



REGIONE DEL VENETO



RICERCA PROGRES VENETO 2006

Progetto realizzato per conto della Regione Veneto, Giunta Regionale.

Ricerca Sanitaria Finalizzata – anno 2006

“LA RESIDENZIALITA’ PSICHIATRICA NEL VENETO: DALLA MAPPA AL TERRITORIO”

Atti del Convegno

Arzignano, 21.09.2007



INDICE

PRESENTAZIONE	Pag 3
<i>On.le Dott.ssa Francesca Martini</i>	
PROGRES VENETO 2006 - RICERCA SANITARIA FINALIZZATA	Pag 5
<i>Claudio Busana, Stefano Zanolini, Alessandra Belfontali</i>	
Introduzione	
Presentazione della ricerca Progres Veneto 2006	Pag 9
Materiali, metodi e fasi della ricerca	Pag 10
Risultati	
1. strutture residenziali	Pag 13
2. caratteristiche degli utenti	Pag 16
3. distribuzione delle SR e degli utenti	Pag 17
4. progettualità	Pag 23
5. dimissione ed esiti	Pag 25
6. rapporto tra SR e Centri Diurni	Pag 28
7. rette	Pag 29
8. personale	Pag 29
9. formazione	Pag 32
Sintesi Conclusiva, criticità, proposte e temi di riflessione	Pag 34
Bibliografia	Pag 39
Riferimenti legislativi	Pag 40
LE COMUNITA' TERAPEUTICHE COME RISORSA PER LA CURA E LA RIABILITAZIONE: ESPERIENZE A CONFRONTO	Pag 41
<i>Marta Vigorelli</i>	
FATTORI EVOLUTIVI E FATTORI DI PROTEZIONE NEL TRATTAMENTO COMUNITARIO DEI PAZIENTI GRAVI	Pag 53
<i>Anna Ferruta</i>	
Ringraziamenti	Pag 67
Elenco degli Autori	Pag 69

PRESENTAZIONE

On.le Dott.ssa Francesca Martini

È con grande soddisfazione che presento gli Atti del Convegno tenuto ad Arzignano (VI) il 21 settembre 2007 sul tema "la residenzialità psichiatrica nel Veneto: dalla mappa al territorio". Si tratta dei risultati della Ricerca Progres Veneto, realizzata dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda U.L.S.S. n.5 Ovest Vicentino nell'ambito dei progetti di Ricerca Sanitaria Finalizzata della Regione Veneto.

Lo scopo della ricerca è stato di effettuare una rilevazione aggiornata delle Strutture Residenziali che operano nella nostra Regione nel settore della salute mentale –rappresentate da Comunità Terapeutiche Residenziali Protette, Comunità Alloggio e Appartamenti Protetti.

Lo studio ha evidenziato la presenza di una rete articolata di strutture residenziali destinate alla cura e alla riabilitazione nel medio-lungo periodo dei pazienti con problematiche psichiatriche gravi e complesse, dove la diagnosi prevalente è quella di psicosi.

In alcuni casi queste strutture sono pubbliche, in altri private convenzionate preaccreditate, ma il modello che si sta sempre più sviluppando è quello della gestione integrata, con direzione tecnica affidata al Dipartimento di Salute Mentale e servizio assistenziale/educativo/riabilitativo fornito dal Privato Sociale.

Il maggior numero di utenti è ospitato nelle strutture a grado più elevato di protezione e la distribuzione delle strutture residenziali è ancora disomogenea nel territorio, con diversità anche marcate.

In sostanza, le strutture residenziali si pongono in Veneto come un modello innovativo di Comunità Terapeutica integrata nel territorio, utile strumento allo scopo di realizzare i progetti terapeutico riabilitativi individualizzati necessari per promuovere il benessere psichico e consentire il recupero sociale.

Questo studio fornisce utili suggerimenti per potenziare la qualità e l'efficacia delle strutture residenziali, elementi che potranno essere utili a definire i criteri di accreditamento e i Livelli Essenziali di Assistenza nel settore della salute mentale.



*On. dott.ssa Francesca Martini
Assessore alle Politiche Sanitarie*

PROGRES VENETO 2006: Ricerca Sanitaria Finalizzata

Claudio Busana, Stefano Zanolini, Alessandra Belfontali

INTRODUZIONE

Prima di ogni altra cosa si forniscono i riferimenti normativi regionali che regolano la classificazione, i requisiti e le funzioni delle Strutture Residenziali (SR) in Veneto.

Il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale (P. O.), **DGR 22 dicembre 2000 n. 4080**, indica le seguenti SR:

- Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (CTRP)
- Comunità Alloggio (CA)
- Appartamento (APP)

Nel Progetto Obiettivo (PO) si precisa tra l'altro che il DSM *"favorirà il rientro dei pazienti collocati nelle SR fuori regione"* e si indicano le iniziative conseguenti alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici e delle Case di Salute. *" (...) Si precisa che ai sensi e per gli effetti di cui a DGR n. 751/2000 le CTRP di mantenimento, entro il 31/12/2000 dovranno essere definitivamente e del tutto assimilate alle CTRP attive. A seconda delle caratteristiche dei pazienti, si riscontra conforme a legittimità ed equità l'assunzione di altre iniziative, parimenti idonee, quali il rientro in famiglia, l'inserimento in casa di riposo o, in particolare, nelle RSA o CTRP o CA o APP (...)"*.

La seconda normativa cui riferirsi è la **DGR 751/2000** *"Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva"* la quale disciplina la realizzazione dei trattamenti di lungoassistenza e di riabilitazione prolungata. Questa delibera definisce da un lato l'esigenza di residenzialità con assistenza estensiva, inserendola in una rete territoriale di servizi e strutture residenziali, e dall'altro individua le SR ad assistenza intensiva. Essa si prefigge l'obiettivo di trovare la possibilità di realizzare strutture di accoglienza che integrino la rete ospedaliera, ma se ne differenzino per la minore intensità di cura e relativa organizzazione.

La stessa DGR articola le prestazioni in tre diversi livelli di intensità dell'assistenza sanitaria: medio, ridotto e minimo. Questi Servizi si realizzano attraverso *"un modello organizzativo modulare inteso come attivazione di nuclei sanitari di cura e assistenza specifici in conformità alle disposizioni della DGR 2034/94 tramite specializzazione funzionale di quota parte dei posti letto e relativi servizi annessi"*. La **DGR 2034/94** a sua volta determina gli standard organizzativi, gestionali e strutturali delle RSA per anziani e persone non autosufficienti indicando: indirizzi generali, destinatari, obiettivi, azioni, rete dei servizi, progetto operativo e modalità di accesso (UOD poi

denominata UVMD). Definisce inoltre le RSA con indicazioni degli indirizzi riabilitativi, progettualità, organizzazione, standard del personale, previsione di posti letto, assistenza specialistica con partecipazione della spesa e tipologia dei pazienti.

Per quanto riguarda l'area della residenzialità con assistenza intensiva la 751/2000 recita: in essa *"sono ricomprese in senso lato le attività dirette al recupero delle disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o durata dell'intervento"*. In questa sede si citano in particolare le Comunità Terapeutiche Residenziali Protette per pazienti psichiatriche per i quali sia necessario un intervento terapeutico-riabilitativo prolungato. Nella DGR si specifica che *"il programma è personalizzato, documentato e periodicamente verificato dall'équipe"*. Nella tabella 4, allegata alla DGR, viene quantificata la *"previsione dell'offerta di residenzialità intensiva extraospedaliera – posti letto"* e si determina il fabbisogno di P.L. per le CTRP che nel 1998 e nel 2002 viene programmato pari a 0,16 P.L./1000 abitanti.

Tutti i riferimenti legislativi che qui sono esposti in maniera molto sintetica ci orientano nella programmazione della residenzialità psichiatrica.

PERCORSI DI CURA

Il Progetto Obiettivo prevede la presa in carico da parte del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dei pazienti con problematiche psichiatriche gravi, a lungo decorso, per i quali vanno individuati degli specifici Percorsi di Cura. Alcuni di questi pazienti con patologia particolarmente grave o complessa, per i quali gli interventi ambulatoriali, territoriali e nelle Strutture Semiresidenziali si siano dimostrati insufficienti, devono essere trattati nelle Comunità Terapeutiche per un periodo di tempo che potrà essere anche medio o lungo. Il paziente al termine del percorso terapeutico individualizzato sarà dimesso dalla SR. Proseguirà poi il Percorso di Cura presso i servizi territoriali. Per poter ottemperare adeguatamente a questo compito il P.O. ha previsto la realizzazione di una Rete dipartimentale di servizi psichiatrici che collaborano fra loro e si relazionano con gli altri servizi sanitari, socio-sanitari e sociali presenti nel territorio.

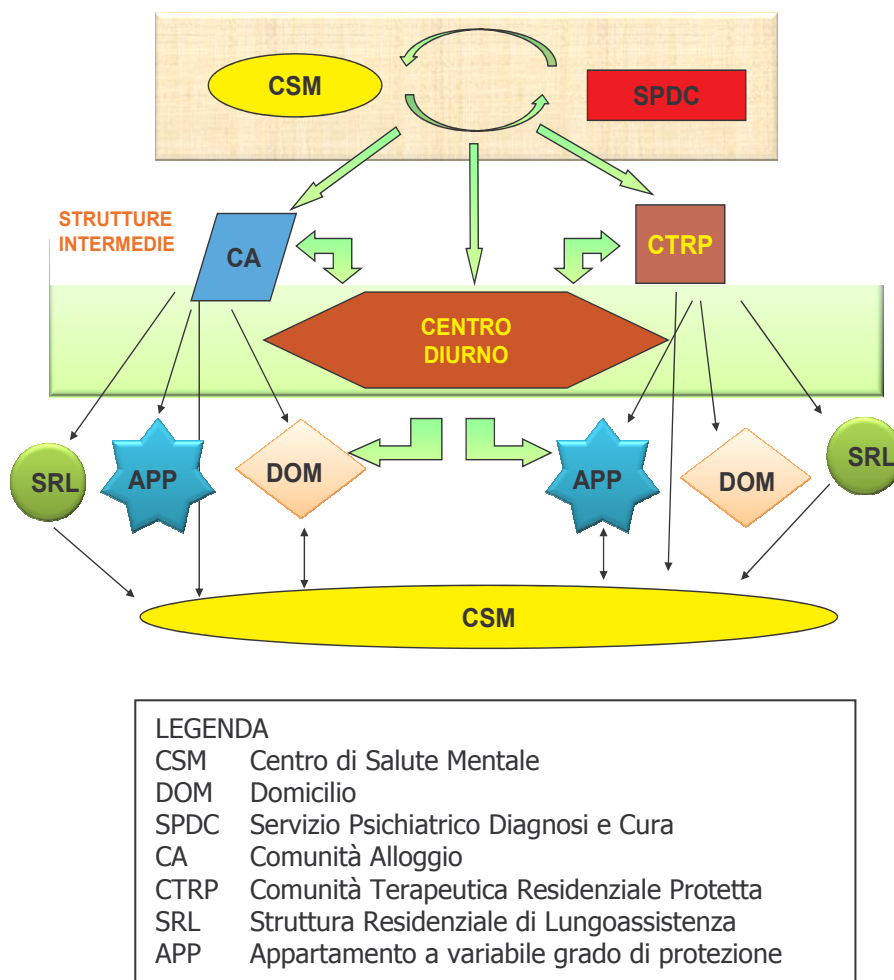
Questo modello di organizzazione del DSM prevede la centralità delle strutture territoriali Centro di Salute Mentale (CSM) e Centro Diurno (CD) per la presa in carico dei pazienti psichiatrici con problematiche gravi e per la verifica dei programmi terapeutici e riabilitativi. Si avvale del ricovero in SPDC e nelle Comunità Terapeutiche (CT) per il tempo necessario affinché il paziente sia trattato e/o riabilitato continuativamente nelle 24 ore.

Una pluralità di Comunità Terapeutiche specializzate e diversificate consentirebbe di arricchire le possibilità di cura.

Il ruolo del Privato Sociale nella realizzazione della Rete dei Servizi è essenziale nell'ottica di una integrazione pubblico-privato.

Nella figura che segue si illustrano schematicamente i principali Percorsi di Cura.

Figura 1 – PERCORSI DI CURA



Come abbiamo detto in precedenza in alcuni casi particolarmente gravi o complessi, al fine di realizzare il progetto terapeutico, si rende necessario l'inserimento dell'utente in una Comunità Terapeutica.

Che cos'è la Comunità Terapeutica?

E' il luogo di un processo terapeutico che, partendo da una prima fase di ambiente maternage, diviene gradualmente spazio di formazione alla vita e di riprogettazione del futuro. Vi avvengono complesse relazioni fra gruppo dei curanti, gruppo dei residenti e loro familiari che offrono al paziente la possibilità di far risuonare le proprie esperienze affettive in altre persone. Attraverso la ripetizione di esperienze condivise emerge un sé più coeso che struttura gradualmente una tridimensionalità interna (Correale, 1998).

Si espongono in maniera schematica le fasi del percorso terapeutico e riabilitativo nella Comunità Terapeutica, con riferimento alle indicazioni inserite nel testo *"il lavoro della cura nelle istituzioni"* (Vigorelli, 2005):

- Motivazioni dell'invio, scelta del tipo di comunità
- Valutazione/assessment del caso
- Programma di accoglienza
- Ambiente e struttura abitativa
- Regole, confini, contenimento, responsabilità e condivisione degli obiettivi
- Progetto personalizzato e condiviso con il paziente e la famiglia
- Attività riabilitative: abilità sociali di base, di gestione del proprio ambiente e dello spazio di convivenza, problem solving and social skills training, attività espressive e della sfera della corporeità
- Formazione specifica, continua e supervisione clinica
- Lavoro con le famiglie, anamnesi trigerazionale
- Funzione della gruppalità: équipe terapeutica, gruppo di comunità, riunione allargata
- Programma di reinserimento sociale, di recupero delle abilità lavorative e di recovery
- Dimissione e collegamento con la rete territoriale dei servizi

Si indicano sinteticamente i principali criteri di inclusione e di esclusione dalle comunità terapeutiche psichiatriche (Mencacci e Goldfluss, 1998).

Criteri di inclusione: patologia in parziale compenso o con prevalenti sintomi negativi, sufficiente capacità residuale dell'Io, motivazione al progetto terapeutico, possibilità di formulare un contratto terapeutico, spazi psichici interni sufficienti per formulare richieste relazionali di sostegno, capacità cognitive non eccessivamente compromesse.

Criteri di esclusione: acuzie della patologia, auto ed etero aggressività, rischio suicidario elevato, assenza di motivazioni al cambiamento, personalità narcisistiche, personalità distruttive del gruppo (ad esempio gelosia e invidia), comorbidità con alcolismo o tossicodipendenza o DCA, demenza e gravi ritardi mentali, portatori di patologie organiche gravi, famiglia che si oppone.

Il trattamento dei casi complessi di comorbidità

Negli ultimi anni nel mondo scientifico si è aperto il dibattito sulla necessità di creare delle comunità specializzate per far fronte alle emergenti necessità cliniche di tutti quei casi nei quali alla gravità della patologia psichiatrica si accompagna un altro fattore clinico specifico. La particolarità può riguardare le caratteristiche legate all'età dell'utente oppure alla coesistenza di altre rilevanti

problematiche cliniche. Anche in questo ambito il ruolo della collaborazione con il Privato Sociale è determinante per rispondere adeguatamente ai molteplici bisogni.

Si riassumono di seguito alcune aree dei bisogni emergenti: adolescenti con gravi problematiche psicopatologiche, disturbi di personalità borderline, doppia diagnosi con alcolismo e tossicodipendenze, disturbi del comportamento alimentare, handicap adulto con innesto di patologia psichiatrica, deterioramento mentale con sintomatologia psichiatrica ancora presente, lungoassistenza in caso di problemi psichiatrici complessi e persistenti con possibili ricadute sul contesto sociale.

Va ribadito che l'attuale scarsità di SR specializzate è causa di notevoli carenze nell'assistenza sanitaria vuoi per il non ottimale trattamento di alcuni di questi pazienti (si pensi ad esempio al paziente psichiatrico con malattia di lunga durata che viene ospitato in Casa di Riposo) vuoi per la difficoltà di gestione delle C.T. (ad esempio la cura del borderline nelle comunità per psicotici) vuoi per la grave carenza di comunità in determinate aree (ad esempio i DCA o gli adolescenti).

Infine rimane aperto il dibattito circa il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la futura programmazione di Comunità di Cura e di Custodia alternative alla detenzione in OPG.

PRESENTAZIONE DELLA RICERCA PROGRES VENETO 2006

La Regione Veneto ha approvato il Progetto di Ricerca Sanitaria Finalizzata 2005 presentato dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'Az. Ulss 5 Ovest Vicentino Progres Veneto che si proponeva di rilevare le Strutture Residenziali Psichiatriche nel Veneto a 5 anni di distanza dal Progetto Progres 2000 dell'Istituto Superiore di Sanità e di osservare l'andamento di alcune risultanze allora emerse.

Responsabile scientifico della ricerca: dr. Claudio Buana, Direttore del DSM.

Coordinatore della ricerca: dr. Stefano Zanolini, psicologo, Dirigente della U.O. Strutture Intermedie.

Collaboratori: dr.ssa Alessandra Belfontali, psicologa ricercatrice con compiti di analisi statistica, coadiuvata da Ileana Rodofile e Laura Andolfo.

Ricercatori: dr.ssa Maria Teresa Bettega, psicologa, dr.ssa Giulia Scolari, psicologa, dr.ssa Roberta Tessari, psicologa, dr.ssa Stefania Visonà, psicologa, dr. Flavio Franceschi, psicologo.

La ricerca è stata realizzata nel corso del 2006 ed ha censito le Strutture Residenziali psichiatriche presenti nella regione Veneto sia a gestione diretta delle Aziende ULSS che del Privato Sociale. I dati sono stati elaborati nei primi mesi del 2007 e presentati nel corso del convegno regionale "Residenzialità psichiatrica nel Veneto: dalla mappa al territorio" che si è tenuto ad Arzignano il 21 settembre 2007.

Nell'ordine verranno presentati i materiali, i metodi, le fasi della ricerca, i risultati e la sintesi conclusiva con criticità e proposte.

Seguiranno alcune relazioni presentate durante il convegno.

Materiali, metodi e fasi della ricerca

FASE I: costruzione questionari QDSM e QSR.

FASE II: somministrazione questionari QDSM e QSR.

FASE III: inserimento ed elaborazione dei dati (SPSS e Microsoft Office Excel).

FASE IV: restituzione dei dati alla Regione Veneto.

FASE V: organizzazione di una giornata di studio sui risultati della ricerca.

FASE VI: divulgazione dei risultati.

Fase I

Sono stati costruiti ad hoc due questionari, il primo (QDSM) destinato ad essere compilato da ogni DSM del Veneto, il secondo (QSR) da ogni Struttura Residenziale con riferimento ai dati al 31.12.2005.

QDSM

Attraverso questo strumento sono state indagate alcune aree di funzionamento delle SR. In particolare sono state approfonditi i seguenti aspetti:

- ✓ Tipologia: pubblica, privata a direzione tecnica DSM, privata a gestione autonoma.
- ✓ Funzioni organizzative riguardo a: progetto di cura, inserimento, programmi individualizzati, verifiche, modalità di collaborazione tra DSM e SR, dimissione ed esiti.
- ✓ Aspettative del DSM rispetto alle finalità degli inserimenti in SR.
- ✓ Iniziative di formazione rivolte al personale delle SR.
- ✓ Numero dei posti in SPDC, SR, Centri Diurni.
- ✓ Budget del DSM destinato alla residenzialità.

QSR

Attraverso questo strumento sono state esaminate l'organizzazione e le caratteristiche di ogni SR:

- ✓ Apertura del servizio.
- ✓ Dimensione strutturale e collocazione ambientale.
- ✓ Numero di posti letto.
- ✓ Numero e caratteristiche degli ospiti (sesso, età, diagnosi, AULSS di appartenenza).
- ✓ Rapporti di collaborazione con il DSM di provenienza dell'ospite.
- ✓ Inserimenti, dimissioni, turn-over dal 2000 al 2005 anno per anno.
- ✓ Tempo medio di permanenza.
- ✓ Organizzazione risorse umane: personale impiegato, qualifica, formazione, turn-over.
- ✓ Processi assistenziali: attività e percorsi di cura, congruenza dei programmi con il DSM, progetto terapeutico individualizzato, collegamento con la rete dei Servizi.
- ✓ Rette.

Fase II

A) Primo Questionario - somministrazione QDSM

Metodo: intervista

Il ricercatore ha somministrato il questionario ai Direttori di DSM presso le loro sedi lavorative.

In quella stessa circostanza ha raccolto:

B) Scheda di Rilevazione delle Strutture Residenziali, nella quale si dovevano elencare:

- ✓ le SR presenti nel territorio della AULSS;
- ✓ le SR collocate fuori dal territorio della AULSS di appartenenza in cui siano presenti utenti che risiedono in quel DSM.

La scheda richiedeva queste altre informazioni su ogni SR rilevata:

- ✓ Indirizzo e recapito telefonico della struttura.

- ✓ Numero di posti letto, numero di ospiti appartenenti al DSM, numero di ospiti provenienti da ex O.P.
- ✓ Nome del responsabile.
- ✓ Titolarità della gestione: pubblica, privata a direzione tecnica DSM, privata a gestione autonoma.
- ✓ Intensità assistenziale : Comunità Terapeutica Residenziale Protetta CTRP (personale 24/24h), Comunità Alloggio CA (personale 12/24h), Appartamento o Casa Famiglia o Gruppo Appartamento APP (personale < 7/24h), RSA per malati psichici, Altro (specificare).

Dopo aver completato la raccolta dei dati si è provveduto a contattare tutte le CTRP e le CA segnalate nelle schede di rilevazione per procedere alla somministrazione del Questionario destinato alla SR (QSR).

C) Secondo Questionario - somministrazione QSR

Metodo: invio per posta previo contatto telefonico

Il questionario è stato inviato per la compilazione al referente/responsabile delle CTRP e delle CA. In caso di mancato riscontro si è telefonato nuovamente per sollecitare il referente a fornire la risposta.

Fase III

Sono stati elaborati i dati pervenuti attraverso QDSM, Scheda di rilevazione e QSR.

Per l'inserimento e l'elaborazione sono stati utilizzati SPSS (Statistical Package for Social Sciences) e Microsoft Office Excel.

Analisi statistica dei dati:

Innanzitutto è stata calcolata la percentuale dei questionari pervenuti, passaggio indispensabile per validare i dati ottenuti, *"la qualità dei dati è una funzione diretta della percentuale di risposta"* (Mc Burney, 2001).

I QDSM sono stati compilati da tutti i Dipartimenti di Salute Mentale Veneti (100%).

Sono state censite 134 SR in Veneto e 20 SR fuori regione, per un totale di 154 SR contattate.

I QSR restituiti sono stati 103 (91+12). Il 67% delle SR ha compilato e restituito il questionario. Tale percentuale è da considerarsi rappresentativa del campione analizzato in quanto supera il valore soglia del 50%.

Si veda la Tabella 1.

Tabella 1 - QSR INVIATI E COMPILATI

	Gestione Diretta		Direzione Tecnica Dsm		Gestione Autonoma		Fuori regione		Totale	
	compilati	tot	compilati	tot	compilati	tot	compilati	tot	compilati totale	contattati totale
CTRP	25 (86%)	29	10 (71%)	14	1 (10%)	10	8 (73%)	11	44 (69%)	64
CA	14 (93%)	15	13 (81%)	16	28 (56%)	50	4 (44%)	9	59 (66%)	90
compilati totale									103 (67%)	154

Successivamente si è proceduto ad effettuare un'analisi statistica dei dati di tipo prevalentemente descrittivo. Sono state compilate delle tabelle di frequenza con calcolo dei valori percentuali e utilizzo di grafici di tipo barre o torta per rappresentare i risultati emersi.

Risultati

1. STRUTTURE RESIDENZIALI

Le Strutture Residenziali (SR) sono state suddivise in:

- ✓ SR a gestione diretta con direzione e personale educativo – assistenziale dipendente AUIss,
- ✓ SR a direzione tecnica del DSM, con affidamento del servizio educativo e assistenziale a Cooperative del Privato Sociale,
- ✓ a gestione autonoma del Privato Sociale con direzione e personale educativo-assistenziale di Cooperative del Privato Sociale,
- ✓ fuori regione (tutte a gestione autonoma del Privato Sociale).

Tabella 2 - STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

	diretta	tecnica	autonoma	fuori reg.	tot
ctrp	29	14	10	11	64 (25%)
ca	15	16	50	9	90 (34%)
app	25	18	28	3	74 (28%)
rsa	2	10	17	5	34 (13%)
tot	71 (27%)	58 (22%)	105 (40%)	28 (11%)	262

Tabella 3 - UTENTI INSERITI

	diretta	tecnica	autonoma	fuori reg.	Tot
ctrp	360	148	59	23	590 (43%)
ca	105	111	224	16	456 (33%)
app	75	64	52	11	202 (15%)
rsa	9	72	43	7	131 (9%)
	549 (40%)	395 (29%)	378 (27%)	57 (4%)	1379

TAB 2 - La ricerca ha censito in Veneto 262 SR, di cui 71 a gestione diretta (29 CTRP, 15 CA, 25 APP, 2 RSA), 58 private a gestione tecnica del DSM (14 CTRP, 16 CA, 18 APP, 10 RSA) e 105 autonome (10 CTRP, 50 CA, 28 APP, 17 RSA).

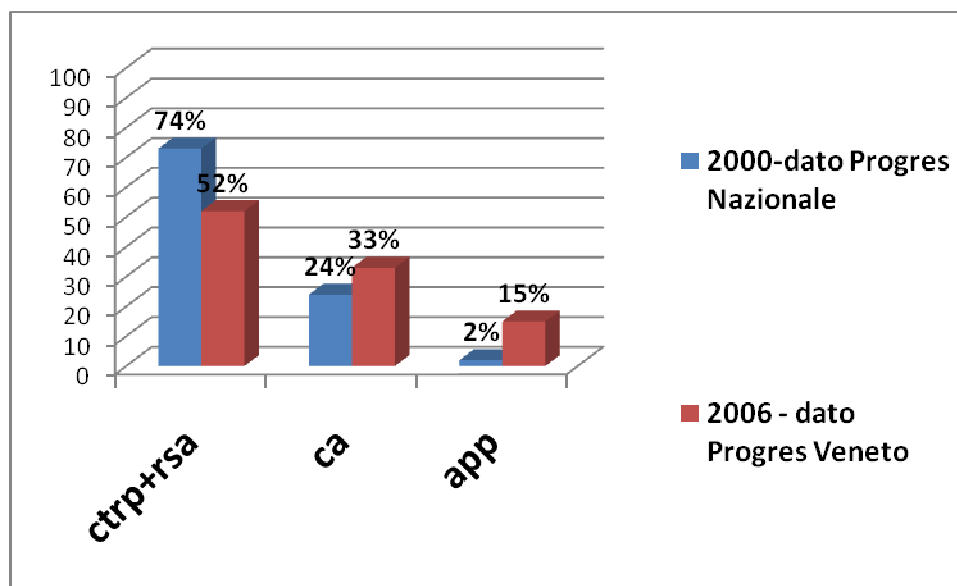
TAB 3 - La ricerca ha censito in Veneto 1379 utenti inseriti in SR, di cui 590 in CTRP, 456 in CA, 202 in APP e 131 in RSA.

Un dato che si desume dal confronto di queste due tabelle è la distribuzione dei pazienti inseriti rispetto al tipo di Comunità e al tipo di gestione. Si noti che la maggiore concentrazione di utenti si trova nelle CTRP a gestione diretta AULss e che il maggior numero di utenti in CA è ospitato in SR del Privato Sociale. In generale le SR gestite dal Privato Sociale sono in maggior numero e più piccole.

Altro elemento interessante riguarda gli utenti che sono ancora collocati in SR al di fuori della regione. Si tratta del 4% del totale dei pazienti che sono inseriti in 11 diverse Strutture, prevalentemente nelle regioni: Trentino, Emilia Romagna e Umbria; alcune in casa di riposo, altre in strutture precedentemente adibite ad albergo.

Si presenta di seguito nel Grafico 1 il confronto tra le percentuali di pazienti inseriti nelle Strutture Residenziali (Progres 2000 nazionale vs Progres Veneto 2006).

Grafico 1 - % UTENTI INSERITI



GRAF 1 - Dal raffronto delle due Ricerche si nota che è in diminuzione la percentuale dei pazienti (74% verso 52%) trattati nelle SR protette 24/24h CTRP e RSA e che contestualmente aumentano gli inserimenti nelle strutture a più basso grado di protezione.

Si precisa che i dati sono confrontabili solo parzialmente fra loro e che le Ricerche vengono comparate per considerazioni soprattutto qualitative. Si fa questa affermazione perché: 1) esse riguardano ambiti territoriali molto diversi e 2) la Ricerca nazionale venne fatta nel 2000 poco tempo dopo la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici del 1997, di cui CTRP di mantenimento e RSA rappresentavano le Strutture di superamento. Si evidenzia altresì che le denominazioni e le funzioni delle SR possono essere anche molto dissimili da una Regione all'altra. Si ricorda che in Veneto le CTRP di mantenimento furono chiuse nel 2000 e trasformate in CTRP attive e che le RSA di superamento degli OP in quanto tali sono in via di esaurimento e che non è ancora stata definita una loro trasformazione.

Si comunica che nella presentazione che segue non verranno presentati i dati riguardanti le RSA perché nella raccolta dei QDSM la risposta è stata così disomogenea da non permettere una indagine statistica. La rilevazione delle RSA ha fatto emergere, infatti, una pluralità di situazioni. In poche AULSS le RSA sono a gestione diretta e nelle altre autonoma, ma in questo secondo caso solo alcuni DSM ne hanno mantenuto la direzione tecnica ed altri no, spesso perdendone la conoscenza. Si è osservata una notevole variabilità di situazioni che può essere esemplificata da alcune risposte che si riportano di seguito. Alcuni Direttori di DSM hanno fatto rilevare la mancanza

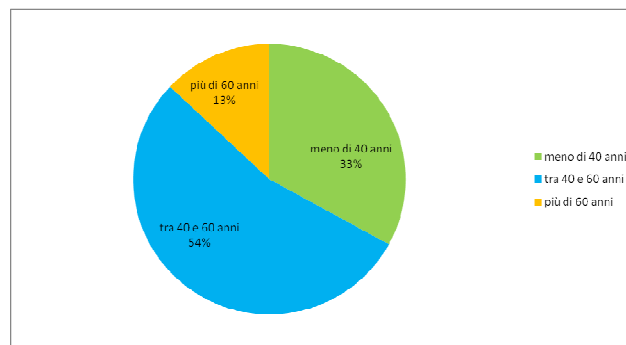
di SR di Lungoassistenza (SRL) a valenza socio-sanitaria e la permanenza impropria di alcuni pazienti in CTRP, altri hanno richiamato la definizione di RSA come strutture di mero superamento degli ex O.P. non riconvertite e come tali in esaurimento, altri ancora hanno demandato la competenza di questa materia al Distretto Socio-Sanitario oppure hanno comunicato di fare riferimento alle Case di Riposo come sola possibilità di accoglienza alternativa.

In sintesi i dati pervenuti sono così parziali e incompleti che non è stato possibile accorparli e analizzarli in dettaglio.

2. CARATTERISTICHE DEGLI UTENTI

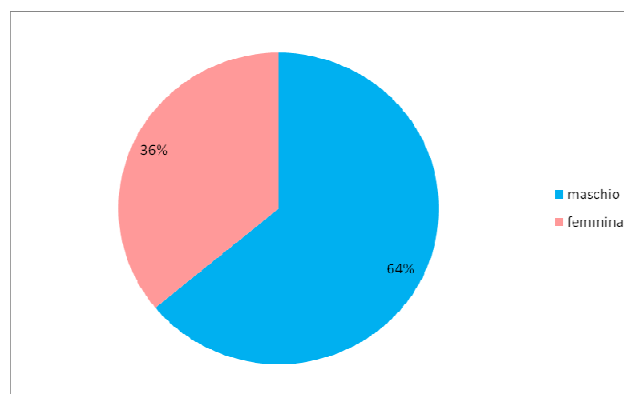
I tre grafici che seguono riguardano rispettivamente: età, sesso e diagnosi.

Grafico 2 - ETA' UTENTI



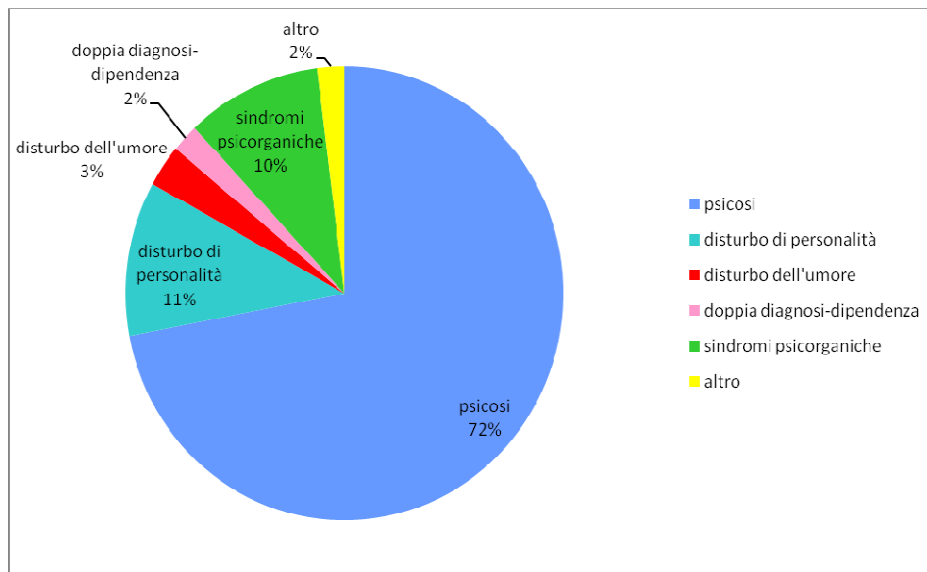
GRAF 2 - Gli utenti inseriti sono in maggioranza persone di età superiore ai 40 anni (54% dai 40 ai 60) e quindi con una durata di malattia almeno decennale. Solo un terzo degli ospiti ha un'età più giovane che fa supporre una maggiore tempestività dell'inserimento in Comunità. Al contrario il 13% degli ospiti supera i 60 anni; alcuni di questi provengono da SR di superamento degli ex-ospedali psichiatrici.

Grafico 3 - SESSO UTENTI



GRAF 3 - Notiamo una prevalenza di soggetti maschi. Si può supporre che il genere influisca sugli inserimenti in SR. Infatti il ruolo femminile sembra essere maggiormente accettato e integrato nel sistema familiare rispetto al ruolo maschile anche quando non è economicamente produttivo; da un maschio la famiglia si attende probabilmente prestazioni sociali più elevate, capacità lavorativa e autonomia familiare.

Grafico 4 - DIAGNOSI UTENTI



GRAF 4 - La categoria diagnostica prevalente (72% dei casi) è di psicosi schizofrenica.

Sono pure degni di attenzione i dati riguardanti la presenza di:

- disturbi di personalità (11%) percentuale già ora rilevante, probabilmente destinata a crescere e che pone alla discussione il problema del trattamento residenziale dei casi di comorbilità e della creazione di comunità specializzate;
- persone affette da patologie che non sono di diretta competenza psichiatrica come le sindromi psicosomatiche (10%) e le doppie diagnosi con le dipendenze patologiche (2%).

3. DISTRIBUZIONE DELLE SR E DEGLI UTENTI

Siamo andati quindi ad analizzare in dettaglio la distribuzione degli ospiti nelle singole Aulss. I dati vengono presentati distinguendo le SR in CTRP, Comunità Alloggio e Appartamenti secondo la classificazione del P.O. Tuttavia considerando che ancor oggi molte SR hanno denominazioni diverse, la ripartizione ha rispettato il seguente criterio:

- nella tabella 4 CTRP abbiamo considerato tutte le SR con assistenza 24/24 ore
- nella tabella 5 CA abbiamo considerato tutte le SR con assistenza 12/24 ore
- nella tabella 6 APP abbiamo considerato tutte le SR con assistenza inferiore alle 7 ore.

In tutte e tre le tabelle le SR sono suddivise secondo il tipo di gestione con i criteri sopraindicati.

Tabella 4 - CTRP

Azienda	CTRP tot	pz	Gest. diretta	pz	Dir. tecnica	pz	Gestione autonoma in reg.	pz	Gest. auton. fuori reg.	pz	P.L.
Ulss 1 Belluno	3	28	1	14	0	0	2	14			2,17
Ulss 2 Feltre	1	13	1	13	0	0	0	0			1,56
Ulss 3 Bassano	1	19	0	0	1	19	0	0			1,09
Ulss 4 Alto Vicentino	2	12	0	0	1	11	1	1			0,66
Ulss 5 Ovest Vicentino	2	34	2	34	0	0	0	0			1,94
Ulss 6 Vicenza	5	66	5	66	0	0	0	0			2,15
Ulss 7 Pieve di Sovigo	2	26	0	0	2	26	0	0			1,22
Ulss 8 Asolo	2	28	1	16	0	0	1	12			1,17
Ulss 9 Treviso	3	29	2	21	0	0	1	8			0,73
Ulss 10 Veneto Orientale	2	23	2	23	0	0	0	0			1,11
Ulss 12 Venezia	1	8	1	8	0	0	0	0			0,26
Ulss 13 Mirano	7	29	2	18	0	0	2	8	3	3	1,15
Ulss 14 Chioggia-P. di Sacco	5	17	0	0	0	0	1	3	4	14	1,29
Ulss 15 Alta Padovana	3	25	0	0	1	12	2	13			1,05
Ulss 16 Padova	7	90	2	24	5	66	0	0			2,21
Ulss 17 Este	8	30	2	22	3	3	0	0	3	5	1,65
Ulss 18 Rovigo	3	42	3	42	0	0	0	0			2,44
Ulss 19 Adria	0	0	0	0	0	0	0	0			0,00
Ulss 20 Verona **	2	22	1	11	1	11	0	0			0,63
Ulss 21 Legnago	2	14	1	13	0	0	0	0	1	1	0,95
Ulss 22 Bussolengo	3	35	3	35	0	0	0	0			1,31

TOTALI	64	590	29	360	14	148	10	59	11	23	1,25
--------	----	-----	----	-----	----	-----	----	----	----	----	------

percentuale strutture per gestione	45%		22%		16%		17%		100
percentuale pz in gestioni diverse		61%		25%		10%		4%	100

** NB i dati relativi all'AULss di Verona sono incompleti

TAB 4 - Si noti che tutte le SR fuori regione sono a gestione autonoma del Privato Sociale.

Nella colonna dei Posti Letto (ultima colonna) abbiamo calcolato il numero di ospiti delle CTRP per 10.000 abitanti. Si osservino la percentuale più elevata a Belluno, Arzignano, Vicenza, Padova e Rovigo e quella più bassa a Alto vicentino, Treviso, Venezia, Adria, e Legnago.

Altro dato interessante è che i pazienti collocati fuori regione appartengono a territori del sud-est della regione Mirano, Chioggia, Este, vicini alla Emilia Romagna, regione nella quale la notevole espansione di SR ha probabilmente attratto anche utenti veneti.

La media regionale è di 1,25 posti letto, 11 AULss si collocano al di sotto di questo valore, e le rimanenti si collocano al di sopra, discostandosene anche di molto (2,44).

Tabella 5 - COMUNITA' ALLOGGIO

Azienda	CA	tot	pz	Gest. diretta	pz	Dir. tecnica	pz	Gestione autonoma in reg.	pz	Gest. auton. fuori reg.	pz	P.L.
Ulss 1 Belluno	1	8	0	0	1	8	0	0				0,62
Ulss 2 Feltre	2	10	2	10	0	0	0	0				1,20
Ulss 3 Bassano	12	38	0	0	1	8	9	27	2	3		2,19
Ulss 4 Alto Vicentino	5	46	0	0	0	0	5	46				2,52
Ulss 5 Ovest Vicentino	3	11	1	7	0	0	2	4				0,63
Ulss 6 Vicenza	9	57	3	28	0	0	6	29				1,85
Ulss 7 Pieve di Sovigo	3	16	0	0	3	16	0	0				0,75
Ulss 8 Asolo	1	7	0	0	1	7	0	0				0,29
Ulss 9 Treviso	9	43	0	0	0	0	9	43				1,09
Ulss 10 Veneto Orientale	2	12	0	0	2	12	0	0				0,58
Ulss 12 Venezia	4	27	2	10	2	17	0	0				0,89
Ulss 13 Mirano	6	17	0	0	2	12	4	5				0,67
Ulss 14 Chioggia-P. di Sacco	5	8	0	0	0	0	2	3	3	5		0,61
Ulss 15 Alta Padovana	10	32	2	9	1	8	5	9	2	6		1,35
Ulss 16 Padova	6	42	3	21	1	5	2	16				1,03
Ulss 17 Este	2	15	0	0	0	0	2	15				0,83
Ulss 18 Rovigo	2	20	2	20	0	0	0	0				1,16
Ulss 19 Adria	1	6	0	0	1	6	0	0				0,80
Ulss 20 Verona	5	28	0	0	0	0	4	27	1	1		0,80
Ulss 21 Legnago	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1		0,07
Ulss 22 Bussolengo	1	12	0	0	1	12	0	0				0,45

TOTALI	90	456	15	105	16	111	50	224	9	16	0,98
--------	----	-----	----	-----	----	-----	----	-----	---	----	------

percentuale strutture per gestione	17%		18%		56%		10%		100
percentuale pz in gestioni diverse		23%		24%		49%		4%	100

TAB 5 - Il numero di posti letto delle CA per 10.000 abitanti è ancora piuttosto basso in molti DSM sia in valore assoluto che relativo alle CTRP. Fanno eccezione Bassano e Alto Vicentino. Nel territorio delle AULSS Alta Padovana e Feltre si osserva una presenza numericamente più equilibrata dei due tipi di Comunità CTRP e CA.

Da notare che la media regionale è di circa di 1 posto letto/10.000 abitanti, ma ben 13 Aulss sono sotto questo valore.

Tabella 6 - GRUPPI APPARTAMENTO

Azienda	APP tot	pz	Gest. diretta	pz	Dir. tecnica	pz	Gestione autonoma in reg.	pz	Gest. auton. fuori reg.	pz	P.L.
Ulss 1 Belluno	1	2	0	0	1	2	0	0			0,15
Ulss 2 Feltre	1	5	1	5	0	0	0	0			0,60
Ulss 3 Bassano	14	20	0	0	1	2	12	12	1	6	1,15
Ulss 4 Alto Vicentino	4	7	1	3	3	4	0	0			0,38
Ulss 5 Ovest Vicentino	14	31	14	31	0	0	0	0			1,77
Ulss 6 Vicenza	9	31	4	23	1	4	4	4			1,01
Ulss 7 Pieve di Sovigo	2	6	0	0	1	3	1	3			0,28
Ulss 8 Asolo	3	11	0	0	3	11	0	0			0,46
Ulss 9 Treviso	5	17	3	6	0	0	2	11			0,43
Ulss 10 Veneto Orientale	1	3	1	3	0	0	0	0			0,15
Ulss 12 Venezia	1	3	0	0	1	3	0	0			0,10
Ulss 13 Mirano	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4	0,16
Ulss 14 Chioggia-P. di Sacco	0	0	0	0	0	0	0	0			0,00
Ulss 15 Alta Padovana	4	7	0	0	0	0	4	7			0,29
Ulss 16 Padova	5	21	0	0	3	11	2	10			0,52
Ulss 17 Este	0	0	0	0	0	0	0	0			0,00
Ulss 18 Rovigo	2	4	0	0	0	0	1	3	1	1	0,23
Ulss 19 Adria	0	0	0	0	0	0	0	0			0,00
Ulss 20 Verona	5	9	3	4	1	4	1	1			0,20
Ulss 21 Legnago	1	1	0	0	0	0	1	1			0,07
Ulss 22 Bussolengo	3	20	0	0	3	20	0	0			0,75
TOTALI	76	202	27	75	18	64	28	52	3	11	0,43

percentuale strutture per gestione	36%		24%		37%		4%		100
percentuale pz in gestioni diverse		37%		32%		26%		5%	100

TAB 6 - La dotazione degli Appartamenti a variabile grado di protezione è ancora scarsa.

La media dei Posti Letto degli Appartamenti per 10.000 abitanti è di 0,43. Questa risorsa che permette di integrare alcuni percorsi di cura attuati in SR, è attiva e concentrata solo in poche AUlss dell'Area vicentina che pure hanno praticato soluzioni diverse. Se Arzignano ha privilegiato la gestione in collaborazione con Comuni e Aziende Territoriali di Edilizia pubblica, Bassano si è affidata alla gestione delle Cooperative sociali e Vicenza ha una gestione mista.

La Tabella 7, definita DELOCALIZZAZIONE, individua quanti utenti sono inseriti in SR del proprio territorio (prima colonna), quanti in SR extra Ulss, quanti fuori Regione. La percentuale dell'ultima colonna è calcolata sui pazienti ospitati in SR fuori Ulss.

Tabella 7 - DELOCALIZZAZIONE UTENTI

Azienda	totale PZ in SR	PZ in SR territorio ULSS	PZ in SR extra ULSS	PZ in SR extra regione	% extra reg
Ulss 1 Belluno	38	38	0	0	0,00
Ulss 2 Feltre	28	28	0	0	0,00
Asl 3 Bassano	77	58	9	10	24,67
Ulss 4 Alto Vicentino	65	23	42	0	64,60
Ulss 5 Ovest Vicentino	76	76	0	0	0,00
Ulss 6 Vicenza	147	118	25	4	19,73
Ulss 7 Pieve di Sovigo	48	48	0	0	0,00
Ulss 8 Asolo	46	46	0	0	0,00
Ulss 9 Treviso	89	89	0	0	0,00
Ulss 10 Veneto Orientale	38	38	0	0	0,00
Ulss 12 Venezia	38	38	0	0	0,00
Ulss 13 Mirano	50	31	12	7	38,00
Ulss 14 Chioggia-P.d.S.	25	2	1	22	92,00
Ulss 15 Alta Padovana	57	32	19	6	43,90
Ulss 16 Padova	153	148	5	0	3,27
Ulss 17 Este	45	37	3	5	17,78
Ulss 18 Rovigo	66	65	0	1	1,52
Ulss 19 Adria	6	6	0	0	0,00
Ulss 20 Verona	59	59	0	0	0,00
Ulss 21 Legnago	16	13	1	2	18,70
Ulss 22 Bussolengo	67	67	0	0	0,00

TAB 7 - Il 52% delle aziende accoglie tutti gli utenti in SR all'interno del proprio territorio, mentre per il restante 48% vi sono alcuni DSM che inseriscono in SR fuori territorio la metà o più degli utenti (Chioggia, Alto vicentino) o che hanno un indice elevato di "delocalizzazione" (Alta padovana, Mirano).

Successivamente siamo andati a valutare la collocazione ambientale delle SR. I dati sono riportati nella seguenti tabelle 8 e 9.

Tabella 8 – COLLOCAZIONE







	IN PAESE, ENTRO 1 KM	60	66%
	IN PERIFERIA ENTRO 3 KM	19	21%
	LONTANO DAL PAESE, OLTRE 3 KM	12	13%
	IN REGIONE VENETO	91	

Tabella 9 - COLLOCAZIONE

	IN STRUTTURE OSPEDALIERE	27%
	IN STRUTTURE DI PERIFERIA	13%
	IN CONTESTO SOCIALE URBANO	60 %

TAB 8, 9 - Abbiamo considerato due fattori: il primo la distanza dal centro storico, il secondo l'essere la SR ricavata dalla riconversione di edifici appartenenti agli ex-ospedali psichiatrici. Nel primo caso solo il 13% delle SR è collocato in luoghi periferici, nel secondo il 27% delle SR è collocato in strutture precedentemente ospedaliere.

4. PROGETTUALITÀ

La domanda seguente è stata se esista un programma/progetto che preveda inserimento, cura/riabilitazione e dimissione per ciascuna SR. Il 100% risponde SI.

Nella Tabella 10 si vede quanto spesso esso venga fatto per iscritto e quanto spesso coinvolga i familiari.

Tabella 10 - PROGETTI DI CURA

Frequenza	Per ogni persona inserita in SR viene fatto un programma/progetto scritto di trattamento?	C'è un contratto/progetto sottoscritto da DSM e familiari all'ingresso del paziente?
Mai	4,8 %	35 %
Talvolta	9,5 %	10 %
Spesso	4,8 %	0 %
Quasi sempre	19 %	15 %
Sempre	61,9 %	40 %

TAB 10 - Si noti che nell'80,9% (sempre e quasi sempre) esso viene redatto in maniera scritta e nel 55% è sottoscritto anche dai familiari.

Con le tabelle 11 e 12 sono stati approfonditi i programmi di verifica. Nella tabella 11 si specifica la frequenza con cui vengono effettuate le verifiche e nella 12 quanto frequentemente il referente/responsabile del DSM è presente in SR.

Tabella 11 - VERIFICHE

Con che frequenza vengono effettuate le verifiche?	Percentuale
< a un mese	33.3 %
Da uno a tre mesi	33.3 %
Da tre a sei mesi	33.3 %
Oltre i sei mesi	0

Tabella 12 - PRESENZA RESPONSABILE

Con che frequenza il Responsabile (nominato dal DSM) è presente nella SR?	Percentuale
Quotidiana	19,2 %
Settimanale	56,2 %
Mensile	5,5 %
Periodica	9,5 %
Su chiamata	9,6 %

TAB 11, 12 - Da questi dati si ricava una discordanza fra la frequenza delle verifiche, ugualmente distribuite nella tempistica che va da una volta al mese a una volta ogni 3/6 mesi, e la presenza nelle SR del responsabile/referente che risulta essere settimanale o addirittura quotidiana.

La tabella successiva indaga le previsioni di dimissione. La domanda "con riferimento ai vostri inserimenti più recenti, mediamente che tempi di dimissione pensate rispetto a ogni tipologia di SR (CTRP, CA, APP)? entro: un anno; 1-3 anni; 3-5 anni; più di 5 anni" è stata posta nel QDSM ai Direttori di Dipartimento con l'intento di verificare le aspettative del DSM rispetto alla durata del PTI nella SR. E' quindi una domanda che offre lo spunto per riflessioni principalmente di ordine qualitativo.

NB Le risposte, su scala Likert-like (mai, talvolta, spesso, quasi sempre, sempre), sono state raggruppate in ordine di frequenza e la tendenza generale, che compare nella tabella 13, è stata stabilita in base alla risposta più frequente (moda), poiché la scala era di tipo nominale e non prevedeva la possibilità di analisi di tipo quantitativo.

Tabella 13 - PREVISIONE DI DIMISSIONE

	< 1 ANNO	DA 1 A 3 ANNI	DA 3 A 5 ANNI	> 5 ANNI
CTRP	TALVOLTA	SPESSO	TALVOLTA	QUASI MAI
CA	TALVOLTA	TALV/SPESSO	TALVOLTA	QUASI MAI
APP	QUASI MAI	QUASI MAI	TALVOLTA	TALVOLTA

TAB 13 - Per i Direttori di DSM, l'aspettativa di permanenza media in CTRP e in CA si colloca in un range di valori che va da 1 a 3 anni e in APP per un tempo più lungo.

5. DIMISSIONI ED ESITI

Esaminiamo ora l'andamento delle dimissioni dalle CTRP e dalle CA confrontando i dati delle due ricerche Progres 2000 e Progres Veneto 2006. Il dato viene presentato in percentuale per maggiore chiarezza espositiva ed è stato calcolato sulla base di quante SR hanno avuto nel 2005 "0 dimissioni", "1-2 dimissioni" oppure "più di 2 dimissioni"(TAB 12).

Si ricorda che i numeri non sono direttamente confrontabili dal momento che riguardano campioni e classificazioni diversi sia per estensione territoriale che per raggruppamento dei dati, ma permettono di fare alcune considerazioni sull'andamento tendenziale.

Tabella 14 - DIMISSIONI

n. dimissioni	PROGRES 2000 ITALIA	PROGRES 2005 VENETO
0 dimissioni	38%	19%
1-2 dimissioni	31%	43%
più di 2 dimissioni	31%	38%

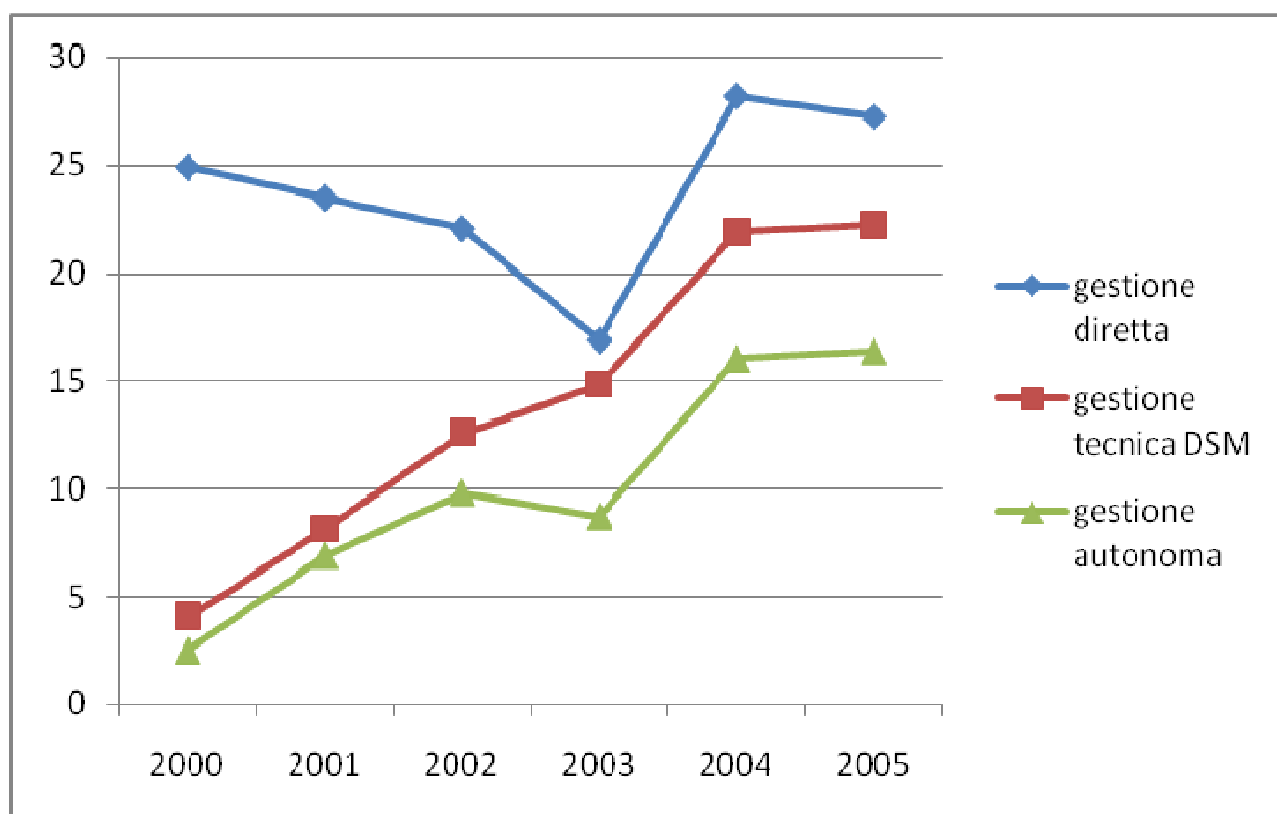
TAB 14 - Si osserva un aumento delle percentuali di dimissione nel Veneto rispetto al dato nazionale del 2000. In particolare diminuiscono le SR che non hanno fatto dimissioni (dal 38% al 19%).

Con le due tabelle successive approfondiamo ulteriormente il dato delle dimissioni, differenziandolo per le varie tipologie di gestione delle SR (TAB 15 e GRAF 5).

Tabella 15 - TURNOVER PAZIENTI

	gestione diretta	direzione tecnica DSM	gestione autonoma
2000	25%	4%	3%
2001	23%	8%	7%
2002	22%	13%	10%
2003	17%	15%	9%
2004	28%	22%	16%
2005	27%	22%	16%
Media	24%	14%	10%

Grafico 5 - TURNOVER PAZIENTI

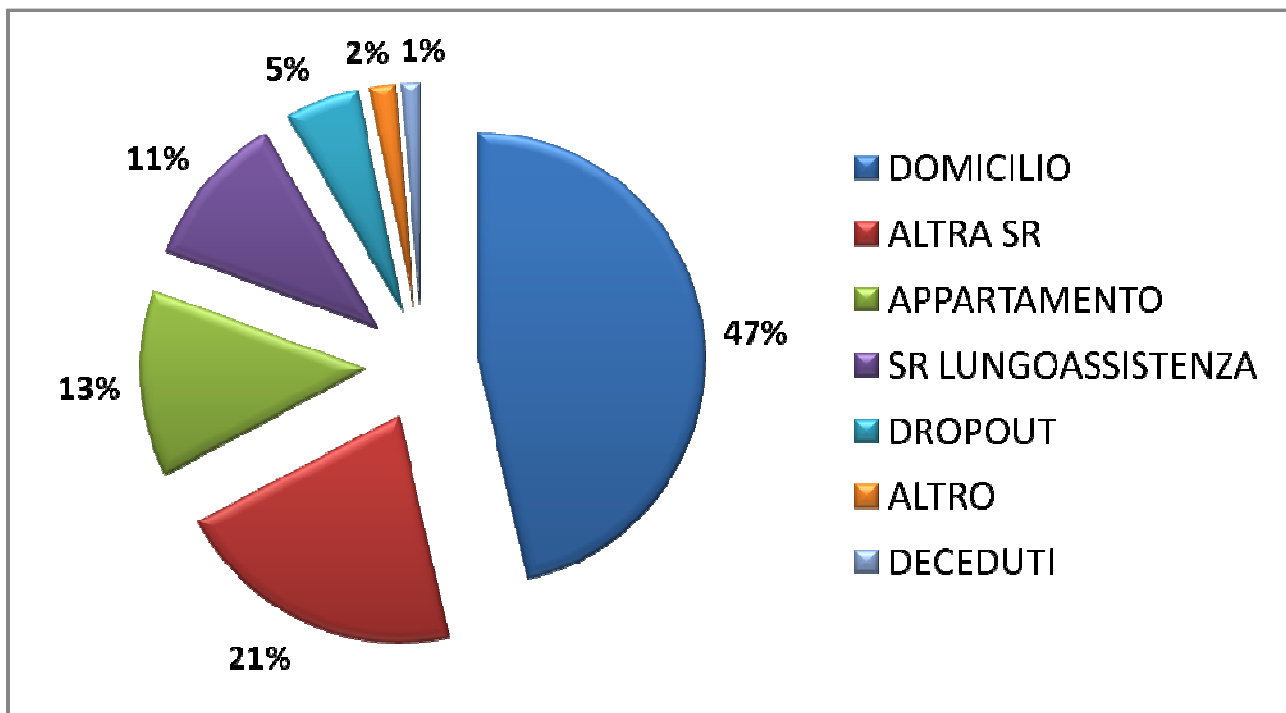


GRAF 5 - Si osserva che: le SR a gestione diretta nel corso degli ultimi 6 anni hanno mantenuto mediamente una percentuale di dimissione di oltre il 20% degli utenti; le SR a direzione tecnica DSM o autonoma hanno aumentato il numero di dimissioni negli ultimi 2/3 anni, rispettivamente con percentuali superiori al 20% per le prime e al 15% per le seconde (queste percentuali sono quasi doppie rispetto agli anni precedenti nell'ordine 10% e 7% in media, ma ancora inferiori rispetto a quelle delle SR a gestione diretta).

Tutti questi dati vanno attentamente considerati per riflettere sulla durata dei percorsi terapeutico-riabilitativi nelle comunità terapeutiche e come base per considerazioni sulle linee guida.

A questo proposito sono riportati nel Grafico 6 gli ESITI indicando il luogo in cui il paziente va a vivere dopo la dimissione.

Grafico 6 – ESITI



GRAF 6 – Questa tabella ci fornisce alcuni dati interessanti: il 60% dei dimessi torna al proprio domicilio o va in appartamento; il 32% viene trasferito in altra SR e solo il 5% interrompe il programma terapeutico-riabilitativo.

I dati sembrano essere complessivamente positivi ma insufficienti poiché ci dicono poco sull'effettivo miglioramento clinico e sul recupero dell'autonomia. In altri termini, il paziente che torna a casa o va in appartamento ha portato a termine il progetto individuale? Può considerarsi autonomo? In che misura? Ha raggiunto una sorta di guarigione sociale?

Riteniamo che evoluzione e decorso clinico successivo dovrebbero essere oggetto di una ricerca specifica.

6. RAPPORTO TRA SR E CENTRI DIURNI

Nella tabella 16 successiva è stata rilevata la presenza di posti nei centri diurni in confronto con i posti in SR (CTRP e CA). Ciò è stato fatto in analogia al Progetto Progres 2000, nel quale era stato riscontrata una situazione italiana estremamente variegata da cui si poteva dedurre un rapporto inversamente proporzionale fra la presenza di Posti Letto in SR e quella di Posti nelle strutture semiresidenziali CD in molte realtà sanitarie italiane. Abbiamo cercato di verificare se tale situazione è presente in Veneto. Si specifica che nel calcolo dei posti in CD sono compresi sia i Centri Diurni a gestione diretta che i CD a gestione autonoma (con direzione tecnica del DSM o meno).

Nella colonna 1 si indicano i posti letto in SR, nella seconda i posti in Centro Diurno, nella terza la quota di posti letto in SR per 10000 ab e nell'ultima la quota di posti in CD per 10000 ab.

Tabella 16 - RAPPORTO SR E CD

AZ ULSS	PL SR	P CD	PL X 10000 AB	PCD X 10000 AB
Ulss 1 Belluno	38	39	2,94	3,02
Ulss 2 Feltre	28	37	3,37	4,45
Asl 3 Bassano	77	43	4,43	2,48
Ulss 4 Alto Vicentino	65	43	3,57	2,36
Ulss 5 Ovest Vicentino	76	103	4,33	5,87
Ulss 6 Vicenza	154	21	5,01	0,68
Ulss 7 Pieve di Sovigo	48	65	2,25	3,05
Ulss 8 Asolo	46	12	1,92	0,50
Ulss 9 Treviso	89	75	2,25	1,89
Ulss 10 Veneto Orientale	38	?	1,84	
Ulss 12 Venezia	38	100	1,25	3,30
Ulss 13 Mirano	50	40	1,98	1,58
Ulss 14 Chioggia-Piove di Sacco	25	30	1,90	2,28
Ulss 15 Alta Padovana	64	18	2,69	0,76
Ulss 16 Padova	153	90	3,76	2,21
Ulss 17 Este	45	24	2,48	1,32
Ulss 18 Rovigo	66	30	3,83	1,74
Ulss 19 Adria	6	22	0,80	2,94
Ulss 20 Verona **	59	12	1,30	0,26
Ulss 21 Legnago	16	60	1,08	4,07
Ulss 22 Bussolengo	67	45	2,50	1,68
totale	1248	909	2,63	1,92

TAB 16 - Si osservi che in tutti i DSM esistono entrambi i Servizi. Non emerge in generale un rapporto inversamente proporzionale tra loro come era nella Ricerca Progres 2000 nazionale.

La disponibilità di posti è inferiore nei CD rispetto alle SR (mediamente 1,92 contro 2,63 ogni 10.000 abitanti). Sono 8 su 21 le aziende ULSS in cui il numero dei posti in CD è superiore a quello in SR, con in testa Legnago il cui numero di posti in CD è di ben 4 volte superiore.

7. RETTE

Si presentano ora alcuni dati che riguardano le rette nelle SR (TAB 17). Hanno risposto a questa domanda posta nel QSR il 62% delle SR che hanno restituito il questionario compilato, che corrisponde al 41% delle SR totali censite. Poiché i dati che seguono sono incompleti la tabella non verrà commentata; essi vengono comunque divulgati in quanto si ritengono utili per una riflessione di tipo qualitativo.

Tabella 17 - RETTE

		DIRETTA	DIR TECN.	AUTON.
CTRP	media	153,42	95,56	103,06
	min	93,50	50,81	60,00
	max	190,00	130,00	140,00
<hr/>				
CA	media	104,61	87,94	93,73
	min	66,00	62,79	50,00
	max	187,00	105,00	130,45

Terminata la presentazione dei dati riguardanti il censimento delle Strutture e dei pazienti inseriti si forniscono alcuni dati sul personale che opera nelle SR e sulla formazione.

8. PERSONALE

Nella Tabella 18 si elencano le qualifiche professionali che compongono le équipes, viene inoltre distinto il possesso del diploma dall'effettivo inquadramento lavorativo.

Abbiamo scelto di osservare le équipes delle SR venete, data la disomogeneità delle strutture fuori regione.

Tabella 18 - PERSONALE IMPIEGATO IN SR

	DIPLOMA		INQUADRAMENTO	
MEDICO	19	1,88%	19	1,88%
PSICOLOGO	80	7,94%	44	4,37%
ASS SOCIALE	20	1,98%	12	1,19%
EDUCATORE	77	7,64%	96	9,52%
INFERMIERE	266	26,39%	263	26,09%
TECN. RIAB.	2	0,20%	2	0,20%
OSS	455	45,14%	532	52,78%
ALTRO	89	8,83%	40	3,97%
TOTALE	1008		1008	

TAB 18 - Nelle SR venete lavorano complessivamente 1008 operatori, dei quali 505 in CTRP e 503 in CA. Di questi circa il 18% sono inquadrati in posizione funzionale diversa dal proprio diploma; queste differenze si concentrano soprattutto nelle figure professionali degli psicologi, educatori e OSS. Se ne deduce da un lato che l'inserimento degli psicologi avviene in altri profili professionali (educatori, OSS) e dall'altro che una parte degli educatori e degli OSS hanno altri diplomi.

Da notare che più dell'8% del personale, circa 90 persone, non ha conseguito un diploma specifico.

Questi dati mettono in evidenza la necessità di una revisione delle figure professionali necessarie nella gestione delle SR, della qualificazione e del loro corretto inquadramento professionale. Il dato andrebbe discusso anche in funzione delle sinergie tra diversi servizi ad esempio collegamenti fra SR e CD con integrazione dell'équipe, nonché del grado di intensità terapeutica, assistenziale e riabilitativa e alle dimensioni dei servizi per le necessarie economie di scala.

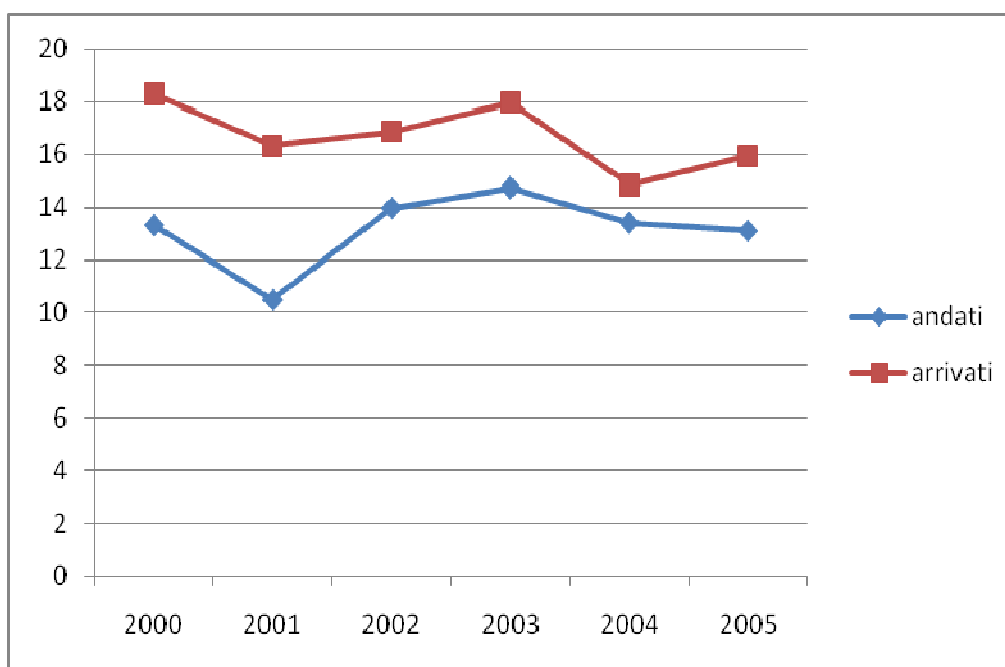
Segue la rilevazione della stabilità nel tempo della relazione operatore-utente, che si considera elemento importante della continuità terapeutica.

Nella tabella 19 e nel grafico 7 che seguono si riporta il turnover degli operatori nelle SR.

Tabella 19 - TURNOVER OPERATORI

	Escono dal servizio	Entrano in servizio
2000	13,30%	18,31%
2001	10,48%	16,32%
2002	13,95%	16,86%
2003	14,71%	17,98%
2004	13,39%	14,82%
2005	13,08%	15,93%
media	13,15%	16,70%

Grafico 7 - TURNOVER



TAB 19, GRAF 7 - Si ricava che l'avvicendamento di personale è stabile nel tempo e varia approssimativamente da 1 su 7 che esce, a 1 su 6 che entra in servizio nelle SR. La maggiore percentuale di chi è entrato rispetto a chi è uscito indica che il numero degli operatori è comunque in crescita sia pur di poco.

9. FORMAZIONE

La ricerca ha indagato anche sulla formazione destinata agli operatori delle strutture residenziali. Tutti i DSM si occupano di fare formazione specifica ed essa rientra nella Piano Annuale di Formazione.

Le domande poste riguardavano le SR che avevano partecipato all'ultimo corso di formazione organizzato dal Dipartimento e in particolare quali operatori erano stati coinvolti prevalentemente in queste occasioni formative.

Si vedano le tabelle 20 e 21.

Tabella 20 – PARTECIPAZIONE ULTIMA FORMAZIONE

Strutture Residenziali	
Gest. diretta	91%
Direz. tecnica	71%
Gest. autonoma	30%

Tabella 21 - DESTINATARI DELLA FORMAZIONE

Operatori	
Medici	38%
Psicologi	60%
Infermieri	63%
Educatori	83%
Oss	89%

TAB 20, 21 - Si noti che la formazione organizzata dal DSM coinvolge in maniera nettamente inferiore le SR a gestione autonoma, rispetto a quelle a gestione diretta. Questo dato può diventare spunto di riflessione per il miglioramento delle modalità di collaborazione e di integrazione e sulla realizzazione di modelli terapeutico-riabilitativi condivisi.

Per quanto riguarda le figure professionali, la formazione nelle SR parrebbe rivolgersi prevalentemente agli operatori e agli educatori, che sono le figure professionali più presenti nelle SR e verso cui si dovrebbe indirizzare sempre più la formazione stessa.

Si aggiunga che alla domanda posta nel QDSM riguardo l'ultimo corso di formazione organizzato dal DSM si è rilevato che esso generalmente era avvenuto durante l'anno o nell'anno precedente e che spesso si trattava di supervisioni cliniche.

SINTESI CONCLUSIVA, CRITICITÀ, PROPOSTE E TEMI DI RIFLESSIONE

La ricerca Progres Veneto 2006 ha fornito un quadro aggiornato sullo stato dell'arte delle strutture residenziali psichiatriche. La partecipazione dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Strutture Residenziali è stata totale dei primi e alta delle seconde.

SINTESI CONCLUSIVA

- Nel Veneto è stata creata in questi ultimi anni una rete di SR destinate alla cura e alla riabilitazione dei pazienti psichiatrici. La gestione delle SR è pubblica per il 27%, privata per il 40% oppure a direzione tecnica del DSM con personale assistenziale del privato sociale nel 22% dei casi. Gli utenti sono accolti per il 40% in SR pubbliche, per il 27% in strutture private e per il 29% in strutture a direzione tecnica del DSM. Le CTRP ospitano ancora la maggior parte dei pazienti veneti (43%), stanno aumentando gli inserimenti nelle strutture a minore protezione: Comunità Alloggio e Appartamenti.
- Sul totale di 1379 utenti risulta che 590 (43%) sono nelle CTRP, 456 (33%) nelle CA, 202 (15%) negli APP, 131 (9%) nelle RSA. Di questi 57 (4%) sono in SR fuori regione.
- Le SR censite sono 262 di cui 64 CTRP, 90 CA, 74 APP e 34 RSA. 28 SR sono fuori regione.
- I pazienti sono per la maggior parte maschi (64%) e hanno nel 54% dei casi tra 40 e 60 anni, il 33% ha meno di 40 anni e il 13% ha più di 60 anni. La diagnosi principale è quella di psicosi (72%).
- La distribuzione territoriale delle SR non è omogenea. Per quanto concerne le CTRP si va da 0 a 2,21 PL ogni 10000 abitanti per AULss. Il valore medio regionale è 1,25 PL ogni 10000 ab. Per quanto riguarda le CA si va da 0.07 a 2.52 PL ogni 10000 ab.
- Si registra un trend positivo di diffusione degli appartamenti, ma anche in questo caso le evidenze sono molto diverse. Alcune AULss ne sono sprovviste, la maggioranza ne ha molto pochi. Solo poche AULss hanno sviluppato questa tipologia di SR, nelle AULss 5 e 3 sono presenti rispettivamente 15 e 14 Appartamenti. La media regionale è di 0.43 posti per 10000 ab.
- La rete residenziale è gestita sia dal pubblico che dal privato con differenze rilevanti nella quota di gestione pubblico/privato da una realtà all'altra. In alcune AULss Feltre e Rovigo le SR sono esclusivamente a gestione diretta mentre nelle AULss Bassano, Alto Vicentino,

Pieve di Soligo, Chioggia e Adria l'assistenza è in carico esclusivamente a Cooperative. Ci sono notevoli differenze anche nel numero degli inserimenti fuori AULss (percentuale di delocalizzazione) con un valore massimo di 92%, minimo di 0%, medio di 15%.

- In tutti i DSM sono operanti sia SR che Centri Diurni ma la disponibilità di posti in CD è mediamente inferiore rispetto alle SR (1,92 contro 2,63 ogni 10.000 abitanti). In 8 AULss su 21 il numero dei posti in CD è superiore a quello in SR.
- I progetti di cura vengono quasi sempre redatti in forma scritta, ma non sempre (45%) sottoscritti e concordati con famiglie e utenti. Vi sono dati discordanti sulla frequenza delle verifiche e la presenza del responsabile in SR.
- Le dimissioni e il turnover dei pazienti soprattutto nelle SR a gestione autonoma sono ancora piuttosto scarsi; ne consegue che in alcuni casi si allungano i tempi di permanenza nelle SR.
- Gli Esiti delle dimissioni sono: rientro a domicilio nel 47% dei casi, accoglienza in un'altra SR (21%), appartamento (13%), struttura di lungo assistenza (13%) mentre nel 5% dei casi si interrompe il programma.
- Nelle SR venete lavorano complessivamente 1008 operatori dei quali 505 in CTRP e 503 in CA, di questi ben il 18% sono inquadrati in posizione funzionale diversa dal proprio diploma. L'équipe multiprofessionale è composta da: medici (1,2%), psicologi (5,4%), educatori (14,2%), infermieri (21%), O.S.S (53,3%). Sono discordanti le qualifiche professionali e i titoli di studio degli operatori. Il turnover degli operatori è mediamente del 13% in uscita e del 16% in entrata dal 2000 al 2005.

CRITICITÀ

- I dati ottenuti non sono esattamente confrontabili con quelli emersi dalla Ricerca Progres 2000, oltre che per le differenze del campione, perchè questi ultimi comprendevano anche le strutture di superamento degli O.P. che la Progres Veneto 2006 non ha mappato.
- La difformità delle SR soprattutto del Privato Sociale con denominazioni, modalità di gestione e di funzionamento anche molto diverse ha determinato delle difficoltà nel corretto inquadramento delle Strutture.

- La distribuzione delle SR è disomogenea, "a macchia di leopardo". In alcune zone vi è carenza di posti sia di CTRP che di CA, mentre nelle AULss precedentemente sede di ex O.P. è presente una dotazione più elevata, in particolare di CTRP.
- Il numero di posti nei Centri Diurni è ancora probabilmente insufficiente in molte AULss.
- Il censimento delle RSA non è stato possibile a causa della insufficienza delle risposte e della grande variabilità delle situazioni riscontrate. In generale le RSA sono a gestione autonoma del privato sociale, solo alcuni DSM ne hanno mantenuto la direzione tecnica, subentrando il Distretto Socio Sanitario in tutti gli altri casi. Si rileva che per lo più non sono state realizzate SR di lungo-assistenza a valenza socio-sanitaria per i pazienti psichiatrici. Si segnala altresì da un lato la permanenza impropria di pazienti nelle CTRP attive e dall'altro il solo utilizzo alternativo delle Case di Riposo.
- L'indagine sugli esiti è stata solo quantitativa e non qualitativa, ha per il momento verificato soltanto la collocazione ambientale dei pazienti dopo la dimissione e non l'esito dei singoli Percorsi di Cura.
- La risorsa residenziale rappresentata dagli appartamenti a grado variabile di protezione che è una tappa evolutiva importante dei percorsi residenziali è ancora sottoutilizzata in ambito regionale. Non sono stati definiti l'organizzazione, la gestione e il rapporto con gli Enti Locali e le Agenzie territoriali e non è ben chiarito il loro ruolo all'interno della rete dei Servizi del DSM.
- La disomogeneità nelle caratteristiche strutturali, nelle dimensioni e soprattutto nella composizione delle équipes e nell'inquadramento delle figure professionali sembra riflettere la presenza di modelli organizzativi e gestionali così diversi da rendere evidente l'assenza di linee guida e di un riferimento comune.
- Alcuni operatori sono inquadrati in ruoli diversi dalla loro qualifica professionale; ciò avviene soprattutto per i laureati in psicologia. Per altri si riscontra la mancanza di un titolo di studio specifico.

PROPOSTE E TEMI DI RIFLESSIONE

- Miglioramento dell'integrazione fra DSM e Privato Sociale all'interno della rete dei Servizi Psichiatrici Territoriali con definizione delle modalità di collaborazione e ripartizione delle competenze e delle funzioni.
- Maggiore coinvolgimento delle reti dei Servizi distrettuali, degli Enti Locali, del Volontariato al fine di favorire l'integrazione sociale delle SR e di combattere lo stigma.
- Creazione di una rete di SR, sia CTRP che soprattutto CA, diffusa in tutto il territorio regionale che tenga conto delle effettive necessità terapeutico-riabilitative degli utenti. Questa iniziativa potrà consentire il rientro nel proprio contesto sociale degli utenti che attualmente si trovano in SR lontane e fuori regione.
- Programmazione periodica del fabbisogno di Posti Letto nelle Comunità Terapeutiche con riferimento alla evoluzione della clinica (incidenza e nuove patologie).
- Previsione dei tempi ottimali di permanenza nelle diverse tipologie di SR con l'obiettivo di migliorare il quadro clinico, contrastare la cronicità e favorire l'autonomia dei pazienti. Definizione dei programmi di verifica e di turnover.
- Diffusione dei Centri Diurni in tutto il territorio regionale per favorire: la realizzazione dei processi terapeutico-riabilitativi in collegamento con le Comunità Terapeutiche, la riduzione del fenomeno della "delocalizzazione" e la dimissione con il rientro nella famiglia e nel contesto sociale di appartenenza. Il CD dovrebbe diventare il fulcro della riabilitazione del DSM e il Centro di riferimento dei progetti di autonomizzazione.
- Potenziamento nel territorio delle SR a minor grado di protezione e in particolar modo degli Appartamenti, in collaborazione con Enti Locali, Aziende Territoriali di Edilizia Residenziale e Cooperative del Privato Sociale, definendone caratteristiche, ruolo e rapporti con il DSM.
- Attenta riflessione sul difficile tema della lungoassistenza e della risposta alla comorbilità tra patologia psichiatrica e malattie organiche.
- Definizione dei criteri per l'accreditamento che consentano non solo di uniformare le tipologie delle SR su standard strutturali e organizzativi elevati ma anche di creare Strutture specializzate operanti su Area Vasta (per adolescenti, DCA, doppia diagnosi, superamento degli OPG).

- Individuazione di un modello di gestione delle Comunità Terapeutiche e dei processi terapeutico-riabilitativi condiviso e integrato tra pubblico e privato (linee guida) che privilegi lo sviluppo di progetti terapeutici individualizzati nei percorsi di cura.
- Sviluppo di autonomie del paziente psichiatrico che, oltre a rappresentare un importante risultato per l'utente, costituisce anche una riduzione dei costi di assistenza nel medio-lungo periodo. La stabilizzazione clinica e la recovery consentono un contenimento della spesa dei ricoveri in SPDC e permettono una riduzione dei costi indiretti secondari all'invalidità e al disadattamento socio-lavorativo.
- Verifica degli Esiti dei Percorsi di Cura in SR. Si propone di effettuare un'indagine qualitativa volta a esaminare il miglioramento o la stabilizzazione clinica, il recupero delle autonomie, le cause dei drop-out, con valutazioni sulla sintomatologia residua, sulla qualità di vita e sull'indice del funzionamento globale.
- Investimento sulla qualificazione del personale e sulla sua formazione al fine di creare prassi e metodologie di lavoro condivise e un modello comune, frutto del confronto fra le diverse esperienze. Utile strumento di integrazione fra pubblico e privato e per l'apprendimento di conoscenze e tecniche di trattamento e di riabilitazione.
- Supervisione dei casi clinici come prassi consolidata necessaria al lavoro integrato della équipe terapeutica multiprofessionale.

BIBLIOGRAFIA

Correale A. (2006). *Area traumatica e campo istituzionale*. Borla: Roma

Correale A. (1998). Introduzione alla Sezione Seconda. In: *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà*. Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. pp. 189-194. Raffaello Cortina: Milano

De Girolamo G., Picardi A., Morosini P. (2001). *Le strutture residenziali psichiatriche in Italia: il progetto PROGRES*. Istituto Superiore di Sanità: Roma

De Girolamo G., Picardi A., Morosini P. (2001). *Strutture residenziali psichiatriche in Italia Risultati del Progetto PROGRES*. Istituto Superiore di Sanità
<http://www.pol-it.org/ital/20011231.htm>

Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. (a cura di) (1998). *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà*. Raffaello Cortina: Milano

McBurney H. D. (2001). *Metodologia della ricerca in psicologia*. Il Mulino: Bologna

Mencacci C., Goldfluss E. (1998). Invio, selezione, assessment e accoglienza nelle comunità terapeutiche. In: *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà*. Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. pp. 324 -330. Raffaello Cortina: Milano

Vigorelli M. (a cura di) (2005). *Il Lavoro Della Cura Nelle Istituzioni*. Franco Angeli: Milano.

Vigorelli M. (2004). Modelli psicoanalitici di intervento istituzionale, *Psychomedia*
<http://www.psychomedia.it/asp/sem04/07feb04/vigorelli-mod.htm>

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

DGR 10 maggio 1994, n. 2034. Determinazione degli standard organizzativi-gestionali e strutturali sulle Rsa per anziani e persone non autosufficienti di cui alla Ir n. 28/1991, art. 4 e Ir n. 39/1993, art. 6, comma 4.

DGR 10 marzo 2000, n. 751. Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva – L.R. n. 5/96 (Art. 13, co 3 - Art. 17) - PSSR 1996 - 1998

DGR 22 dicembre 2000, n. 4080. Progetto obiettivo per la tutela della salute mentale. Aggiornamento (Art. 18, co 1-2, L.R. n. 5/1996).

LE COMUNITA' TERAPEUTICHE COME RISORSA PER LA CURA E LA RIABILITAZIONE. ESPERIENZE A CONFRONTO.

Marta Vigorelli

Il mio contributo parte da una riflessione maturata nell'esperienza ventennale di ricerca, di supervisione e formazione con operatori di Comunità e dal 1996 nel gruppo di lavoro di Mito&Realtà, che promuove una visione psicodinamica della comunità terapeutica, intesa come laboratorio complesso con caratteristiche specifiche e tipologie diversificate secondo le coordinate dello spazio, del tempo, dell'intensità del supporto, dei profili psicodiagnostici dei pazienti e del mandato istituzionale (Ferruta, Foresti, Pedriali , Vigorelli 1998, Vigorelli 2005).

Articolerò il tema nei seguenti punti:

- ✓ Riflessioni sulla ricerca Progres Veneto 2006
- ✓ confronto con i risultati internazionali, nazionali e lombardi
- ✓ Criticità e rischi iatrogeni nella breve storia delle CT Italiane
- ✓ La Comunità terapeutica come risorsa: come la definiamo?
- ✓ Complessità dei fattori per l'indicazione di invio in Comunità terapeutica: i servizi invianti, il contesto familiare e le reti naturali, il paziente (vulnerabilità e risorse), l'èquipe curante nella CT.

Riflessioni sulla ricerca Progres Veneto2006

Il valore di questa ricerca risiede a mio avviso anzitutto nella funzione di attivazione del dialogo tra istituzioni a diversi livelli e con operatori che quotidianamente vivono l'esperienza delle comunità e che oggi possono avere una restituzione delle valutazioni compiute lo scorso anno; molto spesso le ricerche, soprattutto accademiche, esplorano, richiedono informazioni e somministrano questionari senza che poi i soggetti principali, che sono appunto utenti e operatori, vengano messi al corrente dei risultati e quindi possano trarre da queste, indicazioni per un cambiamento.

Questa ricerca che ha il merito quindi di essere ideata e realizzata sul campo, costituisce uno stimolo per riflettere e fare il punto in generale su questo strumento terapeutico e su come viene utilizzato nella Regione veneta. Infatti possiamo dire che un censimento accurato dello stato delle residenze e la raccolta di dati acquisisce un senso, proprio come operazione preliminare finalizzata

a mettere a fuoco strategie specifiche sul piano della programmazione non solo organizzativa, ma anche clinica e formativa.

In questi risultati, rispetto alla ricerca Progress italiana del 2001, pur con quadri psicopatologici simili con prevalenza di psicosi, possiamo notare alcune differenze significative e indici di miglioramento nell'utilizzo appropriato della residenzialità terapeutica, rilevando soprattutto:

- Un maggior numero di dimissioni e di progetti personalizzati
- un aumento della residenzialità a bassa protezione (meno costosa)
- un abbassamento della fascia di età (- 40 a.) rispetto alla precedente utenza exmanicomiale
- Infine rispetto al dato significativo sul dopo-dimissioni del 47% dei pazienti che rientrano presso il domicilio familiare, è possibile porre un interrogativo che può costituire la base per una successiva riflessione di approfondimento: ci si può chiedere infatti quale sia l'indice di miglioramento di questi pazienti sia a livello di sintomi, di qualità della vita e capacità di socializzazione rispetto al momento di inserimento e come siano state preparate le famiglie a ri-accogliere i familiari ospitati per alcuni anni in CT.¹ Da qui potrebbero nascere ipotesi di prosecuzione e approfondimento per successive, interessanti ricerche orientate soprattutto a una valutazione prospettica e longitudinale.

Confronto con i risultati della ricerca internazionale, nazionale e lombarda

Diamo uno sguardo ora velocemente ad alcuni risultati delle ricerche su questo tema a livello internazionale e nazionale: il problema della Comunità Terapeutica come risorsa, è correlato alla variabile fondamentale *dell'efficacia in termini di miglioramento dei pazienti* e a due sottovariabili che sono il *tempo di permanenza* nelle strutture residenziali e le *dimissioni*.

Nei paesi anglosassoni in cui si è sperimentato il continuum tra diverse tipologie di S.R², i pazienti tendono però a restare per anni nella stessa struttura residenziale senza transitare in S.R. meno protette e senza mai essere dimessi "a casa propria" (Trieman, Leff, Glover 1999)

La situazione italiana è stata molto simile fino agli anni 2000, a causa del basso turn over per la presenza del 40% di dimessi dagli O.P. con queste caratteristiche: età 50-64 anni, prevalentemente maschi schizofrenici, nubili, che non hanno mai lavorato, con pensione d'invalidità, con più di 16 anni di malattia e con scarse possibilità di reinserimento e di reti efficaci di supporto sociali. Non dimentichiamo però che, per questi pazienti, una stabilità residenziale - in

¹ Sigla che sta per Comunità Terapeutica

² Sigla che sta per Struttura Residenziale

strutture di tipo socioassistenziale - e l'adattamento con una buona qualità della vita è da considerarsi il miglior esito possibile (Progetto PROGRES Di Girolamo, Morosini et al.2000).

Questi dati sono confermati anche da una recente ricerca longitudinale su 265 SR in Lombardia, (1459 pazienti) sull'uso e le funzioni delle SR con varia intensità di cura e sui fattori predittivi che favoriscono le dimissioni verso un contesto di protezione più basso. La valutazione è stata realizzata con la scala HoNOS (Wing 1999, Lora 2000) in 2 tempi.

Correlazioni significative sono state rilevate tra: la tipologia di SR, la provenienza del paziente prima della permanenza, la durata di degenza, il reperimento della casa e occupazione sono **associate a una probabile dimissione** verso un contesto di minor protezione e a progetti fortemente individualizzati.

E' stata rilevata invece un'assenza di correlazione con: indice di gravità del paziente e con la frequenza di interventi psicosociali e riabilitativi. Risultato che apre alla riflessione sull'adeguatezza dei progetti terapeutici finalizzati a rinforzare l'autonomia dei pazienti.

Una minor probabilità di dimissione dei pazienti: da SR a gestione privata, da SR a bassa protezione, per chi non ha mai lavorato.

Maggiori possibilità di dimissioni: chi proviene da casa ha 17 volte di probabilità in più di essere dimesso, chi proviene da un'altra Residenza ha 8 probabilità in più di essere dimesso rispetto a chi proviene da un Ospedale Psichiatrico (Ricerca RESPIL condotta dall'Istituto Mario Negri di Milano, 2000-2001).

Inoltre per quanto riguarda i risultati della ricerca sul tema, "residenzialità e doppia diagnosi" è emerso un altro dato significativo: nel censimento sulle diagnosi di pazienti inseriti in SR è presente una bassa percentuale (5%) del campione con doppia diagnosi, in contrasto coi dati internazionali (59%) di co-morbilità tra i pazienti gravi. I motivi sono dovuti probabilmente alla selezione che esclude pazienti affetti da abuso di sostanze e di alcool per l'ammissione alle Strutture Residenziali.

La controindicazione per questi pazienti di inserimento in Strutture Residenziali contraddice numerose esperienze internazionali (Linehan 2000; McCallum& Piper 1999) ed è un dato da problematizzare; rappresenta un *punto di criticità del sistema sanitario-assistenziale* italiano e un campo molto fecondo di sperimentazione futura e di ricerca. Proprio per questi motivi, il Convegno

di Mito&Realtà ha scelto come tema da dibattere nel prossimo anno (anche in un successivo Forum) quello che parte dall'interrogativo cruciale "Quali Comunità terapeutiche per i pazienti borderline?" e vedremo così di iniziare a delineare alcune linee guida.

Citiamo infine i risultati di una ricerca pilota sulla valutazione del processo-esito condotta in Lazio (collaborazione con cattedra psichiatria 2° università di Medicina - Roma) su un campione di **12 SR** (8 private e 4 pubbliche) ad alta protezione con pazienti con potenzialità evolutive - età tra i **18 e 47 anni**, assenza di patologie invalidanti, che ha riscontrato un "effetto collaterale" del trattamento in SR da considerare con molta attenzione: "La persona che si è giovata di un trattamento residenziale per un tempo non breve (più di 2 anni) e con discrete competenze iniziali, migliora le proprie capacità di giudizio, costruendo una protezione fondamentale contro il rischio di ricadute. Ma al contempo ha strutturato l'appartenenza a un contesto sociale diverso da quello che incontra fuori dalla SR, nel quale può avere difficoltà ad orientarsi. Si comprende l'importanza cruciale di **strutturare percorsi di uscita** dalla SR che tengano conto di questo e sostengano e proteggano adeguatamente la **risocializzazione** delle persone che si affacciano al mondo dopo la immersione nel campo trasformativo delle S.R." (Torricelli 2001)

Criticità e rischi iatrogeni della residenzialità nella breve storia delle CT italiane

Le prime comunità terapeutiche compaiono in Italia attorno agli anni '70, anche prima della Riforma psichiatrica, senza riferimento a esperienze straniere; sono caratterizzate da una notevole ricchezza di sperimentazione, di modelli e di offerte, ma anche da una grande eterogeneità e mancanza di un filo conduttore, di un progetto/scopo univoco. Spesso vengono "mescolati" (e confusi) bisogni di pazienti diversi (ex OP, "nuovi cronici", mai istituzionalizzati, più giovani) nell'illusione fortemente connotata ideologicamente che "*senza manicomio, tutti possono guarire*" (Asioli 2005).

La conseguenza negli anni '80 e '90 è stata una totale delega della cronicità alle Strutture e un loro pericoloso *isolamento* rispetto all'articolazione dei Dipartimenti di salute mentale. Spesso in molte Strutture "si fa di tutto": cura, assistenza, riabilitazione, socializzazione, avviamento al lavoro, etc. La pratica poi è stata in parte generica, approssimativa, una vaga animazione, saltuarie occupazione del tempo, iniziative estemporanee, intrattenimento afinalistico, confusioni di ruolo.

Asioli riassume con queste caratteristiche i rischi che la comunità, diventi una perpetuazione della cronicità e un'esperienza iatrogena, anziché essere uno strumento di cura:

1. L'INDIFFERENZIAZIONE: di pazienti, funzioni, compiti
2. LA TOTALIZZAZIONE : l'onnipotenza e la cultura del risarcimento
3. L'ISOLAMENTO CLINICO E SOCIALE
4. LA ROTTURA DEI LEGAMI CON I FAMILIARI
5. IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE PRESENTE SOLO AL MOMENTO DELLA AMMISSIONE DEL PAZIENTE con una mancanza di accordi bidirezionali
6. LA ATEMPORALITA' e la cronicizzazione
7. GRAVITA CLINICA dei pazienti e il CARICO EMOZIONALE SUGLI OPERATORI "la CT si può ammalare" non sostenuti da adeguata formazione e supervisione.
8. L'INSOSTENIBILITA' ECONOMICA reale della assistenza ai pazienti per esaurimento delle risorse e/o per il loro cattivo uso.

La comunità terapeutica come risorsa terapeutica e riabilitativa

Ci chiediamo allora: a quali condizioni una comunità o un'esperienza residenziale può essere realmente terapeutica? Diamo intanto una **definizione**; la comunità è uno **strumento molto complesso**, anche perché è fondata su una serie di paradossi: essa è innanzitutto una residenza, quindi un'abitazione stanziale, che però promuove un percorso, quindi qualcosa di dinamico e stimolante; ha a che fare con l'individuo, con i suoi progetti personali, ma si sostanzia di dispositivi gruppali; promuove attività concrete, quotidiane, come lavare i piatti, fare i letti, curare l'igiene personale, ma queste attività assumono significati per i quali cessano di essere mere ripetizioni alienanti; essa svolge infine una funzione di contenimento rispetto agli aspetti primitivi di sé, mentre sostiene le tendenze emancipative.

Entriamo nel merito di questi paradossi e di quelli che possono essere considerati i fattori terapeutici specifici della Comunità come strumento di cura e di riabilitazione.

Innanzitutto, la comunità terapeutica è un'esperienza che si svolge in uno **spazio** e in un **tempo** definiti: essa ha un inizio e un termine che la individuano come processo, ed i ritmi temporali, quegli stessi che lo psicotico ha perso, scandiscono la giornata. Dal punto di vista dello spazio, poi, essa non si configura come un reparto o un ambulatorio e, seppur simile a una casa, anche

architettonicamente è caratterizzata in modo peculiare. In fin dei conti, essa si propone come residenza emotiva di un percorso trasformativo scandito dai suoi diversi livelli: innanzitutto come *ambiente sensoriale, emotivo*, che aiuta a ripristinare il senso di coesione, di continuità e di vitalità profondamente danneggiato dal disturbo psicotico e a riorganizzare le coordinate spazio-temporali alterate. La CT si pone anche come *luogo d'incontro e di relazioni* che predispone condizioni affettive favorevoli, esperienze facilitanti di transizione tra soggettività isolata e condivisione con gli altri, tra significati del mondo interno e significati del mondo esterno, tra aspetti fantasmatici e aspetti concreti.

La CT si rivolge agli individui e all'ambiente aperti ad una possibilità anche minima di cambiamento. La sofferenza vissuta è la cartina tornasole che consente di individuare i pazienti adatti a questo tipo di risorsa terapeutica: un disagio psichico che non si vuole cronicizzare, e che non si è nemmeno cristallizzato in una serie di comportamenti rigidi e ritualizzati (tossicodipendenza, ripetuti atti delinquenti, ecc.). In sintesi, i pazienti che possono usufruire della CT appartengono all'area della psicosi e della patologia borderline, con eventuale presenza di elementi tossicofilici e delinquenti non organizzati.

Il metodo terapeutico utilizzato si basa sul dispositivo gruppale: di fronte alla impossibilità propria di questi pazienti di vivere sia da soli che con gli altri, la CT mette a disposizione una serie di esperienze gruppali, a partire dalla condivisione della vita quotidiana. Gruppale è anche la relazione con i terapeuti, al fine di evitare il costituirsi di rapporti unici ed esclusivi i quali tenderebbero a favorire la ripetizione di modalità di funzionamento che si sono rivelate fallimentari. A livello psicodinamico, la condivisione quotidiana della vita comunitaria facilita l'espressione delle emozioni attraverso l'identificazione con più personaggi, l'integrazione di proiezioni e identificazioni nel contenitore gruppale, il rafforzamento di queste personalità vulnerabili attraverso il senso di appartenenza. Il gruppo insomma offre ai pazienti la possibilità di proiettare l'intensità dei loro vissuti, di cogliere identificazioni multiple, di drammatizzare le loro emozioni e, in qualche modo, di fare un'esperienza di microsoggettività che possa poi gradualmente aprirli alla socialità esterna.

In quest'ottica, il momento più specifico dell'esperienza comunitaria è quello della *riunione di comunità*, articolata su di un'ampia gamma: la grande assemblea *una tantum* con le famiglie, gli operatori e i pazienti; l'assemblea settimanale con pazienti e operatori; l'assemblea per gli operatori, sia settimanale che quotidiana per decidere il piano della giornata.

Tutti questi momenti gruppali costituiscono un microcosmo sociale che il paziente sperimenta e può interiorizzare gradualmente, per aprirsi a un contatto meno angosciato con il mondo esterno; ed è nel gruppo che può avvenire una reale *integrazione* di competenze, di strumenti, di punti di vista; senza l'integrazione (che ha come corrispettivo la graduale coesione del paziente psicotico),

la CT può diventare un'esperienza esplosiva e iatrogena. Si tratta di una *risorsa terapeutica globale che cura con il suo funzionamento integrato*: gruppo dei pazienti e gruppo dei curanti, in collaborazione con le famiglie e la rete sociale costituiscono nel loro insieme il dispositivo della cura; e la cura è come intrinseca all'organizzazione stessa, e scaturisce da tutte le attività nel loro complesso.

L'impostazione organizzativa, quindi, non è indifferente, separata o neutra rispetto a questo modello di cura; al contrario, essa è basata sulla collaborazione e partecipazione di tutti i suoi membri, operatori e pazienti, coinvolti in prima persona. Questa è la risorsa fondamentale per la CT, in quanto pone le condizioni per la stabilità e la continuità di operatori che si dispongono con costanza ad integrare gli aspetti che i pazienti mettono su di loro; le loro competenze professionali entrano molto più *a contatto* e si devono modellare, devono uscire dalle asperità dei cosiddetti ruoli professionali specifici.

Se è vero poi che, in certi casi, i pazienti necessitano di accudimento e regressione, la vita comunitaria tuttavia non viene organizzata secondo questo parametro, ma come accompagnamento ad un processo di graduale responsabilizzazione di ciascuno nelle pratiche della vita quotidiana, oltre che in diversi tipi di attività (espressive, sportive, lavorative). Ciò presuppone un **progetto individualizzato formulato in modo diverso per ciascun paziente** con scansioni temporali (dall'inserimento al distacco) e caratteristiche che ne possono favorire l'espressione personale, ma anche responsabilità comuni, in cui non ci sia la separazione in compiti più nobili e meno nobili, ci siano regole il più possibile simmetriche e una parziale condivisione dei processi decisionali. Questo favorisce l'attivarsi di una funzione di *coterapia* di ogni paziente verso altri compagni di viaggio, come elemento di passaggio verso l'interiorizzazione di una capacità di prendersi cura di sé. È la grande lezione delle comunità anglosassoni: i pazienti si guardano, si osservano, e, al di là dei meccanismi di competizione, che devono essere accettati e elaborati, i momenti diversi della storia di ciascuno possono servire da modello di riferimento identificatorio.

Anche le attività espressive, riabilitative, ricreative, lavorative sono importanti nell'esperienza di comunità, perché permettono di riprendere contatto con aspetti sensoriali e con attività di mediazione tra il soggetto e il mondo delle cose e delle persone. Questo aspetto transizionale crea uno spazio-tempo di mediazione. La sua importanza non deve tuttavia bloccare il lavoro di comunità quando manca qualche risorsa tecnica (ad es. musicoterapeuta, materiali di lavoro): l'essenziale è trovare creativamente i modi per fare esperienze sensoriali e di mediazione attraverso gli oggetti e il movimento corporeo. Si tratta infatti di una cura che svolge la propria funzione terapeutica attraverso *azioni parlanti* (Racamier 1979), che uniscono la possibilità di fare esperienze nuove e soddisfare bisogni esistenziali. Queste azioni sono inserite in un assetto

organizzato da un punto di vista spaziale e temporale che fa da contenitore ampio sia al processo di evoluzione personale sia alle dinamiche di tutto il gruppo, operatori e pazienti.

I rapporti con i familiari e il sociale vengono impostati a livello clinico dal **clima** che si respira in comunità: non il rifugio contro il mondo ostile, ma il luogo di protezione transitorio, il luogo di nuove esperienze da saggiare e valutare senza dovere immediatamente fare scelte definitive, produrre risultati positivi, essere grati. La **famiglia** in particolare, che spesso ha pochi strumenti di evolutività, costituisce fin dall'inizio un'importante risorsa terapeutica, e va inserita nel progetto in modo organico e supportata in quanto espressione di sofferenza profonda che talvolta assume le tonalità della disperazione. Le famiglie devono essere vissute come soggetti attivi della terapia comunitaria.

Gli operatori di comunità necessitano di attività di *formazione specifica*, che promuovano le attitudini di empatia e affettività e che affinino la capacità di modulare distanza e vicinanza al paziente. Accanto all'approfondimento delle competenze delle singole professionalità, la formazione rivolta a tutto il gruppo curante con seminari, workshop, supervisioni, fornisce a ciascuno la qualità terapeutica di contatto con il paziente. *Occorre un allenamento a considerarsi parte di una mente gruppale capace di scambi, circolazione di conoscenze del paziente, desiderio di imparare dagli altri e dall'esperienza.*

La mente gruppale può funzionare soltanto se la **leadership** si fa carico di mantenere molto ferma la finalità del compito primario rappresentata dalla cura, se mira a tenere viva la responsabilità, facendo da punto di riferimento e di guida sia per le variabili positive (promozione di qualità personali degli operatori) sia per intervenire prontamente di fronte a fenomeni di funzionamento del gruppo non come gruppo di lavoro, ma sotto la spinta inconscia di assunti di base potenti (dipendenza, attacco e fuga, ecc.). Quindi, il primo lavoro del responsabile di comunità è quello di creare un gruppo dove i talenti vengano valorizzati, ma anche fatti circolare in modo tale da creare ciò che Bion chiama il gruppo di lavoro, ossia il gruppo orientato con consapevolezza a quello che è il compito primario che è la cura dei pazienti. Il leader di comunità, allora, non è più il leader carismatico, poiché la cultura dei gruppi ha reso consapevoli di come la distribuzione delle responsabilità sia fondamentale.

La complessità di tutti questi fattori e la presenza di questi paradossi rendono la CT uno strumento estremamente fragile: per questo occorre accompagnare all'attività quotidiana, formazione, ricerca e verifica continua. Formazione sia nella fase iniziale di inserimento, come nelle riunioni sistematiche con un conduttore o un supervisore che aiuti a stemperare l'intensità dei vissuti, ad elaborare i progetti, a comprendere quanto succede nei singoli e nel gruppo. E tutto per garantire

un sostegno e un irrobustimento di fronte al rischio continuo di logoramento e di sofferenza psichica degli operatori stessi.

Fattori per l'indicazione e la controindicazione di invio in Comunità terapeutica

Presenterò ora i numerosi fattori che concorrono al processo decisionale di invio e presa in carico in CT ; non dimentichiamo che il fatto di trascurare queste variabili, omettendo o scotomizzandone qualcuna dal campo istituzionale, può provocare spesso un fallimento del progetto terapeutico con un drop-out del paziente e la conseguente cronicizzazione delle sue difese patologiche o del suo stato di crisi.

Primo Fattore: I Servizi invianti

- ✓ SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura)
- ✓ Centri Territoriali
- ✓ OP (Ospedale Psichiatrico)

All'interno del servizio inviante è necessario individuare un referente responsabile del progetto che costituisca un contenitore mentale e affettivo delle diverse tappe e dei contesti che il paziente transita nel suo percorso di cura; il (case manager) è anche l'interlocutore che periodicamente mantiene i collegamenti per la verifica dei risultati e delle difficoltà del paziente e della sua famiglia nel mantenere la continuità dell'alleanza terapeutica.

Secondo fattore : Il contesto familiare

Intendiamo con il concetto di *lutto preliminare* (Correale 1993) quella complessa operazione psicoaffettiva che il paziente deve compiere prima di entrare per la prima volta in Comunità, che comporta una cesura con la vita precedente, una temporanea rinuncia alla sua famiglia, al suo habitat, quotidianità, oggetti, abitudini ecc. Questa stessa operazione è da verificare anche dal punto di vista della famiglia, dove spesso l'indifferenziazione e il legame simbiotico è funzionale al mantenimento di un certo assetto, sia pur patologico; per cui, nel caso si avvii il progetto di inserimento, occorre portare a un minimo di consapevolezza:

1. Gli stili di attaccamento e le interazioni patogene riconosciute come interferenza al progetto evolutivo e le potenzialità di differenziazione del paziente rispetto alla famiglia

2. Quanto la malattia rappresenti una realtà pervasiva e profonda da rendere necessario un cambiamento globale
3. La valutazione delle risorse delle reti intorno al paziente

Controindicazioni all'inserimento: famiglie con legami simbiotico-fusionali multipli negati

Indicazioni all'inserimento: crisi e rottura di una omeostasi familiare, perdita di risorse sia economiche che affettive o di ruolo.

Terzo fattore: Il paziente *Indicatori di vulnerabilità*

- ✓ Specificità della sua area traumatica ricostruita attraverso la storia personale
- ✓ Life events estremi
- ✓ Abusi sessuali infantili e adolescenziali
- ✓ Istituzionalizzazione precoce
- ✓ Genitore unico
- ✓ Gruppo di pari antisociale

Terzo Fattore: Il paziente *Indicatori delle risorse*

- ✓ Capacità relazionali
- ✓ Tratti adattativi di personalità (funzioni di coping e buona resa tra i pari)
- ✓ Ambiente familiare supportivo
- ✓ Strutture sociali caratterizzate da norme chiare
- ✓ Relazioni interpersonali con funzioni vicarianti

Quarto Fattore: L'équipe curante

1)Elementi che predispongono alla valutazione per un inserimento

Nella riflessione dell'équipe, il dato clinico della **crisi**, della rottura degli assetti identitari e difensivi del soggetto che richiedono una riorganizzazione, può essere utile per valutare un accoglimento in CT. "È importante allora individuare nel paziente la presenza di minimi segni di movimento, da collocare accanto al riconoscimento dell'assetto difensivo massiccio che costituisce un blocco unico che salvaguarda dalle angosce di inesistenza. Il segno di movimento è spesso una sofferenza acuta, che è anche un residuo di vita psichica, sfuggito alla paralisi e all'anestesia emotiva. Il

problema è non allearsi con il soggetto nello sforzo di annullare ogni segno di movimento psichico, come spesso finiscono per fare i familiari, spaventati di accorgersi di stare a contatto con un soggetto diverso da come se lo erano sempre immaginato, invece che riduttivamente definito e liquidato come matto o malato." (...)

"Di questa riorganizzazione è il percorso, il **tragitto**, a costituire un aspetto fondamentale: l'offerta di uno spazio-tempo perché possano avvenire delle trasformazioni, in un ambiente protetto e insieme stimolante, per l'opportunità di incontro con nuovi oggetti. All'individuazione clinica degli elementi di crisi del soggetto corrisponde la proposta di un tragitto che ha il significato di un percorso alla scoperta di qualcosa di sé da potere reintegrare in un proprio funzionamento personale sufficiente. Si offre quindi l'opportunità di un'esperienza in cui gli elementi di solidità (casa, riti quotidiani, operatori) si integrino con gli elementi aperti e da trovare/scoprire (attività espressive, attività corporee, socializzazione)" (Ferruta 2005).

2)Aspettative ed effetti emozionali dell'équipe nell'incontro con il paziente

Nell'impatto emozionale con il nuovo paziente l'équipe deve spesso fare i conti con il fatto che i pazienti che vengono proposti per l'inserimento in comunità hanno già avuto numerose esperienze di cura, che suscitano in chi li accoglie sentimenti diversi, talvolta di sconforto ("ripeterà gli stessi fallimenti"), altre di espulsione ("lo scaricano qui come ultima spiaggia"), altre di onnipotenza e zelo terapeutico ("solo noi lo abbiamo capito").

3)Dall'intreccio complesso di tutte queste risonanze emozionali provocate da invidanti-paziente-famiglia scaturisce il *processo grupale di valutazione* inteso come *interrogazione del gruppo curante* sulla natura e sul significato di questi vissuti, in modo da funzionare non come recettore passivo, ma come polo relazionale che accoglie, metabolizza ed elabora una rappresentazione complessiva del paziente.

Due possono essere indicate come utili operazioni del gruppo al lavoro:

- ✓ Il Visioning (Foresti, Rossi Monti, 2002): come continua messa a fuoco delle caratteristiche del paziente in relazione all'interazione con il contesto ambientale, attività di vai e vieni del pensiero del gruppo che porta ad una sintesi e verifica da parte della leadership.
- ✓ L'individuazione della scena-modello (Lichtenberg, 1992; Correale, 1997): come capacità del gruppo di selezionare una scena speciale emergente dalla ricchezza o confusione del

materiale clinico della fase di preparazione, capace di avvicinare la sua area traumatica. Ogni soggetto psicotico o borderline riferisce nella sua storia un certo scenario o più schemi (pattern) relazionali che hanno assunto un carattere traumatico e lo hanno fatto ammalare. L'area traumatica disconnette il flusso di coscienza, per cui molto spesso il paziente entra nella crisi di terrore nel momento stesso in cui non riconosce la scena traumatica che ha determinato la crisi stessa. Si presenta nelle prime consultazioni in modo frammentato e disarticolato che il terapeuta o l'équipe curante devono ricomporre in una visione d'insieme.

Quando l'area traumatica è stata individuata si possono prevenire gli eventi minacciosi e attrezzarsi per fronteggiare il rischio di una crisi, delinendo e gradualmente avviando il progetto terapeutico comunitario, aperto a verifiche periodiche e continue.

Bibliografia

Correale A. *Area traumatica e campo istituzionale*, Roma, Borla, 2005.

Ferruta, Foresti, Pedriali , Vigorelli , *La Comunità terapeutica tra mito e realtà*, Milano, Raffaello Cortina, 1998.

Ferruta A. L'accoglimento in Comunità Terapeutica: una formulazione psicodinamica in Asioli, Purpura, (a cura di) *La comunità terapeutica. Istruzioni per l'uso*, Roma, Biblink, 2005.

Foresti G. Rossi Monti M. La diagnosi e il progetto. Visioning clinico e organizzatori psicopatologici, in *"Psicoterapia e scienze umane"*, n°3, pp65-81.

Vigorelli M. Landra S. (a cura di) *Abitare la comunità. Residenzialità terapeutica e sofferenza psichica*, Milano, In Dialogo , 2002.

FATTORI EVOLUTIVI E FATTORI DI PROTEZIONE NEL TRATTAMENTO COMUNITARIO DEI PAZIENTI GRAVI

Anna Ferruta

Progetto di cura e strumenti formativi

La ricerca Progres Veneto 2006 ha fornito una mappatura aggiornata delle strutture Residenziali Psichiatriche nel Veneto a 5 anni di distanza dal Progetto Progres dell'Istituto Superiore di Sanità.

In relazione alla tematica che mi è stato chiesto di sviluppare, *Fattori evolutivi e fattori di protezione nel trattamento comunitario dei pazienti gravi*, ritengo utile soffermarsi su due aree di funzionamento che sono state oggetto della ricerca:

- progetto di cura, inserimenti, programmi individualizzati e dimissioni;
- presenza, tipologia e intensità degli strumenti formativi di cui fruiscono gli operatori.

Parlare del trattamento comunitario dei pazienti gravi implica l'ipotesi che sia possibile formulare il progetto di un percorso di cura che includa un cambiamento, anche minimo, nel modo di funzionamento del soggetto. Per muoversi in questa direzione occorre che il gruppo dei curanti condivida un pensiero sul significato e sui modi di muoversi in tale direzione, pensiero che può nascere solo dall'esperienza di alcuni momenti formativi del gruppo stesso, non astratti, ma a partire dalla discussione clinica sui casi.

La funzione principale svolta da un trattamento di cura comunitario consiste nell'offrire un ambiente strutturato nel quale il paziente possa sviluppare elementi di soggettività che riescano ad entrare in contatto e a tollerare elementi di socialità condivisa, senza che ciascuno dei due poli (soggetto/altro da sé) scateni aspetti distruttivi, verso qualunque presenza, che per il solo fatto di esistere viene sentita come annientante il fragile narcisismo del soggetto, o verso gli embrionali germogli di un'individualità diversa e separata, che osa sfidare l'assertività indiscutibile dell'oggetto, madre o terapeuta, che "è", senza bisogno di chiedere giustificazioni a nessuno.

La scena fondamentale

Correale (2006) nella sua concettualizzazione della cura dei pazienti psicotici e borderline ritiene essenziale mettere a fuoco quella modalità di rapporto con l'altro da sé che si ripete e che

costituisce un nodo cruciale, sia nel percorso storico-evolutivo del paziente, sia nelle esperienze terapeutiche e nei loro fallimenti. Questa modalità è indicata come scena modello (Lichtenberg1995), o relazione fondamentale (Gabbard 2002), che emerge dalla dinamica del gruppo istituzionale che si interroga sul caso. Si riferisce a un episodio che contiene in sé le caratteristiche stabili di una relazione significativa con un'importante figura di riferimento, che tende a ripetersi con varie modalità in rapporti successivi. Correale si riferisce a questo concetto con il termine di area traumatica, intesa come spazio relazionale che indica una vulnerabilità specifica del paziente, e permette di identificare un fatto storico ripetuto e di farlo dialogare con il qui e ora. ³In particolare per lo psicotico evidenzia il concetto di perdita della realtà, l'estraniamento, la cesura nel senso di continuità dell'esistenza, che si configura come estraniamento dal mondo, perdita di un senso comune con gli altri e distanza incolmabile dall'altro e dai curanti. Per il borderline l'esperienza è quella dello sradicamento e della ricerca inesauribile di un legame che si rivela sempre fallimentare e che rigenera continuamente il desiderio di un altro inesauribile che non si consumi.

Nel trattamento comunitario si tratta di predisporre le condizioni per cui il gruppo curante possa individuare quella che chiamo **scena fondamentale** e avere gli strumenti organizzativi e clinici per sviluppare una cura che favorisca un cambiamento non traumatico.

Elementi di stabilità e elementi di duttilità sono necessari: protezione e emancipazione, architetture organizzate degli edifici e della mente.

A questo scopo è utile innanzitutto capire il problema con cui si ha a che fare nel formulare un progetto di cura che deve condurre alle dimissioni, che lega in modo stretto il lavoro del gruppo curante con l'analisi della scena fondamentale sulla quale si basa il progetto di cura individualizzato: *Una formulazione psicodinamica del caso a partire dalla valutazione clinica biopsicosociale* proposta da Gabbard (2002) e utilizzata nel lavoro di supervisione clinica con l'équipe di Arzignano.

³ "L'elemento unificante di un gruppo istituzionale non è la diagnosi (Rossi Monti 2002), ma la scena fondamentale e il progetto- se proprio di progetto si deve parlare, con tutto il suo portato di rigidità- deve prendere le mosse di là e non dalla diagnosi pura e semplice o da altre considerazioni pratiche (economiche, familiari), che pure importantissime, non sono sufficienti a formare la premessa per uno sviluppo reale." (p. 117)

Architetture della mente

Le culture psichiatriche della simbolizzazione consensuale e della simbolizzazione privata (Fornari 1972) hanno a che fare con qualcosa che può essere descritto con simboli presi dall'architettura, di esterni e di interni. Le strutture della comunicazione sociale condivise, che si basano sulla simbolizzazione primaria (avere un tetto, cioè vivere sotto la protezione fornita dalla partecipazione agli scambi della simbolizzazione consensuale media), non possono chiedere a un soggetto con una sua vita intellettuale ed emozionale personale di annullarla, e accettare solo le forme proposte da una simbolizzazione normocentrica. Meglio piuttosto vivere sotto i ponti, nell'isolamento, come espressione di una propria soggettività che resta in attesa di un interlocutore che la faccia vivere ed entrare in comunicazione senza spegnersi ed annientarsi. Freud ha restituito al campo del pensiero le comunicazioni dei malati di mente che sembravano prive di senso, conferendo loro la dignità di contributo alla comprensione del soggetto e del mondo. Nel non senso del sogno, nella stravaganza delle fantasie, nelle malattie immaginarie, nell'innamoramento, nei rituali, nel mito, nelle allucinazioni, in tutte queste manifestazioni Freud cerca un nucleo di verità. (Jean B. Pontalis (1977).

Quando l'architettura delle relazioni interpersonali tra genitori e figli, tra individuo e società, diventa non uno spazio offerto per comunicare, ma un canale imprigionante, allora l'isolamento e la solitudine rappresentano una difesa di sopravvivenza psichica che tuttavia può comportare rischi di morte: vivere sotto i ponti, fuori dal calore del contesto interumano, piuttosto che morire nei casermoni o nei Piombi.

Winnicott è l'autore che ha sviluppato l'aspetto del pensiero freudiano legato alla creatività psichica, mettendo in evidenza che la dimensione dell'illusione come creazione di pensieri e cose su cui si sospende transitoriamente il giudizio di realtà costituisce un aspetto sano e fondamentale della vita psichica: "*resting place of illusion*".⁴

"*Resting place of illusion*" è un posto di cui si ha bisogno perché la soggettività non consensuale riprenda vigore. La simbolizzazione privata non può essere distrutta da architetture di regime, perché la soggettività inconscia è potente e, se mortificata o impedita, si ripropone in altre forme: nel sintomo, nel sogno, nel delirio. La simbolizzazione privata non è contro quella consensuale, entrambe affondano le radici in un'esigenza comunicativa con l'altro. La simbolizzazione privata segnala desiderio di comunicazione, ricerca di un interlocutore, ma l'altro è sempre anche

⁴ "Questo è certo un modo insolito di mettere le cose. Voglio dire che c'è una battaglia continua nell'individuo, che dura tutta la vita, nel differenziare i fatti dalla fantasia, la realtà esterna dalla realtà interna, il mondo dal sogno. I fenomeni transizionali appartengono a un'area intermedia che io chiamo un luogo di pace, perché vivendo in quest'area l'individuo si riposa dal compito di distinguere i fatti di realtà dalla fantasia." (Winnicott, 1987, 188)

vincolare, offende il narcisismo, occupa spazio nella mente e nell'ambiente, costringe a tollerare ritmi respiratori differenti, pone dall'interno della simbolizzazione privata l'esigenza di quella consensuale, proprio perché è anche vincolare. D'altra parte cristallizzare linguaggi non consensuali in psichiatria rischia di essere la descrizione di un problema non risolto, come accade quando nelle psicoterapie private o istituzionali con pazienti gravi la relazione "felice" con il terapeuta trascura la simbolizzazione delle separazioni, delle assenze, della morte.

L'architettura-cultura psichiatrica istituzionale per la cura del malato psichico chiede di affrontare una questione complessa, di trovare quelle costruzioni spazio-temporali per lo sviluppo di relazioni vive per entrambi i soggetti in gioco, che permettano a molti di unire creatività, partecipazione, individualità.

Negli sviluppi della psichiatria istituzionale i dispositivi per facilitare un incontro tra simbolizzazione consensuale e privata sono difficili da pensare.⁵ Una risposta dovrà/potrà essere trovata: la costruzione di modelli organizzativi di cura che predispongano ambienti per accogliere espressioni di individualità e di appartenenza.

In questa riflessione, che si pone tra il polo del vivere sotto i ponti e del vivere in una istituzione cristallizzata, l'elemento che mi appare più importante resta quello della formazione e della condivisione di concettualizzazioni relative alla natura della sofferenza psichica: occorre riflettere ancora sulla natura del disturbo mentale, senza farsi intimidire dalla normatività che nasce da un cattivo uso delle ricerche empiriche, come pure dall'idealizzazione della simbolizzazione privata non consensuale, pensando all'ampio territorio inesplorato della simbolizzazione primaria, del radicamento della psiche nel corpo, nell'esperienza sensoriale che si fa pensiero, nella percezione che si fa memoria attraverso gli studi di biologia molecolare (Kandel), della comunicazione inconscia che si fa interiorizzazione (neuroni mirror di Gallese e transidentificazione proiettiva di Grotstein), delle ricerche sullo sviluppo emozionale infantile e i patterns dell'attaccamento, quella da cui emergono l'arte e i sogni, da cui trarre spunti per pensare a risorse per fare convivere i due livelli, quello consensuale e quello privato, non trattando nessuno dei due come esclusivo.

⁵ Viene in mente l'invenzione di una specie di Ikea della psichiatria (anche se ormai anche questa risorsa dell'architettura di interni, diventata una multinazionale, può correre il rischio di perdere la sua funzione ed essere riassorbita dalla cultura etnocentrica: 202 centri in 32 paesi, 365 milioni di clienti l'anno, 145 milioni di cataloghi diffusi nel 2005 che ne fanno il libro più consultato del mondo, più della Bibbia).

Contenimento/holding /funzione contenitore-/contenuto

In questa ottica, la riflessione sui fattori protettivi e emancipativi nel trattamento comunitario dei pazienti gravi può trarre utilità dall'approfondire due concetti utilizzati ampiamente nella cura in questi contesti, concetti spesso confusi insieme in quello ambiguo e generico di contenimento.

I due concetti sono quello winnicottiano di holding e quello bioniano di rapporto contenitore-contenuto, sui quali lo psicoanalista statunitense Thomas Ogden (2004) ha sviluppato un'interessante riflessione da cui prendo spunto.

Le strutture comunitarie non sono predisposte a "contenere" proprio perché pensate in un'ottica di cura e cambiamento che deve portare alla dimissione in una condizione soggettiva in parte modificata. Il termine contenimento fa pensare semplicemente a una funzione moderatrice modulatrice di eccessi di sofferenza vissuta e di straripamento di questa in agiti distruttivi di sé o dell'altro.

Invece le funzioni di cura sono funzioni di holding e di rapporto contenitore-contenuto, che il contesto comunitario può sviluppare in modi, livelli e tempi differenti a seconda della scena fondamentale individuata nella riunione del gruppo curante e della formulazione psicodinamica a partire da una valutazione clinica biopsicosociale.

Holding

Il termine holding non ha un corrispettivo adeguato italiano: significa tenere (pensiamo ai phrasal verbs che genera: hold on=tieni il telefono in mano in attesa di collegarti con la derivazione richiesta; hold up=tieni le mani in alto durante una rapina). Winnicott (1958) ne dà una precisa e vivente descrizione nel famoso passo sul gioco della spatola: descrive la consultazione pediatrica che avviene nel suo studio. Una mamma porta la sua bambina di sei mesi che soffre di attacchi d'asma: mentre parla con il medico seduta di fronte a lui con la bambina in braccio, questa si protende verso la scrivania per afferrare la spatola che serve come abbassalingua per visitare la gola dei piccoli pazienti. La mamma esita, non sa se lasciarle fare o se trattenerla per rispettare la scrivania del dottore e si manifesta un attacco d'asma. Winnicott riflette su questa esperienza ed elabora il suo concetto di holding. Consiste nell'esperienza di essere tenuti saldamente dalle braccia della mente di qualcuno, tenuta che permette di esplorare il mondo dell'altro in una condizione emotiva di sicurezza e spontaneità e curiosità, senza sentirsi né trattenuti (una forma di contenimento ostacolante), né spinti a fare prestazioni per le quali non si prova né desiderio né interesse (l'impingment con il quale il caregiver proietta nell'altro una sua esigenza che si insedia nella mente come un'istanza che teleguida comportamenti profondamente insediati ma

profondamente estranei, a cui il soggetto non riesce a sottrarsi se non con una restrizione estrema dell'esperienza o con atti aggressivi verso sé o verso l'altro sentito come persecutore).

Holding significa dunque tenere saldamente, dare quella base su cui poggiare, che permette di fare un'esperienza personale, invece di diventare il contenitore alla ansie della madre, o il contenitore dei desideri di lei relativi a come deve essere un bambino. Solo quando il bambino è tenuto può nascere il "gesto spontaneo"⁶, la rivelazione di sé a se stesso: holding rappresenta un'offerta di risorse ambientali indispensabili allo sviluppo emotivo. Questa tenuta è importante non per impedire agiti pericolosi, ma per fare un gesto spontaneo, cioè né teleguidato da qualcuno, né ostacolato.

La funzione protettiva che il trattamento comunitario deve fornire è una funzione di holding, cioè predisporre quelle condizioni ambientali che significano per il paziente sentirsi tenuto saldamente dalla mente del gruppo curante. Questo significa la predisposizione di un setting terapeutico semplice e stabile su cui il paziente sente di potere contare: elementi di continuità e stabilità, necessari per lo psicotico che ha il terrore di sentirsi improvvisamente in balia di persone e forze che gli sono del tutto estranee e precipitare così nell'abisso del non senso, sia pure porto con intenti di positività (incontri, gite, stanze più accoglienti); necessari per il borderline che vive continuamente all'inseguimento di un oggetto che gli sfugge, come Achab all'inseguimento di Moby Dick e che continuerà a lungo a lamentarsi della precarietà dell'assetto comunitario, ma che lo potrà fare proprio perché ne vive gli aspetti di continuità rispettosa. Tali elementi di continuità consistono nella comunicazione e nel rispetto dei modi di condurre la vita comunitaria: in particolare la possibilità di usufruire di ambienti privati e di ambienti condivisi ben definiti, di orari ritualizzati ma semplici, e di incontri con il terapeuta individuale e col gruppo terapeutico noti, e infine di un'attenzione alla comunicazione delle variazioni (assenze, trasferimenti del personale, cambiamenti nel regime delle visite, ecc.). Questo non significa rigidità: variazioni sono possibili, il significato è quello di potere contare su una tenuta dell'oggetto mentre ti muovi verso il mondo, senza spinta e senza impedimento. La funzione di holding richiede agli operatori un complesso esercizio di astensione dai comportamenti evacuativi di ansie suscitate in loro dai pazienti e reattivi di fronte alle proiezioni di emozioni intollerabili dentro di loro.

Come fare a sapere quando l'operatore deve collocarsi nella funzione di holding e quando invece è necessario agire (non reagire o spingere)? Si tratta di una questione che richiede formazione degli

⁶ *The Spontaneous Gesture* è il titolo scelto da F.R.Rodman per la raccolta di Lettere di Winnicott: ne riprende l'espressione e ne fa l'emblema del suo modo di lavorare in terapia con i bambini e di interagire con i colleghi. In molte di queste lettere Winnicott osserva che certi colleghi nel corso del lavoro analitico applicano in modo rigido direttive scolastiche, senza attingere alle risorse interne che liberano una comunicazione più autentica. La raccolta è stata pubblicata in Italia dall'Editore Raffaello Cortina con il titolo *Lettere*.

operatori e quindi capacità di ascoltare e utilizzare il proprio controtransfert e un setting comunitario fatto di riunioni regolari del gruppo curante e dei sottogruppi, nelle quali sia possibile utilizzare la mente gruppale per comprendere in che modo il comportamento del paziente esprime i caratteri della scena fondamentale e come gli operatori possono utilizzare quanto accade nel rapporto con il paziente per fornire quella tenuta, quell'holding che è la preconditione per muoversi verso gli oggetti in una condizione né di controllo ostacolante né di spinta estraniante. L'holding è un aspetto del funzionamento comunitario che non si vede, che forse è difficile registrare e quantificare, ma che costituisce uno strumento di cura fondamentale e che dipende dal funzionamento di tutto il gruppo curante e dalla presenza di una funzione attiva e clinicamente intensa del responsabile della Comunità, a cui spetta il compito di tenere insieme e di evitare che le angosce diffuse nell'ambiente dalle evacuazioni degli psicotici e borderline perforino il setting, la tenuta della mente gruppale di cui il paziente ha bisogno per compiere un percorso personale e sicuro.

Un esempio clinico riguarda le situazioni nelle quali un paziente non stabilisce un rapporto di fiducia e non si dichiara disponibile a delle esperienze perché è spasmodicamente impegnato in un'attività di tenersi insieme a livello fisico e psichico basata su una contrattura muscolare permanente o su una continua forma di attivazione psichica che ad esempio impedisce il sonno. L'esperienza in cui la persona si trova immersa è quella di uno sforzo di tenersi insieme che costituisce un elemento di compiacimento narcisistico, ma che non può alternarsi con una modalità di abbandono piacevole al flusso emozionale che 'porta via' e trascina, come la corrente di un fiume o un vento favorevole che gonfia le vele senza sforzo. La preoccupazione è rivolta a tenere insieme parti del sé che altrimenti potrebbero sfuggire via come per effetto di un'emorragia. L'esperienza di una piacevole passività verso parti di sé è preclusa (Ferruta, 1999): un'attività di controllo si è imposta come un'istitutrice che mette al comando della personalità una mente ispirata a una pedagogia che forza lo psichosoma a un 'buon funzionamento' secondo uno schema mentale artificiale e non secondo un processo di ricerca di autorganizzazione autonoma, basata sul piacere di funzionare senza sforzo.

Funzione contenitore-/contenuto

La funzione rapporto contenitore-contenuto come elemento chiave del funzionamento dell'apparato mentale è stata descritta da Bion e articolata in modo specifico nelle diverse accezioni incluse nella griglia, come sistematizzazione di questa funzione.

Il contributo di Bion (1970) riguarda la descrizione di come funziona la mente, secondo il modello del rapporto contenitore-contenuto: in un primo tempo è l'oggetto che accoglie e contiene i

frammenti di sensazioni ed emozioni proiettati dal bambino, dà ad essi un significato e glieli restituisce in forma tollerabile per essere reintroiettati. L'attività mentale della madre, e del terapeuta che consente di svolgere questa funzione, è costituita dalla *rêverie*, cioè dalla capacità di lasciare fluire dentro di sé le emozioni e i pensieri suscitati da una relazione che si è costituita sulla base di una richiesta di aiuto, esplicita o implicita. In questo contesto le emozioni che si attivano sono intense e costituiscono un messaggio che richiede ascolto e partecipazione, finché non si compongono in una forma, in una *Gestalt* che aiuta a restituire all'altro, bambino o paziente, parti di sé proiettate e frammentate che hanno acquisito un significato. Questa funzione contenitore-contenuto progressivamente può essere interiorizzata e poi svolta in prima persona dal soggetto stesso.

Bion concettualizza il lavoro di rendere accessibili al soggetto stesso nella forma di presentazioni, configurazioni iconiche mitiche oniriche e rappresentazioni simboliche le esperienze vissute a livello sensoriale e corporeo. Il contenuto sono le esperienze; il contenitore sono gli strumenti figurativi sonori e linguistici, innanzitutto la mente dell'altro che metabolizza e restituisce, la madre, il terapeuta, che permettono al soggetto di mentalizzare le esperienze, cioè diventarne consapevole e interiorizzarle, invece che espellerle con evacuazioni fisiche comportamentali e psichiche; invece che evitarle con tutte le modalità fobiche che conosciamo (dalla fobia organizzata e isolata all'evitamento del contatto con gli altri che porta al ritiro e all'isolamento); invece che perdere con le esperienze parti preziose di sé che in esse si erano manifestate (mutilazioni fisiche e psichiche, anoressie e bulimie, depersonalizzazioni).

Il trattamento comunitario, quando fornisce quella holding che permette di sentirsi tenuti con sufficiente fermezza, può essere il contesto nel quale il paziente può dedicarsi allo sviluppo di contenitori mentali che gli permettano di dare configurazione a contenuti emotivi fino a quel momento terrorizzanti; oppure può attrezzarsi con contenitori adeguati a realizzare la presenza di contenuti personali, fino a quel momento spazzati via dalla imponenza assertiva dei prodotti mentali già fatti imposti dall'oggetto, tanto più organizzato e autorevole.

Lo psicoanalista Antonino Ferro (2002) ha descritto con molta cura i modi attraverso i quali il rapporto contenitore-contenuto può essere danneggiato.

Nella Comunità il lavoro a questo livello può essere quello di fornire al paziente contenitori capaci di rappresentare le sue vicende emotive terrorizzanti: in quest'area si collocano tutte le attività espressive, sia di figurazione, sia di espressione corporea. Oppure può essere quello di accompagnare il paziente a vivere esperienze di contenuto che non ha mai conosciuto, avendo scelto il ritiro per preservare comunque uno straccio di vita psichica personale contro la pretesa da parte dell'oggetto di adeguarsi-alienarsi ai suoi contenuti. Si tratta allora di tutte le attività che permettono al paziente di vivere esperienze "allo stato nascente": fare da mangiare, prendere un

treno, fare una gita, tutto quello che, come un bambino piccolo, rappresenta un'esperienza nascente non ancora codificata, da vivere in prima persona.

Nino Ferro ha descritto in modo particolarmente efficace, sulla base della sua esperienza analitica utilizzata come laboratorio per conoscere il funzionamento dell'apparato per pensare, le disfunzioni del contenitore mentale nel suo libro *Fattori di malattia, fattori di guarigione. Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*. Nel capitolo III "Contenitore inadeguato e violenza delle emozioni": attraverso vivaci sequenze cliniche Ferro descrive come un contenitore "frammentato" si possa trasformare in un contenuto proiettato che violentemente intrude; indica come la pensabilità di un contenuto possa avvenire solo se ci sia stato uno "sviluppo adeguato del contenitore"; individua casi di "esplosione" del contenitore per l'intervento di un "contenuto killer" che distrugge le capacità di tenuta del contenitore, o di un suo cimento eccessivo per una forzata e troppo rapida riunificazione di scissioni spaziali e temporali; riconosce situazioni nelle quali il contenitore è pronto ma vi è una carenza di contenuto, veicolata da insufficienza interpretativa dell'analista.

Un rapporto contenitore-contenuto inadeguato si ha, ad esempio, quando il contenitore esiste, è unico e non ammette alternative. Questa forma di rapporto contenitore-contenuto a poco a poco diventa una modalità segregante dalla quale non si può evadere, pena la perdita della coesione del sé. È l'unicità e la dominanza di questo funzionamento a renderlo patologico. Penso ai sogni di pazienti che parlano di sequestri, di organizzazioni mafiose che tengono in scacco, come espressione di quelle forme di funzionamento descritte da Rosenfeld (1987), che tengono in pugno il soggetto, difendendolo da angosce di inermità. Ma la difesa a poco a poco diventa una struttura che provoca una sofferenza più grande, quella del sentirsi prigionieri di un meccanismo a cui non si può sfuggire, pena la morte.

In questi casi le istituzioni di cura possono cercare di proporre, con l'autorevolezza che viene dalla loro qualità terapeutica, di introdurre altre forme di rapporto contenitore-contenuto accanto a quella dominante, resistendo alle minacce dell'organizzazione mafiosa che lo vuole impedire. Il riconoscimento della sofferenza del soggetto, che si è rivolto a una struttura terapeutica per sfuggire al carattere esclusivo della sua organizzazione psichica, è il primo passo: c'è un prigioniero, che tuttavia ha scelto la reclusione come forma di protezione. La protezione deve essere riconosciuta come un'esigenza fondamentale da rispettare, perché ha salvaguardato parti preziose del sé da un'esposizione che le avrebbe potute cancellare. Il rischio è che, se il terapeuta non comprende questa esigenza di protezione e vede solo l'imprigionamento da cui vuole liberare il paziente, può prendere iniziative premature rendendo vano il lavoro di una vita da parte del paziente, allo scopo di fare sopravvivere un elemento di sé nativo: adattamenti da falso sé, sottomissioni da suddito, restrizioni di un'esistenza di sacrifici possono avere avuto il senso di

preservare questo nucleo sacro, di cui parla Winnicott (1965). Per questi casi il rispetto della modalità fondamentale attivata per proteggere il nucleo del sé e il predisporre nuovi elementi di protezione non sono mai troppi.

Il secondo passo richiede di riuscire a comunicare con il prigioniero, per fargli raccontare la sua storia e sentire poi da lui le prospettive da intraprendere. Permettere di fare raccontare la propria storia è fondamentale, perché una modalità unica di rapporto contenitore-contenuto si è insediata al posto di altre esistenti e possibili a cui occorre dare voce. Si tratta di trovare il linguaggio in cui tale comunicazione è possibile: spesso sono le attività artistiche presenti in molte istituzioni (atelier, laboratori, ecc.) quelle più favorevoli a fare parlare il prigioniero, perché meno strutturate in concetti e schemi che si sono impadroniti del linguaggio e dei pensieri.

L'arte ci aiuta: Steven Spielberg nel film *Amistad* sulla tratta degli schiavi in America alla fine dell'800, quando già era stata vietata, offre un esempio parlante, tratto dalla storia: degli africani sono stati deportati illegalmente come schiavi negli Stati Uniti, i mercanti vengono processati con l'accusa di schiavismo, ma negano il fatto e sostengono che i neri sono venuti spontaneamente. Ma i neri parlano solo nella loro lingua sconosciuta e quindi non sono in grado di sostenere le loro ragioni. Allora l'avvocato d'ufficio, bianco, si fa insegnare dai neri le parole che indicano i primi cinque numeri, mostrando le dita di una mano, e va al porto ripetendo queste parole finché non trova uno che torna dall'Africa e che conosce qualcosa della lingua dei prigionieri, che finalmente in tribunale possono raccontare la loro storia.

Conclusione

Per individuare i fattori di protezione e emancipazione utili nel trattamento comunitario dei pazienti gravi la chiave di volta è l'individuazione della *scena fondamentale*, cioè di quella forma del mettersi in rapporto con l'altro che determina ripetizione e fallimenti nelle varie iniziative terapeutiche e che può emergere dal lavoro del gruppo curante riunito, che attiva una modalità di pensiero che con *rêverie* controtransfert libere associazioni fornisce quella conoscenza viva del funzionamento del paziente che può permettere di arrivare a **Una formulazione psicodinamica del caso a partire da una valutazione biopsicosociale (TAB 1)**.

Tabella 8

Una formulazione psicodinamica del caso a partire da una valutazione biopsicosociale

- 1 METTERE A FUOCO UNO O DUE TEMI CHIAVE CHE STANNO AL CENTRO DEI PROBLEMI DEL PAZIENTE
- 2 CERCARE UN LEGAME TRA ESPERIENZE EVOLUTIVE E METTERE A FUOCO UNO O DUE TEMI CHIAVE AL CENTRO DEI DIFFICOLTA' ATTUALI
- 3 INDIVIDUARE GLI ELEMENTI CHE FANNO SCATTARE SINTOMI O STATI AFFETTIVI DISTURBATI
- 4 TRACCIARE, SULLA BASE DEGLI AFFETTI TRANSFERALI E CONTROTRANSFERALI, LINEE CHE LI COLLEGHINO ALLA VITA PASSATA DEL PAZIENTE
- 5 PREVEDERE IL RIPRESENTARSI NELLA RELAZIONE TERAPEUTICA DEI MEDESIMI PATTERNS RELAZIONALI
- 6 INDIVIDUARE DIFESE UTILI E PERSONALIZZANTI DA MANTENERE E MIGLIORARE
- 7 MONITORARE GLI ELEMENTI NUOVI EMERSI NELL'INCONTRO CON OGGETTI TRASFORMATIVI
- 8 QUESTA E' UN'IPOTESI DA RIVEDERE OGNI VOLTA CHE DATI NUOVI EMERGONO

Questo lavoro dà la possibilità di organizzare il trattamento comunitario in modo da permettere l'utilizzo delle funzioni di holding e di rapporto contenitore contenuto, di tenuta salda al servizio della costruzione di un'attività psichica personale minimamente funzionante.

Si tratta di non idealizzare né l'organizzazione specifica normativa di una comunità, che va continuamente aggiustata in relazione al mutare delle situazioni, ma che è un prerequisito di base, né lo sviluppo di attività nelle quali i pazienti fruiscono di una libertà espressiva confusiva e afinalistica, in collusione con l'illusione di libertà della follia.

I fattori di protezione e emancipazione sono strettamente connessi e la loro articolazione è affidata all'attività clinica del gruppo degli operatori e al coordinamento e alla capacità di tenere insieme voci e istanze diverse da parte del responsabile, senza idealizzazioni, ma anche con una certa fiducia nel valore e nel senso di quello che si fa.

Concludo con una citazione di Freud insieme ottimista e pessimista, sui vantaggi e gli svantaggi sia dello stato selvaggio sia della civilizzazione. In *Il disagio della civiltà (1921)* si confronta con la

complessità del compito, chiarendo la sua distanza sia dai miti delle origini buone dell'uomo, sia dalle ingenuità esaltazioni di un incivilimento spesso guidato dalle forze della pulsione di morte:

“Se la civiltà impone sacrifici tanto grandi non solo alla sessualità ma anche all'aggressività dell'uomo, allora intendiamo meglio perché l'uomo stenti a trovare in essa la sua felicità. Di fatto l'uomo primordiale stava meglio, poiché ignorava qualsiasi restrizione pulsionale. In compenso la sua sicurezza di godere a lungo di tale felicità era molto esigua. L'uomo civile ha barattato una parte della sua possibilità di felicità per un po' di sicurezza. Non dimentichiamo poi che nella famiglia primigenia solo il capo godeva di questa libertà pulsionale; gli altri vivevano in una repressione schiavistica. Il contrasto tra una minoranza che godeva dei benefici della civiltà e una maggioranza che non ne godeva era dunque, in quei primordi della civiltà, portato agli estremi. Quanto ai primitivi oggi viventi, sappiamo ormai, dopo accurate indagini, che la loro vita pulsionale non è affatto da invidiarsi per la sua libertà; essa soggiace a restrizioni di altra specie, ma forse più rigorose ancora di quelle dell'uomo civile moderno.” (602-603)

Bibliografia

- Bion, W.R. (1970) *Attenzione e interpretazione*. Armando, Roma, 1973.
- Correale A. (2006). *Area traumatica e campo istituzionale*. Borla, Roma.
- Ferro A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione. Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ferruta, A. (1999). Activité de l'analyste et passivité du patient. *Revue Française de psychanalyse*, 5, 53-60.
- Ferruta A. (2003). La terza area- resting place of illusion. *Psiche*, 2, 31-41.
- Fornari F. (1972). Senso e non senso delle istituzioni psichiatriche. *Minerva Psichiatrica e Psicologica*, VoI. 13 - Supplemento al N. 2 , 124-136.
- Freud S. (1929). *Il disagio della civiltà*. OSF. X.
- Gabbard G.O. (2002). Creating a psychodynamic formulation from a clinical evaluation. *Am. J. Psychiatry*, 159:5, 721-726.
- Gallese V. (2003) "Being like me": Self-other identity, mirror neurons and empathy. In: Hurley S., Chater N.(Eds). *Perspectives on Imitation: From Cognitive Neuroscience to Social Science*, S. Boston, MA: MIT Press.
- Grotstein J. (2005). 'Projective transidentification'. *IJPA*, , 86, 4, 1051-1069.
- Kandel E.(2006). *Alla ricerca della memoria*. Codice Edizioni, Torino, 2007.
- Lichtenberg J.D. (1995). L'uso della scena modello nella terapia del paziente grave. *Psiche*, 3, 2-3.
- Ogden T. H. (2004). On holding and containing, being and dreaming. *Int. J. Psychoanal.*, 85, 6, 1349-1364 (trad.it. *Holding* e contenimento, essere e sognare. In Ferro A. (a cura di). *L'annata psicoanalitica internazionale* n2/2006. Borla, Roma).
- Rosenfeld, H. (1987). *Comunicazione e interpretazione*. Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- Winnicott, D.W.(1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1971). *Gioco e realtà*. Armando, Roma, 1974.
- Winnicott D.W.(1987). *Lettere*. Raffaello Cortina Editore, Milano

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per la realizzazione della Ricerca Progres Veneto 2006 e per la divulgazione dei dati:

- Regione Veneto – Assessorato alle politiche sanitarie, Assessorato alle politiche sociali, Direzione Piani e Programmi Sociosanitari, Direzione Servizi Sociali
- Azienda Ulss 5 Ovest Vicentino – Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Direzione dei Servizi Sociali, Direzione Medica Ospedaliera, Direzione Distretto Socio Sanitario
- Conferenza dei Sindaci della AUIss 5 Ovest Vicentino.
- Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale, Primari delle U.O.C. di Psichiatria
- Responsabili delle Strutture Residenziali
- Operatori che hanno contribuito a vario titolo alla realizzazione della ricerca
- Ricercatori e tirocinanti che hanno contribuito alla raccolta dei dati e alle indagini statistiche
- Associazione A.I.T.Sa.M. per il contributo dato alla divulgazione dei dati.

ELENCO DEGLI AUTORI:

Ricerca Sanitaria Finalizzata Progres Veneto 2006

- Busana Claudio, Psichiatra, Direttore Dipartimento Salute Mentale, Azienda ULSS 5 ovestvicentino, via Cà Rotte,9 Montecchio Maggiore. Tel. 0444.708232, fax: 0444.708343, e-mail: claudio.busana@ulss5.it ;
- Zanolini Stefano, Psicologo, Dirigente Unità Operativa Strutture Intermedie, Azienda ULSS 5 ovestvicentino, via Duca d'Aosta,35 Arzignano. Tel. 0444.675640, fax: 0444.451114, e-mail: psicoarco@libero.it ;
- Belfontali Alessandra, Psicologa, Azienda ULSS 5 ovestvicentino, via Duca d'Aosta, 35 Arzignano. Tel. 0444.675640, fax: 0444.451114, e-mail: psicoarco@libero.it .

Le comunità terapeutiche come risorsa per la cura e la riabilitazione: esperienze a confronto

- Vigorelli Marta, Psicoterapeuta, membro ordinario con funzioni di training della SIPP, docente Università degli Studi di Milano-Bicocca, presidente di Mito & Realtà.

Fattori evolutivi e fattori di protezione nel trattamento comunitario dei pazienti gravi

- Ferruta Anna, Psicoanalista, segretario scientifico della Società Italiana di Psicoanalisi, Milano.