

sociale

Mara Olocco*, Rossella Festa**, Paolo Cottone***

Le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette in Veneto: una ricerca esplorativa sui processi che ne configurano l'i- dentità attraverso l'analisi dei discorsi legislativi e ammini- strativi.

Riassunto

La ricerca, costruita secondo i presupposti teorici del costruzionismo sociale e dell'interazionismo simbolico, si propone come un'etnografia di sfondo per l'indagine dei processi che configurano le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette in Veneto.

Le più recenti ricerche sui servizi residenziali psichiatrici mostrano una rilevante eterogeneità di tali strutture, chiamate a rispondere a criteri univoci definiti a livello sia regionale che nazionale, operando però in contesti specifici e con utenti differenti. Questo processo, fortemente situato, contribuisce ad una ridefinizione continua da parte delle comunità, anche attraverso le pratiche lavorative, della loro utilità rispetto alla configurazione dell'utente.

Il lavoro qui presentato propone un'analisi del discorso ad approccio critico sui testi normativi (nazionali e regionali) e sui documenti descrittivi delle C.T.R.P. focalizzata a dare forma alla cornice politico-giuridico-amministrativa di riferimento per il contesto della ricerca e ad evidenziare le modalità attraverso cui le comunità configurano l'identità, gli obiettivi e i destinatari del proprio servizio, in coerenza o meno con i riferimenti legislativi e con i presupposti teorico-ideologici che le caratterizzano.

Lo studio si colloca all'interno di un progetto di ricerca orientato a cogliere nella relazione tra legislazione, definizioni dei servizi, discorsi e pratiche di operatori e utenti di comunità riabilitative psichiatriche la complessità di una realtà che si genera nella confluenza di aspetti giuridici, sociologici, antropologici, psicologici e psichiatrici.

Parole chiave: C.T.R.P., salute mentale, normativa, analisi critica del discorso.

* Dipartimento di Sociologia, Università degli Studi di Padova; mara.olocco@unipd.it

** Dipartimento di Psicologia Applicata, Università degli Studi di Padova

*** Dipartimento di Psicologia Applicata, Università degli Studi di Padova

Narrare i gruppi. *Etnografia dell'interazione quotidiana*. Anno V, Vol. 2, Settembre, 2010

Therapeutic and Rehabilitation Protected Communities in Veneto: an explorative research about their identity processes analysing legislative and administrative discourses

Abstract

The study, based on the theoretical assumptions of social constructionism and symbolic interactionism, takes shape as a "background ethnography" for the research of the configuration processes of the Therapeutic and Rehabilitation Protected Communities in Veneto.

Recent research on "psychiatric and residential services" showed a substantial heterogeneity between these structures, called to respond to unique criteria defined at both regional and national level, but operating in specific contexts and with different users. This situated process contributes to a continuous redefinition by the communities, including through the working practices, of their value to the user configuration.

This work presents a discourse analysis, in the critical approach, of texts (national and regional) and documents describing the CTRP. It focuses on shaping the political-legal and administrative frame for the research context and on highlighting how communities constitute their identities, objectives and the users of their service, or not consistent with the legislative references and the theoretical and ideological assumptions that characterize them.

The study is part of a research project aimed to understand the relationship between law, service definitions, discourses and practices of careers and users of psychiatric and rehabilitation community, the complexity of a reality painted as the confluence of legal, sociological, anthropological, psychological and psychiatric accounts.

Key Words: C.T.R.P., mental health, law, critical discourse analysis.

1. Introduzione

In questo contributo viene presentata la prima parte di un progetto di dottorato in Scienze Sociali dal titolo *I risvolti dell'interazione tra operatori dei servizi psichiatrici e utenti nei progetti riabilitativi. Una ricerca esplorativa sulle configurazioni delle "Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette" in Veneto*, che è finalizzato a descrivere e comprendere i processi che configurano e legittimano la "terapia", la "riabilitazione" e il "reinserimento sociale" dell'utente dei Servizi Psichiatrici all'interno di "Comunità Protette Terapeutiche e Riabilitative Psichiatriche".

Nella relazione tra legislazione, definizioni dei servizi, discorsi e pratiche di operatori e utenti di comunità riabilitative psichiatriche lo studio si propone di cogliere la complessità di una realtà che si genera nella confluenza di aspetti giuridici, sociologici, antropologici, psicologici e psichiatrici.

In una prima fase, descritta in questo articolo, che può essere rappresentata come "etnografia di sfondo", il lavoro è focalizzato a dare forma alla cornice politico-giuridico-amministrativa di riferimento per le strutture considerate nella ricerca. In una seconda fase, che verrà pubblicata nel prossimo numero della rivista, la ricerca coinvolge i "testimoni privilegiati" con l'analisi dei discorsi che contribuiscono a configurare le realtà C.T.R.P. nell'integrazione dei diversi ruoli e contesti. La cornice delineata da questo lavoro accoglie, dunque, la fase etnografica: all'interno di "Comunità Terapeutiche Residenziali Protette" vengono analizzati i processi attraverso cui, nell'interazione tra operatori e utenti, si configurano pratiche e discorsi di "riabilitazione" e "reinserimento sociale", "identità di utente" e "ruoli professionali".

Secondo quanto emerge da recenti ricerche sui servizi residenziali psichiatrici in Italia, il Progetto PROGRES 2000 dell'Istituto Superiore di Sanità Nazionale (De Girolamo G., Picardi A., Morosini P., et al., 2001; Picardi A., de Girolamo G., Morosini P. 2003) e la Ricerca PROGRES Veneto 2006 della Regione Veneto (Gruppo Ricerca PROGRES Veneto, 2006) vi è una marcata eterogeneità delle strutture in ambito riabilitativo, che coinvolge sia la differente distribuzione di risorse a livello territoriale tra i vari Dipartimenti di Salute Mentale, sia le proposte operative delle diverse strutture denominate Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette. Le C.T.R.P. appaiono caratterizzate da differenti riferimenti teorico-ideologici, modalità organizzative, attività proposte, tempi di intervento, rapporti con il Servizio Sanitario Locale. Ognuna di queste strutture è chiamata a rispondere a criteri univoci definiti a livello sia regionale che nazionale, operando però in contesti specifici e con utenti differenti. Questo processo, fortemente situato, contribuisce ad una ridefinizione continua da parte delle comunità, anche attraverso le pratiche lavorative, della loro utilità rispetto alla configurazione dell'utente.

Il tema risulta di particolare rilevanza nel panorama politico e culturale attuale. Negli ultimi 30 anni, infatti, si assiste ad un'importante ristrutturazione dei servizi psichiatrici e alla ricerca attraverso le diverse leggi che si sono susseguite nel tempo di un'organizzazione dei servizi per la salute mentale che possa avvicinarsi sempre più a criteri di efficacia e di tutela del cittadino.

In seguito al Decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, che demanda al Governo la predisposizione e l'adozione dei progetti-obiettivo inseriti nel Piano sanitario nazionale, compaiono sulla scena legislativa e amministrativa documenti volti a ridefinire e sviluppare l'organizzazione dei Servizi di Salute Men-

sociale

tale, con Piani Sanitari, Progetti di Tutela alla Salute Mentale, Rapporti di qualità dei Servizi, sia nazionali che regionali.

Questo ha comportato anche il susseguirsi di numerosi dibattiti politici, sociali e giuridici che vedono contrapporsi i professionisti della "salute mentale" rispetto alla possibilità di revisionare la Legge 180/1978, al modo di intendere l'assistenza psichiatrica e la promozione della "salute mentale", alla gestione delle persone con "problematiche psichiatriche".

Ad esempio, secondo quanto delineato dai conseguenti Progetti per la Salute Mentale, il Ministero, le Regioni e i Dipartimenti di Salute Mentale sono orientati a promuovere la "salute mentale" attraverso la diffusione di informazioni che facilitino l'accesso ai Servizi Sanitari, volti ad identificare le problematiche, dare origine a processi di cambiamento e favorire la costruzione di una rete con altri servizi sanitari. Dal 2004 l'attenzione si focalizza in particolar modo su campagne per la riduzione dello "stigma sociale", a cui i servizi sono chiamati come promotori per "aiutare il malato mentale a liberarsi dal guscio di impotenza e inerzia imposto dallo stigma". Con il DGR 1616 del 2008 la Regione Veneto definisce nuovi criteri per l'"autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" e dà l'avvio ad una fase importante di riorganizzazione dei servizi di Salute Mentale, che coinvolge anche l'area della residenzialità, attualmente oggetto di continua revisione e modellamento nella prospettiva di rispondere alle criticità evidenziate nel territorio e favorire un efficiente monitoraggio della qualità del servizio trasversale in tutta la Regione.

Nel delineare tale cornice ci si domanda in che modo le Linee Guida del Ministero e i Decreti Regionali si riflettano negli obiettivi degli operatori dei Servizi Psichiatrici e nelle rappresentazioni degli utenti; ma anche a partire da quali presupposti scientifici si configuri l'organizzazione dei Servizi, gli obiettivi dell'intervento, le pratiche dei professionisti, i significati delle etichette linguistiche utilizzate.

Il progetto qui presentato trova origine, dunque, in diverse criticità emerse dall'analisi della letteratura sul tema "servizi di salute mentale" e "riabilitazione psichiatrica" ed orienta le domande di ricerca secondo un approccio interdisciplinare, con lo sguardo di chi cerca ulteriori prospettive per comprendere la complessità del tema trattato.

Attraverso quali ideologie e definizioni si descrivono le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette? In che modo i presupposti teorici della Comunità trovano coerenza nelle pratiche del servizio (quali operatori, quali obiettivi, quali attività, quali utenti)? Come i servizi riabilitativi per la salute mentale costruiscono i propri obiettivi e configurano l'utente entro una realtà che gli consenta di reinserirsi socialmente? In che modo l'interazione tra operatori e utenti di comunità protette può favorire processi di configurazione identitaria funzionali ai progetti riabilitativi? Quali relazioni si possono cogliere tra le pratiche dei servizi di salute mentale e la cornice politico-giuridico-amministrativa di riferimento? Esiste un rapporto sinergico tra sapere scientifico e politico istituzionale e la domanda, le risorse, il progetto dell'utente dei Servizi psichiatrici?

Lasciando aperte le risposte a queste domande in questo articolo si introduce il lettore all'"etnografia di sfondo" che, nel porre le basi di sviluppo del progetto, offre una ricostruzione della cornice contestuale politico-amministrativa delle C.T.R.P. presenti nella Regione Veneto.

2. Obiettivi

La ricerca, costruita secondo i presupposti teorici del costruzionismo sociale e dell'interazionismo simbolico, configura le realtà "Comunità Terapeutiche Residenziali Protette" in Veneto attraverso l'analisi critica dei discorsi legislativi e amministrativi che definiscono l'identità e gli obiettivi delle strutture di "riabilitazione" e "reinserimento sociale".

Nell'ottica del costruzionismo sociale (P.L. Berger e T. Luckman, 1966; K. Gergen, 1985) la conoscenza viene costruita nella dimensione sociale; i modi di concepire e descrivere il mondo ("artefatti sociali") rappresentano "il risultato di un'impresa attiva e congiunta di persone in relazione" (K. Gergen, 1985, p. 267) che produce effetti pragmatici in termini di configurazione di realtà.

Il modello interazionista orienta il ricercatore a comprendere la realtà dell'altro entro la complessa struttura di regole e pratiche in cui si muove (P. Winch, 1958); l'attenzione è focalizzata sui ruoli attribuiti e impersonati, come regolatori del rapporto tra individuo e società.

Parafrasando L. Wittgenstein, è possibile indagare i significati che gli individui attribuiscono alla realtà attraverso le modalità d'uso, contestuali e condivise, dei discorsi e degli altri sistemi di segni (R. Harrè, G. Gillett, 1996, p.22). Le definizioni scritte dai protocolli normativi non sono sufficienti, dunque, per stabilire la realtà e promuovere i cambiamenti (A. Salvini, 2004), ma questi trovano forma nelle rappresentazioni e nelle azioni culturalmente e storicamente situate (K. Gergen, 1985).

Si può pensare, dunque, che le C.T.R.P. prendano forma nel sistema che pone in rapporto di circolarità la legislazione (riferimento a normativa in tema di salute e riabilitazione), le definizioni dei servizi (carte dei servizi), i discorsi e le pratiche degli operatori e degli utenti.

Lo studio, attraverso gli strumenti di analisi qualitativa della psicologia sociale, propone un'analisi dell'evoluzione normativa che definisce e regola le C.T.R.P. a livello nazionale, regionale e locale; l'attenzione è rivolta agli aspetti critici evidenziati e alle modalità attraverso cui questi vengono gestiti e affrontati, agli elementi di coerenza ed incoerenza che possono trovare espressione nelle differenti pratiche lavorative.

In parallelo vengono indagate le modalità attraverso cui le singole strutture configurano i propri obiettivi e i destinatari del proprio servizio, come vengono tradotti i riferimenti legislativi in relazione con i presupposti teorico-ideologici che le caratterizzano.

3. Letteratura

Tra i diversi ambiti disciplinari (psichiatrico, psicologico, sociologico, antropologico) la letteratura si compone come un panorama variegato per presupposti teorici e scelte metodologiche.

In particolare possono essere individuate alcune principali categorie che raccolgono i contributi di ricerca nell'ambito dei "servizi riabilitativi di salute mentale".

sociale

Un primo filone di ricerca in particolare si concentra allo studio della normativa e la politica di interesse per l'area della salute mentale con l'analisi del contenuto dei testi legislativi e amministrativi, offrendo dati descrittivi di contesto e considerazioni critiche di natura giuridica e politica (Davies J.P., Heyman B., Godin P.M., Shaw M.P., Reynolds L., 2006; Barbato A., 1998; De Girolamo G., Cozza M., 2000; Fioritti A., 2002; Saraceno B., 2002).

Un secondo filone si concentra sul tema della riabilitazione psicosociale nei servizi psichiatrici, in particolare per ciò che concerne la ristrutturazione dei servizi in seguito alle riforme sulla residenzialità psichiatrica (Bertolo C., 2009; Barbato A., D'Avanzo B., Rocca G., Amatulli A., Lampugnani, D., 2004; Harman, J. S., Cuffel, B. J., & Kelleher, K. J., 2004; Adams S.M., Partee D.J., 1998; Taylor K.E., Perkins R.E., 1991; Wright E.R., Gronfein W.P., Owens T.J., 2000; Gruppo Nazionale Progress, 2001; Istituto Italiano di Medicina Sociale, 1997; Tansella M., Williams P., 1987).

Un terzo filone propone ricerche all'interno di "comunità terapeutiche psichiatriche", focalizzando l'attenzione sulla "continuità della cura" (Burns T., Catty J., White S.C., Ellis G., Jones I.R. et al. and for the ECHO Group, 2009; Ware N., Tugenberg T., Dickey B., 1999), sulle modalità relazionali tra "operatori e utenti" e tra "utenti, familiari e operatori" (Jones I.R., Ahmed N., Catty J., McLaren S., Rose D., Wykes T., Burns T. and for the Echo Group, 2009; Rapaport J., Bellringer S., Pinfold V., Huxley P., 2006), sull'"efficacia del trattamento" (Pescosolido, B. A., Boyer, C. A., 1999; Pinkney A.A., Gerber G.J., Lafare H.G., 1991).

Infine, rappresentano un ulteriore riferimento, le ricerche che guardano ai Servizi per la Salute Mentale come un palcoscenico privilegiato dove vengono rappresentati i processi di costruzione identitaria degli utenti. Queste hanno come riferimento principale i teorici della *labelling theory* (E. Goffman, 1966; E. Lemert, 1967; H. Becker, 1963; D. Matza, 1969; T.J. Scheff, 1966), la corrente teorica e di ricerca focalizzata soprattutto sull'analisi dei processi di "etichettamento" e "stigmatizzazione" (Gove W.R., 2004; Hinshaw S.P., Cicchetti D., 2000; Kroska A., Harkness S.K., 2006; Pescosolido B.A., Martin J.K., Lang A., Olafsdottir S., 2008).

In particolare il contributo qui presentato si può collocare nel primo filone di ricerca considerato, focalizzato allo studio dei processi politici e legislativi; mentre il progetto più ampio si sviluppa trasversalmente alle diverse categorie individuate in letteratura in prospettiva interdisciplinare, ponendo attenzione peculiare a diversi aspetti nelle sue varie fasi di ricerca.

4. Analisi del contesto

Secondo quanto esposto dalla guida ai Servizi per la Salute Mentale dell'ASL 16 di Padova, i "Servizi di prevenzione, trattamento e riabilitazione dei disturbi mentali" sono suddivisi in nuclei differenziati per obiettivi di intervento e coordinati dal Dipartimento di Salute Mentale. In particolare, per quanto riguarda la fase riabilitativa che precede il reinserimento sociale degli utenti, vengono identificate come spazio privilegiato le "Comunità Terapeutiche Residenziali Protette".

"La Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (C.T.R.P.) è una struttura sanitaria destinata ad accogliere pazienti con problematiche psichiatriche, per periodi di tem-

po prolungati, concordati con i curanti. La finalità è principalmente terapeutica e riabilitativa, per recuperare potenzialità e capacità perdute a causa della malattia [...]. Il programma è finalizzato ad ottenere un miglioramento nei rapporti con gli altri e la propria famiglia, conoscere e imparare a gestire il proprio disagio, affrontare l'inserimento o il re-inserimento nel mondo del lavoro" (tratto dalla "Guida ai Servizi Psichiatrici" sul sito dell'ULSS 16 di Padova).

Il Ministero della Salute suddivide le Strutture Residenziali Psichiatriche in base all'intensità assistenziale sanitaria (24 ore, 12 ore, a fascia oraria). In Italia, nel 2002, "le Comunità Terapeutiche con un massimo di 20 posti sono 1.552, con 17.101 posti letto": "912 Strutture Residenziali sono a gestione pubblica, 255 sono private convenzionate a gestione tecnica del Dipartimento di Salute Mentale, mentre le private convenzionate a gestione tecnica autonoma sono 385" (tratto dal sito del Ministero della Salute, nel documento *Rilevazione 2001 del Personale e Strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale*, Direzione Generale della Prevenzione Ufficio XI - f.f. Redazione Ministerosalute.it dicembre/2002).

Dalla ricerca dei documenti sul sito della Regione Veneto emerge che le C.T.R.P. presenti sul territorio sono 55, secondo l'elenco aggiornato nel 2008 e conteggio di quelle nate nel periodo successivo (Tab. 1).

Le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette si differenziano in tre categorie che indicano il tipo di relazione con i Servizi Sanitari Locali:

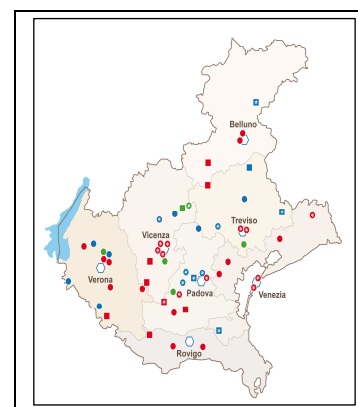
- a gestione diretta: la comunità è gestita dall'Azienda Sanitaria Locale, che è responsabile dei progetti e degli operatori inseriti;
- a gestione non diretta convenzionate: la gestione è affidata ad una cooperativa sociale: il progetto viene costruito e condiviso con il Servizio Sanitario ("convenzione" stipulata), oppure viene delegata alla cooperativa sociale la gestione di alcuni aspetti organizzativi della comunità (attraverso una "gara di appalto");
- a gestione non diretta private: la struttura affersce al Dipartimento di Salute Mentale, a cui deve rendere conto rispetto ai criteri di qualità del servizio, ma la comunità viene gestita dal punto di vista progettuale, organizzativo ed economico in modo privato.

Il tipo di gestione delle C.T.R.P. non necessariamente dà indicazioni sulla sede delle strutture, che possono, inoltre, essere differenziate tra quelle che si trovano all'interno di complessi ospedalieri e quelle che hanno sede indipendente. Questa ulteriore distinzione consente di porre attenzione alle eventuali differenze che emergono nella tipologia e numero di operatori presenti in struttura, nei regolamenti interni, nei rapporti con i Servizi di Salute Mentale, in relazione al territorio che ospita la comunità.

Le figure professionali individuate in modo trasversale all'interno delle diverse comunità sono psichiatri, infermieri, psicologi, educatori, operatori socio-assistenziali.

Tab.1

C.T.R.P. * coinvolte nella ricerca	N=55 N=22	
RELAZIONE CON SERVIZI SANITARI:		
■ Gestione diretta:	N=32	*n=12 □n=1 ○n=11
■ Gestione non diretta convenzionata:	N=17	* n=9 □ n=4 ○ n=5
■ Gestione non diretta privata:	N=6	*n=1 □ n=0 ○ n=1
STRUTTURA CTRP:		
□ Sede ospedaliera	N=14	* n=5
○ Sede extra-ospedaliera	N=41	*n=17



5. Metodologia

La metodologia di riferimento per la ricerca si avvale degli strumenti di *analisi critica del discorso*.

Il dibattito sull'*analisi critica del discorso* (CDA) delinea tre diversi approcci: quello *socio-culturale* (Scuola di Londra), quello *cognitivo* (Scuola di Amsterdam) e quello *socio-storico* (Scuola di Vienna).

Secondo l'*approccio socio-culturale*, inaugurato da Norman Fairclough (1997), il discorso è considerato "lo strumento principale attraverso cui i membri di un'organizzazione creano una realtà sociale coerente che fa da cornice al loro senso di chi essi siano" (Mumby e Clair, 1997, p. 181).

L'attenzione alle relazioni tra eventi comunicativi e strutture socio-culturali consente di descrivere la produzione e l'organizzazione delle sequenze discorsive in relazione ai dati di contesto in cui l'interazione ha luogo, considerando quindi l'influenzamento reciproco tra l'uso del discorso e l'ordine socio-culturale.

Secondo l'*approccio socio-cognitivo*, il cui rappresentante più illustre è Teun van Dijk (1997; 1998) il legame tra processi cognitivi attivati dalla memoria a lungo termine (ad es.: schemi, copioni, frames) e le strategie retoriche utilizzate nella produzione di testi/discorsi favorisce la produzione stereotipi, pregiudizi, orientamenti ideologici ecc., considerati come frutto di processi che vedono gli attori sociali "intenzionali".

L'*approccio socio-storico* infine, che coincide con il lavoro del gruppo di ricerca coordinato da Ruth Wodak (1989), analizza gli eventi discorsivi prestando attenzione non soltanto alle variabili psicologiche di chi li produce, ma al contesto di interazione in cui trova forma (coordinate spazio-temporali, rapporti di ruolo, macroscenari, orizzonti interpretativi).

L'integrazione in questa fase della ricerca dell'*approccio socio-culturale* e *socio-storico* consente di dare rilevanza alle relazioni intertestuali e interdiscorsive tra i discorsi che caratterizzano uno specifico contesto. Il significato del discorso, infatti, è strettamente legato al particolare contesto di ricerca e all'approccio teorico adottato (Wodak 2008). Al ricercatore che propone una metodologia etnografica è chiesto, dun-

que, "di essere consapevole di entrare, con la sua ricerca, a far parte del contesto sociale che è l'oggetto del suo studio" (Mantovani, 2008: 86)

L'analisi, condotta mediante il software di analisi testuale Atlas-ti, si è focalizzata su due dimensioni principali: le modalità attraverso cui le comunità si descrivono, coerentemente o meno con i mandati istituzionali, e i criteri attraverso cui si differenziano i posizionamenti e gli obiettivi espliciti delle diverse comunità operanti nel territorio veneto, in relazione alle variabili individuate per differenziare diverse tipologie di C.T.R.P. (Tab. 1).

In particolare sono state considerate le definizioni di tre costrutti ritenuti pregnanti nel processo di configurazione delle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette: la "C.T.R.P." come definizione del servizio; la "riabilitazione" e il "reinserimento sociale", che rappresentano i mandati delle strutture per loro definizione generale e condivisa; e l' "utente" di comunità che emerge dalla descrizione del servizio, sia rispetto alle peculiarità per l'ammissione in C.T.R.P. sia per i risvolti, in termini di configurazione, dell'inserimento in un percorso terapeutico e riabilitativo.

Sono state considerate, dunque, per l'analisi dei documenti raccolti le categorie argomentative attraverso cui si delineano i discorsi che descrivono le realtà C.T.R.P.: come viene descritta la struttura, come funziona, come si definisce, quali sono gli obiettivi di intervento che propone, a chi è rivolto il servizio, quali sono i criteri di selezione degli utenti della struttura, come viene strutturato il percorso individualizzato, come vengono descritti i criteri di efficacia che portano alla dimissione dell'utente dalla comunità, come viene pensato il percorso di uscita dalla comunità.

Il corpus di dati testuali è rappresentato dalla Normativa nazionale e regionale di riferimento per i Servizi riabilitativi psichiatrici; sono stati raccolti decreti legislativi, decreti legge, leggi, provvedimenti in tema di organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a partire dalla Legge n.833 del 23 Dicembre 1978 che lo istituisce. Vengono, inoltre, analizzati i testi dei Progetti Obiettivo di Tutela alla Salute Mentale Nazionali e Regionali e i Piani Sanitari Nazionali e Regionali, focalizzandosi sull'Area della Salute Mentale, le Linee di indirizzo nazionale per la Salute Mentale, le Ricerche sulla Qualità dei Servizi e i Rapporti a conclusione dei Progetti di Tutela alla Salute Mentale della Regione Veneto.

In parallelo sono stati raccolti i documenti specifici utilizzati dalle singole strutture come presentazione del proprio operato e accesso al percorso di "autorizzazione e accreditamento" richiesto dal Servizio Tutela Salute Mentale, tra questi linee guida dell'Ulss, Guida ai Servizi, Progetti di Cooperative Sociali, Carte dei Servizi.

6. Analisi dei testi

6.1 Normativa

I testi legislativi e amministrativi utilizzati in questa parte della ricerca si riassumono nel seguente prospetto:

NORMATIVA REGIONALE	NORMATIVA NAZIONALE
- LR 21/1989 Piano Socio Sanitario Regionale 1989-1991	- L. 180/1978 Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligati

sociale

<p>- LR 56/1994 Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “riordino della disciplina in materia sanitaria” - LR 5/1996 Piano Socio-Sanitario Regionale triennio 1996-1998 - DGR 4080/2000 “Progetto Obiettivo per la Salute mentale. Aggiornamento (L.R. n. 5/1996, art. 18, commi 1 e 2)” - DGR1616/ 2008 Approvazione dei requisiti e degli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale (L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali") - DGR 651/2010 Progetto obiettivo per la tutela della salute mentale triennio 2010-2012</p>	<p>tori - L 833/1978 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale - L 595/1985 “Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88” - D LGS 502/1992 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 - DPR 1 marzo 1994 Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 - DPR 7 aprile 1994 Approvazione del progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996" - DPR 14 gennaio 1997 Requisiti minimi per le strutture psichiatriche - L 419/1998 Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 - PROVV 7 maggio 1998 Linee guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione - PSN 1998-2000 - D LGS 229/1999 Norme per la razionalizzazione del sistema sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419 - DPR 10 novembre 1999 Approvazione del progetto obiettivo “Tutela salute mentale 1998-2000” - DM 182/2001 Regolamento concernente la individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica - DPCM 25 giugno 2004 Indizione della “Giornata nazionale della salute mentale”</p>
---	--

L'analisi dei testi raccolti è stata condotta, attraverso le categorie argomentative individuate, come confronto tra i discorsi che caratterizzano il livello nazionale e quello regionale.

In particolare, inoltre, sono stati considerati i testi legislativi e amministrativi rappresentativi di rilevanti momenti di riformulazione delle definizioni e riorganizza-

zione dei servizi. Vengono approfondite, così, le modalità attraverso cui la normativa elabora e risponde alle criticità che emergono dalle pratiche, ma anche delinea le linee guida per "buone pratiche" che possano collocarsi all'interno di un sistema di regole e definizioni condivise.

Definizione C.T.R.P.:

Dagli stralci si evince una definizione della struttura specifica C.T.R.P. solo a livello regionale, che si mostra tuttavia sovrapponibile nei contenuti alla generica definizione di struttura psichiatrica residenziale presente nella normativa nazionale.

A livello nazionale, la *struttura residenziale psichiatrica esplica le funzioni terapeutico riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica (...) per il trattamento di situazioni di acuzie o di fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero* (DPR 14 gennaio 1997), così la C.T.R.P. come *struttura residenziale* è finalizzata ad *un intervento terapeutico-riabilitativo continuativo e prolungato per situazioni patologiche conseguenti o correlate alla malattia mentale*.

I tempi del *programma terapeutico-riabilitativo* vengono definiti a livello nazionale come *medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere (...)*, mentre a livello regionale vengono specificati due moduli, uno *ad alta intensità* assistenziale e uno *ad attività assistenziale intermedia*, utilizzati *in base alle caratteristiche dei pazienti e alla conseguenti intensità assistenziali necessarie* che definiscono il *progetto personalizzato* (DGR 1616). In entrambi i casi si sottolinea, inoltre, la natura *non permanente* del percorso in *strutture residenziali psichiatriche*.

L'analisi degli stralci mette in luce in primo luogo come la definizione della tipologia di struttura C.T.R.P. non sia meglio specificata a livello regionale rispetto a quelle che sono le linee guida generali individuate dal livello nazionale per le strutture residenziali e si basa prevalentemente sul rimando al tipo di utenza, ad alcuni requisiti strutturali, quali il progetto personalizzato, e alle finalità. I requisiti strutturali e organizzativi cui sono subordinate le procedure di autorizzazione e accreditamento sono individuati invece molto dettagliatamente nella normativa regionale, secondo quanto stabilito dal livello nazionale. Tali requisiti vanno dall'individuazione degli spazi, degli arredi e dei posti disponibili, alle modalità di stesura del progetto personalizzato, fino ai percorsi formativi degli operatori.

In questi aspetti la normativa della Regione Veneto mostra di recepire sulla carta le linee guida nazionali: il coinvolgimento dell'utente e dei familiari nel programma terapeutico-riabilitativo e l'attenzione al lavoro d'équipe.

Tuttavia ad un livello di analisi più approfondito emergono lacune nella definizione della realtà sostanziale della C.T.R.P., dalle categorie dell'utenza e delle finalità perseguite.

Utente:

Si evidenziano differenze dal più generale livello nazionale al più specifico livello regionale per tipologia di struttura a fronte del medesimo presupposto della necessità assistenziale.

A livello nazionale, le strutture residenziali psichiatriche sono rivolte a *pazienti in trattamento riabilitativo che necessitano dell'intermediazione dell'assistenza psichiatrica per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana* (DPR 7 aprile 1994). Mentre l'"utente" è definito nel documento regionale sulla base della *rilevanza della psicopatologia*, pur mantenendo

sociale

do risorse attivabili con adeguati interventi terapeutico riabilitativi, e della precarietà/assenza del supporto familiare (DGR 1616/2008).

Le categorie utilizzate per definire il paziente sono specificate nel passaggio dalle norme nazionali a quelle regionali, il che fa pensare che ne resti delegata l'interpretazione ad un livello locale, probabilmente addirittura alla singola struttura, con la conseguenza di creare disomogeneità nell'individuazione dei criteri di ammissione e quindi strutture assai diverse in relazione alla tipologia di utenza. Questo comporta differenze e specificità anche in termini di intervento e mette in luce come il rimando alla comune finalità terapeutico-riabilitativa non sia sufficiente a definire criteri condivisi di lavoro, soprattutto in considerazione del fatto che il costrutto di "riabilitazione psichiatrica" non è oggetto di trattazione specifica nei piani nazionali e regionali, bensì per lo più rimandata alle linee-guida sulla "riabilitazione" nell'accezione più ampiamente sanitaria.

Riabilitazione:

Il livello nazionale fornisce definizioni articolate relative al concetto di riabilitazione, ma non specifiche per la riabilitazione psichiatrica (lo stesso decreto citato lo stabilisce espressamente, sottolineando che tali indicazioni generali valgono solo come linee guida in psichiatria), intesa come intervento volto a *limitare o minimizzare la disabilità del soggetto a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare e comunicare efficacemente ed a ritornare attivo nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale. (...).* Il *progetto riabilitativo individuale* rappresenta il riferimento fondamentale che *definisce quali siano gli esiti desiderati (...) i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti* (PROVV 7 maggio 1998).

I testi regionali, nel delineare la C.T.R.P., introducono l'azione riabilitativa intensa, finalizzata a *contrastare l'evoluzione verso la cronicità e/o la deriva sociale* (DGR 4080/2000)

Viene introdotto, inoltre il profilo del *tecnico della riabilitazione*, come figura professionale specializzata. Questo, tuttavia, non offre argomentazioni aggiuntive, in quanto la descrizione delle sue competenze include la valutazione della disabilità, delle potenzialità dell'utente e del contesto familiare, la predisposizione degli obiettivi e del programma riabilitativo, l'attuazione e la verifica dell'intervento, tutte competenze piuttosto sovrapponibili a quelle dello psichiatra, dello psicologo e di altre figure professionali dell'ambito clinico. Neppure il riferimento al lavoro di rete che il tecnico della riabilitazione è chiamato a svolgere, coinvolgendo utente, famiglia e territorio, nonostante sia uno spunto interessante se considerato alla luce del collegamento tra riabilitazione e reinserimento, è sufficiente a individuarne il ruolo in modo maggiormente definito, né a sostanziare il concetto di riabilitazione psichiatrica.

Reinserimento sociale:

Gli stralci mettono in luce la difficoltà individuata sul piano nazionale nel preparare un contesto sociale in grado di riaccogliere il paziente psichiatrico, con *condizioni di inserimento non traumatico dei pazienti nel circuito dell'assistenza e nei contesti familiare, sociale e lavorativo* (DPR 7 aprile 1994). A questa fa seguito un recepimento regionale basato soprattutto sul costrutto del *reinserimento come possibilità di lavoro*, per cui viene individuato di riferimento il *Servizio integrazione Lavorativa dell'Az. Uls* (DGR 1616/2008).

Da tale analisi emerge una considerazione conclusiva che, partendo dalle finalità della C.T.R.P., va a toccare gli obiettivi complessivi della legislazione in materia di salute mentale degli ultimi 30 anni. Come messo in luce dagli stralci, sia nella pianificazione nazionale che in quella regionale si rileva ad oggi una resistenza nella capacità di assorbimento dell'utente psichiatrico nel territorio, in particolare nel contesto familiare, sociale e lavorativo. Ciò significa rilevare anche l'attuale difficoltà a livello regionale e locale nel perseguire gli obiettivi prioritari stabiliti dallo Stato in relazione al superamento dell'ospedale psichiatrico: la costruzione di un sistema integrato di servizi socio-sanitari (tra i quali la C.T.R.P.) attraverso il modello dipartimentale, capace di prendere in carico l'utente nella sua globalità, nella "multifattorialità" del suo disagio; più in generale una nuova cultura della salute che implica anche la lotta alla stigmatizzazione del paziente psichiatrico, nel rispetto della sua dignità umana e dei principi fondamentali sanciti dalla carta costituzionale. Considerando la generica definizione delle categorie individuate in relazione all'utenza e alle finalità di una realtà specifica, espressamente prevista, quale la C.T.R.P., emerge che la difficoltà nel perseguimento degli obiettivi nazionali è legata anzitutto all'eterogeneità delle risposte offerte dal territorio sul paziente psichiatrico che necessita di un percorso terapeutico-riabilitativo residenziale finalizzato a condurlo verso il reinserimento nella società.

6.2 Documenti di C.T.R.P.

Tra i documenti che le singole strutture (N=22) hanno fornito come riferimenti essenziali per la definizione del proprio operato, della mission e dell'organizzazione del servizio stesso, sono stati considerati per l'analisi sia i testi che definiscono l'area residenziale-riabilitativa della salute mentale delle Ulss (N=12), sia il materiale informativo redatto dalle Cooperative Sociali di riferimento per le C.T.R.P. a gestione non diretta (N=3), sia le Carte dei Servizi delle comunità (N=13). L'attenzione si è focalizzata soprattutto su queste ultime, come documenti rappresentativi del livello discorsivo che vede la confluenza di diversi fattori: esse infatti descrivono la realtà C.T.R.P. nel suo specifico operato, ciò che la struttura sintetizza rispetto alle pratiche degli attori nella "ribalta", e gli assunti teorici di riferimento, ma anche rappresentano l'applicazione contestuale delle linee di indirizzo dei riferimenti normativi. Secondo quanto si evince dall'art. 13 della Legge 328/2000, viene prescritta l'adozione della Carta dei Servizi da parte di tutti i soggetti gestori di servizi pubblici e convenzionati, che evidenzia la finalità di "tutelare le posizioni soggettive e rendere immediatamente esigibili i diritti soggettivi riconosciuti".

I riferimenti normativi per la realizzazione della Carta sono contenuti nei seguenti testi legislativi:

- D.P.C.M. del 27 gennaio 1994 che istituisce per la prima volta in Italia la Carta dei servizi;
- L. 273/95 che prevede la pubblicazione di schemi generali di riferimento per le Carte;
- Legge 328/00 che prevede l'adozione della Carta come requisito necessario ai fini dell'accreditamento e dà particolare impulso alla sua diffusione;
- L.R. 22/02 e provvedimenti attuativi (DCR 2501 e DCR 83 del 2007).

sociale

Dall'analisi dei testi si evidenziano gli aspetti comuni e le differenze attraverso cui si legge l'eterogeneità che caratterizza il contesto di riferimento per la ricerca.

Per leggere tali differenze sono state considerate alcune variabili secondo cui si differenziano le comunità, come per esempio tra il tipo di gestione (diretta, non diretta e privata) e il luogo che accoglie la struttura (ospedaliero o extraospedaliero).

Definizione C.T.R.P.:

La comunità è intesa come una *struttura di passaggio, provvisoria*, sebbene i tempi non siano sempre chiaramente definiti, da un'esperienza di ricovero o presa in carico dei servizi di psichiatria a ulteriori strutture protette e al proseguimento del percorso terapeutico.

In alcuni casi l'attenzione è posta soprattutto sugli aspetti relazionali, per cui la comunità rappresenta un *luogo dove sperimentarsi nella vita con gli altri*, in processi di *ri-socializzazione* e nella costruzione graduale della propria *autonomia* nella gestione della quotidianità.

Solo in alcuni casi (4) vi è riferimento all'approccio teorico di riferimento della comunità, i presupposti che ne caratterizzano l'operato non vengono considerati nelle altre rilevanti, in alcuni stralci (4) vengono riportati i *principi fondamentali* della comunità, intesi come i *valori* di riferimento.

In tutti i documenti raccolti, inoltre, si trova il riferimento al *progetto individualizzato*, come principale strumento attraverso cui trova forma in modo condiviso e consensuale il percorso dell'utente all'interno della comunità terapeutica protetta.

Utente:

Per quanto riguarda la definizione dell'utente della comunità si osserva dall'analisi dei testi come in alcuni casi questo venga definito in relazione alla categoria diagnostica di cui è "portatore", in modo molto specifico per quanto riguarda la C.T.R.P. a *gestione privata* che si focalizza sui *disturbi di personalità* ed *episodi psicotici acuti*, o come utente dei servizi psichiatrici con *patologie* definite *gravi che rendono necessaria l'attuazione di un progetto individualizzato in un contesto terapeutico protetto*. Nella maggior parte dei documenti analizzati la definizione del paziente, dal punto di vista della patologia o della storia clinica, mantiene un raggio di inclusione ampio, senza riferimenti per esempio a fattori quali età, status socio-economico o socio-culturale.

In alcuni stralci, invece, l'attenzione per definire l'utente si concentra su aspetti contestuali legati alla sua storia di vita e alle risorse relazionali, per cui l'inserimento in comunità rappresenta soprattutto per l'utente *la possibilità di sperimentarsi in un contesto meno conflittuale di quello da cui proviene* e lavorare alla costruzione di un nuovo spazio di *autonomia*.

Riabilitazione:

In tutte le carte si trovano riferimenti che definiscono il processo di riabilitazione, inteso in modo eterogeneo come il *recupero delle capacità relazionali* e della *gestione di situazioni conflittuali* (anche nella famiglia), l'acquisizione di competenze di *gestione di aspetti quotidiani*, ma anche l'acquisizione di strategie volte a gestire con maggiore efficacia la propria vita in relazione alla patologia (*riconoscere i prodromi delle crisi, gestire autonomamente l'assunzione dei farmaci*, ecc.). Gli aspetti che vengono messi in luce sembrano legati ai presupposti teorici che caratterizzano l'agire terapeutico, ma que-

sti vengono resi espliciti solo in 2 documenti, dove si fa riferimento ad approcci integrati psicoterapeutici che danno rilevanza all'acquisizione di *strategie comportamentali* in unione con l'approfondimento delle *modalità relazionali*. Un aspetto rilevante per quanto riguarda il costrutto della "riabilitazione" è dato dal fatto che per quanto riguarda i documenti specifici delle Cooperative Sociali, emerge con maggiore chiarezza una definizione degli obiettivi in coerenza con la filosofia-ideologia retrostante la cooperativa stessa e i suoi operatori, questo aspetto si presenta in modo meno esplicito nei documenti delle strutture, seppure a gestione non diretta.

Reinserimento sociale:

Per quanto riguarda il costrutto del "reinserimento sociale", questo compare in modo minore nelle Carte dei Servizi, in particolare 6 C.T.R.P. (5 a gestione non diretta e 1 a gestione diretta) si propongono come obiettivo anche quello di *favorire il reinserimento lavorativo dell'utente*, in alcuni casi con progetti che consentono di sperimentarsi in *lavori protetti* anche durante il periodo di permanenza in comunità.

Tra gli stralci che riguardano la conclusione del percorso in comunità e le prospettive future si osserva come non vi sia nella maggior parte dei casi un vero e proprio progetto di reinserimento sociale, ma di *reinserimento nella realtà familiare* oppure di proseguimento del progetto riabilitativo attraverso altre strutture come le *Comunità Alloggio*.

Dall'analisi dei documenti delle C.T.R.P. si può evidenziare una tendenza ad uniformarsi rispetto ad alcuni criteri, presenti anche nelle normative, che non sempre trovano coerenza nella descrizione delle pratiche.

La variabile che considera la sede della C.T.R.P. può rappresentare uno strumento rilevante attraverso cui leggere tra le diverse strutture il rapporto con il territorio e con i servizi, le figure professionali coinvolte nell'équipe.

Lo stesso vale anche per le C.T.R.P. a gestione non diretta, dove per esempio è più facile che nella Carta dei Servizi stessa venga riprodotta quella che può essere l'ideologia della cooperativa sociale che vi lavora, queste ultime in particolare sono quelle che danno maggiore attenzione ad aspetti come il legame con il territorio e l'attuazione di progetti orientati anche al reinserimento lavorativo.

Per quanto riguarda, per esempio, gli operatori coinvolti nell'équipe multiprofessionale dove vi è una gestione da parte di cooperativa si evidenzia una disponibilità maggiore di professionisti che lavorano nella comunità e in particolare una maggiore presenza di psicologi, questo del resto è uno dei motivi per cui il servizio pubblico si avvale del privato sociale per la gestione di strutture come le C.T.R.P.

Dall'analisi dei testi sono emerse, inoltre, ulteriori categorie che mettono in luce altri aspetti non considerati in modo specifico in questa parte della ricerca, ma che rappresentano le ipotetiche linee interpretative attraverso cui potrà delinarsi la fase successiva della ricerca etnografica: - *descrizione della struttura* - *approccio teorico* - *principi e valori della comunità* - *équipe multiprofessionale* - *criteri di ammissione alla comunità* - *criteri e modalità di dimissione* - *attività* - *indicatori di risultato* - *diritti degli utenti* - *doveri degli utenti* - *rapporto con il territorio* - *rapporto con la famiglia* - *rapporto con i servizi di salute mentale*.

7. Conclusioni

sociale

Dal confronto tra l'analisi della normativa e dei documenti delle singole strutture denominate come "C.T.R.P." emerge una cornice di definizioni e di orientamenti operativi caratterizzata da una marcata ambiguità nel delineare le pratiche lavorative e le finalità dei percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale per utenti di servizi di salute mentale.

A livello nazionale e regionale i testi della normativa non mostrano differenze significative per sostanziare la definizione della realtà C.T.R.P.; gli stralci, infatti, conservano descrizioni ampie che lasciano spazio per l'interpretazione, delegata alle singole strutture.

Queste ultime a loro volta presentano, nei documenti attraverso cui si descrivono, una tendenza ad uniformarsi ai criteri normativi; pur mantenendo un'eterogeneità nelle definizioni degli utenti e delle finalità della comunità; tali differenze sembrano trovare correlazione con il tipo di gestione, ma soprattutto con i presupposti teorici e l'ideologia di riferimento della struttura, difficilmente esplicitati nei documenti dei servizi.

Le considerazioni fin qui presentate evidenziano l'utilità di approfondire l'analisi del contesto di ricerca con il coinvolgimento di quelli che possono essere nominati come i "testimoni privilegiati", che rappresentano gli attori coinvolti nella scena delle strutture residenziali psichiatriche C.T.R.P..

Quello con cui si confronta il ricercatore quando entra nel merito della sua ricerca è di cercare di dare un senso e trovare le correlazioni tra i suoi assunti, i presupposti che guidano il suo agire, ciò che pensa di conoscere di una realtà che vede come esterna al suo operato, le sue ipotesi, le considerazioni delle sue analisi. Ma questo ben presto lo porta a fare i conti con una realtà che si costruisce attraverso i suoi movimenti, una realtà spesso molto più complessa di quella osservata nel cannocchiale, per cui è necessario proseguire il cammino e addentrarsi nella storia, farne parte e relazionarsi con i personaggi che ne illustrano la trama.

La necessità di percorrere la strada dei discorsi, dei ruoli e delle differenze contestuali ha condotto, dunque lo studio alla realizzazione di interviste a responsabili dei Servizi di Salute Mentale, delle comunità, delle cooperative sociali coinvolte nella gestione di alcune strutture, a operatori, e a referenti degli servizi coinvolti nei processi di costruzione e revisione delle normative. Le analisi di questa seconda fase di lavoro, presentate nel prossimo numero (Marzo 2011), delineano i contorni di un' "etnografia di sfondo" che offre le premesse per la selezione di campi di ricerca specifici in cui verrà condotta la fase etnografica.

Il lavoro fin qui presentato, dunque, si propone di tracciare le criticità e i percorsi orientativi per la costruzione di una ricerca finalizzata a leggere nell'interazione tra operatori e utenti di comunità (discorsi e pratiche) la configurazione del "percorso" in C.T.R.P.

Bibliografia

"Umanità Nova" di Reggio Emilia (a cura di).(2007). *Igiene mentale e libero pensiero. Sul controllo sociale della psichiatria*, Zero in Condotta.

- Adams S.M., Partee D.J. (1998). Integrating psychosocial rehabilitation in a community-based faculty nursing practice, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, vol. 36 (4), pp. 24-28.
- Amerio P. (2007). *Fondamenti di psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Barbato A. (1998). Psychiatry in transition: Outcomes of mental health policy shift in Italy, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, pp. 673-679.
- Barbato A., D'Avanzo B., Rocca G., Amatulli A. & Lampugnani D. (2004). A study of long-stay patients resettled in the community after closure of a psychiatric hospital in Italy, *Psychiatric Services*, 55(1), pp. 67-70.
- Berger P.L., Luckmann T. (1966). *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Burns T., Catty J., White S.C., Ellis G., Jones I.R. et al. for the ECHO Group (2009). Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon, *Psychological Medicine*, vol. 39, pp. 313-323.
- Castiglioni M., Corradini A. (2007). *Modelli epistemologici in psicologia*, Carrocci, Roma.
- Corrigan P.W., Watson A.C. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness, *Clinical Psychology: Science & Practice*, Vol. 9 (1), pp. 35-53.
- Crisp A., Gelder M., Goddard E., Meltzer H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow up study within the changing minds campaign of the Royal College of Psychiatrists, *World Psychiatry*, 4(2), pp. 106-14.
- Davies J.P., Heyman B., Godin P.M., Shaw M.P., Reynolds L. (2006). The problems of offenders with mental disorders: A plurality of perspectives within a single mental health care organisation, *Social Science & Medicine*, vol. 63, pp. 1097-1108.
- De Girolamo G. & Cozza M. (2000). Italian psychiatric reform: a 20 years perspective, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, pp. 197-214.
- Fairlough N., Wodak R. (1997). Critical discourse analysis, in T.A. van Dijk (a cura di). *Discourse as social interaction*, London, Sage, pp. 258-284.
- Fasola C. (2005). *L'identità*, Utet Libreria, Torino.
- Fioritti A. (ed.) (2002). *Leggi e salute mentale. Panorama europeo delle legislazioni di interesse psichiatrico*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Flick, U. (1998). The Social Construction of Individual and Public Health: Contributions of Social Representations Theory to a Social Science of Health, *Social Science Information*, 37, pp. 639- 662.
- Foucault M. (2004). *Il potere psichiatrico*, a cura di Jacques Lagrange, trad. Mauro Bertani, Feltrinelli, Milano.
- Goffman E. (1983). *Stigma l'identità negata*, Giuffrè Editore, Milano.
- Goffman E. (2003). *Asylums*, Einaudi Editore, Torino.
- Gove W.R. (2004). The career of the mentally ill: an integration of psychiatric, labeling/social construction, and lay perspective, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, pp. 357-375.
- Gruppo Nazionale Progres (2001). Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. I risultati della fase 1 del Progetto Progres, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10 (4), pp. 260-274.
- Harman J.S., Cuffel B.J. & Kelleher K.J. (2004). Profiling hospitals for length of stay for treatment of psychiatric disorders, *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(1), 66-74.
- Harré R., G. Gillett (1996). *La mente discorsiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Hinshaw S.P., Cicchetti D. (2000). Stigma and mental disorder: conception of illness, public attitudes, personal disclosure and social policy, *Development and Psychopathology*, vol.12, pp. 555-598.
- Istituto Italiano di Medicina Sociale (1997). *Rilevazione delle strutture e dei servizi psichiatrici pubblici e privati del personale in essi operante al 31.12.1996*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma.

sociale

- Jones I.R., Ahmed N., Catty J., McLaren S., Rose D., Wykes T., Burns T. for the Echo Group (2009). Illness careers and continuity of care in mental health services: a qualitative study of service users and carers, *Social science and Medicine*, vol. 69(4), pp. 632-639.
- Kroska A., Harkness S.K. (2006). Stigma sentiments and self-meaning: exploring the modified labelling theory of mental illness, *Social Psychology Quarterly*, vol. 69(4), pp. 325-348.
- Mantovani G. (2008). *Analisi del discorso e contesto sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Pescosolido B.A., Martin J.K., Lang A., Olafsdottir S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: a framework integrating normative influences in stigma (FINIS), *Social Science and Medicine*, vol. 67, pp. 431-440.
- Pescosolido, B. A. & Boyer, C. A. (1999). How do people come to use mental health services? Current knowledge and changing perspectives, in A. V. Horwitz & T. L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, New York: Cambridge University Press, pp. 392-411.
- Phillips M.R. et al. (2002). Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China, *Br. J. Psychiatry*, 181, pp.488-493.
- Pinkney A.A., Gerber G.J., Lafare H.G. (1991). Quality of life after psychiatric rehabilitation: the client's perspective, *Acta Psychiatrica Scand*, vol. 83, pp. 86-91.
- Rapaport J., Bellringer S., Pinfold V., Huxley P. (2006). Carers and confidentiality in mental health carer considering the role of the carer's assessment: a study of service users', carers' and practitioners' view, *Health and Social Care in the Community*, vol. 14(4), pp. 357-365.
- Salvini A. (2002). *Diversità, devianze, terapie*, Upsilon-Domeneghini, Padova.
- Salvini A. (2004). *Psicologia clinica*, Upsilon-Domeneghini, Padova.
- Santolone M. (1977). *Gli esclusi di stato. Indagine sull'istituzione assistenziale in Italia*, Savelli, Roma.
- Saraceno B. (2002). The WHO World Health Report 2001 on mental health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 11, 2, 83-87.
- Scheff T.J. (1966). *Per infermità mentale*, Feltrinelli, Milano.
- Schwartz H., Jacobs J. (1987). *Sociologia qualitativa*, Il Mulino, Bologna.
- SIEP (2001). Osservazioni sulle proposte di legge di riforma della assistenza psichiatrica in Italia, www.siep.it.
- Szatz T. (1966), *Il mito della malattia mentale*, Il Saggiatore, Milano.
- Tansella M. & Williams P. (1987). The Italian experience and its implications. *Psychological Medicine* 17, 283-289.
- Taylor K.E., Perkins R.E. (1991). Identity and coping with mental illness in long-stay psychiatric rehabilitation, *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 30, pp. 73-85.
- Turchi G.P., Perno A. (2002). *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*, Domeneghini Editore, Padova.
- Tuzzi A. (2003). *L'analisi del contenuto. Introduzione ai metodi e alle tecniche di ricerca*, Carrocci Editore, Roma.
- Vender S. (a cura di). (2005). La stigmatizzazione dal pregiudizio alla cura della malattia mentale, *Noos. Aggiornamenti in Psichiatria*, vol. 11, 3/4.
- Ware N., Tugenberg T., Dickey B. (1999). An ethnographic study of the meaning of continuity of care in mental health services, *Psychiatric Services*, vol. 50(3), pp. 395-400.
- Wodak R., Krzyzanowski M. (2008). *Qualitative Discourse Analysis in the Social Science*, Palgrave MacMillan, New York.
- Wright E.R., Gronfein W.P., Owens T.J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients, *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 41, pp. 68-90.