente in orario, come al solito mi appresto a camminare per arrivare nell’Area trattamentale. Vedo in lontananza

G¹., che trasporta il carrello della biancheria per la lavanderia, ha un andatura lenta e costante a differenza di tutti gli altri che passano veloci sfiorando i muri, quasi volessero sparirci dentro. Saluto e ricevo in cambio un: “Buongiorno” accompagnato da un ampio sorriso sdentato. G. cerca sempre di fermarsi per scambiare due parole, da lui vengo trattenuta e questa volta l’argomento è la sua “abbronzatura a strisce” presa davanti alle sbarre della finestra della sua cella. Quest’uomo finora non ha mai fatto, almeno in mia presenza, un discorso serio, dà l’idea di affrontare le giornate con ironia e comicità.

Questo modo di affrontare la sua condizione, credo gli permetta di sostenere la situazione limite, può essere un modo per sopravvivere o affrontare meglio la quotidianità [3].

Noto il disappunto dallo sguardo di un agente che passa, G. se ne accorge e tacitamente d’accordo ci salutiamo reciprocamente avviandoci in direzioni opposte.

Dalla mia esperienza ho appreso che in carcere ogni parola, azione e gesto va misurato e dosato con cautela, a causa di fatti negativi verificatisi in precedenza, molti agenti di polizia diffidano delle donne, che come volontarie, tirocinanti, educatrici, entrano nel carcere. In tutti i mesi mi sono sempre sentita sotto osservazione, fuori luogo se scambiavo un sorriso o se mi dimostravo felice di vedere qualcuno.

Nel corridoio incrocio Luisa, oggi abbiamo un incontro con un assistente sociale per H. e nel pomeriggio ci sarà una riunione con tutti i detenuti del secondo reparto, la direttrice e il comandante di sezione per discutere la chiusura dei piani. Arrivate in reparto un omonimo che lavora al sopravitto chiede: “Dottoressa? Posso parlarle?”. Luisa dice di sì, ci allontaniamo per prendere la chiave, sospira e sottovoce mi dice che è l’unico uomo che le incute timore perché le sembra ambiguo, ha come l’impressione che stia accumulando, immagazzinando tutte le emozioni e sia pronto ad esplodere. La percezione dell’educatrice non può essere ricondotta al tipo di reato da lui commesso (spaccio di stupefacenti), in reparto ci sono condannati per reati ben più violenti e crudeli, che dovrebbero spaventare maggiormente. Quindi concludo che la percezione mia e di Luisa sia completamente diversa, forse perché sono opposte le nostre premesse culturali o perché “[...]le interpretazioni della situazione sono il frutto della storia del singolo, della comunicazione non verbale e linguistica, tutti elementi che caratterizzano ogni interpretazione.” [2] Il colloquio inizia, Luisa si siede dietro la scrivania, prende quaderno e penna per annotare eventuali informazioni, F. appare calmo e sulla sedia si sporge verso il tavolo, spiega che la comunità indicata dal Ser.T² è una comunità chiusa che gli impedirebbe di vedere i figli e di lavorare, e quindi di non poter più contribuire al sostentamento della famiglia che è in gravi difficoltà economiche. Luisa annuisce e dice di comprendere la situazione, propone di sentire i referenti del Ser.T affinché motivino le ragioni per preferire una comunità rispetto ad un’altra. Il detenuto è soddisfatto, ma continua a esprimere la sua contrarietà verso gli operatori, è L. ad interromperlo e ad accompagnarlo fuori. Nel frattempo è arrivato l’assistente sociale, Luisa si scusa con gli altri detenuti che erano fuori dalla porta dicendo: “Scusatemi, ma faccio quel che posso.”, alcuni se ne vanno senza salutare, altri chiedono di avere la garanzia di essere sentiti entro la giornata e se ne vanno lasciando dietro di loro un misto di sudore, nicotina e dopobarba che si mischia con l’odore proveniente dalle cucine.

Si sente un lieve rumore, “Knock-Knock”, è arrivato H., è originario del Marocco, in Italia da circa due anni, è il cuoco di reparto e lettore del Corano durante le due celebrazioni quotidiane³. Porta dentro con sé gli odori della cucina, è un po’ sudato per il caldo e ha la maglietta sporca.

1 Il nome Luisa, utilizzato per l’educatrice è fittizio per garantirne la *privacy*. Sempre per ragioni di *privacy* userò lettere dell’alfabeto per nominare i detenuti nonostante la mia educatrice di riferimento si rivolgesse loro chiamandoli per cognome o per nome.

2 Servizio gestito dalla A.S.L che si occupa di tossicodipendenze.

3 Per la presenza di un numero notevole di mussulmani, l’Amministrazione Penitenziaria ha fatto in modo che venissero allestite in due reparti, due sale destinate alla preghiera. Anche per quanto riguarda il cibo, vengono preparati e distribuiti pasti che rispettano le regole del Corano.

L'assistente sociale⁴ saluta, Luisa gli stringe la mano e si siede sul bordo della sedia. L'operatore aveva seguito il suo caso già a S.Vittore⁵, si è deciso di fare questo incontro perché assistente sociale e educatrice sono di parere opposto riguardo la richiesta degli arresti domiciliari. Si riporta volutamente un breve stralcio di conversazione:

Ass.Soc: “Sono qui per discutere della richiesta di avere gli arresti domiciliari, io sono intenzionato a dare parere negativo....”

Detenuto: “Scusi, perché?”

Ass.Soc: “Fammi finire, io non credo che per il tipo di reato che hai commesso sia giusto uscire....secondo me dai colloqui avuti a S.Vittore tu non sei pronto, tu non hai rielaborato ciò che hai commesso⁶”

Detenuto: “Perché sta facendo questo a me? (in tono triste). Io non mi drogo più, lavoro regolare, ho fatto sacrifici questi anni, mio avvocato dice buone possibilità.

Nel frattempo l'assistente sociale rigira una matita tra le dita guardando il tavolo.

Educatrice: “Vediamo di chiarire bene le cose...”

Ass.Soc: “Io non ho il potere di non farti presentare l'istanza, falla fare al tuo avvocato, ma il mio parere sarà contrario e lo motiverò”

Detenuto: si sporge verso il tavolo cerca un contatto visivo senza ottenerlo “Io non capisco, non capisco perché....”

La conversazione continua, H. in tono affranto continua a chiedere spiegazioni al suo interlocutore, che usando parole sempre più difficili da comprendere per uno straniero che ha scarsa conoscenza della nostra lingua, tenta di rispondere. Nel frattempo Luisa osserva silenziosa e non risponde agli sguardi di H. Alla fine rimaniamo sole noi due, L. è nervosa, si alza e sistema qualche foglio già perfettamente al suo posto. Ingenuamente come prima osservazione pur non condividendo le motivazioni che ha dato l'assistente sociale, faccio un apprezzamento sulla volontà di questo di continuare a seguire il detenuto nonostante non sia più tenuto a farlo. Ciò suscita in Luisa una reazione inaspettata che mi lascia in silenzio sulla sedia: “Questo è un imbecille, deve venire proprio da me, ma chi l'ha cercato, chi lo vuole!! Dimmi, ma secondo te si può parlare così? Eucleare, rielaborare, esimere, sono parole da usare? Ma per favore!....Mi sembra che H. sta scontando la sua pena, non sono certo io e nemmeno lui che possiamo verificare se è pentito, chi siamo noi!? Io non ho il potere di entrare nella testa della gente. Adesso arriva lui e parla di rielaborazione e rieducazione, ma dove vive? Siamo in cinque per settecento cristiani, per queste cose ci sono gli psicologi, i nostri compiti sono altri. Vabbè meglio andare a smaltirla fuori l'incazzatura.”

Senza accorgermi, oggi ho suscitato il mio primo conflitto . Oggi la pausa pranzo trascorre in allegria con le altre educatrici di reparto, L. è finalmente rilassata, ha un cambiamento radicale, quando si esce dal carcere l'atmosfera diventa più “leggera”. Durante la pausa caffè, Luisa si scusa con me per la reazione che ha avuto, finalmente ho la possibilità di chiarire, tutto si risolve con una pacca sulla spalla. Rientrate in reparto, apprendiamo la notizia del rinvio a giovedì pomeriggio della riunione con la direttrice . Il capo di reparto ci invita nell'ufficio, ci spiega che durante un'ispezione hanno trovato due secchi di frutta a macerare nell'acqua⁷. Inoltre è stato trovato un detenuto sotto l'effetto di sostanze, da indagini è stato scoperto che per procurarsi gli psicofarmaci ha scambiato con i detenuti degli altri piani un frigo portatile, scarpe, vestiti, sigarette, lenzuola, cuscino ritrovandosi senza niente in cella. Viene chiamato a colloquio. R. entra

4 Qui c'è un momento di stupore perché è un uomo; questa osservazione viene sottolineata per porre in evidenza la nostra appartenenza a “cornici sociali” dalle quali non si è mai immuni. Riferimento al testo: M.Sclavi , Arte di ascoltare e mondi possibili, come si esce dalle cornici di cui siamo parte, Mondadori, Milano 2003

5 Di prassi, gli operatori che seguono un detenuto che lascia un carcere per un'altra struttura, non seguono più il caso ma viene lasciato ai nuovi operatori, molto spesso questo crea per gli educatori rallentamenti e genera discontinuità

6 E' stato denunciato dalla moglie, accusato di tentato omicidio sotto gli effetti di stupefacenti. Giuridicamente, avendo scontato 1/4 della pena, ha diritto agli arresti domiciliari purché non sussistano possibilità di fuga. La decisione spetterà al giudice che accoglierà l'istanza.

7 Nel secondo reparto è vietato l'uso in cucina di vino, per la presenza di tossicodipendenti e alcolisti. Il rischio di commercio di psicofarmaci è già elevato perché a molti detenuti vengono somministrati medicinali .

in ufficio, saluta e rimane in piedi, il caporeparto chiede come mai è in questo stato, lui si siede e non risponde, la domanda gli viene posta un'altra volta, con voce impastata dice di non sapere niente. Il provvedimento è di toglierlo dal lavoro di imbianchino che svolgeva nel carcere. Gli occhi socchiusi e spenti si aprono, la bocca si storta, non riuscendo bene a pronunciare le parole dice: "Non può comandante, mi serve il lavoro." Il comandante dice che non può farlo lavorare in queste condizioni: "Ma ti vedi? Come faccio a stare tranquillo sapendo che devi salire su una scala, fai fatica a parlare, non riesci a tenere gli occhi aperti, io sono responsabile se ti succede qualcosa". Luisa interviene con voce calma: "R. in una settimana ti sei ridotto peggio di come sei entrato, quante pastiglie hai preso, hanno trovato un distillato, hai anche bevuto?" R. alzando le mani e scuotendo la testa come un bambino colto in flagrante fa una croce con le dita e le bacia due volte giurando sulla mamma. Luisa sorride e anche lui ride. Il comandante vuole metterlo in isolamento per evitare di fargli assumere altri farmaci al di fuori da quelli prescritti dal medico con la promessa di concedergli un'altra occasione per il lavoro, di fare il possibile per recuperare gli oggetti scambiati, ma con l'inevitabile rapporto sulla condotta. Il detenuto fa segno di sì con la testa e saluta.

L. si interroga su come si sia potuto spostare un frigorifero senza che gli agenti del turno se ne siano accorti, la domanda rimane senza risposta. Da domani si provvederà a chiudere i cancelli e la circolazione su e giù per i piani sarà interrotta per limitare lo smercio. Usciamo dall'ufficio alle 17:30 senza aver fatto altri colloqui, lungo il corridoio chiedo a L. come si sente perché mi pare affranta. La sua risposta è stata: "Tutto ciò che è possibile l'ho fatto, eppure tutto l'impegno si fonde in una prassi e non serve a cambiare nulla, mi viene voglia di stendermi a pancia sotto e affondare, smettere di fare qualsiasi cosa e tirare un respiro profondo, nient'altro". La nostra giornata si è conclusa [1].

IL CARCERE VISTO DA FUORI

C'è quindi tutta un'area di plurimi significati che andrebbero esplicitati e portati a parola, oltre l'ambiguità e l'ambivalenza anche costrittive e non creative che l'istituzione comporta e costituisce. Ora l'opacità e l'estraneità allarmata sono passabili di diversi approcci utili a renderla più umanamente pensabile e quindi trattabile: a livello culturale, attraverso un interessamento a livello ministeriale e locale, affinché si faccia luce sulla realtà carceraria volta a superare gli allarmismi suscitati da un'informazione giornalistica superficiale e spinta alla ricerca del sensazionalismo che poco o nulla dice della quotidianità e della banalità della vita in carcere, trasformando delle mezze verità in pericolosi e fuorvianti pregiudizi. Quindi è possibile, cercando da una parte di informare e parallelamente dall'altra di non disinformare l'opinione pubblica al riguardo di una realtà sociale. Fare conoscere il carcere, attraversare il carcere: attraversarlo con la mente, il corpo, la pelle e i pensieri. E' una realtà quindi certamente che va conosciuta e riconosciuta come tale, che può essere ri-conosciuta, solo conoscendola. Una realtà, che è parte integrante della società e quindi punto di attenzione per azioni responsabili, perché di interesse pubblico sia a livello culturale, ma anche a livello istituzionale, intendendo tutto con questo, ciò che vi è da realizzare in campo organizzativo e gestionale negli istituti penitenziari, sia tutto ciò che riguarda le relazioni fra le varie componenti che con-vivono e co-operano all'interno dell'istituzione.

All'interno di un discorso che voglia evidenziare la riconferma e la coltivazione della dignità dell'essere umano, ed in questo caso, della persona detenuta, non si può eludere questo fondamentale passaggio: non si può evitare di considerare cosa l'altro è per noi, cosa la persona sottoposta a misura privativa della libertà è e rappresenta per ciascun componente dello staff penitenziario e quanto, la vita di questa persona sia importante. E' pertanto fondamentale che il personale che a vario titolo vi opera abbia una formazione che si muova nella direzione degli obiettivi oggi propri del carcere rispetto alla restituzione di una vita possibile ai detenuti.

ASCOLTARE CHI PARLA

Ma cosa hanno detto le parole delle persone che vivono o hanno vissuto un'esperienza di reclusione in carcere? Cosa gli educatori? Cosa la legge? È il momento adesso di proseguire alla scoperta di un altro aspetto della difficile arte dell'ascoltare.

Per dare luogo ad una relazione che possa dirsi di aiuto il riconoscimento e la ricerca di reciprocità risulta indispensabile. Significa che una relazione di aiuto per essere tale deve innanzitutto riconoscere che tale aiuto non viene solo dato, ma che può essere anche ricevuto. Se non si è pronti a ricevere, oltre che a dare, non si sarà mai pronti non tanto a costruire una relazione di aiuto, bensì ancor prima a creare una relazione. E una relazione vera si ha soltanto quando chi offre e chi riceve sono allo stesso livello, si collocano sullo stesso piano. Altrimenti il rischio è quello di attuare il gioco controllatore e del controllato, dell'osservatore giudicante e dell'osservato. Solo come esempio, solo come prima incursione, per chiarire meglio quanto detto si riporta quanto segue.

“L’episodio al quale ho assistito , mi ha fatto riflettere proprio sull’aspetto d’ombra della relazione che si instaura tra educatore e detenuto, con alcuni effettivamente credo di avere avuto o di aver assistito a conversazioni sincere e disinteressate, ma l’educatore ha un certo tipo di “potere” che in qualche modo può pregiudicare la sincerità dei rapporti.

Il “potere” esercitato dall’educatore è pari a quello esercitato da una persona posta sopra di un’altra con la possibilità di rendere più o meno facile la vita. Scrivere una relazione di sintesi (che permette di accedere alle misure alternative alla detenzione) ed esprimere parere favorevole o contrario rispetto a un articolo 21 (lavoro all’esterno del carcere) o ad un permesso premio, sono le ragioni che portano ad avere relazioni in qualche modo falsate, così come la condotta.

Oggi c’è la fila fuori dalla porta per i colloqui, entra un egiziano, oggi ha gli occhi stanchi, le dita gialle per la nicotina, presenta una lettera dell’avvocato, chiede di spiegargli cosa dice. Luisa prende tempo, ma deve comunicare che gli hanno tolto la patria potestà a causa delle ripetute violenze contro il figlio, inoltre un decreto di espulsione gli imporrà di uscire dall’Italia, di conseguenza non potrà vedere coniuge e figlio per cinque anni. L’uomo tenta di controllarsi, ma stringe i pugni e guarda fisso il muro. Luisa con voce calma gli presenta una situazione un po’ falsata, per adesso non parla dei cinque anni di espulsione, ma quando il detenuto urla contro il giudice (donna), la moglie e l’assistente sociale (donna), ed esprime l’intenzione di rapire il figlio, il tono dell’educatrice cambia, alza la voce: “Ricordati che c’è la relazione delle psicologhe e del medico del pronto soccorso, gli hai rotto un braccio e colpito più volte la faccia!”. Si ritorna ad uno stato di calma apparente, tutti e due stanno misurando le parole, sospirano entrambi, il detenuto muove la testa in segno di diniego, non ha ancora alzato lo sguardo verso l’educatrice.

E’ un segno di timore, sottomissione oppure di non riconoscimento dell’altro?

Il detenuto minaccia di tagliarsi le vene e di fare lo sciopero della fame (pratica diffusa in carcere, viene usata per dare un segno visibile di sofferenza e come minaccia per tentare di ottenere ciò che è stato negato, con l’illusione di cambiare le cose). Si tenta di fargli capire che non è questa la soluzione, segue una richiesta esplicita di aiuto in tono di supplica sempre con lo sguardo rivolto a terra, Luisa dice: “Io non ti posso promettere di risolvere il tuo problema perché non sono in grado di farlo, non ne ho il potere, capisci? Ma tenterò, vedrò quello che posso fare, vuoi che mandiamo delle istanze? Tentiamo questa strada, sento anche il tuo avvocato. Tu adesso però ti devi calmare.” Ma l’uomo si alza all’improvviso e se ne va.

Io le dico che è una triste situazione, L. sorride e dice che è furbo. Insieme tentiamo di capire se la mancanza di contatto visivo vada interpretato come mancanza di rispetto oppure come segno di sottomissione, rassegnazione. In corridoio sentiamo urla e tonfi, l’educatrice esce e verifica che non stia accadendo niente di grave, l’uomo viene portato in cella dagli agenti. L’educatrice rientrata in ufficio, si affloscia sulla sedia e chiama il prossimo.

Il tipo di relazione fra educatore e detenuto è già complicato da quello che l'educatore è, forse è per questo che il detenuto non ha reagito subito, ha cercato di trattenersi, per poi esplodere quando il vincolo della relazione con l'educatrice si è sciolto.” [1]

Ecco che allora ascoltare nel suo significato più profondo comporta innanzitutto la necessità di vedere nell'altro un soggetto distinto dagli stereotipi costruiti intorno al suo disagio. Quindi diventa necessario partire da ciò che l'altro porta con sé, ciò di cui è portatore, i suoi bisogni, ma soprattutto le sue risorse. Questo purtroppo risulta in aperto contrasto con le disposizioni normative che parlano soprattutto di individuazione di carenze e di bisogni dei detenuti che debbono essere colmati da varie attività, per poter iniziare un percorso di rinnovamento che vedrà coinvolti entrambi. Non è facile mettersi in discussione, per nessuno e, se la relazione di aiuto si gioca ad un livello di reciproco rispetto, invece la responsabilità è asimmetrica fra chi questo gioco lo deve iniziare e chi poi vi partecipa, o meglio è chiamato a partecipare per riprendere i fili di un'individualità/soggettività offesa.

Si intende dire che l'educatore per mandato istituzionale ha la responsabilità di tentare la riabilitazione, quindi di iniziare “il gioco” ed è pertanto posto al di sopra del detenuto, mentre il detenuto si trova in qualche modo “costretto” a partecipare, proprio perché sarà soggetto osservato e giudicato dall'educatore, gli converrà rendersi disponibile per essere giudicato “soggetto riabilitato”. Pertanto deve essere l'educatore ad iniziarlo, a doverlo portare avanti, non certamente il detenuto, che al massimo potrà desiderarlo, e non sempre in modo del tutto consapevole rispetto ai suoi portati, impegni, responsabilità. Se l'educatore saprà farsi strada avvicinandolo al proprio mondo ed avvicinandosi al suo. Si auspica che con il lavoro dell'educatore, il detenuto desideri realmente tentare la strada della riabilitazione non solo perché conveniente, ma come reale, effettiva, fattuale alternativa di vita alla detenzione. Se esiste un'asimmetria derivante dalla differenza di ruolo, questa è da intendersi più come un aumento di responsabilità, di doveri, che di potere decisionale sulla vita dell'altro. Pertanto, in una situazione idealtipica (ancora lontana dalla situazione reale del carcere), l'asimmetria della relazione educatore-detenuto, dovrebbe essere solo di responsabilità del primo nei confronti dell'altro, con una continua apertura di spazi e ambiti di scambio evolutivo per il secondo, andando ad evitare una dipendenza che sarebbe solo la verifica di un potere dell'educatore nei confronti del detenuto.

Che cosa ci hanno detto le persone detenute, attraverso il loro narrare e narrarsi? Hanno dato delle indicazioni per poter iniziare a porsi delle domande, da cui è scaturita una personale autocritica: la ricercatrice è entrata in questo luogo con la presunzione di venire accolta come una “buona samaritana” che dedica del tempo ai “poveri sfortunati” desiderosi di riversare pensieri, angosce alla prima tirocinante di turno, per accorgersi ben presto che avrebbe faticato molto a “intrufolarsi” in quell'ambiente fino a quel momento sconosciuto. Ci si è chiesti perciò come doveva porsi nei loro confronti e ha capito che se voleva trasmettere alle persone che aveva di fronte l'importanza del sapersi mettere in discussione, lo doveva fare innanzitutto lei stessa. Quindi doveva avere prima l'onestà di chiedersi quanto riusciva ad essere autentica in quello che diceva e faceva o in quello che non diceva o ometteva di fare.

In ogni relazione, ma soprattutto in quelle che si instaurano nell'ambiente carcerario, affinché si possa creare un legame occorre avere la capacità di fermarsi. Questa va intesa secondo due valenze: la prima, la capacità di attendere l'altro, saper aspettare e rispettare i suoi tempi, le sue pause, i suoi silenzi, i suoi scatti, i suoi no, frenando l'esigenza di riempire a tutti i costi i tempi vuoti, o che tali sembrano ai nostri occhi, evitare di moralizzare, nel senso di “fare la predica” in modo esplicito o in modo indiretto, ad esempio interrompendo bruscamente la conversazione, su quanto ci viene testimoniato. Questi aspetti dell'ascolto ci rendono consapevoli di quanto sia difficile ascoltare. Quante volte siamo convinti di avere già capito tutto quello che c'è da capire, o comunque tutto ciò che è necessario capire? Quante volte dimentichiamo che ogni persona a cui porto il mio aiuto è unica e irripetibile e non vi è sapere, saper fare o saper essere, che magari in altre situazioni è stato funzionale e invece adesso mi è da ostacolo?

E quante volte sappiamo rivolgere l'azione dell'ascolto verso noi stessi, cercando di comprendere veramente cosa guida le nostre risposte. Quali concezioni abbiamo su noi stessi, sull'altro, sul nostro rapporto con l'altro che determinano comportamenti, azioni e risposte in un certo modo anziché in un altro?

La seconda valenza della capacità di “fermarsi” sta quindi nella capacità di riflettere, di meditare su quanto ci è stato possibile accogliere dalle parole, dei nostri interlocutori, che consentono di cogliere le sfumature di cui un dialogo faccia a faccia è portatore. A nessuno sfugge quanto sia importante la metacomunicazione: il tono della voce, la postura, i gesti delle mani, l'espressione del volto, lo sguardo, tutti elementi importantissimi per capire dove si trova l'altro in un determinato momento e dove ci troviamo noi.

Gli atteggiamenti delineati finora, sono tutti relativi alla sfera del “saper essere”, ovvero l'aspetto delle competenze che se da un lato fa la differenza in una relazione, dall'altro è il più difficile da realizzare, dal momento che è proprio nella dimensione relazionale che esso fa la differenza, e perciò nel momento dell'incontro con l'altro, in questo caso con il detenuto, con l'agente, con il direttore e con sé stessi. Il colloquio è il momento che più vede in difficoltà l'educatore penitenziario, è il momento in cui tutti gli apprendimenti relativi al sapere ed al saper fare si dimostrano inadeguati, insufficienti, e spesso vengono dimenticati non appena ci si incontra con lo sguardo dell'altro. Ed è spesso il momento in cui ci si rifugia nell'attivismo, nell'operatività, nel saper fare, impegnandosi così a progettare attività trattamentali e ad inventare nuovi strumenti, così da non riuscire a vedere che prima di tutto ciò, si devono porre le condizioni per valorizzare uno strumento essenziale: la qualità e la possibilità di creare relazione, di creare dialogo. Non ci si accorge che tra gli strumenti di lavoro, forse il più importante, quello sul quale vale la pena di “darsi da fare”, specialmente operando nel sociale, siamo noi.

Sembrirebbe quasi scontato dire che la motivazione principale della difficoltà di porsi in ascolto, sta nel carcere stesso, per come esso è, per il fatto che è per definizione ancora una struttura chiusa perciò ristretta anche nel concedere spazi di espressione e di autenticità.

Oppure si potrebbe affermare che dipende dalla carenza di personale preposto all'area educativa, che unito alla mancanza di personale appartenente all'area della sicurezza, rende praticamente impossibile trovare il tempo per mettersi in ascolto.

Ma si tratta solo di questo? I rischi per un ascolto autentico sono molti e risiedono prima di tutto in alcuni nostri atteggiamenti e convinzioni, quindi è da ciò che si deve trovare il coraggio di partire, partire da se stessi.

L'autenticità della relazione è visibile dal momento in cui vi è presa di coscienza dei due interlocutori; mentre se è falsata o mancante si manifesta nelle diverse reazioni dei detenuti, che vanno dalla diffidenza, alla sfida, alla rabbia, all'amezza, all'indifferenza.

L'educatore penitenziario deve saper credere nell'invisibile, a partire da quello che vede, anche quando il visibile pare refrattario, e sono sempre le persone recluse a farcelo capire. Un educatore penitenziario non può pensare che il suo lavoro si compia e si esaurisca nel mandare avanti le istanze dei detenuti. Né tanto meno l'organizzazione o la promozione delle attività trattamentali, che rimangono aspetti importanti, ma mai devono diventarlo più delle persone cui sono rivolte. Quindi, essenziale e prioritario a qualsiasi conoscenza tecnica, diviene la conoscenza di sé, la comprensione di cosa ci stimola e ci motiva a compiere un lavoro, specialmente quando tale lavoro si svolge soprattutto con delle persone. Non si può paragonare un servizio di questo genere con un lavoro che comporti la manipolazione di un oggetto. Se ci si muove all'interno di una relazione di aiuto, si deve fare i conti con se stessi, e bisogna avere l'onestà di riconoscere se a spingerci sia il solo fattore economico, o magari una pretesa salvifica nei confronti dei nostri interlocutori. Questi due motivazioni potranno anche farci apparire professionali, ma non saremo mai né veri né autentici.

Avere commesso un fatto che è previsto dalla legge come reato, avere un trascorso od un presente legato a vissuti di tossicodipendenza, non significa non vedere le falsità dell'altro. Falsità espresse sia attraverso modalità relazionali/comunicative manifestanti un disprezzo più o meno latente, sia

attraverso la manifestazione di una generica “pena”, intesa però come “guarda poveretto”, cioè una pena inautentica, che nasce dal desiderio di distanziarsi dall’altro, più che di dividerne realmente i possibili motivi di sofferenza. In effetti, a chi piace sentirsi solamente giudicato? Chi può dire di non aver desiderato almeno un milione di volte di essere compreso, e forse poi, alla luce di quella comprensione, fare largo alla possibilità di realizzare una “valutazione di se stessi”; e di vedere a che punto si sia arrivati e dove dirigersi? Incontrare una persona disposta a comprendere (dal latino cum prehendere, che vuol dire “portare con sé”, prendere insieme) vuol dire creare maggiori occasioni di autocomprensione di se stessi, proprio grazie al fatto che sentirsi ascoltati, aiuta ad ascoltarsi, ad aprirsi, a dirsi ciò che non ci si era mai detti prima. E questo non vale solamente per le persone detenute, ma è certo che, questo sia fondamentale, per non smarrire il senso della propria “coscienza di sé”, che fra l’altro è l’unica strada da percorrere per cogliere anche l’importanza del legame con l’altro, per realizzarsi in quanto uomini, e di conseguenza la necessità di essere responsabili. Nel senso di dare delle risposte, di saper cogliere cosa la nostra storia di vita sta chiedendoci di diventare.

IL LAVORO, LEVA DI EMANCIPAZIONE

L’esperienza fatta riconferma la funzione “riabilitativa” del lavoro, vero punto di forza dell’Istituzione Carceraria esplorata e analizzata; individuando quali competenze educative siano necessarie a chi vi opera per sostenere questa funzione, entro un contesto come quello penitenziario, in cui forte è il rischio di progressiva infantilizzazione e deresponsabilizzazione delle persone detenute che va a ledere la dignità propria di ciascun essere umano. Per questo si fa riferimento specialmente alla sfera del “saper essere”, ovvero a quella serie di atteggiamenti, di disposizioni e acquisizioni ritenute imprescindibili quando si entra in relazione con l’altro; nella convinzione che sono necessarie competenze conoscitive, operative e tecniche che trovano vitalità e incisività se attraversate e connotate da empatia.

Per l’istituzione, il detenuto che lavora può assumere anch’egli il ruolo di “produttore di cultura”, nel senso che, producendo qualcosa attraverso il suo lavoro, contribuisce alla costruzione di un mondo di senso, oltre, al di là e dentro il microcosmo labirintico e dispersivo a del carcere. È una produzione non solo di beni materiali, ma anche di beni sociali, perché la persona non lavora solo per mantenersi (in carcere infatti può comunque vivere senza lavorare), ma anche per ricevere gratificazione, soddisfazione e appagamento ritornando a rivestire un ruolo sociale e riuscendo a riconoscersi, essendo riconosciuto.

Il lavoro, si sa, è anzitutto, implicitamente o meno, formativo e definisce, costruisce, sostiene la costruzione dell’identità individuale e soggettiva.

Le attività lavorative, anche quelle più concrete, non si possono considerare come pure attività manuali, separate e separabili dal pensiero, dalla volontà, dal sistema di significati attorno ai quali la persona orienta le proprie scelte di vita. Esse hanno sempre una valenza formativa sia nei termini di apprendimento, attraverso l’azione, sia in termini socio-culturali e di emancipazione personale attraverso la riappropriazione o la rimessa in moto di competenze sopite o forse dimenticate o credute per sempre perse.

Una breve parte dell’intervista effettuata al detenuto che ha creato il laboratorio del vetro, dice meglio: *“Sono sempre più entusiasta del mio lavoro e considero questa attività un’arte che crea un ponte con l’esterno, accorciando la distanza con la società e creando una nuova condotta sociale che attraverso l’impiego supera le barriere dell’intolleranza, della rigidità di pensiero, della violenza[...].”*

“[...]Il lavoro diventa un impegno sicuro, crea nuovi argomenti di discussione, consente di imparare nuove cose e di avvicinarsi al mondo esterno. Sono stimoli per chi si trova a vivere nella rigidità della realtà carceraria. Il condizionamento dell’ambiente, di per sé vuoto e oppressivo, è un problema da superare e ciò può avvenire solo se al detenuto viene data la possibilità di essere protagonista attivo del suo recupero. Il lavoro diventa un’iniezione di realtà in un universo per molti aspetti avulso dal contesto sociale.” [1]

Queste parole ci permettono di comprendere l’importanza di produrre concretamente qualcosa, oggetti che acquisiscono valore perché l’uomo ne è artefice. L’immagine del lavoro come ponte è

chiarificatoria, riconoscerne il valore, permette di creare un legame, una relazione con il mondo esterno di cui il detenuto ormai non fa più parte, ma che consente di accorciare le distanze e da la possibilità di avere un'immagine di sé, di pensarsi come artefice del proprio destino.

Questo tipo di intervento è la relazione di aiuto, quando questo non concerne unicamente il venire incontro a precisi e particolari problemi, ma si dilata all'intera persona e coinvolgendo tutta la personalità, porta ad una relazione intenzionale per attivare o riattivare le potenzialità latenti, repressi, precedentemente non considerate; attraverso un apporto educativo valorialmente e affettivamente significativo, in vista di tappe di vita verso mete scelte [4].

Proprio per questo la richiesta di avere un lavoro deve partire dal detenuto e, dall'esperienza diretta effettuata, si è potuto notare che i ristretti chiedono con bramosia di ottenere un impiego. Lavoro significa libertà non solo perché è condizione essenziale per uscire dal carcere, ma anche perché diventa un complemento importante alla vita dell'individuo che sente di avere altri spazi, altre possibilità, sente che non è "definitivamente" chiuso. A volte capita che i detenuti esprimano spesso la propria demotivazione al tipo di lavoro che viene loro offerto e probabilmente ciò accade perché non si dà, da parte degli stessi (e come potrebbero?) al lavoro quell'importanza sociale e relazionale che intrinsecamente possiede, ma unicamente ci si sofferma solo sull'aspetto prestazione-remunerazione che è il primo, più immediato aspetto che viene colto. Questi "particolari" lavoratori (impegnati fuori o dentro la struttura) hanno l'opportunità di realizzare progetti individuali, che a volte sfociano nel sociale, vuoi perché coinvolgono altre persone, vuoi perché entrano nei circuiti del mercato sociale, che quindi diventa sponda per una loro possibile rilegittimazione come persone capaci, competenti e forse in possibile "uscita" da condizioni a volte sentite come fatalmente coartanti. Pertanto la conquista di un lavoro per il detenuto può costituire un'alternativa al tipo di vita che conduceva prima e un possibile, futuro utile strumento per il reinserimento sociale all'uscita dal carcere. Il detenuto dovrebbe poter trovare nel lavoro, l'opportunità per approfondire le proprie capacità lavorative, se prima ne possedeva alcuna, riportando al presente dimensioni bloccate e pensate e/o pensabili come passate, o la possibilità di acquisirne di nuove, proiettandosi in un futuro come più pensabile concretamente.

Quindi il processo detto di "risocializzazione" del soggetto detenuto significa costruire o ricostruire consapevoli legami con la società, appoggiandosi in particolar modo, attraverso il lavoro, anche alla famiglia che può restituire valore al soggetto e alla scuola che può trovare un suo nuovo, o forse mai avuto, senso. Tornare a scuola e/o al lavoro durante un'esperienza detentiva risulta di particolare importanza all'interno di un processo riabilitativo/rieducativi: scegliere volontariamente di tornare a imparare e a lavorare, permette alla scuola e al lavoro di recuperare, quel ruolo di costituzione di un'identità, di una persona sufficientemente adeguata che in passato è venuto meno con quel particolare soggetto. Con il lavoro e con la scuola, il detenuto si dà degli obiettivi e dovendoli e/o volendoli raggiungere non può non seguire un percorso che gli restituisce volizione finalizzata in via emancipatoria rispetto ai suoi vincoli e alle sue risorse: inizia quindi come un nuovo processo di maturazione e di crescita, si rimette al mondo.

Durante lo svolgimento della misura alternativa, in particolar modo nell'ambito lavorativo esterno, il soggetto sperimenterà le sue potenzialità, la sua rinnovata capacità di adattamento e di interazione con gli altri. La possibilità di interagire, di produrre, di responsabilizzarsi (iniziando anche solo a rispettare gli orari di lavoro), stimolando l'uscita dalla logica assistenziale, sono gli elementi chiave in ogni tipo di progetto che vuole restituire competenza al detenuto e possono essere sperimentati proprio nell'ambito lavorativo. Il lavoratore, infatti, che vede il possibile realizzarsi di idee, di proposte, di possibilità scoperte, dà significato al proprio operare, vede che ciò che fa non è vano. Nel progetto d'Istituto, è specificato l'azione di *empowerment* che l'educatore deve svolgere, se *empowerment* significa sostenere l'individuo nella ricerca delle proprie risorse cognitive e affettive e creare le condizioni perché da una situazione di disponibilità si passi a un impiego efficace delle risorse stesse, allora esso si rivelerà come "motivatore" per eccellenza. Essere *empowered* significa sentirsi validi e valorizzati, avere la sensazione di valere: ciò costituisce un ottimo motivo per incrementare il proprio impegno sul lavoro, per valere e quindi creare valore. Il lavoro ha inoltre

una serie di funzioni latenti, serve a dare legittimazione sociale e al carcerato permettere di consolidare la sua personalità e di stimolarlo alla crescita, a migliorarsi. Nel lavoro si accrescono le occasioni di interazione e di responsabilizzazione e nello stesso tempo si aiutano gli individui ad uscire dalla logica assistenziale. Inserire al lavoro persone sottoposte a esecuzione di pena o che l'hanno appena scontata, ha un forte valore per la società nel suo complesso. Offrendo a chi ha causato uno "strappo" uno spazio al proprio interno, uno spazio ben identificato, dove doveri, diritti e confini siano chiari. Proprio per questo il lavoro è sempre stato considerato uno degli strumenti migliori per identificare questo spazio. Far parte del sistema produttivo, significa per il detenuto entrare concretamente in quel sistema sociale che ha come compito la tutela della cittadinanza promuovendo la legalità, sviluppando capacità di prevenzione e recupero. *"Il lavoro per il carcerato è auto-educativo ed è costruzione di un rapporto positivo con la società; esso costituisce il primo passo perché una persona possa non scegliere i sistemi criminali, ma quelli legali"*⁸.

La pratica del lavoro si sostituisce a quella deviante, è una pratica concreta; i carcerati hanno così l'opportunità di essere parte di questa società, nei modi in cui questa sa regolare la convivenza legale. Bisogna chiedere loro di non aspettarsi nulla di pronto, ma di mettersi all'opera per ricevere la formazione adeguata e cercare lavoro una volta usciti.

Considerando la questione del lavoro, nel più ampio orizzonte di intervento del carcere, del suo esser un "mondo" nel mondo, in un'ottica sistemica, potremmo dire che avere un lavoro, nonostante il carcere, costituisce un processo che crea sistemi di relazioni, di senso, di comportamenti. Un sistema entro il quale e con il quale interagiscono altri sottosistemi dove ogni elemento, azione, operazione e situazione esiste proprio grazie al suo legame con gli altri. Alla luce di queste relazioni ed interazioni, il lavoro è esso stesso parte di un sistema con il quale sviluppa delle relazioni, le cui modalità, intensità, qualità si riverberano anche sulla qualità delle relazioni tra gli attori sociali. Ciò premesso, è importanza fondamentale un intervento che si estrinsechi su più fronti e che rispetti il più fedelmente possibile il dettato costituzionale in relazione al trattamento del detenuto, volto a rispettare e valorizzare la dignità che gli è propria in quanto essere umano e quindi restituendogli speranza e fiducia nel poter essere nuovo, rigenerato. Sia attraverso il lavoro, in termini sociologici, sia il lavoro, in termini di reinvenzione identitaria su un asse psichica, comune e congiunto con altri. Non si può allora prescindere da un intervento educativo, riabilitativo, psicologico, psichiatrico integrato che abbia come orizzonti sia l'individuo sia la comunità, dentro e fuori, quindi dislocato su più livelli e con più fuochi di attenzione. Forse è necessario intraprendere o riprendere iniziative atte a coinvolgere l'Amministrazione Penitenziaria, i detenuti, la comunità esterna, tecnici diversamente formati e collocati, i quali uniti nel raggiungimento dell'obiettivo comune possano operare una "rinascita" dei detenuti. L'approccio "comunitario", "pluridisciplinare" si baserà, stabilmente, su una modificazione della qualità delle relazioni interne e di quelle tra carcere e realtà sociale dove ogni componente risulterà corresponsabile nella realizzazione degli obiettivi contrattati e condivisi con il detenuto, meglio con la persona in attesa di potere ritrovare una vita quotidiana, banale come quella di altri, ma non alienata del tutto e completamente.

Il contributo riferisce, in via sintetica, ad una parte dell'esercitazione finale della Dottoranda Elena De Munari redatta al termine del corso di laurea in Scienze dell'Educazione-indirizzo educatore di comunità, dal titolo: "IL CARCERE VISTO CON GLI OCCHI E SENTITO SULLA PELLE. Un'esperienza diretta all'interno di un Carcere Lombardo (titolo modificato per riservatezza)", anno accademico 2007-2008, relatore Francesco Caggio.

* Laureanda magistrale con specializzazione in Progettazione pedagogica e interventi socio-educativi presso l'Università Cattolica del sacro Cuore di Milano.

** Pedagogista, formatore, consulente, professore a contratto presso l'Università Statale Milano-Bicocca.

8 Affermazione del Direttore dell'Istituto Penitenziario analizzato in occasione di una riunione con il personale di reparto.

Bibliografia

[1] De Munari E., *“Il carcere visto con gli occhi e sentito sulla pelle. Un’esperienza diretta all’interno di un Carcere Lombardo (titolo modificato per riservatezza)”*, esercitazione finale redatta al termine del corso di laurea in Scienze dell’Educazione-indirizzo educatore di comunità, anno accademico 2007-2008, relatore Francesco Caggio.

[2] Piccardo C., Benozzo A., *Etnografia organizzativa*, Cortina, Milano, 1996.

[3] Malaguti E., *Educarsi alla resilienza, come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*, Erickson Edizioni, Trento 2005.

[4] Mariani V., *Relazione educativa di aiuto e promozione integrale della persona*, a all’interno di *“La relazione educativa di aiuto nelle diverse condizioni ed età della vita”*, Del Cerro, Pisa, 2005.

La Residenzialità Leggera: “Tra il dire e il fare”. I modelli organizzativi tra teoria e pratica

di Massimo Rabboni, Filippo Tancredi***

Abstract

The article examines the relationship between madness and society, and explores how relational distance has changed since the Middle Ages to the present. An analysis that does not neglect the cultural influences of the historical moment considered until the presentation of a new theoretical model of innovative rehabilitation-oriented territory, similar to a “community without walls”.

Pensare e comprendere la follia al di fuori della società, ad uno stato selvaggio, non è possibile. Essa, nelle sue diverse rappresentazioni, vive all'interno della società, in tutti i suoi luoghi, o nelle sue diverse forme, costantemente in accesa dialettica con essa, sovente in piena contrapposizione, come unite tra loro da un filo conduttore, che connette due polarità. La distanza tra esse si diversificherà nel corso della storia, subendo avvicinamenti e allontanamenti in funzione di variabili sociali e culturali, che condizionano e influenzeranno la relazione società/follia. Una distanza “geografica” che pare raccontare la storia di questa relazione, dai tempi antichi al Medioevo, dal settecento a oggi, momento storico che vede una follia davvero vicino al contesto sociale, sempre più impegnato a confrontarsi con essa, accogliendola, a volte integrandola, sovente scacciandola, in un dibattito che sta portando alla nascita di nuovi modelli interpretativi e di cura della malattia mentale.

Come nel Medioevo, anche nel Rinascimento la follia era intrisa di significati e valori estetici, quasi come parte integrante dell'umana tragicità.

Sebbene l'esperienza dell'alienazione e della punizione bussasse alla porta, il folle era ampiamente considerato dalla società e l'eventuale isolamento non costituiva affatto un pregiudizio o una preclusione al proprio ruolo sociale e simbolico che, invece, l'arte e la cultura dell'epoca gli avevano concesso.

Nel Medioevo e nel Rinascimento il folle, errante da città in città, esisteva in seno alla società, talora impegnato in qualche lavoro. Quando troppo agitato o pericoloso, si provvedeva a sfamarlo e a custodirlo in case dedicategli.

Più che persona reale, in carne ed ossa, il folle nell'epoca Medioevale era un personaggio, oggetto di rappresentazione artistica e di allegoria, espressione di una condizione umana priva di senso, sovente ricettacolo delle paure dei propri contemporanei. L'arte a pieno titolo riuscì a rappresentare il volto enigmatico della follia: ne sono testimoni molte delle opere di Durer, Brueghel e di Bosch.

Nel XVII secolo, invece, la follia si allontana dalla società e con l'internamento, attraversa un periodo di silenzio, di esclusione, perdendo anche quella funzione di manifestazione e di rivelazione che aveva in precedenza. Ancora una volta l'arte ne offre una fedele dimostrazione, basti pensare a Shakespeare e a Cervantes.

In questo periodo la follia diviene beffarda, bugiarda e canzonatoria e il suo palcoscenico muta. Scandito dalle riflessioni di Cartesio e di Montaigne, il panorama della follia si caratterizzerà per la

vivace costrizione degli ampi spazi rappresentativi concessi nel periodo medioevale, e per la supremazia e il dominio del pensiero sull'interpretazione allegorica della follia.

La comunità prende distanze ingenti, nette, irriducibili, e ben presto i privilegi culturali e il potere di suggestione del folle, ad appannaggio dell'epoca medioevale, lasceranno spazio alla sua visione come minaccia o semplicemente come individuo superfluo da allontanare e rimuovere dalla coscienza sociale.

E' il momento dell'esperienza correzionaria, il cui simbolo più rappresentativo è l'Hopital General di Parigi, che viene definito da Foucault come "il terzo stato della repressione" [1].

Se nel Medioevo la sensibilità verso il folle era legata a trascendenze immaginarie, ora il folle è giudicato un ozioso, un personaggio inutile e come tale condannato ed escluso, insieme ai poveri, ai malati e ai criminali.

Un mondo occupato da ogni sorta d'individuo, dal folle al delinquente, dal bestemmiatore a colui che aveva tentato il suicidio. Anche l'arte non viene assolta, tanto che opere come quelle di De Sade, vennero avvicinate alle distonie della follia e del delirio.

La società industriale del tempo non contemplava la convivenza con la marginalità. A Parigi, su circa mezzo milione di abitanti, vennero stimati circa sei mila tra internati, vecchi, malati, disoccupati, prostitute e qualunque individuo estraneo al contesto sociale ordinario [1].

Si delinearono quindi due nuovi profili della follia: l'*alienato*, rappresentato da colui che ha perduto la verità e la realtà e l'*insensato*, ossia chi non è completamente estraneo al mondo della ragione, essendoci uno scambio perpetuo tra *ragione* e *sragione* [1].

Da questo momento in poi i folli troveranno finalmente uno spazio, indipendente e distaccato dal resto della società e dal mondo, che prima lo circondava.

Questo cambiamento è la prima testimonianza di quel grande movimento di riforma che si concluderà solo cent'anni dopo con la costituzione del primo manicomio. Ma se tale secolo costruirà uno spazio per la follia, sotto un altro profilo creerà, invece, una nuova solitudine in cui la follia si riconosce e interloquisce con essa.

La follia, quindi, acquista più importanza ma nello stesso tempo si allontana e si isola dalla realtà quotidiana [1].

Il novecento è un palcoscenico nuovo, su cui la follia va in scena come un fenomeno naturale, legato alla verità del mondo, a fronte di una psichiatria sempre più nutrita da bisogni classificatori e descrittivi, incapace di formulare precisi efficaci modelli di cura, fatta eccezione di esclusivi trattamenti sedativi o delle "terapie di shock", basate sull'ipotesi che un trauma febbrile, elettrico o ipoglicemico, avesse virtù terapeutiche.

Nel 1904 in Italia viene formulata la prima legge nazionale sull'assistenza psichiatrica, prevalentemente centrata su contenuti di ordine pubblico, privilegiando la protezione sociale rispetto alla cura.

Si è ricoverati se considerati individui pericolosi, assimilando così il paziente psichiatrico al detenuto: il ricovero coatto nei manicomi viene stabilito con un provvedimento del magistrato o del questore, mentre il direttore del manicomio è detentore della responsabilità penale e civile del paziente dimesso, ponendo così le basi per l'internamento a vita.

Si configura quindi un'istituzione manicomiale sempre più perfezionata e tesa alla reclusione e all'isolamento, specializzandosi nella funzione sociale di contenitore della follia, vanificando, quindi, qualsiasi programma di cura e riabilitazione.

Un approccio prettamente positivista da cui non potevano non derivare da una parte l'atteggiamento filantropico sprezzante della psichiatria nei riguardi della follia e, dall'altra, l'atteggiamento di protesta della classe intellettuale e artistica, volto a restituire all'esperienza della follia una profondità e un potere di rivelazione, annichiliti dalla segregazione e dall'internamento. Nerval, Artaud e altri artisti ne sono un'ulteriore testimonianza fedele che il mondo dell'arte ha offerto alla società "civile" [2].

Ma a fronte di un'immobilità dell'istituzione manicomiale, si assiste a una particolare evoluzione dell'ambito psicologico.

Nasce la psicoanalisi ma soprattutto si coagulano le numerose conoscenze psicologiche, antropologiche e fenomenologiche, le quali saranno le artefici di questo clima di rinnovamento, alla base del complesso percorso di deistituzionalizzazione manicomiale.

E' questo il momento in cui avviene la rivisitazione del concetto d'identità della persona, del rapporto teso tra individuo e società e del concetto di salute e malattia mentale.

La nascita dei farmaci consente di gestire meglio la crisi e di porre delle alternative al "trattamento manicomiale", al punto che, al termine della seconda guerra mondiale, nel contesto di un panorama contraddistinto dai numerosi progressi sul fronte teorico e sperimentale, si assisterà alla nascita di un intenso fermento di iniziative, che si pongono come alternativa all'ordine psichiatrico manicomiale. In Inghilterra si sviluppano gli esperimenti delle prime comunità terapeutiche mentre in Francia nasce la psichiatria di settore.

Molte di queste iniziative non spiccheranno per sistematicità ma si connoteranno per aver recuperato l'idea di curabilità e di guarigione del disturbo mentale cui la psichiatria istituzionale aveva dimenticato. Si assisterà al superamento del pregiudizio secondo il quale la sofferenza mentale deve essere interpretata in base al modello medico-organicista, aprendo così la strada ad altre interpretazioni che tengano conto del contesto macro-micro sociale e delle componenti psicologiche.

Si configura quindi una nuova realtà, sostenuta dalla crescente consapevolezza dei limiti della psichiatria d'impianto ottocentesco e delle rigidità create dall'istituzione manicomiale e in tale scenario si innesta, a partire dagli anni Sessanta, il movimento italiano di negazione istituzionale, all'insegna della vivace critica al manicomio quale istituzione totale e luogo di produzione di cronicità: ciò che si osserva in manicomio non è il prodotto diretto della patologia ma dell'istituzione stessa.

Muta lo scenario legislativo che dalla legge Mariotti nel 1968, giunge a compimento con la legge 180, approvata nel 1978.

Dopo anni di lavoro riabilitativo dentro il manicomio e di preparazione e organizzazione di un adeguato servizio territoriale fuori dal manicomio, il manicomio, nel 1977, viene chiuso.

La deistituzionalizzazione non è riducibile solo alla chiusura dei manicomi ma al completo sovvertimento del panorama psichiatrico. Un ripensamento radicale della psichiatria, della sua funzione sociale, delle sue pratiche, delle sue tecniche di gestione e dei suoi saperi costitutivi.

La chiusura dei manicomi apre, quindi, un nuovo modello di cura, costruito sulla fitta trama di assistenza domiciliare e ambulatoriale per la terapia ordinaria, integrata da interventi e ricoveri brevi per le situazioni di crisi. Le persone destinate alla reclusione cronica tornano a vivere in famiglia o in piccole comunità, finalmente riappropriandosi di un'esistenza dignitosa.

Muta quindi l'intero panorama in materia di disturbo mentale, centrato sullo spostamento dell'intervento, dalla reclusione manicomiale al territorio, ma soprattutto sullo spostamento dell'interesse dalla malattia alla persona e alle sue disabilità sociali con il passaggio dalle pratiche inabilitative come quelle manicomiali, alle pratiche riabilitative, intese come la complessa azione nei riguardi del paziente e del suo contesto [2].

Le nuove comunità si proporranno quindi come un'alternativa innovativa di cura al trattamento manicomiale, identificandosi come il primo spazio ove il malato può vivere, inserito a pieno titolo all'interno del complesso contesto sociale.

Un momento storico in cui la distanza tra le due polarità, follia e società, apparentemente si annulla. La dimensione della cronicità uscendo dal manicomio, diviene quindi vicina di casa ma si mantiene inalterata, attorno alla quale si ricostituisce una cortina di ferro, che delimita all'esterno la società normale e all'interno contesti ove si attuano interventi assistenziali e risocializzanti, che scandiscono percorsi di cura capaci solo di attraversare precise porte comunicanti con l'esterno ma che non permettono di abbatte i confini. Il paziente, accompagnato dall'operatore, sovente assiste allo spettacolo della normalità, ma non ne fa mai parte, è un frequente osservatore di un mondo a cui non appartiene.

Diviene questo il panorama degli anni successivi all'applicazione della legge 180, evidente sino a qualche anno fa in molte delle strutture residenziali, ove la temporalità è a tutt'oggi un concetto avulso e non familiare per lo psichismo del paziente e del luogo ove lui stesso è ospite.

La comunità diviene quindi luogo ove vivere, spazio ove poter essere folle ma comunque assistito nella propria follia.

Il malato è mantenuto all'interno delle comunità che diventano manicomi moderni, ove non si cercano nuovi equilibri ma si perpetuano equilibrismi per conservare i contrappesi. Il tempo perde molti dei suoi significati, viene privato delle sue peculiarità, quanto oggettive tanto soggettive, vanificando ogni protensione a venire, ogni progettualità.

Le Comunità divengono quindi luogo ove, sovente, tutto si mantiene immobile, nel tentativo di evitare la crisi, non perché la crisi costituisca un impedimento ad un percorso bensì perché questa poteva rompere la staticità dell'immobilità.

Le nuove strutture comunitarie nate dall'applicazione della legge 180, si ripiegano su se stesse, schiacciate dallo stigma sociale, dall'impreparazione culturale della società "civile" e da una condizione ambientale non favorente una corretta restituzione della follia alla società.

Una residenzialità, quindi, sensibilmente contraddistinta dall'autoreferenzialità, dall'indeterminatezza della durata dell'esperienza, dalla decontestualizzazione rispetto al sociale ordinario.

Ma negli ultimi anni si assiste a un nuovo cambiamento, soprattutto in determinate regioni ove le normative vigenti fungono da traino per l'intero panorama psichiatrico internazionale.

L'idea originaria di comunità terapeutica si è oggi evoluta ed espansa, consentendoci oggi di parlare di un assai più ampio "abitare terapeutico".

La residenzialità psichiatrica assume quindi configurazioni nuove, centrate 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 [3].

E' all'interno di queste strutture, almeno a partire dall'ultimo decennio, che nasce così una profonda riflessione sui luoghi della riabilitazione, intesi come luoghi di transito, d'incontro e d'impegno, resi significanti dalla "prossemica delle emozioni" e dall'architettura delle diverse "distanze" possibili tra utenti e operatori, e quindi degli stili delle relazioni di cura [4].

Un contesto accogliente in cui sono di casa il rispetto e il calore affettivo, rendendo, così, facile l'abitare un luogo e la creazione di un insieme di abitudini che costituiscono un sapere del corpo e con esso un fattore di sicurezza e di appartenenza fondamentale perché il paziente possa rappresentarsi [3].

La necessità di definire precisi progetti riabilitativi, ove gli obiettivi previsti debbano essere commisurati al parametro temporale previsto dal legislatore, ha sovvertito completamente l'idea del luogo comunitario quale spazio in cui vivere *sine-die*, aprendo scenari nuovi di cui soltanto ora se ne intravedono le enormi potenzialità.

I nuovi progetti riabilitativi si articolano sulla dimensione temporale, che quindi impone obiettivi da raggiungere, che non costituiscono la conclusione, ma semplicemente una tappa di un percorso articolato e progressivo volto al raggiungimento di livelli di autonomia crescenti, commisurati alla soggettività dell'individuo. Obiettivi che costituiscono il fine della riabilitazione attuale, ossia far crescere le persone aiutandole a organizzare le proprie energie in senso produttivo e maturativo, distogliendole dall'atteggiamento di ripiegamento su se stessi, indirizzandole lungo un percorso di apertura verso il mondo esterno, che porta alla ricostruzione di senso e con esso al recupero del significato della propria esistenza. Un intervento quindi che si rivolge all'individuo come persona, piuttosto che come paziente, all'individuo nella sua globalità, volto anche a recuperare la responsabilità individuale, il controllo, il senso di autostima, sostenendo la partecipazione attiva al processo riabilitativo [3].

Sono gli oggetti che calcano il palcoscenico della riabilitazione, e tutte le relazioni che con essi s'instaurano. Oggetti, cose, spazi, persone e situazioni con cui il paziente si relaziona, in una

dimensione complessiva che costituisce il *setting ambientale prolungato* della riabilitazione, ove è possibile creare una comunicazione tra il mondo interno psicotico, disfunzionale ma protettivo, e il mondo esterno, più sano ma temuto dal paziente. Luoghi in cui al paziente è essenzialmente richiesta una funzione di presenza e di condivisione, per tempi legati al suo bisogno e alla sua capacità di tolleranza, luoghi in cui prevale la funzione del contenitore piuttosto che quella dell'erogazione dei servizi [4].

Lo spazio riabilitativo altro non è che uno spazio transazionale, uno spazio scenico che si costituisce come ponte tra l'individuo e la realtà, tra mondo interno e mondo esterno.

In questo spazio tutte le volte che un oggetto si costituisce come rappresentativo del mondo interno e del mondo esterno ed è intermediario tra i due mondi, diviene uno strumento.

Negli psicotici lo spazio transazionale è ristretto o non esiste, il loro mondo è occupato prevalentemente da oggetti interni, il mondo interno e quello esterno non sono intercomunicanti. O vi è una modalità di funzionamento fusionale con un'identificazione confusiva tra il sé e l'oggetto, oppure una separazione che non consente lo scambio con il mondo esterno. La creazione di uno spazio transazionale qual è lo spazio riabilitativo fa sì che nello spazio in cui lo psicotico si muove, le rappresentazioni mentali trovino un corrispondente in oggetti, in situazioni "come se", che creando un ponte tra la pura soggettività e la realtà oggettiva condivisa, gli consentono di aprirsi progressivamente al mondo esterno, riconoscendone l'esistenza separata da sé pur nella reciproca interazione [3].

Dinamiche che si avvicinano nel contesto di una *vita quotidiana*, intesa come possibilità di riappropriazione di tutte le capacità fondamentali, degli affetti e dei modi di comportamento di fondo, all'interno della quale assumono quindi particolare significato la **spazialità**, per l'opportunità che essa offre ai pazienti di avere un luogo ove poter riacquisire il valore simbolico, emotivo e relazionale dell'esperienza dell'abitare, e la **temporalità** e le sue scansioni, che restituiscono al paziente la padronanza cognitiva, operativa ed esistenziale dello stare nel tempo. Una quotidianità che è intrisa di *domesticità* e che rappresenta una delle caratteristiche fondamentali della struttura residenziale, 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. Un'operazione, questa, impossibile nell'area desertificata e fredda dell'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 di "*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.

Ma 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.

L'attività terapeutica viene centrata non sul dire, ma sul fare, sul condividere le esperienze di tutti i giorni, sul valorizzare interazioni, gesti e riti nell'ambito della reciprocità.

La vita quotidiana diventa così un'esperienza di "living-learning" portatrice essa stessa di una funzione curante e i terapeuti in quest'ottica divengono realmente come li definisce Recamier, ambasciatori della realtà [5].

La vita all'interno delle nuove Strutture Residenziali si struttura in modo armonico, attribuendo un senso all'avvicendamento delle attività, che evoca l'esistenza normale della persona non malata. Il malato si avvicina alla comprensione dell'equilibrata interazione delle aree che compongono l'esistenza serena, sostanzialmente rappresentate dalle **attività giornaliere**, quali la cura del sé e del proprio ambiente, l'organizzazione della giornata e l'adempimento di mansioni attinenti la vita domestica; le **attività di studio e di lavoro**, indispensabili alla semplice sopravvivenza e le **attività di gioco e di tempo libero** [5].

Su queste tre aree agiscono i terapeuti della riabilitazione utilizzando degli strumenti che connotano specificamente la loro professionalità e le loro competenze, come l'**empatia**, il **gioco** e la **funzione psicopedagogica** [5].

Appare implicito che all'interno di una cornice affettiva, familiare come quella anzidetta, il lavoro riabilitativo dovrà svolgersi nel contesto relazionale con il paziente. Una dimensione connotata dalla tonalità empatica su cui il lavoro riabilitativo si poggia [5].

Anche il gioco consente di rendere l'attività più accessibile al paziente in quanto, configurandosi come spazio transazionale, si rende più agevole la relazione con il mondo esterno, che il paziente psicotico tende invece a vivere come minaccioso.

La funzione psicopedagogica, invece, si esplica in diversi campi quali il riapprendimento della abilità più semplici relative alla cura della propria persona, l'acquisizione di comportamenti socialmente competenti, lo svolgimento di attività di vita quotidiana come l'uso di mezzi pubblici, il districarsi negli uffici pubblici, l'organizzazione del tempo libero ecc, ma si può intervenire anche in alcuni aspetti più specifici come lo studio ed il lavoro, aiutando il soggetto a superare le difficoltà che di volta in volta incontra in questi ambiti [5].

La vita all'interno della struttura residenziale, scandita dall'implementazione dei progetti riabilitativi, non è autoreferenziale, come avveniva nei manicomi ma è orientata alla socialità estesa, essendo collocata all'interno di un sistema a cui appartiene e ne è parte integrante, definito da precisi livelli crescenti tra di loro comunicanti. A partire dalla relazione paziente/terapeuta e dalla relazione che si instaurano tra i diversi pazienti, tra i pazienti e i loro familiari ed anche tra pazienti e soggetti altrimenti esterni all'ambiente immediato di riferimento, che ne divengono partecipi proprio attraverso tali relazioni. Un microsistema quindi che afferisce all'Unità Operativa di Psichiatria/Dipartimento di Salute Mentale, a sua volta regolamentata nel proprio operare terapeutico e riabilitativo dall'Azienda USL/Azienda Ospedaliera. 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.

La nascita di strutture residenziali a impronta riabilitativa, inserite negli spazi urbani, ha inevitabilmente avvicinato il mondo del disturbo psichico all'area della "normalità", favorendo la restituzione di un decoro e di un'integrità morale e giuridica per troppo tempo dimenticate.

La nuova concezione dell'abitare come cura all'interno delle strutture residenziali, intesa come parte integrante di una nuova impalcatura del sapere riabilitativo, ha permesso di delineare percorsi residenziali in spazi abitativi progressivamente più vicini al contesto sociale, che fungono da palcoscenico di una vita sempre più prossima ad una quotidianità armonica, più fluida, sostenuta da una cura, intesa come presidio protesico funzionale di una vita contraddistinta dalla certezza del diritto ma anche dalla responsabilità, restituendo così al malato una dimensione all'insegna della libertà per molto tempo negata.

E', quindi, l'autonomia il fine perseguito dal trattamento riabilitativo, che si spinge sino al massimo livello compatibile con la disabilità, sempre più intesa quale limite non discriminante ma integrante

e in continua e serena dialettica con la globalità dell'individuo. Un panorama suggestivo, affascinante, che tuttavia non è parso scevro di criticità.

I significativi successi ottenuti nel corso dei percorsi residenziali, capaci di una franca riduzione delle disabilità, adombrate dall'implementazione delle abilità residue, sovente hanno palesato una scarsa stabilità nel tempo, ma soprattutto una spiccata permeabilità ai mutamenti ambientali, conseguenti alla dimissione.

Mi riferisco ai livelli di autonomia raggiunti attraverso l'articolazione mirata e dosata dei trattamenti terapeutici e riabilitativi, che, tuttavia, vengono vanificati dall'abitare in luoghi meno contraddistinti dalla strutturazione della quotidianità, soprattutto meno sostenuti nell'organizzazione della giornata, ove il paziente frequentemente si confronta con l'incapacità di gestire il proprio tempo libero. E' questa la dimensione in cui il paziente si confronta con il vivere quotidiano, con un clima affettivo che va costruito con gli operatori e che chiede una parte attiva perché lo spazio divenga uno spazio vissuto. Mai come in queste case, il malato mostra dei limiti che le disabilità hanno generato e che nelle strutture residenziali di tipo riabilitativo si dissolvevano per l'intervento di una strutturazione della quotidianità, da intendere quale vero o proprio presidio protesico.

Con l'ingresso in ambiti più vicini alla società normale, siano appartamenti protetti o case private, il paziente si confronta con se stesso, con i propri bisogni e con i propri doveri e, seppur con una sua gradualità, si trova a dover stabilire delle priorità, cardini essenziali per l'organizzazione della propria quotidianità.

Anche la progettualità appare gradualmente demandata alla libera scelta del paziente, che comunque supportato in questa fase delicata, spesso e volentieri si confronta con un'angoscia nuova, mai esperita prima, tutta riconducibile alla difficoltà di proiettarsi in un futuro nuovo, di organizzare bisogni e progetti, di tendere nella direzione di un futuro pensato e atteso. Quante volte il malato si esprime con "non so cosa fare" mostrando tutto lo "spaesamento" conseguente al confronto, davvero, con un mondo nuovo, con uno spazio, che, seppur pensato e affrontato nel corso dell'abitare comunitario, oggi si presenta con tratti e forme inusitate, con tempi diversi e sapori misconosciuti.

E' questa l'area più fertile alla formulazione di nuovi modelli operativi volti a sostenere il delicato percorso, teso tra la dimissione dalle strutture residenziali e l'ingresso in una casa propria.

Un'area che ha permesso la formulazione dell'Azione Innovativa "**Nuovi itinerari per una nuova normalità. Stare nel quotidiano**". Progetto ideato nel Dipartimento di Salute Mentale degli O.O.R.R. di Bergamo e distribuito nel corso del triennio 2009-2011, consistente nell'attivazione di progetti dedicati a pazienti già in carico, con specifici trattamenti riabilitativi residenziali e semiresidenziali individualizzati.

L'Azione Innovativa in questo caso va intesa quale risorsa tesa a sostenere, rinforzare e stabilizzare i numerosi traguardi raggiunti nel corso del percorso residenziale e semiresidenziale, indispensabili per la conservazione di un'autonomia garante di livelli di vita soddisfacente e foriera di successi relazionali e lavorativi.

La particolare elasticità del progetto è tangibile, soprattutto, per la capacità di interconnessione dei diversi presidi dipartimentali e delle sue figure professionali. Una collaborazione tra risorse professionali e strutturali degli OORR anche con partner e collaboratori privati e del privato sociale che, sinergicamente, intervengono nell'identificazione di strutture abitative destinate ad accogliere l'esistenza del paziente nel contesto sociale.

Sono questi gli spazi configurabili come vere e proprie *arene*, ove i professionisti consolideranno i traguardi raggiunti nelle strutture riabilitative.

Abitazioni come "verande", da cui il paziente spinge timidamente lo sguardo verso l'esterno, al quartiere e ai suoi vari attori, a quella *Via* che affluirà nel cuore della città, nella direzione della socialità e del lavoro.

Il più delle volte è la "colorazione" dello spazio abitativo a costituire il primo passo dell'intervento, è la costruzione di quel clima affettivo che ha consentito di fungere da cornice allo spazio residenziale di provenienza e che ora va individualizzato su misura con il paziente.

Una situazione che evoca l'agogica musicale, che però necessita dell'interpretazione del malato, sovente impreparato a "eseguire e impersonare" il proprio spazio. La configurazione della casa è un momento impegnativo ma affascinante, ricco di momenti intensi, che vedono il malato riconoscersi e identificarsi con il proprio spazio.

E' in questo contesto che si ridà voce ad una scienza che nasce qualche decennio fa attraverso le riflessioni dell'antropologo E. Hall ma che ancora una volta trova terreno fertile per la sua applicazione. Così come nelle strutture residenziali, nelle nuove case del paziente è la prossemica, il "linguaggio della prossimità", a fungere da consigliere, attraverso quell'insieme di regole e strategie comportamentali in base alle quali gli individui agiscono e gestiscono lo spazio che li circonda quando si trovano in presenza dei propri simili.

Contesti abitativi resi idonei ad un lavoro su se stessi, ove poter immaginare, desiderare e progettare. Spazi ove la speranza, il desiderio e l'immaginazione si trasformano in parole, ove temi importanti come la vita, la morte e la natura trovano momenti accoglienti per essere affrontati e vissuti. Spazi importanti come li descrive Gaston Bachelard nella "Poetica della spazio", spazi "dell'immensità intima", dove la nostra esperienza trova la sua dimora, il suo stare con se stessi, il "guscio" entro cui riparare e ritrovarsi. Spazi resi familiari dal paziente, da rispettare, entro i quali entrare con cautela e attenzione. Così come nella camera della struttura residenziale che ospitava il paziente, anche la sua nuova casa rifletterà il suo vissuto, talora conflittuale e controverso, ma che verrà accompagnato e adeguato in un contesto nuovo ove l'ambientazione tende ai principi della prossemica. Spazi creati perché il paziente possa riconoscersi ma anche modularsi, lentamente, attraverso una dialettica con il proprio spazio arredato e corredato armonicamente [6].

Edward Hall, padre della prossemica, sostiene che: "L'essere umano ha molti bisogni, pulsioni o tropismi. Tra questi, quelli più comunemente presi in considerazione sono la fame, la sessualità, l'autoaffermazione. Ma altrettanto fondamentale può essere il bisogno di far valere un diritto o di organizzare il territorio, per non parlare del bisogno di mantenere modelli di ben definita distanza dai nostri simili".

Il luogo che la persona abita è quindi una metafora della dinamica intrapsichica, nel senso che ciò che sta fuori è l'espressione del mondo interno della persona. La casa, dal punto di vista psicologico, rappresenta uno spazio d'individuazione, un luogo attraverso cui ci definiamo, ci diamo dei confini. La casa ci accoglie, ci contiene, ci delimita, ci dà sicurezza e protezione. La casa è il nostro posto, ci appartiene. Un luogo ove ritrovarsi e da cui guardare il mondo, da quella sorta di soglia prolungata della casa, come un porticato o una veranda, in cui la casa non c'è più e, tuttavia, è ancora distinta da tutto ciò che sta al di fuori.

Come dice Baricco, "gli uomini hanno case, ma sono verande", ma le verande, i porticati, le soglie sono i luoghi nei quali l'uomo esprime al meglio il proprio essere al contempo nel mondo e pronto a rientrare dentro di sé. Lo stesso Jung sosteneva che la casa ha una valenza intrapsichica, tanto che egli la assumeva come strumento di analisi per l'animo umano.

La casa vissuta non è, dunque, uno spazio inerte, ma, come dice Bachelard uno "spazio abitato che trascende lo spazio geometrico" [6].

La casa del paziente dall'interno assumerà la propria forma, così come un vestito, che, per sentirselo addosso, non deve essere né troppo stretto né troppo largo, ma modellato su di sé, con quel tanto di comfort armonioso che non incute né timore, né depressione.

Sempre nel regno dei significati, sono importanti tutti i "nascondigli" e le cose necessarie a nascondere: nascondere nella casa, nell'animo, agli altri, a noi stessi. Ecco allora che comodini e armadi diventano oggetti e soggetti, che hanno il significato della segretezza, dell'intimità, del mistero. "Lo spazio interno dell'armadio è uno spazio d'intimità, uno spazio che non si apre di fronte a chiunque", sempre ricordando Bachelard. Uno spazio che non bisogna violare, che bisogna cercare di rispettare perché il paziente possa conservare un mondo, che deciderà di aprire quando sarà pronto e disponibile a condividere il proprio spazio [6].

C'è, poi, tutta una riflessione su cosa contengano questi armadi. Innegabilmente, spesso sono anche luoghi nei quali si realizza una sorta di collezionismo o il semplice raggruppare oggetti. Benché

questi comportamenti possano, a volte, causare confusione e anche problemi igienici all'interno della casa, essi possono anche essere visti come il filo segreto della vita mentale di chi trova, in questo modo, la possibilità di controllare una realtà fatta di perdite e di acquisizioni inattese. Certamente ogni collezionismo reca in sé un elemento di lieve sfasatura rispetto a una conduzione equilibrata, ma impedire il funzionamento di questo meccanismo, in virtù di un ordine esterno da garantire, può arrivare a minare il seppur precario ordine interno alla persona, reso possibile da questi comportamenti.

Come dimenticare gli *angoli*?: ogni angolo, sia esso ricercato per nascondersi o incontrato "perché ci si sbatte il muso", è, nell'immaginario, una solitudine, invoca l'immobilità, l'essere intrappolati. Heidegger sostiene che "molte costruzioni albergano l'uomo, ma poi succede che egli non abiti in esse se per abitare un luogo non si intende solo l'avervi il proprio alloggio" [7].

Questa riflessione ci deve far pensare a come molte richieste degli ospiti istituzionalizzati di "tornare a casa" possano esprimere il desiderio del ritorno in una sorta di "grande culla" dove le angosce possono trovare ricompensazione.

La casa non è abitata solamente da oggetti, ma sono segni d'identificazione anche i suoi odori, i suoi suoni, la caratteristica fisica delle sue superfici.

Il paziente tuttavia non verrà accompagnato nella nuova casa per poter vivere in uno spazio separato, serenamente al riparo dal mondo, ma attraverso e dalla nuova casa si costruiranno percorsi nella direzione di nuove "stanze", come avveniva nella struttura residenziale. Stanze deputate agli incontri che oggi saranno rappresentate dalle "piazze", o da nuovi contesti urbani, piccoli o ampi, privati o pubblici, ma che fungeranno da palcoscenico di incontri, che un tempo avvenivano solo nel contesto della struttura residenziale o mediati attraverso attività risocializzanti.

Percorsi indispensabili anche solo per l'approvvigionamento, o per andare dal medico di base con cui si provvederà a costruire una lenta e graduale relazione.

E come dimenticare i vicini di casa, *croce e delizia* di un malato che si trova a dover interagire con anziani disponibili ma incapaci a comprendere perché di notte la televisione del nuovo coinquilino ha il volume altissimo. E come ignorare la piccola famigliola intollerante dinanzi ai mozziconi di sigarette che, erroneamente il paziente perde dal proprio balcone, nonostante abbia imparato in Comunità a fumare due sigarette ogni ora.

L'intervento del Progetto Innovativo "Nuovi itinerari per una nuova normalità. Stare nel quotidiano", quindi, consta anche e, soprattutto, nell'articolazione di esperienze volte alla relazione, all'identificazione sociale e relazionale, al confronto e, quindi, all'occupazione del tempo libero, un tempo strutturata e scandita dall'attività residenziale.

E' attraverso questi tragitti che si gioca la partita del Progetto Innovativo, mediante la configurazione di percorsi, che predispongano all'incontro con la gente, che conducano in quei luoghi in cui l'umanità passa, arriva, parte ma ove è sempre possibile accedervi.

Percorsi resi sempre meno angoscianti dall'intervento degli operatori, che come una comunità senza mura, interviene al domicilio del paziente, prima con la costruzione della casa, poi con la creazione di una quotidianità scandita da un modello acquisito nel corso dell'esperienza residenziale. Una comunità itinerante, che si muove a macchia d'olio sui percorsi costruiti a tavolino con le microequipe, ognuna dedicata a ciascuno dei pazienti arruolati. Un gruppo che agisce nel corso delle 24 ore con interventi mirati, specifici e puntiformi, quasi chirurgicamente, sulla base di schemi strutturati, così da conformare una quotidianità, che contenga l'angoscia dell'essere soli, che riduca al minimo la possibilità di una scelta imbarazzante e destabilizzante per il paziente. Certo anche in tali contesti è immaginabile il perseguimento di livelli più evoluti di autonomia, perseguibili però solo dopo l'acquisizione di un buon livello di funzionamento sociale globale.

E' proprio attraverso l'attivazione di questi precisi ma dinamici circuiti esistenziali, che si costituisce il sostegno più utile al paziente, attraverso una programmazione quotidiana critica, suggestiva anche di cambiamenti finalizzati a rendere flessibile il paziente, ma capace di colmare quel vuoto angosciante frutto della destrutturazione temporale tipica del disagio psichico, resa innocua dalla ritmicità del vivere comunitario.

Un progetto, quindi, confezionato per tutti i pazienti, che procedono dalle strutture residenziali verso strutture residenziali meno protette o nella direzione di una soluzione abitativa propria, in locazione o di proprietà, ma rivolto anche a persone che, residenti in famiglia o in contesti sovrapponibili, paiono suggestivi di percorsi evolutivi personalizzati, propedeutici all'autonomia abitativa.

Il traguardo della dimissione non solo pare possibile in quelle situazioni in cui il timore di un'eccessiva sollecitudine era sufficiente a dissuadere qualunque progettualità evolutiva, ma, soprattutto, legittima la speculazione d'ipotesi contemplanti il perseguimento di nuovi traguardi nella direzione della normalità e della stabilità.

*Direttore DSM A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo

**Psichiatra, referente strutture residenziali A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo

Bibliografia

- [1] Foucault M. *Storia della Follia nell'Età Classica*, BUR Biblioteca Univ., Rizzoli, 1998.
- [2] Sini M. *Modelli teorico-pratici applicati nel superamento degli ospedali psichiatrici*, Tesi di laurea, Anno accademico 2004/2005, Facoltà di Psicologia, Università Degli Studi di Torino.
- [3] Rabboni M., Gentile B. (a cura di), *Residenzialità Riabilitativa in Psichiatria*, Errepiesse, Anno I – N.1 – Dicembre 2007.
- [4] Rabboni M. *Residenzialità. Luoghi di vita. Incontri di saperi*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- [5] Ba G. (a cura di), *Metodologia della riabilitazione psicosociale*, Franco Angeli, Milano, 1994.
- [6] Bachelard G. *La poetica dello spazio*, Edizioni Dedalo, Bari, 2006.
- [7] Heidegger M. *L'arte e lo spazio*, Il nuovo melangolo, Genova, 2008.

La formazione continua in riabilitazione psicosociale: indagine preliminare sui bisogni formativi degli operatori della riabilitazione in Lombardia

*di Caterina Viganò *, Barbara Ferrari**, Federico Galvan***, Manuela Peserico****, Massimo Clerici******

Abstract

The psychosocial rehabilitation is a field which involves different professionals (doctors, psychologists, psychiatric rehabilitators, educators, nurses, caseworkers, etc..) who complement their action allowing the rehabilitative care of psychiatric patients that benefit from it. Multiprofessionalism is a specific issue which can lead to a great richness of actions and interpretations of what occurs during rehabilitative paths. For this to happen it is necessary for rehabilitation professionals to possess, in addition to their specific training, a common language across all the professions and the acquisition of this competence may be reached through continuing education courses after basic training. This article reports preliminary results of a research on the training needs of rehabilitation professionals in Lombardy.

INTRODUZIONE

L'evoluzione culturale avvenuta negli ultimi trent'anni nell'approccio e nella cura della malattia psichica ha portato con sé un cambiamento della figura degli operatori che si occupano di essa. La riabilitazione, in particolare, ha visto il coinvolgimento di professionalità diverse tra loro interagenti e complementari. Sebbene siano attivi da diversi anni corsi di formazione universitari, solo recentemente sono stati istituiti corsi di laurea triennali finalizzati a dare una specifica formazione alle diverse figure professionali che operano nel campo della Riabilitazione: Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Educatori Professionali, Terapisti Occupazionali.

Le figure che lavorano nella riabilitazione, a differenza che in altri contesti, non hanno, come si è detto, ruoli nettamente divisi e definiti entro i limiti della qualifica professionale. Per questo pur nella diversità della formazione, i terapeuti della riabilitazione devono sviluppare competenze comuni su cui fondare il loro operato: devono essere addestrati al lavoro di gruppo ed all'interazione in équipe, avere capacità comunicative e di contatto empatico, sapersi adattare e al tempo stesso essere innovativi e creativi, avere capacità decisionali e capacità critica. Inoltre, insieme a tutto questo, è indispensabile una buona conoscenza teorica della psicopatologia per potersi incontrare su un terreno comunicativo comune che costituisca il substrato culturale e conoscitivo sul quale possa esprimersi la professionalità di ciascuno [1, 2].

GLI OBIETTIVI DELLA FORMAZIONE IN RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE

Apprendere in riabilitazione non vuol dire solo imparare le tecniche ma significa “imparare a pensare” ed “imparare ad entrare in contatto con l’altro”, tenendo presente che la struttura portante della cura nelle professioni che implicano una relazione d’aiuto è “l’affettività” e che senza attitudine ad entrare in relazione con l’altro non si riesce ad attuare in maniera efficace il proprio intervento. Apprendere “da adulti”, nel corso di un’esperienza professionale, vuol dire attivare una funzione di autoriflessione, funzione necessaria per trasformare le conoscenze teoriche, le abilità e le metacompetenze in potenzialità operative.

Per apprendere e trasformare le conoscenze in atti di cura è necessario fare esperienza diretta, ed è necessario che questa venga non solo appresa come tecnica ma anche condivisa e vissuta emozionalmente. Come afferma Resnik [3] solo *“attraverso l’esperienza e la sua elaborazione implicita tra il soggetto ed il fenomeno, oggettività e intersoggettività danno vita ad un campo di apprendimento”*.

La compartecipazione emotiva nell’incontro con il paziente, visto come portatore di significato, ha contemporaneamente una funzione terapeutica per il paziente ed una funzione formativa di crescita professionale per l’operatore.

I PERCORSI FORMATIVI

Il percorso formativo degli operatori della Riabilitazione nell’area psichiatrica e psicosociale (RPS), pur definendosi nella specificità ed autonomia professionale di ciascuna figura, è essenzialmente finalizzato, sin dagli anni universitari, a sviluppare le competenze di tipo assistenziale, educativo e preventivo atte a dare risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione ed a garantire la qualità dei servizi.

In senso generale si può dire che la formazione in Riabilitazione Psichiatrica, per rispondere alle esigenze operative, dovrebbe articolarsi nelle tre grandi dimensioni della conoscenza proposte da Miller: Sapere, Saper Fare, Saper Essere [4, 5] alle quali si deve aggiungere il Saper Divenire.

Il **Sapere** nasce dall’acquisizione di nozioni teoriche, da un apprendimento che non si può esaurire negli anni della formazione universitaria, ma che necessita di un continuo aggiornamento.

Più complesso è tradurre il sapere in **Saper Fare** che significa mediare e riconvertire il sapere teorico in operatività, tenendo conto delle molte variabili possibili (ad esempio dove sono, con chi sono, cosa facciamo, cosa abbiamo a disposizione, dove vogliamo andare, perché ci vogliamo andare, etc.).

Il **Saper Essere** è legato alla relazione con se stessi e con gli altri, alla possibilità di essere dentro una relazione di ruolo, pur mantenendo la propria autenticità di persona e la capacità empatica di entrare in relazione con l’altro, che non deve sentirsi “un oggetto da manipolare ed influenzare” ma un “individuo da comprendere” [6].

Il **Saper Divenire** è legato alla capacità di riconvertirsi e ridefinirsi al variare del contesto (relazionale o pragmatico) nel quale ci si trova, senza perdere la propria identità professionale o il proprio ruolo. Partendo da questi obiettivi generali gli operatori dell’area della Riabilitazione (Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Educatori Professionali, Terapisti Occupazionali), attraverso i rispettivi percorsi formativi professionalizzanti, devono nel corso dei tre anni di formazione universitaria arrivare a saper tradurre nella pratica le nozioni teoriche apprese, ciò vuol dire diventare capaci di:

- valutare le aree di disabilità del paziente, le sue attitudini e potenzialità, analizzarne i bisogni, le aspettative e le istanze evolutive;
- programmare e verificare i progetti riabilitativi;

- applicare le tecniche riabilitative apprese e nell'ambito delle stesse tecniche devono maturare esperienze specifiche (sia nella pratica che in termini di ulteriore formazione), che gli diano la possibilità, volendo, di acquisire una qualificazione professionale tale da divenire "esperti" in specifiche tecniche riabilitative.

Ed ancora, attraverso la laurea specialistica, essi possono divenire esperti di management e organizzazione sanitaria nell'ambito della riabilitazione.

Essi devono infine essere in grado di lavorare in équipe integrando la propria professionalità con quella degli altri per arrivare a delineare una valutazione obiettiva del paziente e costruire così un progetto riabilitativo mirato e personalizzato.

L'iter formativo degli operatori della Riabilitazione Psichiatrica non si dovrebbe esaurire con gli anni del Corso di Laurea, ma dovrebbe essere un apprendimento continuo nel tempo che si contestualizza nella definizione di ruolo ed identità professionale e si arricchisce attraverso le esperienze personali e lavorative, culturali ed umane, di aggiornamento e formazione specialistica. Questo percorso continuo dovrebbe essere sostenuto dalle agenzie che in primis si occupano di formazione, università e società scientifiche che operano in questa area sanitaria, e potrebbe concretamente attuarsi mediante l'organizzazione di seminari su tematiche generali, per costruire un tessuto culturale comune, e su tematiche specifiche per stimolare il dibattito ed il confronto fra gli operatori. Incontri di aggiornamento, discussione su case reports, gruppi di formazione e di supervisione per l'analisi delle difficoltà, emotive e relazionali, che l'operatore vive nel suo quotidiano lavoro, sono momenti di formazione utili per migliorare progressivamente il sapere, il saper fare, arricchendo la tecnica di valenze umanizzate: il saper essere ed il saper divenire.

INDAGINE SUI BISOGNI FORMATIVI DEGLI OPERATORI DELLA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE LOMBARDA

Al fine di fornire una formazione il più possibile rispondente ai bisogni degli operatori, la Commissione Formazione della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale - Sezione Regionale Lombarda ha ritenuto importante rilevarne il fabbisogno formativo attraverso una indagine diretta; è stato pertanto messo a punto un questionario di rilevazione dei bisogni formativi. In questo studio sono riportati i risultati preliminari di questa indagine.

Materiali e metodi

Il questionario è stato costruito come una checklist delle principali aree tematiche (Progettazione e attuazione degli interventi riabilitativi, Lavoro di équipe, Tecniche riabilitative, Dinamiche gruppali con le diverse tipologie d'utenze, Gestione delle emergenze e delle urgenze, Etnopsichiatria, Bioetica e aspetti giuridici, Gestione e organizzazione dei servizi, Formazione dei formatori, Linee guida). Il punteggio di interesse è espresso in una scala da 1 a 5 (1 per nulla, 5 moltissimo). Per ogni area è stata prevista la possibilità di una risposta aperta (altro).

I questionari sono stati distribuiti di persona ai vari soci della SIRP della sezione lombarda, ed ove ciò non fosse possibile, sono stati recapitati via posta o via e-mail previo contatto telefonico. Questa attenzione alla distribuzione è stata finalizzata soprattutto ad evitare la dispersione delle risposte.

Completata la raccolta si è proceduto ad una prima analisi descrittiva del campione degli operatori che hanno risposto; i dati sul bisogno formativo espresso sono stati quindi elaborati per verificare eventuali variabili che influenzano la scelta. L'analisi statistica dei dati è stata condotta con il sistema SPSS, utilizzando il t-test e l'ANOVA invariata per le misure non ripetute.

Risultati

I questionari distribuiti in totale sono 130 questionari, di cui 95 sono stati riconsegnati compilati correttamente e validi.

Descrizione del campione che ha risposto all'indagine

Il campione che ha aderito all'indagine è costituito dal 72% di donne, l'età maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 45 ed i 60 anni (68,7%). Il 28% degli operatori che hanno risposto sono tecnici della riabilitazione psichiatrica, il 18% sono infermieri, il 17% medici – psichiatri, il 14% psicologi; per lo più lavorano in enti pubblici (84%). Il 47% circa degli operatori coinvolti nell'indagine ha un'esperienza specifica in riabilitazione che varia dai 5 ai 20 anni, un 31% ha un'esperienza inferiore ai 5 anni, ed il 22% riferisce un'esperienza più che ventennale. Il 78% degli operatori intervistati lavora con pazienti adulti.

Indagine sui bisogni formativi

Prendendo in considerazione la media dell'interesse espresso dagli operatori per ogni item (tabella 1) se ne ricava il presente elenco di bisogni, in ordine decrescente di richiesta formativa:

- *progetto con utenti complessi (Doppia Diagnosi, etc.);*
- *lavoro con le famiglie;*
- *dinamiche gruppalì;*
- *lavoro di rete;*
- *interventi famigliari;*
- *dinamiche gruppalì con le diverse tipologie d'utenze;*
- *abilità sociali;*
- *valutazione clinica;*
- *interventi lavorativi;*
- *gestione delle emergenze e delle urgenze.*

Discussione

Il campione intervistato è eterogeneo per età, formazione, anni di esperienza professionale e qualifica. L'analisi dei risultati è stata quindi approfondita analizzando le richieste formative in base alle variabili socio-professionali del campione al fine di valutare correlazioni significative che possano migliorare la programmazione dell'offerta formativa. Ne emergono alcune correlazioni statisticamente significative:

1) Genere e richiesta formativa: scelta delle tecniche riabilitative

Le donne sono maggiormente interessate ad un approfondimento delle tecniche riabilitative espressive, tra cui l'arteterapia (p 0.029), mentre gli uomini si distribuiscono in modo non significativo fra le varie tematiche indicate.

2) Età e richiesta formativa

Per quanto riguarda gli interessi suddivisi per età dell'operatore, si può notare che: gli operatori giovani (≤ 30 anni) sono maggiormente interessati alle tematiche emergenti, quali il *progetto riabilitativo con utenti complessi (Doppia Diagnosi, etc.)* (p 0.015) e alla conoscenza/approfondimento delle tecniche riabilitative alternative, ad esempio la *Pet Therapy* (p 0.040).

Gli operatori di età compresa tra 46-60 appaiono invece maggiormente interessati a tecniche di comunicazione efficace e formazione del personale, per diventare essi stessi formatori (p 0.047).

3) Ruolo professionale e preferenze

Per quanto riguarda il ruolo professionale, i dati ricalcano la specifica professionale e appaiono molto eterogenei. Unico dato omogeneo per le diverse professioni è l'interesse per la progettazione di interventi riabilitativi per utenti complessi (p 0.020). Infermieri e tecnici della riabilitazione psichiatrica sono maggiormente interessati agli interventi domiciliari (p 0.037), mentre gli educatori alla programmazione ed attuazione degli interventi lavorativi (p 0.013).

La gestione sintomi e terapie dei pazienti in ambito ospedaliero è un argomento principalmente richiesto dagli infermieri (p 0.048). Il personale medico esprime preferenza per la formazione nella gestione delle emergenze e delle urgenze (p 0.025), mentre gli psicologi per la valutazione clinica (p 0.005).

4) Gli anni di esperienza professionale non si correlano a richieste formative particolari. Il dato interessante riguarda solo il tema del Burn out: il maggior interesse per questa importante tematica

che tocca il vissuto soggettivo degli operatori delle professioni d'aiuto si evidenzia tra i più giovani (da 1 a 5 anni di esperienza professionale) e tra quelli con più di 20 anni di professione (p 0.016), mentre le fasce intermedie sembrano essere poco interessate.

Infine sono stati valutati i fattori che maggiormente influenzano le scelte degli eventi formativi da parte degli operatori: è rilevante la qualifica e l'esperienza specifica nel settore dei formatori, l'utilizzo di tecniche formative che prevedano laboratori e l'uso del lavoro in gruppo, ed in ultimo comunque il costo dell'evento.

CONCLUSIONI

Da questo preliminare incontro con gli operatori della Riabilitazione Lombardi che hanno dedicato almeno circa 15 minuti del loro tempo alla compilazione del questionario emerge una richiesta formativa che si conferma in linea con quanto da tempo è visibile nella operatività clinica quotidiana: una maggior complessità del paziente. L'utenza psichiatrica con problematiche complesse è sempre più frequente (giovani con doppia diagnosi); la migliore gestione farmacologica del paziente psicotico con gli antipsicotici atipici facilita l'intervento riabilitativo e stimola la definizione di progetti più complessi ed integrati, sino agli inserimenti lavorativi. Le nuove politiche sanitarie, la diffusione territoriale della assistenza e della riabilitazione psichiatrica, richiedono personale adeguatamente formato nella gestione non solo dei programmi al domicilio ma anche dell'urgenza e dei famigliari.

Le figure professionali coinvolte sembrano esprimere bisogni differenziati per categoria che in qualche modo riflettono le difficoltà quotidiane che incontrano. Un dato che non può essere dedotto dai questionari, ma che è emerso nell'incontro con i singoli, è stato il positivo impatto soggettivo dell'indagine: il questionario ha permesso agli operatori di riflettere e sentirsi attivamente coinvolti nella fase preliminare di programmazione degli eventi formativi futuri di cui la Commissione si occuperà.

*Ricercatore, Dipartimento di Scienze Cliniche Luigi Sacco, Università degli Studi di Milano

**Tecnico Riabilitazione Psichiatrica, La Tela Onlus, Milano

***Educatore, A.O. Ca' Granda Riguarda, Milano

****Psichiatra, Fondazione IRCCS Policlinico, Milano

*****Professore Associato di Psichiatria, Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano Bicocca

Bibliografia

- [1] Ba G., Viganò C., *I percorsi formativi*, in Ba G., Strumenti e tecniche di Riabilitazione psichiatrica e psicosociale, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- [2] Innecco A., Pressato L., Tognoni C., Zabeo M. *Governare la formazione per la salute*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2005.
- [3] Resnik S., *Glaciazioni*, pp 35-36, Bollati Boringhieri Eds., Torino, 2001.
- [4] Guilbert JJ., *L'attraente ambiguità del sapere, saper essere e del saper fare*, *Medic* pp. 9: 152-5, 2001.
- [5] Plebani M., *Continuing medical education: a challenge to the Italian Societies of Laboratory Medicine*. *Clin Chim Acta* pp. 319: 161-8, 2002.
- [6] Lai G., *I gruppi di apprendimento*, Bollati Boringhieri Eds, Torino, 1985.

Tabella 1: valori medi di interesse espresso agli item**Legenda**

- 1: per nulla
- 2: poco
- 3: abbastanza
- 4: molto
- 5: moltissimo

ITEM	MEDIA
Orticolturaterapia	2,74
S.P.D.C. e Day Hospital	2,90
Studi della Evidence-Based Medicine	2,91
Terapia Occupazionale	2,94
Linee Guida	3,01
Bioetica e aspetti giuridici	3,02
Interventi domiciliari	3,02
Case manager	3,05
Pet Therapy	3,06
Danza	3,06
Residenzialità/Semiresidenzialità	3,14
Sindrome del Burn out	3,14
Gestione e organizzazione dei servizi	3,16
Musica	3,19
Formazione dei formatori	3,24
Arte	3,27
Etnopsichiatria	3,29
Modulo Casa Lavoro e Tempo libero	3,31
Teatro	3,32
Cinema	3,33
Assertività	3,35
Gestione sintomi e terapie	3,38
Problem solving	3,40
Gestione delle emergenze e delle urgenze	3,43
Interventi lavorativi	3,44
Valutazione clinica	3,47

Abilità sociali	3,51
Dinamiche gruppali con le diverse tipologie di utenze	3,54
Interventi famigliari	3,59
Lavoro di rete	3,65
Dinamiche gruppali	3,71
Lavoro con le famiglie	3,77
Progetto riabilitativo con utenti complessi (Doppia Diagnosi, etc.)	3,90

Two-Years Naturalistic Follow-up Study of a sample of Patients with Severe Psychosis, in Rehabilitation with Maternage

di Alessandro Lenzi, Valeria Porcelluzzi**, Mario Miniati****

Abstract

Background: ‘Maternage’ is still considered a rehabilitation technique useful for patients with severe mental disorders, even if very few studies have systematically investigated its efficacy. **Method:** A 2-years naturalistic follow-up of 15 patients with severe psychosis has been conducted in a Community Health Center (Villa Graziani, in Livorno, Italy). Patients were evaluated with Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), MMSE, Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS); Satisfaction Life Domain Scale (SLDS), Global Assessment of Functioning (GAF) at baseline and after 6 and 24 months. **Results:** The improvements of the BPRS factor ‘anergia’, GAF and MMSE were statistically significant after 6 months, while the scores of the other BPRS factors decrease at the last evaluation. Moreover, more than 50% of patients unoccupied at follow-up baseline, found a job during the observation and 83 % left the community to live on their own. Conversely, quality of life measures (self-administered) after an initial improvement, showed a score reduction. **Conclusions:** These preliminary data are confirming the usefulness of maternage for patients with very severe psychoses. More observations are needed, on larger samples, in order to obtain more reliable information on real efficacy and effectiveness of maternage.

INTRODUZIONE

La Comunità Terapeutica può essere definita come un sistema operativo fondato sulla gruppabilità con i propri principi, cultura e funzioni specifiche [1]. In ambito psichiatrico nascono come modelli di vita e di terapia alternativi a quelli tipici dei manicomi e delle istituzioni totali e rappresentano strutture territoriali residenziali protette, nelle quali vengono prestate costantemente attenzione e cura ai pazienti e dove vengono svolte attività terapeutiche [2]. La finalità attesa è il recupero da parte degli utenti delle capacità perdute nel corso della malattia e di un sostanziale miglioramento della qualità della vita.

All'interno di questo sistema grupppale le relazioni e gli scambi tra i vari membri sono le vere protagoniste del processo di cambiamento terapeutico. In particolare il centro dell'intervento si colloca nella relazione operatore-paziente. E' l'operatore che, attraverso un ascolto attento ed empatico, crea con il paziente una solida e sana alleanza basata sulla fiducia, disponibilità e sulla comprensione reciproca. Prende in carico l'utente, affiancandolo nella gestione degli aspetti pratici e quotidiani dell'esistenza ed accogliendo il suo bisogno di dipendenza. Questa modalità di intervento trae le sue radici nella primaria relazione madre-bambino ed è teorizzato nel metodo del Maternage. Con questo termine si intende l'insieme di cure che una madre attenta e affettuosa rivolge al proprio bambino e fu utilizzato per la prima volta nel 1956 da Paul Claude Racamier [3], per designare una tecnica di intervento riabilitativa per pazienti psicotici, volta a creare con essi, sia sul piano della realtà che su quello della realizzazione simbolica, una relazione affine a quella tra una buona madre ed il suo bambino. John Bowlby [4], il più grande sostenitore e studioso della teoria dell'attaccamento, affermava che nei primi anni di vita la funzione di “base sicura” viene assolta fisicamente dalla madre, e che successivamente, attraverso l'interiorizzazione dei comportamenti e degli affetti suscitati dalla mamma stessa, la base sicura diviene una struttura interna capace di

consolare e proteggere. In questo modo il bambino, e poi l'adulto, può sentirsi libero di allontanarsi e differenziarsi gradualmente dalla madre, iniziando ad esplorare il mondo esterno, conservando la sicurezza di poterla ritrovare al ritorno. Nel momento in cui il bambino è esposto ad un pericolo, il sistema di attaccamento si attiva ed egli mette in atto comportamenti che lo avvicinano alla madre.

Dalla risposta materna deriva il pattern di attaccamento e di conseguenza la modalità con cui il soggetto affronterà le relazioni affettive future. Le risposte di protezione e di conforto tranquillizzano il bambino ed egli può così continuare la sua attività di esplorazione della realtà esterna; se invece i rapporti di attaccamento non sono soddisfacenti, il bambino svilupperà modelli di Sé stesso e degli altri (Modelli Operativi Interni) difettosi, che possono ripetersi in età adulta in tutte le relazioni e spingeranno inevitabilmente il soggetto verso un cattivo adattamento sociale [5].

La riabilitazione psichiatrica utilizza la tecnica del *maternage* per fornire ai pazienti quella "base sicura" della quale sono stati privati in età infantile, aiutandoli a riprendere e proseguire il proprio sviluppo affettivo e cognitivo, interrotti precocemente. Tale tecnica è d'aiuto in quelle patologie in cui è presente un atteggiamento regredito sviluppatosi nel soggetto in seguito ad una relazione madre-bambino difettosa ed anche in coloro che presentano un sostegno familiare insoddisfacente o dannoso per il loro sviluppo. Si è dimostrata efficace in pazienti schizofrenici e psicotici: la psicosi infatti può essere vista come un'alterazione della costruzione del Sé nel bambino, quando la madre non è in grado di svolgere adeguatamente la sua funzione [6].

Nel *maternage* il riabilitatore psichiatrico diviene la figura di riferimento emotiva per il paziente: stimola le risorse personali dell'individuo, utilizza strategie compensatorie laddove queste sono carenti ed insegna le abilità necessarie alla vita quotidiana e le diverse strategie adattative; favorendo così il processo di distinzione ed indipendenza psicologica, sociale, fisica ed economica del soggetto, senza creare né una situazione di dipendenza né di rifiuto nei confronti dell'operatore., ricoprendo il ruolo del caregiver [7].

L'efficacia di tale tecnica è riconosciuta in tutto il mondo da psichiatri, psicologi e tecnici della riabilitazione, dai pazienti e dai familiari stessi. Manca tuttavia un'adeguata validazione scientifica circa l'efficacia di tale approccio terapeutico. A tale scopo è sembrato utile valutare l'impatto della cura comunitaria secondo il metodo del *maternage* sul funzionamento psicosociale dei soggetti inseriti nella comunità terapeutica di Villa Graziani di Livorno, diretta dalla dottoressa Ivana Bianco, a breve (6 mesi) e a lungo termine (due anni).

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE E METODO

Data la natura osservazionale dell'indagine non sono stati previsti criteri di esclusione. Tutti i pazienti inseriti nel programma riabilitativo nella comunità terapeutica di Villa Graziani di Livorno, sia come Centro Diurno che Residenti, in condizioni patologiche stabili ed in terapia farmacologica, sono stati valutati mediante strumenti standardizzati al fine di esaminare la qualità della vita, il funzionamento sociale, le capacità neurocognitive e il quadro psicopatologico; al tempo 0, dopo 6 mesi e dopo 2 anni.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Le capacità neurocognitive sono state valutate mediante *Mini Mental State Evaluation* (MMSE); il livello di adattamento sociale mediante *Social Adaptation Self-Evaluation Scale* (SASS); il grado di soddisfazione soggettiva per la qualità di vita mediante *Satisfaction Life Domain Scale* (SLDS). Il quadro psicopatologico è stato esaminato mediante la *Brief Psychiatric Rating Scale*; il funzionamento globale psicosociale e lavorativo mediante la *Global Assessment of Functioning*. La descrizione delle scale è riportata nel Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria [8].

Le variazioni dei punteggi sono state confrontate con il Test di Friedman. Nel caso in cui il test abbia messo in evidenza una differenza significativa tra le coppie di valori, è stato aggiunto il Wilcoxon Signed Rank Test.

RISULTATI

Sono stati arruolati tutti i 15 pazienti ospiti della comunità, di giovane età ($\pm 34,21$) con una percentuale lievemente maggiore di uomini (m 57% - f 43%), 13 affetti da disturbo dello spettro schizofrenico e 2 da disturbo bipolare. Il livello di istruzione risulta omogeneo: 13 pazienti possiedono la licenza media inferiore e 2 la licenza media superiore; un soggetto, 25 anni, sesso maschile, libero, affetto da D. bipolare, normalmente inserito nel mondo del lavoro, ha rifiutato di sottoporsi all'ultima valutazione, per motivi ideologici.

Per quanto riguarda lo stato civile tutti i pazienti risultavano liberi, mentre dopo 2 anni il 14% ha allacciato un rapporto affettivo oltreché di convivenza pura e semplice.

Al tempo zero il 53% dei pazienti viveva in comunità, dopo 6 mesi il 40%, il 14% al termine del periodo di osservazione (vedi Tab.1). Da un punto di vista occupazionale nel corso dei due anni i soggetti disoccupati si sono dimezzati ed è aumentata la percentuale di lavoratori assunti regolarmente. Per quanto riguarda il quadro psicopatologico il fattore “ansia-depressione” si riduce nei primi 6 mesi di trattamento, per poi mantenersi stabile nei 18 mesi successivi, mentre per quello che riguarda gli altri fattori il miglioramento si verifica più tardivamente (vedi Tab.2).

Il funzionamento globale e le capacità cognitive, appaiono migliorate dopo 6 mesi e si mantengono stabili nel tempo.

Le capacità sociali (SASS), già buone nel campione iniziale, non subiscono rilevanti cambiamenti, mentre la qualità della vita (SLDS) mostra un miglioramento dopo 6 mesi e un calo significativo dopo 2 anni (vedi Tab.3). I punteggi della GAF e MMSE presentano un aumento significativo e costante nelle tre valutazioni.

CONCLUSIONI

Malgrado la loro diffusione e la continua richiesta di nuove strutture, pochi studi hanno valutato l'impatto del trattamento comunitario sulla capacità socio-lavorative e sul grado di benessere esperito dai pazienti. Dall'analisi dei dati emerge che su 15 utenti, due hanno iniziato una regolare convivenza, sono stati in grado di provare sentimenti di empatia, condivisione e amore, cosa ben difficile per pazienti affetti da patologie psichiatriche. Nell'ambito lavorativo due pazienti sono riusciti a raggiungere un inserimento lavorativo a tempo pieno, quattro a tempo parziale e il numero dei disoccupati si è dimezzato. Il paziente che ha rifiutato di sottoporsi al test ha un lavoro retribuito e il suo rifiuto dimostra una sicura autonomia.

Hanno lasciato la CT più della metà dei soggetti che vivono adesso in gruppi appartamento o nella famiglia di origine. Questo è l'indice più potente dell'efficacia dell'intervento, e questo dato da sé conferma la validità del metodo del maternage.

Le altre scale utilizzate mostrano un significativo miglioramento e confermano la validità dell'approccio.

A tale conclusione contribuiscono anche le variabili più strettamente legate alla riabilitazione psichiatrica quali le capacità cognitive ed il funzionamento globale.

Da un punto di vista clinico il punteggio del fattore BPRS (“ansia-depressione”) si riduce; questo descrive aspetti clinici che rispondono all'intervento farmacologico, ma non è sicuramente influente l'aspetto rassicurante della Comunità e del Maternage. Gli altri fattori esaminati (“anergia”, “disturbo del pensiero”, “eccitamento” e “ostilità-sospettosità”) non mostrano variazioni importanti durante i primi 6 mesi, mentre è possibile rilevare dei cali del punteggio a distanza di 2 anni. In comunità vengono ospitati pazienti in fase di remissione perciò i punteggi sono già bassi, ridurli ulteriormente significa “guarigione” e questo necessita di più tempo.

Alcuni risultati appaiono però contrastanti. La qualità della vita rilevata tramite la SLDS mostra un profilo paraboidale: nei primi 6 mesi il punteggio sale per poi diminuire al di sotto del valore iniziale alla valutazione dopo i 2 anni. Possiamo presupporre che la vita in Comunità per i pazienti psichiatrici risponde ad una condizione di benessere perché li astrae dalle comuni preoccupazioni quotidiane, mentre il ritorno alla vita di tutti i giorni, con le responsabilità che questo comporta, può

essere percepito come un peggioramento della qualità della vita, invece che un momento di crescita della propria autonomia.

Dall'esame di questi dati possiamo concludere che il matenage possiede valenze riabilitative notevoli, osservabili soprattutto nel lungo termine, sia sul piano psicopatologico che sulle capacità di socializzazione. L'esiguità del campione, la monocentricità, l'impossibilità di fare confronti in condizioni di cecità impediscono la generalizzazione dei risultati ottenuti, comunque la metodica utilizzata si è dimostrata efficace nel rilevare i cambiamenti avvenuti ed inoltre la sua agilità di somministrazione suggerisce che questa batteria di test può essere utilizzata facilmente anche per monitorare le attività routinarie della riabilitazione, dove è sempre più necessaria la valutazione dell'efficacia degli interventi, da effettuare con strumenti che non interferiscono né con le attività quotidiane, né con il rapporto operatore paziente.

L'indagine è stata oggetto di tesi di laurea per le studentesse Chiara Ianni e Virginia Bertoli del Corso di Laurea in Tecnica di Riabilitazione Psichiatrica. Ringraziamo per la preziosa collaborazione la dottoressa Ivana Bianco del DSM di Livorno.

**Ricercatore, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie. Università di Pisa.*

***Tecnico Riabilitazione Psichiatrica, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie. Università di Pisa.*

****Medico, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie. Università di Pisa.*

Bibliografia

- [1] Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M., *La comunità terapeutica tra mito e realtà*, Raffaello Cortina Editore, 1998.
- [2] Di Fiorino M., Kaneklin C., Orsenigo A., *Il lavoro di comunità*, La Nuova Italia Scientifica, 1992.
- [3] Racamier P.C., *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi*, Raffaello Cortina Editore, 1993.
- [4] Bolbwy J., *Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, 1989.
- [5] Fonzi A., *Manuale di psicologia dello sviluppo*, Giunti gruppo editore, 1989.
- [6] Mara M., *Comunità per Psicotici*, La nuova Italia scientifica, 1985.
- [7] D'Elia L., *La Comunità Psicoterapeutica Residenziale e il suo campo mentale*, 1998.
- [8] Conti L., *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, Società editrice Europea di Nicodemo Magiulli e C., 1999.

Tabella 1. Variabili anagrafiche del campione.

	T0 (N. 15)	T1 (N. 15)	T2 (N. 14)
STATO CIVILE (%)			
Libero	100	100	86
Convivente	-	-	14
ABITAZIONE (%)			
C.T.	53	40	14
famiglia	13	20	29
appartamento	33	40	57
LAVORO (%)			
protetto	47	40	36
retribuito	13	33	43
no	40	27	21

Tabella2. Confronto dei punteggi dei fattori BPRS alle 3 valutazioni

	T0	T1	T2	P
	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	<0,05
ANDP	3 ± 1,1	2,5 ± 0,8	1,9 ± 0,7	T0≠T1; T0≠T2
ANER	2,2 ± 1,4	2 ± 1,3	1,7 ± 1,3	T0≠T2; T1≠T2
THOT	2,2 ± 0,9	2 ± 1	1,5 ± 0,7	T0≠T2; T1≠T2
ACTV	2,4 ± 0,9	2 ± 0,9	1,3 ± 0,5	T0≠T2; T1≠T2
HOST	2,1 ± 1,4	1,9 ± 1,1	1,5 ± 0,9	T0≠T2; T1≠T2

Tabella 3. Confronto dei punteggi delle scale riabilitative alle 3 valutazioni

	T0	T1	T2	P<0,05
	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	
GAF	49,5 ± 13,1	54,4 ± 15,5	57,2 ± 18	T0≠T1; T0≠T2
MMSE	25,1 ± 3,9	27,2 ± 3,2	28 ± 3	T0≠T1; T0≠T2
SASS	38,3 ± 6,7	41,2 ± 7,6	43,2 ± 8,2	N.S.
SLDS	79,4 ± 10,9	83 ± 10,5	76,1 ± 11,3	T0≠T1; T0≠T2; T1≠T2

L'utilizzo delle tecniche espressive e attività di gruppo in un SPDC

*di Emilia Canato^o, Giuseppina Meloni^{**}, Elena Violato^{***},
Vanessa Mattiazzi^o, Chiara Govoni^o, Emanuele Toniolo^{*}*

Abstract

The use of animation, psychoeducational and rehabilitation methods, in a mental health ward, is an important stage in therapeutic continuity from the reception, through the observation of "crisis", up to the transfer to mental health community services.

Since 2008, at the mental health ward in Trecenta (Rovigo), a structured weekly programme is being carried out. It consists of organizing the patients in three different groups: a listening music group, a psychoeducational group and a group of free animation activities (drawing, paintings, social games). These groups are run by the health ward staff (psychiatrists, psychologists and nurses) previously trained to this.

The impact of these activities has been measured using satisfaction questionnaires about hospitalization filled in by patients and their relatives at discharge. Evaluation of the ward's staff perception about the three weekly groups was measured using a different questionnaire.

The data collected so far, if compared with the data concerning the years preceding the accomplishment of this programme, are encouraging. They show the patients' perception of greater quality of the service and an improvement in the interpersonal relationship staff-patient.

Our article wants to be a reflection upon the importance of an approach to the patient that involves not only traditional methods as the pharmacological and verbal ones, but also expressive moments, in order to encourage a better adaptation to the treatments and a more harmonious recovery of his social and relational abilities. In the coming years, with the increasing of data at disposal, it will be interesting to verify how the presence of such structured moments in a mental health ward, can affect some indicators which are important for the running of the service and for the patient's health. These indicators are: continuity in taking care by the staff of the department and especially of the Day Centre; the length of hospitalization; the possibility of reducing the number of aggressive events and physical restraints.

INTRODUZIONE

L'utilizzo di metodiche riabilitative nell'ambito di un programma di animazione in un Reparto di Diagnosi e Cura, si inserisce nel percorso di cura e di continuità terapeutica del paziente dal momento dell'accoglimento e di osservazione nella fase della "crisi" a quello del passaggio alle strutture psichiatriche territoriali coinvolte nel trattamento. Le attività proposte e proponibili devono inserirsi all'interno della quotidianità del Reparto senza interferire con lo svolgimento dell'attività di routine e con le specifiche norme ospedaliere, devono adattarsi a tipologie di utenti e di problematiche molto differenti fra loro ed essere modulabili e adattabili ad un gruppo continuamente in cambiamento.

Tali percorsi applicati durante il ricovero, risultano un importante punto di osservazione per avviare e/o mantenere la progettazione riabilitativa sul paziente.

La condivisione dell'esperienza in ambito gruppale, inoltre, rappresenta una possibilità di avvicinamento e di scambio per chi vive il ricovero nell'isolamento e permette di sperimentare un diverso modo di stare nella cura. [1]

Nella pratica dell'intrattenimento del laboratorio/gruppo-espressivo il colore, il disegno, la parola, la condivisione di uno spazio/tempo danno senso e corpo alle emozioni condivise con gli altri, favoriscono il fluire di aree più nascoste ma funzionanti sollecitando la potenzialità dei singoli. L'animazione quindi può rappresentare un momento privilegiato per iniziare o proseguire, in ambiente protetto, un percorso riabilitativo nonché può favorire la ripresa di capacità espressive,

comunicative ed emozionali, spesso compromesse dalle patologie in atto e/o dall'esperienza, a volte traumatica, del ricovero.[2]

OBIETTIVI

Il presente lavoro propone una riflessione su un programma strutturato di attività di animazione - laboratorio espressivo, psicoeducazionale gruppale, introdotto e svolto all'interno di un Reparto di Diagnosi e Cura dal 2008. Questa esperienza si inserisce all'interno di un progetto più globale di miglioramento della gestione del paziente in ambiente di ricovero, ed è stata pensata e strutturata allo scopo di favorire un clima di reparto meno conflittuale e di facilitare la relazione terapeutica e la cura.

IL CONTESTO – dove si svolge l'esperienza

Il programma strutturato proposto viene svolto presso il SPDC di Trecenta che accoglie i ricoveri di una vasta zona del Polesine, (bacino 175.000 abitanti dispersi in 997 kmq) facente riferimento a due Centri di Salute Mentale: quello del capoluogo Rovigo e quello di Badia Polesine, a due Centri Diurni, a cinque sedi ambulatoriali, altrettante strutture residenziali di diversa tipologia e 2 gruppi appartamento.

METODOLOGIA

Il lavoro di gruppo con i pazienti ricoverati è strutturato in tre diversi momenti e con tre tecniche diversificate:

1. **Gruppo Ascolto Musica:** gruppo a conduzione condivisa tra personale infermieristico, psicologo strutturato e psicologo esterno. La frequenza è settimanale;
2. **Gruppo Psicoeducativo:** gruppo a conduzione condivisa con medici di reparto e personale infermieristico a frequenza settimanale;
3. **Gruppo di Facilitazione Relazionale:** gruppo di animazione del personale infermieristico che prevede attività diversificate, proposte e valutate nei diversi momenti, in rapporto alla tipologia dei pazienti ricoverati, al momento dell'anno, alle propensioni dei conduttori del gruppo. Alcune di queste attività sono, ad esempio, giochi di società, letture, visioni di film, attività manuali, uscite, ecc..

Precedentemente allo svolgimento di ogni gruppo di ascolto musica e di animazione, gli operatori-conduttori analizzano la tipologia delle problematiche presenti nei pazienti ricoverati in quel momento, il clima di reparto ed eventuali criticità in atto; i contenuti dei gruppi sopraccitati vengono quindi modulati su tali elementi.

Il gruppo psicoeducativo prevede invece alcuni argomenti prestabiliti, riguardanti il percorso di cura all'interno del Servizio di Salute Mentale, proposti a rotazione.

Al termine di ogni attività segue una breve riflessione da parte degli operatori intervenuti con stesura di schede specifiche.

In questi anni il personale è stato formato in tal senso attraverso corsi che favorissero l'acquisizione di consapevolezza circa l'utilità e le potenzialità insite nei momenti di animazione e circa le caratteristiche e le peculiarità di alcune metodiche in particolare (disegno, uso di materiali specifici come la creta, giochi che stimolino le funzioni cognitive ecc.).

1 Il Gruppo Ascolto Musica

In SPDC, data la tipologia dell'utenza, l'attività di ascolto della musica è abbinata ad una attività espressiva grafico pittorica.

All'ascolto dei brani musicali, scelti cercando di rispettare le peculiarità del gruppo, è stata abbinata una tecnica non verbale che si avvale dell'uso di materiali artistici vari per consentire di creare, o lasciare, qualcosa di concreto, una traccia, un segno, un colore, e, per chi lo desidera, una parola che rappresenti il mondo interno del soggetto.

L'arte, grazie al suo linguaggio simbolico e non verbale, aiuta a rendere più accessibili quei vissuti che il paziente, a causa della gravità della patologia o dell'intensità del suo stare male, non sempre riesce a esprimere adeguatamente.

Il fattore musica, o meglio il suono, funge da mediatore, da veicolo comunicativo di elementi emozionali, fantastici e simbolici, per cui la difficoltà nel percepire e nel pensare può essere superata dalla contemplazione permettendo così di passare alla percezione del proprio mondo interiore.

L'*elemento musica*, attraverso la sua funzione evocativa, e successivamente, per mezzo delle sue doti unificatrici, favorisce la costruzione di sensazioni, emozioni, colori, disegni e parole comuni e condivisibili trattandosi di un linguaggio non verbale; consente di ridurre le distanze anche a quei pazienti con gravi difficoltà di espressione che sembrano, dunque, ritrovare capacità introspettive e comunicative. La rappresentazione con il colore, il disegno, la parola scritta o parlata sono un esempio della modulazione espressiva legata all'esperienza condivisa.

Il Gruppo di ascolto musica si svolge tutti i Lunedì alle 16.30, ha la durata di un'ora e la conduzione è condivisa dal personale infermieristico del reparto con uno Psicologo interno strutturato e uno esterno. La presenza esterna e la frequenza settimanale scandiscono la discontinuità con la quotidianità, il gruppo è aperto, i partecipanti variano per il numero dei ricoverati al momento della attività (da 8 a 10 è la media delle presenze) e per le possibilità individuali di "sopportare/supportare" l'esperienza grupppale; esiste la possibilità di entrate ed uscite motivate e verbalizzate, la partecipazione dei pazienti è concordata con il Medico di Reparto.

La conduzione è svolta nello spazio-tempo di 1 ora e l'operatore psichiatrico referente per l'attività in quella giornata svolge il ruolo di co-conduttore osservatore.

Il solo fatto di condividere l'esperienza rappresenta una possibilità di scambio non verbale, e a volte anche verbale, per chi vive il ricovero nell'isolamento.

Nella scelta e messa a punto delle metodiche espressive da applicare nel Reparto di Diagnosi e Cura è stato necessario considerare molteplici elementi: i destinatari dell'intervento, quasi mai gli stessi, differenti per età, tipologia diagnostica e fase di malattia, nonché il rapido passaggio di alcuni e la prolungata permanenza di altri.

Così il primo elemento di criticità, la scelta della musica, è stato risolto cercando materiale musicale in grado di creare un clima di coesione e al tempo stesso di differenziazione per generi e gusti musicali. Per ogni incontro sono stati presi in considerazione brani musicali diversi: musica classica, colonne sonore, qualche brano cantato contemporaneo.

La valutazione dell'attività, come già anticipato precedentemente, viene fatta con schede di gruppo e individuali, valutate con l'equipe medica, rappresentando così una registrazione delle potenzialità relazionali del singolo paziente.

Attraverso un dialogo inconscio, chi usa il colore, il tratto, l'oggetto, stabilisce una sintonizzazione affettiva tra "terapeuta" e paziente e consente la trasmissione di vissuti emotivi più profondi non altrimenti rappresentati dalla parola. [3]

Il conduttore può in questo contesto, avere un contatto con il singolo paziente ed "agganciarlo" per un percorso riabilitativo o terapeutico da proseguire in altro contesto.

I quattro vantaggi di usare la musica sono la sua capacità di: richiamare sentimenti, fornire uno strumento espressivo, stimolare la verbalizzazione e disporre di un comune punto di partenza (Tom Plach, (1980).

Possiamo considerare questi come gli elementi aggreganti dell'esperienza così come è da noi stata pensata e strutturata.

2 Il Gruppo Psicoeducativo

Il gruppo a conduzione condivisa (medici di reparto e personale infermieristico) è a frequenza settimanale, dalle 16.15 alle 17, e applica il modello psicoeducazionale. Scopo degli incontri è migliorare e condividere le informazioni sul disturbo psichiatrico, la cura, i trattamenti farmacologici, la dimissione e la continuità del trattamento nei servizi del territorio. I modelli

psicoeducativi, come appurato dalla letteratura, consentono ai pazienti e ai familiari di migliorare l'adesione al trattamento attraverso la maggior conoscenza della sofferenza e degli effetti che ne derivano, permettono una maggiore modulabilità "dell'emozione espressa" e sensibilizzano ad una partecipazione consapevole e attiva alle cure ed al ricovero favorendo una maggior sensazione di auto-efficacia e autodeterminazione rispetto al percorso terapeutico.

Gli incontri sono programmati secondo una sequenza tematica per dare la possibilità, a chi resta ricoverato più a lungo, di seguire un preciso percorso sequenziale che può essere approfondito o continuato nei servizi territoriali. L'incontro di gruppo è un momento di presentazione e possibilità di stare con gli altri, uno sguardo sulle potenzialità relazionali dei singoli, una riflessione sul momento della cura e, in base al percorso programmato, un approfondimento di contenuti sulla patologia e il trattamento in un confronto di gruppo [4].

L'elevato turnover dei pazienti ha comportato un'inevitabile adattamento dei programmi con pazienti e familiari così come teorizzati da Vaught, Leff e Faloon. Gli incontri hanno contribuito a contenere l'ansia legata al ricovero e si è riusciti ad approfondire gli interrogativi sulla patologia e la cura con domande non sempre facili da affrontare negli incontri individuali nella fase acuta [5].

3 Il Gruppo di Facilitazione Relazionale

E' così chiamato l'altro momento strutturato di attività gruppal. Si svolge durante uno specifico spazio orario nella giornata del Venerdì ed è condotto esclusivamente dal personale infermieristico in servizio.

Questo momento gruppal, rispetto agli altri incontri settimanali sopraccitati, è maggiormente modulabile rispetto al "clima" di reparto, alle età dei degenti e ai loro desideri espressi, essendo meno definito nei contenuti e volendo rispondere a bisogni di relazione più ricreativi (visione film, gioco a carte, a dama, lettura giornale o altro).

Il Gruppo di animazione così strutturato, rappresenta, per il personale, la possibilità di un approccio relazionale diverso con il paziente rappresentando una fonte di informazione su interessi e abilità degli utenti e va quindi considerato un potenziale strumento per un miglioramento relazionale all'interno del reparto.

CONSIDERAZIONI SULL'ESPERIENZA

Il programma di miglioramento è stato avviato all'inizio del 2008 riprendendo e integrando precedenti esperienze realizzate nei due Servizi di Diagnosi e cura presenti precedentemente nel DSM dell'ULSS 18 e poi accorpati.

Da alcuni anni, presso il nostro Dipartimento, vengono utilizzati come indicatori della soddisfazione dei pazienti/familiari e per il monitoraggio e la verifica degli interventi effettuati, dei questionari di gradimento.

Durante gli anni in cui è stata interrotta l'attività di animazione è stato segnalato in più occasioni, da parte degli utenti, il bisogno di avere momenti organizzati e strutturati accanto ai momenti di inattività, inevitabili e a volte utili, presenti durante il ricovero. Veniva inoltre richiesta la ripresa dell'attività di animazione da parte di chi l'aveva già conosciuta in passato con la motivazione esplicita di favorire momenti di socializzazione nell'ambiente di cura.

Gli obiettivi da conseguire con la riproposta di questo programma di attività sono in linea con il programma di miglioramento intrapreso dal nostro Dipartimento.

Le procedure di rilevazione e verifica tendono a monitorare, in questo momento, l'andamento nelle seguenti aree:

1. miglioramento della qualità di vita del paziente in regime di ricovero
2. contenimento degli eventi aggressivi in fase acuta
3. miglioramento del rapporto di relazione tra operatori e degenti
4. miglioramento del clima di reparto

Lo sforzo maggiore, nel primo periodo di avvio delle attività, è stato quello di mantenerne la continuità temporale coinvolgendo e formando la maggior parte degli operatori del Servizio.

Attualmente, a distanza di due anni, il programma, così come è stato descritto, rientra nella routine organizzativa di reparto.

Dal 2008 è stato approntato, ed è tuttora in corso, un programma formativo dipartimentale relativo al ruolo della riabilitazione, delle tecniche espressive e dell'animazione nell'ambito della Salute Mentale, rivolto, con le specificità del caso, a tutti gli operatori del Servizio (dirigenza e comparto, ospedale e territorio). Attraverso una specifica formazione di medici e infermieri di Reparto sulle tecniche non verbali, è stato possibile concretizzare un'adeguata evoluzione e specializzazione.

Dal 2009 inoltre, attraverso momenti di condivisione delle esperienze formative con gli educatori che svolgono l'attività riabilitativa nei due Centri Diurni del Centro di Salute Mentale, è stato possibile rafforzare il concetto di continuità di trattamento tra ospedale e territorio.

VALUTAZIONE DI GRADIMENTO UTENTI E OPERATORI

Le verifiche annuali delle attività di reparto sono estrapolate dall'analisi delle schede di gradimento compilate, in modo anonimo, dai pazienti ricoverati e dai loro familiari al momento delle dimissioni.

Le dimensioni su cui si chiede al paziente di esprimere una valutazione sono:

- 1- la funzionalità ambientale
- 2- la disponibilità del personale
- 3- gli incontri di gruppo
- 4- la attività di animazione
- 5- le informazioni ricevute sulle cure
- 6- le informazioni sui farmaci somministrati
- 7- il miglioramento dei sintomi
- 8- la raccomandazione ad altri del Servizio di Diagnosi e Cura
- 9- suggerimenti per il miglioramento.

Le aree su cui si chiede ai familiari di esprimere una valutazione sono:

- 1- la pulizia dei locali
- 2- l'orario di visita
- 3- l'orario del pranzo
- 4- gli spazi ricreativi
- 5- la disponibilità degli operatori
- 6- le informazioni ricevute sulla cura e la terapia
- 7- l'attività di animazione
- 8- il foglio informazioni fornito
- 9- suggerimenti per il miglioramento del Servizio.

Per ogni area di indagine sono previste tre possibili valutazioni: buono, soddisfacente, insoddisfacente.

Nella Figura 1 sono riportate le valutazioni relative agli ultimi 3 anni: 2007, 2008 e 2009.

I dati riportati evidenziano un aumento del giudizio "Buono", una riduzione di non risposte, un sensibile miglioramento complessivo per tutte le voci prese in considerazione.

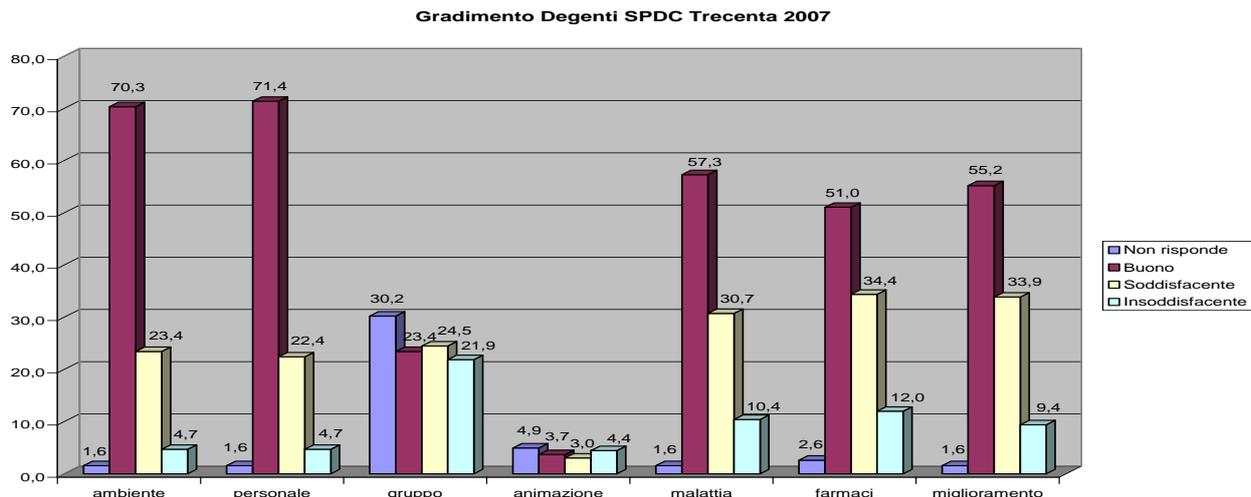
Il miglioramento più significativo rilevato nel triennio si ha circa la presenza in reparto di un programma di animazione rispetto al periodo in cui tale programma non esisteva.

Accanto a questo, anche altre voci migliorano quali la percezione di gradevolezza dell'ambiente e la qualità delle informazioni ricevute sul trattamento e i sintomi. Da questi dati parrebbe che, nell'ultimo periodo, per gli utenti l'esperienza di ricovero sia più consapevole.

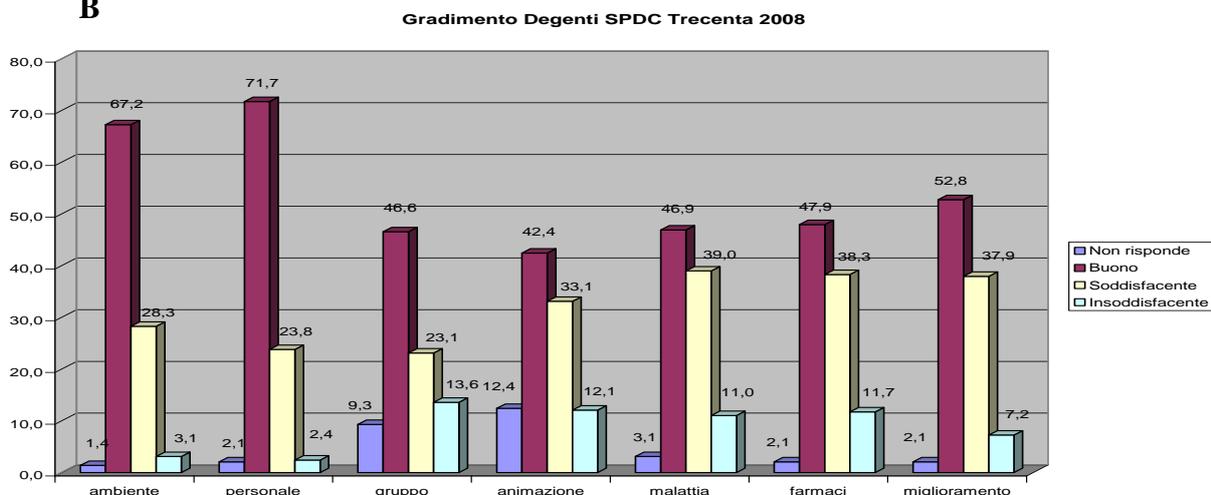
Nel 2009 alla domanda "Cosa pensa dell'attività di animazione che viene svolta in Reparto?" la valutazione "Buono" è data dal 51% dei pazienti che compilano i questionari di gradimento, la valutazione "Soddisfacente" è al 33%, mentre risulta "Insoddisfacente" per l'11%. Solo il 5% non risponde (vedi Figura 1C)

Nel 2008 la risposta alla medesima domanda risulta “Buono” per il 43% , “Soddisfacente” per il 33%, “Insoddisfacente” nel 12%. Le non risposte erano il 12%.

A



B



C

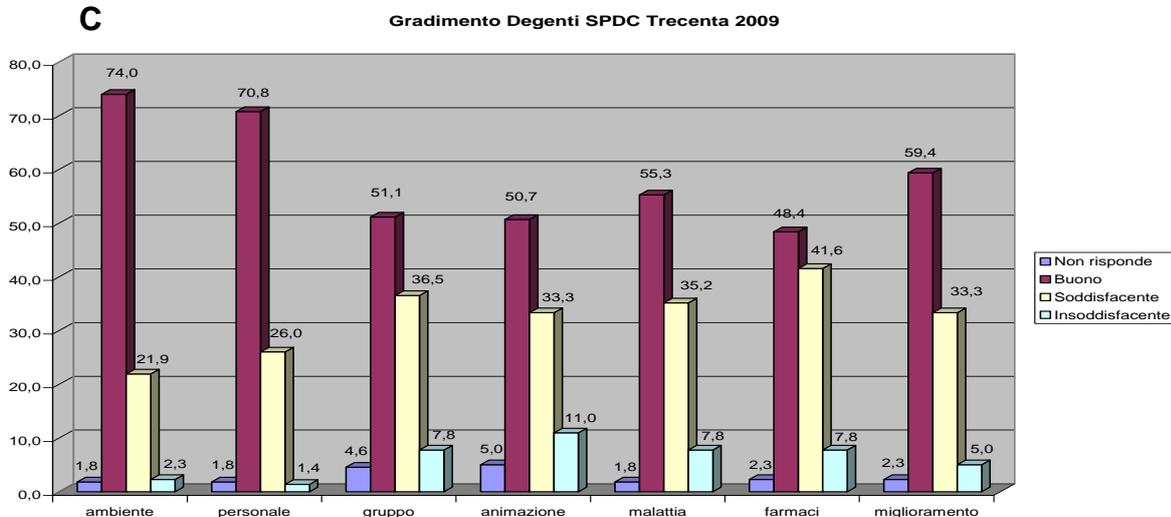


Figura 1: Valutazione della soddisfazione dei *degenti* in relazione alle seguenti aree: la funzionalità ambientale, la disponibilità del personale, gli incontri di gruppo, le attività di animazione, le informazioni ricevute sulle cure, le informazione sui farmaci somministrati, il miglioramento dei sintomi, la raccomandazione ad altri del servizio di diagnosi e cura. Dati relativi agli anni 2007 (A), 2008 (B) e 2009 (C). L’asse x rappresenta le aree di valutazione e l’asse y i valori di soddisfazione in percentuale.

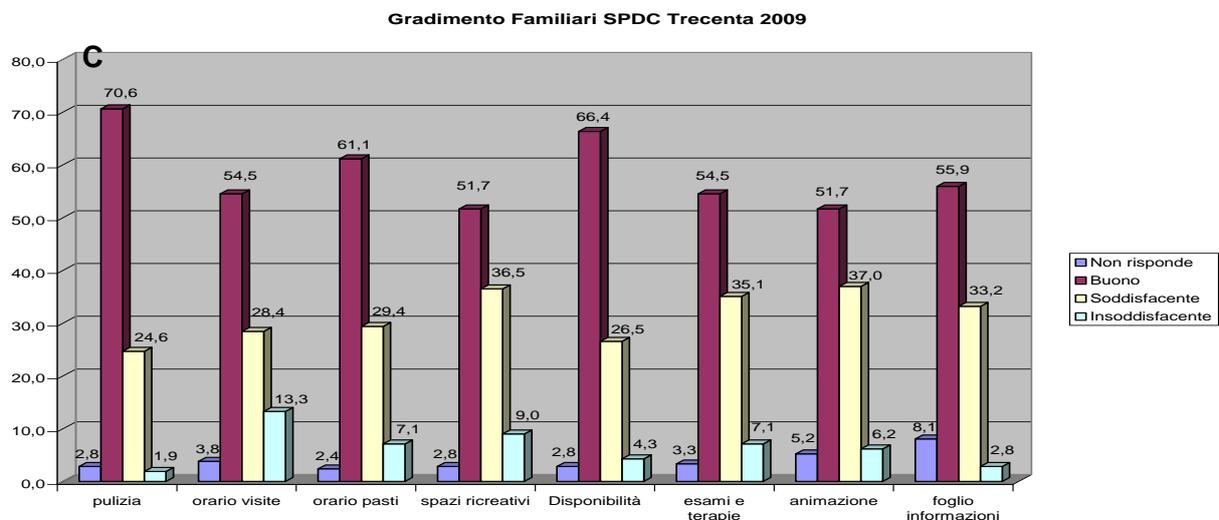
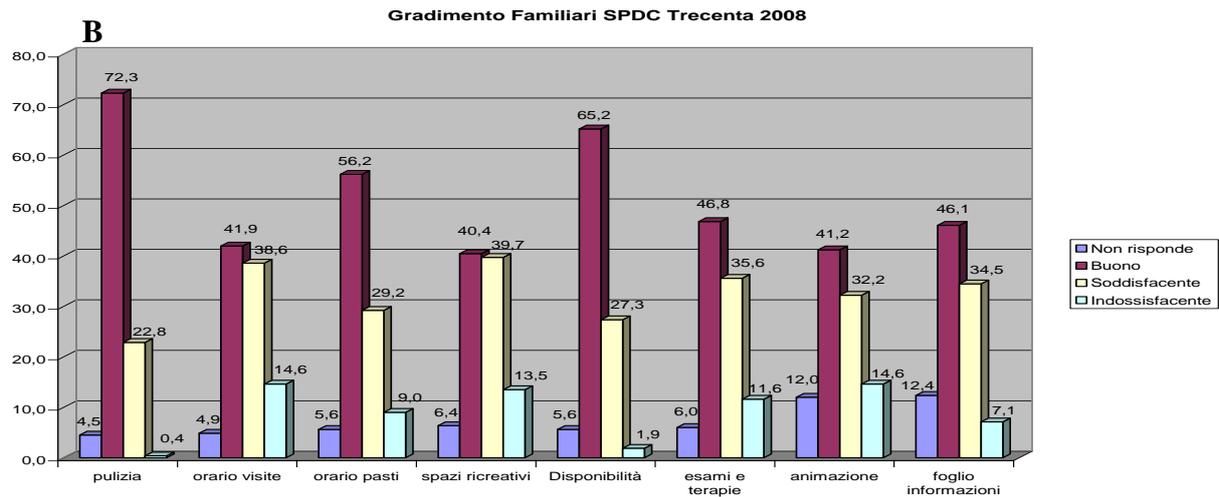
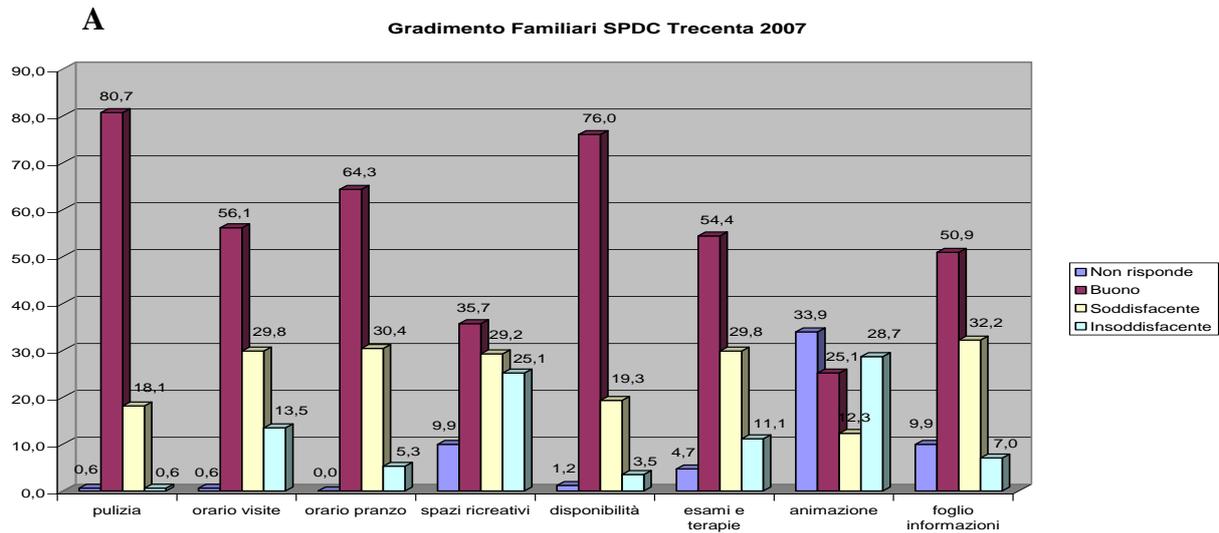


Figura 2: Valutazione della soddisfazione dei familiari in relazione alle seguenti aree: la pulizia dei locali, l'orario di visita, l'orario di pranzo, gli spazi ricreativi, la disponibilità degli operatori, le informazioni ricevute sulla cura e la terapia, attività di animazione, il foglio informazioni fornito. Dati relativi agli anni 2007 (A), 2008 (B) e 2009 (C). L'asse x rappresenta le aree di valutazione e l'asse y i valori di soddisfazione in percentuale.

Nel secondo anno di esperienza si sono quindi ridotte le non risposte. Sembrerebbe quindi che in questo periodo l'esperienza si sia consolidata consentendo una valutazione positiva in aumento di circa 9 punti percentuali (vedi Figura 1B).

Nel 2007 le attività di gruppo e le attività di animazione non erano strutturate ma lasciate all'iniziativa del personale in servizio. Ciò che si nota sono basse percentuali di soddisfazione alle aree relative (vedi Figura 1A). Il grado di soddisfazione è aumentato progressivamente nei due anni successivi, quando si è deciso di dare una organizzazione strutturata alle attività di reparto.

Nei questionari per gli utenti anche le valutazioni circa "ambiente", "personale", "informazioni sul trattamento" e "informazioni sulla malattia" presentano valori in crescita.

Tali dati potrebbero suggerire come, accanto a molti altri fattori che qui non è dato analizzare, la presenza all'interno del reparto di momenti gruppali strutturati psicoeducativi e di animazione, contribuiscano a migliorare l'esperienza del ricovero e la percezione dell'ambiente di cura.

Nella valutazione dei familiari la linea di tendenza delle valutazioni è simile (vedi Figura 2).

Nel questionario dei familiari allo stesso tema "Cosa pensa dell'attività di animazione che viene svolta in Reparto?" la risposta "Buono" è stata riportata nel 2009 nel 55% dei questionari e sufficiente nel 37%, mentre nel 2008 i valori erano rispettivamente 41% e 32, la percentuale di non risposte è invece passata dall'11% del 2008 al 5% del 2009. Tali valori indicano un evidente consolidamento dell'esperienza con una buona visibilità del programma anche da parte dei familiari dei ricoverati.

All'inizio del 2010 è stato elaborato e proposto un questionario per tutto il personale infermieristico di reparto relativamente al programma di animazione svolto in SPDC (Vedi Figura 3).

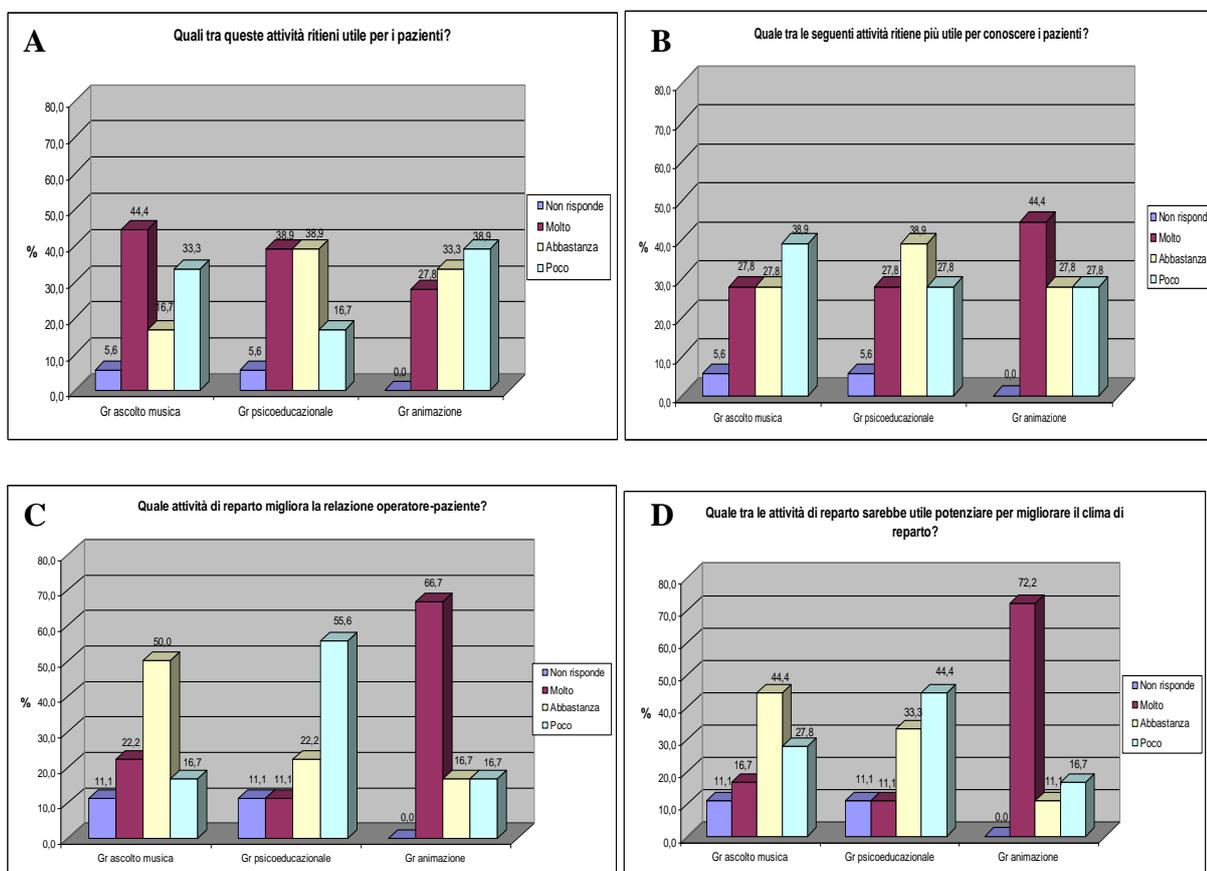


Figura 3: Valutazione degli operatori delle attività svolte in reparto nell'ultimo biennio 2008-2009 (Gruppo ascolto musica, gruppo psicoeducazionale e gruppo animazione) per quanto riguarda le aree: utilità per il paziente (A), conoscenza del paziente (B), miglioramento della relazione operatore-paziente (C) e utilità per il miglioramento del clima di reparto (D). L'asse x rappresenta le tre attività considerate, l'asse y rappresenta i valori in percentuale.

Da quanto rilevato è emerso che tutti gli operatori hanno avuto la possibilità di partecipare ai tre differenti momenti di attività gruppale.

Per gli operatori, l'attività di ascolto musica risulta essere quella più coinvolgente per i pazienti mentre il gruppo più utile ai fini del miglioramento della relazione tra infermiere e paziente è quello di animazione ricreativa. Da tali evidenze si potrebbe formulare un programma che preveda un maggiore spazio per questo tipo di attività in quanto utili a migliorare il clima di Reparto ed a favorire la relazione terapeutico-assistenziale.

CONCLUSIONI

Le attività gruppali, di tipo psicoeducazionale, di animazione, di arti espressive, possono rappresentare un momento iniziale, in ambiente protetto, del percorso riabilitativo del paziente, un possibile aggancio ai Servizi per favorire un reingresso sociale meno problematico.

Nelle patologie più gravi e al primo esordio, la coesione gruppale, anche all'interno del reparto, può fungere da elemento facilitatore per ritrovarsi poi, in un momento successivo, nelle attività socializzanti svolte nel Centro Diurno. [6]

Garantire degli spazi espressivi-socializzanti anche durante i momenti "della crisi", consente di superare la discontinuità che un ricovero o una fase di malessere acuto, possono comportare in un percorso esistenziale e/o terapeutico-riabilitativo. Si garantisce così continuità fra "dentro e fuori" prevenendo e superando l'isolamento e la chiusura.

Nel triennio già considerato, ovvero dal 2007 al 2009, gli utenti che hanno usufruito di attività riabilitative presso i due Centri Diurni presenti sul territorio e afferenti allo stesso Servizio di Diagnosi e Cura sono passati da 104 a 117, un aumento attorno al 10 per cento.

Il dato, considerato in valori assoluti, non consente una valutazione di qualità, ma suggerisce l'opportunità di una più accurata analisi, da effettuarsi presso le strutture territoriali, per verificare se e in quale misura la sperimentazione, già durante il ricovero, di attività a valenza riabilitativa possa influire sulla successiva disponibilità del paziente a farsi seguire dal servizio territoriale.

Un dato tendenziale dell'ultimo biennio è il raddoppiarsi degli ingressi di nuovi utenti nei Centri diurni dopo un ricovero.

I dati fino ad ora raccolti, confrontati con i dati raccolti negli anni precedenti l'attuazione del nostro programma, sono incoraggianti e indicativi di una percezione di maggiore qualità del Servizio da parte degli utenti e di un miglioramento della relazione interpersonale operatore-paziente. Molte sono le tematiche che restano aperte e che andrebbero approfondite. Sarà interessante nei prossimi anni, attraverso l'aumento della casistica ed ulteriori valutazioni, verificare l'andamento dei dati rilevati. Sarà inoltre importante analizzare se e come il programma psicoeducativo-espressivo-animatorio fino a qui descritto possa influire, all'interno del nostro SPDC, su alcuni indicatori importanti, sia per il funzionamento del Servizio che per la salute degli utenti, quali la possibilità di ridurre il numero di eventi aggressivi e di contenzioni in reparto. Riteniamo inoltre importante, a sostegno di tale programma, un costante e rinnovato cammino formativo per tutti gli operatori di reparto: l'attività di animazione, il gruppo, hanno necessità di essere creativi, di momenti di confronto e riflessione al fine di non perdere quanto conquistato, di mantenere gli spazi e la fiducia reciproca e per rinnovarsi e adattarsi alle nuove esigenze sempre emergenti.

* Direttore del Dipartimento di Salute Mentale Azienda ULSS 18 di Rovigo

** Medico Psichiatra, Responsabile del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura Azienda ULSS 18 di Rovigo

*** Medico Psichiatra, Azienda ULSS 18 di Rovigo

° Psicologo Psicoterapeuta Azienda ULSS 18 di Rovigo

°° Psicologo Azienda ULSS 18 di Rovigo

Bibliografia

- [1] Carrozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Franco Angeli, 2006.
- [2] Albanese O. e Peserico M. (a cura di), *Educare alle emozioni con le artiterapie o le tecniche espressive*, Edizioni Junior, 2008.
- [3] Rabboni M. (a cura di), *I colori della mente. Art brut e arteterapia contro lo stigma della psicosi*, Marsilio, 2002.
- [4] Peruzzi P., Viaro M., Mosconi A., *Psicoeducazione sistemica*. *Terapia familiare* 45: 19-28, 1994.
- [5] Marmai L., Rocchi D., Gavioli S., Pizzale F., Mantoan C., Berlese M., Ronconi E., Biancosino B., Grassi L., *Organizzazione e applicazione di un intervento psicoeducazionale per la gestione della terapia farmacologica in una residenza di breve-medio degenza*, *Psichiatria di comunità*, 2(2): 95-104, 2003.
- [6] Carrozza P., *La riabilitazione psichiatrica nei centri diurni. Aspetti clinici e organizzativi*, Franco Angeli, 2003.

La Riabilitazione Psicosociale nelle aree emergenti del disagio psichico

Convegno Societa' Italiana Riabilitazione Psicosociale – Lombardia

Aula Magna – Ospedale Luigi Sacco Polo Universitario – Milano, 22 gennaio 2011

Programma

8.30- 9.00 Registrazione dei partecipanti

9.00 Apertura e saluti

M. Clerici, M. Peserico, G.Ba

9.30 – 13.00 Dalla clinica alla riabilitazione psicosociale nelle aree emergenti

Chairman: A. G. Ba, M. Rabboni

1) Clinica e trattamenti nei disturbi di personalità

Relatore: M Amore - discussant C. Viganò

2) L'intervento psicoterapico nei disturbi di personalità.

Relatore F. Madeddu - discussant E. Fava

Pausa caffè

3) La psicoeducazione nei disturbi di personalità

Relatore: R Roncone - discussant M. Clerici.

4) I Progetti residenziali

Relatore G. Rezzonico - discussant M. Peserico

Discussione plenaria: A. Vita

13.00 – 14.00 Pausa pranzo

14.00 – 16.30

I Tavola rotonda: Esperienze nazionali nelle aree di confine

Chairman: A. Cocchi – A. Amatulli

L'esperienza di trattamento per gli Homeless

relatore M. Bassi – discussant V. Casavola

L'esperienza in OPG

Relatore J. Mannu - discussant A. Calogero

Riabilitazione, tossicodipendenza e disturbi di personalità

Relatore D. Peroni - discussant G. Carrà

16.30 – 17.30

II Tavola rotonda Esperienze locali

Chairman E. Cavalli / Bellazzecca C.

17.30 chiusura dei lavori – questionari ecm

Durante la giornata è prevista una esposizione di poster

18 Assemblea soci SIRP

Durante la giornata è prevista una esposizione di poster

Segreteria Scientifica: Consiglio Direttivo della SIRP-Lo
Referenti locali

Dr.ssa Francesca Olivani, Dr.ssa Caterina Viganò

Psichiatria II – Ospedale L. Sacco

Tel 02.39042980 / 3148

Email sirplo2011@libero.it

Segreteria organizzativa ed accreditamento:

RM Società di Congressi

Via Ciro Menotti, 11, 20129 Milano

tel 02.70126308 fax 02.7382610

info@rmcongressi.it

Patrocinio del Corso di Laurea in Riabilitazione Psichiatrica, Università degli studi di Milano

Patrocinio Ospedale L. Sacco Polo Universitario Milano

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 18000 massimo 27000 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.