

UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

Sede Amministrativa: Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

**SCUOLA DI DOTTORATO DI RICERCA IN  
SCIENZE SOCIALI: INTERAZIONI, COMUNICAZIONE, COSTRUZIONI CULTURALI  
CICLO XXIV**

**I risvolti dell'interazione tra operatori e utenti dei servizi psichiatrici  
nei progetti riabilitativi.**

**Una ricerca esplorativa sulle configurazioni  
delle "Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette" in Veneto**

**Direttore della Scuola :** Ch.mo Prof. Marco Sambin

**Supervisore :** Ch.mo Prof. Paolo Francesco Cottone

**Dottorando :** Dr.ssa Mara Olocco

## *RIASSUNTO*

### *I risvolti dell'interazione tra operatori e utenti dei servizi psichiatrici nei progetti riabilitativi.*

#### *Una ricerca esplorativa sulle configurazioni delle "Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette" in Veneto*

L'elaborato di tesi presenta la costruzione e la realizzazione di un'indagine esplorativa sui processi che configurano le "Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette" (C.T.R.P.) in Veneto, attraverso le lenti teoriche del costruzionismo sociale e dell'interazionismo simbolico. Si descrive, quindi, uno studio finalizzato ad indagare come le singole strutture traccino i propri obiettivi e i destinatari del proprio servizio, in coerenza o meno con i riferimenti legislativi e con i presupposti teorico-ideologici che le caratterizzano; ma anche come si configurino i ruoli all'interno di tali servizi e come gli utenti definiscano i copioni e le azioni delle scene rappresentate e immaginate.

Per lo svolgimento della ricerca viene scelto un approccio etnografico, che facilita la suddivisione del lavoro di ricerca in fasi differenti caratterizzate da metodi flessibili e riflessivi. Una prima fase è dedicata alla mappatura e costruzione della cornice normativa del contesto di ricerca. Dall'analisi dei documenti di riferimento per le 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. Le singole strutture, infatti, mantengono le loro peculiarità nelle definizioni del servizio, dell'utenza e delle pratiche di intervento sia nelle descrizioni presenti nei documenti amministrativi, sia nei discorsi dei professionisti dell'area riabilitativa psichiatrica. A partire da tali considerazioni, prende forma un lavoro di mappatura delle C.T.R.P. presenti nel territorio veneto che evidenzia gli aspetti di distinzione tra queste, come il tipo di gestione e la collocazione rispetto ai servizi sanitari. Questa prima fase di analisi consente, inoltre, di definire i temi di interesse dello studio etnografico e di selezionare i campi di indagine. La seconda fase, dunque, viene dedicata alla raccolta del corpus dei dati della ricerca in sei C.T.R.P., che si trovano in territori differenti e con diversi tipi di gestione. In ciascuna comunità il lavoro prevede un mese di osservazione partecipante e la conduzione interviste semi-strutturate con operatori e utenti. Al termine della raccolta delle interviste e delle note di campo si realizza l'analisi dei dati, avvalendosi di metodologia di tipo qualitativo con l'analisi tematica e critica dei discorsi. Nell'analisi preliminare vengono differenziati i temi di interesse che guidano la struttura dell'intervista e argomentati i nuclei tematici che raccolgono le categorie discorsive, descritte attraverso gli estratti di operatori e utenti coinvolti nella ricerca. Attraverso

questa analisi vengono differenziate quattro aree principali: la C.T.R.P. e i suoi obiettivi, gli strumenti di intervento e di valutazione, gli attori e le loro interazioni, le prospettive di miglioramento. L'analisi prodotta consente di sviluppare ed argomentare le aree discorsive attraverso la suddivisione in nuclei tematici che raggruppano le categorie evidenziate dai testi delle interviste. Lo sviluppo e il lavoro ricorsivo su questo tipo di analisi ha consentito, quindi, di evidenziare alcuni temi critici dei discorsi che si presentano in modo trasversale e attraverso cui si possono cogliere divergenze, somiglianze e sviluppi operativi: le relazioni esterne ed interne alla comunità, le identità e i ruoli di operatori e utenti, i processi di cambiamento. Tali temi vengono approfonditi come aspetti critici evidenziati nel campo di ricerca e rappresentano anche i presupposti per costruire progetti di evoluzione dei servizi per la riabilitazione e il reinserimento nell'ambito della salute mentale.

Lo studio si sviluppa, quindi, come un modello di ricerca-azione che coinvolge gli attori come partecipanti e attivi costruttori delle realtà che contribuiscono a configurare. I risvolti di questa ricerca consentono di dare forma a modelli di sviluppo nella progettazione e realizzazione di percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale in ambito psichiatrico, che promuovano ruoli attivi degli attori coinvolti, e di orientare la costruzione di strumenti di valutazione del cambiamento, che rispondano alle specificità contestuali e rispecchino le guide normative e amministrative di riferimento. Questo tipo di ricerca, infine, può rappresentare uno strumento di riferimento per la revisione e la costruzione delle politiche dei servizi a livello locale e nazionale, considerando il rapporto di circolarità tra le normative e i contesti in cui queste trovano le loro interpretazioni.

## *ABSTRACT*

**The implications of interaction between staff and users  
of mental health services in rehabilitation projects.  
An exploratory research on configurations  
of the “Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette” (C.T.R.P.) in Veneto**

This thesis describes the design and realization of an exploratory research on the processes which describe the "Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette" (C.T.R.P.) in Veneto using social constructivism and interactionism as theoretical lenses.

The aim of this study is to investigate how each organization defines its users and its goals and whether each organization is consistent with the legal standards and with its own theoretical/ideological premises. In addition, this study tries to elucidate how the roles are defined in such organization and how the users outline the scripts and the acts during both played and pictured scenes.

An ethnographic approach has been chosen for this study since it facilitates the division of the research in different steps which are characterized by flexible and reflective methods.

A first stage is required for the mapping and the construction of a normative framework of the research context. From the analysis of the documents describing C.T.R.P. it is possible to see a framework of definition and operative directions characterized by a pronounced ambiguity in defining both the working practices and the goals of the social rehabilitation routes for mental health service users. In fact each single organization maintains its own peculiarity in defining services, users and interventions as well in describing itself in administrative paperwork and through the words of mental health professionals.

From here, a map of C.T.R.P. located in Veneto region points out differences among them, such as their management and their interaction with the health services. In addition, this first stage allows us to define the topics for ethnographic study and to select the research fields.

The second stage is focused to collect data from six C.T.R.P. which differ for location and management. In each organization the research includes one month of participant observation and conducting semi-structured interviews with users and staff.

At the end of the interview and field note collection data analysis is performed using qualitative methods with thematic and critical discourse analysis of the interviews.

During the first half of analysis we sort the themes of interest which lead the interview structure and the thematic focuses, which comprise the discursive patterns described by operators and users. This

analysis allows us to define four main areas: C.T.R.P. and its goals, intervention and evaluation tools, actors and their reciprocal interaction, perspectives of improvement.

The second half of the analysis outlines critical themes which are present in a transversal way through the interviews and which can be used to see differences, similarities, and operative developments, external and internal relationships, operators and users' identities and roles, the process changes. Such themes are extensively analyzed as critical aspects of the research and they represent also the requirements to shape projects for social rehabilitation service evolution.

This study is based on an action research model which involves the actors as participants who actively construct the realities they contribute to define. The implications of this research allow to shape new models to project and build social rehabilitation routes for mental health services which promote the active role of all the actors involved. This research also allows to direct the construction of evaluation tools to address the change: these tools need to be specific for the context and to follow the normative and administrative guidelines.

Finally, this research approach might be seen as a reference model to review and to design both local and national policy in health mental services, since there is a circular relationship between the normative framework and context where the policy finds its practical translations.

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>3</b>
<b>PARTE PRIMA</b>	
<b>1. CORNICE TEORICA DI RIFERIMENTO</b>	<b>11</b>
1.1 I modelli teorici della ricerca	12
1.2 La <i>review</i> teorica e metodologica	28
<b>2. CONTESTO STORICO E SOCIALE:LA "RIABILITAZIONE PSICHIATRICA" E IL "REINSERIMENTO SOCIALE"</b>	<b>39</b>
2.1 Le teorie e i modelli di riabilitazione psichiatrica e le comunità residenziali	39
2.2 La riorganizzazione dei servizi psichiatrici residenziali nel modello italiano	44
<b>3. METODO</b>	<b>49</b>
3.1 I riferimenti teorici	50
3.2 Le fasi di ricerca etnografica	57
3.3 Il <i>corpus</i> dei dati di ricerca	73
<b>PARTE SECONDA</b>	
<b>4. LE ANALISI DEL CONTESTO DI RICERCA</b>	<b>100</b>
4.1 I testi normativi e amministrativi	101
4.2 I discorsi dei professionisti (o testimoni privilegiati)	106
<b>5. LE ANALISI DEI DISCORSI SITUATI</b>	<b>117</b>
5.1 La C.T.R.P. e i suoi obiettivi	119
5.2 Gli strumenti di intervento e di valutazione del percorso	147

<b>5.3</b>	<b>Gli attori e le loro interazioni</b>	<b>165</b>
<b>5.4</b>	<b>Le prospettive di miglioramento</b>	<b>202</b>
<b>6.</b>	<b>LE ANALISI CRITICHE DEI DISCORSI</b>	<b>213</b>
<b>6.1</b>	<b>Le relazioni interne ed esterne</b>	<b>214</b>
<b>6.2</b>	<b>I ruoli e le configurazioni identitarie</b>	<b>237</b>
<b>6.3</b>	<b>I processi di cambiamento</b>	<b>248</b>
	<b>CONCLUSIONI</b>	<b>255</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>262</b>
	<b>APPENDICE A</b>	<b>275</b>
	<b>APPENDICE B</b>	<b>280</b>
	<b>APPENDICE C</b>	<b>283</b>
	<b>APPENDICE D</b>	<b>297</b>
	<b>APPENDICE E</b>	<b>300</b>

## INTRODUZIONE

La ricerca di seguito presentata è costruita secondo i presupposti teorici del costruzionismo sociale e dell'interazionismo simbolico. Essa si propone come un'indagine esplorativa dei processi che configurano le "Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette" (C.T.R.P.) in Veneto.

L'attenzione si focalizza sui presupposti espliciti ed impliciti dei discorsi e delle pratiche degli operatori coinvolti all'interno di queste strutture e sui risvolti nelle definizioni delle "C.T.R.P." e dell'"utente", considerando anche in che modo quest'ultimo si conforma o si oppone a tali rappresentazioni. Tale studio è, inoltre, orientato a descrivere i processi che configurano e legittimano i percorsi di "riabilitazione terapeutica e sociale" e di "reinserimento sociale" per utenti di Servizi Psichiatrici ospiti di "Comunità Terapeutiche e Riabilitative Protette".

I Servizi di Salute Mentale dedicati alla prevenzione, al trattamento e alla riabilitazione vengono coordinati dal D.S.M. (Dipartimento di Salute Mentale) e differenziati secondo gli obiettivi di intervento. In particolare, le C.T.R.P. vengono identificate come spazio privilegiato per la fase riabilitativa che precede il reinserimento sociale degli utenti.

Per definizione, la C.T.R.P. è una struttura sanitaria destinata ad accogliere pazienti con problematiche psichiatriche, per periodi di tempo 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"<sup>1</sup>.

Si tratta di un numero consistente di Strutture Residenziali Psichiatriche che il Ministero della Salute suddivide 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"<sup>2</sup>.

Secondo quanto emerge da recenti ricerche sui servizi residenziali psichiatrici in Italia, il Progetto PROGRES 2000 dell'Istituto Superiore di Sanità Nazionale (De Girolamo, Picardi, Morosini, *et al.*, 2001), e la Ricerca PROGRES Veneto 2006 della Regione Veneto (Gruppo Ricerca PROGRES Veneto, 2006), l'ambito riabilitativo è caratterizzato da una marcata eterogeneità, che coinvolge le

---

<sup>1</sup> Tratto dalla "Guida ai Servizi Psichiatrici" sul sito dell'ULSS 16 di Padova.

<sup>2</sup> Riferimenti tratti 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).

strutture sia per la differente distribuzione di risorse a livello territoriale tra i vari Dipartimenti di Salute Mentale, sia per le proposte operative. Le C.T.R.P., infatti, appaiono caratterizzate da differenti riferimenti teorico-ideologici, modalità organizzative, attività proposte, tempi di intervento e rapporti con il Servizio Sanitario Locale. Ognuna di queste comunità 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".

Le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette, all'interno delle quali sono coinvolte diverse figure professionali, come Psichiatri, Infermieri, Psicologi, Educatori, Operatori, si differenziano in tre categorie che indicano il tipo di relazione con i Servizi Sanitari Locali:

- \* a gestione diretta: la gestione della comunità è dell'Azienda Sanitaria Locale di riferimento, così come il progetto e gli operatori inseriti;

- \* a gestione non diretta convenzionata: in alcuni casi la gestione è totalmente affidata ad una cooperativa sociale e il progetto della comunità viene costruito e condiviso con il Servizio Sanitario, (viene stipulata una convenzione); in altri casi viene delegata alla cooperativa sociale la gestione di alcuni aspetti organizzativi della comunità (attraverso una gara di appalto), mentre altri restano di gestione del servizio pubblico;

- \* a gestione privata convenzionata: queste strutture afferiscono sempre al Dipartimento di Salute Mentale, a cui devono rispondere in particolare per quanto riguarda i criteri di qualità del servizio per convenzioni, ma la comunità viene gestita dal punto di vista progettuale e organizzativo in modo privato.

Per quanto riguarda la Regione Veneto risultano 55 C.T.R.P. presenti sul territorio, secondo l'elenco aggiornato nel 2008 e conteggio di quelle nate nel periodo successivo: 32 a gestione diretta, 17 a gestione non diretta convenzionata e 6 a gestione privata convenzionata.

I temi che coinvolgono le strutture residenziali e riabilitative dell'area salute mentale risultano di particolare rilevanza nel panorama politico e culturale attuale. La riforma psichiatrica del 1978 (legge n. 180), poi travasata nei contenuti sostanziali negli articoli 33 e seguenti della legge n. 833 di riforma sanitaria del 23 dicembre 1978, ha aperto la via a profondi cambiamenti culturali e organizzativi a tutti i livelli delle Istituzioni Pubbliche preposte al settore. In particolare tale riforma ha favorito il cambiamento degli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico "dal controllo sociale dei malati di mente alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi mentali,

spostando l'asse portante delle istituzioni assistenziali dagli interventi fondati sul ricovero ospedaliero a quelli incentrati sui servizi territoriali"<sup>3</sup> .

Negli ultimi 30 anni si può documentare una rilevante ristrutturazione dei servizi psichiatrici e la 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 Mentale, 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".

Nei Progetti per la Salute Mentale, il Ministero, le Regioni e i Dipartimenti di Salute Mentale sono orientati a promuovere l'accesso ai Servizi Sanitari, volti ad identificare le problematiche e dare origine a processi di cambiamento e a favorire la costruzione di una rete con gli altri servizi. In particolare, l'attenzione si focalizza sulle necessità di ridurre e contrastare lo "stigma sociale" che limita le prospettive degli utenti psichiatrici.

Nel 2008, invece, con il documento "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale", si assiste ad un'ulteriore definizione dei servizi e delle strutture di riferimento per l'area Salute Mentale. L'attenzione è rivolta sia agli aspetti organizzativi e amministrativi dei diversi servizi, che alla costruzione di criteri uniformi e condivisi di finalità di intervento clinico e valutazione della qualità. Il Veneto in particolare, con il DGR 1616 del 2008, promuove la costruzione di un decreto prodotto da processi di confronto e condivisione tra gli attori coinvolti nella scena dei Servizi di Tutela Salute Mentale che formalizza i criteri per l' "autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento delle unità di offerta nell'ambito della Salute Mentale". Tale documento dà l'avvio nel territorio veneto ad una fase di ridefinizione dei servizi, che mira all'introduzione di categorie peculiari e di mappatura delle strutture con un lavoro di valutazione del rispecchiamento dei criteri di qualità.

---

<sup>3</sup> tratto da Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1994-1996".

In seguito a tale decreto viene formulato il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale per il triennio 2010-2012, che rappresenta l'attuale riferimento per le strutture ospedaliere e territoriali (residenziali e semi-residenziali) afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto.

Tale cornice introduttiva, tuttavia, lascia spazi aperti per chiedersi in che modo le linee guida del Ministero e delle Commissioni Regionali si riflettano negli obiettivi degli operatori dei Servizi Psichiatrici e nelle rappresentazioni degli utenti, e, inoltre, a partire da quali presupposti scientifici si configurino l'organizzazione dei Servizi, gli obiettivi dell'intervento, le pratiche dei professionisti ed i significati delle etichette linguistiche utilizzate.

Lo studio proposto, quindi, formula alcune questioni orientate ad ampliare lo spazio del tema trattato attraverso lo sguardo di differenti prospettive interdisciplinari. L'interesse è rivolto alle ideologie e alle definizioni attraverso cui le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette si descrivono, alle modalità in cui i presupposti teorici della comunità trovano coerenza nelle pratiche del servizio (quali operatori, quali obiettivi, quali attività, quali utenti), alla relazione tra la cornice politico-giuridico-amministrativa e le pratiche dei servizi. L'intento è, inoltre, quello di approfondire i processi di costruzione degli obiettivi dei percorsi in comunità e le configurazioni dell'utente entro una realtà che gli consenta di reinserirsi socialmente, in particolare considerando i risvolti dell'interazione tra operatori e utenti di strutture protette.

La ricerca che viene delineata presenta finalità esplorative rispetto alla configurazione delle "Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette" come prodotti di processi politico-legislativi, organizzativi e scientifici e può rappresentare uno strumento per approfondire e comprendere i presupposti che guidano l'attuale dibattito politico-istituzionale rispetto alla revisione delle leggi per la "salute mentale". Questo lavoro, inoltre, permette di evidenziare come gli strumenti di analisi qualitativa in psicologia sociale possono essere usati per indagare i processi attraverso cui si configurano le identità dei servizi psichiatrici, a partire dai discorsi legislativi che ne definiscono la natura e gli obiettivi d'azione. Lo studio evidenzia anche come le singole strutture delineano i propri obiettivi e i destinatari del proprio servizio, in coerenza o meno con i riferimenti legislativi e con i presupposti teorico-ideologici che le caratterizzano, ma anche come si configurano i ruoli all'interno del Servizio e come l'identità dell'utente trovi copioni e azioni nelle scene rappresentate. Essa può rappresentare, inoltre, un modello da utilizzare per ampliare la ricerca anche ad altre Regioni italiane. La raccolta delle risposte alle interviste semi-strutturate è finalizzata, infatti, a costruire strumenti *ad hoc* che possano essere utilizzati per la progettazione di uno studio più ampio che consenta di confrontare i dati raccolti in tutte le C.T.R.P. nella Regione Veneto e sul territorio nazionale.

La ricerca, dunque, propone un'analisi critica dei processi discorsivi che danno un senso ai progetti "terapeutici" di "riabilitazione psichiatrica" e "reinserimento sociale".

In una prima fase, il lavoro è focalizzato a dare forma alla cornice politico-giuridico-amministrativa di riferimento per le strutture oggetto d'indagine della ricerca. In seguito, lo studio si dedica alla descrizione di scenari di comunità selezionati. All'interno di "Comunità Terapeutiche Residenziali Protette" l'attenzione è rivolta ai processi attraverso cui, nell'interazione tra operatori e utenti, si configurano pratiche e discorsi rispetto a "utente", "ruoli professionali", "terapia", "riabilitazione" e "reinserimento sociale".

In un'ottica sistemica, quindi, i presupposti impliciti ed espliciti del Servizio Psichiatrico Riabilitativo consentono di comprendere in che modo si configura la relazione tra 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.

Ne consegue una specifica definizione degli obiettivi di indagine, che possono essere distinti in due principali nuclei di ricerca:

#### 1) OBIETTIVI DI ESPLORAZIONE DESCRITTIVA

- Costruire una cornice politico-giuridico-amministrativa di riferimento per le "Comunità terapeutiche riabilitative protette", confrontando i documenti testuali a livello nazionale, regionale, locale e situato, con i discorsi di responsabili di servizi di riabilitazione psichiatrica e di strutture residenziali protette.
- Costruire una mappa descrittiva delle C.T.R.P. nel territorio veneto rispetto a caratteristiche di somiglianza e di differenza che rappresentano le peculiarità dei differenti contesti di indagine.

Questo lavoro è propedeutico al raggiungimento degli obiettivi successivi perché consente di identificare i contesti della ricerca attraverso l'ingresso nei sistemi di attività e d'individuare i temi di interesse per l'analisi del materiale raccolto nella fase di ricerca etnografica.

- Indagare in che modo i riferimenti normativi e amministrativi si declinano nei discorsi degli attori, coinvolti in C.T.R.P. con differenti tipi di gestione<sup>4</sup> e confrontare i discorsi di operatori e utenti che ne descrivono le finalità, gli obiettivi, i ruoli professionali, l'utenza,

---

<sup>4</sup> Comunità a gestione pubblica, di ideologia dichiaratamente psichiatrica e fortemente allineate al Servizio Socio-Sanitario; pubbliche a gestione privata, che possono differenziarsi nell'autonomia e nelle proposte operative; e private, convenzionate con il Servizio Socio-Sanitario e autonome negli aspetti organizzativi e amministrativi.

gli strumenti e le pratiche di intervento e di valutazione, delineando i contorni dell' "utente", del suo progetto "riabilitativo" e di "reinserimento sociale" e delle prospettive future.

## 2) OBIETTIVI DI ESPLORAZIONE CRITICA

- Indagare in che modo le peculiarità delle "Comunità Protette Terapeutiche e Riabilitative" coinvolte nella ricerca trovano risvolti nelle configurazioni discorsive di operatori, con diversi ruoli professionali, e utenti che ne descrivono identità, obiettivi e ruoli, confrontando C.T.R.P. che differiscono per tipologia di gestione.
- Ipotizzare aspetti di criticità e incoerenza tra i presupposti teorici e ideologici e i risvolti in termini di pratiche, configurazioni di ruolo, obiettivi, strumenti di intervento e valutazione di un percorso all'interno di C.T.R.P..
- Indagare come le configurazioni di ruolo e le modalità relazionali descritte si declinano nelle pratiche professionali degli operatori e nelle prospettive future degli utenti. Si considera poi in che modo l' *agency* dell'utente si riflette nella configurazione del percorso riabilitativo, nella sua valutazione e nelle prospettive future.

Nel percorso che conduce al conseguimento degli obiettivi definiti prende forma la stesura del presente elaborato, volto ad argomentare e descrivere le fasi di progettazione, realizzazione e i risvolti di questa ricerca.

Nella prima parte dell'elaborato vengono presentati i presupposti teorici, che trovano le principali guide in autori che, sia in ambito sociologico che psicologico, hanno introdotto il costruzionismo sociale e l'interazionismo simbolico. Questi rappresentano il riferimento fondamentale che guida la costruzione del progetto di ricerca, la definizione degli obiettivi dello studio e le scelte metodologiche e operative dell'indagine esplorativa.

Il primo capitolo accoglie i principali assunti dei modelli teorici di riferimento in relazione all'ambito di interesse per il presente lavoro. Il discorso teorico consente, inoltre, di costruire un modello di integrazione di questi riferimenti che guida il ricercatore, offrendogli le lenti attraverso cui leggere le realtà che lo ospitano e raccontare delle sue esplorazioni.

L'approfondimento teorico propone di seguito un paragrafo dedicato allo stato dell'arte della ricerca per quanto riguarda gli studi delle scienze sociali in tema di salute mentale e riabilitazione psichiatrica. Il panorama delle ricerche offre diversi spunti di riferimento, riflessioni e proposte operative che rappresentano un riferimento fondamentale per questa ricerca. Le ricerche vengono suddivise, dunque, secondo due principali criteri: uno rispetto ai contenuti presentati e l'altro rispetto alla metodologia utilizzata.

Il secondo capitolo è dedicato alla descrizione del contesto storico, sociale e culturale in cui si colloca questa ricerca. Nel primo paragrafo vengono presentati i principali autori e i modelli teorici di riferimento per tale ambito, dando rilevanza alla configurazione storica dello strumento comunità residenziali nella riabilitazione psichiatrica. La ricostruzione storica del percorso che conduce alla definizione del senso dei percorsi riabilitativi comunitari nell'ambito della salute mentale consente al lettore di addentrarsi nel contesto della ricerca e di cogliere i discorsi e le pratiche che caratterizzano tale contesto attraverso il confronto tra diversi approcci teorici, discorsi e proposte operative. In seguito l'attenzione è rivolta al confronto tra due specifici contesti europei di riferimento culturale per la ricerca: quello italiano e quello anglosassone, in particolare per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi psichiatrici dedicati alla riabilitazione e al reinserimento sociale.

Il terzo capitolo entra nel merito della ricerca attraverso l'esplicitazione dei riferimenti metodologici che hanno condotto alla progettazione della ricerca e alla definizione delle fasi di lavoro. Di seguito, quindi, vengono ripercorse le fasi di realizzazione dell'etnografia di sfondo: dalla costruzione della cornice normativa, alla definizione del campo di indagine, all'utilizzo degli strumenti di ricerca.

Nella prima fase il lavoro di ricerca è focalizzato a dare forma alla cornice politico-giuridico amministrativa di riferimento per le C.T.R.P.. In seguito viene presentato l'ingresso nei sistemi di attività e la definizione del campo di indagine, per introdurre la realizzazione dello studio etnografico all'interno di sei comunità e l'organizzazione del corpus dei dati.

Nel quarto capitolo vengono presentate le considerazioni di analisi rispetto ai documenti normativi e amministrativi, confrontati con i discorsi dei professionisti esperti dei servizi di salute mentale dell'area riabilitativa.

Il quinto capitolo è dedicato ad un'analisi esplorativa di tipo descrittivo, che raccoglie le categorie tematiche emerse dai discorsi degli intervistati rispetto ai temi di interesse della ricerca e differenziate secondo dei nuclei tematici. Le considerazioni vengono presentate in quattro aree che riflettono i temi di interesse della ricerca: la C.T.R.P. e i suoi obiettivi, gli strumenti di intervento e di valutazione, gli attori e le loro interazioni, le prospettive di miglioramento.

Il sesto capitolo, infine, descrive un'analisi esplorativa di tipo critico che si focalizza su alcuni temi trasversali emersi dall'analisi tematica, sottolineando le peculiarità contestuali delle comunità coinvolte nello studio e integrando l'analisi critica dei discorsi con le considerazioni emerse dall'osservazione etnografica. Dall'analisi vengono evidenziati, quindi, tra temi di interesse: le relazioni esterne ed interne ai contesti residenziali protetti, i ruoli e le configurazioni identitarie, i processi di cambiamento.

Nel panorama internazionale questa ricerca si colloca nell'ambito delle scienze sociali che si dedicano con un approccio di tipo qualitativo ai Servizi di Salute Mentale. Le scienze sociali, infatti, rappresentano un contenitore privilegiato per la proposta di studi interdisciplinari, volti non solo a comprendere e rappresentare i processi di costruzione di realtà complesse, ma anche a generare e promuovere processi di cambiamento che possano essere attuati nei contesti di indagine.

Gli aspetti di originalità di questa ricerca vengono individuati nelle scelte metodologiche che riflettono i presupposti teorici e ne sottolineano la valenza interdisciplinare. L'integrazione, infatti, dell'approccio etnografico con l'analisi critica del discorso per indagare contesti specifici quali le comunità residenziali di terapia e riabilitazione offre un contributo innovativo sia nell'ambito psichiatrico per la valutazione dei servizi e gli studi di comunità, sia nell'ambito metodologico di tipo qualitativo per gli approfondimenti e gli sviluppi operativi di un approccio critico di analisi del discorso.

Il lavoro di ricerca che si delinea è finalizzato a costruire modelli di sviluppo dell'intervento riabilitativo in ambito psichiatrico attraverso l'analisi degli aspetti critici evidenziati e i risvolti pragmatici in termini di discorsi e pratiche. Un'ulteriore finalità trova forma nella costruzione di progetti di valutazione del cambiamento coerenti con le peculiarità contestuali e con le linee guida generalizzate di riferimento per i servizi residenziali protetti di riabilitazione e reinserimento sociale.

## PARTE PRIMA

### CAP. 1 CORNICE TEORICA DELLA RICERCA

Il primo capitolo è dedicato ai principali presupposti teorici che guidano la costruzione e la realizzazione della ricerca.

Le riflessioni epistemologiche, nel primo paragrafo, rappresentano il punto di partenza del percorso che, attraverso gli assunti dell'interazionismo simbolico e del costruzionismo sociale, è volto ad approfondire le modalità per guardare e conoscere le realtà di indagine. In particolare lo scopo di questo capitolo è quello di delineare gli aspetti di congiunzione tra i due modelli teorici e le linee di sviluppo che tali modelli hanno offerto e offrono nell'ambito di interesse per la ricerca qui presentata.

Questi riferimenti consentono di comprendere il processo di costruzione della ricerca che segue, per quanto riguarda la definizione del contesto di indagine, le domande di ricerca, gli obiettivi e le scelte metodologiche che verranno presentati nei successivi capitoli.

L'approfondimento dei modelli teorici, inoltre, introduce il lettore ai contenuti della ricerca che riguardano la "salute mentale" e la "riabilitazione psichiatrica". A questo scopo l'attenzione è rivolta soprattutto a quegli autori che rappresentano ancora oggi i principali riferimenti, all'interno dei modelli teorici esposti, che si sono occupati in particolare di tali tematiche, mettendo in luce gli aspetti critici della pratica psichiatrica e delle strutture istituzionali.

Di seguito gli approfondimenti teorici vengono integrati con la presentazione dello stato dell'arte delle ricerche sui temi individuati di interesse per la ricerca proposta.

Il sottocapitolo dedicato al lavoro di *review*, infatti, rappresenta l'integrazione dei presupposti fondamentali che hanno guidato la costruzione della ricerca presentata e descritta nei capitoli che seguono. Con le argomentazioni che percorrono il primo capitolo si apre, dunque, il sipario alla messa in scena della presentazione della ricerca in merito ai processi attraverso cui si configurano le C.T.R.P. e ai risvolti nei discorsi degli attori che abitano il palcoscenico, che contribuiscono nelle loro interazioni a costruire il senso dei percorsi terapeutico-riabilitativi e definiscono il ruoli all'interno di tali servizi.

Le ricerche raccolte all'interno di questa parte dell'elaborato consentono di tracciare i contorni della cornice di indagine scientifica nella quale si colloca questo studio, sottolineando i punti di congiunzione e di differenziazione dalle proposte presenti in letteratura che offrono spunti di riflessione e linee di sviluppo di ricerca nell'ambito della salute mentale e dei servizi in cui gli attori operano. In particolare nel corso della presentazione delle ricerche vengono approfonditi gli studi

che rappresentano i principali riferimenti di ordine teorico, rispetto all'impostazione della ricerca e alle considerazioni di analisi conclusive, ma anche di ordine metodologico rispetto alle scelte degli strumenti, alla costruzione delle categorie di analisi e ai risvolti pragmatici nel campo di indagine.

## 1.1 I modelli teorici della ricerca

La riflessione epistemologica consente di organizzare i discorsi in un corpus teorico-concettuale epistemologicamente fondato e scegliere metodologie coerenti con gli assunti teorici. Collocandosi all'interno del paradigma<sup>5</sup> costruttivista, la ricerca presuppone l'uomo come attivo costruttore di processi conoscitivi e configuratore di molteplici realtà, che esperisce nella sua quotidianità e descrive nei suoi discorsi. A partire da Kant (1781), che introduce il concetto di "fenomeno", e Popper (1934), con la critica all'induttivismo, viene introdotta nei discorsi sulle ricerche scientifiche una prospettiva che dà rilevanza all'osservatore, le sue teorie e le sue aspettative, come agente di produzione scientifica, per cui si asserisce che "nessun fenomeno è tale finché non viene osservato" (Bohr, 1922).

La realtà in quest'ottica non è solo un prodotto individuale, ma prende forma nelle interazioni e trova legittimazione nelle condivisioni sociali e culturali; essa può essere descritta come l'incontro tra l'esperienza e il senso attribuito a ciò che l'osservatore può chiamare "conoscenza". Ponendosi come superamento della distinzione tra oggettività e soggettività, il paradigma costruttivista considera la realtà come configurazione prodotta dall'esperienza individuale, l'intersoggettività e le possibilità dell'essere (Armezzani, 2004). L'osservazione, dunque, allontanandosi dalla ricerca di neutralità ed obiettività, viene intesa come processo attivo e intenzionale che prende forma a partire dagli obiettivi conoscitivi e dagli assunti (teorie, credenze, valori, norme, ecc.) impliciti e espliciti dell'osservatore.

In coerenza con tali presupposti, la ricerca si colloca ad un livello di realismo<sup>6</sup> concettuale (Salvini, 2004): l'osservatore costruisce l'osservato e orienta l'obiettivo conoscitivo alla "descrizione dei processi che costruiscono e configurano una realtà come tale" (Turchi, 2009, p. 30), che nelle pratiche discorsive<sup>7</sup> trovano i risvolti pragmatici (approccio discorsivo e narrativo).

---

<sup>5</sup> Il *paradigma*, secondo Kuhn (1962) è inteso come un *principio di coerenza nella produzione scientifica*, dove il ricercatore compone i contorni di una cornice di modelli (teoria e metodo) che divengono guide e strumenti del suo operare.

<sup>6</sup> Modalità attraverso cui la realtà viene configurata (o conosciuta) nella relazione tra "osservatore" e "osservato".

<sup>7</sup> Le pratiche discorsive consistono nell'uso ordinato e ripetuto di sistemi di segni in modo intenzionale e orientato a degli obiettivi (Harré, Gillet, 1996).

La realtà molteplice a cui si riferisce il realismo concettuale può essere compresa attraverso plurime scelte teoriche come "scelte pragmatiche", purché "la teoria sia in grado di accogliere, all'interno del proprio discorso esplicativo, ciò che porta a costruire quella determinata realtà a cui non è estraneo il punto di vista dell'attore ovvero le sue intenzioni e categorie mentali" (Salvini, 2004, p. 59). Questo approccio, dunque, si propone come "pragmatismo conoscitivo" e "pluralismo teorico" e, per non correre il rischio di essere frainteso come relativismo, può essere approfondito attraverso gli autori e le riflessioni che hanno condotto anche alla formulazione dei modelli teorici scelti come riferimento per la ricerca descritta nei capitoli successivi.

Il termine "pragmatismo" viene introdotto nella letteratura filosofica da James (1907). La parola deriva dal greco *pragma*, significa azione e trova i suoi riferimenti in Kant dove pragmatico (*pragmatisch*) è ciò che esprime una relazione con qualche preciso scopo umano; l'autore la utilizza per indicare la connessione tra conoscenza, l'obiettivo di conoscenza e le sue conseguenze pratiche (Murphy, 1997, p. 65). Attorno a questa definizione si sviluppa nel contesto americano, tra il XIX e il XX secolo, una corrente di autori che si propone di individuare la verità della conoscenza nei suoi effetti pratici, opponendosi alle definizioni a priori e universali. Le credenze, le opinioni e le convinzioni orientano la ricerca conoscitiva, che è azione più che scoperta. Il pragmatismo, dunque, non è soltanto un metodo di ricerca, ma anche un presupposto epistemologico: l'interesse è rivolto ai problemi concreti dell'adattamento umano e alle questioni di pratica sociale, orientato a restituire responsabilità all'individuo che agisce in un "universo pluralistico" di idee (Morris, 1966). Con questa proposta viene superata la distinzione tra corpo e mente e la contrapposizione tra individuo e ambiente che lo ospita, per focalizzarsi sulla relazione attiva che produce conoscenza. Il soggetto conoscente è attivo sia sul piano cognitivo sia su quello pratico per la trasformazione del mondo, egli non si limita a dare un senso alla realtà ma contribuisce a creare una realtà proiettandosi nel futuro.

Secondo l'iniziatore di tale corrente filosofica, Charles Peirce (1839-1914), ogni ricerca parte dalla necessità di superare il dubbio, uno stato di inquietudine, di insoddisfazione e di immobilità, per stabilire una credenza, unico fine della ricerca e funzione del pensiero che permette di decidere come agire e come "andare avanti". Peirce considera la credenza un processo consapevole per ridurre il dubbio e stabilire una regola di azione, la cui "verità" è legata al consenso di tutti coloro che indagano scientificamente definendo come reale ogni oggetto rappresentato in una credenza vera (Murphy, 1997, p. 51).

John Dewey (1859-1952), un altro teorico pragmatista, approfondisce i processi conoscitivi riprendendo dai suoi predecessori l'idea del "fare esperienza" intesa come "familiarità con una questione di ordine pratico, basata su informazioni ed azioni passate e ripetute" (Murphy, 1997, p.

98). L'esperienza è intesa come processo innovativo e creativo: "non è solo la registrazione di ciò che è già avvenuto, ma sforzo per cambiare le situazioni date, protendendosi verso il futuro [...] non significa chiudersi nella propria soggettività, ma relazionarsi con un ambiente, coglierne gli aspetti oggettivi, e indirizzarlo verso nuove direzioni" (Amerio, 2007, p. 45). La pratica conoscitiva è prodotta dalle azioni, libere e intenzionali, che trasformano una situazione problematica in una situazione risolta, un procedimento pubblico e in interazione con la natura (Dewey, 1973).

In seguito James, servendosi del concetto di Dewey che indica come vere le idee funzionali all'esperienza dell'individuo, elabora le sue teorizzazioni sul "processo di verità". Tra le modalità che concorrono a rendere vero ciò che si crede tale, l'autore identifica un principio di "funzionalità" e di "fallibilità", per cui non esistono verità universali ma solo strumentali alle nostre esigenze che possono cambiare nel tempo e necessitare di ulteriori verità (Murphy, 1997). Così anche le teorie scientifiche non costituiscono enunciati di verità, ma sono strumenti che permettono di affrontare il mondo in modo più funzionale, per cui non si può pensare che una teoria sia migliore di un'altra in modo universale, essa si differenzia nella sua componente euristica<sup>8</sup>.

Lo studioso Mead riprende le idee di Pierce, James e Dewey secondo cui la verità è un criterio pratico per il ricercatore e non la corrispondenza tra idee soggettive e gli oggetti esistenti nel mondo esterno, per cui le conseguenze delle idee che consentono di portare a termine un'azione con successo, queste possono essere considerate vere. Questa concezione viene ripresa da Thomas (1928) con il teorema "se gli uomini definiscono reali certe situazioni, esse saranno reali nelle loro conseguenze" e rappresenta il riferimento fondamentale delle riflessioni di Watzlawick sulla "realtà inventata" (1981). Nel pragmatismo l'oggettività della scienza è intesa come condivisione di credenze sulla realtà, per cui le teorie scientifiche migliori sono quelle che ci consentono di organizzare in modo più adeguato le percezioni sensoriali condivise e dar vita a credenze difficili da abbandonare. Questa concezione sostiene il pluralismo teorico e la scelta pragmatica delle teorie scientifiche più funzionali alla risoluzione del problema specifico considerato.

Con il superamento dell'idealismo e del realismo, Mead si focalizza sulla dialettica tra socialità e natura per affrontare i problemi concreti dell'uomo nella sua realtà storica e sociale. Secondo l'autore, infatti, il progresso scientifico è "andare costantemente incontro a problemi e tentare di risolverli" (Marsonet, 1997, p. 134); la conoscenza scientifica, dunque, è in analogia con la conoscenza soggettiva, in continuo confronto con nuovi problemi che si presentano nella specificità delle esperienze del singolo individuo e nell'attiva ricerca delle loro soluzioni. La scienza, come ogni realtà sociale, è "una organizzazione delle prospettive [...] degli individui reali" (p. 138) e quindi socialmente costruita è orientata ad attribuire significati al mondo, ma non può avere criteri

---

<sup>8</sup> Intesa come la sua capacità di risolvere il problema attuale e contestuale.

universali. La scienza, dunque, è funzione del processo cooperativo e interattivo tra individui, ambiente naturale e sociale, ambiente in cui si esprime il carattere dinamico e non meccanicamente determinato delle molteplici attività vitali degli esseri umani (p. 153). Essa può essere definita nei termini di esperienza sociale e offre formulazioni simboliche che sono comuni e vere per osservatori diversi (Morris, 1966, p. 17). La riflessione dello scienziato, dunque, rappresenta un processo sociale che implica l'assunzione di un ruolo; per questo non è possibile trascendere la prospettiva mediante cui entra in contatto con il mondo e non può pensare di uscire dalla realtà per osservarla da una prospettiva esterna, egli non assume la posizione di un osservatore neutrale, ma è attivo e intenzionale costruttore delle sue conoscenze di realtà (Marsonet, 1997, p. 20).

La conoscenza, dunque, diviene una ricostruzione attiva: parte da un problema concreto in un contesto specifico e propone una soluzione che diviene reale in quel contesto nei suoi effetti di novità. Le ricostruzioni del mondo possono essere pensate come oggettive, ma sono il prodotto della soggettività e sono mutevoli, possono dare origine sempre a nuove costruzioni di realtà, poiché "ogni conoscenza è per sua natura legata a una prospettiva particolare e va quindi inevitabilmente incontro al proprio errore e ... il mondo è una realtà dinamica e processuale che muta incessantemente rendendo continuamente inadeguati, alla luce degli eventi emergenti, i significati e i valori consolidati" (Bombarda, 1996, p. 34).

L'apporto creativo del soggetto conoscente comporta l'introduzione di una nuova prospettiva del mondo di cui è parte che genera un nuovo ordine degli eventi e quindi un "nuovo" mondo (Bombarda, 1996, p. 35). Mead propone il superamento del procedimento deduttivo e del metodo razionale per la formulazione di nuove ipotesi e propone l'attività riflessiva come "processo dialettico che coinvolge l'individuo e la società, l'io e il me, la spontaneità creativa che presiede alla riorganizzazione della realtà e la necessità del pensiero logico che sottende l'analisi della situazione problematica e il processo di verifica delle ipotesi"(p. 37).

La questione principale è che la scienza non si propone di spiegare una realtà in quanto tale data esternamente all'individuo, ma di fornire gli strumenti concreti per comprendere i processi di costruzione della conoscenza e per risolvere i problemi che emergono.

In questa prospettiva trovano spazio anche le teorie sull'identità come processo di costruzione psicosociale che nasce e funziona nel sociale e nelle pratiche concrete di vita. In una prospettiva pluralista l'individuo non può essere semplicemente un prodotto di leggi universali, astratte e generali, ma esso è inteso nella sua unicità e intenzionalità come attore in un contesto storico e sociale (Amerio, 2007). L' "identità", dunque, non può trovare una definizione univoca come entità naturale collocata in qualche contenitore reperibile nella "mente", ma rappresenta il prodotto mai concluso di continue e mutevoli interazioni in cui l'individuo confronta il proprio agire in relazione

ai contesti che lo ospitano, i ruoli che rappresenta e i gesti simbolici condivisi nel gruppo sociale. Per esempio si può creare una distinzione tra i "gruppi primari", che rappresentano per l'individuo una fondamentale esperienza di unità sociale dove elaborare gli obiettivi del proprio agire ed interiorizzare le norme più importanti condivise dal gruppo (processo di socializzazione primaria), e le istituzioni, che costituiscono la forma specializzata e rigidamente organizzata della struttura sociale a cui l'individuo partecipa impersonando specifici ruoli a lui assegnati (Amerio, 2007).

I risvolti delle riflessioni dei pragmatisti si sviluppano nelle ricerche postmoderne orientate alla comprensione dei significati che l'individuo ha costruito nell'interazione e delle modalità di narrare la consapevolezza di sé attraverso i diversi ruoli e rappresentazioni<sup>9</sup>. Attraverso i pensieri e i discorsi delle esperienze passate, i progetti futuri e l'organizzazione del presente ciascun individuo nel sistema interattivo costruisce il senso del suo "essere", il suo modo di pensare a "Sé", l'"identità" attuale.

Di fondamentale importanza, a questo proposito, risultano le teorizzazioni di Mead, che riconosce nella pluralità di prospettive un presupposto fondamentale per comprendere una realtà che non esiste in modo assoluto e indipendentemente dal soggetto conoscente. Secondo l'autore, infatti, l'azione significativa ha origine come reazione all'azione di un altro organismo, ma nell'uomo il gesto ha la possibilità di essere pensato e assume un significato simbolico. La mente si sviluppa, dunque, nella società definita come processo di interazione che genera significati condivisi, e attraverso il linguaggio emerge come produttrice di un sé consapevole. L'individuo non è un "a priori" indipendente dal comportamento, ma viene anch'esso a formarsi tramite l'interazione: il mondo psichico cosciente è possibile solo tramite l'interazione, la comunicazione, il linguaggio, i gesti simbolici<sup>10</sup>.

I presupposti delineati dai pragmatisti identificano nel linguaggio, come "simbolo significativo", l'atto sociale che permette il processo riflessivo e comporta la costruzione di significati condivisi. Il linguaggio è fondamentale nel processo di costruzione del Sé e della Mente, infatti "la voce non è 'un' gesto tra gli altri ma è invece 'il' gesto della 'coscienza', quando risuona in un contesto sociale dischiude infatti mente e Sé e incarna quell'universalità di significato che è propria della comunicazione umana" (Bombarda, 1996, p. 25).

Il "Sé", secondo la proposta di G.H. Mead, è la consapevolezza di sé che si genera nella relazione sociale e attraverso i gesti simbolici, come il linguaggio, trova espressione nella duplicità di porsi

---

<sup>9</sup> I riferimenti vanno anche al pensiero del "secondo" Ludwig Wittgenstein (1953) in *Ricerche filosofiche*, che considera il linguaggio come costruttore di realtà.

<sup>10</sup> Queste riflessioni sono riprese da Blumer (1969) nelle linee guida dell'*interazionismo simbolico*: - gli esseri umani agiscono sulla base dei significati attribuiti; - i significati si costruiscono nell'interazione sociale; - i significati sono elaborati e trasformati nel processo interpretativo messo in atto dall'individuo. Secondo gli assunti dell'*interazionismo simbolico* "il comportamento viene costruito all'interno di particolari contesti socio/culturali ed è guidato dall'intenzionalità e dalla competenza cognitiva degli attori" (Pagliaro, Salvini, 2007).

come soggetto e oggetto di se stesso (Mead, 1966). La capacità dell'individuo di oggettivarsi assumendo il ruolo dell'altro, per lui significativo, è un processo di consapevolezza di sé, è la costruzione attiva di un "Sé" sociale e contestuale. L'individuo fa esperienza di se stesso mediante le reazioni che suscita negli altri nell'interazione diretta e diventa consapevole di sé quando è in grado di interiorizzare l'atteggiamento del gruppo sociale a cui appartiene (Bombarda, 1996, p. 20).

"Il 'Sé' è qualcosa che ha un suo sviluppo, non esiste alla nascita, ma viene sorgendo nel processo dell'esperienza e dell'attività sociale, cioè si sviluppa come risultato delle relazioni che l'individuo ha con quel processo nella sua totalità e con gli altri individui all'interno di esso" (p.153). Per riassumere, con le parole dell'autore stesso, "l'individuo possiede un 'sé' solo in relazione ai 'sé' degli altri membri del suo gruppo sociale e la struttura del suo 'sé' esprime e riflette il generale modello di comportamento del suo gruppo sociale, allo stesso modo della struttura del 'sé' di tutti gli altri individui appartenenti allo stesso gruppo sociale" (p. 179).

Un altro aspetto peculiare della teoria di Mead è costituito dalla riflessione rispetto alla irriducibilità del "Sé" a sola organizzazione sociale, ma, per quanto egli individui nel processo sociale l'origine e il fondamento del "Sé", lo configura come risultato del movimento dialettico tra due diversi aspetti: l' "Io" e il "Me", il primo come risposta imprevedibile dell'individuo agli atteggiamenti degli altri (soggetto che esperisce), il secondo come insieme organizzato degli atteggiamenti degli altri che l'individuo assume (oggetto di se stesso).

Il pensiero di Mead, unito a quello degli autori che con lui hanno contribuito a delineare la corrente pragmatista, introduce in questa argomentazione i presupposti fondamentali dei teorici della "psicologia postmodernista" (Mecacci, 1999). Tale corrente si colloca nella cornice epistemologica del realismo concettuale, si basa sull'idea di complessità e pluralità della conoscenza e accoglie le teorie dell'interazionismo simbolico (Blumer, 1969) e il costruzionismo sociale (Gergen, 1985), che trovano risvolti teorici e metodologici anche nelle argomentazioni della psicologia culturale. I diversi modelli teorici, in quest'ottica, vengono presentati nei loro principali presupposti per poter costruire un'integrazione di prospettive che diviene l'approccio utile alla costruzione della ricerca di seguito presentata.

L'interazionismo simbolico, termine coniato da Blumer (1937), rappresenta nell'ambito sociologico, psicologico e filosofico un'elaborazione delle teorie pragmatiste e un'ulteriore riflessione sui presupposti che guidano le scelte metodologiche nella ricerca sociale. In questa prospettiva l'attenzione è rivolta all'interazione "come un processo comunicativo nel quale le persone condividono le esperienze, più che una mera ripetizione o una iterazione di stimolo e risposta" (Blumer, 1937, p. 171), per cui si considerano le configurazioni di realtà generate attraverso i segni che nell'interazione tra individui trovano significati contestuali e condivisi. Per questo si rende

necessario un approccio interdisciplinare che consenta di stare nelle interazioni mediate dall'uso di simboli, dall'interpretazione, da risposte fondate sul significato attribuito a quei rapporti. Secondo il modello interazionista, le persone agiscono sulla base dei significati che gli eventi hanno per loro, comprensibili all'interno dei contesti personali o interpersonali che li organizzano come esperienza (Salvini, 2004). Questa teoria evidenzia i processi intenzionali e consapevoli presenti nell'agire interattivo e li descrive nel contesto e nelle relazioni sociali in cui si producono, attraverso tali processi l'individuo regola attivamente le proprie azioni in relazione a strutture di significato condivise. All'interno dell'interazione sociale, come regolatori del rapporto tra individuo e società, i ruoli attribuiti e impersonati veicolano i modi di essere e di agire delle persone. Diversi contesti e diversi ruoli generano alternative modalità di conoscenza e definizioni del comportamento umano. Le definizioni scritte dai protocolli normativi non bastano, quindi, per stabilire la realtà e promuovere i cambiamenti (Salvini, 2004), le realtà trovano forma nelle rappresentazioni e nelle azioni culturalmente e storicamente situate (Gergen, 1985).

L'attore e l'azione non possono che essere analizzati rispetto alla loro specifica collocazione spazio-temporale, situazionale-interattiva e normativo-simbolica. Essi si realizzano in un contesto, come insieme complesso di elementi normativi e convenzionali, di regole interpretative e prescrittive, procedure formali e informali, culture locali e organizzative, definizioni di ruoli e posizionamenti, sistemi di aspettative reciproche, rappresentazioni sociali e repertori di azione condivisi, sistemi di significato negoziabili, che offre agli attori la cornice di senso delle loro azioni. Il contesto, infatti, è "costruttore e costruito dalle/nelle interazioni sociali, dalle stesse dimensioni spazio-temporali e dalle contingenti dinamiche situazionali, che assumono significati localmente validi in quanto contestualmente collocati" (Harré, Gillet, 1996, p. 248). Le cornici di senso vengono denominate da Goffman come *frames* (1959) dove si realizzano le definizioni delle situazioni e i significati attribuiti agli eventi, essi sono "riflessivi nel senso che non solo pre-definiscono la gamma di significati disponibili per una data situazione, ma predispongono gli atti sociali attraverso cui le persone li mantengono e li producono, consolidando in tal modo il loro senso di realtà interno" (Harré, Gillet, 1996, p.250). Nel modello drammaturgico Goffman propone una visione che sottolinea il contributo attivo degli individui nel mantenere le definizioni situazionali attraverso il monitoraggio delle impressioni di sé nell'interazione, riducendo gli aspetti di soggettività per sostenere la struttura sociale situazionale (Goffman, 1959). Il senso e l'ordine, dunque, di una realtà condivisa emergono dalle pratiche, interpretative e operative, che nella dimensione pubblica e sociale dell'interazione linguistica e simbolica trovano forma nelle scene rappresentate e nelle identità coinvolte, per cui l'approccio discorsivo promuove la "ri-valorizzazione dei discorsi contestualizzati, privati e pubblici, in cui le persone sono coinvolte" (Harré, Gillett, 1996, p.251).

Come sottolinea Goffman "ogni istituzione sociale può essere utilmente studiata dal punto di vista del controllo delle impressioni", in queste le "équipe di attori cooperano per presentare al pubblico una certa definizione della situazione" (Goffman, 1959, p. 273). La proposta di questo sociologo risulta di particolare rilevanza nel panorama di riferimenti teorici poiché pone l'attenzione sulle modalità attraverso cui un'istituzione, collocata in un contesto sociale e culturale, costruisce la sua identità e definisce le sue regole attraverso l'interazione dei diversi attori che ne fanno parte e che contribuiscono a legittimare o modificare le sue definizioni e sue pratiche.

Il costruzionismo sociale trova i suoi fondamenti nella prospettiva di andare oltre la contrapposizione tra "teorie esogeniche" e "teorie endogeniche", per cui l'attenzione è rivolta ai processi sociali che contribuiscono a generare "realtà". Questo modello teorico si propone nella scena delle rivoluzioni epistemologiche precedentemente descritte come il proseguimento, l'ampliamento, un'ulteriore prospettiva volta a rendere merito alla complessità dei fenomeni sociali descritti come oggetti di indagine delle ricerche in ambito sociologico, psicologico, antropologico. Come sottolineano Berger e Luckman (1966), tra i principali esponenti del modello teorico, l'attenzione del ricercatore costruzionista è rivolta ai processi sociali di *legittimazione* e *istituzionalizzazione*, che configurano realtà, e di *interiorizzazione* e *socializzazione*, in cui i singoli individui si attivano nelle diverse forme di interazione; questi variano nei diversi contesti storici sociali e culturali in cui trovano forma e producono risvolti pragmatici. Tale approccio si discosta dal paradigma sperimentale classico degli "studi di laboratorio" che non tengono in considerazione la natura storica, sociale e culturale dei fenomeni psico-sociali, promuovendo l'attenzione alla complessità dei processi sociali.

In quest'ottica l'osservatore non è considerato dotato di un sapere esterno, a prescindere dal contesto di interazione, ma prende parte attivamente alle relazioni a cui partecipa costruendo una realtà dotata di senso contestuale, per cui "esistono solo copartecipanti al progetto di dare senso al mondo e alla nostra esperienza di esso" (Harrè, Gillet, 1996, p. 24). Per comprendere la realtà dell'altro è necessario considerare il suo autoposizionamento entro la complessa struttura di regole e pratiche in cui si muove (Winch, 1958). Parafrasando L. Wittgenstein, è possibile indagare i significati che gli individui attribuiscono alla realtà attraverso le modalità in cui configurano i discorsi e gli altri sistemi di segni: il "significato è l'uso che facciamo dei nostri segni" (Harrè, Gillett, 1996, p.22).

Attraverso le lenti del costruzionismo sociale (Berger, Luckman, 1966; Gergen, 1985) la conoscenza viene costruita nella dimensione sociale. L'indagine scientifica è orientata a cogliere i processi storico-culturali e le pratiche conversazionali che nella collettività di individui in interazione configurano la realtà e i modi per conoscerla. La priorità assegnata ai processi sociali colloca l'attenzione del ricercatore sui modi di concepire e descrivere il mondo ("artefatti sociali")

come “il risultato di un’impresa attiva e congiunta di persone in relazione” (Gergen, 1985, p. 267). Tali artefatti non rappresentano semplicemente la realtà, ma producono effetti pragmatici in termini di configurazione della stessa, infatti “la comunicazione e il linguaggio non semplicemente rappresentano la realtà, ma la creano” (Castiglioni, Corradini, 2007, p. 74).

L’individuo, collocato in un contesto sociale e culturale che contribuisce a legittimare, viene considerato artefice di una trama di pratiche discorsive prodotte nell’interazione e generatrici di realtà. La conoscenza, inoltre, rappresenta il prodotto di una costruzione condivisa da parte di attori in interazione appartenenti ad una stessa comunità culturale. In quest’ottica “la cultura e i processi comunicativi determinano non soltanto le modalità con cui la realtà viene conosciuta, ma la costruzione stessa della realtà” (p. 73), per cui l’indagine si focalizza sui processi storico-culturali e delle pratiche discorsive che nell’interazione sociale costruiscono la realtà. La conoscenza è intesa come prodotto culturale di “processi sociali storicamente contingenti e le diverse culture hanno in comune questo processo di costruzione sociale della realtà” (Pearce, 1992, p.40). I mondi, costruiti socialmente e culturalmente, trovano nelle pratiche linguistiche e interpretative quotidiane che li sostengono e li alimentano la loro “oggettivazione” e reificazione (Berger e Luckman, 1966).

In coerenza con tali riflessioni quello che viene denominato “relativismo culturale” promuove un’attenzione agli individui in connessione con i contesti culturali in cui vivono, agiscono, si raccontano e si incontrano, un approccio, dunque, orientato a cogliere le specificità dei comportamenti in tali contesti. Anche le teorizzazioni sullo sviluppo sociale e culturale dell’individuo introdotte da L.S. Vygotskij si focalizzano sull’uso del linguaggio come “artefatto”, uno strumento che permette di mediare la realtà tra l’individuo ed il contesto culturale che lo ospita. La concezione vygotskijana dell’individuo, il cui sviluppo è imprescindibile dal contesto sociale e culturale di cui è parte e che contribuisce a costruire, pone i pilastri fondamentali per la psicologia culturale.

Le ricerche che si collocano nell’ambito della psicologia culturale definiscono come obiettivi fondamentali del proprio operato la descrizione della complessità della cultura, la comprensione dell’interdipendenza tra cultura e mente, la comprensione dei fenomeni psicologici culturalmente e storicamente situati (Moscardino, Axia, 2001). Jahoda sostiene che “cultura e mente si compenetrano in modo tale che ogni comportamento è inevitabilmente culturale. Per questa ragione è futile cercare di decontestualizzare il comportamento nel tentativo di arrivare a degli universali invariati (ossia uguali in tutte le culture), poiché gli esseri umani senza cultura sono inconcepibili” (Jahoda, 1992, p. 11). Secondo la definizione di Berry “la caratteristica distintiva della psicologia culturale è il tentativo di capire il funzionamento psicologico individuale nel contesto culturale in cui si è sviluppato” (Berry, 1994, p. 4). Così con le parole di Anolli “ad una *teoria del prodotto*

centrata su forme di vita ritenute fisse, universali e imm modificabili e su come spiegare la loro esistenza, occorre sostituire una *teoria del processo* finalizzata a capire i cambiamenti continui che hanno luogo nel corso delle generazioni” (Anolli, 2006, p. 277).

Tra i principali esponenti dell’approccio socio-culturale Michael Cole considera qualunque processo psicologico influenzato dalla cultura, per cui il comportamento umano può essere studiato e trovare un senso solo all’interno di un contesto socio-culturale specifico. L’autore intende la cultura come strumento di “mediazione” tra l’uomo e l’ambiente che produce “artefatti” (strumenti) per la vita quotidiana; l’obiettivo principale delle sue ricerche è lo studio della relazione tra contesto culturale e sviluppo cognitivo. Di fondamentale importanza sono anche i lavori di Jerome Bruner che, influenzato dalla teoria di Vygotskij, attribuisce alla cultura un ruolo formativo nelle modalità degli individui di interpretare il mondo, gli altri e se stessi (Bruner, 1992). L’autore si focalizza sullo studio dei significati che le persone attribuiscono all’esperienza e al comportamento umano attraverso lo studio delle “narrazioni”.

In generale l’interesse della ricerca in psicologia culturale è la comprensione del comportamento dell’individuo all’interno del sistema culturale in cui egli si sviluppa, dove questo assume significato in relazione alle regole sociali, agli usi e ai costumi presenti in una determinata società; gli psicologi culturali considerano la cultura come un processo integrante dell’esperienza umana e quindi dell’individuo. I principali metodi di ricerca applicata in psicologia culturale sono di natura qualitativa, in particolare il “metodo etnografico” si riferisce ad un insieme di tecniche (metodi narrativi, l’osservazione partecipante, l’intervista etnografica) a carattere qualitativo-descrittivo per cogliere la cultura e lo stile di vita condiviso da un gruppo di persone e propone un’idea di ricercatore che è soggetto attivo e intenzionale costruttore degli oggetti di studio<sup>11</sup>. Le indagini sono soprattutto orientate a cogliere il “significato” che le persone attribuiscono a loro stesse, al loro contesto, alle loro relazioni attraverso il linguaggio, inteso come meta-artefatto di costruzione della realtà d’indagine, mediante diversi tipi di analisi: l’*analisi conversazionale* di Sacks, Schegloff, Jefferson e Garfinkel; l’*analisi del discorso* di Billig; l’*analisi critica del discorso* di van Dijk e Fairclough.

Come sottolinea anche Mantovani (2008), in coerenza con le riflessioni vygotskijane, le metodologie della psicologia culturale sono connesse alle teorie e non si limitano ad insiemi di regole d’analisi da applicare. La prospettiva del “realismo mediato” descrive i problemi come costruzioni del ricercatore, che si serve delle teorie per definire gli oggetti di ricerca; per cui le metodologie indicano il modo in cui gli oggetti della ricerca possono essere costruiti.

---

<sup>11</sup> A questo proposito è stato introdotto il concetto di “riflessività”: la consapevolezza del ricercatore circa le proprie scelte teoriche e le pratiche di ricerca, la consapevolezza delle caratteristiche degli strumenti con cui lavora, dei punti di vista che assume, degli scopi della ricerca, la consapevolezza della sua collocazione nella ricerca (Mantovani, 2008).

Rispetto alle questioni metodologiche l'etnologo tedesco Thurnwald (1929) sottolinea come i processi mentali possano essere studiati solo in quanto organizzati storicamente e costruiti nelle dinamiche sociali e nelle interazioni contestualizzate, per cui gli individui non possono essere considerati in modo universale e atemporale. L'autore evidenzia, quindi, la necessità di una metodologia flessibile e contestuale, in linea con il pensiero di Vygotskij, capace di costruire i propri "oggetti" in coerenza con un'impostazione teorica "culturale" e gli strumenti più utili al processo della conoscenza, allontanandosi dal bisogno di standardizzazione della psicologia sperimentale diffusa nel contesto delle ricerche sociali.

Tali assunti mettono in luce un'area di intersezione tra psicologia, antropologia e sociologia attraverso un modello che pone al centro del proprio lavoro l'opposizione ad ogni forma di riduzionismo e la ricerca delle effettive modalità di interazione reciproca fra i tre elementi, considerati in quanto aspetti inseparabili e costantemente interdipendenti dello stesso fenomeno (Mazzara, 2003, p. 46). Si potrebbe pensare, dunque, che l'obiettivo attuale non debba essere quello di ricercare le differenze tra le diverse discipline per ricostruirne i confini, ma anzi favorire lo sviluppo di un nuovo modo di intendere l'approccio socio-culturale, che va oltre la distinzione disciplinare e si costruisce nella cooperazione e nello sforzo di diversi specialisti attraverso le loro differenti formazioni uniti da una comune consapevolezza epistemologica e coerenza con il modello teorico condiviso.

Da questa proposta di integrazione e di condivisione dei presupposti teorici attraverso differenti ambiti disciplinari, con la prospettiva di attingere alle teorizzazioni che possono risultare più utili e funzionali allo studio di campi di indagine come quelli che ospitano e definiscono i processi di riabilitazione psichiatrica e reinserimento sociale, trae origine l'intenzione di operare un'integrazione dei diversi modelli per costruire gli obiettivi e le scelte metodologiche di questa ricerca.

L'attenzione rivolta ai servizi per la salute mentale considera i processi attraverso cui si configurano realtà situazionali che vedono gli attori impegnati in un dialogo di rappresentazioni di sé, definizioni di regole e identità, costruzione di relazioni per definire i propri obiettivi, il senso della propria esistenza e delineare i risvolti delle proprie configurazioni. In particolare vengono individuati come campo di indagine i contesti definiti di riabilitazione e reinserimento sociale, dove differenti ideologie, professionalità, utenze, riferimenti legislativi danno forme e immagini alle pratiche di intervento che si collocano in differenti posizioni di un continuum che pone in collegamento l'approccio medico-psichiatrico con quello educativo-sociale. Proprio in questi contesti risulta di fondamentale importanza considerare in che modo nelle interazioni degli individui si generano i processi di legittimazione istituzionale e di costruzione identitaria,

considerandoli all'interno e in connessione con il sistema culturale, sociale, giuridico e ideologico che ne rappresenta il riferimento, ne delinea i contorni e che nelle stesse interazioni viene narrato, legittimato, ampliato e criticizzato.

Lo studio, dunque, si sviluppa come una ricerca dalle ambizioni interdisciplinari che consentano di descrivere realtà multiformi e in continuo cambiamento come quelle che si generano all'interno dei servizi finalizzati alla riabilitazione e al reinserimento sociale, come le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette. Vengono considerati i vari livelli attraverso cui è possibile offrire una lettura dei processi che contribuiscono a definire il senso del lavoro, i discorsi nelle interazioni, la definizione delle pratiche e i risvolti in termini di efficacia rispetto agli obiettivi definiti.

L'integrazione dei presupposti del costruzionismo sociale, che considera gli aspetti sociali e culturali in cui le realtà si esplicano, e dell'interazionismo simbolico, che dà attenzione agli individui in interazione come parte attiva nella rappresentazione drammaturgica del senso e delle conseguenze del proprio operato, consente nella ricerca di organizzare diversi livelli di studio interconnessi tra di loro per mantenere e dare spazio alla complessità dei territori inesplorati, piuttosto che ridurli a territori conosciuti. In quest'ottica la metodologia della ricerca in campo sociale richiede "un'attenzione allo scambio che si realizza fra gli attori coinvolti e una partecipazione del ricercatore alla costruzione di quella stessa unità di analisi che altre prospettive vorrebbero reificare" (De Leo, Patrizi, 2004, p. 55) e si avvale di strumenti ad approccio qualitativo finalizzati a raccogliere i discorsi e descrivere le pratiche attraverso cui gli attori attribuiscono un senso alle loro azioni e al contesto in cui si realizzano. L'attenzione alle modalità discorsive utilizzate per descrivere la realtà e le narrazioni di sé evidenzia, infatti, come attraverso i processi di significazione gli individui trovino collocazione nel sistema simbolico e culturale di appartenenza (Groppo *et al.*, 1999; Bruner, 1991). In coerenza con queste riflessioni prende forma anche la "teoria del posizionamento" che descrive l'attore sociale come discorsivamente collocato in uno *spazio* che ospita il suo corpo, in un *tempo* in cui si rappresenta, ma anche in un *ordine morale* di obblighi, impegni, credenze e valori, e in un *ordine sociale* che definisce ruoli e copioni di azione (Davies, Harré, 1990; Harré, Van Langenhove, 1992; Harré, Moghaddam, 2003). La raccolta e l'analisi dei discorsi e delle narrazioni consente, dunque, di riconnettere l'attore e le sue azioni con il contesto sociale dove avvengono interazioni che possono essere comprese nei risvolti di intersezione tra le dimensioni temporale, spaziale e socio-normativa in cui gli individui operano.

Lo studio sui "risvolti dell'interazione tra operatori e utenti nella configurazione delle C.T.R.P." propone, infatti, una prima analisi del contesto culturale, storico, sociale e giuridico in cui le comunità si collocano e a cui fanno riferimento, per poi individuare nella peculiarità di ciascun campo il territorio dove costruire discorsi che rendano merito alle differenze, offrano spunti per la

condivisione e consentano di costruire strategie di intervento funzionali a promuovere il cambiamento in relazione agli obiettivi definiti e condivisi che questi stessi servizi si propongono e negoziano nella relazione con gli altri servizi, con le richieste e i bisogni dei loro interlocutori privilegiati. Ciascun campo di indagine, dunque viene considerato come palcoscenico di attori in interazione che contribuiscono a costruire la scena drammaturgica, ma non può che essere collocato in un teatro le cui mura, l'arredamento e il posizionamento (la storia, la cultura, le regole sociali, la normativa) offrono cornici indispensabili per la comprensione delle realtà che si generano nei contesti adibiti agli interventi riabilitativi nell'ambito della salute mentale. Con queste finalità la ricerca si delinea attraverso differenti obiettivi conoscitivi che richiedono una pluralità metodologica ad approccio interdisciplinare volta alla descrizione e all'uso dei processi attraverso cui le realtà si configurano e le identità si raccontano.

L'analisi delle modalità utilizzate per definire i contesti istituzionali, i ruoli operanti, gli obiettivi e le pratiche consente di addentrarsi anche nei risvolti delle configurazioni identitarie. In particolare, dunque, in questo studio viene data rilevanza all'interazione tra gli operatori e gli utenti presenti all'interno di comunità riabilitative come spazio in cui si descrive e si realizza il ruolo dell'utente nel contesto che lo ospita e nella prospettiva futura, cogliendone i risvolti in termini di costruzione d'identità. Anche in questo caso i presupposti dei modelli teorici guidano lo sguardo del ricercatore che incontra individui intesi come processi sociali, le cui identità trovano forma nell'interazione giocata o immaginata con l'altro, nella capacità riflessiva di ciascuno e nei discorsi prodotti per rappresentare sé o l'altro.

Le teorizzazioni presentate e gli assunti dell'interazionismo simbolico e del costruzionismo sociale introducono alcune delle principali riflessioni, di riferimento fondamentale per la ricerca di seguito presentata, che indagano nell'ambito della salute mentale e offrono un nuovo spazio di discussione sugli aspetti critici delle pratiche psichiatriche, promuovendo azioni di cambiamento rivoluzionario volte a costruire una nuova immagine e nuovi discorsi nell'ambito della salute mentale. Negli anni '60, infatti, si sviluppa nel panorama delle scienze sociali la *labelling theory*, che vede diversi teorici (Goffman, 1966; Lemert, 1967; Becker, 1963; Matza, 1969; Scheff, 1966) unirsi nella costruzione di una teoria volta a evidenziare come l'identità sia frutto di attribuzioni di ruolo che trovano forma nelle regole sociali di interazione tra individui. Questi teorici si concentrano in particolar modo sulle ricerche sulla devianza (*teoria della devianza secondaria*) che coinvolge anche l'ambito psichiatrico con i risvolti delle attribuzioni di identità "patologiche". Essi, come studiosi delle interazioni sociali, pongono attenzione sulle aspettative nei confronti dell'altro inteso come "patologico" o "deviante" che diventano generatrici di "profezie che si autodeterminano" (Merton, 1957; Jones, 1977), per cui può accadere che gli individui in relazione in diversi contesti

agiscano e si auto-rappresentino utilizzando gli abiti del ruolo sociale in cui vengono collocati (Rosennham, 1973; Watzlawick, 1974).

Un altro presupposto fondamentale della prospettiva *labelling* sostiene l'idea di individuo come soggetto attivo e intenzionale "in grado di pianificare le proprie condotte in vista di obiettivi futuri, in accordo con locali ordini morali" (Salvini, 2002, p. 155). In questa prospettiva il discorso emerge come dimensione attraverso cui comprendere le configurazioni di realtà dell'altro.

Queste proposte teoriche rappresentano i riferimenti fondamentali della proposta introdotta da G. De Leo (2004) per lo studio dell'azione deviante. L'autore sottolinea e approfondisce le componenti di rappresentazione di sé, modalità relazionali, significazione delle regole contestuali e cambiamento attraverso lo studio dei discorsi e delle pratiche di attori configurati nel ruolo di "deviante", promuovendo un approccio che dà rilevanza alle componenti situazionali e favorisce un agire professionale orientato a promuovere la posizione attiva degli individui nella costruzione e nella realizzazione di modalità di espressione di sé alternative e funzionali ai propri scopi.

Un altro fondamentale riferimento, che si sviluppa all'interno della stessa cornice epistemologica, è rappresentato dalla "teoria del sé dialogico" (Hermans, Dimaggio, 2007). Questa rappresenta lo sforzo teorico di pensare il sé come processo che non coinvolge semplicemente la persona isolata, ma le altre persone e la società di cui fa parte. Il sé dialogico consente di descriversi non solo in termini temporali (passato, presente, futuro), ma anche in termini spaziali (molteplicità di posizioni), per cui il senso di sé deriva dall'atto rappresentativo di raccontare le proprie esperienze per condividerle ed essere compresi. Hermans e Kempen (2007, p.84) considerano il sé come un romanzo polifonico che contiene una moltitudine di voci che parlano e nel dialogo si "co-definiscono relazionalmente". In quest'ottica i gruppi, le istituzioni, le culture sono rappresentati nel sé come "voci collettive" (Bakhtin, 1929/1973) che intervengono negli equilibri di potere.

Per quanto riguarda i "disturbi psichiatrici", la teoria consente di individuare nella coerenza delle narrazioni di sé gli spazi generativi di cambiamento per promuovere modalità di pensare a sé, di descriversi e di posizionarsi rispetto ai confini sociali e culturali alternativi che favoriscono discorsi e azioni orientati alla costruzione delle possibili forme di benessere, che in questo senso non è inteso come stato d'animo, ma come processo di trasformazione dei modi di pensare a sé, agli altri e ai contesti in cui ci si muove verso configurazioni future.

Oltre alle riflessioni teoriche sui processi di configurazione di realtà e di identità in termini di risvolti operativi nelle pratiche cliniche, si considerano come riferimento fondamentale per questa ricerca anche diversi altri studiosi, di differenti ambiti, che si sono occupati del tema della "salute mentale", focalizzandosi in particolare sui servizi della "cura" e sui risvolti delle pratiche psichiatriche nel contesto sociale. Alcuni di questi studiosi hanno sviluppato una corrente di vera e

propria denuncia della psichiatria, mettendo in discussione i suoi presupposti scientifici e sottolineando il potere sociale delle pratiche come strumenti di controllo di ambigua utilità al disagio degli individui e sono diventati portavoce di un movimento promotore di cambiamenti culturali e politici. Tra questi studiosi, Laing (1959), uno psichiatra esistenzialista, offre un'evoluzione del pensiero di Sartre proponendo un approccio fenomenologico allo studio della malattia mentale. Lo psichiatra, per esempio, evidenzia un'asimmetria di potere tra professionisti e utenti della salute mentale, dove lo psichiatra mette in atto processi di oggettivazione del "malato mentale" tali da favorire la saturazione del ruolo, ma funzionali al mantenimento di un ordine sociale, senza considerare la posizione attiva di tutti gli interlocutori nella configurazione della realtà. Allo stesso tempo considera il posizionamento attivo e intenzionale delle persone come strumento attraverso cui accedere alla comprensione dell'altro. Nello stesso periodo il lavoro di ricerca ad opera di Goffman (1961) propone uno studio etnografico svolto all'interno di istituzioni psichiatriche dove analizza le modalità di interazione tra gli operatori e gli utenti della struttura per cogliere in che modo all'interno di tali contesti trovano forma dei ruoli complementari all'interno di un sistema di regole e significati che contribuiscono a mantenere e legittimare l'istituzione stessa. In quest'ottica il "malato" non può che essere considerato e rimanere tale perché il sistema non venga messo in discussione, per cui tutti gli attori coinvolti nella scena operano per il prosieguo del copione stabilito, definito a livello sociale e culturale, che dà senso alla professione stessa e alle pratiche che le competono. Secondo l'autore le "improprietà situazionali" (Goffman, 1963) che sono visibili nel comportamento in pubblico e che violano le regole di interazione sociale possono trovare nuove vesti all'interno delle istituzioni psichiatriche e divenire proprietà che contribuiscono a mantenere e confermare l'utilità di tali contesti e delle misure utilizzate per far fronte a ciò che si discosta dalla norma, ovvero costruire dei contenitori che divengano custodi delle norme sociali consentendo le espressioni controllate delle deviazioni. Oltre a questi aspetti viene sottolineata la commistione di cui la psichiatria è intrisa tra l'essere una disciplina medica di cura e assolvere a compiti di controllo sociale attraverso discorsi e pratiche che veicolano il potere di chi stabilisce cosa è "normale" e cosa è "patologico" all'interno di un contesto culturale specifico.

Negli anni successivi un altro autore fondamentale, Foucault (1971; 1973), introduce alcune riflessioni che vengono successivamente usate tra le argomentazioni di un movimento di rivoluzione politica che conduce fino alle riforme delle istituzioni psichiatriche e all'introduzione di nuove strutture e approcci di intervento clinico e sociale. L'autore (1957-1984) analizza la storia della psichiatria e i passaggi che hanno condotto all'utilizzo degli istituti manicomiali per costruire una teoria sul potere sociale. In particolare egli considera come la costruzione del ruolo dello psichiatra e di tutte le teorie mediche connesse alla professione possa essere letta come una forma di

utilizzo del potere che serve a contenere e gestire tutto quello che si discosta da una norma definita tale. Il modello medico è risultato utile in questo processo per la legittimazione che gli viene attribuita e che gli consente di avvalersi su altri individui controllandone i movimenti che mettono in discussione lo stesso sistema sociale e culturale in cui nascono, da cui si discostano, che contribuiscono a mantenere se connotati come "malattia" o "deficit di sistema" che rafforza la legittimità di esistenza del sistema stesso. Foucault considera, dunque, quello che accade nei contesti specifici, i risvolti dell'utilizzo della pratica medico-psichiatrica, ma anche le implicazioni più ampie nella cornice di senso che gli individui condividono nelle forme di norme, discorsi e azioni di intervento; egli concentra parte delle sue attenzioni all'analisi della connessione tra sapere e potere considerando "il modo in cui la conoscenza è connessa alle forme istituzionali, alle forme sociali e politiche" (Foucault, 1994, p. 77). Questo autore, soprattutto, sottolinea come le strutture adibite a intervento psichiatrico conservino finalità in contraddizione tra di loro per cui da una parte gli aspetti medici legati alla cura e dall'altra gli aspetti di regolamentazione sociale e di intervento si intersecano nello scopo di operare un controllo sull'altro indicandogli la strada "corretta" da seguire. le azioni che possono essere accettate, i discorsi che possono essere compresi all'interno di uno spazio dove lui stesso trovi nel ruolo di "controllato" delle modalità per poter essere e stare nel sistema sociale.

Numerosi altri autori sottolineano le criticità dell'utilizzo del modello medico in ambito psichiatrico e dei risvolti delle pratiche correlate, tra questi Szatz promuove una forte critica alla psichiatria come sistema di controllo sociale camuffata da scienza medica.

Nello stesso periodo e in linea con i presupposti appena descritti, Salvini (1977) sottolinea la connessione tra aspetti sociali, economici e giuridici con l'organizzazione delle istituzioni sanitarie, in particolare quelle dell'ambito psichiatrico, che sostengono la loro legittimazione scientifica attraverso la realizzazione di dinamiche di potere e di controllo sociale. L'ideologia, secondo le riflessioni dell'autore, che opera una distinzione tra ciò che può essere considerato normale e ciò che deve essere considerato patologico prende forma nei discorsi scientifici, nei testi normativi, nelle pratiche delle istituzioni psichiatriche e in un ruolo professionale che "potrà sopravvivere e trovare la sua giustificazione istituzionale solo condividendola e forzandoci dentro i fatti per farla apparire reale, rimanendo così intrappolato nel suo mandato di controllo sociale" (Salvini, 1977, p. 262).

La maggior parte di queste argomentazioni, che offrono uno sguardo alternativo a quello del senso comune legittimato a livello sociale e culturale, resta tuttavia in una posizione periferica rispetto ai discorsi prodotti dai Servizi di Salute Mentale. L'opposizione al riconoscimento di qualunque servizio istituzionale non ha consentito di dare vita ad un dialogo costruttivo con i contesti di

intervento clinico psichiatrico, ma lo strutturarsi di una contrapposizione con opinioni divergenti che conducono l'antipsichiatria a non riconoscere l'esistenza e l'utilità dei servizi psichiatrici, e le istituzioni a non riconoscere l'utilità delle criticità messe in luce dalle posizioni antipsichiatriche e le possibili proposte operative per un cambiamento della cultura dei servizi.

A fronte di questi posizionamenti, all'interno della psichiatria si crea una contrapposizione tra chi vuole conservare lo stato delle cose e chi vuole trarre l'utilità delle riflessioni che sono emerse per dare vita ad una proposta di cambiamento che possa promuovere nuovi risvolti nel modo di vedere, vivere e confrontarsi con la "malattia mentale". In Italia, per esempio, è di indubbia rilevanza l'opera dello psichiatra triestino Basaglia, che oltre alle sue riflessioni teoriche pone le basi di avvio di una grande riforma che si evolve con la chiusura degli "istituti manicomiali" e prosegue fino ai giorni nostri con la continua riorganizzazione e ridefinizione dei servizi.

Questi i principali riferimenti per comprendere le politiche attualmente in vigore nel campo e l'organizzazione dei servizi di riabilitazione e reinserimento sociale della salute mentale. Di seguito, invece, viene presentata la raccolta di letteratura scientifica sui temi di interesse per la ricerca, come spazio di discussione e di sviluppo di riflessioni teoriche e metodologiche indispensabili per comprendere le scelte del ricercatore nella progettazione e realizzazione dell'indagine.

## **1.2 La *review* teorica e metodologica**

Il lavoro di *review* teorica e metodologica prende forma nelle fasi preliminari della ricerca, quelle in cui il progetto d'indagine viene definito e il tema di interesse configurato a fronte degli studi presenti in letteratura contemporanea, e richiede un lavoro di consultazione di diverse riviste internazionali di riferimento per specifici ambiti disciplinari, ma anche di riviste interdisciplinari. Per quanto riguarda la ricerca presentata di seguito, in particolare, l'interesse si è focalizzato sulla letteratura nell'ambito della Psicologia Sociale, della Medicina e Psichiatria, della Sociologia, della Psicologia di Comunità e su quelle che raccolgono contributi interdisciplinari che possono essere collocati nell'ambito delle Scienze Sociali.

All'interno delle riviste gli articoli di interesse sono stati selezionati attraverso una ricerca per parole chiave, che ha consentito di raccogliere e conoscere le principali ricerche che propongono come oggetto di indagine la "salute mentale", la "riabilitazione psicosociale", la "carriera dell'utente di servizi psichiatrici", le "comunità terapeutiche psichiatriche", i "servizi psichiatrici", "le rappresentazioni della malattia mentale", "le pratiche degli operatori della salute mentale", "testi normativi per la salute mentale".

In questo modo sono stati organizzati gli studi secondo criteri di contenuto dell'oggetto di indagine o del generale campo di interesse, ma è stato possibile anche individuare alcuni importanti gruppi di ricerca che promuovono teorizzazioni nell'ambito della salute mentale secondo differenti prospettive e focus di indagine. Un altro criterio utilizzato per l'approfondimento della letteratura ha riguardato, invece, criteri di selezione di proposte metodologiche e i rispettivi presupposti teorici, in particolare per quanto concerne le ricerche di analisi qualitativa, con i diversi approcci di analisi discorsiva e testuale, e quelle che propongono una metodologia ad approccio etnografico.

La presentazione della letteratura rappresenta, dunque, il prodotto di un processo di elaborazione nel percorso di costruzione della ricerca. Con questo presupposto, l'ordine delle ricerche non corrisponde a criteri univocamente definiti, bensì a quelli ritenuti più funzionali all'organizzazione del lavoro e alla comprensione del lettore del contesto scientifico che può essere descritto da una revisione e organizzazione dei contributi, ma che allo stesso tempo offre nuovi e ulteriori spunti di sviluppo e di approfondimento.

La raccolta degli studi e delle proposte di ricerche sui temi connessi alla salute mentale e alle strutture residenziali di riabilitazione psichiatrica viene presentata di seguito differenziando due parti argomentative: una prima che ospita, attraverso il confronto, diversi contributi scientifici nell'ambito delle scienze sociali, della psicologia e della psichiatria rispetto ad alcuni nuclei tematici che orientano lo sviluppo della ricerca; una seconda parte, invece, si concentra sugli aspetti di metodo e propone una raccolta di contributi caratterizzati da metodologie e strumenti di indagine di tipo qualitativo per la ricerca in scienze sociali nel campo dei servizi di "salute mentale" e "riabilitazione psichiatrica" nell'ambito delle scienze sociali.

Prendendo, dunque in considerazione le ricerche che riguardano temi relativi alla salute mentale e ai servizi di riabilitazione in ambito psichiatrico, si considera un importante primo nucleo tematico consente di approfondire e tracciare le linee della cornice politica e legislativa di riferimento per i servizi di salute mentale. Alcuni studi, infatti, si concentrano sull'analisi e la discussione delle normative di interesse per l'organizzazione e le pratiche dei servizi che si susseguono nella storia che racconta i luoghi della salute mentale. Queste considerazioni più ampie offrono gli strumenti di criticità per approfondire nel particolare le ricerche focalizzate sul tema della riabilitazione psicosociale e della ristrutturazione dei servizi, nei risvolti operativi delle riforme sulla residenzialità psichiatrica.

In primo luogo gli studi sulla normativa e la politica di interesse per l'area della salute mentale consentono di costruire la cornice di riferimento alle ricerche sui servizi di salute mentale. Si tratta dei ricerche focalizzate all'analisi del contenuto dei testi legislativi e amministrativi, che offrono dati descrittivi di contesto e considerazioni critiche di natura giuridica e politica. Tra questi

risultano di particolare interesse i contributi che descrivono e ripercorrono i passaggi giuridici e politici che scandiscono il profondo cambiamento culturale nella storia della salute mentale in Italia. L'attenzione rivolta alle politiche dedicate ai servizi psichiatrici (Barbato, 1998), ai modelli di riforma che si configurano (Thornicroft, Tansella, 2000), ai risvolti dei cambiamenti che si sono succeduti negli ultimi trenta anni di storia legislativa in ambito psichiatrico (De Girolamo, Cozza, 2000), così come agli studi di epidemiologia psichiatrica che considerano gli effetti dell'applicazione delle riforme dei servizi psichiatrici e introducono proposte di sviluppo politico amministrativo (SIEP, 2001) rappresenta un riferimento fondamentale per intraprendere una ricerca che si colloca all'interno di servizi che afferiscono all'area della salute mentale.

Lo sguardo al panorama internazionale, attraverso ad esempio le proposte di analisi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2001a, 2001b), consente di cogliere in che modo i differenti paesi hanno interpretato e prodotto azioni di cambiamento nel passaggio dalla psichiatria delle istituzioni a quella di comunità (Goodwin, 1997), in particolare per quanto riguarda le politiche europee (Fioritti, 2002). L'analisi che Fioritti propone offre uno spazio di riflessione sulla relazione tra le leggi e le pratiche e sulle interconnessioni tra i due aspetti che contribuiscono a configurare la realtà della salute mentale, dei suoi servizi e dei suoi utenti. I testi di riferimento trovano forma nei linguaggi medici e nei linguaggi politici e giuridici che consentono di cogliere la complessità di una realtà molteplice secondo i diversi punti di vista e in cui confluiscono aspetti interdisciplinari. Queste riflessioni e questo approccio rappresentano un riferimento fondamentale per la ricerca di seguito esposta, in quanto consente di utilizzare tutti gli strumenti che possono favorire la comprensione dei processi attraverso cui la realtà dei servizi psichiatrici e i risvolti delle pratiche di intervento si generano. Questa visione consente al ricercatore di mantenere uno sguardo ampio e consapevole delle molteplici prospettive di osservazione che contribuiscono alla forma e ai colori del panorama.

Per quanto concerne, dunque, le applicazioni delle politiche nell'ambito della riabilitazione psicosociale, diversi studi descrivono e analizzano in modo critico le manovre di ristrutturazione dei servizi in seguito alle riforme sulla residenzialità psichiatrica. Alcuni di questi studi si concentrano sui risvolti indentitari per utenti in percorsi lunghi di riabilitazione psichiatrica (Taylor, Perkins, 1991), ma anche offrono spunti di riflessione rispetto ai ruoli professionali in un'ottica di integrazione nella riabilitazione psicosociale (Adams, Partee, 1998). In particolare le ricerche che riguardano la realtà italiana si concentrano sui passaggi dagli Istituti manicomiali alle comunità residenziali (Tansella, Williams, 1987; Barbato, D'Avanzo, Rocca, Amatulli, Lampugnani, 2004), un passaggio questo che rappresenta un cambiamento fondamentale nel contesto della salute mentale, per cui il servizio residenziale viene inteso come promotore di cambiamento e del recupero

delle risorse della persona per il reinserimento nel contesto sociale di appartenenza, non più semplicemente un luogo di contenimento e cura di malattie croniche. Di notevole interesse, inoltre, per questa ricerca sono le proposte più recenti di indagine in merito alla residenzialità nel territorio nazionale e regionale. Tra queste la Ricerca Progres (Gruppo Nazionale Progres, 2001; Gruppo Ricerca Progres, 2006) rappresenta un importante riferimento dove cogliere gli aspetti di sviluppo e le criticità delle strutture residenziali fino alle proposte più recenti in cui vengono rappresentati gli aspetti di sviluppo e di criticità. Quello che emerge dagli studi più recenti mostra una marcata eterogeneità nei servizi e diversi limiti nella possibilità di monitorare le pratiche e la coerenza con le linee guida definite a livello legislativo e amministrativo. L'eterogeneità messa in luce da questi studi è considerato il punto di partenza della ricerca, poiché considera come qualitativamente e operativamente i servizi si differenziano sul territorio e come questo possa rappresentare una risorsa per promuovere percorsi differenziati, progetti costruiti in maniera contestuale e favorire l'efficacia dei percorsi riabilitativi.

Questo nucleo di ricerche rappresenta la base di partenza per lo studio che viene descritto di seguito, consente di definire i luoghi e i tempi attraverso la storia del contesto della ricerca e raccoglie i primi discorsi dei professionisti che operano nel campo della salute mentale. L'interesse per questo tipo di ricerche trova origine nei presupposti teorici precedentemente esposti, per cui non è possibile pensare di comprendere una realtà se non si considerano tutti i discorsi che contribuiscono a configurarla e i discorsi legislativi e amministrativi forniscono le linee guida essenziali da cui trovano forma le pratiche all'interno dei singoli servizi. Un aspetto che coglie l'interesse di questa ricerca è il rapporto di circolarità che si mantiene e si alimenta tra le definizioni normative e le pratiche, per cui si assiste ad un continuo influenzamento circolare che delinea i contorni di un sistema che si modifica continuamente nelle sue regole e nelle modalità che gli attori usano per interagire, definire e dare senso alle loro azioni nei contesti della riabilitazione psichiatrica.

L'analisi delle normative e dell'organizzazione dei servizi, tuttavia, non rappresenta l'interesse esclusivo della ricerca, che è concentrato a comprendere in che modo il senso di un percorso di riabilitazione si configura nell'interazione di tutti gli individui coinvolti all'interno del contesto specifico in cui questa avviene.

Per tali studi, che colgono l'interesse soprattutto degli studiosi giuridici e degli epidemiologi psichiatri rappresentano un utile riferimento e un esempio per orientare l'analisi dei testi normativi, ma non esauriscono il discorso che approfondisce la letteratura.

Da studi che si occupano dei servizi dall' "interno", che riguardano i professionisti impegnati nella loro definizione e organizzazione, lo sguardo accoglie e si orienta anche sugli studi che si occupano dei servizi da un punto di vista esterno, considerando i risvolti delle pratiche e delle costruzioni

identitarie che il servizio contribuisce a produrre attraverso le rappresentazioni degli individui che non ne fanno parte, dando importanza agli aspetti di interazione tra i servizi e i contesti sociali e culturali che li ospitano. Il secondo nucleo di ricerche, dunque, si concentra sui processi di costruzione dello "stigma sociale" per utenti dei servizi di salute mentale e come tali processi divengono pregnanti nella configurazione e nel protrarsi della "carriera del malato mentale".

A partire dalle proposte degli studiosi sulle "rappresentazioni sociali", che approfondiscono i risvolti in termini di pregiudizi e discriminazioni rispetto alla "malattia mentale", si considerano gli studi sullo "stigma sociale" come prodotto di processi che trovano forma all'interno dei servizi psichiatrici, sostenuti dai discorsi e dalle pratiche, e che si manifesta nei risvolti delle configurazioni identitarie degli utenti dei servizi psichiatrici.

L'attenzione ai processi di stigmatizzazione sociale offre numerosi esempi di ricerca come spazio di integrazione tra aspetti sociologici, antropologici, psicologici e psichiatrici. Lo "stigma sociale" viene inteso sia come processo interpretativo della realtà che come ambito di intervento da parte dei professionisti della salute mentale. Le ricerche sui processi di stigmatizzazione trovano origine poco dopo la metà del XX secolo, la teoria del Sé di Mead, gli schemi di tipizzazione, le configurazioni dei ruoli introducono e rappresentano i riferimenti fondamentali della *labelling theory* (Goffman, 1966; Lemert, 1967; Becker, 1963; Matza, 1969; Scheff, 1966), la corrente teorica e di ricerca focalizzata soprattutto sull'analisi dei processi di "etichettamento" e "stigmatizzazione". Gli autori coinvolti in queste elaborazioni teoriche sottolineano che i discorsi che configurano la "malattia mentale" possono essere intesi come rappresentazioni che trovano forma nelle interazioni di ruoli assegnati e impersonati (Scheff, 1966; Szatz, 1966). Successivamente trovano spazio le ricerche sulle "rappresentazioni sociali" (Moscovici, 1988) e sui processi di "stigmatizzazione" legati al "disagio psichico" (Corrigan, Watson, 2002). L'attenzione in alcuni casi si rivolge alle costruzioni di significato dei cittadini per la comprensione dei pregiudizi e delle discriminazioni rispetto alla "malattia mentale" (Crisp, 2005; Flick, 1998; Jodelet, 1989), in altri si concentra sugli utenti e i loro familiari rispetto ai discorsi che manifestano un disagio per la percezione dello "stigma" sociale (Phillips et al., 2002).

Le ricerche sullo "stigma" si sono evolute nel tempo presentando ulteriori dati a sostegno dei presupposti di riferimento, ma anche di innovazione e di sviluppo teorico (Link, 1987; Link, Cullen, Struening, Shrout, Dohrenwend, 1989; Link, Cullen, 1990; Link, Mirotznik, Cullen, 1991).

I risvolti dei percorsi riabilitativi nel modo di descrivere l'utente e di pensarlo nel futuro rappresenta un altro aspetto di interesse della ricerca e in particolare questo primo nucleo di ricercatori offre validi esempi che evidenziano l'utilità e le peculiarità della ricerca interdisciplinare. Per parlare di salute mentale e di riabilitazione psichiatrica i discorsi diventano complessi e iniziano a considerare

i vari aspetti che entrano in campo, ma in particolare si introduce l'importanza dell'interazione tra le persone di un contesto per generare la realtà presa in esame. In questa ricerca non viene data una specifica attenzione allo stigma sociale, ma risultano fondamentali i riferimenti ai risvolti dell'uso di etichette diagnostiche, dello strutturarsi di carriere "patologizzanti" all'interno dei servizi per la salute mentale, che sono tutt'oggi discorsi attuali e possono trovare nuove forme di indagine, ad esempio risulta anche molto interessante l'approfondimento dello stigma sociale dal punto di vista del territorio, della comunità di cittadini che accoglie gli utenti, per comprendere anche quali progetti possono promuovere il cambiamento e fornire utili strategie per favorire reinserimenti sociali di successo e spazi di conoscenza reciproca e di condivisione.

Gli studi sullo stigma sociale, inoltre, come evidenziato in precedenza, hanno dato origine anche a campagne pubblicitarie e proposte legislative che interessano i progetti di tutela salute mentale, per promuovere la costruzione di discorsi e pratiche che possano favorire il benessere delle persone e contrastare i riduzionismi, le emarginazioni sociali, la cronicizzazione degli utenti di servizi psichiatrici.

Alcune studi, partendo dai presupposti teorici precedentemente argomentati, si concentrano sull'organizzazione dei servizi di salute di mentale, i discorsi e le pratiche psichiatriche e analizzano le modalità in cui questi contribuiscono a configurare ruoli "patologici" complementari alla loro stessa funzione di "cura" (Wright, Gronfein, Owens, 2000; Corrigan, Watson, 2002). Le ricerche rappresentano i Servizi per la Salute Mentale come palcoscenici privilegiati dove trovano forma processi di attribuzioni identitarie dai risvolti "stigmatizzanti". Gli studiosi, riflettendo sull'utilizzo analogico delle etichette diagnostiche per letteralizzare le problematiche vissute dalle persone, considerano le metafore utilizzate per descrivere l'altro rappresentative di un contesto sociale e culturale specifico.

L'attribuzione e l'uso delle etichette che connotano le persone come "malate mentali" possono essere intese come parte di un processo di configurazione della persona utente del Servizio che indirizza le forme di trattamento (Miles, 1984; Corrigan, 2007). Alcuni studi hanno concentrato l'attenzione sui discorsi e le pratiche psichiatriche, sostenendo l'infondatezza epistemologica e la scorrettezza metodologica della nosografia psichiatrica nella trasposizione del modello medico, all'interno del paradigma positivista, alla psichiatria (Turchi, Perno, 2004).

L'attenzione è rivolta anche a quelle ricerche che si concentrano sui risvolti dello "stigma sociale" e della carriera di "malato mentale" nelle configurazioni identitarie e nei discorsi del senso comune in merito alla "malattia mentale" (Hinshaw, Cicchetti, 2000; Gove, 2004), per esempio analizzando le produzioni narrative che raccontano la storia di vita di pazienti psichiatrici (Gilmartin, 1997).

Altre importanti ricerche propongono sviluppi teorici e metodologici per configurare i processi di "etichettamento" nell'ambito dei "disordini mentali" considerati nel contesto storico e culturale attuale (Kroska, Harkness, 2006; Kroska, Harkness, 2008; Pescosolido, Martin, Lang, Olafsdottir, 2008; Pescosolido, Wright, 2004; Pavalko, Harding, Pescosolido, 2007). In quest'ottica anche Mosconi (2003), tra i ricercatori di "criminologia critica", si sofferma sui significati del costrutto "salute" considerando che "la definizione sociale dello stato di salute di un individuo e l'accettabilità del livello di benessere che viene a conquistare fa sempre parte del contesto socio-culturale in cui il soggetto è collocato". L'autore focalizza la sua attenzione al modo in cui il problema di una persona possa essere "culturalmente percepito e socialmente costruito" (Mosconi, 2003).

In altre ricerche vengono considerati soprattutto gli "effetti" dello "stigma sociale" e carriera di "malato mentale". L'oggetto di indagine sono le conseguenze dell' "etichettamento" e gli effetti, nei termini di configurazione identitaria, dello "stigma sociale" (Corrigan, 1998; Camp, Finlay, Lyons, 2002). In queste correnti di ricerca lo "stigma" è inteso come una serie di attribuzioni negative e di pregiudizi che vengono rivolte dall'esterno ad utenti di servizi psichiatrici (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, Rowlands, 2000; Corrigan, Markovitz, Watson, Rowan, Kubiak, 2003; Crisp, Gelder, Goddard, Meltzer, 2005). Alcuni studi mettono in luce come le attribuzioni "stigmatizzanti" producano dei risvolti nella vita della persona (Corrigan, 1998) nei termini di autostima (Camp, Finlay, Lyons, 2002), nella valutazione della qualità di vita (Mechanic, McAlpine, Rosenfield, Davis, 1994; Marcussen, Ritter, Munetz, 2010), nella percezione di stare bene e nella soddisfazione personale (Rosenfield, 1997; Markowitz, 1998), nella disposizione ad esprimersi dal punto di vista emotivo (Phillips, *et al.*, 2002).

I processi di stigmatizzazione, dunque, rappresentano un focus indispensabile per cogliere come diversi attori, collocati all'interno e all'esterno dei servizi, possono contribuire alla produzione delle pratiche, delle politiche, delle configurazioni di ruoli. Di interesse per la ricerca di seguito presentata è, infatti, considerare i risvolti, anche in termini identitari, dell'inserimento in un percorso residenziale di tipo riabilitativo, analizzare in che modo i servizi divengono promotori di possibilità di essere alternative e funzionali ad un reinserimento sociale orientato al benessere dell'individuo in primis.

Il principale nucleo di ricerche, invece, che mostra aspetti comuni con questo studio propone una serie di indagini sui servizi di salute mentale, in particolare quelle focalizzate sulle strutture residenziali come le "comunità terapeutiche".

Un altro riferimento fondamentale sono le ricerche relative ai servizi psichiatrici e in particolare quelle che si sono focalizzate su strutture "comunità terapeutiche", attraverso differenti metodologie di ricerca, coinvolgendo sia operatori che utenti dei servizi che familiari degli stessi.

Tra questi alcune ricerche sui servizi che si focalizzano su "continuità della cura", "efficacia", "relazione tra operatori e utenti", "relazione tra utenti, familiari e operatori". Rispetto a questo tipo di ricerche gli articoli si differenziano soprattutto a seconda dell'ambito disciplinare in cui nascono (psichiatrico, sociologico, antropologico), ma anche rispetto ai presupposti teorici e alle conseguenti scelte metodologiche. Alcune ricerche coinvolgono solo gli operatori di servizi per la salute mentale, come quella presentata da Lewis e Appleby (1988) che mostra come anche gli operatori dei servizi, in particolare gli psichiatri, costruiscano una rappresentazione dei diversi utenti che genera pratiche e discorsi alternativi a seconda dell'etichetta diagnostica utilizzata.

Altre ricerche si concentrano sullo studio dei ruoli professionali, utilizzando i discorsi degli operatori e degli utenti, e rappresentano strumenti fondamentali per la costruzione di progetti formativi e di supervisione nell'ambito della residenzialità psichiatrica (Nystrom, Lutzén, 2002), in particolare sono diversi gli studi che riguardano il ruolo dell'infermiere come figura che può promuovere il cambiamento, ma anche contribuire a mantenere ed alimentare i processi di esclusione e differenziazione che caratterizzano l'area della salute mentale (Repper & Perkins, 2001; Bertram, Stickley, 2005). Mentre altri studi si focalizzano esclusivamente sugli utenti dei servizi, che vengono coinvolti per dare spazio al loro punto di vista rispetto alla "malattia mentale" (Estroff, Lachicotte, Illington, Johnston, 1991; Lundin, 1998; Lehouxa, Poland, Daudelinc, 2006) e alle prospettive di vita oltre i percorsi di riabilitazione (Pinkney, Gerber, Lafare, 1991).

Tra le ricerche più importanti per lo studio di seguito descritto si sottolineano le ricerche che considerano l'interazione tra gli operatori e gli utenti, entrambi coinvolti come attori protagonisti della configurazione di differenti oggetti di indagine. In particolare questi studi hanno approfondito e offerto un percorso di riflessioni orientate al miglioramento dei servizi, indagando aree di possibile intervento. Il tema della continuità della cura viene rilevato come un aspetto influente nei percorsi terapeutici e riabilitativi, ma che rappresenta un nodo di criticità nell'ambito dei servizi di salute mentale (Bachrach, 1981). In alcuni casi la continuità della cura è intesa come il rapporto tra i diversi servizi (Bindman, Johnson, Wright, Szmukler, Bebbington, Kuipers, *et al.*, 1997) ed è considerata una variabile importante rispetto al modo in cui una persona si vede (Ware, Tugenberg, Dickey, 1999; Jones, Ahmed, Catty, McLaren, Rose, Wykes, Burns and for the Echo Group, 2009) e comprende i suoi progressivi cambiamenti (Cook, Render, Woods, 2000; Burns, Catty, White, Ellis, Jones, *et al.* and for the ECHO Group, 2009).

Nell'ambito della sociologia si colloca la ricerca che pone l'attenzione sull'organizzazione dei Servizi Psichiatrici e sulle relazioni tra operatori e utenti all'interno del Servizio (Bertolo, 2009), cercando di cogliere come si costruiscono e si mantengono tali relazioni e quali rapporti si creano con la comunità dei cittadini. Mentre altri studi coinvolgono anche i familiari di utenti di servizi psichiatrici per approfondire le modalità attraverso cui possono trovare espressione le pratiche di cura.

I contributi descritti e organizzati nei vari nuclei tematici rappresentano un fondamentale riferimento teorico per la costruzione dell'indagine e per la sua collocazione all'interno del panorama scientifico in merito ai Servizi di "salute mentale" e di "riabilitazione psichiatrica". Alcuni contributi, infatti, offrono delle proposte teoriche e operative che sono di esempio anche per la ricerca presentata di seguito, altri rappresentano un'occasione di confronto tra punti di vista differenti e prospettive di sviluppo scientifico.

In particolare vengono presentati gli studi che presentano approcci di ricerca etnografica, utilizzo di strumenti di raccolta dati qualitativi e analisi dei dati testuali, tra queste si sottolineano in particolare le differenze di approccio tra analisi del contenuto, analisi tematica, analisi del discorso e analisi critica del discorso. La presentazione e l'organizzazione di questi contributi di ricerca rappresenta il presupposto fondamentale per comprendere le scelte metodologiche presentate di seguito e costruire la cornice in cui la ricerca si colloca e dove trova le sue peculiarità rispetto al panorama di studi descritti dalla letteratura.

Le ricerche più importanti come riferimento per questo studio dal punto di vista metodologico sono quelle che riguardano l'area della salute mentale come campo di indagine etnografica. Tale approccio, come verrà esposto di seguito, rappresenta infatti il principale riferimento metodologico che orienta la costruzione delle fasi della ricerca.

In letteratura sono presenti diversi tipi di contributi che proseguono la tradizione di osservazione etnografica inaugurata da Goffman (1961) all'interno di reparti ospedalieri (Quirk, Lelliott, Seale, 2006), o centri di intervento (Getricha, Heyinga, Willginga, Waitzkinc, 2007).

Alcune ricerche etnografiche, inoltre, sono orientate a cogliere i significati attribuiti alla continuità della cura e i risvolti nelle pratiche dei servizi (Ware, Tugenberg, Dickey, McHorney, 1999; Ware, Tugenberg, Dickey, 2003; Zucchermaglio, 2003); altre consentono di indagare in che modo si costruiscono le relazioni tra i diversi servizi istituzionali e di comunità (Wells, Miranda, Bruce, Alegria, Wallerstein, 2004).

Considerando ancora gli studi che propongono metodi di ricerca qualitativa, possono essere differenziati vari contributi che propongono strumenti di raccolta dei dati attraverso l'utilizzo di interviste semi-strutturate (Smith, 1995) e l'utilizzo di metodi di analisi del discorso focalizzati su

vari aspetti (Avdi, 2005; Stevensa, Harperb, 2007; Mitchell, 2009;), anche secondo un approccio critico (Barbosa de Pinho, Prado Kantorski, Bañon Hernández, 2009). Altre ricerche si concentrano invece sull'analisi del contenuto di storie di vita degli utenti dei servizi psichiatrici (Lundin, 1998; Villea, Khlatb, 2007) e si concentrano sulle modalità attraverso cui gli attori si raccontano considerando i risvolti in termini di identità dell'esperienza come "pazienti". Un ulteriore filone di ricerca propone gli strumenti di analisi della conversazione orientati a cogliere le modalità attraverso cui gli utenti e i professionisti si relazionano negli scambi discorsivi (Bergman, 1992; McCabe, Heath, Burns, Priebe, 2002; Antaki, *et al.*, 2008).

Per la ricerca presentata in questo elaborato vengono considerati in particolar modo i contributi metodologici che presentano ricerche di analisi tematica delle narrazioni e analisi del discorso ad approccio critico, sviluppando in questa sede le possibilità di integrazione delle metodologie di analisi testuale con quelle di approccio etnografico. Per l'approfondimento metodologico si rimanda il lettore al capitolo di metodo dove vengono approfondite le argomentazioni anticipate in questo paragrafo e vengono considerati i principali riferimenti che guidano la costruzione delle fasi di raccolta dei dati di ricerca e di analisi.

Per concludere, si può rappresentare il lavoro di *review* come uno strumento che consente da una parte di ancorare lo studio esplorativo a dei presupposti e riferimenti di condivisione nella ricerca accademica, dall'altra di definire gli elementi di originalità di un progetto di indagine.

La ricerca costruita e presentata di seguito propone come prima peculiarità l'integrazione di diversi approcci disciplinari che consentono di guardare all'ambito della salute mentale attraverso lenti teoriche e metodologiche che ne rispettano la complessità. L'attenzione del ricercatore parte infatti dall'analisi del contesto all'interno del quale i servizi si collocano, per poi coinvolgere tutti gli attori che si muovono nel sistema considerato come parte attiva di configurazione di realtà. In questo senso questo studio integra molti degli studi che sono stati revisionati e che davano attenzione a singoli aspetti. Un'altra peculiarità di questa ricerca è rappresentata dalla scelta di focalizzare lo sguardo su un tipo di servizio che si caratterizza per la duplicità di appartenenza, da una parte come servizio psichiatrico di cura e dall'altra come servizio territoriale di riabilitazione sociale. Questo aspetto, che riguarda la realtà italiana, per quanto concerne le C.T.R.P., rappresenta tuttavia un interessante punto di riflessione anche nel panorama europeo, dove i servizi di salute mentale vengono differenziati con altri criteri e presentano altri tipi di strutture.

Anche dal punto di vista metodologico questa ricerca trova nell'integrazione di differenti strumenti un punto di forza e colloca la sua proposta come indagine di tipo qualitativo, che si integra con le ricerche quantitative prodotte nel territorio nazionale in merito alla residenzialità psichiatrica.

Tale lavoro, dunque, si propone come uno strumento di congiunzione di diversi punti di vista, con l'obiettivo di considerare il sistema all'interno del quale trovano forma i Servizi, i discorsi degli operatori e quelli degli utenti. In particolare esso offre uno spazio di riflessione sui significati attribuiti alle terminologie, legittimata a livello giuridico, scientifico e di senso comune. La ricerca è focalizzata su uno specifico Servizio, la C.T.R.P., che rappresenta per l'organizzazione del Centro di Salute Mentale il luogo di passaggio per "ritornare alla comunità normale", all'interno delle Comunità gli aspetti psichiatrici di "diagnosi" e "cura" si uniscono agli aspetti sociali di "riabilitazione" e "re-inserimento lavorativo". In particolare questi aspetti riportano all'attualità tutto il dibattito che ha preceduto e seguito la nascita della Legge 180/1978, e che in questi anni torna vivo ai tavoli legislativi e offrono utili spunti per costruire e promuovere progetti di intervento in ambito psicologico che riguardano modalità operative cliniche e di formazione professionale.

## **CAP. 2 CONTESTO STORICO E SOCIALE: LA "RIABILITAZIONE PSICHIATRICA" E IL "REINSERIMENTO SOCIALE"**

In questo capitolo vengono presentati i passaggi storici e i riferimenti teorici che hanno condotto alla nascita dei servizi di riabilitazione psichiatrica e delle comunità residenziali.

Inizialmente viene approfondito ciò che può essere descritto come una "rivoluzione culturale" che attraversa l'Europa. Essa pone le basi per mettere in discussione l'approccio psichiatrico alla malattia mentale e l'istituzionalizzazione come risposta ai bisogni degli utenti e della società, ma anche promuove nuovi modelli e approcci orientati alla riabilitazione e all'integrazione degli utenti dei servizi psichiatrici.

Nel secondo paragrafo, a partire dall'opera di Franco Basaglia, l'attenzione si focalizza sul contesto italiano e sulle fasi di riorganizzazione dei Servizi di Salute Mentale che hanno seguito la chiusura degli Istituti Manicomiali. Questo approfondimento è inteso come uno strumento funzionale ad inquadrare in contesto culturale, scientifico e sociale in cui la ricerca si colloca.

Gli aspetti critici messi in luce dalle diverse parti di questo capitolo favoriscono la comprensione degli interessi esplorativi e degli obiettivi di ricerca. Il contesto storico-culturale e i riferimenti scientifici presentati definiscono il senso della "riabilitazione psichiatrica" e promuovono la nascita e lo sviluppo di servizi istituzionali che rispondono a tali definizioni, fra questi le "Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette".

Questo capitolo introduce il lettore alla sezione successiva dell'elaborato che è dedicata alla descrizione delle azioni della ricerca.

### **2.1 Le teorie e i modelli di riabilitazione psichiatrica e le comunità residenziali**

Per parlare di riabilitazione psichiatrica risulta utile ripercorrere le tappe che hanno condotto alla riformulazione delle definizioni e delle pratiche dei Servizi Psichiatrici nel panorama europeo e in particolare in Italia.

All'inizio del XX Secolo i riferimenti normativi descrivono l'istituzione degli istituti manicomiali come luoghi di "custodia", in cui le persone con problematiche psichiatriche venivano inserite per tempi che potevano corrispondere a tutta la vita. La Legge 36 del 14 Febbraio 1904 (Legge Giolitti), infatti, dispone alcune linee guida per le procedure di inserimento dei pazienti in Ospedale Psichiatrico. Dopo l'avvento della cura attraverso l'uso di psicofarmaci, tuttavia, si assiste alla comparsa di diversi nuovi approcci alla "malattia mentale" che, allontanandosi da una visione

esclusivamente organicistica, pongono attenzione alla situazione esistenziale della persona, considerandola all'interno del suo contesto relazionale e sociale. Nel 1962, infatti, vengono istituiti i primi "Centri di Igiene Mentale" che offrono supporto e terapia agli individui che necessitano di interventi di tipo psichiatrico e alle loro famiglie. A partire da questo momento storico, quindi nella seconda metà del secolo, si attiva un movimento di riformulazione delle pratiche in ambito psichiatrico, che trova nella Legge 431 del 18 Marzo 1968 (Legge Mariotti) una rivalutazione dell'utilizzo degli Ospedali Psichiatrici attraverso nuove regolamentazioni e l'introduzione di servizi di supporto psicoterapeutico e psicosociale. In coerenza con questo processo di cambiamento trovano spazio nel panorama legislativo e scientifico i discorsi di Franco Basaglia che promuove e racconta del lavoro svolto nell'Ospedale di Gorizia, e con la Legge 180 del 13 Maggio 1978 (Legge Basaglia) si assiste alla costruzione di un vero e proprio spartiacque, dal punto di vista normativo ma anche culturale, dei Servizi di Psichiatria che dà l'avvio a nuove formulazioni e azioni rispetto al concetto di residenzialità. La Legge Basaglia è ricordata in particolare per la proposta di abolizione degli Ospedali Psichiatrici come strumento di contenimento, ma essa offre anche numerosi spunti per favorire la progettazione e la realizzazione di servizi sostitutivi di tipo territoriale, che possano rappresentare un riferimento per gli utenti e per le loro famiglie in un'ottica di terapia, di riabilitazione e di reinserimento sociale.

Risulta di utilità per comprendere il contesto di cui si sta parlando, quindi, considerare in che modo questo processo può essere definito, quali sono i modelli di riferimento e conseguentemente quali pratiche vengono messe in atto per realizzare le pratiche di intervento riabilitativo.

La riabilitazione viene intesa come "un processo che ha come obiettivi quelli di identificare, prevenire e ridurre le cause dell'inabilità e nello stesso tempo aiutare la persona a sviluppare ed usare le proprie risorse e capacità in modo da acquisire più fiducia in se stessa ed aumentare il livello di autostima, facendo leva su ciò che vi è di sano e non sulla patologia" (Ba, 2003, p. 21). La riabilitazione così intesa promuove la visione della persona in una posizione attiva, partecipe del proprio percorso di cura e impegnata nell'utilizzo delle sue risorse per costruire la propria autonomia nella società. Questi aspetti messi in luce da una parte evidenziano un allontanamento da interventi di tipo assistenziale, dall'altra pongono attenzione in particolare agli aspetti sociali e culturali coinvolti nello strutturarsi di modalità patologiche e nella costruzione di strategie di cambiamento. Altre definizioni considerano che la riabilitazione "non deve essere considerata come un insieme di tecniche subordinate alla terapia e indirizzate solamente al mantenimento o alla prevenzione, deve sostanziarsi bensì in un omogeneo ed integrato lavoro finalizzato allo sviluppo delle potenziali capacità del paziente così da incrementarne la funzionalità sociale, di migliorare le caratteristiche dell'ambiente circostante (favorendo lo sviluppo dei servizi in grado di offrire

l'indispensabile sostegno qualora i naturali sistemi di supporto non siano adeguati) e di concretizzare nell'ambito della società importanti interventi legislativi e amministrativi" (Crescentini, De Felice, Tonzar, 2009, p.59).

Il senso attribuito, dunque, in ambito legislativo e in ambito scientifico al processo di riabilitazione, può mostrare diverse sfumature che riflettono la molteplicità di approcci teorici e di ideologie che si sono sviluppati in questo campo, introducendo metodi e tecniche di intervento ed indirizzando l'identità e le finalità dei diversi contesti residenziali psichiatrici, pur accomunati dai medesimi riferimenti normativi e raggruppati attraverso l'assegnazione di etichette identificative. Tra i diversi modelli, alcuni possono essere riassunti come principale riferimento dell'intervento riabilitativo nel contesto internazionale:

- il *Social Skill Training* (Lieberman, Anthony, Farkas)

Si tratta di un modello di intervento di approccio comportamentista orientato soprattutto a favorire il rinforzo di abilità di tipo sociale (autonomia quotidiana, gestione dello spazio abitativo, attività lavorativa, ecc.). Questo modello si propone come un intervento educativo con interventi di rinforzo orientato al miglioramento delle capacità della persona, dando in particolare rilevanza all'ambito lavorativo;

- modello di *potenziamento dei comportamenti socialmente competenti* (Spivak)

Si tratta di un modello di ispirazione comportamentista orientato a favorire lo sviluppo di competenze nella gestione della quotidianità che coinvolge aspetti legati all'abitazione, al lavoro, alla cura di sé, alle relazioni familiari e sociali, attraverso l'utilizzo di strategie e strumenti definiti secondo un progetto di intervento individualizzato. In questo modello viene data particolare attenzione all'interazione come strumento per promuovere il cambiamento, ma anche agli aspetti contestuali e sociali del disagio. La definizione di riabilitazione, secondo questo modello, viene pensata con lo scopo di "migliorare l'articolazione sociale del soggetto e aiutarlo a sviluppare comportamenti socialmente competenti che gli consentano di misurarsi con successo ed efficacia e secondo norme condivise nel proprio ambito sociale" (Ba, 2003, p. 25);

- modello di *Ciampi*

Secondo questo modello la riabilitazione promuove "il reinserimento nella normale vita sociale e lavorativa" (Ciampi et al., 1987). L'attenzione si focalizza quindi al campo sociale come scenario dove realizzare l'intervento, in particolare dando rilevanza al lavoro sulle aspettative del paziente e delle persone in relazione con lui.

Focalizzandosi sul contesto italiano, a partire dagli anni '70 si è costruito un percorso che ha visto diversi operatori dei servizi coinvolti nella costruzione di pratiche e di teorie che caratterizzano i luoghi adibiti a tale scopo. In Italia il superamento dell'emarginazione istituzionale, che trova forma

nell'applicazione della Legge Basaglia, introduce contemporaneamente un'ideologia che pone nuova attenzione alla sofferenza mentale come qualcosa che riguarda la persona e come qualcosa che coinvolge il territorio, che diviene quindi "il luogo privilegiato di un tipo di approccio fondato sulla convivenza e sulla solidarietà" (Ba, 2003, p. 28). In quest'ottica "i luoghi della riabilitazione non sono più istituzioni particolari ma la famiglia, la sede di lavoro, le comunità terapeutiche, i centri diurni" (Crescentini, De Felice, Tonzar, 2009, p. 63), per cui l'obiettivo dei servizi di salute mentale diviene quello di predisporre nel territorio strutture e spazi di intervento diffusi e diversificati che consentono ai cittadini con problematiche psichiche di mantenere i rapporti con la collettività di cui fanno parte, considerando il problema da affrontare nel contesto specifico e peculiare in cui trova origine e forma.

Oltre ai modelli, importati dalla realtà anglosassone e americana, di tipo cognitivista, in Italia vengono integrate anche tecniche di tipo psicodinamico. In generale, inoltre, l'intervento riabilitativo diviene il processo privilegiato per parlare di strumenti e strategie ad approccio integrato, che include quindi un lavoro di tipo medico-psichiatrico, educativo, sociale, psicoterapeutico, che consenta "elasticità, modulazione e adattabilità, per poter rispondere in modo adeguato e personalizzato alle esigenze del singolo" (Ba, 2003, p. 28), per cui l'obiettivo dei percorsi di riabilitazione presenta diverse sfumature, da una parte favorire la consapevolezza e la gestione delle difficoltà da parte degli utenti, dall'altra la costruzione di competenze di autonomia e di relazione che gli consentano di poter essere reinserito nel contesto sociale d'origine o di interesse. Nello specifico gli scopi dei percorsi di riabilitazione (Crescentini, De Felice, Tonzar, 2009, p. 73) sono: incrementare il livello di funzionamento della persona (aumentare le capacità e minimizzare i deficit); garantire che l'individuo sia in grado di svolgere compiti mentali, cognitivi, emozionali e intellettuali indispensabili per vivere adeguatamente; promuovere l'imparare o reimparare a lavorare e avere una qualità della vita uguale alle altre persone; impegno a lungo termine, i risultati difficilmente rimangono stabili. Parte integrante della riabilitazione deve essere il ricovero ospedaliero per cui pazienti e famiglie devono avere accesso immediato all'ospedale in caso di emergenza. Vengono utilizzati percorsi di psicoterapia di supporto individuale e di gruppo; interventi educativi (rispetto all'uso dei soldi ecc.) per promuovere l'indipendenza, sia nel tempo libero che nel lavoro.

Gli operatori, di diverse professionalità, sono chiamati a lavorare attraverso l'uso di progetti di intervento individualizzati, per cui "ogni paziente richiede attenzione, considerazione, rispetto e cortesia, ogni piano riabilitativo deve pertanto essere individuale e diversificato per ogni tipologia di paziente" (Crescentini, De Felice, Tonzar, 2009, p.90).

L'attenzione dell'intervento riabilitativo, quindi, viene riposta alla persona che presenta problematiche di tipo psichiatrico, favorendo lo sviluppo delle sue risorse e abilità coerentemente con i suoi bisogni e desideri, ma anche e necessariamente all'ambiente, favorendo lo sviluppo del contesto che ospita la persona in modo che possa essere flessibile e di sostegno ai cambiamenti in fase di sperimentazione. Un lavoro, questo, orientato a migliorare la qualità della vita delle persone coinvolte, sia attraverso aspetti di gestione quotidiana che di relazioni familiari e sociali, che consentano alla persona di costruire e utilizzare nuove e più funzionali modalità di rappresentazione di sé che gli consentano di essere integrato in un contesto e di costruire una vita autonoma e rispondente alle sue esigenze. Un altro aspetto, considerato rilevante rispetto agli scopi dei progetti riabilitativi, riguarda lo sviluppo delle politiche e delle regole sociali, per cui si può pensare che le teorizzazioni, la costruzione e l'uso degli strumenti di intervento riabilitativo, le pratiche realizzate nei contesti di cura, possano contribuire alla produzione di normative e regolamentazioni che favoriscano il reinserimento e l'integrazione degli utenti dei servizi di salute mentale.

Uno degli strumenti identificato per realizzare percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale è considerato la comunità terapeutico-riabilitativa. Queste strutture trovano la loro origine nel contesto americano e britannico negli anni '50, utilizzando le esperienze di trasformazione manicomiale del secolo prima (un esempio è la comunità terapeutica gestita da John Connolly nel 1856). Tra i principali autori si sottolinea il lavoro di Maxwell Jones (1970) che rappresenta uno dei riferimenti fondamentali nella definizione dell'intervento comunitario in parallelo con la criticizzazione delle pratiche istituzionali diffuse fino a quel tempo. Questi presupposti teorici e operativi trovano coerenza nel contesto italiano degli stessi anni con il lavoro di Franco Basaglia, che mette in discussione l'agire istituzionale, le scelte operative della psichiatria, ma anche che promuove nuovi strumenti per affrontare il disagio mentale basati su principi di democratizzazione. Per comprendere meglio, tuttavia, i presupposti alla base dell'organizzazione comunitaria è necessario considerare i principi fondamentali individuati da Rapaport (1960), riassunti come "democratizzazione, comunalismo, confronto con la realtà e tolleranza", che sono considerati fattori che favoriscono lo sviluppo da parte della persona di competenze nella gestione di sé e delle proprie difficoltà. Secondo la definizione di Rabboni (2009) la comunità psichiatrica "si propone come struttura residenziale per malati psichici nella quale si attua una politica del cambiamento invece della politica del salvataggio; politica quest'ultima, conforme alla titolarità del ruolo medico-sanitario. Strumento principale per la sua operatività è l'approccio terapeutico riabilitativo, della durata variabile da alcuni mesi a qualche anno, fondato sulla gruppaltà" (Crescentini, De Felice, Tonzar, 2009, p. 67). Le definizioni di comunità in alcuni casi si contrappongono all'agire istituzionale, dando rilevanza alla valorizzazione dei rapporti interpersonali nei processi di

cambiamento, ma in altri casi viene mantenuta un'ambiguità e una contaminazione nella progettazione di strutture di tipo residenziale comunitario inserite nel sistema istituzionale dei servizi di salute mentale. Le caratteristiche peculiari emergono nelle diverse esperienze concrete di realizzazione di contesti di comunità rivolti ad utenti di servizi psichiatrici inseriti in percorsi di riabilitazione e reinserimento.

Per approfondire ulteriormente il senso attribuito ai percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale all'interno delle strutture comunitarie e per offrire un quadro completo del contesto di riferimento storico, culturale e legislativo della ricerca, si propone di seguito la ricostruzione dei principali passaggi normativi che, a partire dalla Legge Basaglia, hanno condotto fino all'organizzazione e definizione dei Servizi di Salute Mentale attualmente attivi nel contesto italiano, in particolare per quanto riguarda la Regione Veneto.

## **2.2 La riorganizzazione dei servizi psichiatrici residenziali nel modello italiano**

I temi che coinvolgono le strutture residenziali e riabilitative dell'area salute mentale risultano di particolare rilevanza nel panorama politico e culturale attuale. La riforma psichiatrica del 1978 (Legge n. 180), poi travasata nei contenuti sostanziali negli articoli 33 e seguenti della legge n. 833 di riforma sanitaria del 23 dicembre 1978, ha aperto la via a profondi cambiamenti culturali e organizzativi a tutti i livelli delle Istituzioni Pubbliche preposte al settore. In particolare tale riforma ha favorito il cambiamento degli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico "dal controllo sociale dei malati di mente alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi mentali, spostando l'asse portante delle istituzioni assistenziali dagli interventi fondati sul ricovero ospedaliero a quelli incentrati sui servizi territoriali"<sup>12</sup>. Negli ultimi 30 anni, infatti, si può documentare una rilevante ristrutturazione dei servizi psichiatrici e la 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 Mentale, con Piani Sanitari, Progetti di Tutela alla Salute Mentale, Rapporti di qualità dei Servizi, sia nazionali che regionali. Questo ha comportato

---

<sup>12</sup> tratto da Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1994-1996".

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".

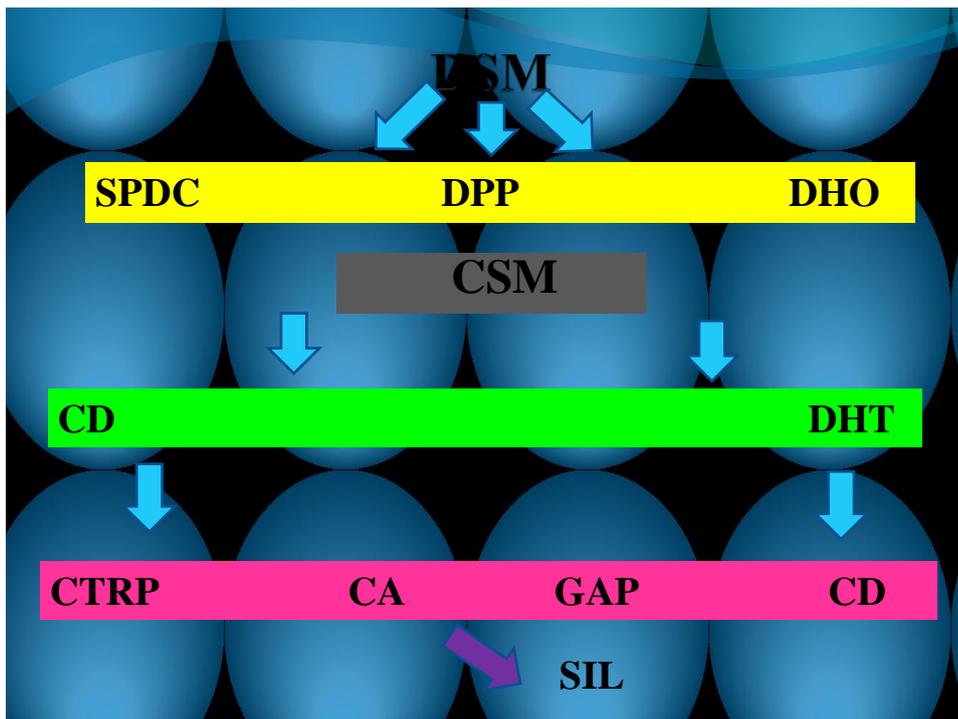
Nei Progetti per la Salute Mentale, il Ministero, le Regioni e i Dipartimenti di Salute Mentale sono orientati a promuovere l'accesso ai Servizi Sanitari, volti ad identificare le problematiche e dare origine a processi di cambiamento, e a favorire la costruzione di una rete con gli altri servizi. In particolare, l'attenzione si focalizza sulle necessità di ridurre e contrastare lo "stigma sociale" che limita le prospettive degli utenti psichiatrici.

Nel 2008, con il documento "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale", si assiste ad un'ulteriore definizione dei servizi e delle strutture di riferimento per l'area Salute Mentale. L'attenzione è rivolta sia agli aspetti organizzativi e amministrativi dei diversi servizi, che alla costruzione di criteri uniformi e condivisi di finalità di intervento clinico e valutazione della qualità. Il Veneto in particolare, con il DGR 1616 del 2008, promuove la costruzione di un decreto prodotto da processi di confronto e condivisione tra gli attori coinvolti nella scena dei Servizi di Tutela Salute Mentale che formalizza i criteri per l' "autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento delle unità di offerta nell'ambito della Salute Mentale". Tale documento dà l'avvio nel territorio veneto ad una fase di ridefinizione dei servizi, di introduzione di categorie peculiari e di mappatura delle strutture con un lavoro di valutazione del rispecchiamento dei criteri di qualità.

In seguito a tale decreto viene formulato il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale per il triennio 2010-2012, che rappresenta l'attuale riferimento per le strutture ospedaliere e territoriali (residenziali e semi-residenziali) afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto.

Tale cornice introduttiva, tuttavia, lascia spazi aperti per chiedersi in che modo le linee guida del Ministero e delle Commissioni Regionali si riflettano negli obiettivi degli operatori dei Servizi Psichiatrici e nelle rappresentazioni degli utenti e, inoltre, a partire da quali presupposti scientifici si configurino l'organizzazione dei Servizi, gli obiettivi dell'intervento, le pratiche dei professionisti, i significati delle etichette linguistiche utilizzate.

Per meglio comprendere come si sviluppano, dunque, i testi legislativi nell'organizzazione delle strutture volte ad intervenire nella promozione della salute mentale viene presentato di seguito uno schema riassuntivo di tutti i servizi coinvolti che di seguito sono descritti, dando particolare importanza a quelli identificati come i luoghi che nello specifico si occupano di riabilitazione e reinserimento sociale.



Il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.), precedentemente introdotto, rappresenta il punto di riferimento dell'Area Tutela della Salute Mentale e opera mediante una organizzazione dipartimentale concertata unica, che si integra a livello territoriale con i servizi socio sanitari dell'Azienda U.I.s.s. ed è globalmente coordinata nei diversi presidi di erogazione. Esso è volto a favorire una diffusa e completa tutela della salute mentale, negli ambiti preventivo, terapeutico e riabilitativo, con risultati rilevabili e valutabili da appositi indicatori, ma anche la promozione, il mantenimento e la attuazione di progetti di formazione e aggiornamento degli operatori, nonché di sensibilizzazione ed informazione alla popolazione residente, coerenti con le finalità anche preventive del Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale. Il D.S.M. svolge la funzione di coordinamento progettuale e programmatico delle équipe pluriprofessionali psichiatriche (Servizi Psichiatrici) garantendo la integrazione concertata, interna ed esterna, la continuità assistenziale, la migliore efficienza operativa dei processi di prevenzione, cura, riabilitazione, assistenza.

Fanno riferimento al D.S.M. diverse strutture che possono essere differenziate come ospedaliere (fascia gialla) e territoriali con il Centro di Salute Mentale (C.S.M.) come sede operativa e di coordinamento delle attività che possono essere semi-residenziali (fascia verde), e residenziali (fascia rosa).

Tra le strutture ospedaliere il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è il Reparto che si occupa dei ricoveri dei pazienti con problemi di pertinenza psichiatrica. I ricoveri possono essere di tipo ordinario, che prevede una degenza continuativa per un periodo definito di tempo, e in *day hospital*, che prevede la degenza per alcune ore giornaliere.

Il Centro di Salute Mentale, invece, è la struttura per l'accesso alle cure che assicura interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nel territorio per la tutela della salute mentale attraverso un'attività ambulatoriale e domiciliare, con interventi integrati pluriprofessionali. Esso svolge una funzione di accoglienza, informazione, ascolto ed indirizzo per gli utenti e per i loro familiari e un'attività di consulenza e pronto intervento psichiatrico durante l'orario d'apertura. Gli operatori del C.S.M. sono responsabili della programmazione condivisa con gli utenti per percorsi di inserimento all'interno delle strutture semi-residenziali e residenziali del territorio.

Il Day Hospital Territoriale (D.H.T.) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine finalizzata a ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o a limitarne la durata.

Il Centro Diurno (C.D.) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico riabilitative finalizzate ad apprendere o riapprendere le abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali, individuali o di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

La Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (C.T.R.P.) è una struttura sanitaria destinata ad accogliere pazienti (numero massimo 12) con problematiche psichiatriche, per periodi di tempo prolungati, concordati con i curanti. La finalità è principalmente terapeutica e riabilitativa, per recuperare potenzialità e capacità perdute a causa della malattia. Vivere un periodo in Comunità significa fare un'esperienza di vita assieme ad altre persone, ospiti ed operatori, sperimentando la relazione con gli altri e condividendone la quotidianità. Il programma è finalizzato ad ottenere un miglioramento nei rapporti con gli altri e con la propria famiglia, a conoscere e imparare a gestire il proprio disagio, ad affrontare un eventuale inserimento o re-inserimento nel mondo del lavoro.

Le Comunità Alloggio (C.A.) sono strutture socio-sanitarie a bassa protezione. Tali strutture accolgono utenti (numero massimo 6) con capacità di vita personale e sociale, tale da consentire loro di vivere autonomamente alcune fasi della giornata senza la continuativa presenza di operatori.

I Gruppi Appartamento Protetti (G.A.P.) sono destinati a pazienti (numero massimo 4) che abbiano già compiuto un percorso riabilitativo in CTRP o Comunità Alloggio e che siano in grado di condurre attività occupazionali in strutture diurne.

Le attività di natura riabilitativa diurna sono finalizzate ad acquisire e a sviluppare autonomie personali e sociali e sono realizzate nei Centri Diurni dei C.S.M., nei Centri Diurni situati presso le Comunità Residenziali Protette e in tre strutture territoriali gestite da Cooperative Sociali. In queste ultime si distinguono attività svolte prevalentemente per lo sviluppo di autonomie personali e relazionali (Centro Occupazionale Diurno) e attività volte in particolare a promuovere capacità per un reinserimento nel mondo del lavoro (Centro di Lavoro Guidato).

I servizi psichiatrici territoriali collaborano con il S.I.L. per realizzare esperienze di tirocinio in ambito lavorativo e per facilitare l'inserimento lavorativo stesso. Il S.I.L. si occupa inoltre di persone disabili, che hanno una invalidità superiore al 45% e capacità lavorativa, collaborando con il Centro per l'Impiego della Provincia<sup>13</sup>.

La ricerca che viene presentata di seguito, dunque, si colloca in questo panorama definito come "Area di Salute Mentale", ponendo in particolare attenzione agli spazi che rappresentano il collegamento tra l'intervento clinico sanitario, che afferisce al modello medico, e il lavoro territoriale, orientato a finalità sociali, contestuali e comunitarie. Lo sguardo è rivolto alle strutture residenziali che, pensate in un primo momento come risposta alla chiusura degli istituti manicomiali, rappresentano attualmente i contesti finalizzati alla "riabilitazione" e al "reinserimento sociale", collocandosi ad un livello intermedio tra l'intervento di "cura" medico-psichiatrico e l'intervento terapeutico e sociale. Secondo la definizione normativa 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). In particolare, questo studio si dedica alle C.T.R.P. come *"strutture residenziali" ad "alta intensità assistenziale"* (24 ore) e finalizzate ad *"un intervento terapeutico-riabilitativo continuativo e prolungato per situazioni patologiche conseguenti o correlate alla malattia mentale"* (DPR 14 gennaio 1997).

Dalle definizioni normative e amministrative emergono come obiettivi di intervento all'interno degli spazi definiti come Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette la "riabilitazione terapeutica e sociale" e il "reinserimento sociale"; questi in alcuni casi vengono pensate come due fasi distinte di intervento che prevedono differenti servizi, in altre vengono intese come sinonimi e coincidenti, per cui il reinserimento sociale può essere inteso come un'evoluzione della riabilitazione, ma anche come lo sviluppo del processo riabilitativo, ma anche come qualcosa di differenziato per cui non necessariamente con la riabilitazione si mette in atto anche il reinserimento. Questi aspetti vengono approfonditi di seguito nella presentazione delle fasi di analisi dei testi normativi e delle interviste agli attori coinvolti nella ricerca, poiché rappresentano un aspetto considerato rilevante nell'indagine delle configurazioni di tali strutture, il senso attribuito agli obiettivi di intervento, i risvolti nella scelta delle pratiche professionali messe in atto nei contesti di intervento e le rappresentazioni di ruolo degli utenti delle comunità residenziali coinvolte nello studio.

---

<sup>13</sup> Tutti i riferimenti e le definizioni sono tratte dal testo del D.G.R. 1616 del 2008 che riguarda la Regione Veneto.

## CAP 3 METODO

Il terzo capitolo è dedicato alla presentazione del metodo della ricerca, esso racchiude le strategie elaborate e realizzate per il raggiungimento degli obiettivi di esplorazione.

Come argomentato nel capitolo dedicato ai presupposti teorici della ricerca, lo sguardo proietta la sua traiettoria verso la costruzione sociale del senso attribuito a particolari sistemi di attività, considerati all'interno di cornici sociali e culturali contestualmente definite e come prodotti dell'interazione degli attori che li abitano e gli attribuiscono significato. Tale costruzione può essere indagata attraverso l'analisi dei discorsi e delle pratiche che vengono prodotte in riferimento o all'interno dei contesti di indagine.

I principali autori esponenti del costruzionismo sociale (Berger, Luckman, 1966; Gergen, 1985) e dell'interazionismo simbolico (Goffman, 1961; Salvini, 2004) introducono il lettore nella prima parte del capitolo ai riferimenti metodologici che guidano le scelte operative del ricercatore. A fronte di tali presupposti l'approccio etnografico viene considerato come strumento funzionale al raggiungimento degli obiettivi di ricerca, esso consente di sviluppare lo studio dando rilevanza alla sua interdisciplinarietà, delineando una coerenza operativa con gli assunti epistemologici e offrendo spazi di integrazione metodologica nella ricerca qualitativa. Il paragrafo è, quindi, dedicato alle definizioni teoriche e ai risvolti nella pratica della ricerca del metodo etnografico (Goffman, 1961; Garfinkel, 1967; Clifford, Marcus, 1986; Silverman, 1997; Brewer, 2000, Fasulo, 2002; Mantovani, Spagnoli, 2003; Duranti, 2007). L'etnografia, riferimento metodologico nell'ambito delle scienze sociali, viene integrata nella ricerca di seguito descritta con le metodologie di analisi del discorso. In particolare viene considerata l'utilità di un approccio critico di analisi del discorso, che pone rilevanza ad aspetti socio-culturali (Fairclough, 1997) e socio-storici (Wodak, 1989) nelle produzioni discorsive di attori sociali coinvolti in sistemi di attività situati. Gli aspetti metodologici descritti in questo paragrafo sottolineano i risvolti applicativi dei presupposti teorici della ricerca e rispondono alla finalità di integrare differenti approcci per la costruzione di uno spazio di dialogo, qualitativamente orientato, tra la prospettiva dell'antropologia, della sociologia, della psicologia culturale e sociale e della psichiatria di comunità.

La seconda parte è dedicata alla descrizione della progettazione e la programmazione del lavoro di ricerca, introducendo i percorsi che ne hanno definito le azioni. Le fasi della ricerca vengono presentate in un ordine che non rispecchia esclusivamente criteri di successione temporale, ma descrivono il lavoro del ricercatore attraverso le differenti modalità operative che si susseguono pur mantenendo una sincronia nel processo della ricerca.

La prima fase è volta a configurare la cornice normativa del contesto della ricerca attraverso l'analisi dei discorsi legislativi e amministrativi delle C.T.R.P. in Veneto (Olocco, Festa, Cottone, 2010). La seconda introduce l'ingresso nei sistemi di attività, confrontando i discorsi dei testimoni privilegiati con i riferimenti normativi, e presenta la definizione del campo di indagine dello studio etnografico (Olocco, Muscianisi, Cottone, 2011). La terza fase è dedicata agli strumenti di indagine. La quarta fase è rappresentata dalla raccolta del corpus dei dati all'interno dei campi di indagine selezionati; per questa fase vengono descritti i tempi e i partecipanti coinvolti e l'organizzazione delle modalità di raccolta.

Il terzo paragrafo, infine, è dedicato alla descrizione del corpus dei dati, esso racchiude quindi la presentazione delle comunità individuate come campi di indagine e raccoglie alcune delle note di campo prodotte a seguito dell'osservazione partecipante. Viene, inoltre, presentato il database (all'interno del software *Transana*) costruito per organizzare le interviste semi-strutturate realizzate nelle precedenti fasi della ricerca.

Quest'ultima parte offre al lettore una descrizione dettagliata dei dati della ricerca, indispensabili per introdurlo alla successiva fase di analisi, descritta nel capitolo seguente.

### **3.1 I riferimenti teorici**

Gli assunti epistemologici e proposte teoriche dell'interazionismo simbolico e del costruzionismo sociale conducono ad identificare il metodo etnografico come lo strumento privilegiato per accedere alla visione della realtà in specifici contesti di interesse per questa ricerca e ai processi specifici attraverso cui tale visione viene costruita e mantenuta (Mantovani, 2008, p. 89).

I presupposti del costruzionismo sociale (Berger, Luckman, 1966; Gergen, 1985) considerano la conoscenza costruita nella dimensione sociale. In quest'ottica i modi di descrivere e agire nel mondo ("artefatti sociali") rappresentano "il risultato di un'impresa attiva e congiunta di persone in relazione" (Gergen, 1985, p. 267) che produce effetti pragmatici in termini di configurazioni di realtà. Le lenti dell'interazionismo simbolico si integrano con la tale proposta nell'orientare il ricercatore a comprendere la realtà dell'altro collocandosi entro la complessa struttura di regole e pratiche in cui si muove (Winch, 1958) e focalizzando l'attenzione sui ruoli attribuiti e impersonati che regolano il rapporto tra individuo e società con la costruzione di interazioni "rituali" (Dal Lago, 2003, p. 14). Il modo in cui le persone danno senso alla realtà che contribuiscono a generare rappresenta uno strumento essenziale per l'indagine di un campo di interesse e tali significati, parafrasando Wittgenstein (1953), possono essere indagati attraverso le modalità d'uso, contestuali e condivise, dei discorsi e degli altri sistemi di segni (Harrè, Gillett, 1996, p. 22). Le definizioni scritte nei protocolli normativi o nei manuali scientifici non sono sufficienti, dunque, per

comprendere le realtà e promuovere cambiamenti (Salvini, 2004), mentre è necessario osservare come questi prendano forma nelle rappresentazioni e nelle azioni culturalmente e storicamente situate (Gergen, 1985).

L'integrazione in questa ricerca di tali presupposti teorici consente di focalizzare l'attenzione sulle interazioni *faccia-a-faccia* che avvengono tra gli attori artefici delle rappresentazioni di scena, considerando l'imprescindibile riferimento alla cornice sociale e culturale in cui queste interazioni avvengono.

A fronte di tali presupposti, l'attenzione è rivolta al campo delle C.T.R.P. come realtà rappresentate da strutture, definizioni e risvolti operativi all'interno di un sistema che pone in rapporto di circolarità la legislazione, le descrizioni e amministrazioni dei servizi, i discorsi e le pratiche degli operatori e degli utenti. Le definizioni dei servizi riabilitativi psichiatrici e degli obiettivi del percorso in C.T.R.P. esprimono, infatti, significati contestuali ai sistemi di attività in cui vengono prodotte, per cui "le parole, i gesti, gli artefatti, i generi del discorso, le azioni, le procedure, le argomentazioni usati in un ambiente di lavoro non sono comprensibili se non nel contesto della loro produzione e uso" (Mantovani, 2008, p. 80). Allo stesso modo si può sottolineare che il lavoro nel campo della salute mentale è un'attività situata anche dal punto di vista morale, politico e valoriale, infatti "i professionisti della salute mentale operano a sostegno di certi valori, assetti politici e gerarchie di privilegi" (Mc Namee, Gergen, 1998).

Le normative, i documenti amministrativi, i riferimenti scientifici, le ideologie, i discorsi degli attori coinvolti e le pratiche confluiscono nella scena che diviene la configurazione di una realtà contestuale e molteplice. L'attenzione si rivolge quindi alle interazioni discorsive dove si può collocare la "costruzione di senso" dei sistemi organizzativi (Weick, 1995). Le organizzazioni danno forma e spazio alle sequenze interattive, le quali a loro volta sono artefici della costruzione delle organizzazioni stesse. In quest'ottica il discorso è "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, Clair, 1997, p. 181), all'interno di tale cornice prendono forma le pratiche degli attori sociali che contribuiscono alla rappresentazione della scena.

Secondo la definizione goffmaniana "le organizzazioni sociali - o istituzioni nel senso comune del termine- sono luoghi, locali o insiemi di locali, edifici, costruzioni, dove si svolge con regolarità una certa attività" (Goffman, 2003, p. 33). Mentre Wenger fa riferimento alle "comunità di pratiche" caratterizzate da un repertorio condiviso di conoscenze, interessi e gesti comuni, la condivisione intesa come il risultato della continua negoziazione tra gli attori sociali coinvolti nell'attività quotidiana (Mantovani, 2008, p.79).

L'attenzione ai "sistemi di attività quotidiana" (Goffman, 1959; Goodwin, 1997) implica porsi domande focalizzate su particolari oggetti di studio e raccogliere alcuni dati piuttosto che altri; questo come conseguenza delle scelte epistemologiche, teoriche e metodologiche del ricercatore (Mantovani, Spagnoli, 2003, p.47). Ma è anche necessario considerare "il carattere radicalmente situato, localmente costruito e socialmente fondato delle pratiche sociali in cui anche l'uso degli strumenti è mediato dai processi di interpretazione congiunta e di interazione sociale" (p.50). In quest'ottica le definizioni del servizio e degli obiettivi del percorso in comunità trovano un significato contestuale al sistema di attività in cui vengono prodotte, per cui "le parole, i gesti, gli artefatti, i generi del discorso (Fasulo, 2003), le azioni, le procedure, le argomentazioni usati in un ambiente di lavoro non sono comprensibili se non nel contesto della loro produzione e uso" (Mantovani, 2008, p. 80).

Tali riflessioni introducono il metodo etnografico rappresenta come riferimento fondamentale per lo studio dei sistemi di attività situata e degli attori sociali in questi coinvolti.

Secondo la definizione di Brewer l'etnografia può essere descritta come " uno stile di ricerca che si distingue sia per il suo obiettivo, che è quello di comprendere il significato sociale e le attività delle persone in un dato ambiente, che per il suo approccio, che consiste nell'associarsi a quell'ambiente e qualche volta partecipare ad esso" (Brewer, 2000, p.23).

Attraverso le interazioni discorsive gli attori co-costruiscono progressivamente una realtà condivisa e realizzano azioni significative e appropriate all'interno di quella realtà. Questo approccio, insieme alla prospettiva conversazionale e discorsiva, permette quindi di avere accesso a quei mondi di significati in cui le azioni, le parole, i comportamenti degli "altri" hanno un senso, di catturare la complessità sociale e la peculiarità dei sistemi di attività e di descriverne le pratiche quotidiane di negoziazione (Boden, 1994). Le interpretazioni e le definizioni di realtà in questo caso non spiegano i comportamenti degli attori, ma contribuiscono a delineare il quadro di riferimento entro il quale l'azione si situa e può essere compresa. Queste interpretazioni e definizioni sono costantemente negoziate, discusse e confermate per dare forma alla "cultura" inteso come sistema aperto in continuo mutamento (Fasulo, 1998), così quella particolare forma di cultura che costituisce il repertorio condiviso di una comunità di pratiche non è un insieme acquisito di pratiche su cui esiste un generale consenso, ma un processo di negoziazione e di conflitto che è ancora in corso" (Mantovani, 2008, p. 81). Secondo questa prospettiva anche le esperienze culturali degli altri non possono venire interpretate e comprese attraverso la semplice applicazione delle categorie della cultura dell'osservatore, ma devono essere considerate all'interno del contesto complessivo entro cui vengono generate.

Un altro fondamentale riferimento per questa ricerca è rappresentato dall'etnometodologia, inaugurata in ambito sociologico da Garfinkel (1967), che si focalizza sullo studio dei metodi comuni e condivisi dei membri della società per dare reciprocamente senso alle proprie azioni. La ricerca in questa prospettiva è volta ad esplorare le competenze implicite e invisibili che sorreggono la configurazione di una certa realtà, attraverso l'indagine delle pratiche ordinarie di attività in diversi contesti. Uno dei principali temi di ricerca etnometodologica pone attenzione al rapporto tra le norme e la vita sociale. La norma in questo approccio non è considerata come "ciò che determina l'azione", non come istruzioni per il comportamento, ma come parte del sistema attraverso il quale il comportamento può essere spiegato, giustificato, interpretato. Da una parte le regole non spiegano il comportamento, ma sono azioni sociali da comprendere nella loro funzione di esibire e confermare una realtà condivisa. Dall'altra l'attenzione si concentra sul rapporto delle regole formali e delle procedure ufficialmente definite con le pratiche effettive dei membri nel condurre le attività a cui regole e procedure si riferiscono (Fasulo, 2002).

L'etnografia, dunque, mostra "interesse per il rapporto tra azioni particolari e la loro collocazione all'interno dell'agire sociale di particolari gruppi" (Duranti, 2007). Tale approccio etnografico richiede al ricercatore di essere consapevole che con la sua ricerca egli entra a far parte del contesto sociale che è l'interesse della sua ricerca.

La metodologia etnografica, inoltre, colloca l'osservatore in un ruolo attivo e partecipante nel contesto che individua come campo di indagine. Il ricercatore entra a far parte del contesto sociale che è l'oggetto del suo studio, con azioni che gli consentano di partecipare attivamente alle pratiche e interagire con le persone coinvolte nella ricerca. Così "... la 'voce' di chi scrive pervade e situa l'analisi, e la retorica dell'obiettività e della distanza è abbandonata" (Clifford, Marcus, 1986, p. 12). L'osservatore, infatti, entra in sistemi autonomi senza l'illusione di poter attivare *interazioni istruttive* o di essere portatore di un sapere *a prescindere* dal contesto di interazione; egli è chiamato a "sporcarsi le mani nelle relazioni a cui partecipa..." (Marzari, 1998, p. 10). L'etnografo è volto a considerare il collegamento tra le caratteristiche dello sfondo culturale e storico e quello che avviene nel campo di indagine, considerando come le azioni e i discorsi si generano nel campo e possono essere considerate come situate nel contesto in cui vengono prodotte (Baszanger, Dodier, 1997).

La ricerca etnografica, dunque, rappresenta il superamento di un approccio "oggettivo- visuale" per dare spazio a prospettive di tipo discorsivo: "una volta che le culture non sono più presentate visualmente - come oggetti, teatri, testi- diventa possibile pensare ad una poetica culturale che sia un intreccio di voci, di interventi posizionati. In un paradigma discorsivo invece che visuale le metafore dominanti per l'etnografia si allontanano da quella dell'occhio che osserva e vanno invece

nella direzione del discorso espressivo. La "voce" di chi scrive pervade e situa l'analisi, e la retorica dell'obiettività e della distanza è abbandonata" (Clifford, Marcus, 1986, p. 12).

Per quanto riguarda il contesto dei servizi per la salute mentale risulta di fondamentale rilevanza lo studio etnografico che E. Goffman (1961) propone come riflessione e teorizzazione dei risvolti in termini di configurazioni identitarie e contestuali dei processi di interazione all'interno di istituzioni psichiatriche. Da questo trovano ispirazione e nuove teorizzazioni diversi altri studi etnografici focalizzati sui discorsi e le pratiche degli attori che abitano i contesti e i servizi della salute mentale (Ware, Tugenberg, Dickey, McHorney, 1999), come i reparti ospedalieri (Quirk, 2004; 2006) o comunità psichiatriche residenziali (Estroff, 1985; Newton, Rosen, *et al.*, 2000).

Come già anticipato la prospettiva costruzionista sottolinea che "le nostre formulazioni e descrizioni sono guidate e limitate dai sistemi linguistici entro cui viviamo" per cui "ciò che possiamo dire sul mondo - inclusi noi stessi e gli altri- è il prodotto di convenzioni verbali condivise" (Mc Namee, Gergen, 1998, pp. 16-17). Secondo questo approccio la conoscenza ha origine "nell'interscambio sociale" e può essere mediata "attraverso il linguaggio" che esprime le idee, i concetti, le definizioni (p. 21). Come evidenzia anche il lavoro di Tilly (2006), che richiama agli "esercizi di stile" di Queneau (1947), vi possono essere differenti modalità per gli attori sociali di dare spiegazioni degli eventi in cui sono coinvolti o che osservano, essi utilizzano differenti generi narrativi correlati al ruolo che rivestono e divengono così produttori di ulteriori realtà condivise.

In quest'ottica si può comprendere l'utilità dell'integrazione, negli studi interdisciplinari, dell'approccio etnografico con l'analisi del discorso (van Leeuwen, 2005). Il discorso, dunque, viene inteso come una "forma di pratica sociale" (Fairclough, Wodak, 1997, p. 258), che può essere compreso se collocato nel contesto specifico in cui viene prodotto e allo stesso tempo questo consente di integrare le osservazioni del ricercatore con il punto di vista, espresso attraverso le argomentazioni, degli attori che contribuiscono a configurare tale contesto.

In coerenza con la proposta di "linguistica sistemica funzionale" (Halliday, 1978), il linguaggio rappresenta lo strumento fondamentale attraverso cui si costituiscono le identità sociali, le relazioni sociali e i sistemi di conoscenza e le credenze (Fairclough, 1995). Da una parte, quindi, il discorso genera la realtà sociale, ma dall'altra trova forma nel contesto specifico culturale e sociale in cui viene prodotto. Attraverso le produzioni discorsive, nelle diverse forme espressive, è possibile cogliere i valori, le credenze e le regole della società.

In particolare l'approccio critico di analisi del discorso pone l'attenzione alla relazione tra l'uso del linguaggio e le strutture sociali e culturali.

Diversi autori definiscono i principi dell'approccio critico all'analisi del discorso secondo differenti prospettive (van Dijk, 1993; Wodak, 1996; Fairclough, Wodak, 1997; Meyer, 2001). Queste

delineano tre diversi punti di vista: quello *socio-culturale* (Scuola di Londra), quello *cognitivo* (Scuola di Amsterdam) e quello *sociostorico* (Scuola di Vienna).

L'*approccio socio-cognitivo*, il cui rappresentante più illustre è Teun van Dijk (1997; 1998) pone soprattutto attenzione sui processi cognitivi (ad es.: schemi, copioni, frames) e le strategie retoriche utilizzate da "intenzionali" attori sociali per produrre stereotipi, pregiudizi, orientamenti ideologici ecc.. Mentre 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, Clair, 1997, p. 181); in questo caso l'attenzione è rivolta alle relazioni tra eventi comunicativi e strutture socio-culturali e 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. 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); il significato del discorso, infatti, è strettamente legato al particolare contesto di ricerca e all'approccio teorico adottato (Wodak, 2008).

In particolare questo studio si orienta attraverso l'integrazione dell'*approccio socio-culturale* e *socio-storico*, finalizzato a dare rilevanza alle relazioni intertestuali e interdiscorsive che caratterizzano uno specifico contesto.

I due principali esponenti di questo approccio, Fairclough e Wodak (1997), descrivono i principi generali dell'analisi critica del discorso. Il primo è che la CDA si focalizza su problemi sociali attraverso l'analisi di processi sociali e culturali con l'obiettivo di produrre risultati di rilevanza pratica nel contesto sociale, culturale, politico ed economico. Il secondo principio sottolinea l'attenzione alle relazioni di potere che vengono esercitate e negoziate attraverso il discorso. Il terzo sostiene l'importanza del linguaggio nel riprodurre e trasformare la società e la cultura. Allo stesso tempo le pratiche discorsive possono essere utili per indagare le costruzioni ideologiche. Un altro fondamentale principio è l'aspetto storico, per cui il discorso può essere compreso considerando gli aspetti extralinguistici, come la cultura, la società, l'ideologia e il contesto storico. Il sesto principio sottolinea l'obiettivo della CDA di creare correlazioni tra i processi socio-culturali e le strutture del testo, quello che Fairclough (1992) e Wodak (1996) propongono dando rilevanza all' "ordine del discorso". Il principio successivo considera l'approccio critico come un processo ermeneutico di analisi (Meyer, 2001). Infine, il principio secondo cui il discorso è "azione sociale" e l'analisi

critica del discorso rappresenta un paradigma scientifico orientato a produrre cambiamenti nelle pratiche comunicative e socio-politiche (Fairclough, Wodak, 1997).

L'analisi critica del discorso, quindi, consente di combinare un livello di analisi micro, che pone rilevanza agli aspetti linguistici, semiotici e letterali di costruzione testuale, e un livello macro, focalizzandosi sulle costruzioni sociali, le istituzioni, le relazioni di potere che i testi stessi costruiscono e rappresentano (Luke, 2002, p. 100).

Questo approccio risulta di particolare utilità per lo studio di istituzioni, delle loro organizzazioni, delle dinamiche di potere che vengono rappresentate e delle costruzioni ideologiche che ne rappresentano l'orientamento. Viene data in questo modo rilevanza al contesto sociale, storico e culturale in cui gli attori si muovono per dare forma al sistema di attività di cui fanno parte, che può fornire "le regole di gioco", ma che a sua volta viene continuamente negoziato con le pratiche e i discorsi messi in atto. I presupposti principali del CDA sottolineano l'attenzione alla relazione tra l'evento discorsivo e le situazioni, le istituzioni, le strutture sociali in cui può essere incorniciato. I discorsi, prodotti socialmente come ideologia e socialmente condizionati possono contribuire a mantenere e favorire relazioni di potere attraverso le modalità in cui la realtà e gli attori vengono descritti (Fairclough, Wodak, 1997, p. 258). In quest'ottica l'analisi critica del discorso mette in luce la necessità di lavori interdisciplinari volti a comprendere in che modo il linguaggio intervenga nella costruzione e trasmissione di conoscenza, nell'organizzazione delle istituzioni sociali e nell'esercizio di potere; il potere viene individuato nelle relazioni di differenziazione e in particolar modo nei risvolti di tali differenze nelle strutture sociali. Utilizzando le perole di J. Habermas "il linguaggio è anche un mezzo di dominazione e forza sociale. Esso è utile a legittimare le relazioni di potere organizzato. Nella misura in cui le legittimazioni delle relazioni di potere, ..., non sono chiaramente espresse, ..., il linguaggio è anche ideologico" (Habermas, 1972, p. 259).

Le istituzioni sociali, come possono essere i Servizi di Salute Mentale, secondo l'approccio che Fairclough (1995) propone, possono essere osservate come contenitori di differenti costruzioni ideologiche discorsive (*IDFs - ideological-discursive formations*) che trovano forma all'interno della comunità e riflettono la gerarchizzazione del potere tra gli attori istituzionali. In quest'ottica l'istituzione sociale può essere intesa come un "apparato di interazione verbale" (Fairclough, 1995, p. 38) dove i discorsi sono prodotti in un processo dialettico che vede coinvolti i diversi attori, il contesto storico e sociale, la normativa di riferimento. Come ordini del discorso e delle ideologie, le istituzioni sono pluraliste e accolgono diverse costruzioni che possono mantenere una diversa dominanza come "potere ideologico discorsivo" (Fairclough, 1995, p. 41), descritta attraverso i processi di naturalizzazione. La naturalizzazione presenta particolari rappresentazioni ideologiche

come senso comune, per cui un certo modo di parlare diventa anche un certo modo di vedere il contesto istituzionale e di costruire e mantenere relazioni di potere.

In questa ricerca, dunque, l'integrazione degli strumenti etnografici con quelli dell'analisi critica del discorso, consentono di approfondire in che modo all'interno di strutture residenziali psichiatriche denominate C.T.R.P., trovano forma e rappresentazione le definizioni del servizio, degli obiettivi di intervento e degli utenti a cui sono rivolte, come processi che si costruiscono nell'interazione degli attori coinvolti all'interno dei sistemi di attività situata, storicamente, socialmente e culturalmente collocata.

Di seguito vengono descritte le fasi attraverso cui si è organizzata la ricerca, la costruzione degli strumenti di indagine, l'ingresso al campo e la raccolta del corpus dei dati, che consente al lettore di addentrarsi nel percorso che conduce alla presentazione delle analisi e delle considerazioni di ricerca per questo studio, presentate nel capitolo successivo.

### **3.2 Le fasi di ricerca etnografica**

L'etnografia di sfondo, come approccio di ricerca, trova forma attraverso alcune principali fasi di lavoro, di cui si propone in questo paragrafo una descrizione dettagliata.

La prima fase è dedicata alla mappatura e costruzione della cornice normativa del contesto di ricerca; la seconda propone l'ingresso nei sistemi di attività e la definizione del campo di indagine; la terza si focalizza sulla definizione degli strumenti di indagine; la quarta fase, infine, presenta la raccolta del corpus dei dati, i tempi di indagine e i partecipanti coinvolti nello studio.

Le fasi riassunte definiscono, quindi, le azioni della ricerca presentandole in un ordine che non rispecchia esclusivamente criteri di successione temporale. Esse descrivono il lavoro del ricercatore attraverso modalità operative differenti, che si susseguono pur mantenendo una sincronia nel processo della ricerca. Un tale approccio non può essere descritto semplicemente da una sequenza di fasi di ricerca, bensì come un processo circolare che pone in relazione dialogica l'analisi del contesto di ricerca, i riferimenti storici e culturali, i discorsi prodotti e le domande di ricerca (Wodak, 2001).

Il metodo etnografico favorisce, infatti, la costruzione di procedure di ricerca flessibili e riflessive. Il monitoraggio continuo del modo di "fare ricerca" consente di ritornare alla fase di lavoro precedente e di poter modificare, perfezionare e negoziare la ricerca in corso d'opera in funzione delle esigenze che emergono nel contesto di ricerca, delle valutazioni in itinere, delle interazioni con gli attori coinvolti.

La definizione delle fasi, dunque, rappresenta in questo contesto uno strumento utile per la progettazione e la presentazione di una ricerca etnografica. In quest'ottica il ricercatore si dispone a

progettare le sue azioni in funzione degli obiettivi della ricerca, definire i tempi e le modalità di lavoro, presentare il suo operato in modo comprensibile e valutabile per la comunità scientifica, tutelare nel suo lavoro la coerenza con i criteri di ricerca scientifica condivisi e con i presupposti epistemologici esplicitati nel progetto di ricerca.

Alle quattro fasi di ricerca descritte in questo paragrafo segue l'ultima dedicata all'analisi del corpus dei dati di ricerca (capitolo 3.3), che viene descritta e argomentata nei capitoli di analisi.

### ***La mappatura delle comunità: i documenti normativi e amministrativi***

La prima fase della ricerca prevede un lavoro di mappatura dei servizi denominati C.T.R.P. nella Regione Veneto, contemporaneamente lo studio si focalizza sulla raccolta e analisi dei testi normativi e amministrativi (nazionali e regionali) e sui documenti descrittivi delle singole C.T.R.P. (carte dei servizi, statuti di Cooperative Sociali). Questa fase consente innanzi tutto di dare forma alla cornice politico-giuridico-amministrativa di riferimento per il contesto della ricerca, ma rappresenta anche un primo livello di analisi critica del discorso volto 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 (si veda presentazione dettagliata delle analisi nel capitolo 4.1).

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<sup>14</sup>. 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 tempo 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" (ULSS 16 - 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

---

<sup>14</sup> Tratto da Guida ai Servizi per la Salute Mentale dell'Ulss 16 di Padova.

gestione pubblica, 255 sono private convenzionate a gestione tecnica del Dipartimento di Salute Mentale, mentre le private convenzionate a gestione tecnica autonoma sono 385"<sup>15</sup>.

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. Le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette si differenziano in tre categorie che indicano il tipo di relazione con i Servizi Sanitari Locali: a gestione diretta, non diretta e privata (Tab. 1).

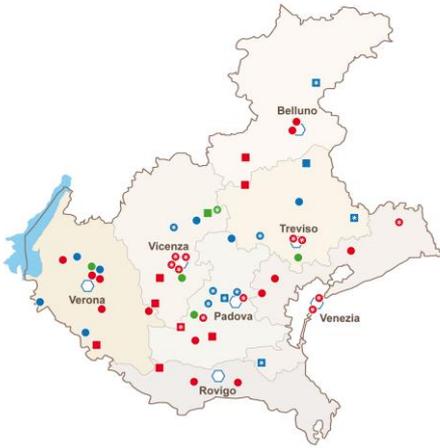
La gestione diretta indica che la comunità è gestita dall'Azienda Sanitaria Locale e che è responsabile dei progetti e degli operatori inseriti; per quanto riguarda invece le comunità a gestione non diretta convenzionate si prevede una gestione affidata ad una cooperativa sociale, in alcuni casi il progetto viene costruito e condiviso con il Servizio Sanitario ("convenzione" stipulata), in altri viene delegata alla cooperativa sociale la gestione di alcuni aspetti organizzativi del servizio (attraverso una "gara di appalto"); le comunità a gestione non diretta private, infine, afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale, a cui deve rendere conto rispetto ai criteri di qualità del servizio, ma vengono gestite 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.

---

<sup>15</sup> 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.



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

Tab. 1

La mappatura che descrive il contesto della ricerca rappresenta il lavoro preliminare alla raccolta e catalogazione dei documenti specifici utilizzati dalle singole strutture come presentazione del proprio operato e accesso al percorso di "autorizzazione accreditamento" richiesto dal Servizio Tutela Salute Mentale (tra questi linee guida dell'Ulss, Guida ai Servizi, Progetti di Cooperative Sociali, Carte dei Servizi). In questo spazio di ricerca i testi delle leggi, delle normative nazionali e regionali, delle carte dei servizi vengono intesi come elementi di un discorso sociale e politico, in linea con un approccio critico all'analisi del discorso.

Questa prima fase di analisi consente di focalizzarsi sulle 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 esplicitati dalle diverse comunità operanti nel territorio veneto, considerando le variabili di distinzione tra C.T.R.P..

In particolare vengono considerate le definizioni di alcuni 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.

Il corpus di dati testuali è rappresentato dalla Normativa nazionale e regionale di riferimento per i Servizi riabilitativi psichiatrici: 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 (APPENDICE A, p. 276 ; APPENDICE B, p. 281).

In parallelo vengono analizzati 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.

Per quanto riguarda i testi normativi, l'analisi propone un confronto tra i discorsi che caratterizzano il livello nazionale e quello regionale attraverso le categorie argomentative individuate. Vengono considerati, inoltre, i testi legislativi e amministrativi che sono rappresentativi di rilevanti momenti di riformulazione delle definizioni e riorganizzazione dei servizi. Vengono approfondite, dunque, 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.

Dalle analisi, presentate in modo dettagliato nel capitolo successivo, emergono alcune considerazioni che possono risultare utili in questa fase per tracciare i contorni del contesto e degli interessi di ricerca.

Le normative di riferimento per le C.T.R.P., sia nella pianificazione nazionale che in quella regionale, evidenziano 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.

Per quanto riguarda, invece, i documenti delle singole strutture (N=22), che rappresentano i riferimenti essenziali per la definizione del proprio operato, della mission e dell'organizzazione del servizio stesso, sono 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 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.

Le Carte dei Servizi vengono adottate da parte di tutti i soggetti gestori di servizi pubblici e convenzionati, secondo quanto si evince dall'art. 13 della Legge 328/2000, per "tutelare le posizioni soggettive e rendere immediatamente esigibili i diritti soggettivi riconosciuti".

I riferimenti normativi per la realizzazione della Carta sono contenuti in diversi testi legislativi: il D.P.C.M. del 27 gennaio 1994, che istituisce per la prima volta in Italia la Carta dei Servizi; la Legge 273/95, che prevede la pubblicazione di schemi generali di riferimento per le Carte; la Legge 328/00, che prevede l'adozione della Carta come requisito necessario ai fini dell'accreditamento e dà particolare impulso alla sua diffusione; la Legge Regionale 22/02 e i provvedimenti attuativi (D.C.R. 2501 e D.C.R. 83 del 2007).

Dall'analisi dei documenti delle singole strutture si evidenziano gli aspetti comuni e le differenze attraverso cui si legge l'eterogeneità che caratterizza il contesto di riferimento per la ricerca, ancora una volta considerando le variabili precedentemente descritte.

Si può evidenziare, infatti, una tendenza da parte delle C.T.R.P. 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..

Dal confronto tra l'analisi della normativa e dei documenti delle singole strutture denominate come C.T.R.P. emerge, tuttavia, 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.

Queste considerazioni 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 della seconda fase, presentata di seguito, che prevede l' "ingresso nei sistemi di attività" (Zucchermaglio, 2003) attraverso la raccolta 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; questa fase rappresenta la premessa alla selezione di campi di indagine che ospitano lo studio etnografico.

### *L'ingresso nei sistemi di attività: i discorsi dei testimoni privilegiati*

Come sottolineato precedentemente, la marcata eterogeneità delle strutture in ambito riabilitativo (Olocco, Festa, Cottone, 2010) 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. Nella Regione Veneto, i riferimenti normativi fondamentali sono il D.G.R. 1616 del 2008 che definisce i criteri di definizione organizzazione delle strutture nell'ambito della salute mentale, e il nuovo Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale" per il triennio 2010-2012, che rappresenta l'attuale prospettiva di cambiamento in termini normativi. In questi testi vengono esplicitati i criteri per definire queste strutture a vari livelli: gli aspetti logistici, l'organizzazione, la distribuzione del personale, gli obiettivi, le finalità, gli strumenti e i tempi di intervento. Le C.T.R.P. appaiono, tuttavia, caratterizzate da differenti riferimenti teoricoideologici, modalità organizzative, attività proposte, tempi di intervento, rapporti con il Servizio Sanitario Locale. Le differenti definizioni e le molteplici pratiche descritte dalle singole strutture, infatti, mostrano manovre interpretative autonome nella descrizione del senso attribuito ai percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale, degli strumenti che favoriscono il raggiungimento di tali obiettivi e degli indicatori di efficacia dell'intervento. L'eterogeneità che emerge dalle carte dei servizi raccolte per diverse comunità trova correlazione con i differenti presupposti teorici e ideologici dei responsabili dei servizi stessi, non sempre esplicitati nei documenti ufficiali, con la formazione professionale degli operatori coinvolti nelle strutture e con il tipo di gestione che le caratterizza, in riferimento ai risultati del Progetto PROGRES 2000 dell'Istituto Superiore di Sanità Nazionale (De Girolamo, Picardi, Morosini, *et al.*, 2002; Picardi, De Girolamo, Morosini, *et al.*, 2003) e della Ricerca PROGRES Veneto 2006 (Gruppo Ricerca PROGRES Veneto, 2006).

A fronte di tali presupposti, l'"ingresso nei sistemi di attività"<sup>16</sup> (Zucchermaglio, 2003) è finalizzata a individuare i contesti critici, concordare i tempi e le modalità di accesso al campo, selezionare i momenti di interazione da osservare. Da una parte quindi le interviste con tali testimoni, responsabili dei servizi psichiatrici riabilitativi, sono occasione di confronto sull'oggetto della presente ricerca e di autorizzazione per l'accesso al campo, a cui è seguita la negoziazione dei tempi e delle modalità di ricerca. Dall'altra i discorsi degli attori coinvolti vengono confrontati con quelli normativi e amministrativi con l'obiettivo di favorire l'emergere di criticità e individuare le situazioni specifiche su cui concentrare la fase successiva.

---

<sup>16</sup> Vengono definiti "sistemi di attività situata" le pratiche che caratterizzano un gruppo sociale coordinato per lo svolgimento di un determinato compito finalizzato e contestualmente situato (Goodwin, 1997). L'"ingresso nei sistemi di attività situata" è descritto da Zucchermaglio (2003) come la prima fase dell'"etnografia di sfondo".

Per quanto riguarda il rapporto tra le normative e gli attori sociali si considera il riferimento ad una rilevante trasformazione teorica che interessa le scienze sociali. L'idea, infatti, che le norme siano depositarie dell'ordine e che la loro erronea applicazione possa generare confusione nelle pratiche quotidiane viene sostituita dall'attenzione rivolta al funzionamento delle istituzioni, in particolare per quanto concerne la capacità degli attori di specificare, adattare e reinterpretare i sistemi normativi (Fasulo, 2002).

I discorsi dei professionisti referenti di C.T.R.P., le cui analisi vengono presentate in modo dettagliato nel capitolo successivo (vedi capitolo 4.2), sono raccolti in 14 interviste semi-strutturate condotte con differenti interlocutori nel contesto della ricerca. Gli intervistati coinvolti come "testimoni privilegiati" della realtà delle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette sono 4 responsabili di Cooperative Sociali che hanno in gestione con progetti di appalto o convenzioni comunità del servizio Ulss, 4 responsabili di C.T.R.P. con differenti ruoli professionali (psichiatra, psicologo, infermiere), 1 responsabile di Unità Operativa del Servizio di Salute Mentale, 2 Direttori di Dipartimento di Salute Mentale, 1 responsabile della ricerca Progress 2006 della Regione Veneto, 1 responsabile del Servizio Tutela Salute Mentale della Regione Veneto, 1 responsabile dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto. Di questi 4 sono anche "testimoni" dei processi partecipativi che hanno condotto alla realizzazione e stesura del DGR 1616 del 2008, un fondamentale riferimento normativo attuale per il panorama delle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette in Veneto. Le interviste ai testimoni privilegiati, classificate per ordine di svolgimento, vengono presentate nella tabella presentata di seguito.

<b>Codice</b>	<b>Figura professionale</b>	<b>Ruolo nel campo di indagine</b>
<b>T1</b>	PSICOLOGO	Responsabile di Cooperativa sociale
<b>T2</b>	PSICOLOGO	Responsabile di Cooperativa Sociale
<b>T3</b>	PSICOLOGO	Responsabile di C.T.R.P. a gestione non diretta
<b>T4</b>	PSICOLOGO	Responsabile di Cooperativa Sociale
<b>T5</b>	PSICHIATRA	Responsabile di Dipartimento di Salute Mentale e partecipa della stesura della Legge 1616/2008
<b>T6</b>	PSICHIATRA	Responsabile di C.T.R.P. a gestione diretta e dell'area riabilitativa del Servizio Psichiatrico
<b>T7</b>	PSICHIATRA	Responsabile di Dipartimento di Salute Mentale
<b>T8</b>	PSICHIATRA	Responsabile di C.T.R.P. e dell'area riabilitativa del Servizio Psichiatrico
<b>T9</b>	INFERMIERE	Coordinatore di C.T.R.P. a gestione non diretta
<b>T10</b>	PSICHIATRA	Responsabile di Servizio Tutela Salute Mentale
<b>T11</b>	PSICOLOGO	Responsabile di Cooperativa Sociale e Presidente di Confcooperative
<b>T12</b>	PSICHIATRA	Responsabile di C.T.R.P. a gestione privata
<b>T13</b>	PSICHIATRA	Responsabile di Centro Salute Mentale e partecipa della stesura della Legge 1616/2008
<b>T14</b>	PSICOLOGO	Responsabile della Agenzia Socio Sanitaria del Veneto

Tab. 2

Come emerso anche dalle considerazioni sui testi normativi e amministrativi, i discorsi degli intervistati mostrano un ampio spazio interpretativo, che accoglie diversi livelli argomentativi: gli obiettivi delle strutture, le definizioni dei percorsi di "riabilitazione" e "reinserimento" e degli utenti di C.T.R.P.. Si può considerare che queste strutture non solo si differenzino rispetto a diversi criteri (la gestione, il luogo, gli operatori, le attività), ma che conservino in alcuni casi al loro interno obiettivi e finalità molteplici, talvolta anche in contrasto tra loro. In generale, le "C.T.R.P." vengono definite secondo i riferimenti normativi, che ne descrivono le peculiarità organizzative e operative come strutture residenziali finalizzate alla "riabilitazione terapeutica e sociale" e al "reinserimento

sociale", o rappresentate come la risposta ai bisogni dei Servizi, degli utenti, dei familiari, del territorio, per cui adattabili a diverse finalità. Queste differenti definizioni sembrano essere demandate ai responsabili dei vari Dipartimenti di Salute Mentale territoriali e alle politiche dei Servizi. Gli intervistati collocano queste strutture in un continuum tra l'intervento medico-psichiatrico e quello riabilitativo-educativo; due finalità che possono coesistere, pur mostrando diversi aspetti di contraddizione poiché al prevalere di uno ne consegue necessariamente un allontanamento dall'altro. Anche secondo le definizioni di "riabilitazione terapeutica e sociale" si evince la presenza di questi due aspetti; si sottolineano infatti i riferimenti alla "terapia farmacologica", la "valutazione diagnostica" e la "consapevolezza di malattia" (riconducibili all'intervento medico-psichiatrico), ma anche all'"autonomia", l'"educazione alla quotidianità" e l'attenzione alla "relazione" (riconducibili all'intervento riabilitativo-educativo). Per quanto riguarda il "reinserimento sociale", invece, le considerazioni mostrano come questo non venga individuato come obiettivo peculiare del percorso in comunità, ma coinvolga anche diversi Servizi e strutture referenti soprattutto delle fasi successive del percorso. Uno degli strumenti funzionali al raggiungimento degli obiettivi delle C.T.R.P. viene individuato nel ruolo dell'operatore della comunità, in particolare considerando le modalità di interazione con l'utente. Per questo si ritiene indispensabile un lavoro di supervisione e di formazione rivolto alle diverse professionalità coinvolte nelle strutture. L' "utente" delle C.T.R.P. viene descritto sia dal punto di vista clinico, in riferimento alla diagnosi, sia dal punto di vista sociale, in riferimento al contesto di provenienza; per lui può essere prospettato un ritorno al mondo oltre la comunità, ma questo viene valutato in modo individualizzato, secondo le sue intenzioni, le capacità mostrate e le valutazioni di adeguatezza. Alcuni intervistati sottolineano il criterio della "consapevolezza e condivisione" per accedere ad un percorso in comunità e costruire un percorso riabilitativo, ma anche questo aspetto può variare in relazione a quella che è considerata la "gravità della patologia", le necessità del nucleo familiare e sociale dell'utente, le indicazioni dei Servizi invianti. Le criticità sottolineano difficoltà nell'attuazione della normativa, che in molti casi trova diverse "eccezioni alla regola" (ad esempio per quanto riguarda i tempi di inserimento), la necessità di costruire rapporti più funzionali ad un lavoro integrato con i Servizi di Salute Mentale e soprattutto con il territorio che ospita le strutture, la complessità nel definire gli obiettivi delle comunità e costruire strumenti per la valutazione degli esiti.

Queste considerazioni, che approfondiscono l'eterogeneità qualitativa del campo di indagine, hanno consentito di definire il campo della ricerca e di costruire gli strumenti di indagine peculiari per i contesti che ospitano le successive fasi etnografiche.

La ricerca, dunque, collocata nell'area della Salute Mentale, pone attenzione alle peculiarità di quest'ambito nel costruire uno spazio di collegamento tra l'intervento clinico sanitario, che afferisce al modello medico, e il lavoro territoriale, orientato a finalità sociali, contestuali e comunitarie. Lo sguardo è rivolto alle strutture residenziali che, pensate in un primo momento come risposta alla chiusura degli istituti manicomiali, rappresentano attualmente i contesti finalizzati alla "riabilitazione" e al "reinserimento sociale", collocandosi ad un livello intermedio tra l'intervento di "cura" medico-psichiatrico e l'intervento terapeutico e sociale. Secondo la definizione normativa 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"* (D.P.R. 14 gennaio 1997). In particolare, questo studio si dedica alle C.T.R.P. come *"strutture residenziali"* ad *"alta intensità assistenziale"* (24 ore) e finalizzate ad *"un intervento terapeutico-riabilitativo continuativo e prolungato per situazioni patologiche conseguenti o correlate alla malattia mentale"* (D.P.R.14 gennaio 1997).

Vengono, quindi, individuate per l'accesso sei Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette nei territori di Padova, Treviso, Vicenza e Bassano del Grappa. Le C.T.R.P. si differenziano rispetto al tipo di gestione: 2 a gestione diretta, 2 a gestione non diretta con il coinvolgimento del privato sociale, 1 a gestione privata (in attesa di convenzione) di una cooperativa sociale che ha in gestione anche la comunità dell'U.I.s.s. territoriale, 1 a gestione privata (convenzionata). Esse si differenziano, inoltre, rispetto alla loro collocazione territoriale: 4 sono in sede extra ospedaliera (più o meno isolate rispetto al centro urbano) e 2 in sede ospedaliera (vicino ai servizi di salute mentale o medici) come riassunto dalla Tab. 3.

COMUNITÀ						
	A	B	C	D	E	F
<b>Gestione</b>						
- diretta	X		X			
- non diretta		X			X	
- privata				X		X
<b>Sede</b>						
- extra osp.	X	X			X	X
- osp.			X	X		

Tab. 3

Di seguito vengono presentati gli strumenti utilizzati nelle fasi successive della ricerca etnografica, all'interno dei sistemi di attività.

### ***La definizione degli strumenti di indagine***

La ricerca esplorativa, avvalendosi di una metodologia etnografica e di strumenti di indagine di approccio discorsivo, è orientata a comprendere in che modo vengono configurate le C.T.R.P. presenti nella Regione Veneto, in che modo nell'interazione tra operatori e utenti della comunità si costruisce il progetto "terapeutico riabilitativo" e di "reinserimento sociale", come nel contesto comunitario si costruisce l'identità dell'utente secondo i presupposti stessi che guidano la struttura e il lavoro degli operatori, quali possibili configurazioni per l'utente in termini di "prospettive future". Tale indagine è finalizzata, inoltre, alla costruzione di strumenti che consentano di ampliare lo studio ad un numero maggiore di strutture con l'obiettivo di cogliere quali sono le credenze in merito ai nuclei tematici peculiari emersi dall'indagine delle narrazioni e dei testi di riferimento per le Comunità.

In funzione degli obiettivi precedentemente esposti, secondo le considerazioni espresse attraverso i presupposti epistemologici e i riferimenti metodologici, sono stati identificati come strumenti di indagine l'osservazione partecipante e le interviste semi-strutturate.

Prende forma attraverso questi strumenti un'indagine sui discorsi e azioni degli attori, che raccontano la scena, socialmente e culturalmente situata, della Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette. Lo sguardo è rivolto alle modalità in cui questi configurano il senso delle "C.T.R.P.", gli obiettivi del percorso in comunità, gli strumenti funzionali al raggiungimento degli obiettivi, le definizioni di "riabilitazione terapeutica e sociale" e di "reinserimento sociale", la descrizione dell'"utente di C.T.R.P." e del suo futuro oltre la comunità, gli strumenti di valutazione dei risvolti del percorso residenziale.

#### *- L'osservazione partecipante*

L'osservazione partecipante avviene in momenti di attività della Comunità che prevedono l'interazione tra gli operatori, che rappresentano diverse figure professionali, e gli utenti; viene prevista, quindi, la partecipazione ad attività di gruppo "terapeutico riabilitative", occupazionali e quotidiane che si differenziano nelle diverse strutture selezionate, ma anche ai momenti di confronto tra gli operatori e discussione sui casi (ad esempio le riunioni d'èquipe). Questo strumento prevede, inoltre, la stesura di un "diario etnografico" dove vengono raccolte le note di campo. L'osservazione partecipante è finalizzata a cogliere nelle attività formali e informali che

scandiscono la vita in comunità le modalità di interazione tra operatori e utenti delle C.T.R.P. che ospitano la ricerca.

L'osservazione può essere descritta come "scoperta", in quanto il ricercatore è stato presentato in tutte le strutture prima dell'inizio del suo lavoro e ha esposto i suoi intenti a tutti i partecipanti della ricerca.

Per organizzare la stesura delle note di campo durante il periodo di osservazione partecipante sono state individuate alcuni aspetti specifici su cui è riposta l'attenzione che possono di seguito essere riassunti.

1) descrizione della caratteristiche del contesto nella fase di ingresso(vengono riportate le modalità di accesso e le reazioni alla proposta della ricerca da parte sia degli operatori che degli utenti);

2) descrizione fisica del contesto (vengono riportate le descrizioni degli spazi della struttura);

3) descrizione dell'organizzazione della struttura (vengono descritte le attività proposte, la conduzione, i criteri di partecipazione, ma anche la pianificazione giornaliera dei tempi degli utenti e degli operatori);

3) descrizione delle specifiche situazioni di interesse per la ricerca considerate come luoghi di processi di "riabilitazione terapeutica", " riabilitazione sociale", "reinserimento sociale", "configurazione dell'utente" (vengono differenziate le situazioni formali, o attività definite, da quelle informali, che riguardano la vita della comunità nei tempi dei pasti, delle pause, dei tempi di gestione autonoma).

Le attività "formali" e "informali" sono state osservate dando rilevanza agli aspetti di interazione tra operatori e utenti all'interno delle C.T.R.P. che hanno ospitato la ricerca. Questo lavoro si è avvalso del supporto di una "griglia di osservazione" costruita specificamente per la presente ricerca:

ASPETTI DI CONTENUTO la scena	ASPETTI DI INTERAZIONE la relazione	CONSIDERAZIONI PERSONALI
Descrizione degli attori coinvolti	Modalità relazionali	Come vivono la mia presenza
Descrizione delle pratiche	Posizioni di ruolo	Come mi sento
Descrizioni delle modalità argomentative	Dinamiche di potere	Come rifletto
Descrizione degli spazi	Disposizione nello spazio	
Descrizione di avvenimenti particolari		

Tab. 4

### *- L'intervista semi-strutturata*

L'intervista semi strutturata, in coerenza con i presupposti epistemologici della ricerca, rappresenta un atto di interazione che consente di accedere ai significati dell'intervistato e alle modalità discorsive attraverso cui configura realtà.

Tale strumento consente di indagare come le narrazioni degli attori, che raccontano una scena socialmente e culturalmente situata, configurano i costrutti di "terapia", "riabilitazione", "reinserimento sociale" e "utente di C.T.R.P.".

Anche la realizzazione di interviste semi-strutturate, costruite in coerenza con i presupposti epistemologici della ricerca, rappresenta un atto di interazione che consente di accedere ai significati degli intervistati e alle modalità discorsive attraverso cui configurano realtà.

Per questa ricerca è stata costruita un'intervista semi-strutturata da proporre sia agli operatori che agli utenti, seguendo la seguente traccia argomentativa:

1) Informazioni biografiche relative agli intervistati.

Per gli operatori: età, professione, formazione, da quanto tempo lavora in questa comunità, lavori precedenti, esperienze in altre comunità.

Per gli utenti: età, da quanto tempo ha iniziato il percorso in comunità, servizio inviante, esperienze in altre comunità.

2) La C.T.R.P.: descrizione generale della struttura, dell'organizzazione, delle attività, ecc. (attraverso l'utilizzo di immagini o metafore).

3) Gli obiettivi della C.T.R.P. : descrizione degli obiettivi, modalità di raggiungimento, fattori che contribuiscono al tale raggiungimento, considerazioni critiche e prospettive di miglioramento.

4) L' "utente" della C.T.R.P. : descrizione generale, prospettive identitarie oltre il percorso comunitario.

5) L'"operatore" della C.T.R.P. : descrizione generale, modalità di interazione con gli "utenti" (attraverso l'utilizzo di immagini o metafore).

6) Il percorso di "riabilitazione" e "reinserimento sociale": definizione dei termini, strumenti di realizzazione, strumenti di valutazione.

### ***La raccolta dei dati: definizione dei tempi e dei partecipanti***

Di seguito vengono riassunti i tempi di raccolta dei dati e i partecipanti alla ricerca per ciascuna C.T.R.P.:

	<b>Osservazione partecipante</b>	<b>Intervista semi strutturata</b>	
Ore	Ore 80	10	
Periodo di tempo	4 settimane	4 settimane	
Partecipanti	Tutti gli operatori e utenti presenti in struttura	5 operatori 5 utenti	
TOT Ore	80	20	100 ore di raccolta dati per ciascuna C.T.R.P

Tab. 5

Il corpus dei dati, presentato nel dettaglio nel paragrafo successivo, è stato raccolto in un periodo di 4 mesi e ha previsto l'ingresso all'interno di sei C.T.R.P. nella Regione Veneto. Il lavoro complessivo di raccolta dei dati di ricerca viene presentato nella seguente tabella:

La ricerca etnografica si è svolta, dunque, all'interno di "Comunità Terapeutiche Residenziali Protette" pubbliche (a gestione diretta e non diretta) e private convenzionate in Veneto.

Per la realizzazione dello studio sono stati coinvolti, come partecipanti, i professionisti operanti in "Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette" (psichiatri, psicologi, educatori, infermieri, operatori); gli utenti di "Comunità Protette Terapeutiche e Riabilitative".

Per quanto riguarda le interviste agli operatori si è scelto di coinvolgere per ciascuna C.T.R.P. differenti professionisti che potessero rappresentare i diversi punti di vista professionali nei temi di indagine, in relazione con il loro coinvolgimento in termini di tempi lavorativi all'interno della struttura. Si è cercato, inoltre, di considerare il loro coinvolgimento nella comunità in relazione al periodo di tempo da cui sono stati assunti e alla così detta "esperienza lavorativa". Un altro criterio fondamentale, inoltre, è dato dall'interesse manifestato per la ricerca e dalla espressa disponibilità a confrontarsi sugli aspetti presentati durante il primo incontro, ma anche dalla disponibilità pratica a dedicare all'intervista del tempo durante l'orario di lavoro.

Per quanto riguarda, invece, le interviste con gli utenti, essi sono stati individuati *in primis* secondo la loro stessa disponibilità a partecipare alla ricerca, appurando per ciascuno di essi il parere dei responsabili di comunità (medico psichiatra). Anche gli utenti coinvolti sono inseriti all'interno della comunità da tempi differenti e questo in relazione soprattutto alle peculiarità dei percorsi progettati nelle specifiche C.T.R.P.. Si è scelto, tuttavia, di coinvolgere esclusivamente utenti che fossero inseriti nel percorso da più di un mese, tempo considerato adeguato per poter conoscere l'organizzazione della struttura e avere un'idea del proprio progetto riabilitativo. Sono stati esclusi dalla ricerca gli utenti per cui i responsabili hanno ritenuto che un'intervista potesse costituire un richiesta di elaborazione eccessiva o controproducente all'intervento terapeutico, coloro che pur non contrari alla realizzazione della ricerca hanno negato la possibilità di essere intervistati e coloro che hanno rifiutato il consenso informato.

Per tutti i partecipanti a cui è stata proposta l'intervista semi-strutturata è stato fornito un modulo di consenso informato in duplice copia (una copia consegnata e una conservata dal ricercatore) dove venivano espresse le modalità di trattamento dei dati personali in relazione alle leggi sulla *privacy*, in allegato è stato consegnato anche un *abstract* della ricerca per favorire la consapevolezza degli obiettivi dello studio e dei suoi possibili risvolti.

### **3.3 Il corpus dei dati di ricerca**

I dati della ricerca vengono presentati in questo paragrafo che si suddivide in due parti principali. In una prima parte le comunità coinvolte vengono descritte dando spazio alle loro peculiarità e rilevanza agli aspetti di eterogeneità per cui sono state scelte come casi di interesse per la ricerca. Vengono utilizzati a questo scopo i documenti descrittivi raccolti nella fase di ingresso nei sistemi di attività, sia quelli ufficiali presentati dalle comunità sia quelli che raccolgono le osservazioni del ricercatore. Nella seconda il corpus dei dati viene descritto attraverso alcune tabelle che riassumono l'organizzazione del materiale raccolto, sia per quanto riguarda le note di campo relative all'osservazione partecipante sia per i testi delle interviste semi-strutturate inserite all'interno del software di analisi *Transana*<sup>17</sup>, utilizzato per il lavoro di analisi testuale attraverso le categorie argomentative individuate nelle fasi preliminari della ricerca.

---

<sup>17</sup> *Transana* (1995) è un software di analisi qualitativa che consente di facilitare la trascrizione di dati audio-testuali e di utilizzare strumenti di analisi secondo differenti metodologie ([www.transana.org](http://www.transana.org)).

**La descrizione dei campi di indagine**

Nella seguente tabella vengono riportati le sei C.T.R.P. coinvolte nella ricerca in relazione alle caratteristiche considerate nella fase di analisi del contesto di indagine, per cui la sede, la tipologia di gestione, i responsabili, il numero di utenti e operatori presenti all'interno della struttura.

Nome	Sede	Gestione	Responsabile	Utenti	Operatori
<b>COMUNITÀ A</b> <b>La Lanterna</b>	Abano Terme PD Via Malachin 15  EXTRA OSPEDALIERA	DIRETTA	Dr.ssa G. Boldetti Psichiatra Responsabile Linea Riabilitativa I Servizio Psichiatrico	12	Educatori 2 Infermieri 9 Oss 2 Psichiatra 1
<b>COMUNITÀ B</b> <b>La Meridiana</b>	Padova Via del Bigolo 46  EXTRA OSPEDALIERA	NON DIRETTA Cooperativa sociale "L'Incontro"	Dr. C. Miola Psichiatra Responsabile Linea Riabilitativa II Servizio Psichiatrico	12	Educatori 5 Infermieri 12 Oss 3 Psicologo 1 Coordinatore Coop. 1 Psichiatra 2 Ausiliario 1
<b>COMUNITÀ C</b> <b>Pinelli</b>	Treviso Via Pinelli 55  OSPEDALIERA	DIRETTA	Dr.A.Franceschini Psichiatra Ulss 9 Treviso	8	Educatori 1 Infermieri 6 Oss 9 Psichiatra 1 Psicologo 1
<b>COMUNITÀ D</b> <b>Villa Margherita</b>	Arcugnano VI Via Costacolonna 6  OSPEDALIERA	PRIVATA CONVENZIONATA	Dr. R. Coppini Psichiatra	16	Educatori 0 Caposala 1 Infermieri 7 Oss 9 Operatore artistico 1 Psichiatra 1 Psicologo 2
<b>COMUNITÀ E</b> <b>Villa</b>	Mussolente VI via Col Roigo  EXTRA OSPEDALIERA	NON DIRETTA Cooperativa sociale "La Goccia"	Dr. N. Magnavita Psichiatra Asl 3 Bassano del Grappa	20	Educatori 1 Infermieri 3 Oss 9 Psichiatra 1 Psicologo 2
<b>COMUNITÀ F</b> <b>Col Roigo</b>	Mussolente VI via delle Statue 34  EXTRA OSPEDALIERA	PRIVATA		4	Educatori 1 Infermieri 1 Oss 5 Tecnico Riab. Psych. 1 Psichiatra 1 Psicologo 3

Tab. 6

Tali dati, tuttavia, non sono sufficienti per rappresentare l'eterogeneità che contraddistingue tali contesti.

I documenti redatti e presentati da alcune comunità come strumenti per descrivere il proprio operato sono raccolti e analizzati (APPENDICE C, p. 284), mentre di seguito viene argomentata una descrizione delle sei comunità che trova forma dall'integrazione della lettura delle carte ufficiali con le note del ricercatore raccolte dalle osservazioni partecipanti.

Ogni C.T.R.P. viene descritta dal punto di vista della struttura fisica, gli spazi interni e il contesto in cui questa si trova. Di seguito la presentazione degli aspetti organizzativi, in particolare per quanto riguarda la pianificazione giornaliera delle attività e del tempo libero degli utenti e degli operatori presenti durante la giornata, ma anche la programmazione settimanale, la distribuzione delle attività formali e informali, l'organizzazione di attività straordinarie. Un ulteriore spazio, infine, viene dedicato agli aspetti peculiari che caratterizzano le singole strutture.

## **COMUNITÀ A**

La C.T.R.P. è una struttura riabilitativa a gestione diretta che afferisce al I Servizio di Riabilitazione Psichiatrica dell'U.I.s.s. 16 di Padova. La comunità si trova in una zona di campagna vicino alla città di Abano Terme. Si tratta di una casa di due piani con un giardino recintato. All'ingresso c'è un cancello e per entrare è necessario suonare il campanello, farsi riconoscere e si apre il portone.

L'ingresso del piano terra è preceduto da un patio con un tavolo e delle sedie, una panchina e qualche posacenere, in questo spazio spesso si soffermano gli utenti nei momenti liberi della giornata. L'ingresso da una porta a vetri consente di entrare nell'edificio e ci si trova in una sala d'aspetto da cui è possibile accedere all'ufficio del personale, una piccola stanza con il computer, il telefono, i farmaci, la cassaforte. Superando la sala d'aspetto, invece, si può raggiungere la sala da pranzo e il salotto con la televisione adiacenti alla cucina, dalla parte opposta la stanza delle attività, un ampio salone con tavoli, sedie e disegni attaccati sui muri, questa è anche la stanza delle riunioni d'équipe, del caffè durante il passaggio di consegne, delle riunioni con i familiari e dei gruppi con gli ospiti. Vicino a questa stanza si trova un piccolo ufficio dedicato all'attività delle educatrici. Al piano superiore ci sono le stanza da letto e i bagni.

La struttura ospita 12 utenti, uomini e donne, ed è presente in questo momento un utente che utilizza il servizio come Centro Diurno.

I tempi della giornata sono scanditi dalle attività formali che la comunità propone, riassunte nella tabella presentata di seguito, e da momenti liberi in cui ciascuno può decidere come occupare il proprio tempo. Alcune attività si svolgono all'interno della comunità, mentre altre prevedono lo spostamento in altri spazi utilizzando i mezzi della comunità o se necessario i trasporti pubblici. I

percorsi risultano differenziati per cui alcuni utenti escono per recarsi al lavoro e non c'è obbligo di partecipazione alle attività. Tranne in situazioni specifiche, la maggior parte degli utenti ha il permesso di uscire dalla struttura previa comunicazione al responsabile della comunità e all'équipe. I pasti sono preparati da un servizio di cucina esterno, tranne per un pranzo alla settimana in cui la responsabilità viene data al gruppo di utenti. In alcune occasioni vengono organizzati pranzi o cene all'esterno della struttura con gli operatori. Gli utenti sono responsabili della pulizia degli spazi comuni e delle stanze, ma è presente anche un servizio di pulizia.

Lo schema seguente riassume l'organizzazione settimanale delle attività della comunità, che vengono successivamente descritte in maniera dettagliata.

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
mattina	gruppo coadiuvato	gruppo cucina	attività motoria	laboratorio teatrale	gruppo terapeutico	libero visite uscite	libero visite uscite
pranzo				riunione d'équipe			
pomeriggio	attività educative	gruppo disegno	attività informatica/ scrittura creativa	gruppo comunità gruppo familiari gruppo operatori supervisione	lettura giornali film uscite	libero visite uscite	libero visite uscite
cena							

Tab. 7

Nell'organizzazione della comunità viene dato ampio spazio ai momenti di confronto tra gli utenti, alcuni di questi sono finalizzati alla gestione di questioni organizzative che riguardano la convivenza quotidiana, come il *gruppo coadiuvato*, che si svolge tutte le settimane, e il *gruppo comunità*, che si svolge una volta al mese e prevede la presenza sia di utenti che di operatori per condividere e discutere le decisioni di cambiamento o di regolamento, la pianificazione di attività straordinarie e gli eventuali aspetti di criticità. Mentre rappresenta uno strumento del percorso terapeutico il *gruppo terapeutico*. Tutti questi momenti sono prevedono la presenza della responsabile psichiatra e psicoterapeuta, che svolge un ruolo di conduzione e di supervisione alle discussioni, orientando il lavoro in coerenza con gli obiettivi del percorso in comunità. La stessa responsabile conduce anche il *gruppo familiari* che è finalizzato al confronto con i familiari su aspetti del percorso terapeutico riabilitativo degli utenti, in particolare per quanto riguarda i momenti di rientro a casa.

I tempi della settimana sono, inoltre scanditi da un consistente numero di attività di tipo educativo. Alcune di queste sono condotte dalle educatrici, si svolgono all'interno della struttura e vengono utilizzate come momento di condivisione rispetto ad attività artistiche, lettura giornali o altro; mentre l'*attività motoria* e il *gruppo teatrale*, che prevedono la presenza di conduttori esterni insieme agli operatori e si svolgono in sedi esterne, propongono agli utenti di sperimentarsi insieme agli operatori in modalità differenti che possono essere di movimento corporeo o di espressione di sé all'interno di esercizi teatrali.

L'organizzazione della giornata prevede anche dei momenti di *tempo libero*, che può essere dedicato alla cura di sé e dei propri spazi personali, ad attività di manutenzione della struttura concordate, alle uscite autonome o al relax. I fine settimana sono autonomi, all'interno della struttura c'è un numero ridotto di operatori e non vengono organizzate attività strutturate; gli utenti, quindi, possono concordare uscite e visite, o dedicarsi alle attività che preferiscono.

Il programma settimanale può variare per imprevisti o assenze degli operatori, per cui in alcuni casi le attività vengono sostituite da altre o da uscite con il personale (ad esempio in centro commerciale), in questo caso vengono convocati anche gli utenti per scegliere le attività sostitutive tra le proposte degli operatori.

L'attività in generale si svolge per due ore, per cui gli utenti hanno il tempo, sia la mattina che il pomeriggio, di occuparsi anche delle attività di pulizia concordate, della cura dei propri indumenti e della propria stanza, di necessità personali. Le attività prevedono sempre la presenza dell'educatrice e di un altro operatore (oss o infermiere), in alcuni casi anche il conduttore esterno alla comunità. Per ciascuna attività viene organizzato un momento chiamato "pre-gruppo" e un "post-gruppo" che viene dedicato al confronto tra i professionisti; in questi viene definito il lavoro dell'attività, vengono prese decisioni condivise in caso di cambiamenti organizzativi, ci si aggiorna su quanto accaduto.

Quotidianamente i pasti vengono consumati in una sala comune dove sono presenti sia gli utenti che gli operatori. Tutti i giorni un gruppo di utenti definito si occupa della preparazione dei tavoli per il pasto e della pulizia dello spazio, con la supervisione dell'operatore Oss presente. Il cibo viene consegnato da una ditta di *catering*, ad esclusione di un pasto alla settimana in cui gli utenti e gli operatori mangiano il prodotto del *gruppo cucina*, dove gli operatori guidano e aiutano gli utenti nella preparazione del pasto per la comunità.

Altri momenti della settimana vengono dedicati al confronto tra gli operatori, che avviene in *riunione d'équipe*, condotta dalla responsabile psichiatra della comunità e dedicata ad aspetti organizzativi, confronto per prendere decisioni condivise, discussione su rilevanti avvenimenti che riguardano gli utenti e gli operatori. Mentre il *gruppo supervisione* prevede la presenza di un

supervisore esterno per discutere i casi dal punto di vista clinico terapeutico e condividere strategie di movimento.

Questa comunità presenta un gruppo di utenti eterogeneo per quanto riguarda l'età, la storia all'interno dei servizi psichiatrici, i tempi di permanenza e gli obiettivi del percorso. Sono, infatti, presenti utenti che vivono in comunità da più di dieci anni e per i quali non si prospetta al momento una prospettiva di uscita. Alcuni pazienti, invece, presenti in comunità da meno tempo sono inseriti in tirocini lavorativi, per cui per la maggior parte della settimana non partecipano alle attività riabilitative proposte. A fronte di questa eterogeneità la comunità si propone di offrire dei percorsi differenziati e viene data la possibilità agli utenti di sfruttare le opportunità di un percorso di riabilitazione e reinserimento in modo differente.

La comunità, a gestione diretta, ha un responsabile psichiatra che è presente durante la settimana in strutture, che si occupa degli aspetti farmacologici, degli aspetti terapeutici, delle relazioni con i familiari degli utenti, del coordinamento dell'équipe durante le riunioni. Il responsabile ha un ruolo fondamentale sia nella stesura dei progetti riabilitativi, sia nel monitoraggio attraverso i colloqui o i gruppi con gli utenti, sia nelle decisioni che vengono prese rispetto alla gestione di situazioni specifiche, relazioni tra operatori e utenti, permessi e restrizioni, regole e richieste di cambiamento.

Il numero elevato di infermieri, presenti sia durante il giorno che durante la notte, caratterizza la comunità per la possibilità di interventi di tipo medico. Anche il ruolo del coordinatore è rivestito da un operatore infermiere, che si occupa di aspetti burocratici e organizzativi relativi al personale della comunità.

Tra le peculiarità di questa struttura l'assenza di professionisti psicologi all'interno, se non come tirocinanti post-lauream o specializzandi, per cui come anticipato gli aspetti terapeutici vengono totalmente gestiti dal responsabile psichiatra e psicoterapeuta.

### **COMUNITÀ B**

La C.T.R.P. è una struttura riabilitativa a gestione non diretta che afferisce al II Servizio di Riabilitazione Psichiatrica dell'Ulss 16 di Padova. La comunità si trova in vicino a Padova, ma in una zona periferica di campagna. La struttura è un grande casolare con ampio giardino verde con adiacente un piccolo orticello di cui gli ospiti si prendono cura, il cancello per entrare e per uscire è sempre aperto durante il giorno.

La casa è una costruzione ristrutturata di tre piani; dall'ingresso con patio, dove normalmente si incontrano gli utenti durante il tempo libero, si accede all'ufficio del personale, un piccolo spazio dove ci sono i computer, la bacheca per comunicazioni, dove vengono tenuti gli effetti personali

dello staff e dove vengono distribuiti i farmaci. Sempre al piano terra c'è un salotto dedicato alla visione film e tv, un bagno per il personale, la sala da pranzo degli utenti e la cucina.

La sala da pranzo viene occupata tutti i giorni da operatori e utenti per mangiare insieme, ma è anche lo spazio che ospita le riunioni del mattino per l'organizzazione della giornata.

La cucina, dove accedono quasi esclusivamente gli operatori, anche se gli utenti possono utilizzarla nei momenti in cui preparano da mangiare e il caffè, in alcuni casi viene utilizzata come luogo informale per il confronto tra gli operatori prima e dopo le attività.

Al secondo piano ci sono le stanze degli ospiti e i bagni, così come al terzo piano, e uno studio dedicato ai colloqui individuali e ad alcune attività di gruppo.

Adiacente alla casa si trova un piccolo casolare, che viene definita la struttura del Centro Diurno, questa viene utilizzata per l'attività di manifattura della pelle, dove vengono tenuti tutte le attrezzature, e per le attività di gruppo e le riunioni una grande sala molto luminosa con tavoli, sedie e materiale necessario.

La comunità ospita 12 utenti residenziali e accoglie due o tre utenti per la attività del Centro Diurno. L'età degli utenti è variabile, ma i tempi di permanenza all'interno di questa C.T.R.P., non superiori ai due anni, sono chiaramente definiti e comuni in tutti i percorsi individualizzati.

Tutte le mattine la giornata inizia con una riunione per definire le attività e gli impegni dei singoli utenti. Gli ospiti sono responsabili della pulizia della comunità e sono divisi in "squadre di lavoro" organizzate tutti i giorni. I pasti vengono portati dall'esterno, ad eccezione del giorno dedicato al gruppo cucina dove sono gli utenti che partecipano a fare la spesa e cucinare.

Gli utenti sono liberi di uscire ed entrare dalla comunità nei tempi definiti, possono andare al supermercato vicino e avere del cibo personale a disposizione.

Lo schema seguente riassume l'organizzazione settimanale delle attività della comunità, che vengono successivamente descritte in maniera dettagliata.

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
mattina	gruppo terapeutico	gruppo informatica	gruppo ginnastica	gruppo minuterie	scrittura creativa gruppo cucina	Libero visite uscite	libero visite uscite
Pranzo				riunione d'équipe			
pomeriggio	gruppo minuterie	Libero	gruppo news	gruppo comunità	gruppo musica gruppo giornali	libero visite uscite	libero visite uscite
Cena							

Tab. 8

Durante la settimana vengono dedicati due importanti momenti al confronto tra gli utenti: uno è il *gruppo terapeutico*, condotto dal responsabile psichiatra della comunità, che rappresenta uno strumento terapeutico del percorso riabilitativo; l'altro è il *gruppo comunità*, che prevede la presenza di tutti gli operatori, utenti ed è condotto dallo psicologo della comunità, dedicato ad affrontare le diverse tematiche messe in luce o avvenimenti particolari su cui gli utenti o gli operatori ritengono necessario un confronto.

I tempi della giornata sono scanditi da un elevato numero di attività riabilitative-educative, come ad esempio il *gruppo informatica*, il *gruppo giornali* e il *gruppo musicale*, che si svolgono all'interno della comunità, e il *gruppo scrittura creativa*, il *gruppo ginnastica* che prevedono lo spostamento degli utenti e degli operatori in sedi esterne.

Altre attività sono caratterizzanti questa comunità e considerate di fondamentale importanza, soprattutto in quanto hanno la finalità di costruire e consolidare una rete con il territorio esterno, far conoscere la realtà della comunità ed evitare un vissuto di isolamento per gli utenti e gli operatori. Tra queste il *gruppo news*, che prevede la partecipazione degli utenti ed è condotto da un'educatrice, dove vengono raccolte le riflessioni scritte su alcuni temi concordati che vengono successivamente raccolte in un giornalino trimestrale della comunità distribuito dagli ospiti nel territorio, e il *gruppo minuterie*, dedicato alla realizzazione di collane e oggetti di pelle che vengono venduti dalla cooperativa per raccogliere i fondi che gli utenti utilizzano per la festa della comunità.

In caso di cambiamenti del programma di attività giornaliera gli operatori decidono le attività alternative o si confrontano con gli utenti nella riunione della mattina. Tutte le attività prevedono un pre-gruppo e un post-gruppo di confronto tra gli operatori.

Gli ospiti vengono invitati a partecipare a tutte le attività, ma lasciati liberi di scegliere, soprattutto nei primi tempi di inserimento gli operatori utilizzano modalità più flessibili. Alcuni degli utenti sono inseriti in progetti lavorativi, per cui sono presenti in comunità solo in alcuni momenti della giornata. Ci sono, inoltre, diversi momenti dedicati al tempo libero che possono gestire come vogliono.

Quotidianamente i pasti vengono consumati dagli utenti in una sala comune e vengono consegnati da una ditta esterna di *catering*. Un giorno alla settimana, però, il pranzo viene preparato dal *gruppo cucina*, che organizza il menù, si occupa della spesa e dalle preparazione del pasto per tutta la comunità; questa è un'occasione formativa per gli utenti che imparano a cucinare o sperimentano le proprie abilità, ma è anche un tempo dedicato al confronto con l'operatore presente.

I momenti dedicati al confronto tra gli operatori sono le *riunioni d'équipe*, i gruppi di *mini-équipe*, e i passaggi di consegna in cucina. La riunione plenaria rappresenta il momento di confronto più allargato, prevede la partecipazione di tutti gli operatori della comunità e del responsabile della

cooperativa sociale, si svolge una volta al mese ed è dedicata ad aspetti organizzativi della comunità, ma anche al confronto tra gli operatori rispetto ad eventi particolari e all'andamento dei percorsi e alla discussione di problematiche o conflittualità emerse tra il personale.

In struttura sono presenti molti operatori, alcuni del servizio pubblico e altri della cooperativa, ma la gestione della cooperativa organizza e propone per tutto il personale degli incontri di supervisione e di formazione condivisa, ritenuta di fondamentale importanza per il lavoro in comunità, che rappresenta un aspetto peculiare di questa struttura rispetto ad altre.

La gestione della cooperativa sociale favorisce il rapporto con altre comunità o associazioni esterne alla comunità dove è possibile che gli ospiti svolgano tirocini lavorativi secondo i loro interessi, un elevato numero di operatori e la presenza costante di uno psicologo che gestisce l'aspetto terapeutico in parallelo con il responsabile psichiatra, offrendo colloqui individuali agli utenti.

Gli utenti della comunità non mostrano caratteristiche comuni, ognuno presenta una storia personale e con i servizi peculiare, tuttavia non c'è un'elevata distribuzione d'età.

I tempi di permanenza in comunità sono definiti nel progetto riabilitativo e sono di due anni massimo. Viene data un'elevata importanza alla stesura condivisa del progetto in comunità per ciascun singolo utente. Ogni progetto viene gestito, inoltre, da una mini équipe di operatori che si riunisce per confrontarsi sui progressi o gli stalli dell'ospite costantemente, e all'interno di ogni mini équipe vi è un operatore di riferimento per ciascun utente, indipendentemente dalla professione. Questi gruppi di lavoro rappresentano l'unità di base per la costruzione, il monitoraggio e la valutazione degli obiettivi del percorso in comunità e sono supervisionate dallo psicologo.

L'organizzazione del lavoro e gli obiettivi della comunità non mostrano una distinzione tra la gestione degli aspetti medico terapeutici e riabilitativi educativi, ma in generale la comunità non mostra un'identità di tipo medico. Il responsabile psichiatra è presente in struttura in alcune ore alla settimana per attività specifiche, mentre il lavoro quotidiano viene gestito in modo condiviso dagli operatori e supervisionato dal responsabile psicologo della cooperativa sociale.

### ***COMUNITÀ C***

La C.T.R.P. è una struttura psichiatrica di riabilitazione e reinserimento a gestione diretta che afferisce al C.S.M. di Treviso. La comunità si trova di fronte alla struttura del Servizio Psichiatrico, che ospita sia gli ambulatori e uffici del C.S.M. sia i locali del Centro Diurno. Si presenta come una casa di due piani di recente ristrutturazione. Dall'ingresso si accede ad una sala comune dove si trova la televisione e una sala da pranzo, adiacente ad una piccola cucina, che viene esclusivamente utilizzata dagli operatori. Sullo stesso piano la sala del personale con il computer, il telefono, il materiale clinico e i farmaci, ed una stanza dedicata ai gruppi terapeutici. Al piano superiore si

trovano le stanze degli utenti e i bagni. Tutto l'arredamento della struttura appare nuovo e nel complesso si presenta come molto pulita e ordinata, così tanto che sembra uno spazio poco vissuto dai suoi ospiti.

La comunità ospita 8 utenti di età eterogenea e tempi di inserimento differenti. Normalmente gli utenti non hanno accesso alla cucina, che viene gestita e utilizzata dagli operatori, ad eccezione delle giornate in cui viene organizzato il gruppo cucina.

Questa comunità, infatti, si caratterizza per essere uno spazio poco utilizzato, la vicinanza con il Centro Diurno ha favorito la decisione di indirizzare gli utenti verso le attività organizzate nell'edificio vicino, dove si confrontano con coloro che frequentano il C.D. e non risiedono in comunità. Gli utenti non hanno l'obbligo di partecipare alle attività, possono decidere liberamente e ciascuno ha un programma settimanale differente e personalizzato.

L'organizzazione settimanale delle attività, riassunta nello schema che segue, dipende dalle proposte offerte dal Centro Diurno in associazione con quelle definite dall'équipe della C.T.R.P..

Le attività del Centro Diurno sono gestite dalle educatrici, dagli operatori Oss e in alcuni casi dalla professionista psicologa referente, alcune di queste attualmente sono in fase di cambiamento e valutazione.

	Lunedì	Martedì	Merc.	Giovedì	Venerdì	Sab.	Dom.
Mattina	gruppo discus_sione (C.D.)	riunione équipe gruppo terapeutico (C.T.R.P.)	Palla volo (C.D.)	gruppo giornali mi ritorni in mente falegnameria (C.D.)	pallavolo falegnameria sartoria (C.D.)	Libero visite uscite	libero visite uscite
Pranzo							
pomerig_gio	gruppo narrativo creatività (C.D.)	gruppo benessere falegnameria (C.D.) passeggiata film (C.T.R.P.)	problem solving sartoria (CD)	gruppo lettura (C.D.) gruppo culturale (C.T.R.P.)	passeggiata film (C.T.R.P.)	libero visite uscite	libero visite uscite
Cena							

Tab. 9

La comunità prevede dei momenti di condivisione quotidiana, tutte le mattine, dove gli utenti con l'educatrice si confrontano rispetto ad aspetti organizzativi della giornata. Un appuntamento settimanale è invece il *gruppo terapeutico*, che viene condotto dalla psicologa della comunità e

prevede la partecipazione di un altro operatore con tutti gli utenti, questo è uno strumento del percorso terapeutico dove vengono affrontati e condivisi alcuni aspetti legati alle difficoltà che gli ospiti sperimentano o hanno sperimentato.

La maggior parte delle attività settimanali si svolgono presso la sede del Centro Diurno, dove gli utenti possono partecipare al *gruppo discussione*, dedicato al confronto su quello che è accaduto nella fine settimana e alla progettualità per i giorni che seguono, il *gruppo giornali*, che prevede la lettura di alcuni quotidiani e il commento all'interno del gruppo, il *mi ritorni in mente*, un gruppo dedicato alla memoria, all'allenamento ai ricordi nella condivisione, il *problem solving*, dove gli utenti elaborano e costruiscono strategie per la gestione di situazioni concrete che ritengono problematiche e difficili da affrontare.

Altre attività del Centro Diurno sono, invece, finalizzate ad attività lavorative e alla produzione di oggetti che gli utenti possono decidere come utilizzare, ad esempio il *gruppo falegnameria*, in cui gli utenti imparano ad utilizzare diversi strumenti per la lavorazione del legno, e il *gruppo sartoria*.

Un'ulteriore attività è la proposta del *gruppo pallavolo*, gestito dal un operatore Oss nel ruolo di allenatore con la presenza di un altro operatore e gli utenti interessati al gioco, che prevede lo spostamento presso la palestra cittadina e si svolge un vero e proprio allenamento di pallavolo che si conclude con una partita. Questo gruppo offre la possibilità agli utenti di sperimentarsi in un altro ruolo, confrontarsi con gli altri e partecipare al campionato in gara con altre squadre dei servizi psichiatrici.

Le attività che, invece, vengono proposte all'interno della C.T.R.P. e sono dedicate a tutti gli utenti presenti in struttura sono il *gruppo culturale*, gestito dall'educatrice della comunità, che propone discussioni, letture, giochi, film e rappresentano un momento di condivisione di un'attività tra gli ospiti della comunità, e le *passeggiate* con gli operatori in vari percorsi della città.

I pasti vengono quotidianamente consumati dagli utenti in mensa ospedaliera per quanto riguarda il pranzo, in comunità con un servizio di catering per quanto riguarda la cena. Un giorno alla settimana, quando ci sono le risorse finanziarie, un utente partecipa al *gruppo cucina* e viene aiutato dagli operatori a preparare il pranzo per gli operatori e un utente che invita.

Il momento della settimana dedicato al confronto tra i diversi professionisti è la *riunione d'équipe*, che è gestita dalla responsabile psichiatra e prevede la partecipazione di tutti gli operatori presenti in struttura, in alcuni casi anche di operatori referenti per altri servizi; durante la riunione vengono affrontati e discusse le situazioni degli ospiti della comunità e vengono decise e comunicate le strategie di azione a fronte dei diversi punti di vista.

Come anticipato, questa comunità si caratterizza per la vicinanza con il Servizio di Salute Mentale territoriale e per la stretta collaborazione nel percorso riabilitativo con il Centro Diurno; aspetti che

offrono agli utenti e all'équipe alcuni vantaggi organizzativi, ma che possono anche favorire un'immagine della comunità come tutt'uno con il servizio psichiatrico con una pregnante dimensione di controllo sociale.

Allo stesso tempo risulta di particolare importanza l'attenzione rivolta alle relazioni con gli operatori dei servizi vicini e collaboratori, in particolare con tutta l'équipe del Centro Diurno, con gli psichiatri referenti, con i responsabili amministrativi che curano gli aspetti economici e con gli assistenti sociali che hanno un ruolo fondamentale nella costruzione del reinserimento sociale.

Un altro aspetto peculiare, sempre legato alla sede della comunità, può essere individuato nella sua vicinanza al centro cittadino; gli utenti, infatti, sono agevolati nello spostarsi anche a piedi e possono facilmente raggiungere il centro abitato sia nelle loro passeggiate che per la gestione di aspetti quotidiani.

Questa C.T.R.P. si trova attualmente in una fase di cambiamento dal punto di vista organizzativo, ma anche rispetto alla definizione dei suoi obiettivi e degli strumenti per raggiungerli. Si prospetta, infatti, il coinvolgimento di una cooperativa sociale nella gestione del servizio, ma non sono chiaramente definiti i tempi di realizzazione di questo progetto.

## **COMUNITÀ D**

La C.T.R.P. è una struttura psichiatrica di riabilitazione e reinserimento a gestione privata, collocata all'interno di una Casa di Cura e convenzionata con il Servizio Psichiatrico di Vicenza.

La comunità si trova in una zona collinare, immersa nel verde dei Colli Berici e lontano da centri abitati. La sede della struttura può essere considerato un aspetto rilevante sia per i piaceri paesaggistici che per l'isolamento che la caratterizza.

Si tratta di un'antica Villa dove si distribuiscono diversi reparti, per cui si può cogliere nella sua organizzazione la natura ospedaliera, ed è circondata da un grande parco dove tutti gli utenti possono passeggiare.

La C.T.R.P. si trova al primo piano di uno degli edifici e si presenta come un vero e proprio reparto ospedaliero, dove il personale mantiene la divisa ospedaliera. Le camere sono doppie o triple, è presente un'infermeria, uno studio medico, una sala da pranzo e la sala attività; la cucina viene utilizzata dagli operatori per cucinare, distribuire il cibo o lavare i piatti. La comunità si divide in due zone, una più propriamente dedicata agli utenti della comunità e l'altra ospitante utenti di lunga assistenza, in alcuni casi non autosufficienti. Questo è un altro aspetto peculiare della C.T.R.P., per cui il personale opera in due tipi di assistenza diversificati.

La comunità ospita 16 utenti per cui si prevede un percorso di tipo terapeutico e riabilitativo, mentre gli altri ospiti sono considerati come pazienti di reparto psichiatrico o casa di cura per lungo degenze, questi ultimi non vengono inseriti nelle attività del programma riabilitativo.

Le porte della comunità sono aperte durante il giorno, quando sono presenti gli operatori, e gli utenti sono liberi di uscire nel giardino della Villa, ma vengono chiuse durante la notte o in alcune situazioni in cui gli operatori non possono garantire la sorveglianza.

Le attività sono scandite da tempi ospedalieri, come le visite mediche, i colloqui con il responsabile psichiatra, la terapia farmacologica, e sono pochi i momenti di condivisione quotidiana tra operatori e utenti. I pasti vengono consegnati da una ditta esterna e consumati dagli utenti in sala da pranzo.

Le attività vengono gestite da operatori esterni alla comunità, con un ruolo differente, mentre gli operatori si occupano principalmente di aspetti clinici e burocratici, ad eccezione ad esempio dei momenti informali serali o delle uscite accompagnate.

Questa comunità conserva una duplice identità, tra una funzione esclusivamente assistenziale e una riabilitativa; da una parte offrendo un servizio ad utenti che necessitano di una residenza, dall'altra proponendosi come comunità riabilitativa intermedia per utenti che successivamente possono essere inseriti in altre comunità meno protette.

Lo schema seguente riassume le attività quotidiane proposte per gli utenti della C.T.R.P. che si svolgono prevalentemente nella struttura. Gli utenti mantengono, tuttavia, la libertà di decidere liberamente se partecipare alle proposte del pomeriggio, quelli che non partecipano stanno in camera o passeggiano nella comunità. Gli operatori durante il giorno sono solitamente impegnati in attività di gestione, mentre in diversi momenti vengono organizzati i colloqui con il responsabile psichiatra, che rappresenta il riferimento principale degli utenti e gestisce i progetti personalizzati.

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Mattina	riunione comunità	uscita singola	uscita spesa	gruppo cucina	terapia del movimento	Libero visite uscite	libero visite uscite
Pranzo			riunione d'équipe				
pomeriggio	attività ricreative	libero visite uscite	libero visite uscite				
Cena							

Tab. 10

Nell'organizzazione settimanale viene dedicato un momento di confronto tra gli ospiti con la *riunione di comunità*, un gruppo condotto dal caposala infermiere che prevede la presenza di un altro operatore e di tutti gli utenti; la riunione è finalizzata ad affrontare gli aspetti organizzativi della settimana, stabilire i turni di preparazione dei tavoli, i colloqui, le uscite, i turni di lavatrici, e favorisce la condivisione tra gli ospiti della comunità.

Un altro momento che prevede la partecipazione di tutti gli utenti è la *terapia del movimento*, condotto da una psicologa, come strumento terapeutico in cui gli utenti si confrontano e si raccontano attraverso l'espressione corporea e l'utilizzo di strumenti artistici. Il percorso terapeutico all'interno della comunità prevede, inoltre, i colloqui individuali organizzati settimanalmente con il responsabile psichiatra, che gestisce anche i rapporti e le comunicazioni con i familiari degli ospiti.

Tra le attività proposte viene data particolare importanza alle uscite degli ospiti con gli operatori, per cui vengono organizzate delle *uscite singole*, dove il singolo utente viene accompagnato in luoghi definiti secondo le sue esigenze ed aiutato nell'affrontare l'esperienza fuori dalla comunità, e le *uscite spesa*, che risponde alle richieste di tutti gli ospiti e coinvolge due utenti accompagnati dagli operatori per sperimentarsi in un tipo di attività quotidiana.

Le altre attività settimanali, in particolare quelle del pomeriggio, non prevedono la partecipazione degli operatori, ma vengono condotte dall'operatrice di una cooperativa sociale e coinvolgono gli utenti interessati. Vengono programmate *attività creative* come giochi, karaoke, lavori artistici, film, ecc., orientate soprattutto a favorire la relazione tra gli ospiti e l'utilizzo delle loro abilità e risorse.

Quotidianamente i pasti vengono consumati dagli utenti nella sala da pranzo, sono consegnati dal servizio di catering comune per tutti i reparti della Casa di Cura. Una volta alla settimana viene organizzato il *gruppo cucina*, gestito dall'operatrice che conduce le attività educative, in cui alcuni ospiti preparano spuntini da condividere con tutti gli ospiti.

Nella pianificazione settimanale è previsto, inoltre, un momento dedicato al confronto tra gli operatori della comunità che è la *riunione d'équipe*; questa prevede la partecipazione di tutto il personale presente in comunità e viene condotta dal responsabile psichiatra, durante la riunione vengono affrontati i singoli casi, condividendo gli avvenimenti della settimana, e progettando i progetti personalizzati.

In questa comunità risulta di fondamentale importanza e di riferimento il responsabile psichiatra, che gestisce tutti i progetti personalizzati dal punto di vista terapeutico e farmacologico, mantiene i rapporti con i professionisti invianti e con le famiglie, coordina il lavoro degli operatori.

Molti utenti, liberi di partecipare o meno alle attività formali, passano la loro giornata in camera o aggirandosi per la comunità. Risulta limitato il contatto con l'esterno e poca attenzione viene data al reinserimento sociale, demandato a strutture successive al percorso in questa comunità.

Recentemente è stato sospeso il gruppo terapeutico, gestito dallo psicologo, per difficoltà a mantenere un confronto costruttivo tra gli utenti, che risultano essere molto eterogenei per età, storia clinica, tempi di inserimento e progettualità.

Un altro momento formalizzato che prevede l'interazione tra operatori e utenti è la gestione del denaro, per cui vengono raccolte le richieste e i soldi gestiti dal personale vengono distribuiti in risposta ai singoli utenti per le loro necessità.

### ***COMUNITÀ E***

La C.T.R.P. di riferimento per Asl 3 di Bassano del Grappa è una comunità psichiatrica terapeutico riabilitativa a gestione non diretta, che prevede la collaborazione tra il servizio pubblico e una cooperativa sociale. Questa collaborazione ha una lunga storia e la comunità, che è presente come riferimento nel territorio da diversi anni, nel tempo ha trovato diversi spazi di collocazione.

Recentemente, da circa due anni, questa C.T.R.P. ha sede in una zona collinare e si presenta come una grande villa con giardino, difficilmente distinguibile dalle case adiacenti. La comunità dista circa 20 minuti dal paese e si trova a 10 chilometri da Bassano del Grappa, città di riferimento per la maggior parte degli utenti e in particolare per tutti quegli ospiti che erano presenti nella sede della città. La sua attuale collocazione rende la struttura piuttosto isolata dal centro abitato e dai servizi, per cui gli spostamenti sono difficili, avvengono principalmente con i mezzi della comunità e prevedono la presenza degli operatori. La vicinanza invece con l'altra comunità di gestione della cooperativa, Col Roigo, dove si trova anche un laboratorio di lavoro protetto, rende agevole l'autonomo spostamento degli utenti inseriti in progetti di inserimento lavorativo.

La comunità è una casa immersa nel verde, nel giardino molte piante e di lato un piccolo orto coltivato da operatori e utenti, i cui frutti vengono condivisi in comunità. Dall'ingresso principale si accede direttamente alla sala da pranzo degli ospiti e vicino una zona salotto con divani e televisione, adiacente la cucina dove vengono preparati i pasti tutti i giorni da operatori e utenti e dove mangiano e si riuniscono gli operatori. La cucina è uno spazio aperto per tutti gli utenti, ma prevede la presenza degli operatori. Da questa stanza si accede ad una grande veranda che in questo momento non risulta utilizzata.

Al pian terreno e al primo piano ci sono le stanze degli ospiti, doppie o triple, con bagno in camera, piuttosto ampie e con qualche personalizzazione.

Nel seminterrato si trova la stanza delle riunioni, che viene utilizzata anche per alcune attività, e la stanza dell'infermeria dove spesso avviene la distribuzione farmacologica, in altri casi si svolge in cucina.

La comunità ospita 20 utenti che risiedono nella struttura e rappresenta per un utente il riferimento diurno, sono presenti uomini e donne di età eterogenea, storie di vita e diagnosi attribuite.

La tabella che segue presenta una possibile organizzazione settimanale e le attività nello specifico vengono successivamente descritte.

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Mattina	passeggiata	gruppo comunità giardinaggio	Passeggiata	gruppo uscita	gruppo argilla	libero visite uscite	Libero visite uscite
Pranzo							
pomeriggio	gruppo verbale	riunione équipe gruppo pittura	problem solving	gruppo motorio	gruppo legno gruppo lettura	libero visite uscite	libero visite uscite
Cena							

Tab. 11

Nella pianificazione settimanale sono previsti dei momenti che prevedono la partecipazione di tutti gli utenti. Ad esempio il *gruppo comunità*, condotto dall'educatrice con la presenza di uno o due operatori, è finalizzato a gestire aspetti organizzativi che riguardano la settimana, confrontarsi su momenti particolari, pianificare attività future, accogliere richieste e discutere sulle criticità rilevate. Altri gruppi, invece, condotti dalle psicologhe, rappresentano strumenti terapeutici e permettono agli ospiti di lavorare su differenti aspetti che riguardano il loro percorso in comunità. Il *gruppo verbale* consente di lavorare sulle relazioni nel gruppo e di sfruttare il confronto e il sostegno tra gli ospiti e il *gruppo lettura* rappresenta un'occasione di confronto e di relazione; mentre nel *problem solving* vengono affrontati aspetti critici del proprio modo di gestire le situazioni e viene promossa la costruzione di strategie alternative.

Le attività quotidiane, che scandiscono i tempi della giornata, vengono tutte condotte dagli operatori della comunità e l'organizzazione settimanale varia secondo i turni di lavoro. Gli utenti non hanno obbligo di partecipare a tutte le attività, alcuni sono inseriti in tirocini lavorativi, altri sono autonomi e spendono la giornata in giardino o in camera senza particolari interessi.

Alcune di queste sono finalizzate alla costruzione di competenze lavorative e vedono gli utenti impegnati nella produzione di beni per la comunità, esempi di questi tipi di attività sono il *gruppo*

*giardinaggio*, che coinvolge gli utenti nella responsabilità di curare l'orto e le piante, si tratta di un'attività che permette per alcuni utenti di realizzare le proprie potenzialità o sperimentarsi in nuovi interessi, e il *gruppo legno*, in cui vengono progettati e realizzati alcuni lavori e oggetti necessari alla comunità.

Altre attività sono organizzate con finalità educative e ricreative, come ad esempio il *gruppo pittura*, il *gruppo motorio* e il *gruppo argilla*, che viene gestito da un'operatrice esperta e ha una valenza anche terapeutica, per cui lo strumento dell'argilla rappresenta un mezzo per raccontarsi e confrontarsi con gli altri.

Talvolta la comunità organizza delle uscite settimanali, come la visita al mercato, o straordinarie, come gite o soggiorni al mare e in montagna, in queste attività è prevista la presenza degli operatori e gli utenti è chiesto di sperimentarsi in situazioni esterne alla comunità e finalizzate a obiettivi concreti da realizzare, come ad esempio nel *gruppo uscita*.

Queste attività sono soggette a diverse variazioni, ma nel complesso rappresentano lo schema di programmazione settimanale. In alcuni periodi dell'anno, come quello estivo in particolare, vengono anche organizzate uscite in montagna, soggiorni al mare o gite per favorire negli utenti la sperimentazione in contesti diversi da quello comunitario.

In questa comunità è presente anche un operatore che si occupa esclusivamente della pulizia degli spazi, ma gli ospiti hanno comunque la responsabilità di gestire le pulizie dei propri spazi, di quelli comuni e preparano i tavoli per i pasti; tutti gli utenti sono coinvolti quotidianamente nel *gruppo cucina*, che prevede la presenza di un ospite aiutato da un operatore nella preparazione del pranzo e della cena, tutti i pasti, infatti, vengono cucinati all'interno della comunità utilizzando anche i prodotti dell'orto di cui gli stessi ospiti e operatori sono responsabili.

La *riunione d'équipe* rappresenta il momento privilegiato di confronto tra tutti gli operatori, oltre agli spazi giornalieri dedicati al passaggio di consegne tra i professionisti, e si svolge una volta alla settimana. Si differenziano durante il mese riunioni con differenti finalità, alcune sono più orientate alla discussione dei casi dal punto di vista clinico e riabilitativo, con la presenza del responsabile, altre sono finalizzate alla gestione di aspetti organizzativi delle attività, degli operatori, o per il confronto su situazioni critiche. Nelle riunioni dove non è presente il responsabile non c'è una vera e propria conduzione, anche se mantiene un ruolo privilegiato il coordinatore, che per quanto riguarda gli aspetti organizzativi ha un maggiore potere decisionale.

Il personale della comunità viene gestito dalla cooperativa sociale responsabile della gestione, per alcune ore alla settimana è presente un coordinatore che si occupa degli aspetti organizzativi e della gestione di criticità pratiche della vita in comunità, mentre il responsabile psichiatra, presente in struttura sono per qualche ora nel mese, fa capo al CSM e si occupa degli aspetti clinico terapeutici

e farmacologici, monitora i progetti personalizzati, gestisce la relazione con le famiglie degli utenti e con i servizi di riferimento. La presenza di psicologi in comunità consente di offrire un servizio di colloqui individuali per ciascun utente, che all'interno del suo percorso mantiene anche un'assistenza di tipo psicoterapico.

La maggior parte del lavoro di relazione e di gestione delle attività degli utenti viene totalmente gestita dagli operatori che sono presenti in comunità tutti i giorni per un consistente numero di ore.

Questa comunità si caratterizza per modalità di rapporto informale tra operatori e utenti che condividono l'idea di abitare la stessa casa, per cui tutti gli spazi vengono utilizzati e tutti gli ospiti sono chiamati a contribuire al loro mantenimento decoroso e rispettoso degli altri. Allo stesso tempo viene data molta importanza alle regolamenti che gli utenti sono tenuti a rispettare e gli operatori a condividere per favorire modalità di convivenza funzionali. Un altro aspetto importante, tuttavia, è rappresentato dall'eterogeneità dell'utenza per problematiche presentate, ma soprattutto per tempi di permanenza. Sono presenti, infatti, in comunità diversi utenti da molti anni, che hanno vissuto i vari spostamenti di sede e per i quali sembra essere in fase di rivalutazione il progetto riabilitativo e la possibilità di reinserimento fuori dalla comunità. Questa eterogeneità viene gestita dagli operatori con la strategia di favorire il più possibile lo sviluppo di progetti personalizzati che consentano agli utenti di sperimentarsi in attività funzionali ai loro obiettivi e di gestire situazioni e bisogni differenziati. Per la gestione dei percorsi riabilitativi vengono costruiti dei gruppi di operatori nominati *mini-équipe*, con un tutor di riferimento, che si occupano di casi specifici e monitorano il raggiungimento degli obiettivi, con la supervisione e l'intervento delle psicologhe.

### **COMUNITÀ F**

La C.T.R.P. si presenta come una comunità terapeutico riabilitativa per disturbi di personalità e dedicata a giovani utenti, si tratta di una comunità privata gestita da una cooperativa sociale, che gestisce anche la C.T.R.P. del servizio pubblico.

Gli utenti della comunità sono 4 e sono di età compresa tra i 18 e i 25 anni, a cui è stata assegnata una diagnosi di disturbo di personalità.

Il numero degli utenti è ridotto poiché la comunità è stata aperta di recente e si trova in questo momento in un'importante fase di transizione e di sviluppo, ma è peculiare di questa struttura la scelta di rivolgersi ad un tipo di utenza specifica secondo dei criteri prestabiliti.

La comunità si trova in una zona collinare a dieci chilometri dal centro di Bassano del Grappa e una decina di minuti per raggiungere il paese vicino.

Si presenta come una casa, molto curata e recentemente ristrutturata, che si trova sopra un laboratorio di tirocinio lavorativo gestito dalla stessa cooperativa sociale che ha ideato la comunità.

Dall'ingresso si accede ad un salotto con i divani e la televisione, vicino la cucina, che è uno spazio comune utilizzato liberamente dagli utenti, un ufficio per il personale, una sala riunioni, le stanze e i bagni degli ospiti. L'appartamento è adiacente ad un altro che in questo momento è vuoto per il numero ridotto di utenti.

Il numero di ospiti e operatori e la struttura fisica della comunità rendono lo spazio essenzialmente un luogo familiare, una vera e propria casa con delle regole da rispettare, ma dove si condivide e si collabora per mantenerla in condizioni adeguate.

In questa fase non tutte le attività in programma vengono realizzate, ma le giornate sono fortemente strutturate e ci sono delle regole molto precise da rispettare da parte degli utenti. Il responsabile psicologo e lo psichiatra sono spesso presenti nella comunità e rappresentano un riferimento fondamentale sia per l'équipe che per gli utenti, allo stesso modo anche la presenza costante degli psicologi, che si dedicano agli aspetti terapeutici sia individuali che di gruppo, offre un supporto nella gestione delle crisi o in situazioni che possono essere vissute come problematiche.

Questa comunità si caratterizza, inoltre, per la scelta di promuovere l'integrazione di due diversi approcci psicologici con l'obiettivo di offrire un numero maggiore di strumenti agli utenti.

Nella tabella seguente vengono riportate le attività che la comunità propone in questo momento ai suoi utenti. In generale tutte le attività vengono condotte e gestite dagli operatori presenti e sono caratterizzate soprattutto per un intensivo intervento terapeutico. Gli utenti sono tenuti a partecipare alle attività secondo quanto concordato nel progetto riabilitativo, quindi vengono decisi individualmente i tempi di inserimento.

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Dom.
mattina	regolaz. emozionale	attività grafico espressiva	colloquio individ.	Attività motoria	gruppo arte terapia diario auto biografico	pulizie visite uscite	Libero visite uscite
Pranzo							
pomeriggio	lettura giornali	Pulizie Spesa	gruppo cucina	gruppo organizzativo	Pulizie Creativity lab Impegni personali	libero visite uscite	libero visite uscite
Cena							

Tab. 12

Diverse attività proposte durante la settimana rappresentano strumenti del percorso terapeutico e vengono gestite dagli psicologi della comunità, secondo i loro differenti approcci teorici, coinvolgendo tutti gli ospiti per cui l'équipe ritiene funzionale la partecipazione. Tra questi all'interno della comunità vengono proposti: il *gruppo regolazione emozionale*, in cui si lavora alla costruzione di strategie per la gestione dei vissuti emozionali secondo un approccio cognitivo-comportamentale; il *gruppo arte terapia*, in cui viene chiesto agli ospiti di utilizzare l'arte come mezzo di espressione di sé e della propria storia, e il *diario autobiografico*, sempre orientato a favorire il racconto di sé attraverso differenti modalità espressive e narrative secondo un approccio psicodinamico.

Altre attività settimanali sono di tipo educativo e vengono organizzate e condotte dall'educatrice della comunità. Il *gruppo organizzativo*, che prevede la partecipazione di tutti gli utenti, consente di definire le attività e gli impegni della settimana, in questo spazio vengono discusse le eventuali richieste da parte degli utenti e, in caso di necessità, rappresenta un momento in cui confrontarsi su particolari avvenimenti accaduti.

Vengono proposte, inoltre, con finalità educativa e coinvolgono gli operatori in turno la *lettura giornali*, un'attività che favorisce il confronto su aspetti che riguardano l'attualità e favorire una valutazione e un addestramento delle capacità cognitive degli ospiti, l'*attività grafico espressiva*, in cui si propone di riflettere su vari aspetti che possono essere considerati problematici nella gestione della quotidianità, e il *creativity lab*, che consente di esprimere le capacità artistiche, lavorare sulle modalità relazionali e sulle abilità organizzative per il raggiungimento di obiettivi concreti.

La comunità organizza, anche, attività meno formalizzate, che prevedono l'uscita degli ospiti dalla struttura, ad esempio con gite in città o verso mete concordate, oppure con il *gruppo attività motoria*, che è uno spazio dedicato al corpo e al movimento, possono essere organizzate diverse attività e l'attenzione si focalizza anche sulle modalità relazionali.

Oltre alle attività appena presentate, il programma settimanale prevede diversi momenti di tempo libero, in cui gli utenti autorizzati ad uscire possono organizzarsi secondo le proprie necessità e gli altri che restano in comunità utilizzano per la cura delle proprie cose e di sé. I momenti di tempo libero rappresentano in comunità anche occasioni di interazione informale tra gli ospiti e con gli operatori, che in alcuni casi si organizzano per attività straordinarie.

Gli ospiti, dopo un certo percorso, hanno il permesso per uscire da soli e lavorare sulla propria autonomia, purché continuino a rispettare il regolamento condiviso. L'attenzione del personale, dopo un periodo di tempo, si sposta nel favorire la possibile uscita della persona, che se da una parte trae beneficio dall'allontanamento dal suo contesto di origine, dall'altra rischia di trovare difficoltà nell'immaginarsi nuovamente in un posto meno protetto.

Un aspetto peculiare di questa comunità, di cui precedentemente è stata descritta l'organizzazione di tipo familiare, è che gli utenti sono quotidianamente responsabili dei pasti, della spesa e delle pulizie della casa, a loro viene chiesto di partecipare a tutte le attività e di rispettare i turni per i lavori di casa, quando accade che questo non viene rispettato l'équipe si confronta per decidere quali provvedimenti punitivi utilizzare. Gli ospiti sono, quindi, abituati ad esercitarsi nella cucina e durante il *gruppo* cucina, che prevede la supervisione di un operatore, possono dimostrare le proprie competenze e costruirne di nuove nell'ottica di un futuro autonomo, soprattutto per quanto riguarda la gestione di aspetti quotidiani. All'interno di questa comunità i pasti rappresentano un momento di condivisione di tutto il gruppo utenti e professionisti presenti.

Il personale si riunisce per confrontarsi nei passaggi di consegna quotidiani, in cui gli operatori si incontrano nel cambio di turno, ma soprattutto nelle *riunioni d'équipe*, che in questa comunità sono differenziate e coinvolgono in modo eterogeneo il personale della comunità. Una volta alla settimana viene organizzato un momento di confronto tra i professionisti clinici (psichiatri e psicologi) per parlare dei singoli casi e dei progetti riabilitativi, di seguito il confronto si allarga anche al personale infermieristico e all'educatrice, che riveste il ruolo di coordinatore degli operatori della struttura, mentre una volta al mese viene organizzata una riunione che prevede la partecipazione di tutti gli operatori. In questa riunione vengono condivise le decisioni prese dai responsabili, accolte le richieste di confronto da parte degli operatori e discusse le criticità emerse all'interno della comunità su vari aspetti.

I responsabili della comunità, psichiatra e psicologo, curano la relazione con la famiglia durante il percorso e mantengono l'aggiornamento con i servizi invianti, a cui l'utente farà nuovamente riferimento al suo rientro.

La gestione dei percorsi prevede la figura del case-manager, di riferimento terapeutico per l'utente, e del tutor, un operatore che si occupa nello specifico di costruire strategie concrete per il raggiungimento degli obiettivi di percorso. L'intervento terapeutico prevede l'integrazione del modello cognitivo-comportamentale con quello psicodinamico. Questa comunità stabilisce un'utenza molto specifica sia per parametri biografici che diagnostici e definisce i tempi di permanenza in comunità ad un massimo di due anni, per cui il tipo di intervento proposto viene considerato intensivo ed è mirato a favorire la costruzione di progetti di reinserimento sociale per ciascun utente.

Nella comunità viene data molta rilevanza alla valutazione dei percorsi di riabilitazione e reinserimento, per cui vengono utilizzati numerosi strumenti di valutazione clinici e non che permettono all'équipe di confrontarsi rispetto all'andamento del percorso individuale.

### *La descrizione del corpus dei dati*

La tabella presentata di seguito riassume il corpus dei dati raccolto nei 4 mesi di ricerca all'interno delle C.T.R.P. descritte nel paragrafo precedente:

	<b>Osservazione partecipante</b>	<b>Intervista narrativa</b>
<b>I mese</b>		
"La Lanterna"	80 ore	10 interviste (5 operatori e 5 utenti)
"La Meridiana"	80 ore	10 interviste (5 operatori e 5 utenti)
<b>II mese</b>		
"Villa Margherita"	80 ore	11 interviste (5 operatori e 6 utenti)
"Pinelli"	80 ore	8 interviste (5 operatori e 3 utenti)
<b>III mese</b>		
"Villa"	80 ore	9 interviste (4 operatori e 5 utenti)
<b>IV mese</b>		
"Col Roigo"	80 ore	6 interviste (3 operatori e 3 utenti)
TOT 4 mesi di ricerca per 6 C.T.R.P.	480 ore di osservazione, raccolte in dati testuali sul "diario etnografico"	54 interviste (27 operatori e 27 utenti)

Tab. 13

Le note di campo che descrivono l'osservazione partecipante vengono raccolte in documenti testuali suddivisi per i diversi contesti di indagine e i momenti di osservazione. I contenuti descrittivi prodotti in seguito al lavoro di osservazione partecipante vengono, inoltre, riassunti attraverso l'utilizzo dello schema di osservazione presentato nel precedente paragrafo (vedi Tab. ...). Questo consente di uniformare i materiali, evidenziare i momenti ritenuti rilevanti delle osservazioni delle pratiche all'interno delle C.T.R.P. e rappresentativi in relazione agli interessi della ricerca, ma anche di poter confrontare i dati raccolti tra le diverse strutture coinvolte.

Per questo materiale non viene ritenuta rilevante l'analisi delle categorie di contenuto, ma le osservazioni del ricercatore vengono utilizzate per integrare ed argomentare le considerazioni di analisi che emergono dal lavoro sulle interviste semi-strutturate condotte con gli operatori e gli utenti di ciascuna C.T.R.P..

Le interviste semi-strutturate raccolte sono 54, di cui 27 con operatori e 27 con utenti inseriti all'interno di C.T.R.P.. Le tabelle presentate di seguito riassumono le caratteristiche principali degli intervistati e consentono di avere una visione completa del corpus dei dati raccolti nelle 6 C.T.R.P. coinvolte nella ricerca.

Codice comunità	Gestione	Sede
COMUNITÀ A	DIRETTA	EXTRA-OSPEDALIERA

Codice	Data	Durata	Genere	Età	Ruolo
Ao1	10-02-'11	0:40:24	F	32 anni	Operatore: Oss
Ao2	16-02-'11	0:55:44	M	40 anni	Operatore: Infermiere
Ao3	16-02-'11	1:03:57	F	47 anni	Operatore: Educatore
Ao4	23-02-'11	1: 22:07	F	47 anni	Operatore: Infermiere
Ao5	24-02-'11	1:35:24	F	41 anni	Operatore: Infermiere-Coordiatore
Au1	23-02-'11	0:39:00	M	26 anni	Utente
Au2	23-02-'11	0:44:47	F	34 anni	Utente
Au3	24-02-'11	1: 03:07	F	56 anni	Utente
Au4	24-02-'11	1:07:46	F	37 anni	Utente
Au5	24-02-'11	1:04:02	F	38 anni	Utente

Tab. 14

Codice comunità	Gestione	Sede
COMUNITÀ B	NON DIRETTA	EXTRA-OSPEDALIERA

Codice	Data	Durata	Genere	Età	Ruolo
Bo1	03-02-'11	01:11:28	M	36 anni	Operatore: Psicologo
Bo2	10-02-'11	01:02:59	F	41 anni	Operatore: Infermiere
Bo3	11-02-'11	0:44:13	F	33 anni	Operatore: Oss
Bo4	11-02-'11	0: 55:21	M	45 anni	Operatore: Infermiere
Bo5	18-02-'11	1:17:23	F	30 anni	Operatore: Educatore
Bu1	08-02-'11	0:43:09	M	37 anni	Utente
Bu2	08-02-'11	0:52:03	F	40 anni	Utente
Bu3	09-02-'11	1: 10:29	M	37 anni	Utente
Bu4	10-02-'11	0:40:18	M	29 anni	Utente
Bu5	04-03-'11	1:00:10	F	45 anni	Utente

Tab. 15

Codice comunità	Gestione	Sede
COMUNITÀ C	DIRETTA	OSPEDALIERA

Codice	Data	Durata	Genere	Età	Ruolo
Co1	08-03-'11	0:54:11	M	33 anni	Operatore: Infermiere
Co2	11-03-'11	1:02:49	F	45 anni	Operatore: Educatore
Co3	11-03-'11	1:16:10	F	46 anni	Operatore: Oss
Co4	16-03-'11	0:44:20	F	44 anni	Operatore: Psicologo Psicoterapeuta
Co5	18-03-'11	0:56:45	F	47 anni	Operatore: Oss
Cu1	08-03-'11	0:46:22	M	57 anni	Utente
Cu2	08-03-'11	1: 15:43	M	41 anni	Utente
Cu3	18-03-'11	1: 06:13	M	48 anni	Utente

Tab. 16

Codice comunità	Gestione	Sede
COMUNITÀ D	PRIVATA	OSPEDALIERA

Codice	Data	Durata	Genere	Età	Ruolo
Do1	23-03-'11	0:53:44	M	44 anni	Operatore: Oss
Do2	30-03-'11	1:02:59	F	29 anni	Operatore: Oss
Do3	30-03-'11	0:51:22	M	31 anni	Operatore: Infermiere
Do4	08-04-'11	0:40:50	F	29 anni	Operatore: Educatore
Do5	08-04-'11	0:35:27	M	62 anni	Operatore: Infermiere - Coordinatore
Du1	15-03-'11	1:06:08	M	26 anni	Utente
Du2	16-03-'11	1:28:01	F	57 anni	Utente
Du3	21-03-'11	1:38:17	M	40 anni	Utente
Du4	31-03-'11	0:56:29	F	46 anni	Utente
Du5	08-04-'11	0:36:43	M	57 anni	Utente
Du6	08-04-'11	0:21:39	M	50 anni	Utente

Tab. 17

Codice comunità	Gestione	Sede
COMUNITÀ E	NON DIRETTA	EXTRA-OSPEDALIERA

Codice	Data	Durata	Genere	Età	Ruolo
Eo1	14-04-'11	0:53:44	F	35 anni	Operatore: Oss
Eo2	19-04-'11	1:02:59	F	29 anni	Operatore: Educatore
Eo3	22-04-'11	0:51:22	M	61 anni	Operatore: Oss
Eo4	31-05-'11	0:40:50	F	38 anni	Operatore: Psicologo Psicoterapeuta
Eu1	19-04-'11	1:06:08	M	58 anni	Utente
Eu2	19-04-'11	1:28:01	M	44 anni	Utente
Eu3	22-04-'11	1:38:17	M	54 anni	Utente
Eu4	22-04-'11	0:56:29	F	31 anni	Utente
Eu5	06-05-'11	0:36:43	F	34 anni	Utente

Tab. 18

Codice comunità	Gestione	Sede
COMUNITÀ F	PRIVATA	EXTRA-OSPEDALIERA

Codice	Data	Durata	Genere	Età	Ruolo
Fo1	20-05-'11	0:57:57	M	31 anni	Operatore: Psicologo Psicoterapeuta
Fo2	24-05-'11	0:52:34	F	30 anni	Operatore: Oss
Fo3	24-05-'11	0:55:32	F	30 anni	Operatore: Educatore Coordinatore
Fu1	17-05-'11	0:42:28	F	25 anni	Utente
Fu2	17-05-'11	0:38:30	F	20 anni	Utente
Fu3	20-05-'11	0:38:27	M	19 anni	Utente

Tab. 19

Le tabelle presentate di seguito riassumono gli aspetti quantitativi attraverso cui è possibile descrivere gli intervistati, differenziati tra operatori e utenti di C.T.R.P..

OPERATORI	TOT	N = 27
	Oss	N = 9
	Infermiere	N = 8
	Educatore	N = 6
	Psicologo	N = 4
	Coordinatore	N = 4
Genere	F	N = 18
	M	N = 9
Età media	39,11 anni	

Tab. 20

UTENTI	TOT	N = 27
Genere	F	N = 12
	M	N = 15
Età media	40,22 anni	

Tab.21

Le interviste semi-strutturate vengono raccolte all'interno di un *database* con il supporto del *software* di analisi testuale *Transana*. Nel database vengono differenziate le singole comunità che ospitano la ricerca, a cui sono associate delle parole chiave che consentono di identificare le caratteristiche della struttura (luogo, gestione). Ciascuna intervista viene nominata attraverso un codice che permette di riconoscere l'appartenenza alla struttura e la distinzione tra operatori e utenti; in questo caso le parole chiave consentono, inoltre, di specificare il ruolo professionale che gli operatori intervistati rivestono. Ad ogni file audio di intervista corrisponde un documento di trascrizione testuale. Per la trascrizione non è ritenuto rilevante utilizzare codici relativi alle modalità di interazione comunicativa, ma vengono riportati i contenuti della conversazione, con riferimento ad eventuali aspetti non verbali, associando gli stralci di testo all'intervista in file audio attraverso l'utilizzo dei *timecode* per agevolare la fase di analisi, che prevede l'utilizzo di categorie attraverso cui i testi possono essere differenziati e confrontati.

L'analisi delle interviste condotte con gli operatori e gli utenti delle sei C.T.R.P. coinvolte nella ricerca si orienta attraverso alcune principali categorie, che rappresentano i temi principali affrontati nel dialogo. In particolare quindi vengono considerati gli stralci di testo che permettono di definire la C.T.R.P., anche attraverso l'uso di immagini o metafore, gli obiettivi della comunità, il significato attribuito ai costrutti di "riabilitazione terapeutica e sociale" e di "reinserimento sociale", la descrizione dell'utente inserito in comunità e dopo il percorso riabilitativo, l'operatore e la sua interazione con l'utente della comunità.

Vengono inoltre considerati alcuni aspetti di criticità che emergono dai discorsi degli intervistati e che consentono di organizzare un paragrafo di analisi dedicato ai temi e alle categorie trasversali emerse dall'indagine qualitativa rispetto alle quali poter sviluppare un' argomentazione di analisi critica.

## PARTE SECONDA

### CAP. 4 LE ANALISI DEL CONTESTO DI RICERCA

L'analisi del contesto della ricerca consente di riassumere alcune considerazioni sul materiale raccolto nella fase preliminare di etnografia di sfondo, dedicata all'ingresso nei sistemi di attività.

Per selezionare i singoli contesti in cui realizzare lo studio etnografico, infatti, si è organizzato un lavoro volto a ricostruire la cornice normativa e amministrativa di riferimento per i servizi di interesse. In parallelo, sono state utilizzate le interviste con i professionisti per poter confrontare i testi con i discorsi di coloro che si occupano della progettazione e realizzazione dei percorsi riabilitativi e di reinserimento in contesti residenziali protetti. L'analisi è stata svolta con il supporto del *software* di analisi testuale *Atlas-ti*.

In un primo capitolo, dunque, vengono presentate le considerazioni che confrontano i testi normativi nazionali e regionali con quelli amministrativi (Carte dei Servizi) di alcune C.T.R.P. contattate nelle fasi preliminari della ricerca. Nel successivo vengono introdotti gli estratti di discorsi dei testimoni privilegiati, come responsabili dei servizi di salute mentale, responsabili di comunità o di cooperative. Le argomentazioni di tali professionisti sono raccolte attraverso la realizzazione di alcune interviste che consentono di approfondire il loro modo di intendere le C.T.R.P., il senso che attribuiscono agli obiettivi di riabilitazione terapeutica e sociale e reinserimento sociale, la descrizione degli utenti che accedono a tali servizi e le loro opinioni rispetto all'utilità delle normative come riferimenti nella realizzazione dei progetti di intervento.

Le analisi vengono presentate di seguito con il supporto di tabelle riassuntive che raggruppano e suddividono i principali codici testuali e i riferimenti tecnici (Tilly, 2006) per le normative nazionali, quelle regionali e le carte dei servizi delle C.T.R.P.. In particolare, vengono considerate le definizioni delle C.T.R.P., degli obiettivi di riabilitazione terapeutica e sociale e di reinserimento sociale, degli utenti a cui sono rivolti tali servizi. Le tabelle riassuntive complete rispetto ai temi di indagine della ricerca vengono presentate in APPENDICE D (Tab. a, Tab. b, p. 298).

Il riassunto di questi codici, presentati come categorie testuali, permette di organizzare le considerazioni di analisi di questa prima parte, ponendo attenzione ai modi in cui cambiano i discorsi e trovano forma nel passaggio dal livello normativo generale a livello organizzativo e amministrativo locale.

Le tabelle che vengono presentate di seguito sono suddivise secondo i temi di interesse della ricerca: la definizione della C.T.R.P., la descrizione dell'utente di comunità residenziali protette, il senso attribuito alla riabilitazione terapeutica e sociale e al reinserimento sociale.

Ogni tabella è seguita da alcune considerazioni che evidenziano gli aspetti considerati rilevanti rispetto agli obiettivi della ricerca e descrivono le categorie emerse dall'analisi, attraverso il supporto in alcuni casi delle porzioni di testo, con il riferimento ai documenti, e degli estratti di interviste, di cui viene riportato il codice dell'intervistato.

#### 4.1 I testi normativi e amministrativi

##### C.T.R.P.:

	<b>Normativa nazionale</b>	<b>Normativa regionale</b>	<b>Carte dei Servizi</b>
<b>C.T.R.P.</b>	Definizione <i>struttura residenziale psichiatrica</i>  Finalità <i>trattamento acuzie assistenza protratta dopo ricovero programma terapeutico riabilitativo</i>  Tempi <i>medio-lungo periodo non permanente</i> Strumenti <i>coinvolgimento utente e familiari lavoro d'équipe</i>	Definizione <i>struttura residenziale</i>  Finalità <i>intervento terapeutico riabilitativo continuativo e prolungato</i>  Tempi <i>alta o intermedia intensità assistenziale</i> Strumenti <i>coinvolgimento utente e familiari lavoro d'équipe</i>	Definizione <i>struttura di passaggio provvisoria contesto terapeutico protetto luogo di vita con gli altri</i> Finalità <i>risocializzazione autonomia</i>  Tempi non definiti  Strumenti <i>principi fondamentali valori progetto individualizzato</i>

Tab. 22

Dagli estratti 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, infatti, 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* (D.P.R. 14 gennaio 1997), quindi 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 (ivi)*.

I tempi del *programma terapeutico-riabilitativo* vengono definiti a livello nazionale come *medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere (ivi)*, 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* (D.G.R. 1616, 17 Giugno 2008). In entrambi i casi si sottolinea, inoltre, la natura *non permanente* del percorso in *strutture residenziali psichiatriche (ivi)*.

L'analisi degli estratti 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. I testi rimandano prevalentemente al tipo di utenza, ad alcuni requisiti strutturali, quali il progetto personalizzato, e alle finalità di tali servizi. I requisiti strutturali e organizzativi, cui sono subordinate le procedure di autorizzazione e accreditamento (D.G.R. 1616, 17 Giugno 2008), 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 rivolti agli operatori. In questi aspetti la normativa della Regione Veneto mostra di recepire, sulla carta, le linee guida nazionali, in particolare per quanto concerne il coinvolgimento dell'utente e dei familiari nel programma terapeutico-riabilitativo e l'attenzione al lavoro d'équipe. Ad un livello di analisi più approfondito, tuttavia, le categorie dell'utenza e delle finalità perseguite non trovano descrizioni specifiche nelle definizioni delle C.T.R.P..

Nelle carte dei Servizi analizzate la comunità è intesa come una *struttura di passaggio, provvisoria*, sebbene i tempi non siano sempre chiaramente definiti nei passaggi da esperienze di ricovero o prese in carico dei servizi di psichiatria ad inserimenti in 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 *risocializzazione* e nella costruzione graduale della propria *autonomia* di gestione della quotidianità. Solo in alcuni casi (n. 4) vi è riferimento all'approccio teorico di riferimento della comunità, i presupposti che ne caratterizzano l'operato, infatti, non vengono sempre considerati rilevanti; mentre in alcuni estratti (n. 4) vengono descritti 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:**

	<b>Normativa nazionale</b>	<b>Normativa regionale</b>	<b>Carte dei Servizi</b>
<b>Utente</b>	Criteri diagnostici <i>paziente in trattamento            riabilitativo</i> Risorse non definite Fattori sociali e contestuali <i>svolgimento attività            quotidiane</i>	Criteri diagnostici <i>rilevante patologia            psichiatrica</i> Risorse <i>risorse attivabili</i> Fattori sociali e contestuali <i>precarietà/assenza di            supporto familiare</i>	Criteri diagnostici <i>disturbi di personalità            patologie gravi</i> Risorse <i>risorse relazionali</i> Fattori sociali e contestuali <i>storia di vita            contesto relazionale            conflittuale</i>

Tab. 23

Concentrando l'attenzione sulle definizioni dell'utente di C.T.R.P. si evidenziano ulteriori differenze dal più generale livello nazionale al più specifico livello regionale tra diverse tipologie di strutture, nonostante il medesimo presupposto che sottolinea la necessità di interventi di tipo 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* (D.P.R. 7 aprile 1994). Mentre l'utente è definito nel documento regionale sulla base della *rilevanza della psicopatologia*, pur mantenendo *risorse attivabili con adeguati interventi terapeutico riabilitativi*, e della *precarietà/assenza del supporto familiare* (D.G.R. 1616, 17 Giugno 2008).

Le categorie utilizzate per definire il paziente non sono specificate nel passaggio dalle norme nazionali a quelle regionali, per cui si può pensare che ne resti delegata l'interpretazione ad un livello locale, anche 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.

Dall'analisi dei testi delle Carte dei Servizi, invece, le definizioni dell'utente di comunità in alcuni casi si presentano in relazione alla categoria diagnostica che gli è stata attribuita. In modo specifico, una delle C.T.R.P. a *gestione privata* si focalizza sui *disturbi di personalità ed episodi psicotici acuti*, o in altri contesti l'utente dei servizi psichiatrici presenta *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 estratti, 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 TERAPEUTICA E SOCIALE:

	<b>Normativa nazionale</b>	<b>Normativa regionale</b>	<b>Carte dei servizi</b>
<b>Riabilitazione terapeutica e sociale</b>	Obiettivi <i>limitare o minimizzare la disabilità</i>  Strumenti <i>progetto riabilitativo individuale</i> Valutazione non definita  Figure professionali non definite	Obiettivi <i>contrastare la cronicità e/o la deriva sociale</i>  Strumenti non definiti  Valutazione non definita  Figure professionali <i>tecnico della riabilitazione</i>	Obiettivi <i>recupero capacità relazionali gestione di aspetti quotidiani</i> Strumenti <i>Psicoterapeutici</i>  Valutazione non definita  Figure professionali non definite

Tab. 24

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* (PROVV. 7 maggio 1998).

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* (ivi).

I testi regionali, invece, descrivono la C.T.R.P. come un luogo dove realizzare azioni riabilitative intense, finalizzate a *contrastare l'evoluzione verso la cronicità e/o la deriva sociale* (D.G.R. 4080 22 Dicembre 2000).

Nei riferimenti regionali 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; si tratta di competenze sovrapponibili a quelle dello psichiatra, dello psicologo e di altre figure professionali dell'ambito clinico. Allo stesso modo anche 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, non è sufficiente a individuarne il ruolo in modo maggiormente definito, né a sostanziare il concetto di riabilitazione psichiatrica.

Nelle Carte dei Servizi 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, come *riconoscere i prodromi delle crisi, gestire autonomamente l'assunzione dei farmaci*. Gli aspetti che vengono messi in luce sembrano legati ai presupposti teorici che caratterizzano l'agire terapeutico, ma questi vengono resi espliciti solo in 2 documenti, dove si fa riferimento ad approcci integrati psicoterapeutici che danno rilevanza all'acquisizione di *strategie comportamentali* in parallelo con un lavoro che favorisce l'espressione di *modalità relazionali* funzionali ai contesti di riferimento. Un aspetto rilevante, per quanto riguarda l'obiettivo 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 a gestione diretta.

#### REINSERIMENTO SOCIALE:

	<b>Normativa nazionale</b>	<b>Normativa regionale</b>	<b>Carte dei servizi</b>
<b>Reinserimento sociale</b>	Obiettivi <i>inserimento nel contesto familiare, sociale e lavorativo</i> Strumenti non definiti  Valutazione non definita Figure professionali non definite	Obiettivi <i>lavoro</i>  Strumenti non definiti  Valutazione non definita Figure professionali non definite	Obiettivi <i>reinserimento lavorativo reinserimento in famiglia</i> Strumenti <i>lavori protetti comunità alloggio</i> Valutazione non definita Figure professionali non definite

Tab. 25

Gli estratti che definiscono l'obiettivo del reinserimento sociale mettono in luce la difficoltà individuata, nella normativa nazionale, nell'individuare 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* (D.P.R. 7 aprile 1994). Mentre a livello regionale il reinserimento viene inteso come *possibilità di lavoro*, favorito dai progetti del *Servizio integrazione Lavorativa dell'Az.Ulss* (DGR 1616 17 Giugno 2008).

Per quanto riguarda, invece, le Carte dei Servizi, il riferimento al reinserimento sociale compare in sole 6 C.T.R.P. (5 a gestione non diretta e 1 a gestione diretta), che 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 estratti, 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*.

Le considerazioni di analisi presentate per i testi normativi e amministrativi evidenziano come il passaggio dal livello normativo nazionale a quello regionale non sia significativo per sostanziare la definizione della realtà C.T.R.P.; gli estratti, infatti, conservano descrizioni ampie che lasciano spazio per l'interpretazione, delegata alle singole strutture.

I documenti descrittivi delle C.T.R.P., inoltre, mostrano una tendenza ad uniformarsi ai criteri normativi; emergono, tuttavia, definizioni degli utenti e delle finalità della comunità eterogenee. Le differenze messe in luce sembrano trovare correlazione con il tipo di gestione, con i presupposti teorici e l'ideologia di riferimento della struttura, difficilmente esplicitati nei documenti dei servizi.

## **4.2 I discorsi dei professionisti**

Le tabelle che seguono introducono le considerazioni che confrontano l'analisi dei testi normativi e amministrativi con le categorie che emergono dai discorsi dei professionisti coinvolti in questa parte della ricerca.

**C.T.R.P.:**

	<b>Contesto normativo regionale</b>	<b>Contesto amministrativo locale</b>	<b>Discorsi dei professionisti</b>
<b>C.T.R.P.</b>	<p>Definizione <i>struttura residenziale</i></p> <p>Finalità <i>intervento terapeutico riabilitativo continuativo e prolungato per situazioni patologiche conseguenti o correlate a malattia mentale</i></p> <p>Tempi <i>alta o intermedia intensità assistenziale</i></p> <p>Strumenti <i>coinvolgimento utente e familiari lavoro d'équipe</i></p>	<p>Definizione <i>struttura di passaggio provvisoria contesto terapeutico protetto luogo di vita con gli altri</i></p> <p>Finalità <i>risocializzazione autonomia</i></p> <p>Tempi non definiti</p> <p>Strumenti <i>principi fondamentali valori progetto individualizzato</i></p>	<p>Definizione <i>Non Luoghi Permeabilità Sostitutive ai manicomi Dipende dagli utenti Strutture a metà Fortemente ospedalizzate Risposta ai bisogni della famiglia e del contesto sociale</i></p> <p>Finalità <i>Contrastare evoluzione di malattia Gestione della fase post acuta Osservazione diagnostica</i></p> <p>Tempi <i>Progetto a tempo Cronicità</i></p> <p>Strumenti <i>Progetto individualizzato Diversi orientamenti</i></p>

Tab. 26

Secondo quanto analizzato, dalle risposte degli intervistati a cui viene richiesto di definire le C.T.R.P. emergono alcuni aspetti peculiari che descrivono il senso attribuito a tali strutture. I differenti tipi di gestione, descritti nei capitoli introduttivi, delle C.T.R.P. rappresentano un fattore attraverso cui è possibile leggere l'eterogeneità di queste strutture. Le comunità si differenziano anche, come già messo in luce, per il luogo che le ospita, un aspetto che emerge anche dai discorsi degli intervistati. Essi sottolineano, infatti, come alcuni luoghi isolati e lontani dai servizi di riferimento rappresentino dei "non luoghi" (T1), mentre le posizioni in contesti urbani, raggiungibili con mezzi pubblici, consentano di mantenere un legame con il territorio e favorire, quindi, il percorso di riabilitazione e reinserimento sociale. Alcune di queste strutture sono delle vere e proprie case, ad esempio in una zona di campagna, altre sono ricavate all'interno di spazi ospedalieri o in prossimità dei servizi di Salute Mentale. Secondo un intervistato, responsabile di Dipartimento di Salute Mentale, le C.T.R.P. *"in taluni luoghi sono state delle strutture che servivano a continuare la lunga degenza in situazioni di acuzie, di post acuzie, perché comunque il reparto non poteva accogliere più di tanto e non poteva mandare a casa, in alcuni luoghi sono stati utilizzati come*

luoghi per rimediare a delle carenze di tipo sociale (T5). Utilizzando le parole di un responsabile di cooperativa sociale, le C.T.R.P. rappresentano *"un luogo da abitare adattato alle esigenze e alle problematiche di chi vi accede"* (T2), infatti è *"la tipologia dell'utente che dà un po' la definizione della C.T.R.P."* (T2). Questi aspetti introducono la necessità espressa di differenziare le strutture secondo il tipo di utenza a cui si rivolgono. Una strategia che alcuni servizi utilizzano, anche in modo non formalizzato, è quella di distinguere le comunità del territorio secondo diverse finalità, da più assistenziale a maggiormente focalizzata su obiettivi di reinserimento sociale, e accolgono utenti che vengono selezionati sia per l'età che le problematiche definite dalla diagnosi psicopatologica. Dove questo non è possibile, i referenti esprimono le difficoltà di lavorare con un target di utenza misto e la necessità di strutturare gli interventi con criteri individualizzati e strumenti specifici per ciascun utente e il suo specifico percorso residenziale. Da ulteriori estratti di intervista queste strutture sostitutive degli istituti manicomiali per far fronte ai diversi bisogni dei servizi di Salute Mentale: da una parte la necessità di gestire le situazioni di acuzie oltre o in sostituzione del S.P.D.C. (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), dall'altra di rispondere alle esigenze di assistenza prolungata per un'utenza che non trova altri spazi di riferimento.

Come descrive uno psichiatra responsabile di comunità, alcune C.T.R.P., infatti, sono caratterizzate come *"una comunità che sta a metà tra il reparto quindi gli SPDC, e le comunità del territorio vero e proprio"* (T12); si può trattare di strutture *"fortemente ospedalizzate"* (T12) che accolgono un'utenza variabile e promuovono tempi di intervento molteplici.

Le C.T.R.P., come descrive un responsabile di cooperativa sociale, rispondono alle richieste dei servizi diventando *"un contenitore dove si tiene una persona perché non saprei altrimenti che tipo di risposta dare alla famiglia al contesto sociale di riferimento"* (T4). Secondo un professionista psicologo responsabile di C.T.R.P., il percorso in Comunità è finalizzato a *"contrastare anche tempestivamente l'evoluzione della malattia verso la cronicità e/o la deriva sociale dei pazienti"* (T3), ma anche *"sperimentare la capacità di gestire uno spazio proprio e mediare il rapporto tra il proprio sé e la realtà esterna"* (T3). In alcuni casi, come espresso da un responsabile di Dipartimento di Salute Mentale, hanno una *"funzione di inserimento breve, per diciamo una fase di gestione di una fase post acuta"* (T7), per cui la comunità *"può avere un significato osservazionale di tipo diagnostico"* (T7), dove la diagnosi è intesa sia dal punto di vista della patologia psichiatrica che rispetto alle *"competenze, abilità, capacità sociali, capacità relazionali ..."* (T7). I tempi di durata di un percorso in C.T.R.P. rappresentano uno degli aspetti più critici da considerare nelle definizioni delle C.T.R.P.. Nonostante *"nella C.T.R.P. ci sia un progetto che abbia una sua possibilità di conclusione"* (T7), in molti casi la mancata definizione di un progetto chiaro, definito e condiviso tra i diversi curanti e con l'utente contribuiscono alla permanenza in comunità anche per

svariati anni, con finalità che col passare del tempo si allontanano da quelle riabilitative e di reinserimento, per concentrarsi su un appoggio abitativo per persone che il servizio non riesce a pensare in altri contesti. La cronicità degli utenti, inoltre, dovrebbe rappresentare un criterio di esclusione per l'inserimento nelle comunità, ma rimane un aspetto di difficile gestione soprattutto per i Servizi invianti. I tempi di un percorso in comunità, infatti, vengono definiti con una variabilità che va dai 3-4 mesi per la valutazione/osservazione diagnostica, ai 6 mesi per interventi riabilitativi intensivi, a 1-2 anni nella maggior parte dei casi quando si parla di percorsi residenziali per la riabilitazione e il reinserimento sociale, ai 3 anni e più in situazioni che vengono valutate in modo individualizzato considerando diversi aspetti che riguardano livelli di intervento clinico-terapeutico, sociale, assistenziale. Queste variazioni, che in alcuni casi si discostano dai riferimenti normativi, vengono correlate da un responsabile di cooperativa sociale al fatto che *"manca un supporto forte per quanto riguarda la progettualità individuale, quindi una intensiva azione terapeutica riabilitativa"* (T4). Questo professionista evidenzia, quindi, alcune criticità nella costruzione di progetti personalizzati che consentono di realizzare percorsi intensivi dal punto di vista terapeutico, con una chiara definizione dei tempi di intervento. Altri fattori, descritti da alcuni intervistati, contribuiscono all'uso di differenti strumenti e modalità operative all'interno di contesti residenziali protetti, come ad esempio i molteplici presupposti teorici che caratterizzano gli interventi psichiatrici e psicologici.

**UTENTE:**

	<b>Contesto normativo regionale</b>	<b>Contesto amministrativo locale</b>	<b>Discorsi dei professionisti</b>
<b>Utente</b>	<p>Criteria diagnostici <i>rilevante patologia psichiatrica</i></p> <p>Risorse <i>risorse attivabili</i></p> <p>Fattori sociali e contestuali <i>precarietà/assenza di supporto familiare</i></p>	<p>Criteria diagnostici <i>disturbi di personalità patologie gravi</i></p> <p>Risorse <i>risorse relazionali</i></p> <p>Fattori sociali e contestuali <i>storia di vita contesto relazionale conflittuale</i></p>	<p>Criteria diagnostici <i>gravi patologie psichiatriche disturbi psicotici disturbi di personalità</i></p> <p>Risorse <i>consapevole e consenziente attiva un progetto di vita seguito dai servizi</i></p> <p>Fattori sociali e contestuali <i>deterioramento familiare isolamento sociale difficoltà di adattamento bisogni abitativi</i></p>

Tab. 27

Gli utenti che accedono ad un percorso in C.T.R.P. vengono definiti attraverso differenti caratteristiche riconducibili a vari livelli di osservazione. Dal punto di vista clinico, essi sono definiti attraverso i codici linguistici che caratterizzano l'ambito psichiatrico; ad esempio alcuni intervistati, tra cui un responsabile di comunità, fanno riferimento a "*gravi patologie psichiatriche*", come i "*disturbi psicotici*" (soprattutto la "*schizofrenia*" e il "*disturbo paranoide*") e i "*disturbi di personalità*" (T3). Considerando la prospettiva sociale, uno psicologo responsabile di cooperativa sociale descrive gli utenti come "*persone che hanno il diritto di abitare, ma non hanno un posto dove farlo*" (T1). La vita sociale, spesso, è caratterizzata da deterioramento familiare o isolamento sociale e difficoltà di adattamento.

Dal punto di vista biografico il riferimento principale riguarda l'età, che viene definita adeguata in un *range* che va dai 20 ai 45 anni circa, ma possono essere presenti in comunità anche persone con un'età superiore ai 45 anni e con una prolungata carriera nei Servizi Psichiatrici.

L'età degli ospiti è considerata un aspetto critico in modo condiviso da diversi intervistati, poiché l'efficacia dell'intervento viene legata all'età di inserimento; per questo per gli utenti di età avanzata (oltre i 45 anni) viene espressa la necessità di costruire dei percorsi differenziati, in alcuni casi maggiormente assistenziali, che si possono protrarre più a lungo nel tempo. Altri discorsi, come quello presentato da un responsabile di comunità, tuttavia, mettono in luce la presenza in queste

strutture di persone che *"non potevano essere messe in manicomio perché non esistevano più come legge"* (T12) e descrivono un'utenza difficile da collocare nei Servizi, che trova nella comunità un luogo più o meno *"provvisorio"* (T12) dove stare.

In generale, un operatore responsabile di cooperativa sociale sottolinea che per pensare ad un obiettivo condiviso del percorso *"l'ospite deve essere consapevole e consenziente"* (T2), ma anche questo ha delle eccezioni legate a quella che è considerata la *"gravità della patologia"* (T2), le possibilità di sostegno familiare, il rapporto con il Servizio inviante.

Secondo il punto di vista di un professionista che gestisce un contesto comunitario *"nel momento in cui i nostri ospiti vengono inseriti in un contesto diverso, anche i loro comportamenti cambiano completamente"* (T3), per cui diventa possibile *"iniziare a...pensare a... un progetto di vita"* (T3).

Pensando agli utenti oltre il percorso in C.T.R.P. gli intervistati descrivono diversi scenari, ancora una volta ponendo rilevanza sulla individualità dei progetti per configurare i risvolti futuri. La prospettiva di uscire dalla comunità comporta, tuttavia, la necessità di mantenere un legame con il Servizio Psichiatrico, nella maggior parte dei casi inviante, sia per quanto riguarda la terapia farmacologica che per quello che viene definito il *"sostegno psicologico"* (T3). In alcuni casi, invece, si prospetta l'inserimento in un'altra C.T.R.P. o in una comunità alloggio o in appartamenti protetti, dove proseguono e trovano nuova forma gli obiettivi del percorso riabilitativo e di reinserimento. In altri ancora, però, non è possibile pensare ad una dimissione per cui il soggiorno si prolunga nel tempo e difficilmente si riesce a pensare ad una collocazione alternativa, come un professionista, dirigente di comunità, esprime dicendo *"perché queste persone qua han trovato un equilibrio che è estremamente difficile da spostare"* (T6). In quest'ottica, infatti, la comunità è intesa come un luogo in cui l'utente può trovare un suo equilibrio esistenziale, mentre fuori dal contesto protetto possono avere difficoltà a trovare una loro collocazione.

## RIABILITAZIONE TERAPEUTICA E SOCIALE:

	<b>Contesto normativo regionale</b>	<b>Contesto amministrativo locale</b>	<b>Discorsi dei professionisti</b>
<b>Riabilitazione terapeutica e sociale</b>	Obiettivi <i>contrastare la cronicità e/o la deriva sociale</i>  Strumenti non definiti  Valutazione non definita Figure professionali <i>tecnico della riabilitazione</i>	Obiettivi <i>recupero capacità relazionali gestione di aspetti quotidiani</i>  Strumenti <i>Psicoterapeutici</i>  Valutazione non definita Figure professionali non definite	Obiettivi <i>Consapevolezza di malattia</i> <i>Indipendenza</i> <i>Autonomia</i> <i>Dare ritmo alla giornata</i> Strumenti <i>Gruppo terapeutico</i> <i>Attività educative</i> <i>Relazione con gli altri</i> <i>Relazione con gli operatori</i> <i>Progetto individualizzato</i> <i>Progetto condiviso</i> <i>Rete dei servizi</i> <i>Gruppo</i> Valutazione non definita

Tab. 28

I professionisti descrivono la riabilitazione come un intervento focalizzato su aspetti terapeutici psichiatrici che hanno a che vedere con la terapia farmacologica e con la gestione dei sintomi psicopatologici in un percorso di *"consapevolezza della malattia"* (T9), come sottolinea un operatore e coordinatore di C.T.R.P.. Contemporaneamente vengono messi in atto interventi che mirano ad un obiettivo di tipo riabilitativo, con particolare attenzione alla gestione della quotidianità, lo sviluppo di capacità autonome e la relazione con gli altri. Un percorso in comunità può essere finalizzato, secondo un responsabile di comunità, ad *"aiutare la persona a riprendere la propria indipendenza e autonomia"* (T3), ma anche dare *"una scansione dei tempi e una ritmicità alla giornata"* (T3). Il raggiungimento di questi obiettivi viene favorito dalla partecipazione ad attività strutturate e non strutturate che vengono proposte durante la giornata. Le prime prevedono la presenza di operatori e conduttori, le seconde si giocano negli spazi informali e nel tempo libero degli ospiti, usati per le uscite, per il bucato, la pulizia degli spazi. Le attività strutturate sono molteplici e includono sia l'area psicoterapeutica attraverso i *"gruppi terapeutici"* o le *"attività espressive"* sia l'area educativa che include attività di tipo *"occupazionale"* e *"ricreativo"*. Quest'ultime sono descritte attraverso diversi tipi di laboratori in cui agli utenti è chiesto di sperimentare le proprie capacità relazionali (alcuni esempi sono il *"gruppo pallavolo"*, il *"gruppo*

*culturale*", la *"montagna terapia"*, i *"laboratori musicali"* e *"artistici"*) e le abilità che sono considerate utili per l'autonomia quotidiana (alcuni esempi sono il *"gruppo cucina"* e *"pulizia degli spazi comuni"*, ma anche i *"gruppi di comunità"* in cui vengono organizzati gli impegni e vengono condivise le proposte per la gestione degli spazi, il *"gruppo uscita"* con l'accompagnamento degli operatori). Agli utenti è chiesto di partecipare a queste attività, pur valutando a livello individuale l'utilità e le difficoltà a prenderne parte. In alcuni casi le attività si collocano nel servizio di Centro Diurno, che può essere negli spazi della comunità o all'esterno, e coinvolgono anche utenti non residenziali del Centro di Salute Mentale. La riabilitazione può essere favorita, secondo uno psichiatra responsabile di C.T.R.P., attraverso *"il condividere, lo stare insieme, fare delle cose insieme, rispettare gli altri, prendersi cura di sé stessi"* (T12). Viene data, infatti, particolare importanza agli aspetti relazionali che riguardano sia le interazioni tra gli utenti che quelle con gli operatori della comunità. Uno tra gli strumenti del lavoro riabilitativo, che viene descritto da un intervistato responsabile di una comunità, è *"un rapporto con gli operatori che li possa aiutare a vedere gli aspetti patologici non come una cosa nativa del mondo, come una cosa immutabile, e i loro comportamenti come una cosa che si può modificare farli vedere farli diciamo sfruttare l'interazione con gli altri"* (T6). Come sottolinea questo professionista psichiatra, dunque, la relazione tra operatori e utenti di C.T.R.P. rappresenta uno strumento privilegiato all'interno del contesto residenziale per promuovere il cambiamento, inteso come modo di pensare a sé nella relazione con l'altro e come possibilità di azione.

#### **REINSERIMENTO SOCIALE:**

	<b>Contesto normativo regionale</b>	<b>Contesto amministrativo locale</b>	<b>Discorsi dei professionisti</b>
<b>Reinserimento sociale</b>	Obiettivi <i>lavoro</i>  Strumenti non definiti  Valutazione non definita Figure professionali non definite	Obiettivi <i>reinserimento lavorativo</i> <i>reinserimento in famiglia</i>  Strumenti <i>lavori protetti</i> <i>comunità alloggio</i>  Valutazione non definita Figure professionali non definite	Obiettivi <i>ruoli sociali</i> <i>relazione col territorio</i> Strumenti <i>Progetto individualizzato</i> <i>Progetto condiviso</i> <i>Rete dei servizi</i> <i>Gruppo</i> Valutazione non definita Figure professionali non definite

Tab.29

Nei discorsi degli intervistati viene dato poco spazio agli obiettivi di reinserimento sociale. Alcuni estratti si riferiscono ai rapporti con il "Servizio di Inserimento Lavorativo" che favorisce l'inserimento di alcuni utenti in progetti di lavoro, in altri casi si parla di inserimento in Cooperative con il "lavoro protetto". Questo è considerato, tuttavia, un aspetto importante che consente alle persone di costruire nuovi ruoli sociali, ma anche *"rimanere nel territorio e avere la propria vita dignitosa"* (T1), espresso con le parole di un responsabile di cooperativa sociale. Le C.T.R.P. non sempre sono responsabili direttamente di questo aspetto, che in alcuni casi demandano come obiettivo ad altri Servizi a cui l'utente può accedere in una fase successiva al percorso in comunità. Per alcuni responsabili questo rappresenta un aspetto critico che viene descritto come una difficoltà di collegamento con il territorio, scarsità di strutture finalizzate all'inserimento lavorativo o di supporto abitativo e carenze nella relazione con i Servizi che hanno in carico l'utente dopo il percorso in comunità. Il percorso di riabilitazione e reinserimento parte dall'idea che viene costruita nel servizio inviante. Lo strumento privilegiato di tale percorso è il *"progetto individualizzato"* (T4) formulato dai curanti con i responsabili di comunità e condiviso con l'utente. Secondo un intervistato, responsabile di un contesto residenziale protetto, questo *"ha il fine di assicurarne una efficace presa in carico in raccordo dell'intera rete dei servizi sanitari e socio sanitari dovrà essere approvato dal medico psichiatra di riferimento naturalmente"* (T3) e consente soprattutto di poter costruire gli indicatori di riferimento per valutare l'efficacia dell'intervento, il raggiungimento degli obiettivi concordati. Gli obiettivi di un percorso residenziale non possono essere perseguibili *"se comunque non sono condivisi anche con la persona stessa"* (T3), ma in riferimento all'eterogeneità dell'utenza che accede alle C.T.R.P. lo stesso professionista sottolinea che *"non con tutti è possibile farlo comunque perché non tutti i pazienti che arrivano qui hanno questa capacità"* (T3). La formulazione degli obiettivi del percorso sembrano quindi fortemente correlati sia al rapporto con i Servizi di Riferimento invianti, che definiscono il senso dell'ingresso nella comunità, sia alla valutazione delle capacità dell'utente, che in alcuni casi non è ritenuto in grado di prendere parte alla stesura degli obiettivi del suo progetto terapeutico riabilitativo. La condivisione tra operatori e utenti di quello che viene fatto è considerato un aspetto importante, per cui, come si evidenzia dalle parole di un intervistato, *"valutare quelli che sono i loro bisogni e le loro necessità e talvolta può essere scontato a volte no, nel senso che a volte ci può essere un atteggiamento più impositivo"* (T3). Questo rende talvolta molto difficile il lavoro per gli operatori, che possono trovare nella formazione e nel confronto in équipe gli strumenti e il sostegno.

Dall'analisi delle interviste ai testimoni privilegiati si evidenzia come le normative e i documenti amministrativi rappresentino i riferimenti fondamentali per il lavoro nei contesti denominati C.T.R.P.. Tale cornice può essere pensata come uno strumento di tutela per i professionisti coinvolti,

poiché possono fare riferimento ad un senso condiviso del loro lavoro. Un numero limitato di operatori, tuttavia, conosce in modo approfondito i testi che definiscono il loro stesso ruolo professionale e le finalità dei contesti che contribuiscono a definire.

In generale, si considera come le normative possano risultare vaghe su alcuni aspetti e demandino le decisioni operative a singoli contesti di intervento; questo rappresenta un elemento essenziale per spiegare la marcata eterogeneità che contraddistingue le diverse comunità, anche se collocate in un territorio comune. Dall'altra parte proprio questa eterogeneità consente di rispondere ai bisogni diversi degli utenti, delle loro famiglie e dei servizi di riferimento.

In relazione a questo i professionisti intervistati sottolineano l'importanza del rapporto con gli altri Servizi della Salute Mentale e con il territorio che ospita le comunità, da cui la necessità di costruire un lavoro di rete. In particolare, quindi, risulta indispensabile spendere le risorse, soprattutto economiche, in progetti che coinvolgano il territorio come spazio privilegiato per favorire la possibilità che gli ospiti si sperimentino attraverso ruoli sociali che consentano loro di andare oltre lo stigma di utenti psichiatrici. Il lavoro condiviso con i servizi territoriali permette, inoltre, di ridurre i tempi di inserimento in contesti residenziali e di favorire il supporto ai contesti sociali e familiari che risultano fondamentali per la realizzazione del reinserimento sociale.

Da un'altra prospettiva, tuttavia, i riferimenti alle normative di riferimento attuale, come il DGR 1616 del 2008 e Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale" della Regione Veneto per il triennio 2010-2012, costruiti attraverso un lavoro di collaborazione tra diversi attori del sistema (psichiatri, responsabili di cooperative sociali, associazioni e familiari), definiscono i criteri a cui le C.T.R.P. devono adeguarsi nell'organizzazione e nelle pratiche, ed evidenziano la necessità di introdurre dei nuovi servizi residenziali di tipo "*estensivo*" con un intervento di tipo "*sanitario assistenziale*" che consenta di gestire i numeri e i tempi di inserimento attraverso una sostanziale differenziazione dell'utenza ospitata in strutture residenziali protette.

Queste argomentazioni introducono una fase successiva del lavoro di ricerca che trova forma nella costruzione di strumenti di indagine specifici da utilizzare nei singoli contesti individuati come campi di indagine. I temi presentati precedentemente, infatti, sono stati estrapolati direttamente dai riferimenti normativi e amministrativi come le categorie argomentative utilizzate per definire la realtà delle C.T.R.P., i suoi obiettivi e la sua utenza; mentre nelle fasi successive i temi vengono ampliati e definiti sulla base delle analisi preliminari e delle osservazioni etnografiche realizzate nelle comunità.

A partire, infatti, dai temi di analisi individuati con la fase preliminare della ricerca e l'uso dei testi normativi e amministrativi che descrivono le C.T.R.P., sono stati approfonditi, grazie soprattutto

agli incontri con i professionisti nel campo di indagine, gli aspetti di criticità che emergono tra le "definizioni sulla carta" e le "pratiche di realtà".

In queste prime fasi, dunque, il ricercatore si confronta con una realtà dai contorni e dalle sfumature complesse. Diversi aspetti si intersecano tra di loro e le definizioni di partenza non sembrano sufficienti come mappe per orientare lo sguardo all'interno dei contesti della ricerca. L'eterogeneità descritta dagli operatori trova forma in una distinzione tra tipologie di gestione e collocazione nel territorio, per cui vengono scelte le comunità per lo svolgimento dello studio etnografico. Si tratta di C.T.R.P. molto diverse tra loro, attive nel territorio da tempi differenti, che rappresentano tuttavia delle realtà conosciute e di riferimento come servizi riabilitativi nella fase attuale.

Le considerazioni raccolte nelle prime fasi della ricerca, le categorie emerse dall'analisi dei testi e dei discorsi e le osservazioni condotte nelle primi momenti di ingresso nei sistemi consentono di definire in modo più dettagliato le aree tematiche di interesse della ricerca, che ripropongono i temi di partenza con ulteriori approfondimenti e sviluppi.

Nel capitolo che segue vengono riportate le considerazioni di analisi costruite a partire dai discorsi di utenti e operatori intervistati all'interno delle C.T.R.P. individuate come campi di indagine. Le analisi trovano forma in una distinzione tra diverse aree tematiche che hanno guidato la conduzione delle interviste e delle osservazioni partecipanti nella realizzazione dell'etnografia. Le categorie utilizzate vengono raggruppate in nuclei tematici, utilizzati successivamente per le analisi trasversali ad approccio critico.

## CAP. 5 LE ANALISI DEI DISCORSI SITUATI

L'analisi viene svolta su 57 interviste raccolte durante la ricerca etnografica, che ha coinvolto operatori con diverse professionalità e utenti di 6 C.T.R.P. del territorio veneto, selezionate per l'indagine. Le interviste vengono analizzate attraverso il supporto del *software* di analisi qualitativa *Transana*.

Questa prima analisi è organizzata utilizzando i temi emersi dal lavoro di revisione della letteratura, dall'analisi del contesto e dalle considerazioni che hanno condotto alla costruzione dell'intervista semi-strutturata, come strumento di raccolta dei discorsi dagli attori coinvolti nella scena d'indagine esplorativa. I temi principali che hanno caratterizzato la fase di costruzione della cornice di contesto vengono in questo lavoro ampliati e trovano forma in una serie di aree tematiche che rappresentano gli interessi della ricerca e rispondono agli obiettivi postulati, con la finalità di realizzare un'indagine qualitativa di tipo critico che renda merito alla complessità del campo di ricerca.

Le aree tematiche individuate costituiscono, quindi, i *focus* di indagine per la raccolta dei discorsi attraverso le interviste semi-strutturate. Per ciascun intervistato, infatti, viene proposta una scaletta di domande che ripercorrono le aree di interesse della ricerca, con una conduzione che lascia spazio tuttavia a digressioni, collegamenti o riferimenti alla storia di vita e di lavoro.

Le aree tematiche individuate, quindi, riprendono i temi di analisi del contesto di ricerca e vengono ampliati in temi aggiuntivi, proposti sia agli operatori che agli utenti intervistati. Il primo gruppo è dedicato alla definizione della C.T.R.P., attraverso l'uso di metafore viene chiesto agli intervistati di descrivere il servizio e le sue finalità; agli obiettivi della comunità e tra questi quale significato trovano nelle pratiche la riabilitazione terapeutica e sociale e il reinserimento sociale indicati dai testi di riferimento normativi e amministrativi. Due ulteriori aree completano questo primo gruppo dedicato alla definizione della C.T.R.P. con la descrizione degli strumenti di intervento utilizzati per il raggiungimento degli obiettivi definiti e le modalità utilizzate per valutare i percorsi costruiti all'interno della comunità. Il secondo gruppo descrive le aree tematiche che si dedicano, invece, alla descrizione dei ruoli di operatore di C.T.R.P. e utente, nella prospettiva presente e futura, per approfondire le attribuzioni identitarie e introdurre una delle aree più importanti che è dedicata all'interazione tra operatori e utenti; con questo secondo gruppo, infatti, si approfondiscono i discorsi relativi alla costruzione identitaria, alla definizione dei ruoli che vengono rappresentati nelle interazioni quotidiane all'interno della comunità e ai risvolti delle configurazioni discorsi nelle pratiche dei servizi e nelle prospettive future. Un ultimo gruppo raccoglie le prospettive di miglioramento, approfondite anche nelle interviste con i testimoni privilegiati, che consentono di

identificare aspetti su cui introdurre azioni di cambiamento volti orientate a favorire il successo dei percorsi di riabilitazione e reinserimento all'interno e oltre i contesti residenziali protetti.

Alcuni aspetti considerati rilevanti per gli obiettivi della ricerca e i nuclei tematici trasversali emersi in questa fase di analisi consentono di individuare i temi di analisi critica presentati nel capitolo successivo. Questo ulteriore approfondimento evidenzia, infatti, alcuni temi argomentativi, considerandone le peculiarità situate; vengono approfonditi ad esempio gli aspetti relazionali, la costruzione di identità e ruoli, le prospettive di cambiamento.

Per ogni intervista analizzata sono stati considerati gli estratti di testo che favoriscono l'approfondimento dei temi considerati. Di seguito vengono presentati i diagrammi riassuntivi che suddividono le categorie, definite anche come parole chiave, individuate dall'analisi descrittiva delle interviste in nuclei tematici. Differenziati secondo i temi di indagine della ricerca, tutti i nuclei vengono argomentati e descritti sia dal punto di vista dei contenuti, sia come anticipazione dei temi di analisi critica trasversali alle categorie di indagine che verranno approfonditi successivamente, utilizzando alcuni estratti di testo come esemplificazione delle considerazioni di analisi. Ogni diagramma presenta un nucleo tematico e le parole chiave in esso contenute evidenziandone le frequenze (con il numero indicato tra parentesi). L'indicatore di frequenza per gli estratti delle interviste, che viene utilizzato come riferimento anche nelle considerazioni di analisi descrittiva, rappresenta un dato di analisi e viene utilizzato in integrazione con altri dati emersi dalle osservazioni, dalle analisi precedenti, dalla letteratura, dai presupposti della ricerca e dalle teorie del ricercatore. Le frequenze maggiori, infatti, non determinano una maggiore importanza delle argomentazioni, ma vengono, tuttavia, considerate in rapporto alle altre frequenze in quanto possono rappresentare strumenti utili per descrivere aspetti differenti, valutati e descritti in modo specifico per ciascun nucleo di analisi. I numeri della ricerca, quindi, riflettono la specificità della ricerca e dei metodi di analisi e non possono essere generalizzati o attribuiti a contesti diversi, ma possono essere utilizzati in modo funzionale per le considerazioni qualitative e per individuare aree di approfondimento di analisi, per esempio considerando le differenze di frequenze tra i diversi contesti, le frequenze elevate rispetto a quelle ridotte, le differenti categorie distribuite tra i discorsi degli operatori e quelli degli utenti.

Per ciascun tema di indagine sono state, inoltre, elaborate delle tabelle riassuntive che presentano tutti i codici di analisi emersi dai dati testuali differenziati secondo i nuclei tematici costruiti nella fase di analisi. Tali tabelle riportano anche le frequenze degli estratti, distinte tra operatori e utenti, tipologie di gestione delle C.T.R.P., singoli nuclei tematici e parole chiave (APPENDICE E, p. 301).

## 5.1 La C.T.R.P. e i suoi obiettivi

### C.T.R.P.

L'area tematica dedicata alle definizioni delle C.T.R.P. da parte degli intervistati raccoglie le metafore che sia gli utenti che gli operatori scelgono per descrivere la comunità che li ospita. Dove non sono state utilizzate metafore vengono comunque riportate le argomentazioni descrittive. Viene, quindi, approfondito il senso che gli intervistati attribuiscono all'etichetta "C.T.R.P." proposta nell'intervista e in che modo i significati si differenziano a seconda del ruolo (operatore o utente) che rivestono e delle scelte argomentative che mettono in atto.

Le considerazioni di seguito vengono suddivise attraverso alcuni nuclei tematici che raccolgono categorie argomentative che presentano aspetti di comunanza. Un primo nucleo tematico è dedicato alle *relazioni interne* per cui la comunità è intesa come un luogo di relazioni tra gli utenti e con gli operatori, il secondo nucleo denominato *spazio interno* si riferisce alla comunità nei termini spaziali come un posto in cui stare. Il terzo nucleo raccoglie gli estratti di testo in cui gli intervistati descrivono la comunità in relazione alle sue *finalità* come servizio riabilitativo protetto. I nuclei successivi sono dedicati alle modalità *organizzative* che riguardano sia *aspetti interni* alla comunità, che *aspetti esterni* considerando la C.T.R.P. come parte di una rete di servizi integrati tra di loro.

I diversi nuclei tematici evidenziano come a seconda degli aspetti a cui viene data importanza la comunità possa assumere significati diversi ed essere descritta secondo differenti punti di vista.

Nelle considerazioni che seguono vengono argomentate e discusse le metafore utilizzate dagli operatori e dagli utenti che rappresentano per la presente ricerca un punto di partenza per comprendere come tali contesti possano trovare forma nei discorsi di chi li descrive e ne delinea conseguentemente le finalità e le modalità operative.

## Relazioni interne

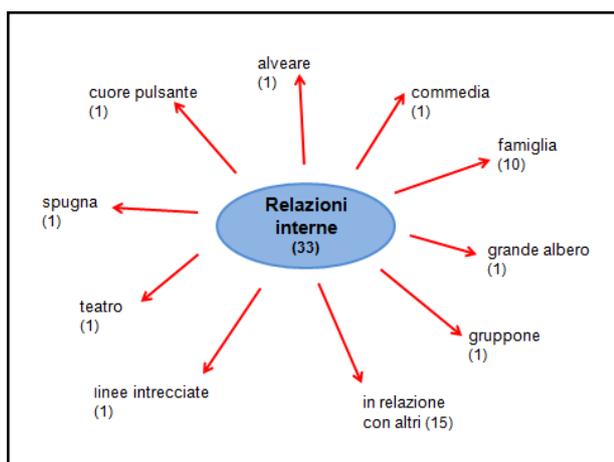


Diagramma 1

In questa categoria sono contenute le definizioni della C.T.R.P. che la identificano come uno spazio di relazioni. L'attenzione viene, dunque, focalizzata sulle relazioni che si costruiscono tra gli ospiti inseriti in un percorso residenziale di tipo riabilitativo e con gli operatori che operano all'interno di tale servizio. In tutti i tipi di comunità, sia da parte di operatori che di utenti, compaiono immagini che fanno riferimento alle relazioni interne per descrivere il servizio, per cui si sottolinea come questo sia considerato un aspetto di rilevante importanza in riferimento anche agli obiettivi della comunità e del percorso riabilitativo proposto. Del resto la C.T.R.P. è uno spazio in cui gli ospiti vivono e condividono lo spazio con altri, sia ospiti che operatori, tutte le attività del percorso riabilitativo, nelle diverse tipologie di gestione, sono pensate e organizzate con il coinvolgimento del gruppo, che diviene un vero e proprio strumento di lavoro. Come la descrive un utente di C.T.R.P. a gestione diretta, la comunità è rappresentata da tutti coloro che ne fanno parte.

Estr. 1

*Au2: un alveare, un alveare con tante api che cercano il loro miele, che lo fanno e lo cercano, non qualcosa comunque come di chiuso e di opprimente, ma proprio caratterizzato da un movimento e da una energia di un po' tutti quelli che ne fanno parte, utenti, operatori, tirocinanti, un movimento di energie, un movimento di zucchero proprio, sì non saprei cos'altro dire ...*

La metafora utilizzata da questo utente evidenzia gli aspetti relazionali, per cui la comunità è un luogo dove diversi attori operano in modo condiviso, come le api in un alveare; viene sottolineato, inoltre, il fatto che tutti contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi pur rivestendo diversi ruoli. Si evidenzia, inoltre, l'idea di movimento che viene offerta da questa immagine come un'apertura continua sia all'interno che verso l'esterno; si tratta di un movimento di energia e di zucchero, che viene continuamente costruito da coloro che ne fanno parte. La comunità può essere intesa, quindi come un luogo in cui stare *in relazione con gli altri* (n. 15), approfondendo le proprie modalità relazionali e mettendosi in gioco attraverso la possibilità di sperimentare ruoli nuovi in uno spazio

protetto, come se fosse una *commedia*. Così la descrive un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta, mettendo in luce l'importanza delle relazioni e della leggerezza negli scambi di battute con gli altri, in cui è consentito anche sbagliare.

Estr. 2

*Eu2: qua dentro ognuno sa fare tutto, secondo me potrebbe essere una commedia anche un po' scherzosa diciamo e che si può anche sbagliare, perché quando fanno almeno le commedie hanno il gobbo se ti dimentichi le battute e anche qua c'è due o tre ragazzi che mi hanno capito più degli altri, quando mi vedono serio come oggi, mi dicono ... cos'hai, è bello perché sai che qualcuno pensa a te insomma.*

In questo estratto si mette in luce come la comunità possa essere intesa come uno spazio in cui concedersi anche errori, soprattutto nelle relazioni con gli altri. L'importanza delle relazioni viene intesa come la possibilità di essere visti dagli altri, ci si può comprendere l'uno con l'altro e offrire un aiuto per trovare i copioni più adeguati alle situazioni.

Stare in uno spazio di relazione, però, non rappresenta solo dei vantaggi, ma in alcuni casi può risultare molto difficile e faticoso, perché all'interno di uno spazio condiviso è necessario adattare le proprie esigenze alla presenza degli altri e di regole generalizzate.

Diverse metafore, inoltre, identificano la comunità come una *famiglia* (n. 10). In particolare, gli intervistati di C.T.R.P. a gestione diretta e privata descrivono un luogo in cui vengono riproposti ruoli e modalità relazionali dello stile familiare, che in questo caso viene considerato funzionale per il percorso dell'utente. Ad esempio nell'estratto presentato di seguito un operatore di C.T.R.P. a gestione privata offre l'immagine di una grande famiglia.

Estr. 3

*Fo2: ... io avevo disegnato proprio la C.T.R.P., la struttura, però avevo disegnato anche delle persone che si tenevano per mano e questo appunto come simbolo che siamo tutti uniti, siamo una grande famiglia, ci supportiamo a vicenda e anche l'équipe è molto unita e mi sento protetta anche io dall'équipe, questo.*

L'operatore immagina la comunità pensando a tutte le persone all'interno che si tengono per mano con un'idea di unione. Questa immagine descrive in generale tutte le relazioni della comunità, ma si rende esplicito, soprattutto, il legame che unisce gli operatori dell'équipe che lavorano con gli stessi intenti e si supportano a vicenda. In questa metafora viene introdotto, inoltre, il riferimento alla relazione come protezione; in questo caso, ad esempio l'operatore si sente protetto dagli altri operatori del gruppo. La metafora familiare, quindi, sottolinea i legami affettivi che si costruiscono all'interno della comunità, che rappresenta uno spazio in cui sentirsi accolti, compresi e anche protetti inseriti in una rete di relazioni quotidiane che si giocano all'interno dello spazio di vita comunitario.

Le immagini che riconducono l'ambiente della C.T.R.P. alla famiglia sono portatrici anche di valori legati alle relazioni familiari e di ruoli che possono essere attribuiti agli stessi ospiti e operatori,

come figli e genitori. Vengono, quindi, identificati dei responsabili della famiglia che definiscono le regole e le modalità di organizzazione, mentre gli ospiti sono chiamati ad aderire a tali disposizioni. Dal punto di vista di un altro operatore di C.T.R.P. a gestione diretta viene sottolineato l'aspetto ambivalente della costruzione di relazioni di tipo familiare all'interno del contesto comunitario, che rende difficile trovare un equilibrio funzionale agli obiettivi del percorso tra la relazione personale e il ruolo professionale.

Estr. 4

*Ao1: ... secondo me la comunità rappresenta molto una famiglia allargata nel senso che comunque cioè l'andamento è molto familiare i pranzi le cene il tener pulita e in ordine la comunità cioè quindi c'è tutto un andamento che ti permette di avere anche un rapporto con l'utenza molto confidenziale che a volte è un bene a volte è un male perché inevitabilmente questo ti permette di entrare molto nell'ambito anche delle problematiche e a volte è bene e allo stesso tempo sta anche in determinate confidenze un rapporto comunque di amicizia certe volte da parte loro c'è questa richiesta che è una confidenza fatta a te quindi riportarli che comunque tu hai un ruolo di operatore e che l'informazione a livello del loro star male va riportato anche al gruppo équipe a volte non viene vissuto bene proprio perché si era instaurato comunque questo rapporto un po' complice quindi questa è la parte difficile ....*

In questo estratto vengono sottolineati i vantaggi del rapporto confidenziale che si costruisce tra operatori e utenti, come strumento utile al percorso. Allo stesso tempo, però, l'operatore deve mantenere il suo ruolo professionale e renderlo manifesto all'utente anche se può risultare difficile conciliare un rapporto di tipo confidenziale con i risvolti di ruolo che questo comporta. L'operatore (Estr. 4), infatti, descrive la necessità di riportare anche agli altri professionisti dell'équipe quello che gli viene raccontato dagli utenti, correndo anche il rischio di perdere la fiducia degli ospiti.

Il nucleo dedicato alle *relazioni interne* rappresenta le C.T.R.P. come luoghi di interazioni, in cui tutti gli attori contribuiscono al raggiungimento di obiettivi comuni. Le relazioni all'interno della comunità sono caratterizzate dalla distinzione dei ruoli, ma questo non risulta facile poiché la condivisione della quotidianità veicola una vicinanza confidenziale e affettiva, che in alcuni casi viene paragonata ad una relazione di tipo familiare. Tra le interazioni presenti all'interno delle C.T.R.P. vengono distinte quelle che riguardano gli utenti, il gruppo di operatori e quelle che prevedono il contatto tra i due ruoli.

## Spazio interno

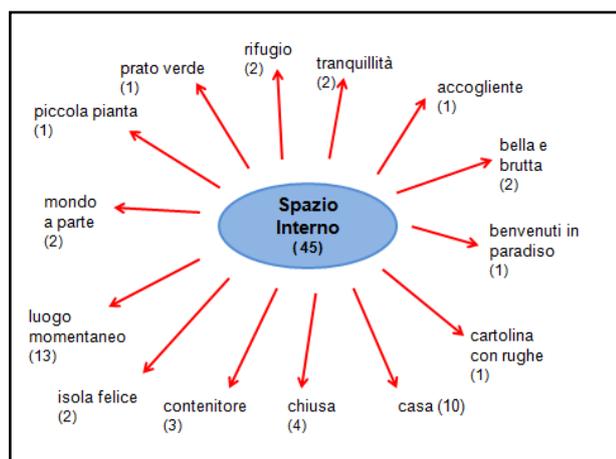


Diagramma 2

In alcune altre metafore la comunità è descritta come un luogo in cui stare, come lo spazio che in cui gli ospiti e gli operatori stanno, con immagini che si riferiscono alla struttura specifica, come la sua collocazione nel territorio o l'uso che ne viene fatto, ma anche per il significato che le viene attribuito e il clima che all'interno della comunità viene costruito.

Vengono presentate diverse descrizioni sia da parte degli operatori che degli utenti della comunità come una *casa* (n. 10), in riferimento agli aspetti di quotidianità del vivere insieme come caratteristica principale della C.T.R.P.. Come viene proposto da un operatore di C.T.R.P. a gestione privata.

Estr. 5

*Do5: beh, l'immagine è quella di una casa, non si può dire una famiglia, ma una casa dove più persone vivono insieme e condividono, questa condivisione c'è tra personale e ospiti.*

In questo estratto la comunità viene descritta come una casa ed è caratterizzata dalla convivenza tra diverse persone che abitano lo stesso posto; essa diviene quindi uno spazio da abitare adattandosi alla presenza degli altri, utenti e operatori. A differenza degli estratti presentati nel nucleo precedente, infatti, non vengono rappresentate le componenti affettive dello stare in relazione, che contribuiscono a configurare la metafora della famiglia.

La comunità rappresenta, inoltre, un *luogo momentaneo* (n. 13) dove stare, per cui si considera il servizio in senso spaziale e abitativo, ma anche temporale quando si definisce un tempo specifico e finito in cui gli utenti possono essere ospitati, per poi trovare altri luoghi in cui stare. Ad esempio, un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta evidenzia questo aspetto nella sua descrizione della comunità.

#### Estr. 6

*Ao2: ... per altri secondo me rappresenta un luogo momentaneo in cui non hanno ancora trovato un luogo definitivo quindi non sto bene a casa non sto bene fuori da solo cerco di maturare un po' e di vedere se la comunità mi può dare quel passo in più per trovare la mia autonomia ...*

La comunità, in questo estratto, diviene sostitutiva di altri luoghi in cui stare che risultano ostili per l'utente. Nello spazio residenziale protetto l'ospite, infatti, può trovare una sistemazione temporanea che sia utile per lavorare sulla sua autonomia e prepararsi alla vita fuori, nel contesto sociale adeguato.

Le metafore che si riferiscono agli aspetti spaziali, introducono, quindi, anche dei riferimenti agli aspetti temporali dei percorsi in C.T.R.P., intesa come una parentesi di vita in un percorso più ampio finalizzato a trovare collocazioni abitative e organizzazioni quotidiane stabili.

Alcuni altri estratti si riferiscono, inoltre, al luogo della comunità come *chiuso* (n. 4) rispetto al territorio e agli altri servizi, per cui a se stante, come un *rifugio* (n. 2), uno spazio che diviene un *mondo a parte* (n. 2), che non necessariamente ha legami con ciò che succede al di fuori e conserva contemporaneamente caratteristiche di protezione e di isolamento. Ad esempio, un utente di C.T.R.P. a gestione diretta descrive la comunità un luogo appartato in cui l'utente può rifugiarsi.

#### Estr. 7

*Cu3: mah la comunità rappresenta un po' un rifugio come, cioè uno che sta fuori dalla società perché non sta bene, va in comunità e viene seguito e un po' alla volta si reinserisce nella vita normale, solo che io non so perché faccio fatica un po' a stare nella società, boh forse per la vita che ho fatto prima*

In questo estratto la comunità rappresenta un'alternativa allo stare in società, che rappresenta un posto in cui l'utente non sta bene. L'utente sottolinea la sua fatica all'idea di tornare nel contesto sociale, pensando alla sua esperienza prima di entrare in comunità. La comunità rappresenta un rifugio dal mondo, ma in alcuni casi può essere un luogo protetto che gli utenti non vogliono abbandonare, pur essendo consapevoli che l'evoluzione del percorso prevede il ritorno alla vita definita come normale.

Secondo alcune descrizioni presentate sia dagli operatori che dagli utenti la comunità assume delle caratteristiche positive, un' *isola felice* (n. 2) come un luogo di pace e di tranquillità che si differenzia da quello che c'è fuori. Come sottolinea il seguente estratto di un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta.

#### Estr. 8

*Ao3: (pausa) ma mi dà un po' del dell'isola felice nel senso che non che sia un'isola felice ma che venga un po' vista dai pazienti come no qua dentro si possono fare delle cose si può anche permettersi di essere matto quindi di fare delle cose che fuori non si può fare perché se no vieni etichettato come un matto non vieni capito gli altri ti isolano, qua invece sappiamo che c'è un contenimento c'è un accoglimento di quello che è la difficoltà di quello che è il loro mondo, così un'idea di isola felice ...*

L'operatore rappresenta la comunità come un luogo in cui l'utente può permettersi di fare quello che vuole, uno spazio che lo accoglie nelle modalità in cui decide di presentarsi senza attribuirgli etichette e offrendogli la possibilità di rendere manifeste le sue difficoltà. Il processo di etichettamento, secondo questo operatore, si svolge al di fuori della comunità, nel contesto sociale che tende ad isolare ciò che non viene riconosciuto nella norma.

Mentre, secondo un utente di C.T.R.P. a gestione privata, la comunità rappresenta un luogo dove sperimentarsi nell'affrontare i momenti di crisi aiutati dagli strumenti del percorso, ma anche da uno spazio protetto e sereno in cui stare.

Estr. 9

*Fu1: sa a cosa, l'assocerei a un quadro che abbiamo di là in salotto, dove c'è scritto "welcome to paradise", dove c'è il mare, la palma e, perché è un posto che mette serenità e tranquillità nonostante ci siano i momenti di crisi ...*

Questo utente utilizza l'immagine di un quadro con la spiaggia e le palme che rappresenta il paradiso per descrivere la comunità come un posto in cui stare tranquillo e superare i momenti di crisi. Anche in questo caso il contesto residenziale si contrappone alle difficoltà incontrate fuori, dove le richieste sono maggiori così come le difficoltà.

In particolare questo nucleo di parole chiave, che fa riferimento alla comunità come uno spazio delimitato, sottolinea l'importanza che viene attribuita da parte degli stessi attori dei contesti comunitari ai luoghi scelti per tali strutture, la loro stessa collocazione fisica nel territorio diviene promotrice di definizioni della realtà C.T.R.P., che in alcuni casi rappresenta il luogo da abitare, in condivisione con gli altri, in altri il luogo che consente di allontanarsi da un contesto sociale descritto come problematico dove è difficile stare. Si sottolinea quindi la peculiarità di questo tipo di servizi che propongono un intervento "decontestualizzato" rispetto ai luoghi di vita degli utenti e, per alcune comunità, si tratta di luoghi appartati rispetto a contesti sociali, dove poter costruire una quotidianità alternativa alle proprie abitudini, anche se nella maggior parte dei casi provvisoria, per trovare successivamente le collocazioni più adeguate. Questo presenta una valenza considerata positiva, se considerata come una parentesi e la possibilità di prendere respiro e distanza dalle problematiche del proprio contesto di origine e si distanzia dalle caratteristiche di luogo di cura istituzionalizzato, ma presenta una valenza negativa quando diviene una nuova forma di isolamento sociale, per cui la comunità rappresenta uno spazio interno di tutela e di ricerca di benessere, ma non ha alcun legame con il territorio esterno, la collocazione in alcuni casi lontana da centri abitati limita le autonomie relazionali e di abitudini degli utenti.

La comunità viene, quindi, descritta come uno spazio da abitare in un tempo provvisorio. Il contesto viene caratterizzato dalla protezione che gli utenti sperimentano rispetto alle loro esperienze passate,

ma questo in alcuni casi può implicare una tendenza all'isolamento di queste strutture ed ostacolare la possibilità degli utenti di mettersi alla prova nel contesto sociale.

### **Finalità**

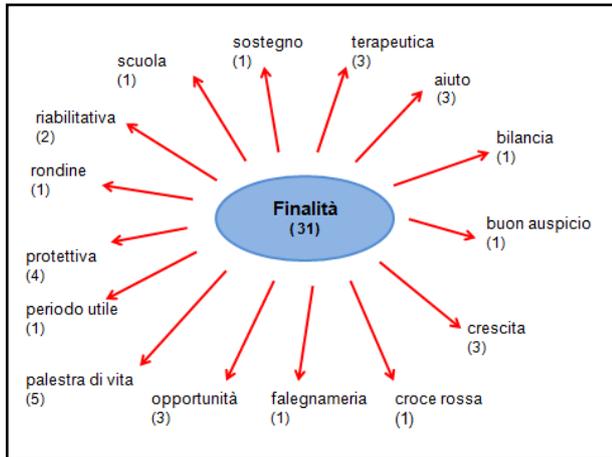


Diagramma 3

Altre descrizioni da parte di operatori e utenti fanno riferimento alle finalità della C.T.R.P. intese in senso generalizzato. Come si osserva dalla tabella vengono identificate numerose e differenziate finalità per il contesto comunitario che si distribuiscono tra le diverse tipologie di comunità e tra i diversi intervistati. La C.T.R.P. rappresenta un *aiuto* (n. 3) e un *sostegno* (n. 1) sia per gli operatori che per gli utenti.

Allo stesso modo alcuni utenti identificano il percorso di comunità come un sostegno al cambiamento di cui l'utente stesso è artefice. Ad esempio, un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta descrive la comunità come un aiuto a mettere in atto il cambiamento.

Estr. 10

*Bu1: rappresenta che aiuta un domani secondo me, di non fare gli errori che avevo fatto in passato, mi aiutano ad andare avanti invece di tornare indietro agli errori*

In questo estratto l'utente si descrive orientato nella prospettiva futura rispetto al passato. La comunità può essere intesa come uno strumento che favorisce questo spostamento e promuovere la costruzione di modalità alternative che configurino nuove possibilità.

Un altro utente, di C.T.R.P. a gestione diretta, identifica nella comunità la possibilità di *protezione* (n. 4) dallo stare male nelle relazioni in una fase in cui si sperimenta in nuove modalità di interazione e di azioni nel contesto sociale.

## Estr. 11

*Au4: ... mi protegge per...per magari non mettermi...voglio dire...per non stare male con gli altri, con la società, mi protegge per non, non comportarsi male, avere rispetto per avere dei consigli, in quanto come comportarsi col resto delle persone ...*

Anche in questo nucleo emerge dalle parole degli intervistati la necessità di sentirsi protetti, intesa come un aiuto a definire dei modi di relazionarsi e di stare nella società che portino la persona a stare bene anche fuori del contesto residenziale.

Altre metafore identificano la C.T.R.P. come un'*opportunità* (n. 3) per lavorare su alcuni aspetti di sé, essa viene descritta come un luogo in cui sperimentarsi ed esercitarsi come a *scuola* (n. 1) o in *palestra* (n.5) su nuove modalità di gestione della propria quotidianità e delle relazioni interpersonali.

Alcune definizioni raccolte in questo nucleo di questo gruppo sono caratterizzate dall'uso di aggettivi riferiti alla comunità come *riabilitativa* (n. 2) e *terapeutica* (n. 3).

In particolare sono gli utenti e gli operatori a descrivere queste finalità in stretta relazione con gli aspetti affettivi e relazionali che uniscono gli operatori con gli utenti, come mostra l'estratto di un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta.

## Estr. 12

*Bu5: anche le attività che fanno per quanto all'inizio ti sembrano così, servono! qualcuno non ti può piacere magari, però ti abitano ad alzarti alle otto di mattina, ti abitano agli orari lavorativi, a insomma...ti...ti riabilitano! è questo! perché passare da un ricovero a casa, da casa a un ricovero non concludi niente! se non c'è un percorso prima riabilitativo, qui proprio la parola chiave è riabilitare la persona!*

In questo estratto l'utente descrive la finalità riabilitativa focalizzata sulla costruzione di abitudini quotidiane e mettendo in luce la differenza del percorso residenziale rispetto all'uso dei servizi ambulatoriali.

Il riferimento alla comunità diviene in questo caso il riferimento ad un percorso con degli obiettivi da raggiungere e dei cambiamenti da realizzare. Gli intervistati si allontanano dalla descrizione degli spazi fisici in cui si svolge il percorso comunitario, ma si riferiscono ai processi evolutivi che rimandano ad un'idea di cambiamento per gli utenti inseriti all'interno della comunità, attraverso le finalità e gli strumenti che vengono utilizzati per raggiungere gli obiettivi dei percorsi.

In questa categoria l'attenzione si sposta dalle relazioni tra tutti gli attori che operano in tali contesti per concentrarsi sugli utenti e sulle loro necessità rispetto al percorso residenziale in comunità riabilitativa protetta. La C.T.R.P. è descritta come servizio di riabilitazione rivolto a degli utenti che hanno la necessità di lavorare su alcuni aspetti specifici.

## Organizzazione interna

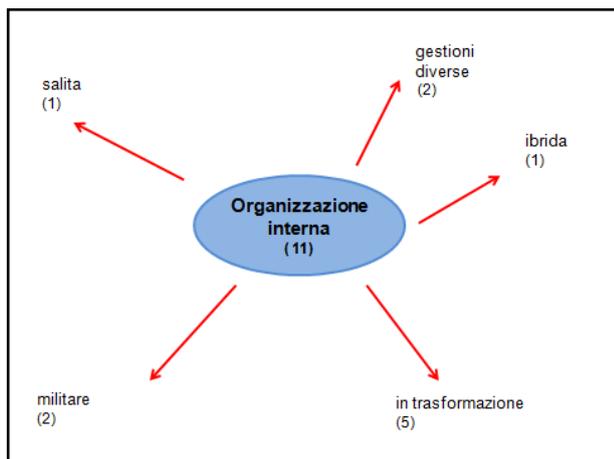


Diagramma 4

In questo gruppo vengono raccolte tutte le descrizioni che si riferiscono alla C.T.R.P. rispetto alle modalità di gestione e ai cambiamenti nel tempo del servizio stesso. Si fa riferimento all'organizzazione interna come sistema che viene mantenuto dalle regole e che si modifica continuamente con il passare del tempo e delle differenti modalità di gestione. Un utente, in particolare, di C.T.R.P. a gestione non diretta la paragona al *militare* (n. 2), sottolineando l'idea di essere controllati e di dover sottostare a delle regole definite dalla struttura sia rispetto all'organizzazione dei tempi che rispetto allo svolgimento delle attività quotidiane.

Estr. 13

*Bu3: ... sì l'ho associato un po' a quello, e poi comunque lo associa più che a un posto a una funzione che può avere, che è educativa, sicuramente educativa, può essere che sia un po' denigratoria nei momenti in cui tu fai gli errori, se li fai a casa il papà mette a posto e pulisce, se lo fai qui, viene scritto capito, qui qualsiasi cosa ha rilevanza, capito, come nel militare ...*

La metafora del *militare* utilizzata in questo estratto evidenzia soprattutto la presenza di regole e del controllo che caratterizza i contesti residenziali protetti. Questo tipo di organizzazione viene inteso come educativo, anche se può essere difficile per un utente attenersi alle imposizioni degli operatori e affrontare le conseguenze dei propri errori nel rispetto delle condizioni definite dal contesto.

Alcuni operatori, invece, si riferiscono alla comunità come un sistema *in trasformazione* (n. 5) e come una *salita* (n. 1), facendo riferimento alle modifiche continue di riorganizzazione e adattamento degli obiettivi del percorso, degli strumenti e delle modalità di utilizzo degli stessi in relazione al tipo di gestione della comunità, agli operatori che lavorano all'interno, agli ospiti che accoglie e ai vincoli organizzativi e contestuali che si presentano nel tempo. Ad esempio, un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta descrive la comunità come un'identità che si modella.

Estr. 14

Ao5: ... dico che uno cresce cioè cresce la comunità si trasforma e segue un po' l'evoluzione di quello che è la persona la maturità della persona e quindi anche la comunità quindi e tutti insieme serve per creare comunque un'identità anche se è un'identità che secondo me va in continua trasformazione quindi è un po' difficile definirla ...

Come sottolinea questo estratto la comunità viene descritta come un processo di trasformazione di tutti coloro che ne fanno parte, operatori e utenti, che si modificano e si evolvono nel tempo, favorendo la trasformazione dell'identità del servizio stesso che modifica le sue proposte operative adattandole ai bisogni interni ed esterni. Lo scopo della comunità in quest'ottica diviene in particolare riuscire a promuovere questi processi di trasformazione che sono descritti come interconnessi.

Il nucleo dell'organizzazione interna comprende estratti che si riferiscono sia alla vita degli utenti all'interno del contesto protetto sia al senso attribuito al servizio e alle modalità pratiche adottate nella gestione, che possono essere modificate e adattate nel tempo.

Tra le categorie radunate in questo gruppo si evidenzia l'uso di metafore che esprimono la staticità dei contesti comunitari, in particolare in riferimento alle regole, e altre che rappresentano il movimento e la possibilità di tali servizi di modificarsi secondo le necessità e le finalità individuate.

### **Organizzazione esterna**

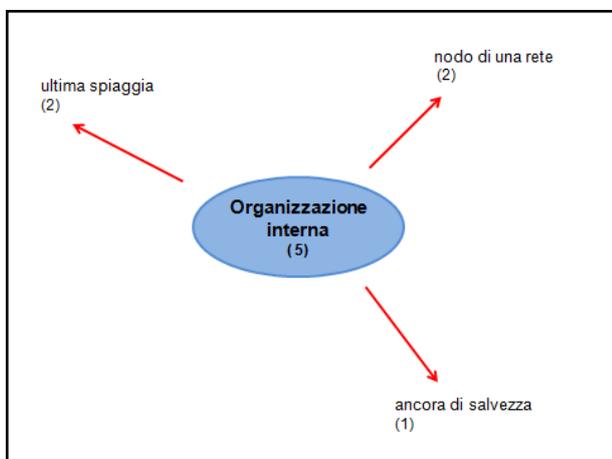


Diagramma 5

Gli intervistati si riferiscono alla C.T.R.P. come una parte di un sistema che viene costruito nella relazione tra i vari servizi coinvolti nei percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale. In due estratti il riferimento alla comunità descrive il modo in cui questa viene vista dagli altri servizi, per cui rivestita dell'immagine di *ancora di salvezza* (n. 1), come un percorso che può risolvere i problemi dell'utente, come mette in luce un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta.

Estr. 15

*Bu5: ... qui per me è stata un'ancora di salvezza, mi hanno raccolto, mi hanno guidato un passo alla volta, hanno aspettato i miei tempi ...*

In questo caso l'utente fa riferimento al momento dell'ingresso, a come stava quando è stato inserito nel percorso e cosa ha rappresentato la comunità rispetto a prima e a quello che c'era al di fuori del contesto comunitario. L'intervistato sottolinea che nella comunità vengono rispettati i suoi tempi, facendo un confronto nella parte successiva dell'estratto con le modalità utilizzate nel servizio ambulatoriale. La salvezza fa riferimento al contesto di origine da cui prende le distanze.

In alcuni casi, come descrivo gli utenti, sono gli stessi servizi di riferimento nell'ambito psichiatrico che attribuiscono al percorso in comunità l'immagine di *ultima spiaggia* (n. 2), per cui viene rappresentata come uno strumento da utilizzare quando non si vedono altre possibilità, come sottolinea un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 16

*Ao5: ... la comunità purtroppo viene vista come l'ultima spiaggia invece dovrebbe essere vista al contrario come l'inizio di un percorso ma spesso anche l'inviati la vedono prima tentano di tutto io non e in un certo senso demonizzano così la comunità perché danno una sensazione cioè allora abbiamo provato questo abbiamo provato quello non c'è altro da fare ...*

Questo tipo di immagine ha dei risvolti critici poiché identifica un'incoerenza tra come i servizi esterni vedono la comunità e come la comunità si rappresenta, tale incoerenza può rendere difficoltoso l'incontro con l'utente che inizia il percorso in C.T.R.P..

Le categorie che vengono organizzate all'interno di questo nucleo tematico si riferiscono, quindi, alla comunità come *nodo di una rete* (n. 2) di servizi del sistema sanitario. Essa non può essere considerata, infatti, indipendentemente da quello che precede in termini di definizioni e aspettative e quello che rappresenta dopo la comunità il proseguimento del percorso di riabilitazione terapeutica e sociale e di reinserimento sociale. La C.T.R.P. si colloca in un sistema di riferimento che influenza fortemente la sua identità e le sue rappresentazioni agli occhi sia degli utenti, che degli operatori che del territorio con cui la comunità stessa entra in relazione.

## **OBIETTIVI**

Gli obiettivi della comunità, descritti dagli intervistati, vengono differenziati secondo l'aspetto a cui fanno riferimento. Sono stati individuati alcuni principali nuclei rappresentativi delle sfumature di significato che caratterizzano le finalità dei contesti riabilitativi protetti. Le categorie infatti si collocano lungo un continuum che pone alle estremità l'intervento strettamente di tipo medico-clinico e un approccio maggiormente orientato a dare attenzione ad aspetti di tipo relazionale, educativo e sociale. Gli ultimi due nuclei tematici, invece, mettono in evidenza le differenze tra la

costruzione di obiettivi specifici per i singoli utenti, identificati in maniera differenziata e condivisa con gli utenti stessi, e gli obiettivi della normativa di riferimento per tutti i contesti in modo indifferenziato. Tra gli obiettivi vengono introdotti anche quelli di *riabilitazione terapeutica e sociale* e di *reinserimento sociale*, in quanto indicati sulle carte per descrivere gli intenti di intervento all'interno dei contesti residenziali protetti.

Per ciascun nucleo tematico, quindi, vengono riportate tre tabelle che si riferiscono rispettivamente agli obiettivi in generale, a quelli di riabilitazione terapeutica e sociale e a quelli di reinserimento sociale.

### Aspetti clinici

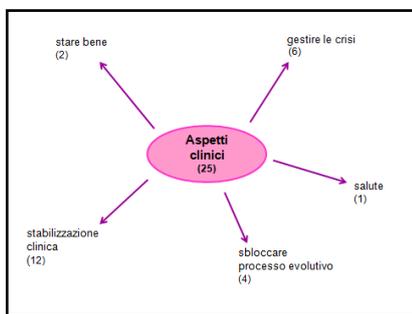


Diagramma 6

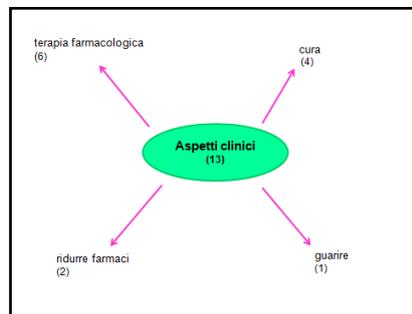


Diagramma 7

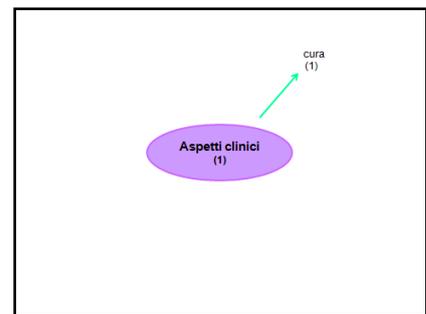


Diagramma 8

Alcuni degli obiettivi presentati dagli intervistati, che fanno riferimento ad aspetti clinici, indicano la *promozione della salute* (n. 1), intesa in senso medico come assenza di malattia, ma anche uno *stare bene* (n. 2) generalizzato. Altri obiettivi vengono descritti in modo più specifico rispetto all'ambito psichiatrico, come la *gestione delle crisi* (n. 6) e la *stabilizzazione clinica* (n. 12).

Utilizzando l'estratto tratto dall'intervista ad un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta, ad esempio, si considera come obiettivo il monitoraggio della cura farmacologica mirato a ridurre la i comportamenti che vengono considerati sintomatici.

Estr. 17

*Co2: allora l'obiettivo della comunità, gli obiettivi della comunità sono quelli della stabilizzazione clinica, dell'osservazione per esempio rispetto alla terapia somministrata che più spesso delle volte magari o è una terapia che viene tra virgolette provata e che ha bisogno per esempio anche di un periodo di osservazione anche essendoci, anzi ci sono gli infermieri che sono proprio hanno un occhio attento appunto a questa cosa, alla terapia, alla stabilità del paziente, all'osservazione delle loro reazioni alla terapia insomma ...*

Secondo quanto espresso in questo estratto, all'interno della comunità può essere svolto un lavoro di osservazione da parte degli operatori rispetto all'adeguatezza della terapia farmacologica per l'utente, che viene favorito dal fatto di poter essere a contatto con loro per un tempo prolungato e di poter considerare i risvolti funzionali e collaterali nello svolgimento delle attività quotidiane.

In questo caso, il monitoraggio dal punto di vista clinico viene individuato come l'unico obiettivo del percorso riabilitativo ed è considerato caratteristico della figura professionale dell'infermiere e del responsabile psichiatra. In altri estratti, invece, viene anche sottolineata un'attenzione all'intervento di tipo psicoterapeutico per la gestione della patologia, in integrazione con gli obiettivi di tipo educativo.

L'attenzione rivolta alla sintomatologia consente, infatti, secondo alcuni operatori, di lavorare perché l'utente possa affrontare le proprie difficoltà e sviluppare capacità di chiedere aiuto, con lo scopo di *sbloccare il processo evolutivo* (n. 4), come esprime un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 18

*Ao2: ... quindi la consapevolezza anche di avere una malattia che però questa malattia non può essere anche non considerata così invalidante che ti blocca completamente il percorso della vita cioè anche di imparare a convivere con la malattia quindi riconoscere gli alti e i bassi che ti può dare, i momenti di difficoltà a chi rivolgersi come fare ad affrontarli cioè di trovare quelle risorse che secondo me quasi tutti i nostri pazienti ce l'hanno e questo credo che sia anche un po' il compito nostro cercare a tirargliele fuori e farle riconoscere.*

Questo operatore descrive l'importanza per l'utente di essere consapevole dei suoi limiti e riconoscere le sue difficoltà per poterle affrontare, anche attraverso l'aiuto esterno. Le risorse a cui l'operatore fa riferimento sono necessarie per imparare a gestire i risvolti della malattia, attraverso la consapevolezza che questa può essere presente senza invalidare in modo totalizzante la vita dell'utente.

In questo nucleo, dunque, emerge una sovrapposizione degli obiettivi medici con quelli terapeutici in ambito psicologico per la costruzione dei percorsi riabilitativi in C.T.R.P..

Tra gli estratti che si riferiscono alla riabilitazione un numero limitato (n. 13) fa riferimento ad aspetti clinici, ma questi sono distribuiti in tutti i tipi di C.T.R.P., e sono soprattutto gli utenti a fare riferimento a tale obiettivo mettendo in risalto l'uso della terapia farmacologica.

Tra le varie definizioni la riabilitazione è intesa come una *cura* (n. 4) ed è funzionale al reinserimento nella società, come espresso dal seguente estratto dell'intervista ad un utente di comunità a gestione diretta.

Estr. 19

*Au1: riabilitazione vuol dire che qualcuno ha dei problemi e deve essere curato in tal modo da riuscire a ritrovare la sua, la sua reintegrazione nella società ...*

Questo utente, come si legge, si riferisce alla riabilitazione come un intervento che viene messo in atto verso qualcuno che ha dei problemi e che necessita di cura, in implicito in questo estratto è che si tratta di un intervento specifico sulla persona, i merito ai suoi problemi e alle sue possibilità di reinserimento sociale. Si tratta, quindi, di un obiettivo che può essere descritto in modo specifico in

merito a ciascuna singola situazione, che non viene descritto secondo un protocollo generalizzato se non il lavoro di identificare i problemi dell'ospite per identificare e promuovere i cambiamenti che sono rivolti alla possibilità di introdurre nuovamente la persona in un contesto sociale non protetto. Da parte di un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta, viene descritta la riabilitazione come l'obiettivo principale della comunità trasversale a tutte le attività. Anche in questo caso l'intervistato fa riferimento alla *cura*, intesa come il monitoraggio dell'intervento farmacologico.

Estr. 20

*Co4: ... per come usiamo noi la comunità a volte l'obiettivo è anche proprio di cura, a volte è anche provare dei farmaci in regime di osservazione controllata, la abbiamo usata anche così, è chiaro che prevalentemente è una struttura riabilitativa e la riabilitazione che fa la comunità è la riabilitazione più intensa che si possa fare secondo me, perché è sulle 24 ore ed è praticamente un ambiente riabilitativo costante quello in cui il paziente è inserito, qualunque atto della sua quotidianità viene osservato e restituito in una logica di tipo riabilitativo, e quindi in questo senso è potentissima, la riabilitazione lo sappiamo in psichiatria è l'unica strada, l'unico strumento che abbiamo per intanto gestire e lavorare su tutta la sintomatologia negativa e poi per combattere contro quella tendenza alla chiusura, all'isolamento e quindi alla perdita progressiva di abilità che purtroppo il disturbo dà ...*

Come emerge da questo estratto, la riabilitazione viene intesa non tanto come obiettivo, ma come strumento della cura, oltre all'osservazione per controllare gli effetti della terapia farmacologica scelta. Come strumento, dunque viene fatta coincidere con tutto ciò che viene proposto nel contesto comunitario soprattutto per far fronte alla sintomatologia dell'utente. In particolare, infatti, gli interventi riabilitativi si contrappongono alla tendenza all'isolamento, che rappresenta uno dei principali sintomi della patologia psichiatrica (intesa in senso generico). In questo caso, quindi, l'operatore, a differenza dell'estratto dell'utente presentato in precedenza, definisce la riabilitazione in modo generalizzato, unendo gli aspetti terapeutici e sociali, e senza fare riferimento alla peculiarità dei singoli utenti. La specificità che viene sottolineata in questo caso, tuttavia, è quella della comunità, per cui l'operatore fa riferimento ad un modo di lavorare che non necessariamente è comune ad altri contesti, ma che rappresenta una scelta della C.T.R.P. di cui fa parte; in questa comunità, infatti, viene data particolare importanza all'intervento farmacologico e la comunità stessa può essere utilizzata come un luogo dove poter monitorare la cura per un periodo di tempo limitato. A partire da questo estratto si può notare anche come, a fronte di quello che viene descritto come un modo di intervento peculiare scelto dalla singola struttura riabilitativa, quello stesso metodo viene considerato all'interno della definizione di riabilitazione terapeutica e sociale.

Tale costrutto, secondo le considerazioni dei due estratti, rappresenta, quindi un'etichetta di riferimento comune, la cui definizione può variare a seconda dei contesti e delle specifiche situazioni in termini di strumenti operativi. Secondo le parole dell'operatore, inoltre, la riabilitazione non viene identificata come degli obiettivi, ma come degli strumenti riabilitativi che consentono di

intervenire sulle modalità degli utenti considerate sintomatiche della patologia psichiatrica. In questo senso essa è intesa dal punto di vista clinico, come una delle possibilità, considerata l'unica all'interno dei contesti residenziali protetti, di intervento secondo il modello medico-psichiatrico.

In contrapposizione con la prospettiva presentata, un altro utente, di C.T.R.P. a gestione non diretta descrive, invece, la riabilitazione come qualcosa che consente alle persone di ridurre ed eliminare l'uso dei farmaci, ma anche in questo caso si fa riferimento ad un lavoro anche individuale, sul modo in cui l'utente pensa a se stesso.

Estr. 21

*Du2: riabilitare secondo me è rendere le persone autosufficienti e il più possibile libere da una terapia farmacologica e reinserirle piano piano nell'ambiente esterno senza paura, soprattutto lavorare sul processo di autostima delle persone, questo sì ...*

L'attenzione alla terapia farmacologica, nell'ottica di ridurre o di monitorare, viene rappresentata come parte dell'obiettivo riabilitativo terapeutico, che si integra con l'intervento psicoterapeutico rivolto al singolo utente.

La riabilitazione ha a che fare con l'intervento sanitario, per cui fa riferimento alla *terapia*, ma allo stesso tempo introduce l'attenzione anche al lavoro di tipo psicoterapeutico e all'importanza della relazione con l'operatore per agevolare il percorso riabilitativo.

In questo nucleo, come sottolineato, la riabilitazione viene descritta dal punto di vista terapeutico come un obiettivo in cui si integrano gli interventi di tipo psichiatrico, con la prescrizione e il monitoraggio della cura farmacologica, e quelli di tipo psicologico, con gli strumenti psicoterapeutici. Si tratta di un obiettivo che consente di intervenire sugli aspetti patologici identificati secondo la prospettiva clinica; rappresenta un lavoro di fondamentale importanza e svolto in parallelo con gli obiettivi di reinserimento sociale, in cui si lavora sugli aspetti di gestione quotidiana e di inserimento nei contesti sociali oltre gli spazi della comunità.

In alcuni casi, quindi, la cura assume un significato più ampio rispetto ai nuclei presentati nei paragrafi precedenti, per cui un intervento di tipo clinico può essere inteso anche come dare importanza alle aspettative degli utenti e alimentare la speranza di poter trovare una collocazione sociale oltre il percorso comunitario.

## Aspetti educativi

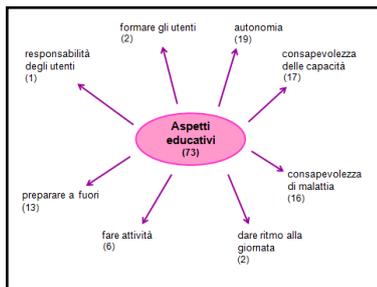


Diagramma 9

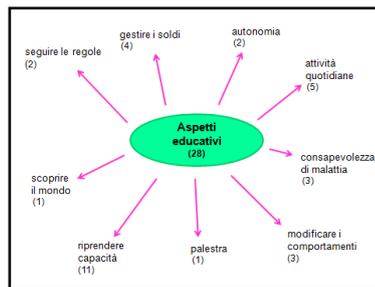


Diagramma 10

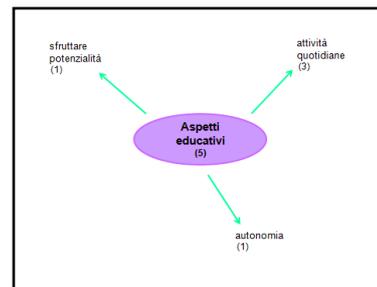


Diagramma 11

Gli obiettivi di tipo educativo presentano una maggiore frequenza distribuita in tutte le C.T.R.P. coinvolte nella ricerca. In particolare, gli aspetti educativi fanno riferimento alla *consapevolezza della malattia* (n. 16) e *delle capacità* (n. 17), come evidenzia un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 22

*Ao4: gli obiettivi sono appunto quelli di renderli intanto appunto consapevoli del loro stato di malattia di saperlo gestire di accettare anche l'assunzione di una terapia anche a vita può succedere magari diminuendola nei giorni andando avanti insomma e questo sicuramente sono i punti principali poi naturalmente anche una consapevolezza di se stessi delle proprie capacità avere la possibilità di credere un pochettino di più in se stessi insomma rendersi conto che hai delle capacità che puoi applicare e anche di accettare i limiti ....*

Secondo le parole di questo intervistato, è importante che il percorso in comunità aiuti gli utenti a comprendere le proprie capacità, ma anche di accettare i propri limiti legati alla patologia psichiatrica, che vengono considerati imm modificabili, aspetti con cui gli utenti devono convivere alla ricerca di modalità di funzionamento adattive.

Anche la riabilitazione viene intesa come un intervento di tipo educativo da parte degli intervistati quando questi introducono la possibilità di mettere in atto un intervento che consenta agli utenti di *riprendere le proprie capacità* (n. 11). Come evidenzia un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta riprendere le capacità indica offrire la possibilità all'utente di essere consapevole delle proprie capacità, tra cui quella di saper convivere con i propri limiti legati alla malattia.

Estr. 23

*Ao2: ... nel senso secondo me si intende fargli riprendere quelle capacità che senz'altro o hanno messo da parte sempre a causa di questa malattia o hanno estrema difficoltà a recuperarle o alcuni probabilmente non hanno neanche mai trovato lo stimolo giusto per attuarle per metterle in movimento e credo se la riabilitazione in ambito fisico per esempio se uno zoppo che inizia a ri-camminare qua per me la riabilitazione è che un paziente ipotesi che può avere deliri e allucinazioni noi gliele togliamo impariamo a farlo convivere a vivere con queste cose cerchiamo di fargli capire magari di tenere quelle che gli danno meno fastidio imparare a contrastarle e ad affrontare il mondo esterno.*

Questo operatore mette in luce la necessità per gli utenti di saper utilizzare le proprie risorse e capacità per vivere nel mondo esterno alla comunità, paragonando la riabilitazione psichiatrica con quella ortopedica, per cui l'utente è paragonato ad uno *zoppo* che può essere aiutato a riprendere a camminare.

Si tratta di una visione dell'intervento in ambito riabilitativo psichiatrico che si discosta dall'intervento clinico orientato semplicemente all'eliminazione o diminuzione della sintomatologia. Da questi estratti emerge come la riabilitazione venga intesa come un processo per rendere manifeste capacità già presenti nella storia dell'individuo, in alcuni casi, come si evince dalle parole dell'estratto precedente, si tratta di ripristinare uno stato che era nel passato e che è nella memoria della persona. Questo appare in linea con l'uso di un termine, quale "riabilitazione", che richiama nella sua stessa etimologia un'azione per recuperare qualcosa che è stato perso. Dalle considerazioni fin qui presentate emerge l'idea che i sintomi e le difficoltà rappresentano delle modalità che non consentono alle capacità soggiacenti di poter essere messe in atto, per cui la proposta da parte degli operatori di eliminare, anche attraverso l'intervento farmacologico, le difficoltà incentivando l'uso e la sperimentazione delle capacità.

Nelle diverse tipologie di comunità si sottolinea l'attenzione alla promozione di *autonomia* (n. 19), che rappresenta sia per gli operatori che per gli utenti una caratteristica fondamentale per l'inserimento sociale e la gestione della propria quotidianità oltre il percorso in comunità. Un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta descrive nel seguente estratto il senso che attribuisce all'obiettivo dell'autonomia.

Estr. 24

*Eo2: beh l'autonomia prima di tutto, cioè portarli in un qualche modo ad avere un minimo di autonomia nella gestione della propria vita, quindi dal lavare a stirare, a farsi da mangiare a farsi le pulizie, al sapersi cambiare, l'igiene personale, fino poi allargandoci un po' di più a poter prendere un mezzo pubblico da soli, a poter accedere al C.S.M. da soli, poter prenotarsi una visita da soli, quindi insomma si punta soprattutto all'autonomia ...*

In questo estratto l'operatore mette l'accento, in particolare, sulle gestione delle attività quotidiane come obiettivo di un percorso in comunità. L'autonomia, infatti, viene descritta attraverso degli esempi concreti di attività che l'utente può essere chiamato a svolgere da solo, con lo scopo di renderlo capace di vivere fuori dal contesto comunitario anche da solo.

Tutti questi aspetti descrivono una comunità che è orientata a *formare gli utenti* (n. 2), ad insegnare delle modalità per gestire la propria vita anche fuori dal contesto comunitario. Viene data così particolare attenzione agli strumenti di intervento di tipo educativo, legati anche alla presenza di figure professionali educatori, che sono identificati come responsabili di queste aree di lavoro, soprattutto focalizzate su aspetti concreti della quotidianità.

In quest'ottica lo spazio della C.T.R.P. può essere paragonato ad una *palestra* (n. 1) dove gli ospiti possono sperimentarsi nelle attività quotidiane, così come la descrive un utente di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 25

*Au2: riabilitazione a me fa pensare dopo un periodo di malattia o convalescenza comunque, quindi mi viene da pensare che questa è una palestra in cui bisogna fare ginnastica per poter rientrare nell'ambito del lavoro con la forza per riuscire a sostenere un determinato tipo di ore con un determinato tipo di attività e riuscire a mantenere anche i legami interpersonali soprattutto direi questo ...*

In questo estratto il periodo in comunità rappresenta una convalescenza utilizzando l'immagine della riabilitazione in senso medico, per cui in questo lasso di tempo l'utente si allena per poter essere preparato a gestire la sua vita fuori dalla C.T.R.P..

Tra le definizioni di riabilitazione radunate nel nucleo dedicato agli aspetti educativi si presenta, inoltre, il riferimento ad alcuni aspetti specifici su cui viene focalizzato il lavoro come la *gestione dei soldi* o il rispetto delle *regole*, che consentono agli utenti di organizzare la propria quotidianità secondo uno stile considerato funzionale sia all'interno che all'esterno del contesto comunitario.

Altri aspetti evidenziati da questo nucleo si focalizzano sulla gestione della quotidianità, per cui viene data importanza al *dare ritmo alla giornata* (n. 2), *fare attività* (n. 6) e *preparare a fuori* (n. 13).

Come sottolinea in particolare un utente di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 26

*Cu3: ma abituare le persone ad avere delle responsabilità, perché un domani nel lavoro tu sai che hai degli orari fissi, devi prendere i mezzi giusti, devi andare sul posto giusto, devi stare tot ore, devi rendere tot, tanti, cioè la vita normale che richiede delle, come si dice, delle cose normali insomma, dei ritmi, delle cadenze e 'ste cose qua, almeno io credo ...*

In quest'ottica vengono identificati come obiettivi della comunità tutte quelle attività strutturate e non, ma anche organizzative che si propongono all'interno della comunità stessa, che sono considerate da operatori e utenti come propedeutiche alla costruzione di abilità da utilizzare nel futuro reinserimento in contesto sociale.

La descrizione della riabilitazione come un cambiamento che avviene all'interno del contesto protetto porta in sé anche la teoria che questo possa essere applicato anche fuori dalla comunità, nel contesto sociale che accoglie la persona dopo il percorso riabilitativo.

Per quanto riguarda il reinserimento sociale, dunque, gli aspetti educativi vengono evidenziati in un numero ridotto di estratti (n. 5), emerge in particolare anche in questo caso la categoria dell'*autonomia* (n. 1) e del favorire l'espressione delle *potenzialità individuali* (n. 1).

Estr. 27

Co1: sfruttare, usare al meglio le potenzialità che ha ognuno, perché non tutti siamo bravi a disegnare e quindi non gli posso far fà il pittore a uno che non è portato magari per il disegno però è bravissimo a scrivere e sfrutterei di più la persona per scrivere se in quel caso quella è la sua dote, sul reinserimento in società ti ho detto sfruttare le potenzialità del singolo e non certo a spese della collettività secondo me, cercare un'autonomizzazione su quello che renderebbe la persona più autosufficiente e comunque anche più soddisfatta interiormente e sicuramente vivrebbe anche meglio il suo stato di malessere comunque fisico che ha ...

Il reinserimento sociale, come sottolinea questo operatore, richiede innanzi tutto l'espressione delle capacità del singolo e della sua autonomizzazione. Per questo tutte le attività quotidiane che vengono proposte all'interno della comunità e le attività che consentono di sperimentarsi anche fuori sono funzionali a questo obiettivo e permettono di valutare le possibilità di funzionamento nel contesto sociale, che comporta interazioni con gli altri, una collocazione lavorativa e l'organizzazione di una vita autonoma.

In questo nucleo, infine, vengono identificati tre principali temi che caratterizzano gli obiettivi di tipo educativo delle C.T.R.P.: la consapevolezza dei limiti e delle risorse da parte dell'utente, la sua formazione attraverso la sperimentazione di sé nelle attività quotidiane e la costruzione di strategie e competenze di autonomia.

### Aspetti relazionali

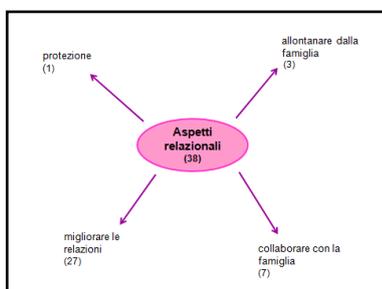


Diagramma 12

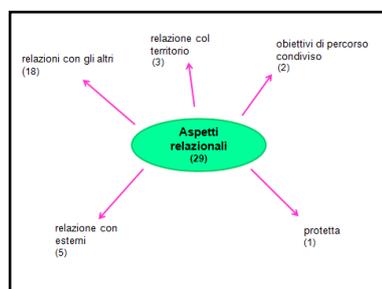


Diagramma 13

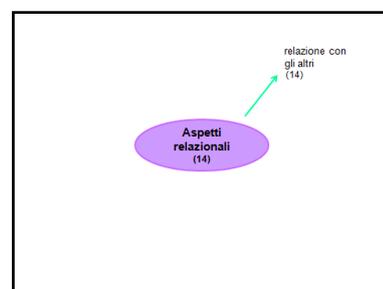


Diagramma 14

Tra gli aspetti relazionati viene data particolare importanza alla *collaborazione con la famiglia* (n. 7), che come sottolinea un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta rappresenta un obiettivo fondamentale per favorire il percorso di riabilitazione e di reinserimento dell'utente in comunità.

Estr. 28

Ao2: ma secondo me appunto il tempo in cui il paziente è ammalato da tanto tempo un buon supporto familiare è fondamentale secondo me ossia buono non intendo che devono essere i familiari ideali per noi però che ci siano riuscire a stabilire noi una collaborazione con i familiari quindi non creare un una spaccatura tra noi e i familiari e questo secondo me è fondamentale ...

Questo operatore sottolinea l'importanza di includere tra gli obiettivi di intervento in un contesto riabilitativo protetto anche la costruzione di un rapporto funzionali con i familiari degli utenti. La famiglia rappresenta, infatti, un riferimento fondamentale nel contesto sociale dell'utente e viene intesa come uno strumento che può essere utilizzato per favorire il raggiungimento degli obiettivi, ma può rappresentare un ostacolo o rendere più difficoltoso il cammino quando si presentano conflitti con i responsabili della comunità o non si condivide la direzione del lavoro.

Secondo alcuni operatori, invece, come descrive un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta, l'obiettivo stesso del percorso in comunità può essere principalmente quello di *allontanare* l'utente *dalle sue relazioni familiari* (n. 3) problematiche e in quest'ottica, proprio il percorso in comunità e il sostegno terapeutico può favorire la costruzione di nuove modalità relazionali anche familiari che consentano all'utente e ai suoi familiari di introdurre nuovi presupposti per un futuro ritorno al contesto di origine dell'utente. Le parole dell'operatore che vengono presentate di seguito riassumono queste considerazioni.

Estr. 29

*Co3: a volte c'è proprio bisogno di un allontanamento per un periodo per fare anche diciamo respirare anche il resto della famiglia e per capire se c'è qualcosa che si può migliorare magari nei rapporti e così, ecco magari a volte vengono fatti anche nel frattempo degli incontri con la psicologa, con i familiari per vedere di mediare un po' le situazioni che si vengono a creare quando sono in casa insomma ...*

In alcuni casi la famiglia rappresenta uno dei principali problemi dell'utente, per cui la comunità può rappresentare un'occasione per prendere mettere le distanze tra gli ospiti e i loro familiari. Secondo quanto espresso da questo intervistato, questo può rappresenta un vantaggio sia per i familiari, che possono delegare per un po' a qualcun altro la cura e la gestione, sia per l'utente che può trovare nel percorso in comunità le risorse necessarie anche per gestire meglio le relazioni familiari.

In tutti i contesti coinvolti nella ricerca, sia da parte degli operatori che degli utenti, gli obiettivi della comunità sono di *migliorare le relazioni* (n. 27). Come già evidenziato in nuclei tematici precedentemente trattati, infatti, all'interno dei contesti comunitari l'intervento è orientato a lavorare soprattutto sulle modalità relazionali come un aspetto ritenuto fondamentale per favorire il cambiamento dell'utente nel modo di pensare a sé e prospettare la sua vita nel contesto sociale.

Anche nelle definizioni proposte dagli intervistati che mostrano il senso attribuito al percorso di riabilitazione terapeutica e sociale viene dato uno spazio privilegiato agli aspetti relazionali.

Da parte di un operatore e di un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta ad esempio viene data importanza alla condivisione degli obiettivi del percorso.

## Estr. 30

*Eo4: ... però si spesso c'è il concetto teorico e poi c'è la pratica insomma, c'è già come uno scollegamento, uno scollamento tra teoria e pratica, soprattutto se la metti dal punto di vista che io decido, decido qual è il tuo progetto, dove devi uscire, che tipo tra virgolette di lavoro, non è proprio così, però in qualche modo io penso al tuo progetto, per cui si io voglio che tu ti reinserisca, mi aspetto che tu ti reinserisca poi magari non ti do gli strumenti per farlo, credo che adesso c'è un po' la tendenza a ribaltare appunto le cose e decidere insieme cosa vuol fare la persona, perché se la persona non ha comunque nessun interesse a socializzare, è inutile che noi vogliamo farla socializzare o a lavorare ...*

Anche in questo estratto si presenta un percorso che si costruisce insieme tra gli attori coinvolti e che non può essere determinato indipendentemente da essi. La riabilitazione viene considerata un obiettivo che può trovare forma solo nella personalizzazione dell'intervento a seconda delle difficoltà e delle risorse delle persone a cui è rivolta.

In tutti i tipi di comunità viene indicata come riabilitazione lo sviluppo di nuove modalità di relazione con gli altri in senso generico che si possono strutturare nel tempo come abilità interpersonali. Per gli utenti sentirsi capaci di relazionarsi con gli altri rappresenta il presupposto fondamentale per potersi pensare al di fuori della protezione comunitaria. Anche in questo caso, il nucleo dedicato agli aspetti relazionali sottolinea come il raggiungimento degli obiettivi del percorso venga rappresentato come un processo che si costruisce nelle interazioni. Per questo l'utente non è tale indipendentemente dalle persone e dai contesti che lo considerano tale e l'utente non può sperimentarsi in nuovi ruoli se non attraverso interazioni funzionali che gli consentano di sperimentare modalità di espressione di sé alternative.

Tra gli aspetti relazionali vengono considerati anche i riferimenti degli estratti all'interazione con attori esterni alla comunità, seppur in numero esiguo (n.3). In alcuni estratti, inoltre, gli operatori in particolare specificano l'importanza della relazione col territorio come lavoro che può essere compreso nell'obiettivo riabilitativo. Un operatore di C.T.R.P. a gestione privata sottolinea, infatti, l'importanza di creare situazioni che consentano agli utenti di muoversi nel territorio e di sperimentare le competenze apprese o latenti che offrano esempi di rappresentazioni di sé adeguate ai diversi contesti e funzionali al progetto che lo vedrà uscire dal contesto protetto.

Gli estratti di questo nucleo consentono di evidenziare la complessità del lavoro svolto nei contesti comunitari, perlomeno in termini di discorsi, che comprende il lavoro con gli utenti, ma anche nella prospettiva di costruire percorsi di reinserimento sociale con i territori e i servizi che accolgono gli stessi utenti nelle fasi successive.

La cura delle relazioni si espande anche oltre i confini della comunità, ma questo rappresenta anche uno degli aspetti più critici, evidenziato precedentemente, da realizzare nel sistema attuale di organizzazione dei servizi di salute mentale.

Un numero rilevante di stralci (.n14) riferisce il reinserimento sociale ad aspetti relazionali, gli estratti sono equamente distribuiti in tutti i tipi di gestione di C.T.R.P.. Come sottolinea un operatore le relazioni comprendono sia la costruzione di una rete con le realtà sociali del territorio sia il favorire momenti di interazione tra gli utenti, ma soprattutto anche con persone esterne alla comunità. Un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta, infatti, come il reinserimento parta dalla possibilità di fare esperienze fuori, nel territorio, per costruire le basi di una vita in relazione con altre persone e con il luogo che li ospita.

Estr. 31

*Ao3: beh anche pensando un po' ai tentativi che abbiamo fatto in passato di riappropriarsi degli spazi esterni tipo la biblioteca, la palestra, la parrocchia, quello che offrono non so il patronato, il centro sociale, il conoscere un po' che ci sono queste realtà che ci sono queste situazioni e riuscire un po' alla volta a ricontattarle a viverle a riviverle magari anche con altri utenti l'assaporare il piacere di vivere in determinate situazioni sia con altri utenti e magari ritrovando anche vecchie amicizie o facendo anche amicizie all'interno di queste situazioni che offre il territorio ...*

In questo estratto la comunità si assume la responsabilità di creare dei legami con il territorio che consentano agli utenti di muoversi in situazioni di socialità e di sperimentarsi in relazioni vecchie e nuove.

In questo nucleo vengono descritti gli aspetti relazionali considerati come obiettivi del percorso in comunità. Le relazioni riguardano i rapporti con la famiglia degli utenti, che rappresenta un riferimento fondamentale per il successo del progetto di riabilitazione e reinserimento, le interazioni tra gli utenti all'interno del contesto residenziale, come sperimentazione di sé e definizione di competenze interpersonali da utilizzare fuori, e il territorio che rappresenta il contesto sociale che accoglierà l'utente dopo il suo periodo di inserimento in C.T.R.P..

### Aspetti sociali

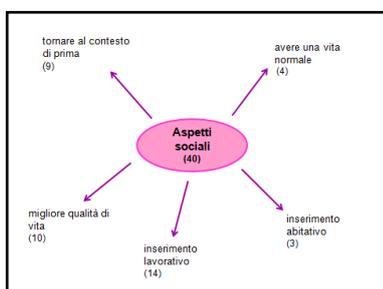


Diagramma 15

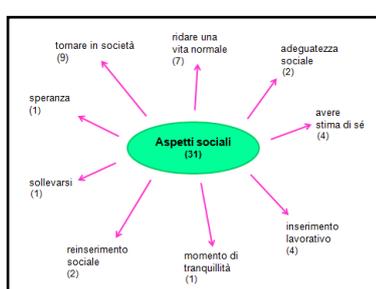


Diagramma 16

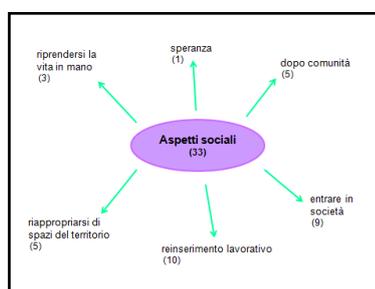


Diagramma 17

Gli aspetti sociali racchiudono obiettivi che sono rivolti al reinserimento nel contesto sociale esterno alla comunità. Il percorso in comunità è orientato infatti a costruire i presupposti necessari *tornare al contesto di prima* (n. 9), dove possibile.

Viene data particolare attenzione all'*inserimento abitativo* (n. 3) e, soprattutto, a quello *lavorativo* (n. 14) e gli interventi sono finalizzati a *migliorare la qualità di vita* (n. 10) dell'utente oltre il percorso riabilitativo, come viene descritto da un utente di C.T.R.P. a gestione diretta :

Estr. 32

*Du2: ma una comunità riabilitativa deve riabilitare, cioè ti deve dare l'imput per poter andare fuori da qui con una carica dentro o delle forze, con nuove forze, questo io mi aspetto, cioè è troppo? non lo so, però per me è quello, se io ho 57 anni chiedo di avere qualcuno che mi dia la forza di riaffrontare il mondo ...*

In questo estratto l'utente definisce la riabilitazione come uno strumento per uscire dalla comunità, per trovare la forza di affrontare quello che c'è fuori. Attraverso questa definizione degli obiettivi della comunità viene sottolineata l'importanza di costruire percorsi orientati al reinserimento sociale, che spesso rappresenta una grande difficoltà per l'utente, per la comunità diviene un aiuto a questo progetto.

Il nucleo dedicato alla descrizione degli aspetti sociali della riabilitazione presenta categorie sovrapponibili al reinserimento sociale. In particolare, infatti, vengono radunate in questo gruppo categorie come *tornare in società* (n. 9) soprattutto in gestione non diretta sia da parte di operatori che di utenti, che descrivono questo aspetto come parte integrante del percorso riabilitativo.

Altri estratti evidenziano la distinzione tra il lavoro dentro la comunità e quello fuori, per non si può pensare alla riabilitazione se non in funzione di un inserimento sociale e dello sviluppo di capacità che consentano di trovare uno spazio sociale in quello che gli utenti stessi definiscono come *mondo reale*.

La comunità viene descritta come un luogo a parte, protetto, che si differenzia da quello che c'è fuori, ma che rappresenta l'opportunità per prepararsi all'inserimento. Il lavoro soprattutto viene considerato lo strumento privilegiato per la costruzione di un ruolo sociale che consenta all'utente di trovare una sua collocazione nel contesto sociale come individuo autonomo. Un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta evidenzia come lo scopo della riabilitazione sociale sia proprio la definizione di questo ruolo da impersonare fuori dalla comunità nella relazione con gli altri.

In coerenza con questo discorso vengono inseriti all'interno di questo nucleo tematico altri estratti che fanno riferimento alla riabilitazione come un intervento per favorire l'adeguatezza sociale e la stima di sé, intesa nel senso comune come il presupposto fondamentale per sentirsi adeguati nel confronto con gli altri e nel contesto sociale. Un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta in particolare introduce la definizione della riabilitazione come un lavoro identitario per cui all'interno della comunità viene costruita la consapevolezza delle caratteristiche e delle capacità che possono essere utilizzate quando si esce e ci si confronta con gli altri.

### Estr. 33

*Bo5: la riabilitazione è invece tutto quello che ha a che fare la riabilitazione sociale tutto quello che ha a che fare appunto con questa ripresa di ruolo con questa ripresa di identità e di soddisfazione di quello che posso essere di quello che posso diventare no per cui la riabilitazione è fatta di progetti che vanno a cambiare magari quello che è un po' il modo di vivere di approcciarsi all'esperienza della persona che poi è un lavoro che va sia all'esterno che all'interno ovviamente la riabilitazione fa sì che una persona durante un percorso riabilitativo possa riappropriarsi di parti di sé e di possibilità che altrimenti non riesce a sentire proprie ...*

Con le parole di un utente, sempre di C.T.R.P. a gestione non diretta, la riabilitazione rappresenta un momento di tranquillità per prepararsi a quello che si incontra fuori.

### Estr. 34

*Bu2: riabilitazione e reinserimento, riabilitazione è come un momento di tranquillità per guarire la malattia e poi per andare nel mondo del lavoro ...*

Quest'ultimo estratto mette in luce come rispetto agli obiettivi della comunità, in particolare in riferimento a quelli che possono essere descritti attraverso l'etichetta di riabilitazione terapeutica e sociale, sia presente nei discorsi degli intervistati, sia operatori che utenti, l'idea che la comunità rappresenti un luogo che si differenzia dal mondo reale, in alcuni casi un momento per esercitarsi, in altri per stare tranquilli, per prendere consapevolezza delle proprie capacità e affrontare i propri malesseri. Il senso del percorso in C.T.R.P. viene, tuttavia, identificato nella costruzione di strumenti intra e interpersonali che consentano a ciascun ospite di trovare uno spazio fuori, nel contesto sociale. Si sottolinea, inoltre, la necessità di costruire dei percorsi di intervento il più possibile personalizzati, che tengano quindi conto delle peculiarità e dei bisogni dei singoli per favorire il cambiamento e la realizzazione del percorso fuori dal contesto comunitario.

Per quanto concerne, invece, il tema del reinserimento sociale le categorie presenti nel nucleo dedicato agli aspetti sociali si riferiscono soprattutto all'*inserimento lavorativo* (n. 10).

Il lavoro rappresenta un modo per collocarsi in un certo ruolo, la possibilità di costruire un'autonomia economica, ma anche di esprimere le capacità individuali e di occupare il tempo.

Un utente di C.T.R.P. a gestione diretta esprime nella sua definizione l'idea della fatica che gli comporta sperimentarsi nel lavoro, sottolineando due esperienze diverse da lui sperimentate in relazione a due tipi diversi di lavori in fasi differenti del percorso.

### Estr. 35

*Cu2: sì sì ... sì però non è facile però, non è che uno fa un tirocinio lavorativo e gli va dritto che lo assumono insomma, a me non è andata bene ... però cioè io vedo che l'assistente sociale di ..., dopo che ho fallito con la fabbrica, cioè mi ha anche compreso credo insomma, che non andavo al lavoro perché, non era da me che veniva insomma, stavo male e non riuscivo, quindi non è che penso adesso il prossimo lavoro che può essere il giardinaggio, intanto non ho più gli svantaggi di quando ero a casa, che non riuscivo, perché quando vado a casa adesso lavoro in casa insomma, quindi mi tengo allenato ...*

Come sottolinea questo utente il lavoro per gli utenti ha senso quando rappresenta un'occasione per sperimentare le proprie capacità, per questo è importante che gli operatori intervengano nel caso in cui l'inserimento lavorativo sia gestito in modo non funzionale o non permetta all'utente di mettere in atto rappresentazioni di sé come adeguato al contesto in cui si trova. Questo tipo di obiettivo richiede tempi anche lunghi che spesso non si esauriscono con il percorso comunitario, ma è un lavoro che continua anche dopo considerando i cambiamenti che altri contesti abitativi comportano. L'utente nelle prime fasi può essere monitorato al fine di identificare la collocazione per lui più adeguata che potrà essere mantenuta anche oltre il periodo di residenzialità protetta.

In senso più generale si parla di entrata in società, attraverso il lavoro e attraverso le modalità relazionali considerate funzionali. Secondo un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta, infatti, diverse attività rientrano nell'obiettivo del reinserimento sociale, compreso il contatto con il territorio esterno.

In generale, il reinserimento diventa nelle descrizioni degli intervistati parte dell'obiettivo di riabilitazione. I due non possono realizzarsi se non in parallelo e si protraggono in diverse fasi dell'intervento.

In questo nucleo gli aspetti sociali degli obiettivi della comunità riguardano la collocazione abitativa, l'inserimento lavorativo e il rapporto con il territorio. In quest'ottica la C.T.R.P. rappresenta un luogo temporaneo in cui gli utenti si preparano alla vita fuori e a confrontarsi con le loro difficoltà ad adattarsi alle regole e alle richieste del contesto sociale.

### ***Individualizzati***

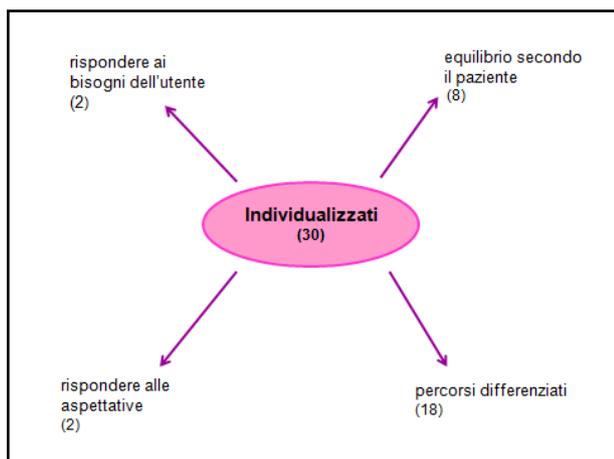


Diagramma 18

Alcuni operatori e utenti sottolineano l'importanza di costruire gli obiettivi dei percorsi riabilitativi protetti in modo individualizzato, dando quindi importanza alle aspettative e ai bisogni dell'utente.

L'obiettivo diviene secondo alcuni la costruzione di *percorsi differenziati* (n. 18), come espresso chiaramente da diversi operatori, di seguito ad esempio le parole di un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta.

Estr. 36

*Bo4: sì diciamo che cioè ci sono degli obiettivi così di carattere generale però dopo ognuno ha un suo progetto individualizzato in cui si va a costruire con lui in base va beh ad una scheda di valutazione che viene fatta sull'analisi dei suoi bisogni viene poi calato un progetto un po' più su di lui viene cucito diciamo addosso e scelto con lui quali su quali obiettivi lavorare e sulla base di questo poi si cammina in base ognuno ha un suo progetto ha un suo un suo cammino poi da fare ...*

L'operatore specifica come gli obiettivi del percorso possano essere costruiti con gli utenti stessi a partire dall'analisi dei suoi bisogni, per cui all'interno della stessa comunità ci possono essere molteplici progetti differenziati per diversi ospiti, che condividono però alcuni obiettivi generali stabiliti dalla C.T.R.P., riferibili alla gestione di aspetti quotidiani.

In quest'ottica viene data attenzione all'ospite nel costruire progetti riabilitativi orientati a promuovere un *equilibrio secondo il paziente* (n. 8). Anche un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta descrive l'obiettivo di comprendere il senso del benessere dell'utente per poter definire un percorso che sia percorribile e obiettivi che è l'utente stesso a voler raggiungere.

Estr. 37

*Ao3: oddio (ride) è difficile ehm ma penso che l'obiettivo gli obiettivi siano da discutere da definirli per ogni paziente nel senso che per ogni paziente che viene qua che accetta di fare il percorso riabilitativo qua dentro vengono fissati insieme al paziente degli obiettivi da raggiungere in base a al suo desiderio di salute cioè il pensiero che lui ha di poter stare meglio no come come raggiungere quel quel benessere quella sì un benessere come fare per raggiungerlo e dove arrivare quindi l'obiettivo può partire dalle risorse del paziente da quello che da com'è la sua situazione insomma com'è la sua vita per com'è nel momento attuale e dove vorrebbe arrivare dove vorrebbe come vorrebbe stare per stare per riuscire a stare meglio avere più un suo equilibrio ...*

Come emerge dalle parole di questo intervistato, il processo di costruzione di un percorso individualizzato consente, anche, di dare attenzione e utilizzare le risorse di ciascun individuo inserito in un contesto di comunità, come strumenti fondamentali per raggiungere le mete che lui o lei stessi definiscono di voler raggiungere. Questo rappresenta un primo passo verso una rappresentazione dell'utente come attivo costruttore del suo cambiamento, fin dal principio, a partire dalla definizione della meta del suo percorso e delle direzioni da seguire.

L'attenzione agli aspetti individuali e la condivisione degli obiettivi del percorso si presentano nelle argomentazioni degli utenti in modo limitato rispetto agli operatori.

I progetti personalizzati e costruiti per realizzare i bisogni degli utenti trovano la loro realizzazione nelle C.T.R.P. attraverso le attività strutturate e l'organizzazione della quotidianità che sono comuni per tutti gli ospiti. In alcuni contesti la partecipazione alle attività viene differenziata, con proposte

alternative o la possibilità di scegliere i gruppi secondo diversi criteri, dopo averlo concordato con gli operatori. Dalle parole degli intervistati, in particolare degli operatori, emerge l'importanza di definire obiettivi individualizzati per il percorso in comunità, anche se le proposte in termini di strumenti per il raggiungimento di tali obiettivi sono perlopiù generici e comuni con gli altri utenti. L'attenzione agli obiettivi individuali viene mantenuta dagli operatori stessa nella relazione con gli utenti e nella capacità di adattare le attività comuni, affinché ciascun partecipante trovi degli strumenti utili al suo specifico percorso, e il monitoraggio trova spazio nei colloqui psicoterapeutici individuali e nei confronti con i responsabili sulle situazioni specifiche.

### **Generalizzati**

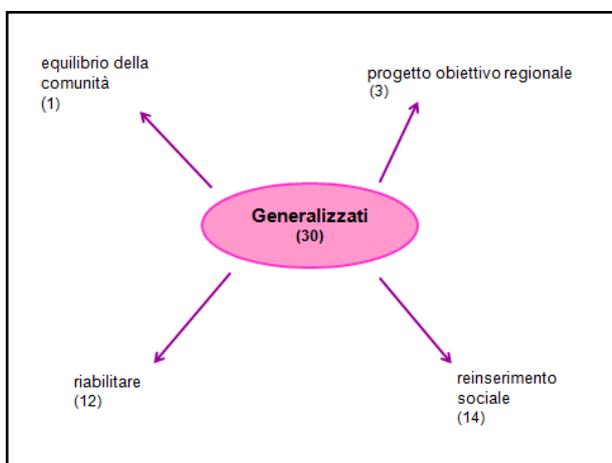


Diagramma 19

Al precedente nucleo tematico si contrappone tuttavia un insieme di categorie generalizzate, dove si ritrovano le etichette che sulle carte normative e amministrative vengono identificate come gli obiettivi specifici delle C.T.R.P., per cui il riferimento alla *riabilitazione terapeutica e sociale* (n. 12) e al *reinserimento sociale* (n. 14). Alcuni utenti, come si osserva dall'estratto che segue tratto da un'intervista ad un utente di C.T.R.P. a gestione diretta, utilizzano l'etichetta riabilitazione, ma dichiarano di non sapere esattamente cosa si intende.

Estr. 38

*Au3: penso per riabilitare, riabilitare o...penso che lo scopo sia quello di riabilitare una persona, cioè un reinserimento nella vita sociale, o un...qua mi blocco perché non saprei!*

In senso generale, quindi, viene condiviso l'obiettivo della comunità, ma questo non corrisponde ad un'idea comune del significato attribuito. Come mostra l'estratto presentato (Estr. 38) la riabilitazione può coincidere con il reinserimento nella vita sociale, ma questo viene demandato ai servizi esterni e gli utenti non sempre si ritengono responsabili della costruzione di senso del loro stare in comunità. Mentre per gli operatori si osserva una più accurata argomentazione per definire gli obiettivi della comunità.

Gli obiettivi possono essere differenziati a seconda degli utenti a cui il lavoro è rivolto e si modificano nei contesti residenziali in funzione delle diverse tipologie di gestione.

Un primo operatore di C.T.R.P. a gestione diretta riporta la necessità di fare maggiormente riferimento agli obiettivi di riferimento sulle carte normative per essere coerenti con la definizione e le finalità del servizio residenziale riabilitativo.

Estr. 39

*Ao5: ... gli obiettivi sulla carta non sempre sono rispettati li conosci anche tu sono esplicitati sia nella carta di accoglienza sia comunque come sono nate le C.T.R.P. il motivo poi appunto è difficile perché non hai un paziente modello da inserire no, lo chiamo tra virgolette modello ecco e gli obiettivi secondo me quello che si prefigge adesso che vorrei che si prefiggesse è proprio questo allora di lavorare per essere sempre più aderente a quelli che sono gli obiettivi dichiarati sulla carta ...*

L'operatore in questo caso espone i limiti dell'operato in una C.T.R.P. a gestione diretta, dove le modalità operative possono non rispettare le finalità del servizio anche a fronte dell'impossibilità di prendere decisioni sul tipo di utenza da inserire, sull'evoluzione del percorso e dei tempi per l'uscita dalla comunità.

I contesti a gestione non diretta, invece, possono dare spazio a visioni differenti all'interno della stessa C.T.R.P., da una parte la *vision* della cooperativa e dall'altra quella del servizio pubblico che fa riferimento al *progetto obiettivo regionale* (n. 3).

## **5.2 Gli strumenti di intervento e la valutazione del percorso**

### **STRUMENTI D'INTERVENTO**

Questo tema racchiude i discorsi degli intervistati rispetto agli strumenti di intervento utilizzati nel contesto comunitario per il raggiungimento degli obiettivi precedentemente descritti.

Viene chiesto, in questo caso, sia agli operatori che agli utenti che cosa in particolare di quello che viene fatto in C.T.R.P. contribuisce a costruire i percorsi di riabilitazione e di reinserimento sociale. Secondo quanto riportano gli intervistati, questa categoria è suddivisa in alcuni nuclei tematici che sono rappresentativi dei contenuti argomentativi raccolti e analizzati.

Si introduce quindi il riferimento agli strumenti organizzativi, intesi come tutte quelle azioni che vengono fatte all'interno della comunità per dare forma al servizio e per strutturare la giornata degli utenti. In questo caso è il modo stesso di organizzare la comunità, ovvero come si struttura il percorso, che rappresenta lo strumento per raggiungere gli obiettivi.

Anche in questo caso, come osservato per altre categorie di discorso, viene posta attenzione agli aspetti relazionali, come strumenti di intervento. Questa categoria, che verrà più nello specifico approfondita in seguito e discussa attraverso considerazioni trasversali ai diversi contesti e alle

diverse tematiche, rappresenta un elemento considerato fondamentale per il successo del percorso. Il lavoro sulle modalità relazionali viene descritto, infatti, sia dagli operatori che dagli utenti come uno degli obiettivi dell'intervento riabilitativo in un'ottica di reinserimento sociale e gli strumenti che vengono utilizzati all'interno della comunità sono proprio le relazioni che si generano tra gli ospiti, ma anche tra questi e gli operatori.

Di seguito, inoltre, vengono distinti due nuclei che differenziano gli strumenti considerati educativi da quelli considerati terapeutici. I primi che si riferiscono alle attività che vengono proposte durante il giorno, mentre i secondi specifici rispetto al percorso individuale di ciascun utente e all'intervento con la famiglia. Viene data quindi attenzione anche al ruolo specifico dello psicologo psicoterapeuta, per cui all'interno della comunità l'utente può lavorare su alcuni aspetti di sé nell'ottica di cambiamento anche identitario.

I nuclei più consistenti in termini di numeri di estratti sono quelli degli strumenti organizzativi, educativi e relazionali, mentre presentano un numero ridotto di estratti i riferimenti agli strumenti di tipo clinico e terapeutico.

Dalla rappresentazione che emerge rispetto a questa tematica si osserva un posizionamento di tutte le tipologie di comunità coinvolte nella ricerca verso un modello di intervento di tipo sociale, rispetto al modello medico e psicoterapeutico. Una riflessione coerente con le considerazioni prodotte rispetto agli obiettivi, per cui anche in quel caso si sono osservati estratti in numero maggiore di aspetti educativi, sociali e relazionali rispetto a clinici.

Questo risulta coerente anche con i riferimenti normativi che indicano queste come strutture volte ad interventi di tipo riabilitativo, intendendo interventi di tipo educativo e sociale.

In parte, tuttavia, si mantiene anche l'aspetto clinico che tuttavia viene gestito con un numero inferiore di strumenti, che sono di tipo psichiatrico-farmacologico o di tipo psicologico-psicoterapeutico.

## Organizzativi



Diagramma 20

Gli strumenti organizzativi vengono presentati in particolare modo dagli operatori di C.T.R.P. a gestione diretta e non diretta. Tra questi viene data rilevanza alla costruzione di un *percorso individualizzato* (n. 17) e della costruzione di un *progetto condiviso* (n.5).

L'importanza attribuita a questi strumenti sottolinea ancora una volta la necessità, soprattutto individuata dagli operatori, di pensare al percorso in comunità come un progetto che viene costruito a partire dai bisogni della persona singola e delle sue capacità. Gli strumenti stessi per il raggiungimento degli obiettivi dovrebbero essere pensati e realizzati in modo individualizzato, anche se le attività proposte sono le stesse. Come evidenzia un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta, le attività che sono comuni a diversi utenti possono essere utilizzate dagli operatori stessi per promuovere competenze e rispondere a desideri diversi e specifici della persona.

Estr. 40

*Bo1: esatto poi magari ci arrivo con le stesse attività però magari per ogni attività ho non lo so ho idea che una persona in ogni attività possa sviluppare delle competenze possa mettersi alla prova e sviluppare alcune competenze che poi gli serviranno per raggiungere il suo desiderio ... allora sì magari con le stesse attività però persone arrivano a cose diverse no.*

Come viene sottolineato in questo estratto, gli strumenti utilizzati sono comuni per il gruppo di utenti, per cui l'attenzione alle esigenze del singolo viene attribuita all'operatore che conduce l'attività. In questo senso, anche attraverso le stesse attività strutturate, gli utenti possono costruire competenze diverse, che rispondono ai loro desideri specifici.

In questi estratti viene posta l'attenzione al singolo utente e, a partire dalle sue caratteristiche e dei suoi bisogni, viene costruito un percorso riabilitativo, che non si può definire in senso generale, ma in base alle peculiarità del singolo.

Un altro strumento evidenziato è la condivisione del percorso, che in particolare gli operatori mettono in luce. Questa categoria trova esemplificazioni in estratti che integrano la costruzione di

percorsi personalizzati con la necessità di poterli condividere con gli utenti, affinché il lavoro abbia un senso soprattutto per loro. Un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta considera la costruzione del *progetto condiviso* (n. 5) con l'utente lo strumento di partenza per lavoro all'interno del contesto residenziale protetto, per cui questo consente anche di poter monitorare l'andamento attraverso il confronto nel tempo degli obiettivi concordati con le azioni e le modalità espresse dagli utenti durante le attività strutturate, le attività quotidiane e le relazioni con gli altri.

Un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta, infatti, pone in evidenza l'utilizzo del progetto condiviso perché il percorso possa rispondere ai desideri dell'utente.

Estr. 41

*Bo5: sì sì cioè quello che favorisce un po' il raggiungimento di questi obiettivi è secondo me è innanzi tutto riuscire a fare un lavoro condiviso ben pensato all'interno cioè con la persona anche della serie il progettino calato dall'altro ah tu che non lavori adesso ti prepariamo dopo in futuro tornerai a lavorare sì cioè è sbagliato no cioè non è certo questo che ti porta all'obiettivo perché magari poi uno va anche a lavorare però eh ne abbiamo visti purtroppo perché poi alla fine eh se uno non è come dire motivato a un certo tipo di percorso per quanto possa essere protetto coccolato accompagnato eccetera comunque lo ritroviamo magari da un'altra parte ...*

Il progetto concordato, quando nominato, viene descritto come una necessità e una condizione per realizzare gli obiettivi del percorso, ma rappresenta anche un aspetto critico che caratterizza i contesti della ricerca poiché non serve viene attuato, non sempre gli utenti sono a conoscenza degli obiettivi del proprio percorso o sono concordi rispetto all'utilità del loro stare in comunità. In generale, quindi, sarebbe uno strumento fondamentale, ma nello specifico e nella pratica non sempre viene utilizzato. Ci sono situazioni in cui il lavoro all'interno della comunità è proprio quello di poter arrivare a definire degli obiettivi condivisi perché l'utente che viene ospitato con comprende il senso del suo ingresso e si oppone alla permanenza nel contesto residenziale.

Quando si parla di condivisione non ci si riferisce esclusivamente alla relazione con gli utenti, ma anche alla possibilità di costruire progetti in accordo con gli altri servizi coinvolti nel percorso.

Attraverso alcune delle categorie emerse dall'analisi rispetto agli strumenti di intervento si evidenzia la differenza tra quello che viene ritenuto necessario e importante per realizzare gli obiettivi delle C.T.R.P. e ciò che effettivamente viene messo in atto nelle pratiche quotidiane. Alcuni di questi elementi vengono approfonditi anche nell'area tematica dedicata alle prospettive di miglioramento, dove sia gli operatori che gli utenti evidenziano gli aspetti che potrebbero essere migliorati per rendere i servizi più efficaci e coerenti con i presupposti teorici e le finalità espressi.

Altri strumenti, invece, sono generali e valgono per tutti gli utenti. In particolare viene considerato uno strumento l'allontanamento dal contesto, ma anche il ritmo della giornata e il rispetto delle regole, allo stesso modo il tempo e la possibilità di fare attività con costanza vengono considerati strumenti del percorso.

Questo nucleo tematico mette in evidenza gli aspetti contrasto tra un contesto che propone percorsi comuni con strumenti definiti a priori dalla comunità stessa per tutti gli utenti che accedono al servizio e la necessità di costruire dei progetti personalizzati che tengano conto dei bisogni e delle peculiarità di ciascuno di loro per promuovere un cambiamento che sia condiviso e concordato

In questi aspetti proprio la comunità prende il largo dall'approccio agli utenti psichiatrici che caratterizzava l'epoca delle istituzionalizzazioni, dove il servizio era inteso come un modello adeguato in tutte le situazioni per quanto diversificate, e non veniva data importanza alle necessità delle singole situazioni. Le C.T.R.P. presentano tuttavia una commistione dei due approcci, per cui ancora una volta se da una parte il contesto ha necessità di essere definito e organizzato a priori in coerenza con i presupposti normativi e amministrativi, oltre che dall'ideologia del singolo servizio a cui la comunità fa riferimento, dall'altra sono gli operatori e gli stessi utenti che sottolineano l'eterogeneità degli ospiti e la necessità di pensare delle formule che consentano di lavorare in modo individuale, in un'ottica più in linea con l'approccio psicologico-psicoterapeutico.

### **Relazionali**

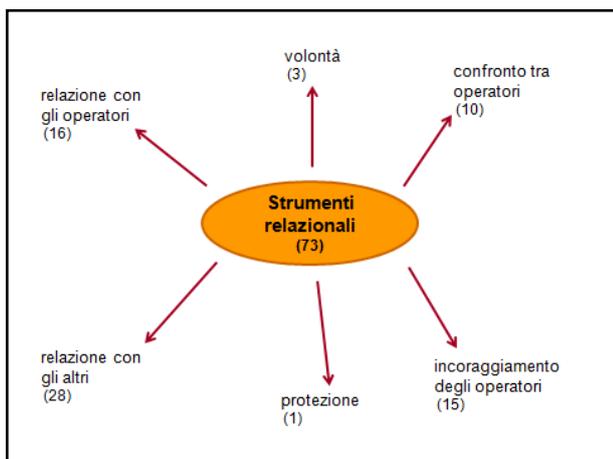


Diagramma 21

Anche nell'area tematica degli strumenti di intervento alcuni estratti possono essere riuniti in un nucleo dedicato agli aspetti relazionali. Le relazioni all'interno della comunità tra i diversi attori e all'esterno della comunità sono considerate in alcuni casi gli obiettivi di intervento nell'ottica di miglioramento, in altri casi rappresentano gli strumenti privilegiati per la promozione del cambiamento.

In questo nucleo vengono presentate le categorie argomentative individuate nei discorsi di operatori e utenti di C.T.R.P.. In alcuni casi gli strumenti relazionali mettono in luce il lavoro d'équipe che si struttura nei servizi residenziali per cui assume una notevole importanza il confronto tra i

professionisti, sia interni che esterni alla comunità, per la costruzione di progetti di intervento condivisi e orientati verso obiettivi comuni.

Estr. 42

*Eo1: ah la mini équipe e anche le riunioni cliniche che si fanno insieme a tutti gli operatori, perché ognuno porta le proprie idee, i propri punti di vista e anche con lo psichiatra, il medico referente della struttura e le dottoresse (psicologhe) si rivede la cosa, se ne parla, anche quello è uno strumento se può, è uno strumento.*

In questo estratto un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta definisce come strumenti del percorso in comunità i momenti di riunione e confronto degli operatori che avvengono con costanza all'interno del servizio. In questo caso si fa riferimento alla *mini-équipe* dove si incontrano gli operatori che sono responsabili del caso specifico e la *riunione équipe* allargata che consente a tutti i diversi professionisti di affrontare insieme l'evoluzione delle situazioni e condividere le strade per il proseguimento o le modalità per gestire i momenti di criticità.

Oltre alla relazione tra il gruppo di operatori, sono presenti in questo nucleo anche categorie che descrivono la relazione tra gli operatori e gli utenti. Questa relazione può trovare diverse forme a seconda dei contesti, degli attori coinvolti, degli obiettivi di intervento, ma rappresenta per gli intervistati uno strumento funzionale che consente agli ospiti di sperimentarsi in modalità relazionali nuove in alcuni casi e sicuramente orientate verso le direzioni del cambiamento. Un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta descrive il ruolo dell'operatore stesso come uno strumento e la relazione che si crea con gli utenti è di tipo familiare, un riferimento fondamentale nel percorso riabilitativo.

Estr. 43

*Co5: beh lo strumento siamo noi altri, noi operatori ... con l'assistenza, anche magari l'affiatamento, perché loro ti capisco subito magari il gruppo, che noi dopo più o meno ghe s'è chi resta qua un anno o due, per loro sei come la loro famiglia e ga come un attaccamento verso de noi altri*

In questo estratti gli operatori vengono individuati come gli strumenti privilegiati, poiché rappresentano la possibilità per gli utenti di sperimentare relazioni funzionali e legami affettivi.

In molti estratti (n. 15) l'interazione tra operatore e utente viene descritta come *incoraggiamento* da parte degli operatori. Un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta descrive infatti come funzionale al raggiungimento degli obiettivi i giudizi positivi che l'operatore rivolge all'utente, il riconoscimento dei suoi sforzi e dei suoi successi rappresenta uno strumento efficace.

Si introduce l'idea che all'interno della comunità, ma anche all'esterno, possa costruirsi una rete di relazioni che sono protettive per il paziente.

I diversi modi di intendere la relazione tra operatori e utenti come strumenti di intervento evidenziano come l'interazione rappresenti un'occasione per gli utenti di sperimentarsi nella relazione, di vedere le proprie capacità negli occhi e nelle parole dell'altro, di sentire di essere

tutelato nel suo modo di essere e di poter esprimersi in una relazione che veicola anche dimensioni affettive.

In generale le *relazioni con gli altri* (n. 28), ospiti o operatori, si presenta come una categoria che accoglie il numero più rilevante di estratti e queste sono indicate come strumenti in coerenza con gli obiettivi relativi al cambiamento delle modalità relazionali in modo funzionale al benessere dell'utente e del suo inserimento nel contesto sociale. Un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta descrive esplicitamente l'importanza delle relazioni per la realizzazione di percorsi di riabilitazione e reinserimento di successo.

Estr. 44

*Ao3: sì sì, su questo si fa molto si fa molta leva pensando un po' al dopo cioè si fa presente a loro l'utilità della del lavorare in gruppo del ricercare anche il confronto con gli altri per avere un aiuto nel proprio percorso e nell'affrontare anche le difficoltà che emergono tra di loro di relazione tra loro di affrontarle qua dentro perché questo può essere utile anche dopo quando vanno fuori ...*

L'estratto sottolinea come le interazioni tra gli ospiti della comunità possano rappresentare uno strumento per sperimentare le proprie difficoltà e costruire delle competenze che possono essere utilizzate anche fuori dal contesto protetto.

L'importanza che gli operatori e gli utenti attribuiscono agli aspetti relazionali sottolineano come il percorso di riabilitazione possa essere pensato all'interno del contesto comunitario solo come un processo in costruzione di interazioni. Non si può pensare infatti che l'utente si modifichi indipendentemente dal posto in cui si trova o dovrebbe trovarsi e indipendentemente dalle persone con cui si trova ad interagire. La relazione con gli altri rappresenta un punto di massima rilevanza quando si pensa alla possibilità di promuovere il cambiamento e di favorire percorsi di reinserimento sociale, che per sua definizione implica l'interazione con il contesto e con le persone coinvolte in tale contesto.

Se l'utente dunque è tale a seconda del posto in cui si trova e delle persone con cui si relaziona, esso può cambiare attraverso la sperimentazione di modalità relazionali alternative a quelle sperimentate fino a quel momento e il contesto comunitario diviene in questo senso un luogo protetto in cui poter mettere in atto tali modalità e poter lavorarci, accomunati tutti dalla necessità di contesto di trovare i modi per condividere lo spazio e sfruttare tutte le risorse presenti, comprese le persone con cui si entra in relazione.

Queste prime considerazioni sugli aspetti relazionali consentono di confermare le ipotesi di partenza, per cui gli stessi attori ne riconoscono la rilevanza.

Il fatto che emerga come tema trasversale introduce la necessità di approfondire anche come loro stessi si descrivono uno rispetto all'altro, come si relazionano all'interno della C.T.R.P. e come questo abbia risvolti in termini di costruzione identitaria e di prospettive di cambiamento. Questo

aspetto viene totalmente tralasciato nei riferimenti normativi e rappresenta un primo punto essenziale in cui i contesti diventano autonomi. Spesso purtroppo viene sottolineato anche come vi sia un'eccessiva autonomia sulle modalità relazionali demandate alle capacità del singolo piuttosto che a rigorose formazioni degli operatori coinvolti, non sempre consapevoli gestori della relazione come indispensabile strumento di promozione del cambiamento.

### **Educativi**

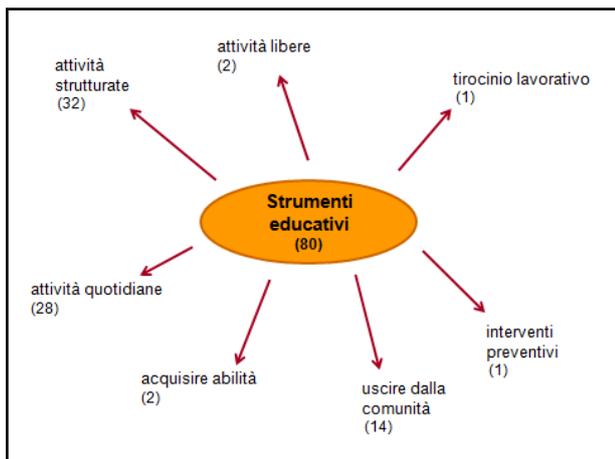


Diagramma 22

Un ulteriore nucleo mostra come strumenti della comunità le attività che vengono proposte all'interno del percorso, durante il tempo dell'inserimento.

Viene proposta una distinzione tra le attività strutturate, ovvero quelle organizzate appositamente nell'ottica dell'intervento educativo da parte degli operatori specializzati, che promuovono lo sviluppo delle competenze personali nell'ottica della riabilitazione. Un operatore di C.T.R.P. a gestione privata descrive le attività strutturate dando importanza soprattutto al gruppo e alle relazioni con gli altri mentre gli utenti sperimentano le proprie competenze.

Estr. 45

*Fo1: tutte, tutte le attività di gruppo, comprese quelle informali, intendo per attività di gruppo tanto un gruppo terapeutico tanto quanto un preparare la pastasciutta in gruppo, quindi lo stare in gruppo, lo stare in gruppo a trecento sessanta gradi sì sicuramente ...*

Tra le attività che si svolgono in comunità ci sono anche quelle quotidiane, dove gli utenti sono invitati a rendersi autonomi rispetto alla gestione dello spazio della comunità come esercizio alla vita fuori. Ma oltre alle attività che vengono organizzate dagli operatori e che a quelle definite da regolamento alcuni momenti del percorso in C.T.R.P. possono essere dedicati ad attività libere, orientate a responsabilizzare gli ospiti nell'organizzazione e gestione del loro tempo.

Un numero elevato di estratti (n. 14), inoltre, considera come strumenti funzionali al raggiungimento degli obiettivi le uscite organizzate al di fuori della comunità, che consentono agli utenti di sperimentarsi nei contesti sociali e di mettere in atto i cambiamenti teorizzati sui cui

lavorano nel corso del percorso in contesto protetto. Un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta considera il lavoro della comunità anche fuori e le uscite organizzate e monitorate dagli operatori rappresentano strumenti di lavoro per ripensare il progetto, definire gli obiettivi, ma anche per raggiungerli in situazioni di vita non protetta.

Estr. 46

*Bo1: ... e l'altra cosa che contribuisce sono le attività per me soprattutto quelle esterne perché sono quelle che mi danno un ritorno migliore perché quando a uno viene chiesto di funzionare fuori anche per dieci minuti ok e tu gli riconosci che ha funzionato questo crea un grosso come dire crea una possibilità di vedersi una persona funzionante ed eliminare quell'idea di se stessi di essere inutili che non riescono a fare nulla che spesso purtroppo è quella che ti ritrovi perché tra famiglie e fallimenti personali non è che ti trovi ehi facciamo grandi cose ...*

Lo strumento delle attività che si svolgono all'esterno della comunità rappresenta l'anello di congiunzione tra il percorso riabilitativo all'interno e il raggiungimento dell'obiettivo di reinserimento sociale. Come descritto nell'estratto (Estr. 46) le esperienze fuori della comunità consentono all'utente di mettere in atto le sue capacità e favoriscono la possibilità che gli venga restituita un'immagine di sé come funzionante, in contrasto con il ruolo che gli è stato attribuito e che ha impersonato nella sua storia di vita. Le attività all'esterno durante il percorso in comunità prevedono, solitamente, la presenza dell'operatore di riferimento come figura di sostegno e di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi del progetto individuale.

Altri strumenti educativi, che favoriscono il reinserimento sociale, sono invece rivolti ad attività che si svolgono dopo il percorso in comunità o al di fuori dello spazio residenziale, come per esempio il tirocinio lavorativo o il lavoro protetto.

## Clinici

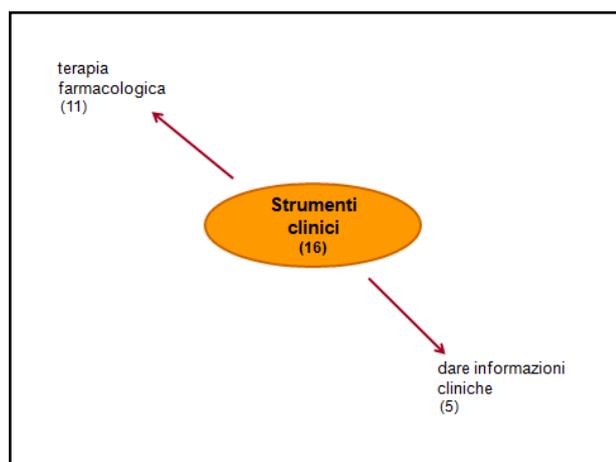


Diagramma 23

Tra gli strumenti clinici viene indicata la terapia farmacologica sia da parte degli operatori che degli utenti. Secondo un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta la *terapia farmacologica* (n. 11) rappresenta lo strumento fondamentale soprattutto per poter iniziare il percorso riabilitativo.

Estr. 47

*Co3: ... io metto al primo aspetto la terapia farmacologica, nel senso che per la mia esperienza con i pazienti psichiatrici tutto si può fare però a monte deve esserci comunque un'assunzione regolare della terapia, che non deve essere, la terapia decisa dal medico voglio dire, che sia poca o tanta poi è a seconda della patologia, della gravità della patologia, però se c'è una regolarità in questa assunzione in genere il paziente riesce a trovare un po' di equilibrio proprio tra quello che è insomma tutto il suo mondo che alla fine lo porta un po' fuori dai canoni, ecco che allora a quel punto tu puoi cominciare a lavorare con lui a fare un po' di progettazione su tutto quello che può essere l'andamento del percorso qui dentro.*

Secondo quanto espresso in questo estratto la terapia farmacologica viene considerata come lo strumento fondamentale per poter realizzare un progetto terapeutico con l'utente. Questa consente, infatti, di favorire un equilibrio che rappresenta il presupposto per lavorare insieme. La terapia è uno strumento del medico e viene correlata al tipo di patologia diagnosticata, ma viene utilizzata in integrazione con gli strumenti d'intervento educativi e terapeutici, delle attività strutturate e non.

Un ulteriore aspetto categorizzato come clinico viene descritto, soprattutto dagli utenti (n.3), quando sottolineano l'importanza di essere a conoscenza delle valutazioni cliniche e quindi di avere le informazioni necessarie a comprendere il senso della cura farmacologica e conoscere preventivamente anche gli effetti collaterali, come riportato ad esempio in un estratto tratto dall'intervista ad un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta.

Estr. 48

*Bu5: sì, aspetta se uno sta veramente male che anche se gli dici una cosa non la capisce, però col tempo tu devi dirgli cosa sta prendendo, cosa è, cos'è uno psicofarmaco, cos'è un antipsicotico, cos'è una benzodiazepina, bisogna spiegarglielo alle persone ...*

In questo estratto viene data rilevanza, ancora una volta, al coinvolgimento dell'utente nella cura, anche rispetto a questioni di competenza medica.

Queste riflessioni sono coerenti con quanto anticipato precedentemente rispetto alla necessità di costruire percorsi condivisi in cui gli utenti stessi possano sentirsi attivi promotori del proprio cambiamento. Gli aspetti clinici dell'intervento psichiatrico vengono considerati paragonabili a qualunque intervento di tipo medico, per cui si sottolinea l'importanza di rispettare le procedure che consentono all'utente di essere a conoscenza delle scelte del professionista e di poter valutare con lui i vantaggi e gli svantaggi della cura farmacologica, ad esempio. Questo rende l'utente partecipe della costruzione del suo percorso, ma anche gli consente di sviluppare competenze autonome di monitoraggio rispetto alle proprie problematiche e ai farmaci assunti.

### **Terapeutici**

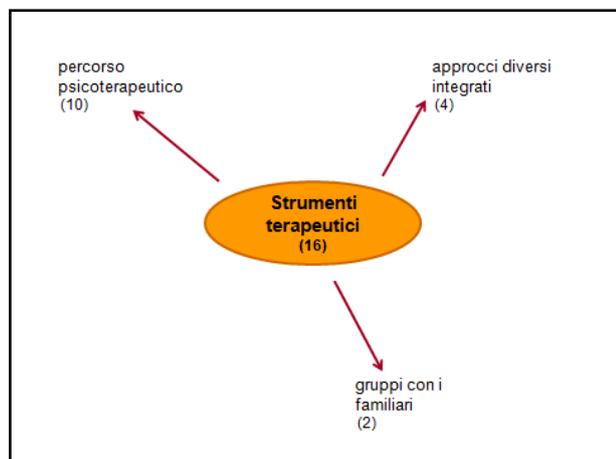


Diagramma 24

Altri strumenti sono quelli che vengono riassunti dal nucleo dei terapeutici. Si tratta di strumenti del percorso psicologico e psicoterapeutico, per cui l'importanza del percorso individuale. Un operatore di C.T.R.P. a gestione privata considera l'importanza dei colloqui con gli psicoterapeuti come un'occasione in cui l'utente può soprattutto definire il tipo di percorso che è disposto a intraprendere e quale cambiamento si può concordare.

Estr. 49

*Fo2: secondo me tantissimo i colloqui che hanno con gli psicoterapeuti, quello prima di tutto sì, poi deve partire anche da loro stessi e se uno non vuole è inutile che batti batti batti, alla fine sta a loro anche voler intraprendere questo cammino di crescita e poi altre cose che li aiuta in questa crescita, anche i gruppi, le varie attività che fanno con l'educatore, cioè la figura dell'educatore li aiuta tanto sì ...*

Il lavoro psicologico individuale, che non è presente in tutti i contesti della ricerca in modo continuativo e strutturato, rappresenta per coloro che lo sperimentano uno strumento importante perché offre lo spazio personale all'utente e la possibilità di confrontarsi con il professionista

elaborando quello che vive e che succede nel contesto comunitario. Tutte le attività che vengono proposte rappresentano strumenti di lavoro e quelle psicoterapeutiche consentono di progettare il cambiamento e di supportare la costruzione di ruoli e rappresentazioni di sé alternative.

Gli operatori che sottolineano la funzionalità dei percorsi psicoterapeutici evidenziano, tuttavia, in alcuni casi la difficoltà di comprendere la distinzione tra diversi approcci, per cui gli strumenti di intervento possono differenziarsi in modo rilevante a seconda del singolo professionista e della sua formazione teorica e metodologica e non sempre questo facilita il confronto tra gli operatori. In altri casi questo viene descritto come la risorsa che differenti approcci psicologici integrati possono offrire in un unico contesto. Nella ricerca questo aspetto è evidenziato in particolare in uno dei contesti a gestione privata che presenta tra i suoi presupposti di essere pensato come una comunità ad approccio multimodale.

Un'altra categoria che viene descritta come strumento terapeutico e il lavoro con le famiglie. ma anche di un lavoro con le famiglie. Come chiaramente espresso da questo operatore, il lavoro con le famiglie risulta essere difficoltoso in molti casi e non sempre offre i risultati sperati, ma esso viene considerato indispensabile per pensare che l'utente possa essere sostenuto nel suo processo di cambiamento e supportato da un contesto relazionale disposto a mettersi in gioco e a trovare insieme a lui modalità d'azione alternative a quelle del passato. Questo lavoro molto importante, tuttavia, trova espressione in un numero irrilevante di estratti (n. 2) e non in tutti i contesti della ricerca questa è un'attività che gestisce la C.T.R.P. stessa, poiché spesso è demandata ai servizi psichiatrici in via.

## **VALUTAZIONE**

Un ulteriore tema su cui si focalizza l'intervista agli operatori e utenti delle C.T.R.P. per approfondire la costruzione dei percorsi di riabilitazione e reinserimento all'interno di contesti residenziali protetti è rappresentato dalla valutazione.

Si chiede, infatti, agli intervistati di descrivere gli strumenti e le modalità attraverso cui sia gli operatori sia gli utenti valutano i percorsi in comunità rispetto agli obiettivi precedentemente approfonditi.

Il tema della valutazione del percorso risulta di particolare importanza in quanto viene descritto come un aspetto di criticità nei contesti di interesse della ricerca, oltre che nei servizi psichiatrici in generale. La valutazione consente infatti di monitorare l'efficacia delle pratiche, di verificarne la coerenza con gli obiettivi di intervento, di costruire un senso ai percorsi residenziali che possa essere condiviso e che possa essere visibile anche ad altri operatori e responsabili dei servizi.

Le risposte degli intervistati sulla valutazione vengono suddivise all'interno di alcuni nuclei tematici. I primi due nuclei proposti distinguono gli estratti in cui la valutazione è considerata un'azione da parte degli operatori da quelli in cui ci si focalizza sulla valutazione da parte dell'utente. Di seguito un nucleo che considera la valutazione che si costruisce e trova forma nell'interazione tra operatori e utenti. Questo nucleo ancora una volta riprende il tema trasversale approfondito in diverse altre aree tematiche della relazione tra operatori e utenti. Questa, anche per quanto riguarda la valutazione, risulta uno strumento fondamentale all'interno dei contesti comunitari, per cui nel cambiamento delle modalità relazionali vengono individuati gli indicatori di efficacia dell'intervento.

Un ultimo nucleo è dedicato a quelli che vengono indicati come strumenti di valutazione utilizzati all'interno delle C.T.R.P, questi in alcuni casi sono generici, in altri sono specifici di alcune figura professionali, come per esempio gli strumenti psicologici.

Lo svolgimento della valutazione viene generalmente collocato all'interno della comunità, solo in pochi casi viene fatto riferimento alla possibilità di confrontarsi con operatori e professionisti anche fuori dal contesto residenziale per valutare il cambiamento e l'efficacia del percorso rispetto agli obiettivi stabiliti.

### *Dell'operatore*



Diagramma 25

Il maggior numero di estratti (n. 29) all'interno di questo nucleo si riferisce alla valutazione che viene realizzata all'interno della comunità attraverso l'osservazione quotidiana da parte degli operatori nei confronti degli utenti.

L'uso dell'osservazione non viene descritto attraverso dei criteri di osservazione definiti o modalità condivise, ma si dà per scontato che da parte dell'operatore ci sia la competenza di poter valutare osservando il modo di muoversi del paziente nelle attività quotidiane e nelle relazioni con gli altri ospiti o attori presenti in comunità.

Un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta descrive l'osservazione costante e quotidiana come lo strumento privilegiato di valutazione del percorso.

Estr. 50

*Ao1: l'osservazione... fondamentalmente quello individuali ma l'osservazione è proprio individuale cioè non ce ne sono altri come tutto il lavoro cioè lo basi sull'osservazione e tante cose proprio perché non è un'osservazione costante come una raccolta dati ma un'osservazione di vita quotidiana ...*

Lo strumento dell'osservazione viene descritto in questo estratto come flessibile e attento alle peculiarità di ogni singolo percorso in comunità. Si osservano gli utenti nella loro quotidianità, per cui non si fa riferimento ad una valutazione strutturata e costante, ma informale e continuativa. L'osservazione quotidiana degli utenti da parte degli operatori consente, inoltre, di poter valutare i cambiamenti messi in atto e la coerenza con gli obiettivi del progetto concordato.

Allo stesso modo anche gli utenti riconoscono l'osservazione dei loro comportamenti da parte degli operatori come uno strumento che consente loro di sentirsi compresi. Un utente di C.T.R.P. a gestione privata descrive la valutazione all'interno della comunità.

Estr. 51

*Du1: perché ti vedono, cioè gli operatori è una cosa strana perché loro sanno tutto di te nel senso che ti vedono e capiscono quando hai la giornata no loro lo capiscono in cinque minuti, ti vedono, ti guardano, ti vedono, sanno che tu sei una persona che è fatto così e se non fai così vuol dire che c'è un problema sotto ...*

Questo utente descrive di sapere di essere osservato dagli operatori tutti i giorni, che riconoscono i suoi cambiamenti e intervengono nel bisogno. Gli utenti si sentono osservati dagli operatori e questo può rappresentare per loro una forma di protezione.

I criteri di osservazione non vengono specificati, se non in alcuni casi dove gli operatori specificano che la loro osservazione è strettamente legata agli obiettivi del progetto di ciascun utente. In alcuni e soprattutto nelle parole degli utenti, infatti, l'osservazione quotidiana è variabile e soggettiva a seconda dell'operatore che la svolge, per cui diviene uno strumento più o meno efficace in funzione della coesione del gruppo dei professionisti che collaborano nello stesso contesto e le loro capacità di confronto e condivisione di intenti.

La valutazione può anche comprendere situazioni esterne, come possono essere le prove di reinserimento nel contesto di origine o gli inserimenti lavorativi.

La valutazione del percorso in situazioni esterne alla comunità viene effettuata dagli operatori che possono confrontarsi anche con altri attori, come i familiari o responsabili dei servizi dedicati al reinserimento, e raccogliere i loro punti di vista da integrare con le osservazioni all'interno della comunità.

## *Dell'utente*

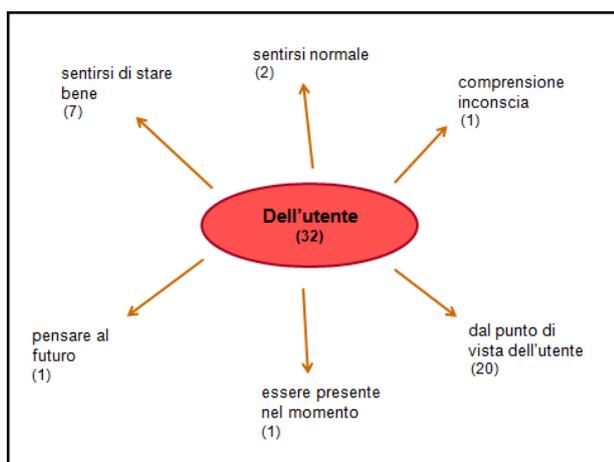


Diagramma 26

La valutazione secondo gli intervistati deve anche considerare il punto di vista degli utenti, per cui sia da parte degli operatori che da parte degli utenti nelle diverse tipologie di gestione di C.T.R.P. il *punto di vista degli utenti* è considerato fondamentale nel processo di valutazione del percorso (n. 20), in linea con le descrizioni degli obiettivi di intervento come parte di un progetto condiviso tra operatori e utenti. Un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta sottolinea l'importanza di ascoltare come l'utente stesso valuta il suo percorso in relazione alle sue aspettative.

Estr. 52

*Bo2: beh non c'è una serie di indicatori in realtà perché possono essere considerati indicatori i numeri di ricoveri che una fa una persona all'anno ad esempio oppure appunto il numero di ricadute oppure se una persona si blocca non riesce più ad andare a lavorare però sono degli indicatori che possono essere secondo me piuttosto riduttivi rispetto a quello che invece un utente si aspetta da quello che dalla propria riabilitazione per cui secondo me bisognerebbe appunto considerare un po' di più quello che è il punto di vista dell'utenza nel senso riuscire a capire in profondità quelli che sono gli indicatori in realtà ...*

In questo estratto l'operatore mette in luce la necessità di considerare le aspettative degli utenti e di utilizzare la loro prospettiva per poter fare una valutazione del percorso sottolineando, quindi, la necessità di un lavoro condiviso, anche per definire gli indicatori di raggiungimento degli obiettivi.

Gli utenti stessi, come mostra un estratto di utente di C.T.R.P. a gestione diretta, definiscono la propria soggettiva valutazione del cambiamento ad esempio attraverso la capacità di vivere il momento presente e pensare a sé nella prospettiva futura.

Con questo nucleo di analisi si può introdurre una considerazione rispetto alle risposte sulla valutazione dei percorsi. Quello che emerge dalla raccolta degli estratti è che vi è da parte degli intervistati una generale confusione e sovrapposizione tra quelli che sono considerati strumenti di valutazione, piuttosto che modalità di gestione della valutazione o ancora risultati del percorso di cui fare una valutazione. Questo tipo di confusione, se da una parte viene giustificata da parte degli

utenti, dall'altra introduce delle perplessità rispetto agli operatori e alla loro consapevolezza delle modalità operative che caratterizzano i ruoli professionali che rivestono.

La valutazione, quindi, appare spesso poco curata e lasciata in mano ad intenti soggettivi che non necessariamente rispecchiano un progetto deciso e condiviso all'interno dell'équipe.

### *Nella relazione tra operatori*

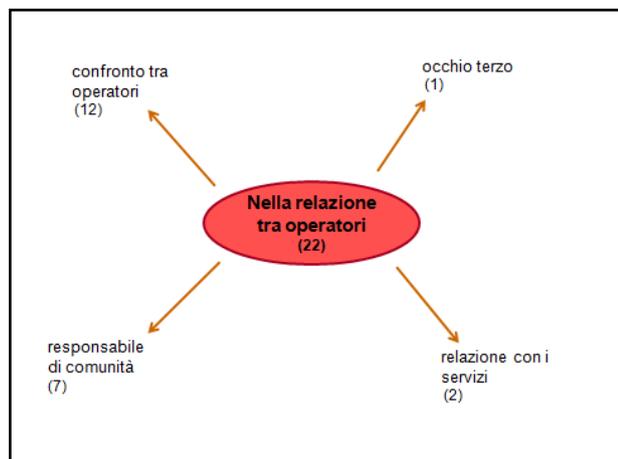


Diagramma 27

La valutazione condivisa viene invece pensata come uno spazio di confronto tra i diversi operatori di uno stesso servizio. Ad esempio nell'estratto di un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta si considera il confronto degli operatori come strumento privilegiato di valutazione del cambiamento degli utenti.

Estr. 53

*Ao2: ma secondo me prima di tutto una cosa che mi permette di valutare è il confronto con gli altri operatori questo mi dà una visione a trecentosessanta gradi ma non solo con gli operatori della comunità con gli operatori magari del C.S.M. che lo vedono in un altro ambito con gli operatori eventualmente della cooperativa che lo vedono magari in ambito lavorativo quindi cercando di creare una rete dove si muove il paziente questo mi può dare l'idea di quanto il paziente possa reinserirsi o a che punto si è del percorso ...*

Questo operatore descrive in modo dettagliato l'importanza del lavoro d'équipe anche nelle fasi di valutazione e, inoltre, introduce anche la possibilità di estendere il confronto anche con operatori esterni alla comunità che sono però in contatto con gli utenti. Anche in questo caso la valutazione viene considerata sia nello spazio comunitario che in senso più ampio rispetto a tutti i servizi coinvolti nel percorso riabilitativo e di reinserimento di ciascun singolo utente.

Mantenendo invece la distinzione, all'interno del contesto residenziale si sottolinea l'importanza dello sguardo di un responsabile a cui in alcuni casi è demandata la responsabilità e la competenza e il ruolo per prendere decisioni in merito ai percorsi degli utenti.

Infine, la valutazione può considerare l'uso di punti di vista esterni come possono essere altri servizi o professionisti che sono in contatto ma esterni al contesto comunitario, come lo psicoterapeuta di riferimento dell'utente con cui vengono mantenuti incontri costanti e che entra a far parte del gruppo di intervento riabilitativo, anche attraverso il suo riconoscimento del cambiamento dell'utente.

### *Nella relazione tra operatori e utenti*

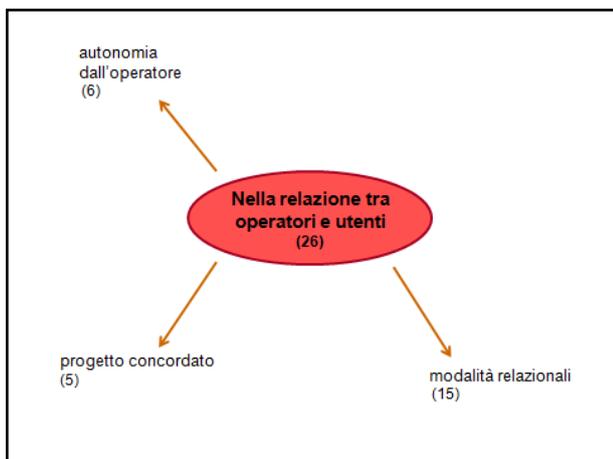


Diagramma 28

Questo nucleo mette in luce la possibilità di valutare il percorso di utenti in C.T.R.P. attraverso la loro relazione con gli operatori di riferimento, che viene valutata come la capacità dell'utente di costruire una propria autonomia rispetto all'operatore, come sottolinea l'estratto di un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta.

Estr. 54

*Eo4: ... lui fino a un anno fa non faceva un passo senza avere l'operatore vicino che gli dicesse sì ok, aveva bisogno di continue conferme, adesso lui va in giardino nell'orto da solo, si fa la sua attività ed è tranquillo e se la svolge tranquillamente, quindi per noi questo rispetto comunque a un percorso lungo in cui sembrava che non sai cosa fare abbiamo ottenuto un grosso miglioramento e lo possiamo testimoniare anche, quindi sì.*

La vicinanza all'operatore e il bisogno di protezione vengono descritti come aspetti su cui si lavora in comunità fino a promuovere modalità di gestione delle attività quotidiane autonome.

L'attenzione alla relazione tra operatori e utenti consente di osservare, quindi, in che modo cambiano le modalità di interazione nel tempo e in che modo queste possono trovare forma anche nelle relazioni all'esterno durante le fasi di reinserimento sociale. Secondo un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta, dunque, attraverso la relazione può monitorare l'andamento del percorso dell'utente.

Estr. 55

Co3: nel senso che è il modo in cui io vado a capire e monitorare come sta andando, lo posso monitorare anche attraverso i gesti, i modi di comportarsi, la mimica e la postura dell'utente, anche da qui capisco certe cose dopo un po' di esperienza, però la relazione alla fine è quella che mi fa concludere quella che può essere l'idea che mi sto facendo di come sta andando insomma.

I cambiamenti delle modalità di interazione, in particolare con gli operatori, rappresenta un indicatore di successo del percorso in comunità. Questo rispecchia la rilevanza attribuita dagli intervistati agli obiettivi che riguardano aspetti relazionali e sottolinea la peculiarità delle C.T.R.P. come spazio di intervento che prende forma, in particolar modo, attraverso la relazione tra operatori e utenti.

### Strumenti

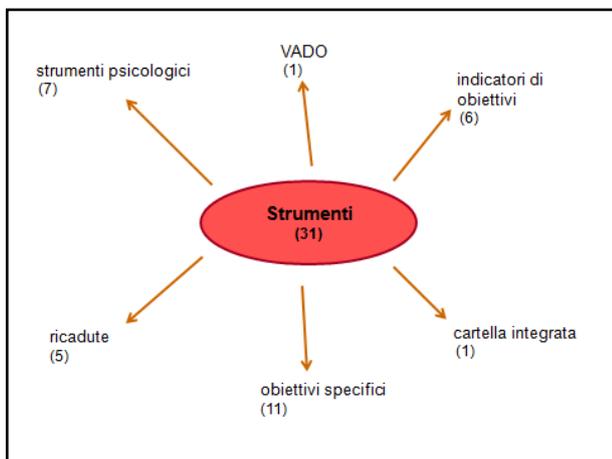


Diagramma 29

Come ultimo nucleo viene presentato quello che raccoglie il riferimento per parlare di valutazione agli strumenti specifici che possono essere conosciuti e utilizzati anche in altri contesti per documentare dati di valutazione.

Alcuni strumenti fanno parte della costruzione del percorso, per cui la valutazione viene conseguentemente e coerentemente con l'organizzazione del percorso riabilitativo che richiede di avere strumenti che consentano il passaggio di informazioni tra i diversi operatori. Uno di questi strumenti è la *cartella integrata* (n. 1) che consente agli operatori di poter passare le informazioni e utilizzare criteri comuni per la valutazione.

Questo tipo di strumenti non viene sempre utilizzato nelle comunità, anche se consente una valutazione comune tra i diversi operatori che possa essere confrontata con i singoli progetti costruiti nelle fasi iniziali di inserimento.

In generale la costruzione di progetti chiari e condivisi e la possibilità di concordare il raggiungimento di obiettivi specifici e concreti con chiari indicatori di cambiamento favorisce il processo di cambiamento e la valutazione in tempi brevi.

Oltre al conteggio del numero di ricoveri o delle *ricadute* (n. 5), vengono descritti dagli intervistati alcuni strumenti di tipo psicologico e non solo, come ad esempio la *VADO*, che può essere utilizzata da tutti gli operatori e presenta un quadro completo di diversi aspetti da confrontare in diversi tempi del percorso.

In alcuni casi, tuttavia, questi strumenti sono considerati molto complessi da utilizzare e non sempre i tempi organizzativi consentono agli operatori di dedicarsi ad una valutazione accurata e comune attraverso la compilazione di schede che integrano l'osservazione quotidiana di aspetti specifici con la descrizione dei criteri di riferimento per valutare i cambiamenti.

### **5.3 Gli attori e le loro interazioni**

#### **OPERATORE**

L'area tematica dedicata all'operatore di C.T.R.P. raccoglie le descrizioni degli intervistati rispetto alle figure professionali presenti all'interno dei contesti comunitari. In questo modo vengono approfondite le configurazioni identitarie e di ruolo che trovano forma nei discorsi di utenti e operatori di contesti riabilitativi protetti.

Nei diversi nuclei tematici, presentati di seguito, l'operatore viene descritto in alcuni casi secondo delle *caratteristiche personali*, per cui gli intervistati fanno riferimento a modalità innate di ciascun singolo individuo che lo rendono adatto al lavoro svolto; in altri estratti vengono introdotte le *caratteristiche professionali*, che sono acquisite attraverso la formazione e la pratica lavorativa; in un ultimo nucleo trovano spazio le categorie che descrivono l'operatore attraverso il *ruolo* che assume nel contesto comunitario e nella relazione con l'utente. Quest'ultimo nucleo, in particolare, introduce l'area tematica dedicata alle modalità di interazione tra l'operatore e l'utente di C.T.R.P., che riprende le configurazioni di ruolo possibili e i risvolti in termini di costruzioni identitarie e prospettive di cambiamento.

Il modo in cui gli attori sociali si definiscono e descrivono la loro interazione con gli altri rappresenta, secondo la prospettiva utilizzata in questa ricerca, un aspetto fondamentale per comprendere la realtà delle C.T.R.P.. Queste divengono infatti dei palcoscenici privilegiati dove i diversi attori hanno la possibilità di rappresentare ruoli e copioni che possono risultare più o meno coerenti o funzionali con gli obiettivi dell'intervento.

## Caratteristiche personali

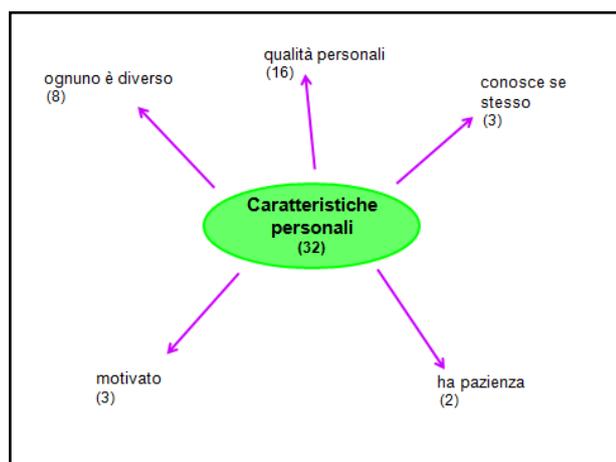


Diagramma 30

Sia gli operatori che gli utenti riconoscono nella figura dell'operatore alcune caratteristiche di personalità che lo contraddistinguono dagli altri. In relazione a questo modo di intendere l'operatore si argomenta una distinzione tra le diverse persone, per cui il ruolo professionale coincide con il proprio modo di essere, di relazionarsi, di vivere. Questa categoria, dunque, rimanda ad un'idea di operatore che con difficoltà differenzia il suo modo di essere in comunità da quello della vita quotidiana, rendendo le sue modalità operative frutto di un'esperienza soggettiva, che in alcuni casi possono condurlo al rischio di vivere momenti di difficoltà per la commistione del piano personale con quello professionale.

Questa categoria sottolinea come il ruolo professionale possa essere facilmente sovrapposto con la persona, in una commistione di modalità relazionali che ha dei risvolti anche nei percorsi di intervento.

In questo nucleo tematico sono radunati gli estratti in cui l'operatore viene descritto attraverso delle *qualità personali* (n. 16) che lo caratterizzano. Con le parole di un utente di C.T.R.P. a gestione privata si introduce il riferimento a caratteristiche di personalità che sono indipendenti dal tipo di formazione.

Estr. 56

*Fu2: penso che non serva tanto studiare sui libri, ma è una cosa che sono portati a fare questo lavoro e quindi è proprio una questione di personalità secondo me.*

In questo estratto l'utente fa riferimento alla personalità, come un insieme di caratteristiche che l'operatore possiede indipendentemente dai percorsi di studio finalizzati alla costruzione di competenze professionali.

Allo stesso modo, secondo un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta, vengono considerate delle risorse le caratteristiche individuali che rendono ciascun operatore diverso e ciascuna relazione con gli utenti si gioca in differenti modalità per favorire il percorso all'interno del contesto residenziale.

#### Estr. 57

*Ao1: l'operatore (ride) l'operatore nella comunità è quella persona che deve giocare tutte le sue energie e le sue comunque qualità personali che sono diverse da operatore ad operatore e secondo me questa è la cosa più bella nell'équipe avere la gamma completa di tutti i colori che quindi gioca le sue caratteristiche personali e la sua professionalità per aiutare gli utenti quindi delle altre persone a credere di più in se stessi ... quindi cioè è la nostra diversità che ci dà delle possibilità in più nella relazione con loro e quindi nell'aiutarli ad avere una relazione migliore anche fuori.*

Questo estratto evidenzia, quindi, le diversità tra gli operatori a livello personale, che vanno tuttavia integrate con capacità definite come professionali, che vengono approfondite nelle considerazioni del nucleo tematico successivo.

Il lavoro dell'operatore di C.T.R.P., secondo alcuni degli estratti individuati dalle interviste, non risulta quindi adatto a qualunque individuo, ma specifico per persone che sviluppano un certo tipo di qualità personali. Una delle principali competenze individuate per l'operatore è la capacità di conoscere se stesso, ovvero un pregresso lavoro personale che lo porta ad essere una persona stabile. Le capacità di entrare in contatto con le proprie emozioni e saperle utilizzare nella relazione con gli utenti si riferiscono ad un lavoro su di sé che l'operatore è chiamato a fare, anche indipendentemente del suo ruolo professionale. Questo aspetto trova elementi di criticità in quei contesti dove viene evidenziata soprattutto una carenza di formazione professionale e di supervisione per gli operatori, per cui il lavoro su di sé, considerato secondo alcuni un presupposto indispensabile per svolgere il lavoro in comunità, è demandato alle capacità e risorse del singolo individuo e alla sua motivazione rispetto ad un lavoro, che in alcuni estratti viene descritto come una scelta e per molti operatori rappresenta un'importante componente di realizzazione di sé.

Un'altra caratteristica che emerge è la pazienza, come descrive un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta.

#### Estr. 58

*Eu5: ... che deve avere tanta pazienza ... sicché che è vicino alla persona, che la rispetta, che non crede di essere, che non si faccia che quello che dice lui è oro colato, che quello che dice, una persona anche umile, non umile nel senso negativo del termine, adesso non mi vengono le parole giuste per spiegarmi, però un persona anche capace di dire scusami ho sbagliato, non era colpa tua, quindi intelligente e comprensivo.*

Questo utente descrive in modo dettagliato le caratteristiche di comprensione che dovrebbe avere un operatore di C.T.R.P., cosa che non sempre si osserva tra i professionisti. Sia gli utenti che gli operatori, in linea con queste considerazioni, sottolineano la necessità di introdurre nei contesti comunitari un'accurata selezione del personale, che consenta di identificare le persone adatte al tipo di lavoro richiesto e capaci di mettersi in gioco nella relazione in modo funzionale agli obiettivi dei percorsi. Allo stesso modo, ancora una volta, possono rappresentare strumenti indispensabili i corsi di formazione professionale e, soprattutto, le supervisioni personali e d'équipe che consentano agli

operatori di lavorare su difficoltà e problematiche personali che si intersecano con il ruolo professionale.

### ***Caratteristiche professionali***



Diagramma 31

Questo secondo nucleo tematico, che presenta il maggior numero di estratti (n. 75), raduna le categorie che descrivono le *caratteristiche professionali* acquisite e sperimentate nelle pratiche quotidiane e nelle interazioni con gli utenti.

L'operatore in questo senso diviene colui che si mette in gioco nella relazione, come evidenzia l'estratto di un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 59

*Ao5: beh ma un operatore che ha anche lì in teoria eh in teoria come ho detto prima l'operatore che viene qua dev'essere una persona che non è spaventata dal cambiamento cioè siamo tutti un po' spaventati dal cambiamento però insomma diciamo che è pronto a mettersi in gioco ... da una parte ti devi immedesimare con il paziente dall'altra devi restare al di fuori e spesso non è facile cioè ci sono due o entri troppo in relazione e quindi perdi di vista chi sei tu oppure ti crei un muro che non ti permette poi di giocarti quei quella relazione che è importantissima per creare perché il paziente abbia fiducia in te.*

L'operatore in questo estratto è descritto come una persona capace di mettersi in gioco per promuovere il cambiamento.

La professionalità si esprime, quindi, nella sua capacità di relazionarsi con l'utente e anche di saper mantenere la distanza che gli consente di rispettare i confini di ruolo. Questo aspetto viene demandato al professionista, capace di dare attenzione e importanza ai bisogni dell'altro, rispondendo, tuttavia, al mandato del suo ruolo all'interno del servizio come la promozione del rispetto delle regole.

Un aspetto molto importante nella professione di operatore di comunità è sapere stabilire una distanza di ruolo che gli permetta di tutelarsi rispetto alla sua vita e alla relazione con l'utente. In

quest'ottica, quindi, il cambiamento riguarda l'utente, ma coinvolge necessariamente anche l'operatore. Entrambi i ruoli, utilizzando gli estratti appena presentati, vengono rappresentati attraverso la loro interazione che rappresenta un aspetto fondamentale del processo di cambiamento, inteso in termini identitari.

Un altro strumento professionale fondamentale è individuato nel confronto con gli altri operatori. Un operatore di C.T.R.P. a gestione privata sottolinea l'importanza dei momenti formali e informali di confronto tra i professionisti che consentono di individuare le strategie di intervento in situazioni critiche e di costruire modalità di azione condivise nell'équipe.

Estr. 60

*Do5: sicuramente una predisposizione ci deve essere, poi le persone crescono e si formano, l'aspetto fondamentale è le riunioni formative che noi facciamo settimanalmente dove dentro si parla dei pazienti, si parla dei progetti, si parla delle difficoltà individuali, ci vuole capacità e chiarezza di esporre le proprie difficoltà in ogni momento, anche nei gruppi informali, portando a conoscenza all'interno del gruppo eventuali difficoltà o con un tipo di paziente o personali in modo che le altre persone possano sopperire a queste difficoltà e aiutare la persona a trovare la risposta giusta.*

Come evidenziano gli estratti riportati le caratteristiche personali degli operatori si intrecciano con quelle che possono essere identificate come peculiarità professionali, costruite attraverso la formazione e il confronto con gli altri operatori.

Negli spazi formali e informali in cui gli operatori si incontrano possono condividere le difficoltà professionali e identificare nuove modalità operative, ma possono anche trovare un sostegno per le problematiche personali che possono ostacolare o compromettere l'interazione con l'utente.

## Costruzione di ruolo

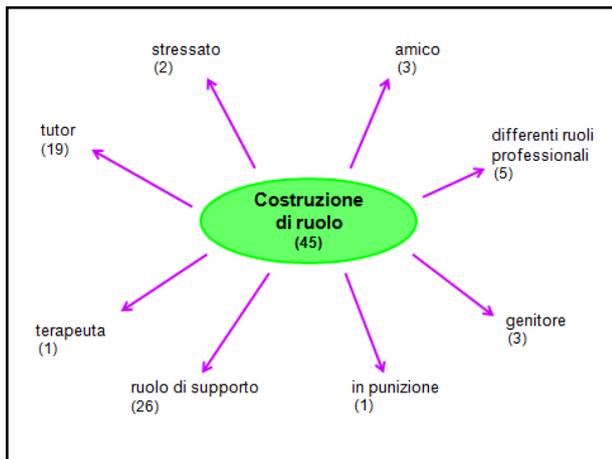


Diagramma 32

Secondo i discorsi riportati dagli operatori ciò che consente di costruire un ruolo professionale sono il confronto con altri operatori, la formazione e l'esperienza. Attraverso questi tre aspetti un operatore può pensare di definire la propria professionalità, ma spesso questi presentano delle carenze. Quando non sono costruiti spazi che favoriscono la costruzione di competenze professionali, le modalità di azione professionale vengono cercate o giustificate da predisposizioni personali, modi di fare e senso comune.

Tra i ruoli identificati per gli operatori alcuni paragonano il professionista alla figura di un familiare, come un *genitore* (n. 3) che è presente nei momenti di bisogno e offre il suo aiuto.

Con le parole di un utente di C.T.R.P. a gestione diretta l'operatore può essere paragonato, anche, ad un *amico* (n. 3).

Estr. 61

*Au2: ... chi vive qua a stretto contatto con gli utenti sono gli operatori, gli infermieri, gli Oss e gli educatori che ci sono sempre e loro devo dire sono degli amici, ma gli amici con la a maiuscola nel senso che comunque va mantenuto il distacco che è necessario per l'aiuto, però sono molto caldi, hanno sempre anche una parola da dirti se, non è necessariamente il farmaco che utilizzano per venire incontro alle difficoltà del paziente, assolutamente, è l'ultima cosa che usano per venire incontro, per sedare un momento di difficoltà, gli operatori sono proprio dei piccoli angeli insomma che girano per la C.T.R.P. in cerca di persone con le quali scambiare due parole, per vedere se hai qualche difficoltà, se possono aiutarti in qualche modo con una parola in più, veramente amici angeli.*

Con le parole di questo utente si sottolinea la difficoltà di differenziare le diverse figure professionali, per un'idea comune di operatore come qualcuno a cui fare riferimento, qualcuno che è volto ad aiutare gli ospiti della comunità. L'utente evidenzia, inoltre, come nel contesto in cui si trova non vengano necessariamente utilizzati strumenti di connotazione puramente sanitaria, non ci sono camici ad esempio ed i farmaci vengono utilizzati solo in caso di necessità, mentre vengono favoriti gli strumenti relazionali e gli operatori sono quotidianamente impegnati nel dare importanza

ai bisogni dell'utenza. Gli operatori sono descritti come degli *amici angeli* e con questa immagine l'utente sottolinea la diversa natura all'interno del contesto residenziale protetto. L'operatore può essere visto come un amico per la sua presenza protettiva, la comprensione dell'altro e l'aiuto offerto, ma mantiene, comunque, il suo ruolo professionale che lo differenzia dall'utente.

Tra gli estratti presenti in questo nucleo si trovano anche i riferimenti alla distinzione tra le diverse figure professionali e in particolare viene descritto il ruolo dell'operatore *tutor*, che è una figura utilizzata in alcuni dei contesti osservati nella ricerca di riferimento specifico per alcuni utenti. Lo descrive ad esempio un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta.

Estr. 62

*Bu2: rappresenta una persona con cui posso parlare dei miei problemi per capire meglio certe cose che non capisco o che magari sono difficili, problemi in famiglia così, sensi di colpa ...*

Il tutor costruisce una relazione privilegiata con l'utente per cui è riferimento, per cui va a costruire un rapporto individuale e personalizzato che viene utilizzato dall'équipe come strumento di intervento riabilitativo. Questo operatore è anche colui che monitora con maggiore attenzione l'evoluzione del percorso in comunità e interviene per primo, se presente, nei momenti di difficoltà.

Alcuni estratti (n. 2), tuttavia, descrivono l'operatore con l'immagine di *stressato*, come riporta un utente di C.T.R.P. a gestione privata.

Estr. 63

*Du3: l'operatore di comunità lo descrivo come una persona stressata eh da questo lavoro, sì è un lavoro stressante, lo respiri nell'aria, lo noti soprattutto in certi giorni insomma, ma penso sia umano ... adesso non mi ricordo bene la frase, ma il senso della frase è questo, cioè lui dice la comunità è il luogo in cui persone non totalmente malate si occupano di persone non totalmente sane.*

Secondo questo utente, nella C.T.R.P. si svolge un lavoro che richiede elevati investimenti di energia e capacità di mettersi in gioco. L'immagine dell'operatore *stressato* evidenzia ancora una volta la necessità di avvalersi all'interno dei contesti residenziali psichiatrici di validi e costanti strumenti di supervisione e monitoraggio che tutelino anche gli operatori che si adoperano in un lavoro che richiede di utilizzare se stessi e le proprie modalità per favorire il cambiamento altrui, in alcuni casi senza che vi sia alle spalle un'adeguata e congruente formazione professionale. In alcuni contesti, inoltre, l'inserimento professionale in contesti psichiatrici può essere connotato addirittura come una punizione da parte della direzione amministrativa.

## **OPERATORE-UTENTE**

La relazione che si costruisce e trova forma nelle pratiche quotidiane all'interno dei contesti comunitari rappresenta un nucleo fondamentale di analisi per i presupposti e gli obiettivi presentati in questo studio. Attraverso le interazioni, infatti prendono vita le definizioni di intenti e si definiscono i copioni implicati nei processi di configurazione identitaria e di ruolo.

Gli aspetti relazionali che risultano trasversali a diverse aree tematiche già descritte vengono identificati in alcuni casi come obiettivi, in altri come strumenti di intervento privilegiati. Nella relazione, infatti, i ruoli trovano le azioni e le parole per descriversi, così come nelle interazioni è possibile sperimentare modalità di comportamento alternative a quelle considerate disfunzionali per il contesto sociale di riferimento.

Di seguito vengono presentate le categorie relative a quattro nuclei tematici che definiscono il genere di relazione che può essere osservato tra operatori e utenti, come ad esempio quella educativa o di aiuto, ma anche le modalità attraverso cui gli attori entrano in relazione, come mantenendo una distinzione chiara e gerarchica dei ruoli o proponendosi con ruoli indifferenziati.

In questa area tematica, come per le definizioni dei contesti C.T.R.P., viene chiesto agli intervistati di descrivere la relazione tra l'operatore e l'utente in comunità anche attraverso l'uso di metafore, per cui nelle considerazioni queste vengono descritte anche in termini di risvolti rispetto alle configurazioni di realtà che generano come linguaggi performativi.

Un aspetto che può risultare interessante, anche per elaborazioni di analisi successive e più approfondite sugli aspetti d'uso del linguaggio, è la distinzione tra le metafore che descrivono la relazione attraverso immagini astratte e quelle che per descrivere la relazione propongono una definizione dei ruoli della relazione. Un'altra distinzione può essere osservata tra le metafore che rimandano ad un'idea di movimento della relazione e altre che utilizzano immagini statiche.

## Relazione educativa

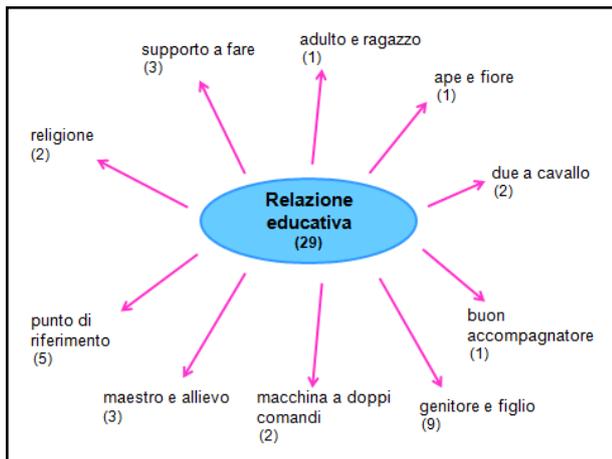


Diagramma 33

Per entrambi i gruppi l'aspetto educativo sembra essere il più pregnante, per cui la condivisione della quotidianità nel contesto della comunità traslascia aspetti di terapia e cura a favore di aspetti di promozione di autonomia e sperimentazioni relazionali.

L'operatore può essere descritto come un punto di riferimento, come evidenzia un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 64

*Co4: a volte lo descrivono come amico, lo descrivono come una guida, altre volte come un persecutore, dipende insomma da operatore e operatore e da utente a utente anche, però per molti alcuni operatori sono proprio delle guide, cioè dei riferimenti importanti ...*

Nell'estratto si definisce un ruolo di guida e uno complementare che segue attraverso l'uso di immagini di movimento rispetto ad un percorso da tracciare insieme. La relazione descritta come educativa rappresenta in alcuni estratti una sorta di esercitazione alle relazioni del mondo fuori e delle possibilità relazionali da giocare per costruire e mantenere il proprio benessere.

Un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta descrive la relazione come una macchina a doppi comandi della scuola guida.

Estr. 65

*Bo1: ba è una macchina della scuola guida con i doppi comandi perché beh intanto deve guidare l'utente e l'operatore deve esserci se c'è bisogno di se c'è bisogno se c'è qualcosa che non va se la persona chiede aiuto se la persona ha paura di fare qualcosa quindi l'operatore c'è ma non ha i comandi ha una parte dei comandi insomma può intervenire per bloccare non deve accelerare può bloccare delle situazioni quindi immagino proprio la macchina della scuola con i doppi comandi l'istruttore può frenare in realtà credo possa anche accelerare però l'operatore non può accelerare ...*

Secondo questa metafora, l'operatore dà le indicazioni e insegna all'operatore le modalità di guida, ma non interviene per accelerare la corsa, eventualmente solo per frenare interviene in caso di

difficoltà. Non è quindi l'operatore che decide la velocità del percorso, però è lui che orienta e che è presente nella necessità.

In questa categoria vengono descritti, in particolare da parte degli operatori, ruoli educativi tipici dei contesti familiari o scolastici, dove vi è un passaggio di saperi, come se l'operatore fosse un esperto di vita che può insegnare all'utente le modalità per orientarsi nel mondo.

Un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta, ad esempio, si definisce attraverso un ruolo educativo utilizzando la metafora della famiglia.

Estr. 66

*Eo4: la relazione paziente e operatore, beh un po' figlio adolescente e genitore ci sta abbastanza, perché il figlio adolescente è proprio quello delle contraddizioni che ti mette alla prova, secondo me sì quella potrebbe essere un'immagine che risuona, quindi con tutta la fatica appunto di anche non dare le risposte, cioè fermarsi un attimo a pensare come rispondere, invece no c'è una risposta bisogna essere efficienti.*

In questo caso l'operatore fa riferimento alla difficoltà dell'adulto di rapportarsi con un figlio adolescente, per cui una relazione di fatica in cui è necessario essere presenti, ma lasciare che l'utente trovi le sue risposte e le sue strade di cambiamento senza imposizioni, ma con il supporto dell'operatore presente.

### **Relazione di aiuto**

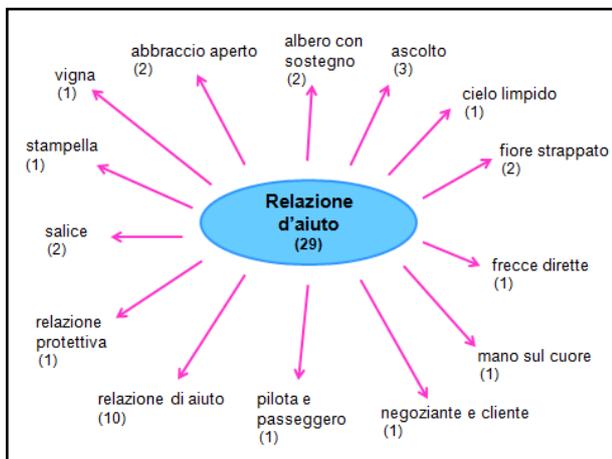


Diagramma 34

In altri discorsi, in particolare quelli degli utenti, la relazione con l'operatore è riconducibile ad una relazione di aiuto, di fiducia e di sostegno.

Questo tipo di relazione che deve essere gestita dall'operatore *in primis*, per le emozioni che entrano in gioco e i bisogni che trovano risposte.

La relazione d'aiuto può essere intesa come una forma di protezione, un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta la descrive come un contenitore.

#### Estr. 67

*Eo2: per descrivere la relazione? non riesco a focalizzarla, perché anche l'idea del contenitore non lo so, sì da una parte potrebbe essere perché in un qualche modo il contenitore accoglie però anche come dire delle sponde dentro cui cioè ti accolgo dentro queste sponde qua come no, quindi forse potrebbe essere questo sì, interpretato così quindi non, allora la comunità sicuramente ha una funzione protettiva, però è una funzione protettiva come dire che non si sostituisce a, cioè non è un sostituirsi all'ospite, è proprio un'accoglienza però all'interno di questi limiti perché questi limiti per me sono terapeutici insomma.*

Con questa metafora si fa riferimento ai vantaggi di una relazione di contenimento, un aspetto rilevante per i contesti residenziali protetti, dove la relazione con gli operatori stessa, e non solo la gestione degli spazi e la definizione di regole, rappresenta uno strumento di protezione che consente all'utente di sperimentarsi e sentirsi sicuro e tutelato.

Altri aspetti su cui viene focalizzata l'attenzione sono gli aspetti emotivi di vicinanza e il contatto corporeo. In alcune metafore operatori e utenti descrivono la relazione tra loro come un vero e proprio sostegno anche fisico, come esprime un utente di C.T.R.P. a gestione diretta.

#### Estr. 68

*Au5: un'immagine, mi viene gli alberi da frutto quando vengono piantati all'inizio han bisogno del paletto attaccato affinché non diventano proprio, ecco a me viene in mente una cosa così.*

Si tratta di una relazione in cui i ruoli sono distinti e dove l'utente rimane passivo nel suo ruolo e appoggiato ad un supporto, che prima o poi viene rimosso perché si considera l'altro capace di sostenersi da solo. Nelle descrizioni di questa modalità relazionale risultano indifferenti l'attività o i contenuti dello scambio, ma la sola presenza risponde ai bisogni dell'utente.

L'operatore si rende disponibile nella relazione e si apre nei confronti dell'utente cogliendo i suoi bisogni, la sua corporeità e affettività, le sue parole, attraverso l'ascolto, come descritto da un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta.

#### Estr. 69

*Eo3: se è una relazione sana, positiva che serve al paziente sì, l'importante secondo me è proprio che l'operatore non deve mai dimenticarsi chi hai di fronte o con chi stai lavorando perché a volte delle frasi o una parola loro possono percepirle in altro modo, quindi bisogna, a volte anche in silenzio solo ascoltarli si può avere un effetto molto migliore, quindi le relazione può essere in silenzio, può essere con gesti, può essere parole però l'importante è che sia positiva per il paziente insomma, questa la vedo come relazione io*

La relazione può essere veicolata anche solo da modalità non verbali, ma è importante che contenta all'utente di sperimentarsi in rappresentazioni di sé in relazione positive, così da alimentare esperienze correttive emozionali funzionali al suo percorso di cambiamento.

## Relazione paritaria

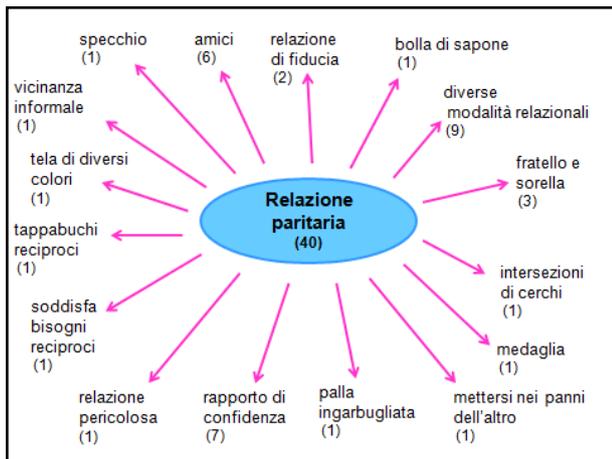


Diagramma 35

Anche questa modalità relazionale presenta numerosi estratti (n. 40), soprattutto da parte degli operatori. Per relazione paritaria si intende un tipo di interazione in cui non vengono diversificati i ruoli di contesto, per cui le metafore utilizzate sono quelle dell'amicizia o dei fratelli. Secondo un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta nel tempo si costruisce una relazione di amicizia

Estr. 70

*Eu3: ... anche amicizia per me, certi operatori sento un senso di amicizia, con altri magari conosciuti un po' meno, dell'ultima guardia cioè degli ultimi che sono arrivati che sono sette otto mesi che sono qua, ci sono operatori che sono quindici anni che sono qua ...*

L'attenzione in questo caso, dunque, è posta su aspetti caratteriali degli attori in relazione, dando rilevanza al fatto che per differenti persone possono generarsi diverse modalità relazionali, indipendentemente dagli scopi situazionali.

La metafora utilizzata da un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta definisce la relazione tra operatore e utente come un oggetto ingarbugliato dai confini non chiaramente definiti.

Estr. 71

*Eo2: un po' tutto questo caos che loro vivono, insomma un po' tutta questa loro come dire non unita, a livello di oggetto forse una palla un po' ingarbugliata non so che comunque ha un centro però magari non è così unificata e come dire una cosa un po', difficilissima questa domanda, una palla non liscia non perfetta, dentro un contenitore una palla con tutti i suoi spigoli che escono, cose un po' che però ha un suo centro, quindi questa esigenza di arrotondarla forse ...*

Questo operatore utilizza un'immagine per descrivere la relazione tra operatori e utenti che evidenzia la difficoltà di definire dei confini precisi; si tratta di una palla che presenta degli spigoli e che ha un suo centro stabile. Il percorso all'interno della comunità può essere orientato a smussare gli angoli di questa palla e renderla più omogenea.

Le modalità relazionali in cui non viene mantenuta una distinzione dei ruoli può essere considerata pericolosa.

Per questo è nel ruolo professionale dell'operatore saper utilizzare le competenze per gestire la relazione con l'utente in modo che sia funzionale al percorso e non che rappresenti un'ulteriore esperienza di conflittualità e fallimento. Come viene messo in luce nel nucleo che segue la relazione può essere letta attraverso la differenziazione dei ruoli e il monitoraggio da parte dei professionisti delle modalità che vengono utilizzate nelle quotidiane interazioni.

### ***Ruoli differenziati***

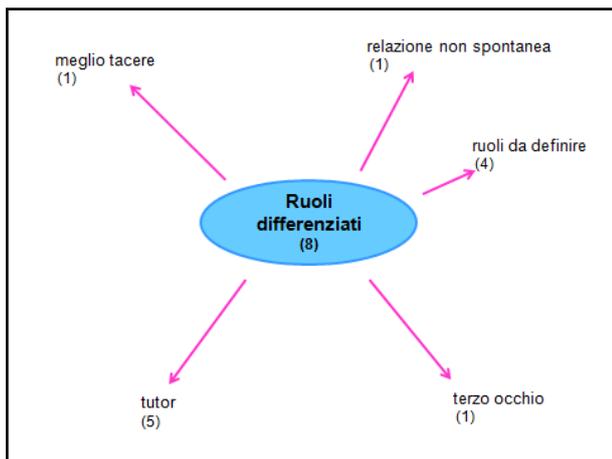


Diagramma 36

In quest'ultimo nucleo tematico vengono presentate le categorie che specificano la necessità di distinguere chiaramente i ruoli all'interno dei contesti comunitari.

La relazione viene infatti considerata non spontanea da un operatore di C.T.R.P. a gestione privata.

Estr. 72

*Fo3: secondo me sono un po' diverse, nel senso che lavorando con ragazzi così diciamo giovani a volte mi sembra di capire che ci sia un po' la tendenza a relazionarsi in maniera piuttosto informale, ad essere anche più diciamo disinvolti, ad essere, come posso dire, forse poco, a volte poco autorevoli non autoritari, come posso dire, c'è il rischio di avere un atteggiamento troppo amicale, quando si ha un atteggiamento così diventa un po' difficile poi chiedere ai pazienti di rispettare alcune cose no, però lì subentrano degli aspetti diciamo personali e a volte credo che bisognerebbe essere un po' più riflessivi che poi da una parte rende il lavoro meno divertente diciamo però dall'altra è un compito che ci viene chiesto, è un po' una fatica ...*

Le modalità relazionali, dunque, vanno pensate e agite in funzione degli obiettivi del percorso riabilitativo e non semplicemente come manifestazione di affettività e stima. Il compito degli operatori e dei responsabili delle C.T.R.P. è quello di definire chiaramente quali sono i ruoli all'interno di tali contesti con rigore e senza necessità di rigidità per rendere agli utenti soprattutto chiarezza di intenti e di strumenti.

## UTENTE PRESENTE

L'utente della comunità residenziale protetta viene descritto dagli intervistati in relazione alla loro esperienza e consente di approfondire la specificità di tali contesti anche in funzione di coloro a cui sono rivolti. Le comunità riabilitative sono pensate e descritte sulla carta per un certo tipo di utenti e si osserva come gli intervistati descrivono questa categoria.

Quello che emerge sottolinea, tuttavia, come vi sia una marcata eterogeneità tra gli utenti a cui il servizio è dedicato e non sempre ci siano i mezzi per la realizzazione dei progetti. Gli utenti delle C.T.R.P., infatti, sono persone diverse ed è difficile costruirne un'immagine univoca. Emergono, tuttavia, alcuni aspetti accomunabili attraverso cui l'utente viene osservato e descritto.

Nel nucleo tematico dove vengono radunati gli estratti di interviste che fanno riferimento alla diagnosi l'utente viene considerato secondo la *patologia psichiatrica* che gli viene attribuita, soprattutto da parte degli operatori, e descritto attraverso alcune caratteristiche utilizzate, riconducibili al ruolo di "malato" e che giustificano il suo inserimento all'interno di una comunità residenziale per un percorso riabilitativo. Oltre alle descrizioni dell'utente secondo criteri diagnostici trovano spazio estratti che descrivono l'utente in relazione ad aspetti di contesto. In particolare, sia gli operatori che gli utenti si riferiscono alle problematiche di tipo relazionale e sociali che caratterizzano l'immagine dell'utente rendendogli difficile la permanenza nel contesto in cui vive. Sia la famiglia che il contesto sociale, dunque, possono contribuire alle configurazioni dell'utente, per cui vengono distinti due ulteriori nuclei tematici dedicati rispettivamente ai *problemi relazionali* e a quelli *sociali* dell'utente di C.T.R.P..

Il successivo nucleo tematico raccoglie gli estratti che definiscono l'utente attraverso delle *caratteristiche di ruolo*. Un'ulteriore modalità utilizzata per definire l'utente della comunità trova forma negli estratti che raccontano o citano le *storie di vita*. Queste spesso sono caratterizzate da limiti e difficoltà da affrontare, da vari passaggi tra diversi servizi di salute mentale, da problemi di tipo sociale e tutto ciò che può contribuire a restringere le possibilità di movimento della persona. Le descrizioni dell'utente di comunità nei successivi nuclei tematici si riferiscono ai *bisogni* che questi presentano o alle *risorse* come strumenti fondamentali da cui partire per costruire il percorso di riabilitazione e reinserimento.

## Diagnosi

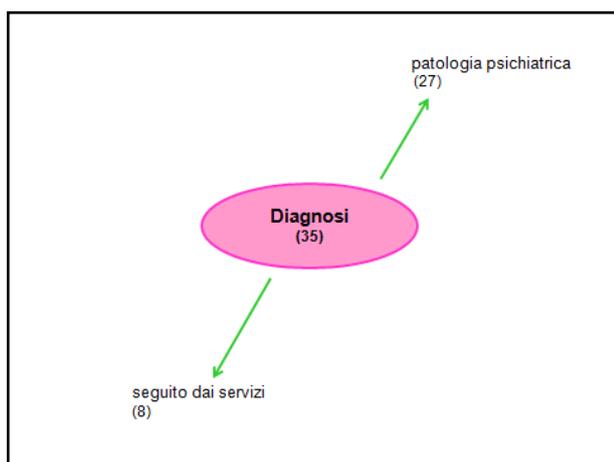


Diagramma 37

Il nucleo tematico delle descrizioni dell'utente di C.T.R.P. attraverso la diagnosi attribuita dai servizi raccoglie un numero elevato di estratti (n. 35) sia di operatori che di utenti. Gli estratti, tuttavia, vengono suddivisi in sole due categorie: una dedicata ai riferimenti alla *patologia psichiatrica* (n. 27), l'altra in cui l'utente è descritto come *seguito dai servizi* (n. 8).

Per quanto riguarda il riferimento alla patologia psichiatrica questo compare in modo rilevante, ma si osserva negli estratti la compresenza di questa categoria con altre che descrivono le problematiche di tipo relazionale, sociale o legate alla storia di vita, categorie che vengono approfondite nei nuclei tematici presentati di seguito.

Un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta fa riferimento alla diagnosi, infatti, ma come un insieme di caratteristiche che legano diversi fattori tra di loro e su cui è possibile intervenire durante il percorso in comunità.

Estr. 73

*Bo4: l'utente di u di una C.T.R.P. è una persona che ha delle difficoltà dei problemi e che sono chiaramente di natura psicologica e niente m noi dobbiamo cercare di aiutarlo a risolvere questi problemi insomma e si insomma sono delle persone che come dire hanno delle caratteristiche dovute un po' alla loro la loro malattia insomma la loro al loro problema per cui chiaramente sono centrate sì su problemi di pensiero di relazione di comportamento ecco per cui su questi ambiti insomma sono quelli su cui poi siamo chiamati a lavorare però insomma sostanzialmente la vedo una persona che si che ha delle parti che funzionano delle parti che non funzionano ...*

L'utente, quindi, non è semplicemente la sua patologia, ma non può essere neanche descritto indipendentemente da essa, poiché questo rappresenta un requisito fondamentale per l'ingresso in C.T.R.P..

Il riferimento a patologie specifiche, come ad esempio i disturbi di personalità per una delle C.T.R.P. a gestione privata, si trova in alcuni contesti comunitari, mentre per altri viene descritta

un'eterogeneità di utenza dal punto di vista clinico, come espresso da un estratto di un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 74

*Co4: eee, mediamente è una persona che ha un disturbo psicotico, anche se non necessariamente, perché abbiamo avuto comunque disturbi di personalità gravi, disturbi bipolari, disturbi schizo-affettivi, però il più delle volte è uno schizofrenico, è una persona con difficoltà di relazione, delle difficoltà di contatto con la realtà e una scarsa consapevolezza delle difficoltà che ha, poi può essere una persona che proprio per questo ha difficoltà a tenersi in ordine, a gestire la propria igiene personale, a gestire gli spazi, a organizzarsi la giornata, nel ritmo del sonno, cioè tutta una serie di aspetti che fanno parte un po' dei disturbi psicotici nelle loro espressioni più gravi insomma.*

Vengono considerate le patologie definite dai manuali della psichiatria come *gravi*, pur nelle diverse forme e manifestazioni. Un altro operatore della stessa C.T.R.P. evidenzia, inoltre, come il criterio della diagnosi sia relativo all'attribuzione dell'etichetta da parte dei servizi piuttosto che ad un insieme di caratteristiche o modalità di funzionamento della persona indipendenti dal giudizio dei servizi che lo definiscono *in primis* un utente psichiatrico.

Estr. 75

*Co1: la patologia diagnosticata, ti dico diagnosticata perché comunque è stata diagnosticata e a differenza di tante altre persone che sono all'esterno della C.T.R.P. e conducono una vita più o meno normale e hanno comportamenti molto simili.*

In questo estratto l'operatore sottolinea che l'utente può essere descritto tale a seguito della diagnosi di una patologia psichiatrica da parte dei servizi, anche se i suoi comportamenti non necessariamente differiscono da quelli di altre persone che stanno all'esterno e ai quali non è stata attribuita alcuna diagnosi psichiatrica.

In stretta correlazione con il riferimento alla diagnosi appare anche la descrizione dell'utente come una persona che è seguita dai servizi psichiatrici; questo aspetto viene presentato da intervistati di C.T.R.P. a gestione non diretta e privata. In particolare, un operatore di C.T.R.P. a gestione privata descrive l'utente della comunità come una persona seguita dai servizi da diversi anni.

Estr. 76

*Fo3: ... il primo pensiero che faccio è sicuramente a persone che ormai da qualche anno da diversi anni hanno contatto con il servizio psichiatrico, sì perché se sei proprio diciamo all'esordio della carriera psichiatrica non credo che la comunità ... sia la prima cosa che viene in mente a uno psichiatra, si prova altro, anche per quello che riguarda i costi, nel senso che prima di mandare un paziente in questa comunità si pensa anche a risolvere le cose in maniera più economica.*

Secondo questo operatore, nonostante la comunità in cui lavora sia rivolta a giovani utenti, la politica dei servizi di salute mentale è quella di considerare l'ingresso in C.T.R.P. dopo un lungo percorso e dopo una evidente difficoltà di far fronte alle problematiche dell'utente solo attraverso strumenti di tipo ambulatoriali. Questa descrizione mostra aspetti di incoerenza con le finalità di

questi servizi, che sono pensati, nelle carte e nelle parole degli operatori, come un intervento da mettere in atto anche nelle prime fasi di accesso, per evitare la cronicizzazione dei disturbi. Le definizioni delle comunità, come già evidenziato in precedenza e viene ripreso nell'area tematica dedicata agli aspetti critici, hanno quindi risvolti in termini di definizioni degli utenti, per cui possono presentarsi incoerenze tra le idee dei servizi inviati e quelle degli operatori dei servizi residenziali protetti.

Un altro operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta descrive l'utente seguito dai servizi in differenti modalità.

Estr. 77

*Bo3: di solito allora l'utente che ce ne sono due o tre tipi di c'è quello che esce dopo un TSO dal reparto dal servizio e che quindi ha un percorso da fare riabilitativo e dopo un periodo veramente critico ... poi ci sono c'è il paziente che ritorna diciamo quelli che ritornano che magari hanno già fatto un percorso qua che però sono passati in comunità alloggi in gruppi che però hanno il periodo critico che stanno male quindi tornano ritornano tipo ... poi ci sono i pazienti comunque quelli non so adesso come funziona bene quelli che vengono come si dice indicati come pronto al percorso terapeutico.*

In questo estratto l'operatore, quindi, descrive diversi percorsi che possono condurre l'utente all'ingresso in C.T.R.P. dopo l'accesso ai servizi psichiatrici. Tra questi, nell'estratto si fa riferimento agli utenti che ritornano in comunità ciclicamente quando sono in un momento critico nella fase del reinserimento sociale. Anche questa pratica dipende dalle disposizioni dei servizi di salute mentale, dalle risorse economiche e anche dalla disponibilità delle comunità di accogliere nuovamente utenti che hanno già concluso il percorso. Nel caso della comunità dell'estratto presentato questo succede, ma questa comunità si caratterizza anche per avere dei tempi di inserimento chiaramente definiti e tendenzialmente rispettati, per cui gli utenti vengono dimessi dalla struttura protetta entro i due anni e vengono individuate le strutture o i contesti più idonei alle loro competenze. Altri contesti comunitari presentano, invece, tempi molto più lunghi, per cui non si osserva un marcato riciclo di utenza. Sempre dall'estratto, come si legge nella prima parte, l'utente può essere inserito a fronte e subito dopo il ricovero in S.P.D.C., per cui in questo caso la comunità può rappresentare un vero e proprio prolungamento del ricovero ospedaliero, uno strumento quindi che aggira i limiti imposti dalle regolamentazioni in tema di ricoveri psichiatrici. Nell'ultimo caso presentato da questo operatore l'utente è una persona che il servizio reputa adeguato e in un momento adatto per intraprendere un percorso riabilitativo, quindi si può pensare che possa mostrare una maggiore corrispondenza con l'utenza pensata dalle stesse C.T.R.P. secondo il loro mandato.

Un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta, invece racconta la sua storia nei servizi e le modalità di ingresso in comunità come la possibilità di affrontare un momento di criticità in un contesto protetto.

Estr. 78

*Bu1: esaurimento nervoso, che prendevo psicofarmaci anche io alla fine e dopo ho conosciuto a diciassette anni ... (responsabile psichiatra) e mi ha dato psicofarmaci e tutto, però era un periodo che lavoravo e mi arrangiavo e tutto, ma dovevo prendere gli psicofarmaci se no se non li prendevo ricadevo, cadevo giù, andavo in depressione più completa ...*

In questo caso l'utente descrive una lunga storia di servizi psichiatrici e di cura farmacologica, ma in un momento in cui il suo malessere non sembrava poter essere gestito attraverso gli incontri ambulatoriali il professionista psichiatra gli ha indicato la possibilità di entrare in comunità e dare avvio ad un percorso finalizzato ad un ritorno nel suo contesto con ulteriori competenze di gestione del suo benessere.

Il nucleo, che descrive l'utente nel presente attraverso i criteri diagnostici, si mostra coerente con le definizioni emerse dai documenti normativi nazionali e regionali. Gli utenti, infatti, vengono descritti come eterogenei per le problematiche che presentano, ma sono accomunati da una storia che li vede usufruire dei servizi psichiatrici da diverso tempo e dall'attribuzione di etichette diagnostiche che i professionisti considerano "gravi".

### ***Problemi relazionali***

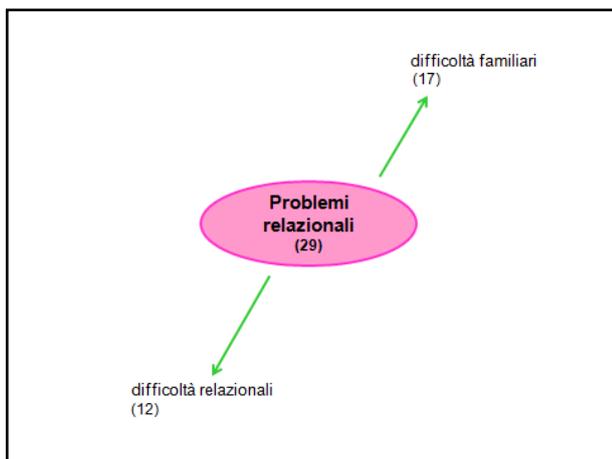


Diagramma 38

In questo nucleo tematico vengono raccolti gli estratti (n. 29) di interviste in cui l'utente di C.T.R.P. è descritto attraverso le sue difficoltà di tipo relazionale. Gli estratti si suddividono in due categorie: una dedicata alle difficoltà relazionali in senso generale ed una in cui vengono descritte le difficoltà che caratterizzano nello specifico il contesto familiare degli utenti.

Un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta descrive le relazioni dell'utente come un aspetto problematico.

Estr. 79

*Bo1: ... poi ti accorgi che s'è costruita una storia in cui pian piano si perde la persona e rimangono i sintomi e rimangono i sintomi come se non ci fosse nient'altro come se non lo so uno comincia a dire a comportarsi in determinati modi a non capire determinate cose man mano tutti lo allontanano perché non o qualcuno si incazza s'arrabbia e uno comincia a dire ma cazzo ma e uno ha sempre meno voglia di stare con gli altri e quindi le scelte si chiudono cioè uno si sente inadeguato quindi parte tutto un circolo assurdo.*

Le storie di vita degli utenti possono essere caratterizzate da una chiusura relazionale, per cui gli utenti si trovano isolati rispetto alle altre persone e rispetto ai contesti sociali di cui fanno parte.

La seconda categoria in cui vengono radunati gli estratti di operatori e utenti si riferisce alle relazioni familiari. In un consistente numero di estratti (n. 17), infatti, l'utente viene descritto come una persona che presenta difficoltà con i suoi familiari per cui la comunità rappresenta una possibilità di allontanamento dal contesto con l'obiettivo di promuovere la costruzione di nuove modalità relazionali, anche nella famiglia, con il supporto terapeutico di tutto il nucleo.

Un operatore di C.T.R.P. a gestione privata sottolinea, ad esempio, la conflittualità familiare come una caratteristica che accomuna gli utenti di C.T.R.P..

Estr. 80

*Do2: beh poi dipende appunto dalla storia di ognuno però principalmente è una persona comunque con dei passati difficili a livello familiare e soprattutto quindi problemi con la famiglia, incomprensioni, vicissitudine comunque dure, poi ci sono persone anche malati di depressione, quindi le persone malate di depressione secondo me sono persone molto difficili perché sono molto chiuse e quindi non hanno voglia di farsi leggere dentro diciamo no, pur di non, e poi ci sono persone i casi più difficili tipo come dicevamo ... prima, ecco le persone con i vari tentati suicidi, persone autolesioniste, nella nostra comunità entrano tante persone autolesioniste, con questo problema insomma, comunque principalmente persone con conflitti familiari*

Si introduce con questo nucleo tematico l'idea che i problemi dell'utente non necessariamente siano collocabili in lui come individuo singolo, ma che vadano considerati a fronte delle sue relazioni, dei suoi contesti. In quest'ottica l'approccio secondo un modello medico-psichiatrico si integra con quello di tipo psico-sociale, che considera la persona come attore sociale e in interazione con gli altri. La famiglia spesso si presenta come problematica, con diversi componenti del nucleo seguiti dai servizi o come delegante del problema su un componente. In alcuni contesti comunitari, ma questo non sempre è possibile, viene strutturato un percorso di sostegno o anche di psicoterapia con la famiglia perché il contesto familiare possa essere al termine del percorso un luogo adeguato al benessere dell'utente e dei suoi stessi familiari.

In molti casi, come descrive un utente di C.T.R.P. a gestione diretta, è la stessa famiglia che richiede al servizio di diagnosi e cura l'inserimento dell'utente all'interno di un contesto comunitario.

Estr. 81

*Au5: eh, il problema è che può capitare o che, come me che ha bisogno di una struttura che lo sostenga o può capitare di persone che magari non sono volute dai genitori, che hanno dei problemi e io ne vedo tanti qua, non sono voluti dai genitori, i genitori non li accettano in casa e quindi questo è tragico, è brutto è tristissimo e anche se posso capire che*

*il genitore faccia fatica però, però insomma è difficile, è brutto è triste ecco, che vedo tanti che sono un po' qua abbandonati, i genitori non vogliono riprenderseli e quindi mi fa tristezza perché il genitore è sempre il genitore*

Questo aspetto rappresenta una criticità in quanto alimenta l'immagine della comunità come una sorta di "parcheggio" o luogo dove inserire le persone che non possono più stare nel contesto familiare. Ancora più critico quando si pensa che i familiari non sono disposti a modificare le proprie modalità e sostenere le possibilità di cambiamento dell'utente.

Questo aspetto riflette una difficoltà dei servizi stessi di costruire e supportare nel tempo e con costanza progetti rivolti ai familiari di utenti psichiatrici perché se ne possano individuare le risorse e le prospettive di evoluzione, o perché possano essere pensati in modo precoce percorsi che prevedono il futuro inserimento in contesti alternativi alla famiglia per il benessere dell'utente del servizio in primo luogo.

### **Problemi sociali**

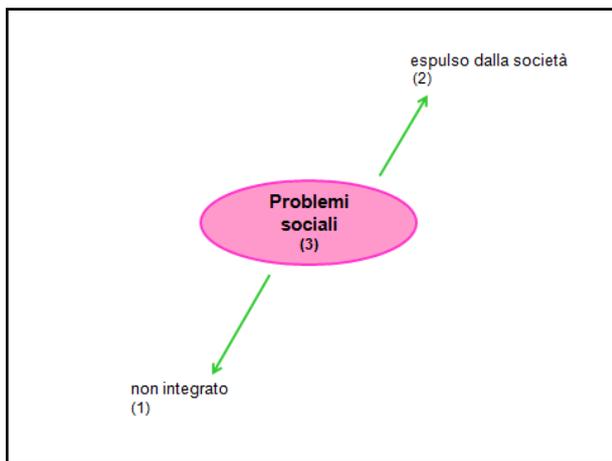


Diagramma 39

Questo nucleo tematico raccoglie un numero estremamente limitato di estratti, paragonato agli altri nuclei descritti in quest'area, che descrivono l'utente attraverso le problematiche di tipo sociale.

Gli aspetti sociali vengono evidenziati anche dalle parole di un utente di C.T.R.P. a gestione diretta che si descrive come non integrato.

Estr. 82

*Au2: una persona che entra in C.T.R.P. è una persona che molto probabilmente non ha ancora sincronizzato l'aspetto emotivo con quello cognitivo e non riesce a collocarsi spazio temporalmente nella società, non solo in riferimento al lavoro, ma anche in riferimento proprio alla scansione temporale della giornata e non necessariamente, come dire, depresso, cioè non necessariamente depresso ma semplicemente non integrato ...*

Secondo questo utente le problematiche di tipo sociale dell'utente gli impediscono di trovare una sua collocazione in società. In questo caso la patologia psichiatrica non viene considerata, mentre rappresenta un aspetto importante la sua integrazione nel contesto sociale.

Questo nucleo presenta un numero ridotto di estratti, per cui si può considerare che venga posta poca attenzione agli aspetti sociali per quanto riguarda la definizione dell'utente nel presente, mentre questi trovano diversi riferimenti nelle argomentazioni dell'utente futuro. L'obiettivo del reinserimento sociale, infatti, comporta un'attenzione maggiore alle difficoltà che si generano dall'isolamento sociale e dall'irrigidimento di ruoli considerati non funzionali al tessuto sociale.

### ***Ruolo***

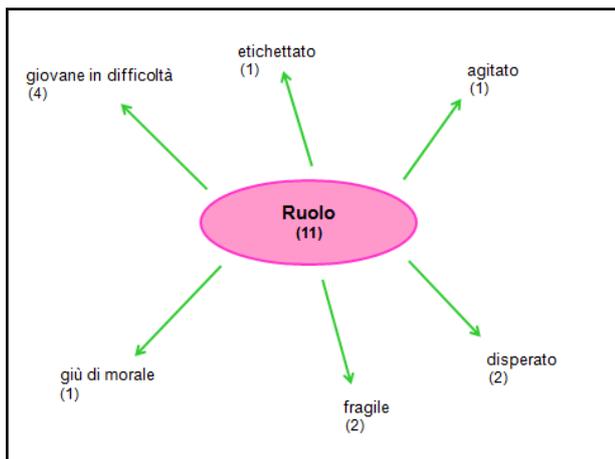


Diagramma 40

In questo nucleo tematico vengono raccolte le categorie che rappresentano gli estratti di intervista che descrivono l'utente di comunità residenziale protetta attraverso delle caratteristiche della persona, riconducibili ad un ruolo. Gli intervistati, infatti, in questo caso si riferiscono agli utenti, seppur diversi nelle storie e nei contesti di provenienza, con gli elementi che li rendono simili, fino a riuscire quasi ad identificare una tipologia di utente che accede alla C.T.R.P..

L'aspetto più rilevante di questo nucleo tematico, che presenta un numero inferiore di estratti (n. 11) rispetto agli altri nuclei di questa area tematica, è che questo tipo di descrizione dell'utente viene utilizzata quasi esclusivamente dagli operatori e dagli utenti delle C.T.R.P. a gestione privata, ad esclusione di una sola categoria riferibile ad un solo utente di C.T.R.P. a gestione non diretta.

Gli utenti si descrivono in riferimento al ruolo come ospiti della comunità utilizzando delle categorie che possono essere lette come delle difficoltà individuali, in questo caso l'utente è una persona *disperata, fragile, giù di morale*.

Un operatore dell'altra C.T.R.P. a gestione privata, invece, individua come caratteristica problematica della persona l'agitazione.

Estr. 83

*Fo1: l'utente che accede in questa C.T.R.P. lo vedo agitato come ogni utente che entra in una C.T.R.P. ...*

L'utente viene descritto come agitato, ma in riferimenti particolare al momento dell'ingresso in comunità e l'operatore descrive di seguito la possibilità che l'ospite possa in breve tempo modificare questa modalità a fronte del contesto che incontra e delle persone con cui inizia a relazionarsi. In questo caso la caratteristica osservata non viene considerata come stabile, ma sono riferibili a momenti specifici, e che non descrivono l'utente in modo complessivo, ma una sua modalità di agire in un determinato contesto come quello della C.T.R.P. in cui è appena stato inserito.

Un altro operatore di C.T.R.P. a gestione privata, esplicita il riferimento all'etichetta diagnostica come caratteristica di ruolo, per cui l'utente è colui a cui viene attribuita l'etichetta di utente dei servizi psichiatrici attraverso la diagnosi e l'inserimento nei percorsi di cura.

Estr. 84

*Do3: eh eh, allora sì l'utente della comunità si ha principalmente l'errore di vederli solo come persone con dei deficit principalmente e quindi persone inferiori a tutto il resto delle persone esterne, è un errore abbastanza semplice in cui cadere, nel senso che spesso e volentieri vengono minimizzate, nel senso che una persona che vive qua dentro fuori sarà sempre etichettata, cioè è facilissimo etichettare una persona, è difficile togliergli l'etichetta, cioè vedere che la persona può essere uguale a me, spesso e volentieri si fa fatica a proiettarsi in quella persona e pensare che nella stessa situazione si potrebbe reagire alla stessa maniera, capito.*

In questo estratto l'operatore sottolinea in modo chiaro il limite di considerare l'utente esclusivamente attraverso le etichette diagnostiche che gli vengano attribuite e non considerare la possibilità di vedere anche altro nelle sue ulteriori modalità e rappresentazioni. Questo aspetto si riflette in parte anche nelle descrizioni degli utenti quando definiscono le loro fragilità e nei riferimenti alle etichette diagnostiche come se esaurissero la loro configurazione identitaria.

Questo aspetto richiama le argomentazioni dei teorici dell'etichettamento (E. Goffman, 1966; E.M. Lemert, 1967; H.S. Becker, 1963; D. Matza, 1969; T.J. Scheff, 1966), che vengono introdotti nel capitolo dedicato alla cornice teorica della ricerca, per cui anche la configurazione dell'utente dei servizi psichiatrici può essere intesa come un risvolto delle attribuzioni di ruolo, che può apparire per lui e per coloro che interagiscono con lui come il suo unico modo di essere. Questo tipo di processo può ostacolare i percorsi di cambiamento, che necessitano di modalità di pensare a sé e azioni alternative, ma anche di sguardi orientati alla possibilità di vedere anche altro.

In un altro tipo di categoria vengono raccolti gli estratti in cui l'utente viene rappresentato come un *giovane in difficoltà* (n. 4); questo aspetto specifico è presente in modo esclusivo per una C.T.R.P. di quelle coinvolte nella ricerca, che in modo peculiare definisce dei criteri di età per la selezione dell'utenza; si tratta infatti di un contesto comunitario dedicato a giovani (di età compresa tra i 18 e i 35 anni) e con diagnosi di disturbi di personalità. La descrizione di un operatore di questa C.T.R.P. sottolinea questa definizione di ruolo.

Estr. 85

*Fo3: ma in difficoltà nel senso che nel momento in cui arrivano qui sono in difficoltà e a volte ho come l'impressione che la soluzione non si sia trovata all'interno dell'Ulss, quindi guardano fuori proprio perché le risorse interne non riescono ad affrontare la situazione, quindi pazienti in difficoltà ma come si diceva prima pazienti con un margine sul quale lavorare di miglioramento, ragazzi giovani in difficoltà.*

Questo operatore definisce l'utente come una persona giovane in difficoltà nel momento dell'ingresso, per la quale non sono sufficienti le risorse dei servizi ambulatoriali. Da questo estratto si sottolinea come la comunità sia intesa come un contesto finalizzato anche ad accogliere persone che si trovano in momenti di elevata criticità, come potrebbe essere il ricovero ospedaliero; in questo caso, tuttavia, viene sottolineata la valutazione della persona rispetto alle risorse per il cambiamento per procedere alla costruzione di un progetto riabilitativo e al reinserimento in un contesto residenziale protetto.

### **Storia di vita**

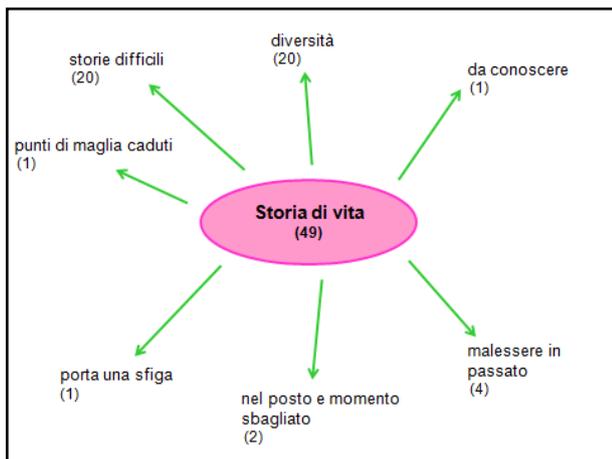


Diagramma 41

Questo nucleo presenta il maggior numero di estratti (n. 49) in cui gli intervistati definiscono l'utente di C.T.R.P. attraverso il racconto o il riferimento alla sua storia di vita. L'introduzione del racconto dei fattori che possono aver contribuito alla decisione di proporre ad utenti del servizio psichiatrici l'inserimento in un contesto residenziale protetto per la costruzione di un progetto di riabilitazione e di reinserimento sociale consente di sottolineare l'eterogeneità dell'utenza. Gli utenti, infatti, che all'interno della comunità condividono gli spazi di vita quotidiana e il lavoro sulle proprie difficoltà attraverso la partecipazione alle attività strutturate, provengono da contesti differenti e, ciascuno con le sue peculiarità si trova a lavorare su aspetti specifici con la finalità di costruire nuovi racconti di sé e della propria storia. Gli estratti di questo nucleo tematico partono dalla descrizione dell'utente nel presente, come una persona che è attualmente inserita in un contesto comunitario, attraverso il riferimento al passato e quindi agli eventi che lo hanno condotto alla costruzione di questo ruolo. Il numero maggiore di estratti del nucleo è presente nelle C.T.R.P.

a gestione non diretta, sia nelle interviste ad operatori che ad utenti, anche se si possono osservare riferimenti alle categorie di questo nucleo anche nelle comunità con differenti tipi di gestione.

Tra le parole chiave presenti nel grafico (Diagramma 41) si trova quella dedicata alle *diversità* (n. 20) che raduna gli estratti in cui vengono sottolineati gli aspetti di differenziazione tra i vari utenti.

Alcuni operatori di C.T.R.P. a gestione non diretta per descrivere l'utente della comunità portano l'esempio di uno o alcuni degli ospiti con cui hanno lavorato, come una situazione specifica che consente loro di sottolineare la diversità secondo vari aspetti.

Estr. 86

*Eo1: guarda il problema è che qui ci sono state persone, adesso sembra che non rispondo ma arrivo, parto da, persone che non c'entravano molto con la struttura, quindi un po' un misto ...*

In questo estratto l'operatore descrive le differenze tra gli utenti attraverso le problematiche che presentano, sottolineando come in alcuni casi questi vengano inseriti all'interno della comunità pur non rispondendo ai criteri definiti per l'utenza a cui questa è rivolta. Questo stesso operatore, inoltre, evidenzia la necessità di operare una selezione più accurata dell'utenza in modo che gli ospiti possano trovare nella C.T.R.P. gli obiettivi e gli strumenti di cambiamento funzionali alle loro necessità e alle loro peculiarità.

Le tipologie di utenti possono essere, anche, distinte con riferimento all'età, che rappresenta un aspetto importante per le prospettive di cambiamento e per la progettazione del reinserimento sociale.

Attraverso le parole di un utente la diversità tra gli ospiti della comunità viene descritta utilizzando le storie e le problematiche del loro passato.

Estr. 87

*Bu1: chi è che ha problemi, o problemi di casa o problemi di testa o problemi di esaurimento o altri problemi che ha avuto in passato, so che c'era anche ... che aveva avuto problemi con la legge che dopo lo hanno mandato via a ..., tanti problemi che abbiamo avuto in passato insomma e questa comunità ti aiuta a risolverli insomma.*

Secondo quanto si osserva in questo estratto la comunità può accogliere diverse persone con problematiche differenti e in generale diviene un luogo dove affrontare e risolvere i problemi del passato. Come sottolineano anche gli estratti di alcuni utenti, il malessere riferito al passato come uno o una serie di eventi critici può aver impedito all'utente di procedere nel suo cammino di vita.

In linea con questo anche un altro gruppo di estratti (n. 20) si caratterizza per il riferimento esplicito al passato dell'utente, attraverso la descrizione della sua storia di vita. Queste storie vengono definite come *difficili*. In alcuni casi vengono proprio descritte le singole storie, non confrontabili tra loro per l'unicità della persona e delle situazioni, che hanno condotto l'utente fino all'inserimento nel contesto comunitario.

Nel racconto di alcune storie si fa riferimento alla sofferenza e alle svariate situazioni in cui l'utente si è trovato che hanno reso difficile per lui trovare delle strade per proseguire il suo cammino di vita. Un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta, invece, utilizza il racconto di un utente che ha conosciuto per introdurre l'idea che questa persona si sia trovato *nel posto sbagliato nel momento sbagliato* (n. 2).

Estr. 88

*Bo1: sì al prima ma poi forse per certi aspetti della loro vita per tutta la vita perché io mi ricordo un paziente una volta mi disse dottore il problema è che siamo sul palcoscenico sbagliato cioè ci stiamo esibendo nel posto e cioè io credo che abbiano trovato un modo per ciò a me piace pensare al allo stare al mondo penso che abbiano trovato un modo di stare al mondo che purtroppo per certi aspetti poco condivisibile io mi piace quest'immagine un po' romantica cioè che purtroppo non è molto condivisibile e nel senso che loro l'hanno trovato perché per in tutta la loro storia è come se ci fosse stato un imbuto cioè ho sempre meno possibilità di scelta ho sempre meno possibilità di scelta e alla fine l'unica cosa che mi rimane è delirare sentire le voci scelta nel senso non un po' più inconsapevole un po' più inconscio no però è come se tutto pian piano crollasse.*

L'operatore descrive la vita dell'utente come se fosse un *imbuto* dove le possibilità di scelta diminuiscono fino a quando l'unica possibilità rimane quella di aderire completamente e rappresentarsi unicamente attraverso il ruolo di utente dei servizi psichiatrici, dando spazio solo alle problematiche e a comportamenti non comprensibili dall'esterno, senza riuscire a ipotizzare percorsi e azioni alternativi. A partire da questo presupposto la comunità, secondo questo operatore, può rappresentare per l'utente un luogo dove ampliare le sue possibilità di scelta e le possibili espressioni di sé.

Questo nucleo mette in luce come diversi fattori integrati tra di loro possano contribuire a rendere un utente tale, descritto semplicemente come colui che entra in comunità.

Tutti gli utenti possono essere pensati come persone diverse, ciascuno con la sua storia, legata sicuramente ai servizi di salute mentale, ma con diverse prospettive e variabili. La diversità è legata ad aspetti caratteriali, ad aspetti situazionali, per cui gli intervistati sottolineano la necessità di considerare tali differenziazioni per descrivere gli utenti delle comunità, ma anche e soprattutto gli operatori sottolineano la diversità degli utenti dai non utenti anche come qualcosa che hanno in misura maggiore.

## Bisogni

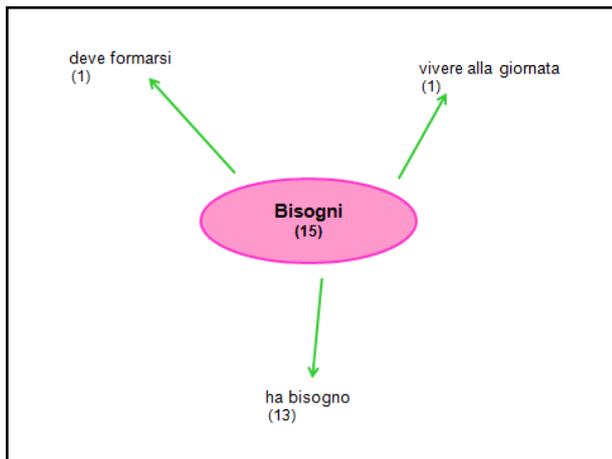


Diagramma 42

L'utente descritto in alcuni estratti (n. 15), da parte di operatori e di utenti, è una persona che ha diversi bisogni: tra questi il bisogno di aiuto, di essere accolta e protetta, di avere una continuità, di avere un posto stabile dove stare, di porsi attivamente nella gestione della sua vita. La comunità risponde a diversi bisogni da parte degli utenti e non sempre coerenti con i bisogni delle altre figure coinvolte nella storia del percorso riabilitativo. Secondo le parole di un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta, l'utente è descritto come bisognoso e l'identificazione dei suoi bisogni rappresenta un punto fondamentale del lavoro degli operatori che sono chiamati a riconoscerli e a rispondere a questi attraverso l'incoraggiamento per la soddisfazione di questi bisogni.

Estr. 89

*Ao4: la prima parola che mi viene da dire è una persona bisognosa una persona bisognosa di dopo sta a noi cosa aggiungere insomma però bisogna ... sicuramente del rinforzo per me il rinforzo è una parola proprio che la metto sotto la dicitura C.T.R.P. ...*

La comunità, dunque, secondo questo operatore è chiamata a rispondere ai bisogni degli utenti e a rinforzare le loro risorse perché possano realizzare i propri obiettivi.

Il cambiamento viene espresso anche attraverso il bisogno di vedere oltre il momento attuale, di riuscire a progettare e realizzare il proprio futuro. Come esprime un utente di C.T.R.P. a gestione diretta che sottolinea il suo bisogno di vedere la sua vita in una prospettiva futura.

Estr. 90

*Au3: eh, a volte sì! e vivere alla giornata non è il massimo...il vivere alla giornata è come se tu non riuscissi a vedere davanti...*

Con queste parole l'utente viene descritto come una persona ferma nel presente, che si preoccupa solo della realizzazione dei suoi bisogni quotidiani, ma l'inserimento all'interno di una C.T.R.P. rappresenta anche l'opportunità di andare oltre questa tendenza e di poter costruire un progetto di vita che apra la strada ad un futuro possibile.

## Risorse

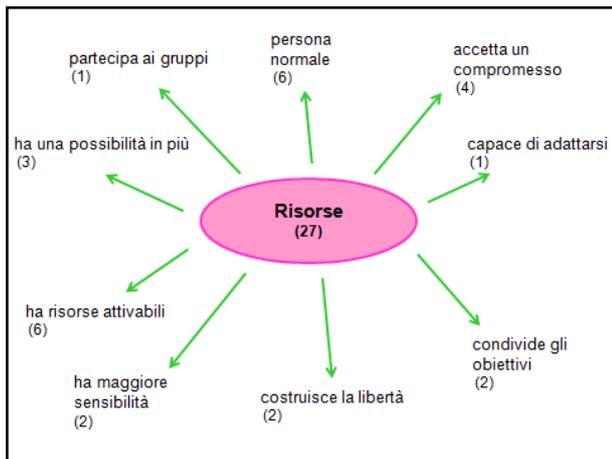


Diagramma 43

In quest'ultimo nucleo gli estratti (n. 27) sono distribuiti tra le comunità con diversi tipi di gestione e sono riconducibili alle descrizioni sia degli operatori che degli utenti intervistati. A differenza dei gruppi di categorie di discorso presentate nei nuclei precedenti, focalizzate sulle difficoltà e sugli aspetti problematici degli utenti, in questo vengo introdotte le risorse degli ospiti. Dal riferimento alla sua storia e ai problemi del passato che lo hanno condotto all'inserimento in un contesto residenziale protetto, si passa al suo presente come ospite della C.T.R.P. e in riferimento alla costruzione del suo progetto di riabilitazione e di reinserimento sociale si introducono tutti quegli aspetti che consentono di pensare di riuscire a realizzare il progetto, dando rilevanza e sviluppando ulteriormente le capacità che ciascuno in modo specifico presenta.

Alcuni estratti (n. 6) descrivono l'utente come una *persona normale* e sia da parte degli operatori che da quella degli utenti la normalità viene intesa come un aspetto positivo che trova coerenza anche con le problematicità degli utenti.

Oltre all'idea di normalità gli operatori fanno riferimento, inoltre, all'utente della comunità come una persona che ha delle risorse attivabili dal percorso riabilitativo. Questo discorso rappresenta per gli intervistati un punto di partenza anche per la selezione dell'utenza delle C.T.R.P..

Secondo un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta, infatti, gli operatori dei servizi inseriscono un utente quando pensano che ci siano delle capacità che possano essere riattivate durante l'inserimento.

Estr. 91

*Ao5: una persona che ha allora a cui si crede che abbia ancora risorse attivabili non solo attivabili che abbia delle risorse che magari sono solo un po' in standby e che e per cui si pensa che ci sia un margine di miglioramento mi viene da dire anche se non sempre appunto l'invio è così per quello che ti dicevo però nel nell'immaginario diciamo nel teorico è una persona che ha bisogno di prendere coscienza che deve fare un periodo cioè deve fare un percorso di vita lo chiamerei io perché fa parte della sua vita un percorso deve riuscire a superare delle difficoltà che ha ...*

In questo estratto, in particolare, il percorso in comunità rappresenta l'opportunità di superare le difficoltà della persona attraverso l'uso delle sue risorse che possono essere già presenti o che possono essere costruite, oltre l'idea della malattia che spesso diviene per gli utenti stessi una giustificazione alla loro immobilità. Allo stesso modo un utente di C.T.R.P. a gestione privata si definisce come una persona che all'ingresso in comunità può non essere consapevole delle sue risorse, ma che grazie al percorso e alla relazione con l'équipe può renderle manifeste nella gestione della sua quotidianità.

Estr. 92

*Fu1: ... quindi un po' ci accomuna il fatto che il servizio per il nostro bene decide che, ma non perché tanto non ce la fa, proprio perché magari vede in questa persona delle risorse che questa persona non vede lei stessa e dunque cerca di affidarla ad un'altra équipe perché riesca a riscoprirle poi e a tirarle fuori.*

In questo estratto l'identificazione di risorse che possono rendere realizzabile il progetto di riabilitazione e reinserimento avviene a partire dai servizi inviati e questo rappresenta un criterio utilizzato per scegliere di inserire una persona in una C.T.R.P..

Un'altra risorsa che emerge dagli estratti, solo nelle interviste con gli operatori, viene descritta come una maggiore sensibilità che contraddistingue gli utenti dei contesti comunitari, come presente in un estratto di intervista ad un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta.

Estr. 93

*Bo5: ... vive delle emozioni in maniera diversa da noi però diversa nel senso che è più ingigantita che è in qualche modo si discosta dalla realtà perché la fa la distorce ok è come cioè è una persona come se avesse come dire non so un occhio diverso che trasforma quello che ha davanti che può essere un occhio interno un occhio esterno ... e per altri aspetti è portata a reagire vedere sentire in maniera diversa una sensibilità maggiore ... quindi è veramente una sensibilità eclatante come se mancasse uno strato di pelle come se fossero una spugna che assorbe purtroppo sono persone che soffrono tanto e soprattutto quando sono consapevoli ...*

Questo operatore descrive l'utente della comunità come una persona con un'elevata sensibilità, che rappresenta una risorsa per la sua capacità di entrare in contatto con le emozioni, ma allo stesso tempo può essere uno dei suoi più grandi limiti per la fatica che comporta la gestione di questa sensibilità e per la difficoltà che possono avere le altre persone a comprenderla e soprattutto ad accettarla. La sensibilità degli utenti viene descritta come la loro sofferenza, ma anche come la difficoltà di gestire e di riuscire ad utilizzare la loro emotività; in questo senso si orienta il lavoro degli operatori in comunità, con la possibilità di sfruttare la sensibilità degli utenti e di utilizzarla come una delle loro risorse per relazionarsi con gli altri e muoversi nel mondo.

L'utente che viene inserito in comunità ha la possibilità di costruire per sé un percorso diverso che gli consenta di trovare il suo posto nella società, ma allo stesso tempo questo può significare per lui anche scendere a dei compromessi, come dover condividere spazi di vita con altre persone,

adeguarsi alle regole definite dall'esterno e alla vita in un contesto protetto che limita la libertà individuale.

Con le parole di un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta, tuttavia, il percorso in comunità può rappresentare proprio per l'utente la possibilità di costruire la sua libertà.

Estr. 94

*Bu2: beh comunque voglio dire che ognuno ci costruiamo il nostro destino e che abbiamo, non è che abbiamo, ad esempio la libertà non ce l'abbiamo nessuno insomma, è inutile dire che ognuno vorrebbe la libertà, bisogna sapersela comprare insomma da soli, perché rispetto a mio fratello che diceva sempre che voleva la libertà la libertà, si costruisce, bisogna sapere valutare le cose giuste e le cose sbagliate.*

Attraverso questo estratto l'utente si descrive attraverso un ruolo attivo come costruttore della propria libertà e del proprio futuro, oltre il percorso in comunità residenziale.

## **UTENTE FUTURO**

Gli intervistati propongono nelle risposte a questa domanda di intervista diverse rappresentazioni dell'utente nel futuro, a fronte del percorso in comunità. Anche in questo caso non emerge una configurazione univoca, ma diversi temi, distribuiti in modo disomogeneo rispetto alle frequenze delle categorie di analisi, raggruppate all'interno dei nuclei tematici che vengono di seguito riassunti. Un primo nucleo tematico mostra una descrizione nelle interviste di un utente che nel futuro rimane legato al supporto dei servizi per la salute mentale, per cui si prospettano per lui inserimenti in ulteriori strutture con un grado di protezione più basso o un monitoraggio ambulatoriale, attraverso i farmaci e i colloqui clinici.

Come per l'area tematica dedicata al presente, anche nelle prospettive future l'utente viene configurato come un ruolo che mantiene, anche se migliorato rispetto all'ingresso in comunità, una serie di paure e difficoltà tali da rendere difficile la gestione della vita fuori e la possibilità di sperimentarsi in modalità alternative.

In un altro nucleo tematico, nella prospettiva futura l'utente viene descritto con il reinserimento nel contesto sociale da cui proviene o che si è costruito nel frattempo; questo nucleo raccoglie il maggior numero di estratti (n. 92); il reinserimento riguarda gli aspetti abitativi, lavorativi e relazionali. Per quanto riguarda le argomentazioni degli operatori, questi considerano il reinserimento come un miglioramento per la persona, ma mantengono un'idea di imprevedibilità dei risvolti futuri che correlano alle diversità situazionali, all'idea che la persona possa ritrovare nel proprio contesto le stesse difficoltà di partenza e alla scarsa visibilità dei risvolti successivi al percorso per gli utenti che seguono in comunità.

Di seguito vengono presentati gli estratti, sia di operatori che di utenti, che fanno riferimento alle competenze che l'utente costruisce e apprende durante il percorso comunitario. Si tratta

principalmente della gestione di attività quotidiane, ma anche alla capacità di gestire i momenti di crisi mettendo in atto strategie di richiesta di aiuto. La consapevolezza dei propri limiti e le competenze nel chiedere aiuto sono presentate in parallelo con la costruzione di autonomia, che rappresenta uno degli obiettivi principali del percorso.

### **Supporto dei servizi**

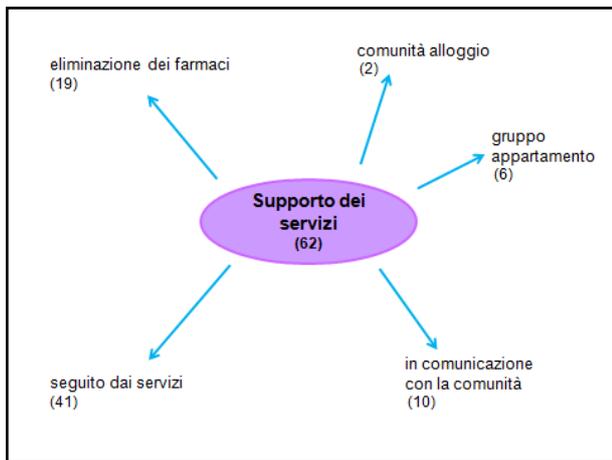


Diagramma 44

Il nucleo tematico dedicato al supporto dei servizi mette in evidenza come l'utente nel futuro sia pensato ancora in riferimento ai servizi psichiatrici da cui continua ad essere seguito. Queste argomentazioni, che riguardano in particolar modo gli operatori e presentano la frequenza maggiore per le C.T.R.P. a gestione non diretta, sottolineano come la comunità rappresenti un percorso che si colloca all'interno di un progetto più ampio che vede coinvolti diversi servizi per la salute mentale coordinati tra di loro. Il progetto di riabilitazione e di reinserimento, infatti, non si conclude con la comunità residenziale, ma prosegue con l'inserimento in ulteriori strutture o con il supporto di tipo ambulatoriale. L'utente, tuttavia, non sembra possa essere pensato se non attraverso il suo stesso ruolo di utente dei servizi che continua a mantenere nel tempo, anche oltre il suo percorso in comunità.

Tra le categorie presenti all'interno di questo nucleo si trova quella in cui l'utente nel futuro è descritto come un persona che continua ad essere seguito dai servizi, come evidenzia, ad esempio, un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 95

*Co4: sì, continua a essere seguito dal suo psichiatra di riferimento, talvolta manteniamo anche la presa in carico familiare, mi viene in mente una paziente che ha fatto un lungo percorso da noi, una grave schizo-affettiva, in cui la tematica familiare come ingrediente nelle crisi era molto forte e continuiamo a vederla insieme alla mamma perché vivono insieme e per esempio ecco nel suo caso un percorso familiare iniziato in comunità che continua anche dopo la dimissione, proprio perché io ho questa doppia funzione di essere anche il C.S.M..*

Nell'estratto appena presentato l'operatore fa riferimento ad una situazione specifica in cui il sostegno da parte dei servizi viene descritto come una presa in carico familiare, che rappresenta uno strumento per l'utente anche quando viene inserito nel suo contesto. In questo caso, ma non avviene per tutti i contesti comunitari coinvolti nella ricerca, si tratta dello stesso professionista che ha un duplice ruolo e che opera anche a livello ambulatoriale nel C.S.M. (Centro di Salute Mentale).

Nella maggior parte dei casi, invece, l'utente torna a prendere i contatti con i professionisti che lo seguivano prima del percorso residenziale, che mantengono nel tempo un ruolo fondamentale.

Secondo alcuni intervistati il supporto dei servizi consente di monitorare il proseguimento del percorso e di intervenire con la riduzione o l'eliminazione della terapia farmacologica, dove possibile.

Alcuni utenti, infatti, immaginano di poter continuare ad essere seguiti nel futuro da professionisti della salute mentale, anche se in modo meno intensivo. In altri estratti, invece, viene introdotta la possibilità di un inserimento all'interno di comunità alloggio o di un gruppo appartamento come prosecuzione del percorso intrapreso nel contesto residenziale protetto.

Questo dovrebbe essere quello che succede anche secondo i riferimenti normativi, ma non sempre la comunità può contare sulla presenza di queste strutture nel territorio. Per questa ragione in alcuni casi viene privilegiato il ritorno nel contesto di origine o, laddove non ritenuto funzionale per l'utente, viene prolungato l'inserimento nella comunità.

Un'altra categoria inserita in questo nucleo descrive l'utente nel futuro in funzione della relazione che continua a mantenere con la comunità che lo ha ospitato, come espresso da un operatore di C.T.R.P. a gestione privata.

Estr. 96

*Fo1: ... me la immagino con un forte legame con questa comunità perché questa comunità la cosa bella è che aggancia molto bene i pazienti per come è fatta, credo che questa si rivelerà anche la parte brutta perché poi la separazione è tanto più dolorosa tanto quanto uno ha creato un legame con la comunità, soprattutto per un borderline che ha questa angoscia abbandonica di fondo, più abbandono di andare via da una comunità si muore, da un gruppo di lavoro, da un gruppo di ospiti.*

L'operatore descrive in modo chiaro gli aspetti negativi e quelli positivi del fatto che venga mantenuto un legame con la comunità anche dopo il percorso dell'utente. Questo rappresenta, infatti, un aspetto critico poiché diversi operatori delle varie comunità sottolineano la necessità di poter monitorare l'utente anche dopo la sua dimissione; allo stesso tempo, tuttavia, il legame con la comunità può rappresentare un ostacolo alla costruzione di autonomia da parte dell'utente nel momento in cui si trova a confrontarsi nel suo contesto sociale.

Il ruolo degli operatori delle C.T.R.P. è definito anche rispetto alla consapevolezza di questi aspetti e alla possibilità di garantire la presenza senza incentivare modalità dipendenti.

## ***Ruolo utente***

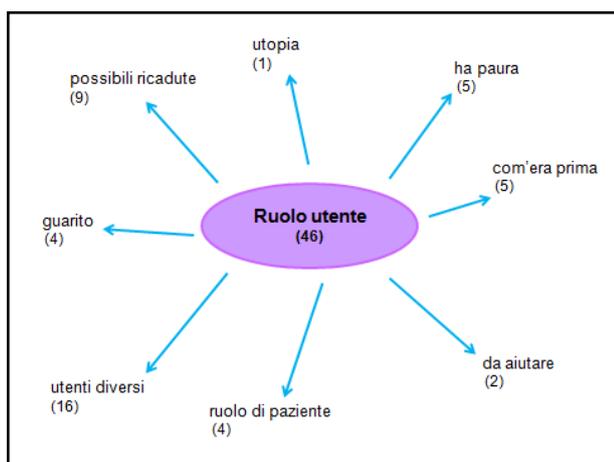


Diagramma 45

In linea con il nucleo appena descritto, anche quello dedicato all'utente futuro come ruolo mantiene l'idea che la persona rimanga tale prima e dopo il percorso in comunità. La descrizione dell'utente come un ruolo costruito che viene mantenuto anche nel futuro, infatti, contiene alcune categorie che si riferiscono all'utente in modo simile al presente. Questi due nuclei, quindi, mettono in discussione l'idea che i percorsi di riabilitazione e di reinserimento sociale possano generare cambiamenti concreti nel modo di pensare la persona che ne è protagonista. L'utente può essere inserito in diversi contesti e acquisire nuove competenze per gestire la sua vita, ma rimane tale come identità che gli viene attribuita e ruolo che si trova ad impersonare in modo ripetuto.

Una delle categorie che presenta il numero maggiore di estratti è la descrizione dell'utente futuro attraverso l'*eterogeneità* (n. 16). Gli utenti vengono, infatti, descritti come diversi in modo speculare con quanto emerso nelle descrizioni degli utenti nel presente. Come presenta l'estratto di un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta, l'utente nel futuro può essere in modo diverso a seconda delle sue risorse.

Estr. 97

*Ao1: lì dipende molto dal soggetto, secondo me comunque hanno tante risorse e quindi possono mettere in pratica tante strategie per riuscire comunque a condurre un buon livello di vita anche fuori proprio nella socializzazione nel ruolo fuori non necessariamente col ruolo di paziente secondo me sì, non ne hanno tutti allo stesso modo, però secondo me il paziente psichiatrico ne ha molte di più di quante gliene vengono riconosciute, questo sicuramente.*

Questo operatore evidenzia come gli utenti abbiano le loro peculiarità e le loro specifiche storie di vita da cui è possibile anticipare i risvolti nel futuro, mentre non viene data particolare importanza al percorso della comunità nei termini di cambiamento. Le differenze tra gli utenti nel futuro viene, quindi, correlata alle capacità e risorse individuali piuttosto che agli obiettivi e strumenti di intervento riabilitativo comuni per tutti gli ospiti dei contesti residenziali protetti.

Oltre agli aspetti di diversità all'interno di questo nucleo tematico vengono raccolti anche gli estratti in cui sia gli operatori che gli utenti fanno un riferimento esplicito al mantenimento del ruolo di paziente oltre il percorso in C.T.R.P.. In particolare un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta definisce la difficoltà per gli utenti di sperimentarsi e di essere riconosciuti attraverso ruoli alternativi nei contesti sociali in cui vengono reinseriti.

Estr. 98

*Ao1: perché spesso è la famiglia la prima che riconosce nel paziente il ruolo di paziente cioè lì come ne vieni fuori e quindi il paziente lo vive il suo ruolo di paziente punto fa fatica a giocare altri ruoli.*

L'operatore in questo estratto sottolinea la difficoltà in particolare per i familiari di riconoscere all'utente un ruolo diverso da quello di paziente, ma questo può essere esteso anche ad altre relazioni sociali.

Altre categorie che mostrano coerenza con l'idea che l'utente nel futuro mantenga le caratteristiche di ruolo del presente lo descrivono ad esempio *com'era prima* (n. 5) dell'inserimento in comunità.

L'utente nel futuro viene descritto come una persona che mantiene il bisogno di essere aiutato e non si possono escludere situazioni di *ricadute* (n. 9), come presentato dall'estratto di un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta.

Estr. 99

*Eo3: dopo il percorso in comunità io me lo immagino bene se seguito per un certo periodo più o meno, se lasciato a sé lo vedo male, lo vedo male perché magari ok ha fatto un percorso però ha fatto un percorso troppo lungo che ha avuto degli alti e bassi perché un conto era secondo me restare un periodo, un anno o due e allora riusciva invece si è come cronicizzato certe cose, allora è difficile in poco tempo dopo andare fuori da qua ...*

In questo estratto viene sottolineata l'importanza di seguire l'utente anche dopo il percorso in comunità per sostenerlo nei momenti di difficoltà e, inoltre, vengono differenziati i risvolti nel futuro a seconda dei tempi di inserimento; secondo l'operatore, infatti, gli utenti inseriti da molti anni nei contesti residenziali protetti fanno maggiore fatica a trovare un loro modo di stare anche fuori e nel momento del reinserimento possono mettere azioni per poter ritornare in comunità anziché nel contesto sociale esterno.

Un'ulteriore categoria introduce per l'utente futuro il costrutto della *guarigione*, che viene descritta ad esempio da un utente di C.T.R.P. a gestione diretta come una speranza. Tra gli estratti degli operatori, infatti, emerge l'idea di un miglioramento, ma la difficoltà di pensare all'utente come guarito e quindi di descriverlo attraverso ruoli diversi da quelli di paziente.

Estr. 100

*Do1: è una persona che ha fatto sicuramente un percorso che molte volte è positivo, che però non è sicuramente così sicuro che sia definitivo, ecco diciamo che è un riassetto di un equilibrio o magari ancora un po' precario però, sì la guarigione totale non è una cosa che, mi sembra di dire un po' una cosa che compete alla psichiatria insomma, cioè non è pessimismo il mio ma sono patologie che purtroppo molte volte non guariscono, ma magari migliorano.*

In quest'ottica, alcuni operatori e alcuni utenti considerano le prospettive dell'utente nel futuro in termini utopistici, per cui ad una visione ottimistica si contrappone la possibilità che possa non realizzarsi per fattori su cui non è possibile agire. Una modalità discorsiva questa che mette in discussione gli obiettivi del percorso riabilitativo e contempla la possibilità di fallimento come risolto di configurazioni utopistiche.

### **Reinserimento sociale**

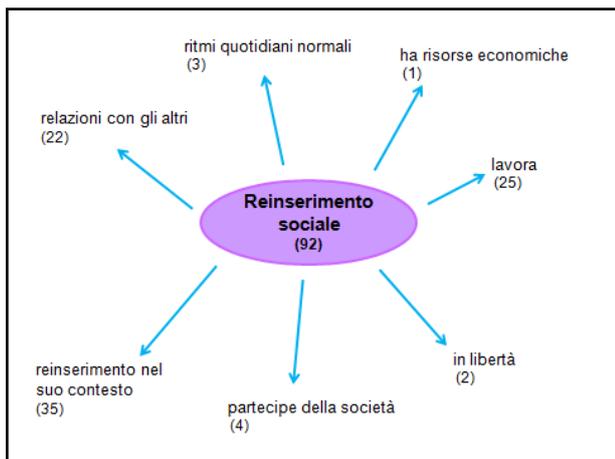


Diagramma 46

Il nucleo del reinserimento sociale descrive l'utente nel futuro attraverso delle caratteristiche che sono riconducibili ad aspetti di tipo sociale legati alla quotidianità fuori dal contesto comunitario. Questo nucleo tematico raccoglie il maggior numero di estratti (n. 92) di tutta l'area tematica.

L'aspetto che risulta più rilevante nella configurazione dell'utente nel futuro, infatti, è legato all'obiettivo del *reinserimento sociale* (n. 35), come descrive un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta.

Estr. 101

*Bo3: si si contano veramente in tre dita però ci son stati ci sono anche quelle alcuni di loro sono anche rientrati in famiglia e magari tenendo quel lavoro che sono riusciti a trovare dipende alcuni hanno quel percorso che ti ho detto altri hanno il rientro a casa altri hanno il rientro per fatti loro insomma.*

Il reinserimento riguarda il rapporto con la famiglia, nel caso in cui l'utente torni nella casa coi i suoi famigliari, gli aspetti abitativi, nelle situazioni in cui si pensa ad una sistemazione indipendente, e gli aspetti lavorativi, per cui si prospetta l'inserimento in contesti anche protetti che gli consentano di sperimentarsi e di costruirsi un'autonomia anche economica.

Un altro aspetto fondamentale del reinserimento sociale è dedicato alle relazioni con gli altri (n. 22). L'utente, dopo il percorso in comunità, costruisce le competenze relazionali che gli consentono di muoversi nel contesto familiare e negli spazi sociali del suo territorio, come descrive un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta.

#### Estr. 102

*Co4: allora è una persona che magari appunto prima passava molto tempo o chiuso in casa o a sbezzare o a letto, con conflitti magari con i familiari, e che finito il percorso ha magari una serie di attività all'esterno della famiglia che possono essere il centro diurno o gli inserimenti lavorativi, ha una serie di contatti con le realtà aggregative del territorio, non ha più conflitti perché anche la famiglia ha fatto un percorso e ha preso atto di alcune modalità che così potenzialmente possono scatenare le crisi o essere fra i fattori scatenanti delle crisi e li tiene sotto controllo, è una persona che se prima ti incrociava in corridoio e ti evitava adesso ti saluta con un sorriso e ti chiede "come va", quindi che anche a livello di abilità relazionali ha un'apertura diversa con l'esterno.*

Secondo questo operatore l'utente dopo il percorso in comunità può modificare il suo modo di relazionarsi con gli altri e mostrare apertura verso l'esterno, anche grazie al fatto che riesce a monitorare e gestire le sue crisi. Un altro operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta descrive, invece, il suo incontro con alcuni utenti della comunità a distanza di anni.

#### Estr. 103

*Bo1: ... ho incontrato delle persone isolate nel senso con non con grandi reti amicale amicali però delle persone che lavoravano entrambi due in particolare lavoravano uno di loro aveva la morosetta sempre del circolo insomma aveva avuto anche lei delle difficoltà però alla fine cazzo ce ne frega.*

Anche in questo caso gli utenti vengono descritti in riferimento alle loro capacità relazionali; questo operatore mette in luce di aver osservato una rete relazionale non particolarmente ampia e composta da persone che condividono problematiche di tipo psichiatrico, ma questo risulta comunque come indicatore positivo rispetto al reinserimento sociale di queste persone.

Le prospettive degli utenti verso il futuro dal punto di vista relazionale sono di potersi costruire un nuovo circolo di amicizie, come descrive un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta.

#### Estr. 104

*Bu1: il futuro ottimo secondo me, penserei a sistemare un po' me stesso, a relazionare con gli altri anche fuori oltre che qua, amicizie, conoscere nuovi amici amiche, qualcuno insomma, e se no rimarrò da solo come ho sempre fatto.*

Questo utente si descrive nel futuro come capace di costruire nuove relazioni significative, come modalità alternativa alla rappresentazione di sé isolato, attraverso cui descrive il suo passato.

Gli estratti presentati che descrivono l'utente futuro in funzione delle sue capacità relazionali mettono in evidenza un cambiamento dalla situazione del presente a quella del futuro dell'utente. In particolare si passa da una condizione di isolamento sociale alla prospettiva di ampliare le relazioni con altre persone e sperimentarsi in modalità funzionali.

Strettamente legata alle relazioni interpersonali, si presenta anche la categoria che descrive l'utente come *partecipe della società* (n.4), come presentato da un utente di C.T.R.P. a gestione diretta.

Si sottolinea, tuttavia, la difficoltà di trovare un posto nella società per un utente di servizi psichiatrici come risolto dello stigma costruito a partire dalla lettura delle modalità che gli utenti presentano nelle relazioni e nel loro modo di stare nel contesto sociale. Gli obiettivi della

riabilitazione e del reinserimento sono orientati a promuovere la costruzione e la realizzazione di modalità che possano essere accettate e accolte dalla società.

### Competenze

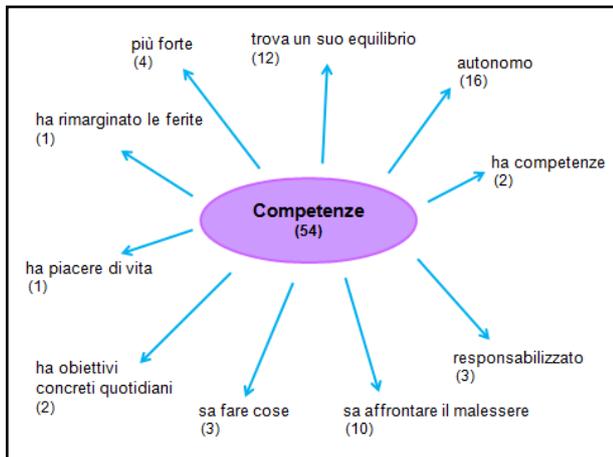


Diagramma 47

Il nucleo dedicato alle competenze mette in luce tutte quelle capacità che l'utente può costruire attraverso il percorso in comunità e che sono funzionali al suo benessere nel contesto sociale in cui si inserisce. Tra queste compare la descrizione dell'*autonomia* (n. 16), una parola chiave presente anche tra gli obiettivi della comunità.

Un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta descrive le competenze di autonomia come capacità di svolgere azioni quotidiane che rendono l'utente indipendente dall'operatore e dai suoi familiari.

Estr. 105

*Co2: ... quindi non c'è una dipendenza dalla comunità o dall'operatore della comunità, ma in qualche modo abbiamo contribuito come dire a dare un po' più di fiducia a questa persona rispetto al C.S.M., e dall'altra parte però che ha delle competenze maggiori e quindi non so, sembra una banalità, ma riescono a prendere un autobus, vanno a farsi l'abbonamento, riescono a spostarsi per venire, per andare, mi sembrano un pochino un pochino libere di spostarsi, ecco mi immagino di aver contribuito un po' a questo insomma, o desiderare magari qualcosina e riuscire.*

L'operatore in questo estratto fa riferimento a delle attività concrete della vita quotidiana che l'utente può essere in grado svolgere dopo il percorso in comunità. L'acquisizione di nuove competenze e il rinforzo degli operatori, secondo questo punto di vista, contribuisce ridurre la dipendenza dell'utente e realizzare autonomamente i suoi desideri.

Allo stesso modo un utente di C.T.R.P. si descrive oltre il percorso in comunità come capace di gestirsi autonomamente.

Estr. 106

*Du1: c'è la ricerca ... cioè no la ricerca, c'è come porsi l'obiettivo di essere indipendente, c'è molto... indipendente da vivere la sua vita in modo tranquillo, da avere le sue cose e di vivere appunto tranquillamente, penso che sia lo scopo*

*finale che io voglio uscire da qui sapendo che posso camminare con le mie gambe e affrontare la vita, il bello e il brutto e avere sempre il controllo di me stesso e sapere quello che è giusto da quello che è sbagliato fare insomma.*

Anche in questo estratto viene data importanza alla possibilità per l'utente nel futuro di poter svolgere azioni concrete quotidiane che contribuiscano a sperimentarsi in una rappresentazione di sé come adeguato e indipendente dall'aiuto dell'altro. Questo aspetto si concretizza nelle azioni concrete della quotidianità nelle capacità mostrate per affrontare le diverse situazioni della vita e prendere decisioni nella tutela di sé e degli altri.

Un ulteriore aspetto evidenziato nel nucleo tematico dedicato alle competenze viene presentato nelle descrizioni dell'utente come colui che ha imparato a fare delle cose, tra cui affrontare il suo malessere.

Estr. 107

*Bo5: sono quelli che conosco io comunque sono persone che hanno imparato a gestire bene le loro difficoltà in modo tale da minimizzarle da renderle piccole e hanno imparato innanzi tutto a conoscere se stessi e i propri limiti ... ha imparato a riconoscere le proprie difficoltà a capire quali sono le situazioni magari da evitare piuttosto che quali potrebbero essere determinati comportamenti suoi che è meglio tenere a bada tenerli presenti tenerli in qualche modo sotto controllo è una persona che ha imparato a chiedere aiuto ha imparato a farsi aiutare appunto nel momento in cui c'è qualcosa che non va ...*

Secondo questo operatore nel futuro l'utente ha costruito le competenze per gestire le sue difficoltà da solo o chiedendo aiuto all'esterno. L'utente, infatti, durante il percorso in comunità impara a riconoscere i suoi limiti e ad utilizzare le sue risorse.

Diversi estratti delle interviste descrivono l'utente futuro come una persona che trova un suo equilibrio come risvolto della realizzazione di una vita sociale soddisfacente.

Gli utenti si descrivono nella prospettiva futura come *fortificati* (n. 4) e capaci di affrontare la vita.

Mentre un estratto, tratto dall'intervista ad un utente di C.T.R.P. a gestione diretta, descrive il futuro attraverso lo sviluppo di responsabilità e di coerenza con il contesto esterno.

Estr. 108

*Au2: ... un utente che entra in C.T.R.P. è un utente che forse ha la sovrastruttura ma non ha la base, una volta uscito dalla C.T.R.P. dovrebbe avere anche quelle basi e quelle radici che lo ancorano a terra ma che allo stesso tempo gli permettono di volare, questo sì, cioè uscito dalla C.T.R.P. un utente non dovrebbe sentirsi perso, non dovrebbe sentirsi sgretolato o comunque diviso testa e corpo, ma comunque auto responsabilizzato e più coerente con l'esterno, con il tempo e con lo spazio e capace di relazionarsi e di vivere le frustrazioni piccole o grandi che la vita gli porta insomma.*

Anche questo estratto descrive l'utente come capace di muoversi nel contesto sociale attraverso modalità che possano essere valutate funzionali dall'esterno. Dall'altra parte l'utente futuro può essere descritto come colui che trova la sua serenità indipendentemente dalle circostanze esterne.

Il cambiamento prospettato per l'utente nel futuro viene descritto, quindi, come una forma di adattamento alle richieste esterne, ma anche come un modo di sentirsi diverso. Questo, tuttavia, necessita di essere riconosciuto dall'utente e dalle persone attorno a lui.

## **5.4 Le prospettive di miglioramento**

Le considerazioni che seguono argomentano le categorie di testo individuate dalle risposte degli intervistati rispetto al tema delle prospettive di miglioramento che riguardano le C.T.R.P. e sottolineano, quindi, gli aspetti di criticità identificati dagli intervistati. Vengono rappresentate delle categorie argomentative differenziate, che in alcuni casi risultano speculari rispetto alla definizione stessa delle comunità. Rispetto a ciascun nucleo tematico vengono descritte differenti argomentazioni proposte sia da parte degli operatori che parte degli utenti coinvolti nella ricerca.

Questo nucleo tematico rappresenta un importante riferimento per l'analisi degli aspetti di coerenza e incoerenza che si evidenziano tra le definizioni "sulla carta" delle comunità, le descrizioni soggettive di coloro che ne fanno parte e le criticità che vengono evidenziate. Le prospettive di miglioramento, infatti, consentono di raccogliere gli aspetti specifici in cui gli intervistati colgono aspetti di incoerenza tra ciò che la struttura propone e quello che accade all'interno, o rispetto ai risvolti in alcuni casi non funzionali e problematici delle modalità e degli strumenti scelti per il raggiungimento degli obiettivi che si propongono. A partire da queste considerazioni essi, inoltre, identificano delle modalità per intervenire e promuovere il cambiamento all'interno della strutture e nelle sue interazioni con l'esterno. Il primo nucleo è dedicato alle *relazioni interne* della comunità che riguardano il rapporto tra gli utenti, quello tra gli operatori e le interazioni tra operatori e utenti di C.T.R.P.. Nel nucleo successivo gli estratti evidenziano aspetti di criticità che potrebbero essere migliorati nelle *relazioni esterne* della comunità, ovvero il modo di interagire con la famiglia, con il territorio e con i servizi di salute mentale coinvolti nella progettazione e realizzazione di percorsi riabilitativi e di reinserimento sociale per utenti psichiatrici. Il terzo e il quarto nucleo tematico sono dedicati agli aspetti *organizzativi* e, quindi, alla descrizione delle pratiche messe in atto nelle C.T.R.P. sia in termini di definizioni e regolamenti interni sia in riferimento alle linee guida stabilite in modo generalizzato dall'esterno.

## Relazioni interne

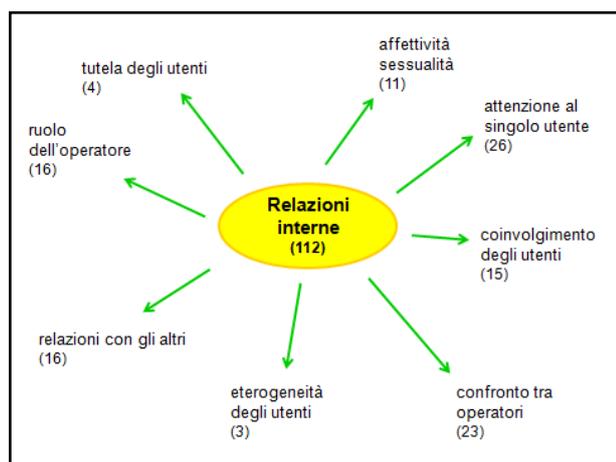


Diagramma 48

Tra le prospettive di miglioramento, per quanto riguarda i contesti comunitari, vengono presentate le relazioni interne alla comunità; queste in particolare riguardano le relazioni tra gli utenti che condividono lo spazio della comunità.

In alcuni estratti delle interviste viene data attenzione alle relazioni che si costruiscono all'interno della comunità tra i diversi utenti, che se da una parte rappresenta una peculiarità del vivere comunitario e un vero e proprio strumento di lavoro, dall'altra rappresenta un aspetto di criticità poiché la vita quotidiana in *relazione con gli altri* (n. 16) non è sempre facile, anzi spesso comporta difficoltà di comprensione e la necessità di adattare le proprie esigenze a quelle degli altri. Questo aspetto risulta ancora più complesso in quelle comunità in cui l'utenza è caratterizzata da una marcata *eterogeneità* (n. 3) sia per età che per problematiche, per cui si assiste allo scontro tra bisogni ed aspettative differenti che vanno affrontati, sia dagli utenti nelle loro relazioni quotidiane, sia dagli operatori che promuovono la rappresentazione di modalità relazionali funzionali al contesto e coerenti con il percorso di riabilitazione e reinserimento. Nel testo che segue un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta sottolinea la presenza di utenti diversi, che in alcuni casi non vengono ritenuti adeguati per un percorso in comunità.

Estr. 109

*Bo2: e: beh diciamo che abbiamo assistito a diverse situazioni nel senso che tante volte in comunità arrivano persone che non hanno le caratteristiche diciamo di prima scelta per quanto riguarda i criteri di d'ingaggio i criteri come posso dire di appropriatezza del per cui una persona entra con un a pieno titolo diciamo in modo appropriato ecco rispetto al percorso per cui tante volte abbiamo insomma ingaggiato qui abbiamo accolto qui delle persone che francamente ci chiedevamo che cosa venivano a fare ecco ...*

Questa diversità tra le persone che vengono ospitate viene ritenuto dall'operatore un aspetto critico in quanto gli operatori stessi hanno difficoltà a definire il senso del percorso per questa persona e si trovano a lavorare per poter comunque integrare la persona nella vita della comunità anche per

tutelare gli altri utenti. Nella prospettiva di miglioramento sarebbe utile definire in modo chiaro i criteri di selezione degli utenti e rispettarli; si può pensare, inoltre, di differenziare le strutture in funzione dell'utenza così da permettere di costruire percorsi mirati, che rispondano ai bisogni del gruppo di ospiti.

Soprattutto gli utenti mettono in luce nelle loro risposte l'aspetto relazionale con gli altri ospiti come criticità, sottolineando, infatti, le difficoltà del vivere con altre persone, in alcuni casi molto diverse tra loro, e lo sforzo per adattarsi alla convivenza. In alcuni contesti, queste differenze sono riferibili a vari aspetti di vita come l'età, la storia di vita, la diagnosi, gli obiettivi del percorso e il modo di intendere lo stare in comunità. Gli utenti, ad esempio, trovano nelle regole e nel ruolo degli operatori un riferimento fondamentale per andare oltre queste differenze e per concordare, anche attraverso strumenti come le riunioni di comunità, delle modalità di convivenza che possano essere condivise e che rappresentino una tutela dei loro bisogni.

Estr. 110

*Au5: penso che...cioè sì! adesso infatti facciamo il gruppo della nostra camera il venerdì, e penso che sia giusto, come dicevo prima perché insomma bisogna mettersi d'accordo così almeno insomma si vive insieme per cui ci devono essere delle regole, cioè non si può fare come se fossimo da soli e... poi ci sono persone come ... che sporcano il bagno, che fanno casino in cucina, lì...lui non lo ammette mai, per cui la cosa brutta è che poi magari ci tocca, tocca pulire agli altri insomma ecco questo...però d'altra parte come devi fare, cioè? non sono d'accordo, se sporca ... deve pulire ...!*

L'utente che parla si riferisce in particolare ad un altro ospite che ha delle abitudini in contrasto anche con le regole stesse della comunità e che rendono difficile la convivenza, proprio perché il percorso residenziale è caratterizzato da un vivere a stretto contatto e in quasi tutti i contesti gli utenti non vengono selezionati in un'ottica di integrazione con gli altri, ma di bisogno personale. Per questo è compito degli operatori della comunità considerare le diversità degli utenti e l'importanza delle relazioni all'interno degli spazi della struttura promuovendo attività condivise e regole comunitarie che consentano a tutti di modellarsi con l'obiettivo di stare bene nel gruppo.

Un altro aspetto evidenziato, in particolare nelle comunità a gestione non diretta, riguarda il tema dell'*affettività e della sessualità* (n. 11) degli utenti. Questi aspetti vengono considerati critici e da migliorare, poiché viene data loro poca importanza all'interno dei percorsi e delle riunioni sia tra operatori che con utenti. Accade, infatti, in alcune occasioni che la comunità si trovi a dover far fronte ad episodi che riguardano la sfera affettiva e sessuale senza chiare procedure in merito e con utilizzo di giudizi morali demandati al punto di vista del singolo. Sarebbe auspicabile dedicare uno spazio aperto a questo tema per potersi confrontare e comprendere la prospettiva degli utenti, che comprende anche i loro desideri, le fantasie e gli avvicinamenti all'altro, soprattutto in contesto che promuove lo stare in relazione con gli altri come strumento per sperimentare modalità d'azione in cambiamento verso la soddisfazione dei propri bisogni e delle proprie rappresentazioni identitarie,

che comprendono anche l'area affettiva e sessuale, per ciascun individuo. Come viene espresso nell'estratto che segue da parte di un giovane utente di C.T.R.P. a gestione non diretta.

Estr. 111

*Bu3: no, dico che non è facile stando qui crearsi quell'intimità magari che nella quale io dico si faccio l'amore, come fanno tutti i ragazzi della mi età, della nostra età, oppure non so faccio del petting, qua non è possibile, capisci, anche perché magari non c'è la persona che ti piace o magari la persona che ti piace è già sposata, capisci, ovviamente hai dei paletti, quell'intimità che hai a casa qui non esiste, e questo è molto fastidioso, perché raggiunge il limite di un servizio di leva ...*

Questo utente sottolinea la necessità di avere spazi di intimità che possano essere concessi anche all'interno di tali strutture, per poter sperimentare e vivere anche aspetti legati all'affettività e alla sessualità. Questo va considerato anche rispetto alla presenza nella vita di comunità di persone differenti, di diverse età e sistemi di valori, per cui se per qualcuno può essere un limite la proibizione di ricavare spazi di intimità all'interno della comunità, per altri rappresenta un problema la presenza di persone che agiscono liberamente la propria sessualità individualmente o in coppia negli spazi condivisi tra gli ospiti. Il tema quindi rappresenta un punto importante sia perché evidenzia le difficoltà di avere spazi di autonomia e di intimità all'interno dei contesti comunitari, ma anche perché è un aspetto che difficilmente viene affrontato durante il percorso, se non come comunicazione di regole proibizioniste. In alcuni casi viene sottolineata, infatti, l'importanza di creare degli spazi specifici e gestiti dai responsabili per parlare di tali argomenti con gli utenti.

Si evidenzia quindi la necessità di rispettare le necessità di ciascun individuo, in tutti gli aspetti emozionali e affettivi, pur garantendo un sistema di regole che tuteli lo spazio comunitario e gli obiettivi del percorso.

## Relazioni esterne

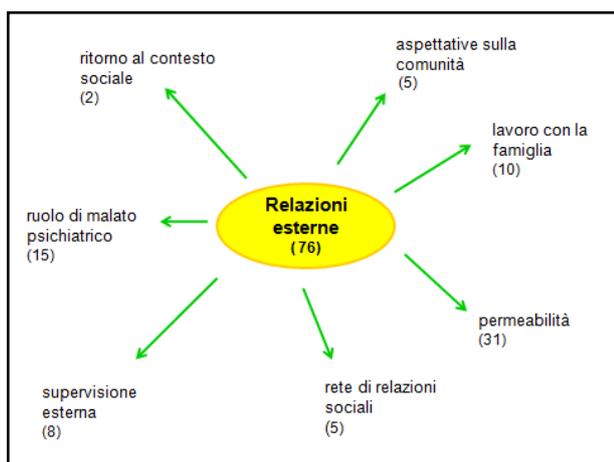


Diagramma 49

Un altro nucleo tematico riguarda le relazioni esterne alla comunità: in alcuni casi gli intervistati si riferiscono alle relazioni con attori esterni come i familiari o altre persone del contesto sociale degli utenti, in altri viene fatto riferimento al territorio esterno e alla capacità della comunità di comunicare con i servizi, le persone, le istituzioni esterni alla comunità.

Questo nucleo tematico trova una marcata presenza di argomentazioni proposte da C.T.R.P. a gestione non diretta, dove sia operatori che utenti (anche se in numero minore) argomentano la criticità delle relazioni esterne secondo vari aspetti. In particolare viene data attenzione alla caratteristica di *permeabilità* (n. 31) della struttura, l'aspetto critico messo in luce nelle argomentazioni degli intervistati descrive la comunità come un luogo isolato rispetto al territorio e alle relazioni con persone del contesto sociale in cui si inserisce la struttura stessa. Alcuni estratti che seguono evidenziano infatti come la comunità in alcuni casi rischi di chiudersi eccessivamente dentro se stessa, non permettendo agli utenti di costruire delle relazioni con il mondo che sta al di fuori.

Il lavoro che ci si propone di incentivare da parte degli operatori è quello di costruire delle reti con delle attività che consentano agli utenti di uscire dalla comunità con tempi sempre maggiori e di sperimentarsi nella realtà che li accoglierà al termine del loro percorso residenziale.

Estr. 112

*Bo1: non ci si può chiudere qua dentro bisogna che fortunatamente siamo riusciti ad aprire per esempio dei canali con delle associazioni per permettere ai nostri utenti andare a fare del volontariato ne abbiamo spediti tre a fare volontariato finora perché è un'attività importante sicuramente non remunerativa ma importante per vedere come si muovono le persone come stanno che tipo di reazioni hanno quando vanno all'esterno e poi purtroppo è inutile che ci prendiamo per il culo cioè è un ambiente finto la comunità un ambiente finto ... cioè bisogna che lavoriamo all'esterno bisogna che li aiutiamo a stare fuori ci siamo all'inizio noi fuori poi pian piano ci siamo sempre meno ma loro cominciano a funzionare però ...*

Oltre alle attività indirizzate verso la costruzione di relazioni con enti esterni di possibile reinserimento futuro, viene considerato anche come aspetto da migliorare la collocazione spaziale della struttura, la sua vicinanza o meno a centri abitati che consente agli utenti di muoversi autonomamente dentro e fuori dalla comunità, in particolare questo aspetto viene sottolineato sia da operatori che da utenti di una C.T.R.P. a gestione non diretta che è attualmente locata in una zona periferica di campagna, immersa nel verde, ma di difficile gestione per spostamenti autonomi e contatti con l'esterno delle mura comunitarie. Alcuni intervistati propongono, quindi, di incentivare le attività proposte dalla comunità che portano gli utenti fuori, come le gite.

Un utente della stessa comunità racconta, ad esempio, di quanto era importante nella gestione precedente della comunità fare attività legate al territorio in cui stavano, entrare in comunicazione con le persone attraverso la proposta di mostre o concorsi di poesie organizzati direttamente dagli utenti che davano spazio alle loro voci nella città e visibilità al loro lavoro.

Oltre alla relazione con il territorio in questo nucleo tematico viene sottolineata l'importanza di avvalersi di risorse esterne alla comunità per favorire lo sviluppo e la crescita della comunità stessa, portando come esempio la necessità di avvalersi di supervisioni esterne da parte degli operatori.

Per quanto riguarda le relazioni della comunità con le famiglie, invece, sono gli operatori a sottolineare l'importanza di un lavoro che coinvolga anche i familiari degli utenti nel percorso riabilitativo, come sottolinea ad esempio l'operatore di C.T.R.P. a gestione privata nell'estratto che segue.

Estr. 113

*Fo3: ... a volte mi chiedo se non sia utile lavorare maggiormente con le famiglie, perché in questo senso noi non lavoriamo molto con le famiglie ... quindi forse collaborare maggiormente con il servizio inviante affinché faccia lavorare la famiglia, perché in situazioni come questa magari si lavora tanto con il singolo poi però se lo rimetti nel contesto di prima rischi di buttar via un lavoro fatto di tanti mesi che è costato tanta fatica ...*

Questo operatore come altri e gli stessi utenti considerano come critico che il singolo utente lavori ad un suo cambiamento senza in parallelo promuovere il cambiamento del contesto relazionale e sociale a cui farà ritorno dopo la comunità. Questo, in particolare, rappresenta un rischio di una struttura residenziale, quando l'intervento è esclusivamente orientato all'utente che viene rivestito come unico portatore di una problematica individuale e non come attore di una scena di interazioni problematiche in relazione ai contesti sociali in cui queste si sviluppano e si solidificano.

In linea con questo discorso, dunque, viene sottolineata l'importanza di sostenere e sviluppare anche una *rete di relazioni sociali* (n. 5) esterne alla comunità funzionali all'obiettivo del reinserimento sociale.

Questi discorsi mettono in luce i risvolti dello stigma sociale che identifica nell'utente la problematica e che non considera le difficoltà dell'utente all'interno di un sistema di relazioni e

situazioni problematiche. Il passaggio dell'utente dalla comunità riabilitativa protetta al *ritorno nel contesto sociale* (n. 2) richiede, secondo gli intervistati, un lavoro attento e specifico anche nel considerare i risvolti delle attribuzioni di *ruolo di malato psichiatrico* (n. 15) nella società, sia nelle relazioni più vicine che nei contesti sociali allargati, che rappresentano per gli utenti dei veri e propri ostacoli al processo di cambiamento verso rappresentazioni di sé alternative che lo aiutino nella costruzione di una quotidianità autonoma. Un ruolo che se da una parte viene attribuito all'utente dei servizi psichiatrici, dall'altra rappresenta in molti casi l'unica rappresentazione di sé che l'utente stesso propone in mancanza di competenze che gli consentano di permettersi di giocare nuovi ruoli e di sentire di essere accolto.

Un utente di C.T.R.P. a gestione diretta, invece, sottolinea, come anticipato, l'adattamento da parte degli utenti stessi a tale ruolo e la necessità di favorire situazioni che consentano l'uso di strumenti per andare oltre il ruolo sociale di malato psichiatrico.

Estr. 114

*Au2: sento isolati gli utenti ... mi sento tante volte ripetere beh noi siamo malati psichiatrici e rimaniamo qua nel nostro ambito e questo è la nostra etichetta, questa è la nostra vita insomma, quando invece io penso che un malato psichiatrico, sì ovviamente non grave non patologico, possa riuscire a avere la sua rivalese nella vita insomma, non so se si nasca ammalati o se si diventi, boh sicuramente qualcosa di genetico c'è ma penso che si possa anche spezzare la catena, questo è il mio punto di vista e il mio obiettivo è spezzare questa catena.*

In questo estratto l'utente prospetta un futuro in cui sia possibile andare oltre il ruolo che gli viene attribuito di malato psichiatrico, indipendentemente da quale sia l'origine dei suoi problemi. Lo stigma sociale è un aspetto di criticità evidenziato sia dagli operatori che dagli utenti nei contesti residenziali protetti. Per tutti gli attori, tuttavia, il lavoro di un percorso riabilitativo è orientato ad ampliare i ruoli possibili e a costruire nuove immagine di sé nel contesto sociale.

## Organizzazione interna

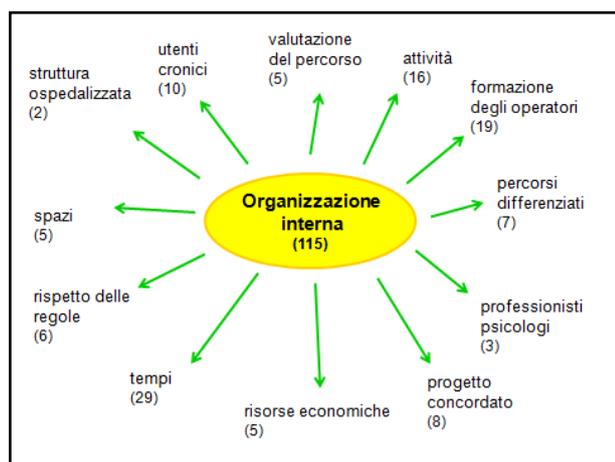


Diagramma 50

Le prospettive di miglioramento evidenziate che fanno riferimento all'organizzazione interna sono descritti come aspetti relativi agli *spazi* (n. 5), che vengono considerati limitati per gli utenti.

Rispetto a questo si introduce l'idea di poter utilizzare anche spazi esterni alla comunità che consenta di promuovere maggiori uscite e di trovare all'interno della comunità una maggiore intimità.

A sostegno delle uscite dalla struttura un operatore di C.T.R.P. a gestione privata, che sottolinea, inoltre, come la natura fortemente *ospedalizzata* (n. 2) della comunità possa rappresentare un aspetto poco funzionale agli obiettivi di riabilitazione e reinserimento, che può essere alleggerita favorendo l'uso di spazi esterni alla comunità, pur all'interno del percorso comunitario.

Un altro aspetto considerato problematico, che mostra le frequenze più elevate e trasversali in tutti i tipi di C.T.R.P., sia per operatori che per utenti, è descritto dai *tempi* (n. 29) dei percorsi di riabilitazione in strutture protette come le C.T.R.P.. Il tempo rappresenta un aspetto fortemente critico sia perché in alcuni casi i percorsi non sono chiaramente definiti o non rispettano le indicazioni delle normative in merito, sia perché sono variabili nelle diverse strutture, a seconda della gestione, ma soprattutto conseguenti alle relazioni con i servizi esterni alla comunità e alle possibilità di trovare ulteriori spazi di collocazione per gli utenti. Allo stesso modo gli utenti sottolineano la necessità di strumenti di verifica costanti che definiscano i tempi dei percorsi e le uscite dalla comunità.

Le lunghe permanenze in strutture riabilitative protette e la mancata definizione dei tempi dei percorsi sono strettamente legate ad un altro aspetto critico che viene presentato da alcuni intervistati, che sono gli *utenti cronici* (n. 10), non presenti in tutte le strutture coinvolte nella ricerca, ma che per alcune realtà comunitarie rappresentano un punto che ci si prospetta di modificare, come sottolinea un operatore di C.T.R.P. a gestione privata.

#### Estr. 115

*Du3: uno dei problemi di questa comunità secondo me è che ci sono dei personaggi cronici più, molto come posso definirli problematici, ma nel senso che assorbono molte risorse e tolgono quindi, che assorbono molto di conseguenza gli operatori e bastano due o tre personaggi di questi in una comunità, ora non so quanti siamo in tutto, e toglie spazio a tutti gli altri ...*

Come descritto in questo estratto, la presenza di un'utenza di tipo cronico assorbe le energie e le risorse degli operatori che non riescono a dedicare sufficiente spazio agli altri utenti inseriti in comunità per cui sarebbe necessario un tipo di assistenza differenziato e in linea con le finalità della comunità stessa.

Oltre alla criticità del tempo come permanenza all'interno della struttura comunitaria, il tempo viene considerato critico come scansione delle attività della giornata, e in particolare in alcuni contesti viene sottolineata da parte degli operatori, come quello di riferimento di seguito di C.T.R.P. a gestione diretta, che sottolineano i risvolti disfunzionali delle giornate organizzate con poche attività e molto tempo libero per gli utenti.

L'organizzazione della giornata in comunità viene stabilita anche in funzione del *rispetto delle regole* (n. 6) interne definite, che non sempre sono considerate adeguate dagli utenti, che in alcuni casi lamentano di dover sottostare a regolamenti di cui non sentono alcuna responsabilità.

L'organizzazione interna della strutture riguarda anche la costruzione dei percorsi di riabilitazione in cui si evidenziano aspetti critici rispetto ai *percorsi differenziati* (n. 7) e *progetti concordati* (n. 8) con gli utenti.

Gli operatori in particolare sottolineano la necessità di dare importanza al punto di vista dell'utente per la costruzione del suo percorso terapeutico e riabilitativo, come si evince dal seguente estratto che si riferisce ad un operatore di C.T.R.P. a gestione non diretta.

#### Estr. 116

*Bo2: appunto identificando la possibilità di sviluppare un percorso condiviso ma non solo qua dentro anche con le altre con gli altri nodi della salute mentale mi vien da dire però anche secondo me non solo questo perché con tutto questo discorso che ho fatto sembra che la salute mentale debba essere un'isola a parte in realtà da parte mia ci sarebbe la fantasia nel pensare che la salute mentale facesse parte delle cure primarie ...*

Dalle parole di questo intervistato emerge l'importanza di una condivisione di intenti non solo con l'utente coinvolto, ma anche con gli altri servizi di riferimento per il progetto riabilitativo.

E' importante, inoltre, che i progetti vengano costruiti in relazione al singolo utente, alle sue esigenze, alle sue peculiarità, e che possano essere visibili e verificabili da parte di tutti gli operatori.

Un altro aspetto critica rilevante, infatti, evidenzia una carenza di strumenti di *valutazione del percorso* (n. 5) coerenti con gli obiettivi e i presupposti della comunità, per cui risulta difficoltoso

monitorare il prosieguo della vita dell'utente e la presa di decisioni non sempre coerenti le necessità cliniche e riabilitative dell'utenza.

Un altro importante aspetto, sottolineato dagli operatori, riguarda la *formazione degli operatori* (n. 19) coinvolti all'interno di tali servizi, sia precedentemente, ma soprattutto durante lo svolgimento del lavoro in comunità per affrontare i propri vissuti, le costruire maggiori competenze professionali da mettere in atto nell'interazione quotidiana con gli utenti.

Questo aspetto, come la carenza di *attività* (n. 16) rivolte agli utenti nella giornata, sembra essere strettamente correlato ad una grande ulteriore criticità che alcuni operatori mettono in evidenza: la mancanza di *risorse economiche* (n. 5) da utilizzare per favorire lo sviluppo delle attività e sostenere i percorsi degli utenti.

### **Organizzazione esterna**



Diagramma 51

Le prospettive di miglioramento riferibili all'organizzazione esterna riguardano la collocazione delle C.T.R.P. all'interno del sistema di *servizi di salute mentale* (n. 11), per cui possono esserci dei cambiamenti di organizzazione che vengono decisi a livelli più alti che condizionano il lavoro all'interno delle comunità, come sottolineano alcuni operatori, di seguito viene riportato un estratto riferibile ad un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 117

Co3: ... a volte ti demoralizza il fatto che vedi magari certe cose che non vanno nell'organizzazione oppure certe cose che vanno un po' a rovinare tutto il lavoro di un periodo, quando magari al vertice si cambia qualcosa o quando viene cancellato tutto un lavoro solo perché qualcuno senza neanche chiedere niente decide che non va più bene così ....

Secondo quanto riportano, soprattutto gli operatori di C.T.R.P. intervistati, infatti, le linee guida dei servizi di salute mentale e i rispettivi responsabili sono fondamentali anche nella costruzione identitaria delle comunità, che si rifanno all'idea di salute mentale condivisa. Le criticità

organizzative tra i vari servizi vengono evidenziate da problematiche di *comunicazione con gli altri servizi* (n. 11), come viene espresso, in particolare, da un operatore di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 118

*Ao5: sì diciamo che a volte no l'iter non è seguito proprio a puntino nel senso che anche c'è una procedura per cui uno entra qua viene il medico referente si pensa a un progetto di linea di massima poi vengono fatti vari progetti diciamo individualizzati relativi a una specifica area ... molto spesso uno si fa un'idea il referente si fa un'idea noi ce ne facciamo un'altra il paziente ... e a volte con i referenti escono comunque i pensieri di inserimenti in comunità su quelle cose che non c'entrano niente allora dici ma allora come vedi la comunità allora non possiamo pretendere che poi la gente fuori vede la comunità non come un piccolo manicomio se tu pensi che sia solo una soluzione abitativa ...*

Queste criticità mettono in luce ancora una volta la tendenza all'isolamento per queste strutture che, pur facendo parte di un sistema strutturato e gerarchico da cui non possono svincolarsi, non trovano nella relazione con gli altri servizi, un sostegno e un tipo di comunicazione che renda il lavoro maggiormente coerente con gli obiettivi di riferimento per tutti i servizi nelle normative e condiviso con progetti costruiti in accordo rispetto agli obiettivi e alla possibilità di sfruttare le risorse disponibili sul territorio. Come sottolinea l'operatore stesso, in alcuni casi si evidenzia una difficoltà a costruire progetti adeguati per la situazione specifica dell'utente, ma anche da parte degli altri servizi può essere usata un'immagine della comunità che non corrisponde alle finalità e agli obiettivi riabilitativi delle C.T.R.P..

Questo ultimo aspetto mette in luce, in particolare, un aspetto molto importante che caratterizza queste strutture che viene descritto dagli stessi operatori come una criticità. Si tratta della relazione di queste strutture con il territorio e con i servizi di salute mentale che sono coinvolti nella progettazione e realizzazione di percorsi di riabilitazione terapeutica e sociale e di reinserimento sociale. La mancanza di una comunicazione chiara e di visioni condivise di questi percorsi spesso, infatti, contribuisce a rendere il lavoro delle C.T.R.P. isolato, difficilmente valutabile e prodotto di visioni differenti. Questo non avviene in tutti i contesti osservati, ma è una distinzione che dipende dal tipo di rapporti che la struttura ha contribuito a generare con i servizi del territorio, piuttosto che da politiche dei servizi esplicitamente orientate a promuovere un lavoro condiviso che generi la possibilità di costruire e realizzare un futuro coerente con i presupposti e con gli obiettivi definiti.

## CAP. 6 LE ANALISI CRITICHE DEI DISCORSI

L'analisi dei discorsi di operatori e utenti attraverso le aree tematiche definite nelle fasi preliminari della ricerca e la costruzione dei nuclei tematici utilizzati per descrivere e organizzare le categorie argomentative, integrate con le considerazioni delle osservazioni raccolte con lo studio etnografico, hanno condotto all'individuazione di alcuni temi di analisi critica, che risultano trasversali ai diversi contesti di ricerca e alle aree indagate.

In particolare, vengono approfonditi in questo capitolo gli aspetti relazionali, gli aspetti che riguardano la configurazione identitaria e di ruolo degli attori che si trovano all'interno delle C.T.R.P. coinvolte nella ricerca e gli aspetti relativi alle definizioni e pratiche che promuovono il cambiamento all'interno di tali contesti.

Le considerazioni che emergono da questo capitolo, dunque, vengono confrontate con i presupposti normativi e amministrativi descritti nelle fasi iniziali dell'analisi con la finalità di descrivere gli aspetti che mostrano coerenza o incoerenza tra le definizioni dei servizi e le pratiche, gli strumenti e le modalità d'uso dei discorsi nelle singole comunità, da parte degli operatori e degli utenti di tali strutture residenziali.

Questi temi rappresentano gli aspetti critici evidenziati a partire dai testi analizzati e consentono, inoltre, di comprendere il senso che gli individui coinvolti nella ricerca hanno attribuito alle strutture denominate C.T.R.P., ai loro obiettivi operativi, agli attori che ne fanno parte e ai risvolti dei percorsi di riabilitazione e reinserimento in comunità.

L'analisi critica del discorso rappresenta uno strumento fondamentale in questa fase di analisi, come anticipato nei capitoli teorici, per approfondire le criticità messe in luce nei discorsi degli intervistati, ma anche le possibilità operative di cambiamento e di rinnovamento dei servizi.

Questi temi consentono di fare dei confronti all'interno del testo selezionato, ma anche di poter argomentare e considerare come il discorso diviene portatore anche del sistema culturale e contestuale in cui viene prodotto.

I temi individuati nella fase di analisi critica vengono presentati di seguito in modo distinto, per ciascuno le argomentazioni sono sostenute dalla metodologia di analisi critica del discorso. Sono stati prodotti degli incroci di categorie attraverso il database di analisi del testo *Transana* da cui è stato possibile estrapolare gli estratti relativi ai diversi contesti comunitari in cui si è svolta la ricerca.

Le tabelle grafiche prodotte attraverso gli incroci (APPENDICE F) e gli estratti di testo identificati come esemplificativi per le argomentazioni rappresentano gli strumenti fondamentali utilizzati in questa procedura di analisi. Gli estratti, dunque, vengono presentati nel testo dell'elaborato

attraverso considerazioni critiche volte ad evidenziare gli aspetti considerati in relazione agli obiettivi della ricerca. L'analisi in questa fase è focalizzata anche a dare spazio alle peculiarità dei singoli contesti comunitari e degli intervistati nei rispettivi ruoli di utenti o di operatori con differenti professionalità.

## **6.1 Le relazioni esterne ed interne**

Il primo capitolo di analisi critica è dedicato alle relazioni come tema trasversale a diverse aree tematiche, presente negli estratti sia di operatori che di utenti di diverse tipi di C.T.R.P.. Come, infatti, presentato nel capitolo precedente le categorie che fanno riferimento alle relazioni vengono raccolte in diversi nuclei tematici, descritti attraverso gli estratti.

La comunità viene intesa come una scena di interazione con le persone, i servizi e il territorio che la ospita, ma anche tra gli individui che ne occupano gli spazi. Le relazioni esterne, in alcuni casi, descrivono i rapporti con i familiari o con altre persone dei contesti sociali di provenienza sia da parte degli operatori che degli utenti; in altri casi, invece, si considerano le interazioni dei servizi residenziali protetti con il territorio che li ospita e che accoglie gli utenti nelle fasi di reinserimento; le comunità, inoltre, sono parte di una rete che vede diversi servizi interagire tra loro nella costruzione di progetti di riabilitazione terapeutica e sociale e di reinserimento sociale.

All'interno della comunità vengono considerate rilevanti le relazioni tra gli ospiti della struttura residenziale, tra questi e gli operatori e tra i professionisti che cooperano nella realizzazione degli strumenti di intervento per il raggiungimento degli obiettivi dei percorsi.

I riferimenti alle relazioni che riguardano i contesti comunitari vengono riportati in diverse aree tematiche. Le relazioni, infatti, possono rappresentare i presupposti delle strutture residenziali, piuttosto che diventare parte degli obiettivi di riabilitazione e reinserimento, ma allo stesso tempo possono essere descritte come strumenti d'intervento e come aspetti da migliorare per favorire il raggiungimento degli obiettivi di lavoro delle C.T.R.P..

Considerando anche i presupposti della ricerca, la prospettiva dell'analisi è orientata a cogliere proprio nelle interazioni tra i diversi attori e i diversi contesti la configurazione delle realtà C.T.R.P. e dei ruoli che ne ospitano la scena, come prodotti di processi dialogici. Si tratta di un processo ciclico e in continua trasformazione, per cui i confini della stessa struttura trovano nuovi posizionamenti a fronte della prospettiva utilizzata per guardare a tali contesti. Per questo, viene data rilevanza a tali categorie e vengono analizzate in modo approfondito nelle differenze e comunanze, confrontando i diversi contesti e anche i diversi intervistati e le modalità che utilizzano per parlare delle relazioni interne e esterne delle comunità residenziali protette.

Di seguito, dunque, vengono presentati alcuni estratti per approfondire e argomentare la rilevanza del tema delle relazioni nelle sfumature che si dipingono dai discorsi degli intervistati; in questa parte di analisi, inoltre, le considerazioni sui discorsi vengono integrate con le osservazioni del ricercatore raccolte nelle fasi di partecipazione alla vita delle comunità. Infine, ma sempre mantenendo la struttura circolare che contraddistingue la ricerca, i discorsi e le pratiche osservate di operatori e utenti di C.T.R.P. vengono confrontati con le considerazioni sui testi normativi e amministrativi. Questa parte dell'analisi consente, infatti, di individuare e discutere gli aspetti di coerenza e di incoerenza tra le definizioni generalizzate sulle carte e le modalità attraverso cui queste trovano forma in contesti specifici e differenziati.

### ***Relazioni esterne***

Le relazioni esterne comprendono i rapporti con le persone che stanno fuori dallo spazio residenziale e che sono significative per la realizzazione dei progetti degli utenti, come possono essere la famiglia e gli amici; con il territorio, considerando quindi la comunità nel contesto sociale in cui si colloca; con gli altri servizi per la salute mentale, con cui la comunità si rapporta come parte di un sistema di intervento coordinato.

In alcuni estratti gli intervistati sottolineano l'importanza di strutturare un lavoro che coinvolga anche i familiari nel percorso di riabilitazione perché il reinserimento nel contesto di origine, se rimane immutato, non rappresenti un fallimento.

Come descritto da un operatore Oss di C.T.R.P. a gestione diretta, il lavoro che viene fatto in comunità non sempre viene supportato dal contesto che accoglie l'utente dopo il suo percorso.

Estr. 119

*Co3: c'è un altro aspetto critico che comunque secondo me, cioè noi a volte qui si lavora anche bene e tanto e per lungo tempo per arrivare ad ottenere un qualcosa, però poi come posso dirti quando si dimette il paziente nella sua realtà comunque noi non possiamo seguire tutta quella che è la rete che c'è a casa che c'è fuori, e a quel punto là tanto del nostro lavoro si perde, si perde perché poi dovrebbe esserci un servizio che ne so del comune piuttosto che dell'assistenza domiciliare o un servizio dei familiari che lo seguono in un certo modo e che alla fine a volte non c'è, ecco che allora noi a volte criticiamo tutto dicendo tutto questo nostro lavoro, alla fine quando il paziente rientra e rientra nell'ambiente che aveva prima, perché comunque non è che puoi andare a cambiare quello che è l'ambiente domestico, casalingo eccetera, probabilmente si ripresentano le stesse condizioni che c'erano prima del ricovero ...*

Questo operatore sottolinea la necessità di servizi che si occupino del progresso dell'utente anche dopo del percorso residenziale, soprattutto nella fase di ingresso nella sua famiglia. Spesso, infatti, ad un cambiamento dell'utente non corrisponde un cambiamento delle persone con cui si relaziona, per cui è facile pensare che vengano riproposte le stesse modalità che risultavano problematiche prima dell'inserimento in C.T.R.P..

In questa comunità c'è un forte legame con i servizi per la salute mentale di riferimento per il territorio, ma questo generalmente non corrisponde ad una presa in carico della famiglia per il sostegno dei percorsi di riabilitazione e reinserimento e neanche ad un monitoraggio strutturato di quello che avviene oltre la comunità.

La carenza di questo tipo di lavoro viene descritta per diversi contesti, in particolar modo da parte degli operatori, che si mostrano disillusi rispetto alle possibilità di cambiamento degli utenti considerando che possono ritrovarsi a vivere in un contesto che non cambia.

Questo è un aspetto critico, in senso generale, dell'intervento sull'individuo piuttosto che sul contesto in cui diversi individui interagiscono in modalità disfunzionali rispetto al loro benessere e riflette anche le considerazioni sul ruolo dell'utente come individuo problematico indipendentemente dal posto in cui si trova e dalle relazioni che sperimenta.

Nelle comunità coinvolte nella ricerca, tuttavia, si può considerare una tendenza a descrivere come critico questo tipo di approccio, non tanto in riferimento ai presupposti teorici del lavoro, quanto rispetto all'esperienza che viene fatta nei contesti residenziali e a quello che gli operatori osservano nelle storie degli utenti.

Uno strumento che viene considerato utile, ma non viene realizzato in tutti i contesti, è il lavoro in collaborazione con la famiglia degli utenti. La comunità in alcuni casi, come descritto per esempio da un operatore infermiere di C.T.R.P. a gestione diretta, si assume la responsabilità e utilizza le sue risorse per costruire dei percorsi di sostegno emotivo ed educativo nei confronti dei familiari dei loro utenti, soprattutto nelle situazioni in cui si prospetta il rientro in famiglia.

Estr. 120

*Ao2: ma secondo me appunto il tempo in cui il paziente è ammalato da tanto tempo un buon supporto familiare è fondamentale secondo me ossia buono non intendo che devono essere i familiari ideali per noi però che ci siano riuscire a stabilire noi una collaborazione con i familiari quindi non creare un una spaccatura tra noi e i familiari e questo secondo me è fondamentale ... per trasmettergli tutti quanti lo stesso messaggio in modo tale che non ci siano messaggi diversi che arrivano altrimenti si crea solo confusione.*

In questo estratto l'operatore evidenzia che sarebbe auspicabile un lavoro condiviso tra tutte le persone coinvolte nei percorsi di riabilitazione e reinserimento, per non creare confusione agli utenti e per utilizzare tutte le risorse in modo mirato verso la realizzazione degli obiettivi concordati.

Si tratta di un tipo di intervento, come anticipato, che non risulta essere possibile in tutti i contesti osservati. In alcuni casi il lavoro con la famiglia viene demandato ad altri servizi del territorio, in altri casi, invece, non viene attuato e la relazione con i familiari viene gestita nei momenti delle visite in comunità, che spesso sono libere e non prevedono la presenza di operatori come mediatori.

Per esempio in alcune comunità, come descrive ad esempio in un estratto un operatore infermiere e coordinatore del personale, vengono organizzati dalla comunità stessa dei momenti di aggregazione che coinvolgono sia gli utenti che i loro familiari e amici per favorire la relazione tra loro.

Estr. 121

*Do5: l'aspetto sul quale come ho detto prima puntiamo è la relazione con la famiglia e con le amicizie, cerchiamo di ri-stimolare il rapporto con eventuali conoscenze e amici. Che so quando facciamo i pranzi di natale o le feste di primavera gli ospiti possono invitare i familiari o anche gli amici, per recuperare i rapporti sociali.*

La comunità diviene uno spazio dove poter mettere in scena le relazioni tra le persone che stanno all'interno e quelle che stanno all'esterno. La facilitazione dei rapporti e la promozione di modalità relazionali che possano essere funzionali al percorso di ciascun utente, tuttavia, non vengono messi in atto. Per quanto riguarda questa comunità non viene descritto, infatti, un vero e proprio lavoro sulle relazioni, ma questo viene dato per implicito nel momento in cui si creano delle situazioni in cui le persone possano mettersi in relazione. In questa comunità, in particolare, si considera gestione della famiglia dei suoi utenti.

In alcuni casi, come mostra l'estratto di un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta, anche gli utenti considerano l'importanza delle relazioni con le persone nel descriversi nella prospettiva futura.

Estr. 122

*Bu1: il futuro ottimo secondo me, penserei a sistemare un po' me stesso, a relazionare con gli altri anche fuori oltre che qua, amicizie, conoscere nuovi amici amiche, qualcuno insomma, e se no rimarrò da solo come ho sempre fatto.*

L'utente pensa a sé nel futuro come una persona in relazione con altri, in contrapposizione con la rappresentazione del passato di isolamento sociale. Molti utenti, infatti, descrivono la propria vita prima dell'ingresso in comunità come povera di relazioni significative di sostegno, ad esclusione della famiglia nella maggior parte dei casi. La comunità di riferimento per questo utente orienta il percorso nella direzione di costruire delle competenze relazionali che consentano all'utente di gestire la sua vita futura in modo diverso.

Questi presupposti, tuttavia, spesso si scontrano con i limiti dei contesti sociali in cui gli utenti vengono reinseriti e con le difficoltà che gli operatori sperimentano nei tentativi di dare vita ad attività e spazi che favoriscano il contatto con altre persone del territorio, esterne ai servizi psichiatrici, come descrive un operatore Oss della stessa C.T.R.P..

Estr. 123

*Bo3: più contatti che so al supermercato al bociò cioè se ci fosse una rete più diversificata dove magari poterli inserire con una mentalità un po' più no cioè questo faciliterebbe secondo me la il progetto del ragazzo beh qua che sicuramente non mi piace a me è la zona in cui siamo sicuramente siamo un po' isolati ci vedono sempre un po' come la casa degli psichiatrici quindi dopo va beh i ragazzi escono e sono conosciuti qua intorno però non vedo tutta 'sta grande rete qua ecco forse però all'interno qua cioè noi da parte nostra facciamo ogni anno la festa per farci*

*conoscere il volantinaggio e forse non so forse andrebbe migliorata il modo in cui facciamo in cui ci facciamo conoscere non lo so perchè dopo dodici anni insomma l'hanno provate tutte ma ...*

La comunità, che promuove diverse attività orientate a costruire una rete di relazioni con l'esterno, con i servizi, con le persone del contesto sociale, presenta il numero più alto di estratti che identificano le relazioni esterne della comunità come aspetti da migliorare. Questo è un dato che può essere considerato rilevante in quanto proprio questa comunità a gestione non diretta, che vede il coinvolgimento di una cooperativa sociale che fa parte di grande consorzio e che ha diversi rapporti con associazioni e altre cooperative, una comunità il cui responsabile è anche responsabile del servizio psichiatrico dell'area riabilitativa e che condivide il lavoro strutturato dalla cooperativa, una comunità collocata nella periferia della città ma raggiungibile attraverso i mezzi, in effetti sottolinea l'importanza di incentivare le relazioni che gli utenti possono costruire con le persone fuori dal contesto residenziale e fuori dal sistema di servizi psichiatrici. Questa comunità, inoltre, promuove diverse attività attraverso le quali si relaziona con il territorio, per esempio il giornalino in cui gli ospiti si raccontano e che viene distribuito nel quartiere per far conoscere alle persone che vi abitano la realtà della C.T.R.P., i lavori con il cuoio che vengono venduti dalla cooperativa e i cui ricavati vengono utilizzati dagli utenti per organizzare momenti ludici condivisi, la festa della comunità che viene organizzata ogni anno e che coinvolge le famiglie degli utenti, gli amici e le persone del quartiere che vogliono sostenere le attività della comunità.

Tale comunità mostra una maggiore sensibilità alla costruzione di relazioni funzionali con l'esterno, e spesso si scontra con le difficoltà di realizzarle per mancanza di mezzi economici, strumenti comunicativi, sostegno da parte dei servizi e degli enti istituzionali.

Come messo in luce nella letteratura (A. Quirk, 2006) e nelle analisi dei discorsi degli intervistati, quindi, si sottolinea l'importanza di costruire contesti residenziali caratterizzati da una buona permeabilità con l'esterno, che consentano agli utenti e agli operatori di usufruire di un continuo confronto e scambio con gli altri servizi istituzionali e con il contesto sociale dove l'utente può pensare il suo reinserimento.

In alcune interviste, tuttavia, la comunità viene vista come un posto isolato, caratterizzato dalla chiusura rispetto all'esterno, come descrive ad esempio un operatore educatore di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 124

*Ao3: si cioè la comunità che offre tanti tanti stimoli tante possibilità per i pazienti però la sento forse troppo troppo chiusa cioè poco aperta al al territorio poco aperta ad offrire la possibilità ai pazienti di di avere degli agganci anche con l'esterno cioè di vedere il percorso qua dentro non come un percorso chiuso qua ma che offra ha delle possibilità di contatto anche con il fuori questo secondo un po' per per formazione un po' per forse l'abitudine un po' no di lavorare pensare di lavorare all'interno e basta cioè la difficoltà di vedere l'utilità per i pazienti anche per un dopo di essere più*

*aperti insomma al territorio al mondo esterno.*

In questa comunità si sottolinea la necessità di aprirsi verso l'esterno come aspetto che può portare vantaggi soprattutto agli utenti. Le uscite e le sperimentazioni al di fuori delle mura della comunità consentono anche di lavorare sulle paure degli utenti e di promuovere azioni di cambiamento. La comunità, quindi, viene descritta in modo critico come isolata rispetto al territorio e alle persone che lo abitano.

I rapporti con il contesto comunitario oltre la comunità consente, infatti, di farsi conoscere anche dalle persone che stanno fuori e di modificare le rappresentazioni che le persone hanno dei contesti residenziali psichiatrici, come evidenzia un altro operatore infermiere e coordinatore della stessa comunità.

Estr. 125

*Ao4: miglioramento della comunità se guardiamo l'informazione esterna magari far sapere che esiste la comunità che cos'è la comunità perché tante volte parlando ti rendi conto che solo chi ha parenti o figli o qualcuno qua dentro sa cos'è una comunità altrimenti anche fuori magari mi son trovata un sacco di volte a dire dove lavori a in casa di cura (ride) no lavoro in comunità la comunità cos'è la comunità o se no pensano comunità tossico dipendente insomma questo per quanto riguarda proprio le persone che non conoscono cos'è la parola proprio comunità*

Questo tipo di permeabilità potrebbe favorire il successo dei percorsi di reinserimento e offrire ulteriori strumenti all'utente per costruire la propria rete relazionale. Al di fuori del contesto protetto, infatti, spesso gli utenti conservano un isolamento sociale che non consente loro di potersi sperimentare e specializzare in ruoli alternativi di quelli sperimentati nei contesti della cura psichiatrica.

L'attenzione alla relazione della comunità con il contesto sociale che riaccoglie l'utente dopo il percorso in comunità va considerato un aspetto importante, anche rispetto al fatto che lo stesso contesto sociale ha un ruolo fondamentale, come mostrano i discorsi degli intervistati, nella storia di vita che racconta di un susseguirsi di vari servizi psichiatrici fino all'ingresso in comunità.

Le relazioni esterne possono, tuttavia, presentare i limiti legati allo *stigma sociale* che viene costruito rispetto agli utenti dei servizi di salute mentale, in particolare se dimessi da percorsi residenziali. Ad esempio un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta descrive nell'estratto che segue le sue paure rispetto al reinserimento sociale.

Estr. 126

*Bu5: ... poi lo stigma , si appunto, che se vai a lavorare meglio che non racconti...ti verrebbe perché quando tu lavori a stretto contatto con una persona che ti chiede dove vivi, cosa fai, allora ti verrebbe da sfogarti, ma...devi tenerti perché non sai mai quest'altra come puoi ritorcersi contro, capisci? poi magari in un momento di là dall'ufficio: "ma queo xe mato!", è il matto, il matto...cos'è il matto? capisci, i manicomi sono stati chiusi da poco e ce ne sono ancora, per cui...una volta venivano isolati e...la malattia mentale...si ci sono persone che ogni tanto schizzano, sentono le voci qua e là, però...da essere matti a diventare violenti c'è una differenza...*

L'utente considera la difficoltà di aprirsi con le persone che si incontrano all'esterno del circuito dei servizi di salute mentale legata alla paura di essere etichettato come *matto*. Alcuni presupposti culturali e generalizzazioni rispetto alle problematiche degli utenti psichiatrici vengono mantenute per alcune persone e hanno dei risvolti importanti sulla possibilità degli utenti di sperimentarsi in ruoli differenti conservando la possibilità di raccontare con sincerità la propria storia di vita. Per cui, come viene descritto in numerose interviste, molti utenti tendono a mantenere relazioni soprattutto con altri utenti conosciuti in comunità e in altre tappe della loro "carriera".

Gli aspetti legati alla permeabilità e isolamento riguardano anche i rapporti con la rete di servizi della salute mentale, considerando la comunità terapeutica come una fase del percorso dell'utente.

Soprattutto gli operatori, infatti, esprimono la necessità di avere un maggiore contatto con gli altri servizi e con altre figure professionali con cui confrontarsi e da cui avere restituzioni rispetto al proseguimento dei percorsi di inserimento, come descrive un operatore infermiere di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 127

*Ao2: ma secondo me prima di tutto una cosa che mi permette di valutare è il confronto con gli altri operatori questo mi dà una visione a trecentosessanta gradi ma non solo con gli operatori della comunità con gli operatori magari del C.S.M. che lo vedono in un altro ambito con gli operatori eventualmente della cooperativa che lo vedono magari in ambito lavorativo quindi cercando di creare una rete dove si muove il paziente questo mi può dare l'idea di quanto il paziente possa reinserirsi o a che punto si è del percorso è fondamentale la condivisione e appunto la valutazione nei vari ambiti perchè magari può essere che qua dentro mi fa vedere una cosa che è autonomo a fare magari in cooperativa è in estrema difficoltà quindi serve il confronto con tutte le strutture che si vanno ad intersecare sia fondamentale per pensare capire meglio che punto è il paziente nel percorso.*

Nell'estratto si propone di programmare dei momenti di confronto tra i vari servizi e professionisti della salute mentale coinvolti nei progetti, per poter condividere le strategie e le linee di lavoro. Questo consentirebbe di creare una rete sul territorio tra gli operatori della riabilitazione e di poter promuovere progetti innovativi e sempre più mirati per gli utenti.

I rapporti con i servizi non si limitano poi al solo ambito della salute mentale, ma tutti quelli che si occupano di salute, nell'ottica di superare l'isolamento che racconta la storia delle pratiche psichiatriche, come descrive un operatore infermiere di C.T.R.P. a gestione non diretta.

Estr. 128

*Bo2: appunto identificando la possibilità di sviluppare un percorso condiviso ma non solo qua dentro anche con le altre con gli altri nodi della salute mentale mi vien da dire però anche secondo me non solo questo perché con tutto questo discorso che ho fatto sembra che la salute mentale debba essere un'isola a parte in realtà da parte mia ci sarebbe la fantasia nel pensare che la salute mentale facesse parte delle cure primarie della presa in carico nelle cure primarie dell'assistenza*

In quest'ottica è possibile pensare ad una responsabilità condivisa nella definizione dei servizi e degli obiettivi di intervento nell'area della salute mentale e della promozione del benessere più in generale. Diversi attori contribuiscono, infatti, a costruire le rappresentazioni dei servizi e degli attori che in essi sono ospitati e questi hanno dei risvolti anche nelle possibilità di movimento degli utenti nella carriera dei servizi e nel tentativo di costruirsi delle possibilità alternative.

### ***Relazioni interne***

Tra le relazioni interne vengono distinte tre aree: le relazioni che riguardano il gruppo degli utenti, quelle che coinvolgono gli operatori e, infine, quelle che considerano le modalità di interazione tra operatori e utenti all'interno del contesto C.T.R.P..

### ***Utenti***

Per quanto riguarda le relazioni tra gli utenti, secondo alcuni estratti di interviste, viene data rilevanza al fatto che la comunità è uno spazio da abitare, in cui si convive e si condivide la quotidianità, come evidenziato da alcune delle metafore utilizzate per descrivere la C.T.R.P.. Al esempio un operatore infermiere di C.T.R.P. a gestione non diretta, descrive le diverse persone unite dal loro essere ospiti della comunità.

Estr. 129

*Bo5: ... però mi rimane sempre questa immagine insomma di qualcosa che ha una sua solidità il fatto che tante persone che condividono una quotidianità fatta di tanti momenti e quello che è il bello proprio la condivisione il fatto che ci siano così tante persone è costruttivo positivo cioè mi è capitato di andare in tanti altri appartamenti altri contesti meno protetti per carità però dove ci sono meno persone e li sento più falsi più limitati rispetto a un contesto che è come questo tanto grande dove è emerso più il bel il buono che c'è dal confronto dalla possibilità di sperimentare di più la tensione così di questo genere per cui si se dovessi disegnarla per dire la farei così come è con le persone che magari si danno la mano piuttosto che uno con il sorriso uno con la faccia storta vestiti strani con i capelli magari così per aria però alla fine uno che la vede da lontano non è niente di diverso insomma.*

Come mostra l'estratto, la condivisione della quotidianità è intesa come un aspetto positivo e costruttivo di questo servizio. Le persone vengono rappresentate, secondo le parole di questo operatore, in relazione tra di loro, sono individui che mantengono nella loro apparenza degli elementi caratteristici, ma che nel complesso del gruppo trovano uniformità. La comunità, quindi, è un luogo in cui è possibile esprimere la diversità e confrontarsi con gli altri per migliorare.

Nella stessa comunità, però, un utente evidenzia le difficoltà che emergono nella convivenza con altre persone.

Estr. 130

*Bu3: no, dico che non è facile stando qui crearsi quell'intimità magari che nella quale io dico si faccio l'amore, come fanno tutti i ragazzi della mi età, della nostra età, oppure non so faccio del petting, qua non è possibile, capisci, anche*

*perché magari non c'è la persona che ti piace o magari la persona che ti piace è già sposata, capisci, ovviamente hai dei paletti, quell'intimità che hai a casa qui non esiste, e questo è molto fastidioso, perché raggiunge il limite di un servizio di leva.*

Allo stesso tempo, infatti, lo stare insieme comporta dei limiti, per esempio rispetto all'intimità e alla possibilità di gestire autonomamente le proprie esigenze, anche di tipo affettivo e sessuale. Come mostra questo utente, la convivenza all'interno del contesto comunitario comporta anche il dover seguire delle regole stabilite dall'esterno che devono essere rispettate da tutti gli ospiti, anche se mostrano esigenze diverse.

In questa comunità viene dato spazio autonomo agli utenti in alcuni momenti della giornata e hanno la possibilità di uscire, il tipo di lavoro che viene proposto come riabilitativo è orientato soprattutto a favorire la possibilità di espressione del singolo secondo le sue esigenze e peculiarità.

Si tratta di una comunità a gestione non diretta dove l'ideologia della cooperativa sociale ha un ruolo fondamentale nella definizione del contesto e degli obiettivi del lavoro. Viene data molta importanza al percorso individualizzato e alla possibilità per ogni utente di trovare la sua strada verso il reinserimento. All'interno di questa comunità, tuttavia, vengono stabilite delle regole da parte degli operatori che tutelano le relazioni e le libertà reciproche, ma viene dato uno spazio strutturato al confronto con gli utenti nella possibilità di confrontarsi sulle regole della comunità e chiedere delle modifiche. Gli utenti, infatti, sono intesi come parte attiva nella costruzione del contesto e vengono coinvolti dagli operatori per adattare il loro operato ai bisogni specifici che emergono. In questa comunità, inoltre, gli ospiti si occupano della gestione delle attività quotidiane come le pulizie degli spazi, che vengono organizzate attraverso dei turni di lavoro, e la cucina che in diversi momenti viene preparata da loro, come possibilità di sperimentarsi in questa attività.

Il coinvolgimento degli utenti nella gestione della comunità in questo caso contribuisce ad attribuire loro un ruolo attivo all'interno della comunità, che trovano i modi per cooperare in funzione degli obiettivi condivisi, ma hanno la possibilità di mantenere le loro differenziazioni e di esprimere le proprie difficoltà ed esigenze.

Anche tale utente di C.T.R.P. a gestione privata sottolinea l'importanza che venga mantenuto un equilibrio tra la relazione con gli altri e la possibilità di avere degli spazi propri di autonomia.

L'attenzione alla costruzione di un servizio orientato a promuovere l'equilibrio tra la sperimentazione di sé nell'interazione con gli altri e le competenze di gestione autonoma, che rispettino anche le libertà individuali, rappresenta un punto cruciale nello studio della configurazione e della realizzazione delle C.T.R.P.. Questo equilibrio, infatti, viene rappresentato come un obiettivo, ma spesso appare sbilanciato in relazione ai presupposti teorici e metodologici utilizzati per definire le pratiche nella comunità.

Le comunità coinvolte nella ricerca, infatti, appaiono differenti in diversi aspetti riconducibili a queste riflessioni. Alcune strutture organizzano il lavoro in un'ottica esclusivamente comunitaria, per cui viene data anche molta attenzione alla gestione degli spazi da parte del gruppo di utenti, che sono considerati responsabili; mentre altre comunità sono maggiormente focalizzate sulle risorse e possibilità del singolo e in questo caso può succedere che anche gli aspetti di gestione quotidiana vengono demandati alle figure professionali.

Come sottolinea anche un utente di C.T.R.P. a gestione privata, in un estratto della sua intervista, è necessario che lo spazio comunitario prenda forma nella ricerca di un equilibrio tra gli spazi personali e quelli comunitari.

Estr. 131

*Fu1: beh secondo me quello che favorisce questi obiettivi intanto il fatto che ci vengono lasciati i nostri spazi, per poter pensare a noi, il fatto di entrare in relazione con le altre persone, e dunque sia un percorso individualizzato che fatto di vita comunitaria insieme alle altre persone e quindi un po' il pensiero rivolto alla propria persona in corrispondenza alle altre anche.*

Per quello che si legge, entrambi gli aspetti vengono presentati insieme per questa comunità. In questo caso si tratta di un gruppo molto ristretto di ospiti (3), poiché la comunità è operativa da un anno ed è in fase di crescita, quindi gli spazi e le relazioni sono gestite in modo diverso da altri contesti con numeri maggiori. Si può dire tuttavia che in questo contesto le persone vivono come se fosse una casa, anche la gestione degli spazi ne è rappresentativa. Ci sono diverse attività che gli utenti fanno insieme e sono loro responsabili della pulizia delle proprie camere e della gestione della cucina, ma nel corso della giornata vengono sempre definiti dei momenti di autonomia, dove possono occuparsi delle loro esigenze personali sia all'esterno che all'interno della comunità, con il sostegno individualizzato dell'operatore nella maggior parte dei casi.

In un altro contesto, utilizzando l'estratto di un educatore di C.T.R.P. a gestione non diretta, gli spazi comuni per gli utenti vengono creati appositamente per favorire le possibilità di relazionarsi tra di loro. Questo viene proposto in comunità in relazione alla tendenza degli utenti di isolarsi, che può essere considerato un risvolto della libertà di autonomia degli utenti.

Estr. 132

*Eo2: esatto, quindi spazi comuni, momenti di gruppo e di socializzazione che sono difficilissimi, cioè loro voglio dire se tu vai di là all'ora di pranzo nessuno parla, cioè sono seduti al tavolo, ma nessuno parla, difficilmente parlano tra di loro, però magari li trovi nei momenti più impensati che si danno consigli tra di loro, che si sostengono capito, quindi hanno anche il loro modo, e poi il fatto che concentrandosi su alcune attività manuali piuttosto che altro come dire questo li aiuta anche a staccare un po' la mente dalla loro confusione, quindi diciamo a livello di attività c'è sia l'aspetto grupale, come dire che in quel momento accade, quindi li toglie un po' dal loro isolamento e c'è anche l'aspetto più diciamo pratico che li porta a far staccare il pensiero da qua e li porta al fare insomma, al di là di quello che poi possono imparare a fare.*

In tale comunità, infatti, vengono proposte diverse attività strutturate, che hanno però la finalità di mettere gli utenti in relazione tra di loro. La comunità è organizzata con dei tempi molto flessibili, ma ci sono diverse attività a cui gli utenti dovrebbero partecipare, ma la decisione viene lasciata a loro, non sempre orientate a promuovere le competenze individuali, ma spesso finalizzate alla relazione tra loro e con gli operatori. Durante il giorno, tuttavia, in questa comunità ci sono diversi momenti che gli ospiti passano insieme nel giardino, come in attesa delle attività condivise da tutti, ovvero i pasti e la distribuzione della terapia.

La comunità ospita utenti molto eterogenei, come risultato di diversi tipi di gestione e politiche dei servizi, per cui è difficile trovare dei punti in comune. Anche gli operatori, spesso mostrano idee divergenti rispetto al loro lavoro e ne consegue un'immagine di questa comunità poco coesa, in cui gli utenti non sempre hanno chiaro il senso del loro percorso.

Sono diverse, tuttavia, le iniziative proposte dagli operatori per favorire le relazioni tra gli ospiti, che vanno dalle riunioni di comunità organizzate una volta alla settimana, alle attività strutturate di vario genere, all'organizzazione di gite fuori dal contesto.

I risvolti di questo tipo di organizzazione possono essere osservati nei movimenti degli utenti durante la giornata. Essi appaiono, infatti, poco partecipi nella costruzione del loro percorso e restano in attesa delle proposte di attivazione che arrivano da parte degli operatori.

Secondo quanto riporta un utente della stessa comunità, in un estratto della sua intervista, lo stare insieme agli altri rappresenta la possibilità di essere riconosciuto attraverso un ruolo che si gioca nella scena.

Estr. 133

*Eu2: qua dentro ognuno sa fare tutto, secondo me potrebbe essere una commedia anche un po' scherzosa diciamo e che si può anche sbagliare, perché quando fanno almeno le commedie hanno il gobbo se ti dimentichi le battute e anche qua c'è due o tre ragazzi che mi hanno capito più degli altri, quando mi vedono serio come oggi, mi dicono ... cos'hai, è bello perché sai che qualcuno pensa a te insomma.*

In questo estratto, la presenza degli altri è vista come positiva e come sostegno al proprio modo di stare. L'utente si sente parte di un gruppo come se fosse in una commedia, in cui la finalità dello spettacolo è condivisa dagli utenti. Viene data importanza alle relazioni informali a cui gli utenti prendono parte nella costruzione di una realtà che lui stesso chiama una *commedia*. Si tratta di una rappresentazione della realtà in cui è concesso di sbagliare e dove i ruoli e i copioni possono essere definiti anche attraverso lo sguardo di chi vede l'altro e i suoi cambiamenti.

Le relazioni tra gli utenti, in altri estratti, vengono presentate tra gli obiettivi del percorso in comunità, orientati a promuovere la costruzione delle competenze relazionali all'interno e quindi da utilizzare anche all'esterno, nelle fasi di reinserimento.

Secondo un operatore educatore di C.T.R.P. a gestione diretta, le modalità relazionali che gli utenti utilizzano all'interno dello spazio residenziale con gli altri ospiti rappresentano occasioni per esercitarsi in vista del futuro reinserimento sociale.

Estr. 134

*Ao3: sì sì, su questo si fa molto si fa molta leva pensando un po' al dopo cioè si fa presente a loro l'utilità della del lavorare in gruppo del ricercare anche il confronto con gli altri per avere un aiuto nel proprio percorso e nell'affrontare anche le difficoltà che emergono tra di loro di relazione tra loro di affrontarle qua dentro perché questo può essere utile anche dopo quando vanno fuori perché si ricorda loro sempre che anche se loro vanno a vivere da soli la loro vita non sarà mai da soli sarà sempre dovranno sempre confrontarsi con gli altri nell'ambito nel lavoro nel con le amicizie nelle relazioni con gli altri c'è sempre un confronto con un'altra persona quindi l'affrontare le problematiche qua dentro è un aiuto per il dopo per riuscire a gestirle anche dopo all'esterno.*

Come viene sottolineato nell'estratto, dunque, il lavoro nel percorso in comunità è orientato a lavorare sulle difficoltà relazionali, a partire da quelle che gli utenti sperimentano tra di loro. In situazioni di difficoltà, infatti, gli operatori possono intervenire e dare aiuto perché possano sperimentare delle modalità che consentono loro di gestire situazioni critiche.

Nella stessa comunità anche un utente pone attenzione a tale aspetto caratteristico della struttura che lo ospita.

Estr. 135

*Au5 :ma io penso che sia anch'io così, perché cioè alla fine siamo più di venti qua dentro contando tutti è bello perché ti relazioni con tutti in qualsiasi momento della giornata e quindi impari a stare in mezzo agli altri e...a fare due parole con tutti in qualsiasi momento e questo lo ritengo, lo vedo come un reinserimento sociale, cioè per me la possibilità insomma di, di socializzare con tutti appunto è una cosa che mi aiuta molto anche dopo insomma, perché dico beh, dopo dirò son stata un tot di tempo in comunità, mi sono relazionata con tutti, pazienti e utenti, perché mi devo far problemi quando vado fuori? ho imparato a stare in piedi da sola diciamo.*

Dalla descrizione dell'utente, le relazioni all'interno della comunità rappresentano un aspetto fondamentale del suo percorso e diviene il presupposto per pensare di poter riuscire a gestire la propria vita anche fuori dalla comunità.

Attraverso questi due estratti si sottolinea come questa comunità a gestione diretta sia fortemente orientata a promuovere un lavoro di costruzione di competenze relazionali per gli utenti, a partire dalle persone con cui si trovano nel contesto residenziale.

In quest'ottica il tipo di attività che viene proposta è irrilevante, purché gli operatori siano attenti a favorire la condivisione e modalità di interazione adeguate tra gli utenti. Le relazioni, quindi, rappresentano un obiettivo di percorso, ma anche gli strumenti per costruire delle competenze da utilizzare nel contesto sociale in cui gli utenti vengono inseriti.

In un'altra C.T.R.P., in questo caso a gestione privata, un utente pensa alla relazione con gli altri ospiti come solidale.

Estr. 136

*Du3: beh gli operatori...cioè le relazioni con i compagni, ma anche lì ci sono persone e persone in comunità, mi riferisco a pazienti che si è creato un bel dialogo anche, cioè il fatto di essere qui ci ha resi, a parte la solidarietà che c'è del trovarsi assieme dentro a un contesto come questo, insomma si è creato in questi mesi anche dei bei legami con alcuni compagni.*

Nella comunità dell'utente intervistato, a differenza delle considerazioni fatte precedentemente, le relazioni tra utenti sono autonome e rappresentano un valore aggiunto, piuttosto che l'obiettivo dell'intervento. Gli ospiti, quindi, costruiscono dei rapporti privilegiati con alcuni di quelli che condividono lo spazio.

I legami sono vissuti dal punto di vista emotivo e affettivo, ma non viene descritto un intervento mirato in quest'ottica da parte degli operatori.

Con l'estratto che segue, di un operatore psicologo di C.T.R.P. a gestione non diretta, all'interno della comunità si lavora in modo mirato sulle relazioni

Estr. 137

*Bo1: esatto e quindi nel reinserimento pesa moltissimo pesa moltissimo le competenze interpersonali cosa per esempio su cui si lavora sempre poco si fa fatica a lavorare si fa fatica a fare delle attività in cui quest'anno un'educatrice ne ha provata una ha fatto un gruppo lo ha chiamato gruppo gruppo amici perché non si riusciva a trovare un titolo migliore però un gruppo in cui le persone fanno un po' il punto rispetto alla loro storia di amici cioè di come sono stati amici di cosa è successo di cosa è successo per cui queste persone si sono allontanate e poi anche con delle stimolazioni pratiche di come alcuni nostri comportamenti allontanano gli altri beh allora così lavori un po' sulle competenze interpersonali o lo fai come laboratorio poi li devi portare subito fuori però.*

Come descrive lo psicologo, vengono create delle attività specifiche che consentano agli utenti di confrontarsi sul loro modo di intendere gli altri e di sperimentarsi nella comunità con la possibilità di avere rimandi sulle loro azioni sia da parte degli utenti con cui si relazionano, sia da parte degli operatori che osservano e in alcuni casi intervengono.

In questa comunità, in particolare, la cooperativa sociale che gestisce il servizio e parte degli operatori promuove percorsi di formazione a tutti gli operatori per condividere un metodo comune di intervento. Tale formazione lavora essenzialmente sulle modalità relazionali e favorisce per gli operatori la costruzione di competenze per monitorare ed intervenire con gli utenti proponendo loro nuovi modi di porsi in relazione, che possano essere utili per il raggiungimento dei loro obiettivi e adeguati per il contesto sociale che li accoglierà dopo il percorso riabilitativo.

Un operatore Oss di C.T.R.P. a gestione non diretta evidenzia che la relazione tra utenti, in molti casi, risulti più funzionale di quella con altri attori presenti nel contesto.

Estr. 138

*Eo3: le relazioni tra di loro secondo me sono più positive della relazione che ha l'operatore con loro a volte, sono più positive nel senso che se si dicono delle cose tra loro, com'è aspetta voglio spiegarlo in un modo, proprio colpiscono*

*nel segno tra loro, e a volte gliela dici te e magari, invece detta, a volte io sprono loro a parlarne con loro, a farli interagire in gruppo tra di loro, in modo che leghino anche e si capiscano, che ci possono essere all'inizio degli scontri però dopo se ci parlano dopo si riescono anche a capire.*

Le relazioni con gli altri utenti in alcuni casi sono intese come problematiche e da migliorare poiché comportano lo sforzo di trovare delle modalità di interazione con utenti eterogenei per età, per difficoltà e storia di vita, e poiché rappresentano una delle difficoltà descritte come peculiari dell'utente di comunità, ma sono anche un nucleo fondamentale su cui si lavora e si prospetta per l'utente nel futuro maggiori capacità relazionali, che possono essere osservate e valutate all'interno della comunità nei modi di rapportarsi agli utenti.

Le relazioni con gli altri utenti, quindi, possono diventare dei veri e propri strumenti del percorso, in quanto li operatori possono intervenire e lavorare per la gestione delle modalità di interazione come esercitazione per fuori.

### *Operatori*

Per quanto riguarda la relazione tra gli operatori, vengono evidenziati in primo luogo due estratti di un operatore educatore e di un utente di C.T.R.P. a gestione diretta. I due intervistati evidenziano, infatti, la necessità di costruire un gruppo di professionisti che condividano gli obiettivi e le modalità operative per realizzare percorsi di riabilitazione e reinserimento all'interno dei contesti residenziali.

Estr. 139

*Cu2: beh diciamo che filosoficamente parlando, la possibilità di migliorare c'è sempre, ma dipende dalla squadra operatori e dottori tutti insieme, dal feeling che passa attraverso tutte queste persone, se c'è un feeling o c'è solo un timbrare il cartellino e via insomma, ci sono delle persone in ogni comunità degli operatori più sensibili e meno sensibili...*

Da parte dell'utente l'idea di un *feeling* tra gli operatori, alcuni più sensibili e altri meno, che gli consente di lavorare insieme. In questo caso l'interazione sembra essere casuale, più legata alle caratteristiche personali dei singoli individui che lavorano all'interno della comunità, che all'uso di modalità relazionali come strumenti finalizzati e consapevoli.

Estr. 140

*Co2: mmmmm, potrebbe migliorare in tantissimi, in cosa sicuramente se anche l'équipe avesse un maggior sostegno da parte, sostegno nel senso che per esempio credo che manchi molto il tempo anche di parlare un pochino di più delle dinamiche operatore-utente, operatore-operatore, ragionare un pochino di più su noi stessi come operatori che le sensazioni, le emozioni che proviamo e di come ci sentiamo, del rapporto col paziente, le dinamiche che si mettono in moto, sì noi lo facciamo perché ti sarai accorta che, va beh tante volte si fuma la cicca e si parla dei fioi e di altro, ci sono momenti, in particolare per esempio nel cambio di consegna, in cui c'è da trasmettere la consegna dal turno del mattino al turno del pomeriggio, però ci sono momenti in cui, quelli sono momenti in cui, dopo dipende anche da chi c'è, perché non sono cose che, però appunto che il collega x comincia a raccontarmi il fatto che gli è successo il giorno*

*prima o tre giorni prima e mi dice ma io su sta cosa mi sono trovato in difficoltà e quell'altro mio collega diceva tutt'altra cosa, ecco questa supervisione di come andiamo, di come ci sentiamo, di come ci poniamo, è secondo me andrebbe un po' incentivata, un tempo c'era e secondo me è molto importante.*

Secondo le parole dell'operatore, invece, sarebbero necessari degli spazi formalizzati in cui confrontarsi tra operatori rispetto a quello che avviene in comunità e ai progetti dei singoli utenti. Mentre spesso gli scambi avvengono in momenti informali e non viene dedicato un momento dedicato a questo aspetto nello specifico. Questo stesso operatore sottolinea, inoltre, la necessità di una figura di supervisore esterno che possa rappresentare un riferimento e favorire la comunicazione tra gli operatori rispetto ai rapporti tra di loro e con gli utenti.

In questa comunità la riunione d'équipe non viene considerata uno spazio di riflessione per gli operatori, in effetti questa prevede la presenza della responsabile psichiatra, della psicologa, dell'educatrice e degli operatori che sono in turno in quel momento, per cui non c'è uno spazio allargato a tutti in cui confrontarsi sia sui casi che sulle dinamiche tra operatori. Accade, come emerge dalle parole dell'operatore, che vi siano punti di vista differenti sul modo di intervenire nel percorso degli utenti e che ciascun operatore mantenga il suo punto di vista seppur divergente da quello degli altri. In questo senso, mentre l'utente si riferisce ad un feeling tra gli operatori, intesa come capacità di agire in modo condiviso, dalle parole di questo operatore viene sottolineata questa carenza all'interno della comunità e la necessità di incentivare i momenti di confronto.

Gli operatori hanno un ruolo poco attivo nella decisione delle attività e gli utenti si trasferiscono al Centro Diurno per svolgere le attività educative e strutturate che il loro percorso prevede, e tornano in comunità utilizzandola quasi esclusivamente come un ricovero con possibilità di uscita. Gli utenti non sono autonomi nella gestione degli spazi, ma sono gli operatori che allestiscono per lo svolgimento dei pasti quotidiani, con esclusione del pranzo che viene consumato alla mensa dell'ospedale. Gli operatori, inoltre, entrano in relazione con gli utenti accompagnandoli in alcune passeggiate nella città. Le attività che alcuni operatori possono voler proporre non vengono necessariamente appoggiate dal resto del gruppo, con un'idea di evitare di introdurre novità o cambiamenti nell'organizzazione della comunità. In questa C.T.R.P., inoltre, ci sono dei ruoli fortemente differenziati e gerarchizzati, per cui le attività e i progetti vengono decisi dal gruppo ristretto di psichiatra, psicologo e educatore, mentre gli altri operatori hanno un ruolo più marginale nelle decisioni. Va considerato inoltre, che si tratta di una comunità a gestione diretta in cui gli operatori vengono gestiti dal servizio e non direttamente all'interno della comunità. Non c'è una particolare selezione del personale e non vengono promossi dal servizio percorsi di formazione specifica orientati alla costruzione da parte degli operatori delle competenze necessarie per realizzare i progetti di intervento. Le attività e le modalità relazionali vengono lasciate spesso,

infatti, all'iniziativa del singolo professionista, che a fronte della sua esperienza e della sua visione del lavoro agisce nel ruolo di operatore di comunità.

Le difficoltà economiche a cui si fa riferimento in questo ambito, che rappresentano i risvolti di un periodo storico e sociale, lasciano trasparire tuttavia una dispersione di risorse e un investimento non funzionale con le esigenze dei servizi specifici e soprattutto degli utenti nei loro percorsi di riabilitazione e di reinserimento sociale.

Tra gli strumenti formali che gli operatori utilizzano nella comunità per confrontarsi e per definire le linee di orientamento di un lavoro condiviso viene descritta la *riunione d'équipe*. Questo strumento viene descritto, ad esempio, nell'estratto di intervista ad un operatore, infermiere e coordinatore del personale, di una C.T.R.P. a gestione privata.

Estr. 141

*Do5: eh..., il miglioramento della comunità potrebbe essere un maggiore confronto tra operatori, per modulare chiaramente i vari progetti dei pazienti, perché è importantissimo che ogni operatore all'interno della comunità dia sempre la stessa risposta, questo non è sempre facile, allora la stessa risposta generale, poi può variare a seconda della richiesta dei pazienti e quindi poi bisogna riparlarsi continuamente rimodulare la scelta, perché è stata fatta una variazione rispetto al percorso, in maniera che anche gli altri sia partecipi e tutti conoscano questo percorso, ma non individualismi, quindi comunicare continuamente e avere molto chiaro il progetto del paziente.*

L'operatore sottolinea l'importanza del confronto tra i professionisti per la riformulazione continua dei progetti degli utenti. Risulta necessario, infatti, che gli operatori di questi servizi possano condividere in maniera sistematica e continua quello che accade per poter adattare il loro intervento ai cambiamenti che si verificano in modo uniforme.

Oltre alla riunione di équipe può essere utilizzato uno strumento che consente il confronto tra un numero ridotto di professionisti che seguono la situazione specifica dell'utente: la *mini-équipe*. Tale strumento di lavoro degli operatori in relazione è piuttosto importante perché consente di costruire dei gruppi di lavoro più ristretti, che sono utilizzabili anche nel confronto con gli operatori di altri servizi.

Un estratto di un operatore di un'altra comunità a gestione non diretta che fa riferimento alle uso delle mini-equipe come strumento viene presentato successivamente per approfondire le modalità attraverso cui la C.T.R.P. costruisce la relazione con i servizi di salute mentale coinvolti nei progetti degli utenti.

Estr. 142

*Eo1: beh la mini équipe in cui fai un bilancio, quello è lo strumento più efficace, più importante, fai una somma di quello che è stato guardando tutte le consegne dei mesi insomma, prendendo le cose più importanti, poi ecco nelle riunioni cliniche in cui si parla di determinati ospiti, anche là si fa un sunto e ogni operatore magari porta quello che magari all'altro non è venuto in mente, ecco sì questi.*

La relazione tra gli operatori comporta trovare strade di condivisione tra diverse figure professionali, caratterizzate ciascuna dai loro presupposti e strumenti di intervento, che devono necessariamente cooperare e trovare punti di incontro per poter favorire il successo dei percorsi degli utenti inseriti in comunità residenziale protetta. In alcuni casi come nell'estratto presentato di seguito il gruppo di operatori di una C.T.R.P. a gestione non diretta si organizza per costruire insieme uno strumento condiviso per monitorare il percorso degli utenti in modo individualizzato e per potersi passare le informazioni tra di loro in modo agevole.

Il lavoro degli operatori, che parte e viene organizzato dal gruppo di infermieri, ha consentito in questa comunità di utilizzare una cartella integrata per ciascun utente a cui hanno accesso tutti gli operatori, oltre ai momenti di passaggio di consegne. In questa comunità si è scelto questo strumento, mentre altri momenti di incontro degli operatori e di racconto rispetto all'accaduto sono vissuti dagli operatori come spazi informali. Anche in alcuni altri contesti residenziali coinvolti nella ricerca gli operatori strutturano dei momenti per il passaggio di consegne. In alcuni casi, tuttavia, si tratta di un momento di passaggio informale supportato da alcune considerazioni scritte in cartella. In alcune comunità le comunicazioni avvengono per gruppi professionali che si organizzano con i loro strumenti e utilizzano i momenti informali della giornata per confrontarsi con gli altri operatori o la riunione di équipe, che rappresenta però lo strumento strutturato per eccellenza in questi contesti, per cui si osserva un modo di parlare dei progetti e degli utenti maggiormente formalizzato e in molti contesti è una riunione che viene gestita e condotta dai responsabili di comunità. Ad esempio un operatore infermiere di C.T.R.P. a gestione non diretta, pone attenzione alle diverse figure professionali presenti nei contesti comunitari e all'integrazione dei diversi approcci come risorsa dei progetti di intervento.

Estr. 143

*Bo4: quello ma integrato soprattutto per il fatto che siccome l'équipe è multidisciplinare qua cioè il problema dell'integrazione è nato dal fatto che quando abbiamo aperto la comunità qui lavoravano tutti queste figure professionali no il problema qual era, qui uno si scriveva e si dava le consegne fra virgolette era parte a sé allora a un certo momento è stato fatto un grosso lavoro che peraltro è partito da dalla direzione strategica infermieristica è stato molto bello che è durato tre anni in cui abbiamo deciso di creare uno strumento di lavoro comune cioè ci siamo detti è inutile che continuiamo a usare strumenti di lavoro diversi pur avendo la stessa persona davanti allora abbiamo detto perché non facciamo un uno strumento unico in cui tutti i professionisti scrivono lì e tutti i professionisti condividono lì il progetto e allora abbiamo fatto un grosso lavoro a tutti i livelli cioè nel senso ognuno per la propria professione l'abbiamo condiviso insieme l'abbiamo in questo lavoro che è la cartella integrata.*

La C.T.R.P. a gestione non diretta di riferimento è caratterizzata da un'importante storia di trasformazione, in particolare per quanto riguarda i rapporti tra diversi operatori al suo interno.

In particolare questo contesto presenta una gestione mista, per cui sono presenti sia operatori del servizio pubblico che operatori dipendenti della cooperativa sociale. In una prima fase questi

operavano in modo differenziato, ma con la crescita della comunità e lo strutturarsi del lavoro in funzione delle finalità condivise tra i responsabili del servizio pubblico e quelli della cooperativa si è reso necessario intervenire per rendere uniformi le modalità operative dei professionisti.

Questo importante obiettivo viene soprattutto sostenuto dalla cooperativa sociale, che ha il ruolo di gestione operativa, per cui può decidere il tipo di lavoro che viene svolto nel servizio. La cooperativa propone, quindi, a tutti gli operatori della comunità indistintamente di partecipare a incontri di formazione che possano favorire l'utilizzo condiviso di un unico metodo di lavoro.

Questo all'inizio, come descrive l'operatore, non è stato vissuto in modo molto positivo, in particolare dagli operatori del pubblico abituati al loro metodo di lavoro, ma una volta accettato ha consentito, proprio per questo contesto un tipo di lavoro che lo rende peculiare.

Questa comunità, infatti, è l'unica tra quelle coinvolte in cui si fa riferimento alla formazione condivisa tra tutti gli operatori come qualcosa che avviene regolarmente e che guida tutto il lavoro e la costruzione dei progetti, e non come uno degli strumenti che sarebbe necessario introdurre. Nella maggior parte delle altre comunità, infatti, gli operatori raccontano della partecipazione a incontri di formazione in modo estemporaneo, e come singoli, per cui non nella maggior parte dei casi la formazione non corrisponde alla visione dei responsabili della struttura e non viene utilizzata da tutta l'équipe come modello di intervento.

Un altro operatore educatore della stessa C.T.R.P. racconta, invece, come la cooperativa ha gestito la relazione tra operatori pubblici e del privato sociale nello stesso contesto a fronte dei suoi principi teorici e dei risvolti operativi.

Estr. 144

*Bo5: sì all'inizio era stato fatto per un gruppetto perché comunque riguardava quelli della cooperativa e alcuni infermieri anche che avevano aderito dopo dato che non era per niente facile sostenere quel tipo di formazione chi poteva è andato via chi non poteva è rimasto là ed è in qualche modo stato anche se vogliamo costretto a mettere in pratica strumenti piuttosto che principi eccetera eh difficilissimo perché nel momento in cui certe tensioni comunque poi eh rimangono no e da una parte tensione dall'altra no devi fare così no non posso perché comunque è un lavoro con i miei colleghi che invece negano questo tipo di alternativa è stato molto difficile quindi migliorare intanto in questo senso rendere più condiviso quello che può essere l'apporto delle novità introdotte da questi strumenti che ti danno solo qualche spunto in più*

Un altro aspetto rilevante è che la cooperativa sceglie uno specifico approccio nel campo della riabilitazione psichiatrica e decide di strutturare la comunità che ha in gestione secondo questo modello. La formazione che organizza per tutti gli operatori in modo continuativo, offre anche momenti di supervisione e i avvale di operatori esterni alla comunità che si occupano di questi aspetti.

Ciò non avviene negli altri contesti visitati, ma il modello di intervento viene nella maggior parte dei casi indicato, in maniera più o meno esplicita, dai responsabili della comunità che determinano le direzioni e le modalità di lavoro. Gli operatori generalmente si adattano o lavorano secondo il proprio modello cercando di adattarsi al contesto e al modo di lavorare degli altri. Alcuni operatori di figure professionali sanitarie nella maggior parte dei casi non hanno una formazione specifica per l'ambito psichiatrico, per cui la professionalità viene attribuita, come emerso nei nuclei tematici dedicati alla descrizione degli operatori, a caratteristiche personali piuttosto che all'esperienza acquisita negli anni di lavoro in ambito psichiatrico. In quest'ottica spesso gli interventi specifici con gli utenti prendono forma dall'iniziativa del singolo e delle sue teorie, per questo i momenti di confronto, di condivisione degli obiettivi e delle strategie per raggiungerli con gli altri professionisti sono fondamentali per la costruzione di percorsi di successo.

Gli utenti, dalla loro prospettiva, mostrano di riuscire a riconoscere la mancanza di congruenza negli interventi degli operatori e questo in alcuni casi risulta disorientante, in altri viene utilizzato per evitare il cambiamento.

### *Operatori-Utenti*

Come evidenziato nell'area tematica dedicata alla relazione tra operatori e utenti, nel capitolo dedicato all'analisi descrittiva delle interviste, questa viene considerata di fondamentale importanza all'interno dei contesti comunitari. La relazione tra gli operatori e gli utenti può essere intesa in diversi modi dagli intervistati, ma essa rappresenta soprattutto uno strumento di intervento e di valutazione nei percorsi di riabilitazione terapeutica e sociale e di reinserimento sociale.

Un operatore infermiere di C.T.R.P. a gestione privata, ad esempio, descrive come ogni relazione possa essere diversa poiché prende forma a seconda degli individui che ne fanno parte.

Estr. 145

*Do3: ... purtroppo non c'è una metafora singola perché ogni relazione ha un colore diverso, i colori sono infiniti, di conseguenza non si può trovare un'immagine specifica, perché ognuno di noi è diverso dall'altro, ognuno di noi ha problemi diversi e quindi è come se fosse una tela disegnata in maniera diversa, ogni tela disegnata in maniera diversa l'una dall'altra, di conseguenza non c'è un sistema standard per seguire ogni persona con quella patologia, perché può essere scaturita in maniera diversa.*

Come viene sottolineato in questo estratto le relazioni possono avere differenti colori e gli operatori non seguono degli standard predefiniti per il loro lavoro.

L'operatore di questa comunità mette in luce la necessità di agire in modo situazionale e di dare importanza ai bisogni degli ospiti per promuovere delle modalità relazionali che siano utili e funzionali al suo specifico percorso. In questa comunità, tuttavia, sono ridotti i momenti di

relazione tra gli operatori e gli utenti poiché il lavoro dell'équipe è rivolto soprattutto alle necessità di tipo assistenziale di alcuni utenti e alla gestione di aspetti burocratici.

Si osserva, inoltre, una distinzione dei ruoli sottolineata anche dall'uso di divise da parte degli operatori in un contesto che è marcatamente ospedalizzato.

Questo si può legare all'estratto appena presentato in quanto gli operatori utilizzano in modo consapevole e definito le modalità relazionali con gli utenti solo in alcuni momenti, come le attività di uscita dalla comunità, mentre in tutto il resto del tempo si osservano delle relazioni informali, caratterizzate maggiormente dalla tendenza a rispondere ai bisogni degli utenti nell'immediato.

Secondo la prospettiva di un operatore infermiere di C.T.R.P. a gestione non diretta la relazione con gli utenti rappresenta un processo di costruzione da parte di entrambi gli attori in scena, che consente all'operatore di mettersi in gioco nel trovare le modalità funzionali alla persona che ha di fronte.

Estr. 146

*Bo4: beh quello che sento e secondo me è la cosa più affascinante di questo lavoro è che non esiste cioè la relazione la devi costruire con il paziente e questo secondo me è bellissimo perché come dire ti pone su un piano in cui ogni tu devi giocarti devi pensarti no cioè nel senso cioè io dico sempre non è come se io lavorassi insomma parlo come infermiere se dico no cioè se fossi in un reparto di medicina tu devi fare cioè non è che non hai relazione però devi fare quelle cose devi prendere la flebo devi prendere la pressione devi fare un sacco di robe molto concrete però ti giochi poco sul piano di relazioni invece qua tutte quelle cose lì non ci sono e sono proprio giocate sul piano di relazione e questo secondo me ti porta molto a metterti in gioco no e per cui io dico sempre che è una cosa da inventare a seconda di chi hai avanti ...*

La relazione non può essere pensata come precostituita e non può seguire degli standard, ma trova forma nelle diverse scene in cui operatori e utenti si trovano ad interagire. In questa comunità, a differenza di quella precedente, viene data molta importanza alla relazione come strumento di lavoro. L'operatore sottolinea, infatti, come nella C.T.R.P. non possa utilizzare gli strumenti e i copioni caratteristici del suo ruolo professionale nel contesto ospedaliero, ma debba trovare tra le sue risorse personali le competenze per agire nella relazione. In questo contesto, inoltre, la cooperativa sociale che ha in gestione la comunità investe risorse in modo costante sulla formazione agli operatori, di tutte le figure professionali perché possano costruire le competenze professionali anche nel loro modo di entrare in relazione con gli utenti.

Si può considerare, inoltre, come all'interno dei contesti comunitari venga mantenuta una distinzione dei ruoli professionali in modo variabile nelle diverse C.T.R.P., ma soprattutto in riferimento alla relazione i confini professionali risultano meno rilevanti. In questo senso, soprattutto le figure professionali dell'ambito sanitario, come possono essere gli infermieri o gli Oss,

hanno necessità di costruire un ruolo professionale altro rispetto a quello per cui sono stati formati, di trovare strumenti differenti per lavorare in relazione con gli utenti.

Questo aspetto viene sottolineato in diversi estratti e può essere correlato con la necessità di favorire percorsi di formazione per gli operatori più specifici per i contesti riabilitativi, che può avvenire sia nei corsi di formazione professionale precedenti all'inserimento lavorativo e che continua poi in ogni singolo contesto comunitario in relazione ai presupposti e alle modalità operative che caratterizzano ogni singola struttura.

Alcuni operatori evidenziano la difficoltà di costruire una relazione con gli utenti che riesca a mantenere un equilibrio tra vicinanza e distanza. Questo discorso riconduce alla definizioni dei ruoli all'interno dei contesti comunitari e all'uso della relazione con gli ospiti da parte degli operatori come strumento di lavoro. Le difficoltà che si incontrano sono legate al fatto che all'interno della comunità si instaurano modalità relazionali di intimità per la condivisione quotidiana degli spazi e delle esperienze. Questa vicinanza, tuttavia, che viene evidenziata dall'uso di metafore che paragonano i rapporti tra operatori e utenti alle relazioni familiari o amicali, può rappresentare una risorsa solo se viene utilizzata da parte degli operatori della C.T.R.P. in modo consapevole, in coerenza con gli obiettivi dei progetti individualizzati e in tutela del proprio ruolo professionale.

Un operatore educatore di C.T.R.P. a gestione diretta, ad esempio, descrive questa difficoltà in riferimento al contesto comunitario.

Estr. 147

*Ao3: ma le relazioni qua tra utenti e operatori sono abbastanza come dire a volte si fa fatica a porre un limite a dare dei limiti perché il rapporto che si stabilisce con gli utenti è molto di familiarità di vicinanza proprio perché la comunità è come vivere in una cosa con un gruppo di persone quindi si stabilisce quella quel legame che qualche volta è difficile da come dire da far sentire cioè da porre non so se mi spiego mantenere la giusta distanza no con il paziente perché si crea quell'intimità quel che a volte ti rende difficile a dire determinate cose a far capire al paziente che non sono la tua sorella né tua amica né tua mamma né tua zia ma sono un operatore e far accettare anche a loro determinate cose che magari in quel momento non sentono come se venissero da un professionista da uno che sta facendo il suo lavoro ma come un torto un'offesa che ti fa una persona cara un amico ecco per cui è molto difficile la relazione con i pazienti qua dentro proprio perché non è come in ospedale che l'infermiere è l'infermiere.*

L'operatore mostra come possa essere difficoltoso per i professionisti che lavorano all'interno della C.T.R.P. riuscire a relazionarsi con gli utenti senza poter utilizzare dei copioni o degli strumenti del mestiere che caratterizzano altri ambiti di cura, come l'ospedale dove si usano i camici. La tendenza a costruire relazioni di intimità, infatti, può rappresentare controproducente se poi gli utenti fanno fatica a riconoscere gli ammonimenti come produttivi per il loro percorso e non offensivi per la loro persona. Questi aspetti, in particolare, mostrano come all'interno di questa comunità vi sia poca attenzione alla formazione degli operatori rispetto al contesto specifico in cui lavorano e all'utenza con cui si relazionano. Gli operatori, infatti, passano molto tempo con gli ospiti e partecipano

attivamente anche alle attività esterne del percorso riabilitativo; questo può essere considerato uno strumento di grande utilità per il lavoro progettato, ma solo se gli operatori sono competenti per utilizzarlo in modo consapevole.

Un altro operatore Oss di C.T.R.P. a gestione diretta descrive la relazione degli operatori con gli utenti come *pericolosa*, anche in questo caso attribuendo all'operatore la responsabilità di definire e mantenere la distanza necessaria per ciascun utente.

Estr. 148

*Co3: io penso che la relazione tra operatori e utenti in questo tipo di ambiente sia tra virgolette pericolosa, nel senso che bisogna comunque riuscire, insomma l'utente no ma l'operatore di sicuro dovrebbe saperlo fare e riuscire a trovare una giusta misura su come organizzare la relazione, proprio perché qui c'è la relazione, è molto presente ed è costante, tu devi imparare a capire che tipo di utente che hai di fronte e devi stabilire una relazione giusta, non è che sempre abbiamo questa verità in tasca, è difficile questa cosa secondo me.*

Anche in questo caso l'operatore sottolinea la necessità di adeguare le modalità relazionali come professionista al singolo utente, cercando di trovare una misura che definisce come *giusta*. Non si può pensare, quando si parla di relazioni, che ci sia un unico modo di procedere, ma potrebbe essere utile per l'operatore avere chiari gli scopi del suo intervento.

In questa comunità si osserva, infatti, come spesso gli operatori descrivano di procedere con gli utenti secondo un punto di vista individuale, di senso comune o di esperienza nei contesti psichiatrici, e difficilmente trovano negli spazi di confronto gli strumenti per poter guardare alle situazioni in modo critico e trovare strategie alternative.

In entrambi gli ultimi estratti si considera come gli operatori facciano riferimento alla relazione con gli utenti utilizzando esclusivamente il loro punto di vista e considerando il professionista come artefice dell'interazione. La distinzione di ruolo, infatti, non necessariamente implica che non si possano considerare gli attori in interazione nella costruzione di un senso condiviso della scena in cui agiscono. Nei contesti in cui non vengono chiaramente definiti gli obiettivi dei percorsi e condivisi tra tutti coloro che ne fanno parte, si possono osservare, infatti, queste difficoltà. Può accadere, infatti, che le modalità relazionali non mostrino chiaramente la finalità dell'intervento e non siano chiare soprattutto agli operatori, per cui gli utenti stessi aderiscono ai ruoli che sono più vantaggiosi per loro, non mostrandosi consapevoli del senso del loro percorso in comunità e degli obiettivi verso cui sono orientati.

In un altro contesto, ad esempio, a gestione non diretta, dove viene strutturato con maggiore attenzione e costanza un lavoro di supervisione e di confronto per gli operatori, non vengono presentate queste criticità anche se si tratta sempre di contesti comunitari in cui gli operatori e gli utenti interagiscono per tempi prolungati in spazi formali e informali.

Secondo le parole di un utente di C.T.R.P. a gestione privata, invece, la relazione con gli operatori può essere descritta attraverso l'*empatia*.

Estr. 149

*Du3: come ti dicevo l'altra volta, è molto facile, una cosa che noto soprattutto in alcune persone poi è più evidente e lo vedevo anche in me quando facevo l'operatore, che è molto, una delle grandi tentazioni è quella di nascondersi dietro il fare perché alla fine no ci sono tante cose da fare, fa questo fa quell'altro pur di evitare la relazione, soprattutto con certe persone che magari sono parecchio stressanti, io una volta ho sentito parlare di empatia, io non so cosa sia l'empatia, anche perché io credo come la vedo io l'empatia è impossibile, cioè poi dipende cose si intende per empatia, però cioè tipo l'entrare nel mondo dell'altro senza esserne coinvolto, cioè senza lasciarsi assorbire è proprio una cosa, non è possibile 'sta cosa qua, entrare nel mondo dell'altro.*

Nell'estratto viene descritto un operatore che mostra difficoltà a relazionarsi con l'utente dal punto di vista emotivo, ma può essere utile comprendere il mondo dell'altro per costruire esperienze relazionali funzionali al cambiamento. L'utente, infatti, non crede che questo sia possibile, non crede di poter essere compreso dagli operatori e fa riferimento alla paura di non essere in grado di reggere le emozioni che la relazione comporta. Tale estratto sottolinea come gli utenti mostrino nella relazione con gli operatori, così come in quella con gli altri utenti, le modalità che caratterizzano anche il loro modo di pensare a sé e agli altri fuori dal contesto comunitario. Per cui è importante utilizzare le relazioni all'interno della C.T.R.P. per promuovere la possibilità di sperimentarsi in modi differenti, nuovi, inaspettati e utili al proprio benessere. In quest'ottica gli operatori, di qualunque figura professionale, rivestono un ruolo di fondamentale importanza come promotori della riabilitazione degli ospiti e del loro reinserimento sociale.

Gli operatori possono essere intesi, quindi, come dei veri e propri strumenti dell'intervento in comunità, come evidenzia un operatore infermiere di C.T.R.P. a gestione non diretta.

Estr. 150

*Bo5: ... mi sento uno strumento in un certo senso mi sento uno strumento però di per se è una relazione siamo persone no e quindi è più cioè è comunque secondo me non so forse l'operatore nel disegno della casetta dove ci sono tutti vari ospiti colorati con le facce strane magari perché non so può essere che siano in qualche modo rappresentabili come un qualcosa di diverso dagli altri che però non è un terzo occhio è semmai un occhio più grande che vedi più lontano l'operatore è quello che invece mentre gli altri girano partono e vanno l'operatore è quello che è lì fermo pronto ad accogliere ad accogliere le nuove persone che arrivano e appunto dare offrire e lavorare insieme per quello che si fa durante un percorso riabilitativo salvo poi andare avanti no.*

L'operatore rappresenta un punto fermo per gli utenti, secondo la descrizione di questo operatore, e accoglie nel percorso persone molto diverse tra di loro.

La relazione che costruisce con gli utenti offre occasioni continue di intervento per il progetto individualizzato e allo stesso tempo le modalità relazionali possono diventare strumenti per valutare il raggiungimento degli obiettivi.

Ad esempio un operatore psicologo di C.T.R.P. a gestione non diretta, evidenzia come la costruzione di competenze di autonomia possa essere osservata anche attraverso la capacità dell'utente di agire indipendentemente dall'aiuto dell'operatore.

Estr. 151

*Eo4: sì, facciamo mini équipe, dandosi degli obiettivi intermedi che avessero un senso, immagino ... lui fino a un anno fa non faceva un passo senza avere l'operatore vicino che gli dicesse sì ok, aveva bisogno di continue conferme, adesso lui va in giardino nell'orto da solo, si fa la sua attività ed è tranquillo e se la svolge tranquillamente, quindi per noi questo rispetto comunque a un percorso lungo in cui sembrava che non sai cosa fare abbiamo ottenuto un grosso miglioramento e lo possiamo testimoniare anche, quindi sì.*

Come evidenzia l'estratto, nel confronto tra gli operatori si può considerare come l'ospite si muova in modo diverso rispetto al momento del suo ingresso in C.T.R.P. nei confronti dell'operatore. La capacità di svolgere attività da solo rappresenta un passo verso l'autonomia individuale e comporta l'uso di risorse che potranno essere utilizzate anche fuori dal percorso comunitario.

In questa comunità viene favorita l'autonomia degli utenti soprattutto attraverso l'uso di attività quotidiane che riguardano la cura e la manutenzione degli spazi condivisi. Gli utenti, infatti, si occupano della preparazione dei pasti, di alcune pulizie e del giardinaggio con la supervisione degli operatori. In altri contesti ciò non avviene e gli operatori hanno maggiore difficoltà a comprendere se l'utente può essere autonomo, poiché l'organizzazione della comunità prevede che gli operatori si occupino della gestione degli spazi e delle attività quotidiane, con aspetti di incoerenza tra gli obiettivi dichiarati e gli strumenti offerti agli utenti per realizzarli.

## **6.2 I ruoli e le configurazioni identitarie**

### ***Operatore***

Tra le relazioni considerate fondamentali per la definizione delle C.T.R.P. vengono descritte nel capitolo precedente, in coerenza con quanto emerso anche dall'analisi dei documenti normativi e amministrativi, quelle che riguardano gli operatori.

Il ruolo che l'operatore riveste infatti all'interno della comunità viene descritto indipendentemente dalla figura professionale che riveste, ma trova la sua definizione attraverso la condivisione degli intenti e delle pratiche nell'équipe di riferimento per ciascuno dei contesti osservati nella ricerca.

Questo, tuttavia, non sempre rappresenta una garanzia nei termini di configurazione professionale. La mancanza di obiettivi chiari e di un modello di intervento condiviso all'interno della comunità spesso, infatti, si riflette su definizioni degli operatori che si riferiscono ad aspetti caratteriali piuttosto che professionali.

Una delle tematiche trasversali che mette in luce le criticità per quanto riguarda il ruolo degli operatori nei contesti residenziali protetti evidenzia la necessità di un lavoro mirato sui percorsi di formazione che possano rispondere alle richieste di competenze delle specifiche strutture psichiatriche. Per quanto riguarda infatti le figure professionali dall'ambito sanitario, come possono essere gli infermieri e gli Oss, questi spesso si trovano in difficoltà per la carenza di competenze sull'uso della relazione come strumento di intervento e del ruolo professionale nella promozione del cambiamento.

Un aspetto molto critico che mette in discussione le capacità di gestione del percorso riabilitativo per operatori che non vengono adeguatamente formati per il lavoro che devono fare. Spesso emerge dagli estratti la necessità di maggiore condivisione delle procedure, ma anche dell'approccio, delle modalità da utilizzare, ma rispetto a degli obiettivi definiti.

Estr. 152

*Do2: no quello che mi hai chiesto per quanto riguarda noi operatori anche la formazione e cose così, ecco credo che a volte noi operatori, e anche gli infermieri ovviamente parlo in generale delle due figure che lavorano qui, non sempre il nostro lavoro anche da fuori, io vedo proprio la gente che non è dentro qui con noi, non viene dato il peso giusto al nostro lavoro, nel senso, comunque noi siamo qui e viviamo con loro le ore, le ore della giornata, le loro sofferenze, le loro ansie, le loro paure e comunque sono cose che poi loro ci passano tra virgolette, nel senso che noi poi le assorbiamo da loro e il fatto di ascoltarli e di pensare a volte secondo me anche noi avremmo bisogno di essere un po', no aiutati però sì ascoltati e supervisionati, quello sì qui manca, qui manca proprio, questo discorso anche*

Questa è un'attività a cui viene data poca rilevanza in due delle tre comunità considerate per questo studio. La supervisione e la formazione degli operatori rappresentano aspetti fondamentali per costruire percorsi di intervento efficaci e per favorire lo scambio con altri professionisti.

Questa comunità, ad esempio, è caratterizzata da un modello fortemente ospedalizzato in cui gli operatori rivestono un ruolo principalmente assistenziale, ma si trovano in alcune situazioni a dover accedere ad altre modalità e strumenti per non sentono di essere formati.

In questo caso, inoltre, la costruzione dei percorsi di riabilitazione e reinserimento per gli utenti viene attribuita alla responsabilità del responsabile della comunità. Per cui gli operatori si pongono nel ruolo di esecutori delle direttive che vengono date "dall'alto" e non sempre sono consapevoli e condividono il senso di quello che viene fatto. Le difficoltà che gli operatori riportano, per quanto riguarda questa C.T.R.P. a gestione privata, sembrano riflettere l'ambiguità del servizio che si colloca a metà strada tra un reparto ospedaliero, una casa di cura assistenziale e una comunità di riabilitazione e reinserimento.

Gli operatori, quindi, necessitano soprattutto in questi contesti di un supporto in termini di supervisione e di formazione continuativa che consenta loro di costruire dei ruoli professionali adatti alla struttura in cui operano e funzionali ai progetti di intervento che si prospettano.

In alcuni estratti delle interviste, gli operatori e gli utenti utilizzano delle metafore per descrivere la relazione tra di loro che possono essere utili per comprendere in che modo vengono definiti i ruoli e come vengono interpretati a livello di pratiche i presupposti e le finalità della comunità.

Ad esempio, utilizzando un estratto tratto da un'intervista ad un operatore psicologo di C.T.R.P. a gestione non diretta, l'operatore viene descritto come una guida che è presente nelle prime fasi del percorso e che successivamente favorisce l'uso di capacità autonome da parte dell'utente.

Estr. 153

*Bo1: sì assolutamente sì per forza no l'ho pensato l'ho pensato proprio per quello cioè nel senso poi ad un certo punto l'operatore deve smettere cioè deve gradualmente accompagnare la persona però ripeto è l'utente che deve guidare l'operatore deve aiutare perché magari all'inizio ha paura di guidare perché non sa cosa si troverà davanti e non sa la strada può avere paura degli ostacoli può non sapere come si mette un freccia a destra piuttosto che a sinistra e quindi l'operatore ci serve per quello in uno può non sapere dove vuole andare e l'operatore serve per quello per aiutarlo in tutta 'sta confusione a dire ma tu dove vorresti andare vediamo come ci si può arrivare che tappe bisogna fare per arrivarci allora quindi me la immagino proprio per quello ma ad un certo punto l'operatore scende perché l'utente cammina si spera quindi è un po' così.*

Questo estratto rappresenta in modo chiaro ed esplicito il tipo di lavoro che viene svolto all'interno di questa comunità. La distinzione dei ruoli è chiaramente definita e gli operatori sono sostenuti da un lavoro di supervisione e di formazione che li vede impegnati come équipe nella costruzione di modelli di intervento condivisi. Questo tipo di organizzazione prevede per l'operatore un ruolo di sostegno temporaneo e contemporaneamente educativo nel promuovere per l'utente l'uso delle sue risorse personali. Il lavoro è orientato al raggiungimento degli obiettivi di autonomia rispetto alla gestione di diverse attività quotidiane, attraverso tutti gli strumenti che la comunità offre durante il percorso. Gli operatori di questa comunità, inoltre, possono essere descritti dagli utenti attraverso etichette che ne indicano la vicinanza affettiva senza mettere in discussione la distinzione dei ruoli, che rappresenta un presupposto fondamentale per gli obiettivi di intervento chiaramente definiti. Come sottolineato precedentemente, in questo contesto la relazione tra operatori e utenti viene utilizzata come strumento privilegiato per la promozione del cambiamento e questo presenta numerosi risvolti nei termini di configurazioni di ruolo sia del professionista che dell'utente.

In un ulteriore estratto, invece, l'operatore infermiere viene descritto come colui che deve trasmettere fiducia.

Estr. 154

*Co1: su un discorso comunque di fiducia reciproca che si instaura e della fiducia che riesci comunque a trasmettere.*

Il tipo di relazione descritta come paritaria per questo contesto residenziale, invece, mostra uno degli aspetti critici emersi con maggiore frequenza nelle interviste, che è la difficoltà di definire e differenziare in modo chiaro e funzionale il ruolo dell'operatore all'interno della C.T.R.P.. In questo contesto, infatti, solo l'educatore e lo psicologo svolgono attività strutturate con gli utenti; mentre

gli altri operatori si relazionano con loro negli spazi informali. Gli utenti non hanno un ruolo attivo nella gestione quotidiana degli spazi, per cui non sempre riconoscono agli operatori un ruolo differente dal sostegno. Si osservano, infatti, relazioni confidenziali limitate ad alcuni scambi nella giornata, ma non sempre viene pensato e portato a termine un chiaro progetto di riabilitazione per l'utente all'interno della comunità. Gli utenti utilizzano gli spazi e gli operatori del Centro Diurno per partecipare alle attività strutturate e la comunità viene vissuta come un luogo di passaggio, dove trovare la comprensione in caso di necessità, il supporto farmacologico e uno spazio in cui abitare provvisoriamente.

Dall'estratto dell'operatore riportato, tuttavia, viene sottolineata l'importanza che l'operatore possa rappresentare una figura di fiducia a cui l'utente può rivolgersi in caso di necessità e da cui può sentirsi compreso per sperimentare un diverso modo di relazionarsi con l'altro.

Le differenze professionali tra gli operatori non sembrano rappresentare un fattore rilevante nella definizione del ruolo. In alcuni contesti, tuttavia, come quello appena descritto, le figure professionali vengono chiaramente distinte attraverso una gerarchizzazione dei ruoli e la distinzioni delle mansioni all'interno della C.T.R.P.. In altri gli operatori sono considerati come un'unica figura professionale e rispondono al mandato del servizio offrendo le loro peculiarità e competenze specifiche, ma contribuendo in modo univoco nella relazione con l'utente alla promozione del raggiungimento dei suoi obiettivi. Può succedere infatti di trovare professionisti educatori che all'interno della comunità rivestono il ruolo di Oss, ma queste due figure professionali non sono differenziati in modo sostanziale. Queste distinzioni dipendono dalla gestione del servizio definita dai responsabili e dai modelli adottati per l'intervento, che contribuiscono a configurare i ruoli e le pratiche delle comunità.

Un altro aspetto, che riguarda il tema dell'identità e dei ruoli nei contesti comunitari, considera l'utilizzo e la gestione del potere. Attraverso l'analisi delle modalità di interazione degli attori che sono ospiti dei contesti riabilitativi protetti anche attraverso i ruoli impersonati e mantenuti. L'individuo è pensato attraverso le relazioni che è in grado di costruire con gli altri individui che condividono con lui un contesto.

Per esempio, nelle metafore utilizzate per descrivere l'interazione tra l'operatore e l'utente gli intervistati configurano i ruoli in modo differenziato. Secondo un utente di C.T.R.P. a gestione privata, l'operatore può essere descritto come colui che è detentore di un sapere, quello di vivere, che può trasmettere all'utente attraverso pratiche educative.

Estr. 155

*Du1: l'operatore è quello che ti dà una mano, ti fa da guida un po', anche lui ti fa l'effetto binario da seguire perché sanno anche loro, cioè hanno visto non so quanti casi hanno visto di problematiche di persone e sanno appunto dove mirare, parlando, se tu gli parli loro ti sanno dire esattamente quello che devi fare per non avere quel pensiero brutto,*

*non avere la giornata storta, non avere problemi in testa, non tenere le cose dentro ma piuttosto parlane, quindi sono persone molto cioè umane, nel senso che non è la divisa che indossano che li rende operatori o cose così, ma sono persone normali prima di tutto che hanno vite normali con figli, hanno la casa, la moglie, cioè sono persone normali se ci pensi, è solo che la loro esperienza con tutti i pazienti che hanno avuto li ha portati a un livello che riescono a capire benissimo cosa vuol dire soffrire e stare male e avere problemi e tutto e riescono bene a entrare, a capire come sei.*

In questo estratto l'utente riferisce la possibilità di essere riconosciuto esclusivamente all'operatore con cui si relazione. L'operatore è ritenuto competente e l'utente segue le sue istruzioni senza considerare la condivisione di prospettiva. Il rispetto e il riconoscimento dell'operatore può portare, come in questo caso, per gli utenti ad assumere una posizione passiva rispetto alla definizione e all'azione nei propri progetti riabilitativi.

L'attribuzione di responsabilità esclusiva all'operatore del servizio viene presentata anche in alcuni estratti che descrivono la valutazione del percorso, come mostra un operatore Oss di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 156

*Ao1: fondamentalmente quello individuali ma l'osservazione è proprio individuale cioè non ce ne sono altri come tutto il lavoro cioè lo basi sull'osservazione e tante cose proprio perché non è un'osservazione costante come una raccolta dati ma un'osservazione di vita quotidiana qualcosa lo perdi spesso secondo me si perdono delle informazioni però fa parte proprio anche quello di questo scambio comunque che c'è di quotidiano*

Tra i discorsi emerge una configurazione di utente passivo, che riceve quello che gli viene dato e decide se e come utilizzarlo, ma non contribuisce alla costruzione attiva del proprio percorso di riabilitazione. Un'altra modalità in cui vengono definiti i ruoli prevede, invece, la costruzione condivisa dei progetti individualizzati, come mostra un operatore educatore infermiere della stessa comunità.

Estr. 157

*Ao2: si secondo me dovrebbe essere visto anche di più nel senso per esperienza mia per dirti anche lavorare per progetti con l'utente quando sono stati fatti i progetti e condivisi e formulati con lui i risultati sono senz'altro migliori*

L'operatore osserva come attraverso la costruzione condivisa dei progetti si possano generare risultati migliori. La condivisione non riguarda semplicemente i progetti individualizzati, ma anche un lavoro volto a responsabilizzare gli utenti rispetto alla gestione e all'uso degli spazi comunitari e nelle prospettive future che vedono l'utente capace di costruire la propria vita, nelle relazioni degli utenti fuori della comunità, con i familiari o con altri individui.

La promozione di un ruolo attivo e responsabile all'interno della comunità si riflette anche nella descrizione di un utente che nel presente e nel futuro è orientato alla costruzione di una vita autonoma.

## ***Utente***

Per quanto riguarda la definizione del ruolo dell'utente, vengono argomentati nel capitolo precedente gli estratti che fanno riferimento alla diagnosi, agli aspetti relazionali e di contesto, alla storia di vita dei singoli individui.

Alcuni estratti delle interviste ad operatori e ad utenti fanno riferimento ai criteri diagnostici psichiatrici per evidenziare la diversità degli utenti che accedono ai servizi residenziali protetti, ma mostrano coerenza con le indicazioni dei documenti normativi che descrivono gli ospiti delle C.T.R.P. come utenti dei servizi psichiatrici con storie di ricoveri in S.P.D.C. e a cui vengono attribuite etichette diagnostiche che evidenziano la "gravità" delle problematiche dal punto di vista clinico. Questo, tuttavia, non rappresenta l'unico criterio utilizzato per selezionare l'utenza all'interno delle comunità riabilitative. Viene data rilevanza quindi ai fattori relazionali e sociali, che coinvolgono la famiglia e il contesto di origine, perché vengano promossi percorsi residenziali protetti. In alcuni casi, quindi, la comunità rappresenta uno spazio abitativo alternativo che tutela l'utente e anche la sua famiglia.

L'utente nella maggior parte dei casi viene descritto attraverso il riferimento ad una storia di vita caratterizzata da problematiche che si intersecano tra di loro, che comprendono quindi fattori clinici, sociali e relazionali, e contribuiscono alla costruzione di un ruolo che in alcuni casi viene descritto come l'unico possibile da interpretare.

In un altro estratto che fa riferimento alla diagnosi, un operatore infermiere e coordinatore di C.T.R.P. a gestione diretta sottolinea l'importanza di avere consapevolezza di malattia da parte dell'utente, ma allo stesso tempo non pensare di essere solo malattia.

Estr. 158

*Ao5: ... però che deve riuscire a capire che la malattia è insieme alla persona perché anche questo spesso il discorso del percorso riabilitativo un po' per far capire alla persona che la malattia non è che è malattia e tu come persona non esisti molto spesso loro o si fanno scuse della malattia perché non fanno questo perché è colpa della malattia come se la malattia non c'entrasse niente con loro e viceversa ma è tutta colpa mia la malattia è una cosa e quindi magari è attraverso la terapia ecco il riuscire a fargli capire riuscire a far capire ad una persona che ha un problema che però questo problema va di pari passo con la sua capacità di prenderne coscienza e quindi può essere risolvibile un po' da un punto vista medico perché anche le medicine aiutano però attraverso una sua maturazione una sua far un'esperienza che gli faccia acquisire delle capacità e degli strumenti per poter cercare di ridurre al minimo i disagi che questo suo stato diciamo comporta questo suo modo di essere perché è un modo di essere alla fine, si non so se sono stata chiara*

Come si può osservare all'utente è richiesto di essere consapevole della sua *malattia*, ma non ridurre la sua identità a quella di paziente psichiatrico, utilizzando questo ruolo per giustificare tutte le sue difficoltà. Gli operatori si posizionano rispetto al disagio psichico tra definizioni che si rifanno ai manuali di psichiatria, per cui vengono messi in atto interventi di tipo farmacologico o terapeutico, e descrizioni che danno valore alle teorie sociologiche dei ruoli sociali.

In questo caso il disturbo può essere inteso come un possibile modo di essere e si può pensare che l'utente non ne conosca altri da mettere in atto per stare nel mondo e nelle relazioni.

In quest'ottica, l'utente non racchiude delle caratteristiche immutabili, ma viene rappresentato come uno dei possibili modi di pensare a sé e di mostrarsi agli altri, come sottolinea un operatore psicologo di C.T.R.P. a gestione non diretta.

Estr. 159

*Bo1: io mi ricordo un paziente una volta mi disse dottore il problema è che siamo sul palcoscenico sbagliato cioè ci stiamo esibendo nel posto e cioè io credo che abbiano trovato un modo per ciò a me piace pensare al allo stare al mondo penso che abbiano trovato un modo di stare al mondo che purtroppo per certi aspetti poco condivisibile*

In relazione a tale modo di intendere l'utente e le sue problematiche si introducono le storie di vita che raccontano come si sono costruite le problematiche della persona nel contesto relazionale e sociale di cui facevano parte. Per cui lo stesso operatore descrive una storia di vita che diventa una "carriera" all'interno dei servizi psichiatrici.

Estr. 160

*Bo1: ... ti accorgi che s'è costruita una storia in cui pian piano si perde la persona e rimangono i sintomi e rimangono i sintomi come se non ci fosse nient'altro come se non lo so uno comincia a dire a comportarsi in determinati modi a non capire determinate cose man mano tutti lo allontanano perché non o qualcuno si incazza s'arrabbia e uno comincia a dire ma cazzo ma e uno ha sempre meno voglia di stare con gli altri e quindi le scelte si chiudono cioè uno si sente inadeguato quindi parte tutto un circolo assurdo ...*

Come si può leggere tra le righe di questa descrizione che un'utente propone della storia di altri utenti, le storie sono tutte diverse e gli aspetti "patologici" si intrecciano con i limiti e le criticità del contesto sociale in cui i personaggi vivono e delle relazioni che hanno all'interno di quel contesto.

Gli estratti fin qui analizzati mostrano che la C.T.R.P. si presenta collocata all'interno di questo continuum, in cui trovano spazio le differenti definizioni del senso dei percorsi, degli obiettivi di intervento, degli utenti e dei risvolti riabilitativi. Come parte del servizio psichiatrico, infatti, la comunità considera la diagnosi come una delle principali caratteristiche degli utenti, ma nei discorsi degli operatori, ad esempio per descrivere gli utenti, i criteri diagnostici non sono sufficienti, né a raccontare le diversità individuali, né ad argomentare e giustificare i tipi di intervento proposti nel percorso in comunità che sono orientati a promuovere nuove competenze relazionali, di gestione quotidiana e di autonomia organizzativa, la sperimentazione di sé attraverso ruoli differenti da quelli interpretati nella maggior parte della storia di vita, tra cui anche il ruolo stesso di utente.

In alcune descrizioni gli operatori evidenziano come gli utenti mostrino anche delle risorse, oltre alle problematiche, come evidenzia l'estratto di intervista ad un operatore educatore di C.T.R.P. a gestione non diretta.

## Estr. 161

*Eo2: anche qui è difficile nel senso che ci sono persone che sono come dire, tu le incontri e ti danno proprio l'idea della massima normalità, intanto che non ti fanno entrare nel loro delirio insomma, e persone non so come un ... che evidentemente ti mette davanti come dire ad un punto di domanda, dici ma questa persona ha qualcosa diverso dal normale, da quello che poi noi consideriamo normale, perché dico sempre, da quando ho cominciato a lavorare con ... in modo particolare mi sono sempre posta il problema del concetto di normalità e dico va beh io mi ritengo normale perché, perché secondo i canoni come dire la mia è normalità, però come dire una persona che per esempio noi abbiamo qui un ospite che lui interpreta tutti i suoni che sente della natura, tutti i rumori, lui dice che sono messaggi per lui quelli, chi te dise che non sia vero cioè nel senso no, è perché come dire mi pongo su un piano di fiducia come in quello che la società considera normale, per cui ci sono persone secondo me che hanno una ricchezza incredibile ...*

Nell'estratto viene messa in discussione l'idea di normalità, intesa nel senso comune come modello univoco, e l'operatore si focalizza sulla necessità di dare rilevanza alle caratteristiche peculiari di ogni singolo utente e alle loro capacità, anche quando si discostano dalla norma.

Tale prospettiva, che non è comune a tutti i contesti osservati, e che non viene condivisa da tutti gli operatori, rappresenta un modo differente di guardare l'utente. Il progetto di riabilitazione, quindi, può essere costruito a partire dalle sue capacità anziché dalle sue carenze per promuovere la competenza di gestire le difficoltà, ma anche di utilizzare le sue risorse nel contesto sociale.

Gli utenti intervistati, invece, si descrivono nel presente facendo riferimento alla loro personale storia del passato.

## Estr. 162

*Fu3: tipo, non so poi come, hanno secondo me dei problemi familiari che non possono stare in casa perché se no rischiano di stare ancora male, tipo per me io non potevo più stare a casa per un bel pezzo, perché se no non prendevo la terapia, bevevo caffè tutto il giorno, minimo venti al giorno prima di entrare in psichiatria in reparto, bevevo solo caffè tutto il giorno, non dormivo, non prendevo la terapia, la cura farmacologica, e alla fine mi sono sfogato la mia aggressività su mia nonna, ... io ti ho portato il mio esempio.*

Come mostra l'estratto, utilizzato ad esempio, l'utente si riferisce a sé in quanto ospite del servizio raccontando la storia che lo ha condotto all'inserimento in comunità, o in altri casi ad essere seguiti dai servizi psichiatrici. Il ruolo dell'utente, secondo la prospettiva di chi lo interpreta, quindi, sembra costruirsi nella storia che ne definisce i contorni. L'utente non si riconosce tale, infatti, solo in relazione alle problematiche che presenta, ma anche attraverso lo sguardo e le etichette di chi lo rappresenta come tale.

In questa prospettiva, si può considerare come la comunità possa rappresentare uno spazio in cui il ruolo dell'utente di servizi psichiatrici venga rappresentato attraverso copioni alternativi che si giocano con gli altri ospiti e con gli operatori. Il percorso in C.T.R.P. costituisce uno strumento per promuovere rappresentazioni di sé orientate al futuro, attraverso la costruzione e sperimentazione di nuovi ruoli e nuove azioni interpretative.

Un operatore infermiere di C.T.R.P. a gestione non diretta, ad esempio, descrive la riabilitazione come la possibilità per la persona di riappropriarsi di parti di sé.

Estr. 163

*Bo5: la riabilitazione è invece tutto quello che ha a che fare la riabilitazione sociale tutto quello che ha a che fare appunto con questa ripresa di ruolo con questa ripresa di identità e di soddisfazione di quello che posso essere di quello che posso diventare no per cui la riabilitazione è fatta di progetti che vanno a cambiare magari quello che è un po' il modo di vivere di avvicinarsi all'esperienza della persona che poi è un lavoro che va sia all'esterno che all'interno ovviamente la riabilitazione fa sì che una persona durante un percorso riabilitativo possa riappropriarsi di parti di sé e di possibilità che altrimenti non riesce a sentire proprie che sia dal riuscire a prendere consapevolezza della dei proprio pensieri ad essere a riuscire a concentrarsi su che cosa pensa su che cosa vede riuscire a stare in relazione con gli altri sentire riuscire a confrontarsi ...*

L'operatore descrive, quindi, un lavoro mirato sui processi di configurazione identitaria dell'utente che gli consentono di trovare una sua collocazione sociale e modalità relazionali funzionali al suo benessere.

Nel futuro l'utente è descritto utilizzando la prospettiva del reinserimento sociale. Per cui il percorso in comunità gli concede di costruire le competenze necessarie e immagini di sé che gli sono utili per gestire il ritorno nel contesto familiare o la definizione di una nuova vita autonoma fuori dai servizi residenziali. Il reinserimento sociale viene descritto come prospettiva futura dell'utente in tutte le C.T.R.P. coinvolte, di seguito viene riportato ad esempio un estratto di un operatore Oss di C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 164

*Ao1: oltre il percorso in comunità adesso io ho in mente un utente quindi vado avanti sul ragionamento su questo utente una volta che la persona è riuscita a gestire le relazioni eee conflittuali per esempio può rientrare nel suo ambiente precedente quindi nel suo appartamento e per comunque non è abbandonata perché comunque ci sono altri servizi che continuano a supportarla, per esempio il C.S.M. quindi una volta che ha trovato delle strategie per gestire quella parte della relazione o dell'autosufficienza, in questo caso più della relazione in autonomia cioè proprio un'escamotage per imparare a tollerare la frustrazione ... una volta comunque che si è arrivati ad una strategia, che può essere che non si arrivi, mai cioè importante secondo me in questo lavoro è non perdere d'occhio la possibilità che può essere un obiettivo utopico al qual si può non arrivare mai, perché se no rischi di restare sempre cioè ogni volta che vedi che non arrivi all'obiettivo rimani schiacciato da questo, invece è importante continuare a lavorare perché un obiettivo c'è e quindi si tende a raggiungerlo, ma non dimenticarsi che si può anche raggiungere un obiettivo intermedio ...*

L'operatore descrive un utente nel futuro capace di tornare nel suo contesto familiare e di utilizzare le capacità sviluppate durante il percorso in comunità per gestire le conflittualità relazionali e i suoi momenti di malessere. In alcuni casi, tuttavia, gli obiettivi possono essere rappresentati come utopici, per cui l'operatore sottolinea la necessità di definire mete intermedie e progressive nei progetti di intervento.

Anche un utente di C.T.R.P. a gestione privata si descrive nel futuro pensando al suo ritorno in famiglia, capace di gestire la situazione in modo diverso.

Estr. 165

*Fu3: di sapermi gestire, gestire emotivamente, di tornare a casa ma vivendola in un altro modo.*

Come sottolineato nel capitolo precedente, viene evidenziato anche in questo caso l'importanza di sostenere anche i familiari e di renderli consapevoli del percorso dell'utente perché possano rappresentare strumenti facilitanti il suo reinserimento. In questo caso l'utente si sente responsabile del cambiamento e si immagina capace di gestire anche situazioni simili a quelle del passato in modo diverso. Un lavoro che promuove il cambiamento anche del contesto abitativo può essere utile e rappresenta un incentivo per l'utente a consolidare le sue competenze sociali e relazionali.

Alcuni estratti si riferiscono al reinserimento sociale come la possibilità per l'utente di sperimentarsi anche attraverso un ruolo lavorativo. Anche questo può aiutare la persona a vedersi in una prospettiva diversa e adeguata rispetto al contesto storico e sociale. Un operatore infermiere di C.T.R.P. a gestione privata, per esempio descrive il lavoro come un componente dell'adeguatezza sociale.

Estr. 166

*Do3: quello che ti ho spiegato fino ad adesso, cioè una persona quando riesce a trovare un se stesso principalmente perché il fatto di potersi relazionare con gli altri, ci si può relazionare con gli altri solamente quando si sa chi si è e quindi ciò che per l'altro io valgo, cosa sono io rispetto alla comunità, un aspetto importantissimo oltre al fatto di tener cura di se stesso è di fatto l'aspetto lavorativo, cioè fuori da qua chi sono io? sono un falegname, chi sono nella società? perché al giorno d'oggi è importantissimo lavorare, è un aspetto che ti dà un forma interiore anche no, che ti dà anche un riscontro economico perché purtroppo come si sa al giorno d'oggi se non si ha soldi non si riesce neanche ad andare avanti.*

Questo estratto descrive il lavoro come uno strumento per costruire nuovi ruoli che vengano riconosciuti e considerati adeguati nel contesto sociale. Il lavoro diviene quindi un modo per rappresentarsi di fronte all'altro, ma allo stesso tempo contribuisce a costruire l'autonomia, anche economica, che viene descritta come uno dei principali obiettivi dei percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale.

Secondo gli operatori e gli utenti, tuttavia, il percorso non si conclude con le dimissioni dalla C.T.R.P., ma continua anche dopo con il sostegno dei servizi.

Come descrive un utente di C.T.R.P. a gestione non diretta, nel futuro viene mantenuto il riferimento ai servizi della salute mentale, anche se si prospettano interventi meno intensivi.

Estr. 167

*Eu5: sì sì sì, voglio essere seguita sì sì, certo magari, io da una parte proprio butto fuori quello che penso, un po' mi vergogno perché dico cioè le persone quando dicono problemi psichici dicono quello è matto, è ancora forte questo pregiudizio, almeno da come mi è capitato di sentire in un determinato ambito, dove la persona in causa ero io e l'ho*

*sentito di sfuggita, però era chiaro che era rivolto a me, però se devo poi non essere seguita per ricadere no, non voglio assolutamente che questo accada perché penso sì essere seguita, di continuare, magari una volta, subito magari una volta al mese, poi una volta ogni due o tre mesi, poi sei poi un anno, almeno una volta all'anno se le cose vanno bene, altrimenti di più.*

In questo estratto l'utente definisce nel futuro la necessità di mantenere un supporto da parte dei professionisti, sia per quanto riguarda la cura farmacologica che quella psicoterapeutica. Un aspetto che sottolinea l'importanza di definire i progetti con tutti i servizi coinvolti, in particolare con quelli che lo seguono dopo le dimissioni per sostenere i traguardi raggiunti e incentivare la realizzazione di nuovi obiettivi coerenti con la fase del percorso.

Un altro focus che viene messo in luce da questo estratto è la difficoltà di svincolarsi dal ruolo legato alla storia nei servizi psichiatrici. Questo, infatti, viene mantenuto sia dallo sguardo dell'altro sia dal modo stesso in cui l'utente pensa a se stesso, nel momento in cui conserva le paure di possibili ricadute. Si tratta di un processo di attribuzione identitaria che trova i suoi riferimenti nelle teorie dello "stigma sociale" e rappresenta una delle barriere più rigide da abbattere, poiché confluiscono e si alimentano in modo circolare diversi fattori.

Le comunità e tutti i servizi per la salute mentale hanno un ruolo fondamentale nella costruzione di una nuova cultura che favorisca per l'utente e per le persone che si relazionano con lui la possibilità sostenere ruoli molteplici che rispondano contemporaneamente alle esigenze contestuali e personali. Nei discorsi degli intervistati viene presentata una configurazione dell'utente nel futuro che risponde agli ideali e mostra coerenza con i presupposti dei servizi, ma questo non sempre avviene nel concreto.

Un operatore Oss di C.T.R.P. a gestione privata, per esempio descrive il futuro per l'utente come un percorso in continua evoluzione, che non termina quindi con l'uscita dalla struttura protetta.

Estr. 168

*Do1: dopo la comunità me lo immagino che ha fatto un percorso positivo, magari che è inserito di nuovo in un contesto sociale, possibilmente appunto magari viene agganciato dai servizi che curano magari l'inserimento lavorativo o che fanno da monitoraggio per il loro percorso, non so lo tengono un po', qualche paziente poi va al servizio ogni mese o ogni due mesi, c'è un collegamento poi con le strutture, non viene lasciato completamente da solo, ecco è una persona che sicuramente era in difficoltà, adesso sta un po' meglio, che però sì che però la strada è ancora lunga insomma per un recupero totale ecco, faccio fatica a vedere il fine del recupero, vedo un miglioramento, un passaggio, però il fine del recupero lo vedo lontano nel tempo.*

L'operatore descrive la sua fatica nel vedere concretamente il successo del progetto. Si sottolinea come questo discorso, presente in tutti i contesti coinvolti, possa essere correlato al fatto che la comunità nella maggior parte dei casi non mantiene un contatto con l'utente o con i servizi che lo supportano, sa non nei casi di nuovo inserimento. Ancora una volta viene sottolineata l'importanza di costruire una rete dei servizi che consenta di monitorare il cambiamento nelle sue diverse fasi.

La realizzazione dei progetti, infatti, non dipende esclusivamente dagli utenti e dagli operatori, per cui nelle fasi di reinserimento hanno rilevanza tutti i servizi che vengono utilizzati, le persone del contesto che accoglie l'utente, la cultura del territorio. Questi rappresentano tutti aspetti che vanno considerati anche nella fase di progettazione per definire obiettivi concreti in relazione agli strumenti disponibili.

## **6.3 I processi di cambiamento**

### ***Cambiamento dell'utente***

Il percorso in comunità riabilitativa protetta promuove un cambiamento che può essere considerato a vari livelli. Da una parte cambia il contesto per l'utente e le persone che lo circondano cambiano il modo di rapportarsi a lui, dall'altra viene chiesto a ciascun utente di mettere in atto il cambiamento delle sue modalità, del modo di pensarsi, del modo di relazionarsi, del ruolo che gioca nei contesti sociali, del modo che ha di organizzare e gestire la sua quotidianità, gli viene chiesto di aderire e praticare in coerenza con le regole sociali condivise, gli viene chiesto di aderire al percorso di cura e di riconoscere di voler cambiare.

Tale tema sottolinea come le C.T.R.P. si collocano rispetto ai modelli di intervento, in cui trovano spazio le differenti definizioni del senso dei percorsi, degli obiettivi dei percorsi, degli utenti e dei risvolti riabilitativi. Come parte del servizio psichiatrico, infatti, la comunità considera la diagnosi come una delle principali caratteristiche degli utenti, ma nei discorsi degli operatori, ad esempio per descrivere gli utenti, i criteri diagnostici non sono sufficienti, nè a raccontare le diversità individuali, nè ad argomentare e giustificare i tipi di intervento proposti nel percorso in comunità che sono orientati a promuovere nuove competenze relazionali, di gestione quotidiana e di autonomia organizzativa, la sperimentazione di sé attraverso ruoli differenti da quelli interpretati nella maggior parte della storia di vita, tra cui anche il ruolo stesso di utente.

In alcuni casi, come descrive un operatore infermiere di C.T.R.P. a gestione diretta, il cambiamento non chiaramente definito da parte dell'équipe attraverso indicatori di successo può rappresentare una meta irraggiungibile.

Estr. 169

*Ao4: i nostri strumenti beh sicuramente partiamo dal progetto concordato si parte da 'sto progetto concordato quindi si spera di arrivare là e poi e poi si vediamo insomma la partecipazione la frequenza alle attività strutturate a che punto è arrivato la relazione con gli utenti qui dentro insomma questi sono i punti in cui riusciamo un attimo a valutare se il paziente è pronto non è pronto insomma se c'è anche lo sbocco alla cooperativa perciò è logico che su dieci punti mica tutti e dieci li raggiunge spero che almeno sei insomma cinque già si cerca di fare a volte ci siamo scoperti anche si di*

*volerli preparare forse anche un po' troppo forse anche in questo abbiamo peccato magari dovevamo osare di lasciarli anche un po' prima insomma impareremo col tempo visto che di tempo(ride) visto che di tempo ce n'è.*

Il cambiamento può essere anche letto attraverso le modalità relazionali, che rappresentano un punto focale del contesto C.T.R.P.. Ad esempio il cambiamento dell'utente e del contesto in cui si muove può essere definito attraverso l'individuazione e l'uso di competenze di autonomia.

L'autonomia è uno dei temi più ricorrenti tra gli obiettivi della comunità e le caratteristiche dell'utente futuro; esso può essere letto infatti come uno degli aspetti che conferisce senso al percorso di riabilitazione e reinserimento. Questo ,infatti, è orientato a favorire nella persona la costruzione di competenze che lo rendano autonomo e indipendente. Un aspetto interessante è legato a come possono trovare una collocazione coerente tra di loro gli obiettivi di autonomia con il controllo all'interno della comunità, in qualche modo si dovrebbe andare in quella direzione, ma all'interno del percorso la persona viene tutelata e sostenuta e controllata , quindi in alcuni casi si potrebbe dire che si tratta di un'autonomia che deve tuttavia seguire le regolamentazioni sociali stabilite a priori come atteggiamenti che vanno bene nel senso comune.

L'autonomia è uno dei temi più ricorrenti tra gli obiettivi della comunità, le caratteristiche dell'utente futuro; esso può essere letto infatti come uno degli aspetti che conferisce senso al percorso di riabilitazione e reinserimento. Questo ,infatti, è orientato a favorire nella persona la costruzione di competenze che lo rendano autonomo e indipendente. Un aspetto interessante è legato a come possono trovare una collocazione coerente tra di loro gli obiettivi di autonomia con il controllo all'interno della comunità, in qualche modo si dovrebbe andare in quella direzione, ma all'interno del percorso la persona viene tutelata e sostenuta e controllata , quindi in alcuni casi si potrebbe dire che si tratta di un'autonomia che deve tuttavia seguire le regolamentazioni sociali stabilite a priori come atteggiamenti che vanno bene nel senso comune.

Un utente di C.T.R.P. a gestione privata, ad esempio fa riferimento al suo futuro orientato all'autonomia.

Estr. 170

*Du3: io nell'autonomia ci vedo lavoro e la vita di relazioni, queste sono le cose che fanno una persona autonoma, perchè se lavori, se lavori guadagni quindi puoi anche avere una tua progettualità, io voglio lavorare in vista di comperarmi una casa, un mini appartamento, e poi insomma devi tenere la direzione perchè penso che tutte le problematiche che ci sono qui un po' fanno, vanno a compromettere un po' quella che è la vita di relazione, quindi il percorso che si fa qui è appunto quello di renderti maggiormente consapevole di queste problematiche in modo tale da essere, da avere una vita di relazione più adeguata una volta che sei a casa*

L'autonomia rappresenta uno degli obiettivi su cui viene chiesto agli utenti di lavorare, seguendo le regole imposte dal contesto. Allo stesso tempo vengono descritte delle modalità relazionali con gli operatori in cui l'utente si sente sostenuto dall'operatore nel suo percorso e risulta poco attivo nella

definizione e realizzazione della sua autonomia.

Estr 171.

*Au5: un'immagine, mi viene gli alberi da frutto quando vengono piantati all'inizio hanno bisogno del paletto attaccato affinché non diventano proprio, ecco a me viene in mente una cosa così*

In alcuni casi questa funzione di supporto viene ritenuta provvisoria, come evidenzia l'estratto seguente di un operatore Oss di C.T.R.P. a gestione privata.

*Do1: mah un'immagine, mah l'operatore fa una funzione di supporto in questo verso il paziente, però appunto deve riuscire anche a mantenere la propria identità, il proprio stato, sicché deve essere un aiuto studiato a priori, non so come dire, è un rapporto che bisogna anche imparare a gestire.*

Si definiscono le prospettive future degli utenti, il sostegno dei servizi psichiatrici viene considerato un aspetto che caratterizza tutta la vita degli utenti che concludono un percorso in comunità terapeutica e riabilitativa.

Estr. 172

*Ao2: si l'autonomia non al cento per cento perché secondo me c'è sempre un bisogno di un ritorno magari non so al csm delle visite molto più rade e tutto ed un piccolo supporto farmacologico questo sì secondo me però quel poco che non infastidisce ma che forse dà la sicurezza anche a loro di poter star bene*

Come sottolineano questi passaggi il raggiungimento di autonomia rischia di rimanere un obiettivo condiviso che purtroppo, però, non trova risvolti nelle sue possibili applicazioni pratiche.

L'autonomia è uno dei temi più ricorrenti tra gli obiettivi della comunità, le caratteristiche dell'utente futuro; esso può essere letto infatti come uno degli aspetti che conferisce senso al percorso di riabilitazione e reinserimento. Questo, infatti, è orientato a favorire nella persona la costruzione di competenze che lo rendano autonomo e indipendente. Un aspetto interessante è legato a come possono trovare una collocazione coerente tra di loro gli obiettivi di autonomia con il controllo all'interno della comunità, in qualche modo si dovrebbe andare in quella direzione, ma all'interno del percorso la persona viene tutelata e sostenuta e controllata, quindi in alcuni casi si potrebbe dire che si tratta di un'autonomia che deve tuttavia seguire le regolamentazioni sociali stabilite a priori come atteggiamenti che vanno bene nel senso comune.

Il percorso in comunità riabilitativa protetta promuove un cambiamento che può essere considerato secondo diverse prospettive. Da una parte cambia il contesto per l'utente e le persone che lo circondano cambiano il modo di rapportarsi a lui, dall'altra viene chiesto a ciascun utente di mettere in atto il cambiamento delle sue modalità, del modo di pensarsi, del modo di relazionarsi, del ruolo che gioca nei contesti sociali, del modo che ha di organizzare e gestire la sua quotidianità, gli viene chiesto di aderire e praticare in coerenza con le regole sociali condivise, gli viene chiesto di aderire al percorso di cura e di riconoscere di voler cambiare.

Un altro tema molto importante riguarda la valutazione in merito agli interventi all'interno delle strutture C.T.R.P. per cui molto spesso non ci sono degli studi sistematici sulla valutazione dell'efficacia di intervento. Si considerano per stabilire dei criteri di valutazione gli indicatori, che possono essere costruiti come strumenti che consentano di valutare i progressi di una persona.

Il percorso in comunità riabilitativa protetta promuove un cambiamento che può essere considerato a vari livelli. Da una parte cambia il contesto per l'utente e le persone che lo circondano cambiano il modo di rapportarsi a lui, dall'altra viene chiesto a ciascun utente di mettere in atto il cambiamento delle sue modalità, del modo di pensarsi, del modo di relazionarsi, del ruolo che gioca nei contesti sociali, del modo che ha di organizzare e gestire la sua quotidianità, gli viene chiesto di aderire alle regole sociali condivise, gli viene chiesto di aderire al percorso di cura e di riconoscere di voler cambiare.

Risulta di fondamentale utilità per i contesti presi in analisi promuovere la costruzione di progetti di valutazione che possano essere condivisi anche con altri contesti riabilitativi, all'interno del gruppo di lavoro e con l'utente attraverso la scrittura del piano individualizzato. I processi di costruzione di progetti di valutazione offrono uno spazio di confronto per i professionisti per condividere definizioni, discorsi e azioni in merito a sé e al contesto in cui operano come promotori del cambiamento. Come sottolinea un operatore educatore di C.T.R. P gestione diretta la valutazione viene svolta di professionisti della salute mentale.

Estr. 173

*Ao2: ma secondo me prima di tutto una cosa che mi permette di valutare è il confronto con gli altri operatori questo mi dà una visione a trecentosessanta gradi ma non solo con gli operatori della comunità con gli operatori magari del C.S.M. che lo vedono in un altro ambito con gli operatori eventualmente della cooperativa che lo vedono magari in ambito lavorativo quindi cercando di creare una rete dove si muove il paziente questo mi può dare un'idea di quanto il paziente possa reinserirsi o a che punto si è del percorso è fondamentale la condivisione e appunto la valutazione nei vari ambiti perché magari può essere che qua dentro mi fa vedere una cosa che è autonomo a fare magari in cooperativa è in estrema difficoltà quindi serve il confronto con tutte le strutture che si vanno ad intersecare sia fondamentale per pensare capire meglio che punto è il paziente nel percorso.*

Il confronto tra operatori e la relazione con gli utenti rappresentano i principali strumenti di valutazione descritti dai professionisti che operano all'interno dei contesti residenziali protetti.

Un altro strumento di valutazione prevede il confronto tra i diversi professionisti dei servizi coinvolti nei progetti di riabilitazione e reinserimento e consente di monitorare il cambiamento dell'utente e il raggiungimento degli obiettivi concordati nella fase di progettazione.

La valutazione rappresenta una fase fondamentale dell'intervento finalizzato alla promozione del cambiamento, ma riflette necessariamente i presupposti, gli obiettivi e la scelta degli strumenti delle fasi di costruzione e realizzazione dei percorsi.

Questo aspetto evidenzia la necessità di utilizzare strumenti di valutazione che possano essere condivisi e utilizzabili da diversi professionisti, ma anche la possibilità di introdurre modalità valutative che possano essere adeguate al contesto specifico in cui prende forma l'intervento e che monitori gli aspetti identificati negli obiettivi di cambiamento.

La valutazione necessita, quindi, di essere orientata in modo individualizzato e adattata alle variabili situazionali. Allo stesso tempo, però, può essere utili pensare a delle procedure valutative che consentano di fare un confronto tra i diversi servizi con le stesse finalità.

Entrambi questi aspetti possono trovare risvolti in lavori di costruzione di strumenti valutativi specifici per i diversi contesti residenziali che considerino le tematiche condivise nell'area di intervento. Può risultare, inoltre, utile coinvolgere anche gli utenti in questa fase e renderli attivi nelle competenze di automonitoraggio.

Dal punto di vista di un utente di C.T.R.P. a gestione diretta, il cambiamento può essere valutato secondo modalità soggettive e variabili.

Estr. 174

*Au1: e perché sì, anche se uno sta il giorno nella comunità riesce lo stesso magari a trovare un minuto per pensare al proprio futuro insomma, perché no, tante volte si è un po' meno meno interessati a vivere, a trovare una vita più a proprio agio insomma si può dire, tanti perché non gli interessa, tanti perché non si sa e tanti perché si vede che ne hanno un bisogno insomma perché no, e quindi si cerca di trovare la propria, la propria, la propria valutazione per uscire dalla propria vita che magari non è stata sempre migliore rispetto a tutto il resto di persone magari.*

Nell'estratto l'utente descrive il suo cambiamento come la possibilità di pensarsi e di progettare una vita nel futuro. La valutazione, inoltre, trova forma nel confronto con gli altri in modo generalizzato. In un numero esiguo di estratti gli utenti considerano come riferimenti per la valutazione del loro percorso gli obiettivi concordati in fase di ingresso, di cui in alcuni casi non si mostrano neanche consapevoli.

La valutazione del cambiamento, quindi, rappresenta un ambito di sviluppo per quanto riguarda le C.T.R.P., che possono quindi considerare in modo più approfondito le finalità, gli obiettivi di intervento e la coerenza degli strumenti utilizzati da parte degli operatori.

Il cambiamento può essere descritto anche per gli operatori che lavorano all'interno di contesti residenziali protetti, come descrive un operatore infermiere e coordinatore del personale di una C.T.R.P. a gestione diretta.

Estr. 175

*Ao5: sì oppure sul più bello che pensi eh ti accorgi allora ti ecco è un continuo ehm è un continuo mettersi in discussione e secondo me proprio chi viene a lavorare qui è una cosa che deve avere cioè se uno sa che ha delle rigidità o che lo spaventa il cambiamento o io dico sempre che è meglio che non venga a lavorare qua perché già lavorare con le persone in ambito psichiatrico devi avere questa predisposizione perché comunque lavorando con loro cambi anche tu perché è proprio un lavoro secondo che uno fa sulla sua persona io vedo che questo io ringrazio di aver*

*fatto quest'esperienza non so domani dovessi parlare andare in un altro posto io la considero un'esperienza proprio di vita non solo professionale ma che ha che è servita tanto anche a me come persona per quello dico che uno cresce cioè cresce la comunità si trasforma e segue un po' l'evoluzione di quello che è la persona la maturità della persona e quindi anche la comunità quindi e tutti insieme serve per creare comunque un'identità anche se è un'identità che secondo me va in continua trasformazione quindi è un po' difficile definirla secondo me stabilmente posso dire in questo momento è così però se penso al passato non era così e se penso al futuro non so come saprà come sarà.*

Attraverso le parole di questo operatore, si descrive un cambiamento che riguarda anche i professionisti della salute mentale anche dal punto di vista personale. Gli operatori crescono insieme ad una comunità che si modifica e in cui trovano spazio per definire i contorni del loro ruolo. In questa comunità molti operatori e utenti sono presenti da diversi anni, per cui hanno assistito e contribuito a generare diversi cambiamenti: dal tipo di gestione all'organizzazione interna. Emerge, quindi, l'immagine di un servizio che si evolve e di operatori che trovano nel lavoro un'occasione di crescita.

Le descrizioni del cambiamento, tuttavia, non riguardano solo gli attori che vengono ospitati nei contesti comunitari, ma possono essere riferite alla comunità stessa. Un tipo di cambiamento che viene prospettato dagli intervistati come possibilità di migliorare il funzionamento di questi servizi. Alcuni estratti fanno riferimento agli aspetti relazionali, che sono stati approfonditi nel capitolo dedicato alle relazioni esterne ed interne della comunità, mentre altri si riferiscono ad aspetti organizzativi.

La comunità viene descritta in alcuni casi come una struttura in trasformazione, che si adatta quindi ai cambiamenti delle direttive legislative, delle linee guida regionali, dei piani sanitari locali.

La comunità, inoltre, può trasformarsi anche per rispondere ai bisogni dell'utenza e del territorio, per adattarsi alle esigenze dei servizi per la salute mentale con cui si relaziona.

Ad esempio un operatore psicologo di C.T.R.P. a gestione diretta descrive un tipo di organizzazione che la sua comunità mette in atto per concordare e monitorare i progetti degli utenti con gli altri servizi della salute mentale.

Estr. 176

*Bo1: tutti fanno gli operatori di riferimento e tutti fanno gli operatori di supporto senza discriminazione democratici eh no non è stato facile l'anno scorso ci abbiamo lavorato per un anno con un formatore esterno su 'sta cosa per riuscire ad arrivare all'operatore di riferimento e l'abbiamo voluto fare appunto operatore di riferimento operatore di supporto per un motivo ben preciso cioè per il perché l'operatore di riferimento potrebbe aver bisogno di 'sti turni discorso tra carico emotivo di alcune persone potrebbe aver bisogno quindi l'abbiamo pensato così e abbiamo pensato alla mini équipe per fare una progettualità abbiamo iniziato anche a fare in modo che l'operatore di riferimento comunicasse direttamente con la mini équipe dei servizi invianti il C.S.M. per esempio con poco con scarso successo tanto che la mediazione che abbiamo ottenuto è che se l'operatore di riferimento va dalla mini équipe del C.S.M. a fare il progetto concordato ci va con me perché i tentativi purtroppo di andarci da soli sono stati un po' frustranti per gli operatori stessi.*

Nell'estratto viene descritto un lavoro da parte dei responsabili della comunità per favorire il confronto tra i diversi servizi coinvolti nei progetti riabilitativi. Lo strumento della *mini équipe* risulta essere funzionale e consente di utilizzare come mezzo relazionale solo un operatore di riferimento che può comunicare direttamente con gli altri professionisti.

In tale comunità vengono favoriti tutti i cambiamenti che consentono di facilitare il successo dell'intervento, ma le proposte non sempre vengono accolte da parte degli altri servizi. L'iniziativa in questo caso viene considerata come una proposta soggettiva e non viene riconosciuta come accade per le direttive definite a livello normativo nelle politiche dei servizi.

Dalle considerazioni presentate si può sottolineare l'importanza di costruire delle linee guida che possano lasciare spazio e che diano valore alle proposte delle singole realtà operative e che chiamino gli altri servizi ad adoperarsi per la realizzazione delle proposte operative.

In un altro estratto tratto dall'intervista ad un operatore infermiere di C.T.R.P. a gestione diretta si sottolinea la necessità di costruire spazi di dialogo con i servizi territoriali che seguono l'utente oltre il suo percorso comunitario.

Estr. 177

*Co1: si perché manca comunque il dialogo tra la struttura e comunque il C.S.M. o gli operatori che se ne dovranno occupare sul domicilio.*

Anche questo operatore, che lavora in una comunità differente, evidenzia la carenza di comunicazione tra i professionisti della salute mentale. In questo caso si ritiene rilevante considerare che questa C.T.R.P. è collocata in una posizione adiacente alla struttura che ospita i servizi psichiatrici territoriali. Tale caratteristica potrebbe far pensare ad una facilitazione nel confronto e nella progettazione condivisa degli obiettivi dei percorsi, ma questo non viene descritto in tutte le situazioni. Si osserva, infatti, un rapporto privilegiato con gli operatori del Centro Diurno che organizzano e gestiscono le attività educative rivolte agli utenti della comunità e del territorio, ma con maggiore difficoltà vengono mantenute delle relazioni continuative con gli operatori che seguono i percorsi a livello domiciliare, quando l'utente si allontana dai servizi.

Nell'estratto, infatti, l'operatore mette in evidenza la difficoltà come professionista di poter avere un riscontro e mantenere una parte attiva anche nel supporto oltre l'inserimento nella struttura residenziale protetta, un aspetto critico che è descritto anche in diversi altri contesti.

## CONCLUSIONI

Le lenti teoriche dell'interazionismo simbolico e del costruzionismo sociale hanno guidato la costruzione e la realizzazione di una ricerca esplorativa volta a indagare in che modo nell'interazione tra gli attori e nelle regole di contesto prendono forma le realtà dei servizi rivolti ad utenti psichiatrici.

Lo studio identifica, quindi, come area di interesse la salute mentale, in particolare focalizzando l'attenzione sui servizi residenziali finalizzati alla riabilitazione terapeutica e sociale e al reinserimento sociale. A tale scopo nel modello italiano vengono identificate le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette (C.T.R.P.). Questi servizi mostrano come nei contesti di inserimento residenziale possa essere configurato un servizio per la salute mentale che si colloca in una posizione intermedia tra l'intervento medico-psichiatrico e quello riabilitativo educativo finalizzato al reinserimento sociale.

Le questioni di indagine sono orientate ad ampliare lo spazio del tema trattato attraverso lo sguardo di differenti prospettive interdisciplinari. L'interesse è rivolto alle ideologie e alle definizioni attraverso cui le C.T.R.P. si descrivono, alle modalità in cui i presupposti teorici della comunità trovano coerenza nelle pratiche del servizio, alla relazione tra la cornice politico-giuridico-amministrativa e le pratiche dei servizi. Gli obiettivi guidano un lavoro volto a descrivere i processi di costruzione degli obiettivi dei percorsi in comunità e le configurazioni di senso attribuito ai progetti di "riabilitazione terapeutica e sociale" e di "reinserimento sociale". L'interesse si focalizza, inoltre, sui risvolti dell'interazione tra operatori e utenti di strutture residenziali protette nella costruzione dei ruoli degli attori della scena, che sostengono i processi di costruzione identitaria.

In una prima fase il lavoro si è focalizzato nel dare forma alla cornice politico-giuridico-amministrativa all'interno della quale si collocano le comunità di interesse per la ricerca. In seguito, sono state descritte le peculiarità dei singoli scenari selezionati ed è stato avviato l'ingresso nei campi di indagine per la raccolta del *corpus* dei dati. All'interno di sei C.T.R.P. parte del lavoro è stato dedicato all'osservazione partecipante, focalizzata sulle modalità di interazione e sulle pratiche messe in atto nella realizzazione dei presupposti progettuali definiti dai documenti amministrativi dei servizi, e alla conduzione di interviste semi-strutturate con gli operatori e gli utenti inseriti all'interno delle comunità.

La scelta di un approccio etnografico ha consentito di dare forma ad una ricerca in continua trasformazione, che si caratterizza per la circolarità e la riflessività delle diverse fasi di studio. A partire dai presupposti impliciti ed espliciti vengono descritte le identità e le finalità dei servizi residenziali riabilitativi, collocati all'interno di un sistema regolato e definito, come prodotti della

relazione tra 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.

L'identificazione dei contesti dove svolgere lo studio etnografico e la definizione delle aree tematiche di interesse hanno consentito di indagare i processi attraverso cui, nell'interazione tra operatori e utenti, si configurano pratiche e discorsi che danno significato ai percorsi di "riabilitazione terapeutica" e "reinserimento sociale" e che delineano i contorni identitari dell'"utente" e dei "ruoli professionali" all'interno dei contesti residenziali protetti.

L'analisi dei discorsi degli attori coinvolti si è sviluppata a partire da un approccio tematico-descrittivo verso un approccio di tipo critico, che ha consentito di evidenziare aspetti di peculiarità e di criticità che caratterizzano le comunità individuate come campi di indagine. Dall'analisi delle interviste di operatori e utenti, dunque, si strutturano alcune aree rappresentative dei temi di interesse della ricerca, che descrivono la realtà e consentono di individuare per ciascun contesto le prospettive di miglioramento e quindi di mettere in luce gli aspetti di criticità dal punto di vista degli attori della scena.

La prima area è dedicata agli aspetti relazionali, che riguardano l'interazione tra gli utenti, sono presenti anche nei documenti amministrativi che descrivono le comunità come un luogo di vita con altre persone e un percorso finalizzato alla socializzazione. Questi, tuttavia, non vengono contemplati nelle normative nazionali e regionali, ma viene previsto l'uso di strumenti come il progetto individualizzato che prevede un ruolo attivo dell'utente nella costruzione del suo percorso all'interno del contesto residenziale protetto. Un ulteriore strumento descritto nella normativa definisce il lavoro di *équipe* che si genera nella relazione formalizzata tra gli operatori.

Secondo quanto emerge dagli estratti delle interviste ai professionisti esperti dei contesti residenziali psichiatrici i documenti normativi e amministrati vengono considerati un riferimento fondamentale per il lavoro all'interno delle singole C.T.R.P., ma questi non sempre vengono utilizzati e non sempre rispondono alle esigenze su cui gli operatori si confrontano.

Questo mette in luce la necessità di un maggiore dialogo tra coloro che definiscono i riferimenti normativi e coloro che operano all'interno dei contesti di interesse. Tale dialogo dovrebbe essere continuo e circolare per poter attuare cambiamenti in funzione di continue evoluzioni funzionali di tali strutture.

Gli aspetti relazionali che vengono individuati considerano la comunità come parte di un sistema di servizi in interazione, ma anche come contesto che ospita scene di relazione che coinvolgono gli utenti e gli operatori.

Le relazioni con l'esterno della comunità, con le famiglie, il territorio e gli altri servizi per la salute mentale, rappresentano uno degli aspetti maggiormente evidenziati nei diversi contesti della ricerca.

In particolare si prospetta di incentivare la comunità all'apertura verso il mondo esterno, all'uso delle risorse del territorio e della rete dei servizi con cui si relaziona per costruire percorsi di reinserimento monitorati e sostenuti da parte di tutti gli operatori coinvolti.

L'utente viene descritto nei documenti normativi attraverso il riferimento alla patologia psichiatrica, ma si introducono anche i fattori sociali e contestuali della storia di vita di ciascun individuo. Per l'inserimento in C.T.R.P. devono essere individuate delle risorse dell'utente che sia possibile incentivare, per cui anche secondo i professionisti intervistati l'utente ha un ruolo attivo per realizzare il suo progetto di cambiamento.

Ad esempio per quanto riguarda le descrizioni dell'utente emerge il riferimento ad aspetti di tipo diagnostico medico, ma questi vengono accompagnati dalla descrizione di difficoltà familiari e relazionali che hanno caratterizzato la storia di vita della persona. In alcuni casi la diagnosi è letta come una serie di attributi che caratterizzano il ruolo del "malato mentale" nel quale spesso gli utenti si identificano come unica possibilità di essere e di muoversi nel mondo. La famiglia e le relazioni sociali rappresentano degli elementi importanti per la descrizione dell'utente della comunità, che viene quindi considerato rispetto alla sua storia pregressa e a tutti i fattori che possono aver contribuito alla costruzione del suo malessere. L'attenzione rivolta alla famiglia mette in luce alcuni aspetti legati ai criteri di ingresso all'interno della comunità, in alcuni casi infatti è la famiglia stessa a richiederlo per allontanare l'utente dal contesto in cui le relazioni rappresentano momenti di difficoltà, in altri casi la richiesta parte dal servizio. L'utente risulta passivo rispetto alla decisione di accedere ad un percorso riabilitativo, in alcuni casi non presenta accordo con le decisioni prese, ma accetta e decide di mettersi in gioco con le sue risorse e il suo bisogno di aiuto, anche non espresso esplicitamente. Per quanto riguarda, invece, i criteri attraverso cui un servizio valuta l'inserimento di un utente all'interno della comunità, vengono presentati aspetti variabili che sono, tuttavia, correlati alla storia "clinica" della persona, per cui possono essere il numero dei ricoveri o precedenti inserimenti riabilitativi a guidare la scelta degli inviati. Su questo aspetto un elemento critico è rappresentato dal fatto che in alcuni casi l'utente viene inviato ad un percorso comunitario come se fosse la "sua ultima chance", a seguito quindi di precedenti fallimenti, con l'idea che non si possano pensare alternative per una persona ritenuta dai suoi referenti "grave". Questo aspetto, presente anche nelle descrizioni della comunità si pone come contraddittorio rispetto ad una definizione di comunità come "possibilità" e come strumento per "attivare risorse" al di fuori di una situazione di emergenza che amplia le possibilità anziché ridurle al minimo.

L'utente della C.T.R.P. è portatore di una diagnosi psichiatrica, intesa come "malattia", ma allo stesso tempo la descrizione si concentra sulle difficoltà di tipo relazionale e di gestione autonoma degli aspetti quotidiani. Questi ultimi sono infatti gli aspetti su cui si focalizzano le finalità della

comunità, andando oltre gli aspetti diagnostici che possono essere variabili, e concentrandosi sugli aspetti sociali come requisito per accedere ad un percorso comunitario riabilitativo. La "malattia" sembra essere intesa dagli operatori come qualcosa che afferisce all'intervento medico-psichiatrico, trattata attraverso i farmaci, mentre per tutti gli altri aspetti che possono essere correlati o meno con il disagio espresso in termini diagnostici si ritiene utile un intervento di tipo educativo e riabilitativo che consenta alla persona di costruire le competenze necessarie per vivere al di fuori della comunità. Per quanto riguarda invece l'utente futuro, viene presentato dagli operatori come una persona che ha acquisito diverse competenze per affrontare le sue difficoltà e che si sperimenta nella vita fuori mostrando una maggiore autonomia nella gestione di aspetti quotidiani e delle proprie relazioni. Una delle abilità principali, tuttavia, rimane quella del sapere chiedere aiuto ai servizi nel caso di necessità, per cui sembra utopico pensare ad una vera e propria autonomia dopo il percorso in comunità. Esso viene visto, infatti, come la tappa di un percorso che prosegue con l'inserimento in diverse altre strutture gradualmente meno protette, che consentano all'utente di sperimentarsi ulteriormente e di attivare le sue risorse per realizzare una vita in autonomia, se possibile. Questo non è sempre possibile, per cui i percorsi e i risvolti dei percorsi sono variabili secondo gli operatori, che non hanno sempre visibilità rispetto alle evoluzioni delle storie dei loro utenti. Questo aspetto mette in luce una carenza di strumenti valutativi e di confronto con i servizi collaboranti che consentano di avere anticipazioni sui risvolti futuri e di monitorare il progresso del progetto terapeutico e riabilitativo.

La comunità si mostra in generale, quindi, come isolata rispetto alla rete dei servizi con cui collabora e gli operatori parlano dell'utente oltre il percorso in comunità soprattutto immaginando un utente ideale, che non sempre corrisponde con la realtà che osservano. Questi aspetti risultano di particolare importanza se si pensa alla contraddittorietà di favorire l'autonomia di una persona mantenendola legata ai servizi di supporto; pensarla vivere una vita fuori dalla comunità, ma con la possibilità di ritornare dentro; immaginare possibilità di realizzazione di vita, ma temere i fallimenti o la possibilità che qualcosa possa rappresentare un ostacolo. Queste stesse paure vengono espresse con l'idea che alcune rappresentazioni possano essere utopiche e con l'utilizzo del ruolo del "malato" come sicurezza per il paziente, che può decidere di conservare come l'unico modo in cui può pensare di essere nel mondo. Nelle descrizioni degli operatori l'utente futuro è una persona che ha consapevolezza dei propri limiti e ha imparato a gestire le sue difficoltà, attivando le sue risorse, per costruirsi un'immagine differente fuori dalla comunità. Un aspetto importante, correlato alla consapevolezza dei propri limiti, è descritto come la capacità dell'utente oltre il percorso comunitario di definire un proprio equilibrio di vita, che viene mantenuto dando attenzione a quelle

che possono essere le proprie difficoltà e scegliendo le situazioni, i contesti, le relazioni che possono essere più utili al mantenimento di questo equilibrio.

Nelle descrizioni proposte dagli utenti si osserva, invece, un ondeggiamento tra un futuro in cui la persona corrisponde ai canoni e alle regole imposte dal sistema sociale di appartenenza e un futuro di libertà in cui possono decidere come vivere. In alcuni estratti emerge la descrizione della paura di uscire, di non essere in grado di affrontare il proprio contesto fuori dalla comunità, di essere da soli. Per quanto concerne gli obiettivi della riabilitazione e del reinserimento sociale, vengono descritti in modo specifico a livello amministrativo come il recupero delle capacità di autonomia e di relazione e il successivo reinserimento a livello lavorativo e abitativo. Gli strumenti utilizzati possono includere l'intervento clinico e psicoterapeutico, ma anche quello di tipo educativo con l'ausilio di altri servizi che promuovono l'inserimento lavorativo e la gestione autonoma della quotidianità, come le comunità alloggio e i gruppi appartamento.

Dalle interviste con i professionisti vengono evidenziati in modo più specifico e in coerenza con la differenziazione delle varie strutture gli obiettivi del percorso.

La riabilitazione terapeutica riguarda la capacità di gestire i sintomi patologici per poter attivare una riabilitazione sociale focalizzata sulla gestione autonoma della quotidianità e sull'uso di modalità relazionali adeguate rispetto al contesto sociale. Gli strumenti che i professionisti descrivono riassumono alcuni dei principali temi che vengono utilizzati anche nelle fasi di analisi successive. Si tratta di interventi di tipo terapeutico ed educativo, attraverso l'uso della relazione tra gli utenti e tra gli operatori. Il progetto all'interno della comunità viene condiviso con l'utente in relazione alle sue specifiche esigenze e la sua realizzazione avviene attraverso un lavoro di rete tra i diversi servizi della salute mentale. La definizione dei tempi dei percorsi, inoltre, viene chiaramente definita a livello normativo nazionale, ma questi non sempre sono rispettati. Ciascuna struttura definisce i tempi di lavoro all'interno della comunità come presupposto della comunità, ma anche in funzione di ciascun ospite. Questo genera una serie di situazioni di inserimenti in contesti sociali protratti nel tempo, senza una chiara idea del percorso oltre la comunità. I tempi degli interventi sono legati a diversi aspetti che caratterizzano ogni singola struttura e, in particolare, possono dipendere anche dal rapporto con i servizi del territorio e la presenza di risorse adeguate che consentano di progettare l'uscita degli utenti in contesti sufficientemente protetti per proseguire il processo di autonomizzazione.

L'elenco degli aspetti emersi dalle singole interviste ai professionisti offre una rappresentazione della C.T.R.P. ideale secondo il punto di vista di coloro che lavorano nel sistema di servizi per la salute mentale. Le prospettive per il buon funzionamento di queste strutture sono generalmente condivise dagli operatori, ma questo non sempre trova corrispondenza nelle pratiche osservate in

tutti i contesti coinvolti nella ricerca, per cui attraverso l'osservazione partecipante e le interviste ad operatori e utenti di C.T.R.P. prendono forma le considerazioni sulle peculiarità delle singole strutture e sulle prospettive di miglioramento.

Attraverso queste considerazioni poste a confronto e lette alla luce dei contesti specifici in cui vengono utilizzate, possono essere presentati alcuni risvolti operativi. Questi vengono proposti nell'ottica di promuovere azioni di miglioramento delle C.T.R.P., come strumenti che facilitano processi di cambiamento a livello normativo, contestuale, di definizione di ruoli professionali e di configurazioni identitarie coerenti con gli obiettivi di riabilitazione e reinserimento sociale.

Lo studio mostra la necessità di progettare azioni che favoriscano la relazione tra le pratiche all'interno dei servizi psichiatrici e la costruzione delle normative che li regolano. Si evidenzia come la cornice legislativa e amministrativa rappresenti un riferimento fondamentale per tali contesti, ma possa diventare utile solo se adattata alle esigenze specifiche dei servizi e coerente con le trasformazioni del territorio. Le normative, quindi, dovrebbero essere pensate come strumenti che favoriscono la costruzione di reti e di relazioni tra i servizi e tra i professionisti che operano all'interno. La finalità dei servizi, in particolare considerando quelli che promuovono percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale, dovrebbero essere definite in modo univoco e sostenere la costruzione di progetti specifici che rispondano alle esigenze dell'utenza e siano coerenti con i limiti e le risorse nel territorio. In quest'ottica rappresentano un esempio virtuoso il processo di costruzione della Legge 1616/2008 per la Regione Veneto, che ha coinvolto diversi attori presenti nella scena della salute mentale per la definizione delle linee guida organizzative e operative dei servizi territoriali. Si sottolinea, tuttavia, la possibilità di incentivare tali procedure e di orientare le direttive ad uno sguardo sul sistema, attento alle relazioni tra i servizi e al territorio, nella tutela e nell'uso delle peculiarità delle singole strutture e dei contesti specifici.

Un secondo aspetto che viene evidenziato dalle considerazioni di analisi delinea le C.T.R.P. come servizi promotori della cultura contestuale. Gli operatori che operano all'interno di tali servizi, che si caratterizzano come un anello di congiunzione tra le strutture ospedaliere e quelle territoriali, possono, dunque, contribuire alla costruzione di nuove rappresentazioni dei servizi di salute mentale e degli utenti per poter favorire la genesi una cultura promotrice dei cambiamenti che entra coerentemente a fare parte dei processi di cambiamento.

Emerge anche la possibilità di definire percorsi di formazione per operatori specializzati e promuovere investimenti di risorse nella supervisione secondo modelli condivisi dal gruppo di servizi che cooperano. Le figure professionali, infatti, rivestono un ruolo fondamentale per la realizzazione dei progetti di cambiamento degli utenti, ma necessitano di strumenti e di strategie

d'azione coerenti con gli obiettivi che si pongono e funzionali alla specificità dei singoli percorsi in cui operano.

Questo studio si sviluppa come un modello di ricerca-azione che coinvolge gli attori come partecipanti attivi e costruttori delle realtà che descrivono e che contribuiscono a configurare. I risvolti di questa ricerca consentono di dare forma a modelli di sviluppo nella progettazione e realizzazione di percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale in ambito psichiatrico, che promuovano ruoli attivi degli attori coinvolti, e di orientare la costruzione di strumenti di valutazione del cambiamento, che rispondano alle specificità contestuali e rispecchino le guide normative e amministrative di riferimento.

La ricerca che viene delineata presenta finalità esplorative rispetto alla configurazione delle “Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette” come prodotti di processi politico-legislativi, organizzativi e scientifici e può rappresentare, quindi, uno strumento per approfondire e comprendere i presupposti che guidano l’attuale dibattito politico-istituzionale rispetto alla revisione delle leggi per la "salute mentale". Lo studio evidenzia anche come le singole strutture tracciano i propri obiettivi e i destinatari del proprio servizio, in coerenza o meno con i riferimenti legislativi e con i presupposti teorico-ideologici che le caratterizzano, ma anche come si configurano i ruoli all’interno del Servizio e come l’identità dell’utente trovi copioni e azioni nelle scene rappresentate. Essa può rappresentare, infine, un modello da utilizzare per la costruzione di strumenti finalizzati alla raccolta di dati in un contesto più ampio che coinvolga anche le strutture presenti in altre Regioni del territorio nazionale. Il confronto tra diverse zone e culture della salute mentale consentirebbe, infatti, di costruire progetti di intervento sulle politiche dei servizi più mirati, in linea con i bisogni emersi e orientati ad utilizzare le risorse già presenti.

## 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.
- Atkinson P., Coffey A., Delamont S., Loftland J., Loftland L. (2001), *Handbook of ethnography*, Sage, London.
- Avdi E. (2005), Negotiating a pathological identity in the clinical dialogue: discourse analysis of a family therapy, *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*, vol.78, pp.493-511.
- Ba G. (2003), *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli Edizioni.
- Bachrach L. (1981), Continuity of care for chronic mental users: a conceptual analysis, *American Journal of Psychiatry*, vol. 138, pp. 1449-1455.
- 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 longstay patients resettled in the community after closure of a psychiatric hospital in Italy, *Psychiatric Services*, 55(1), pp. 67-70.
- Barbosa de Pinho L., Prado Kantorski L., Bañon Hernández A.M. (2009), Critical discourse analysis - new possibilities for scientific research in the mental health area, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 17 (1).
- Barker C., Galasinsky D. (2001), *Cultural Studies and Discourse Analysis*, Sage, London.
- Basaglia F. (1968), *L’istituzione negata*, Baldini Castoldi Dalai, Milano.
- Basaglia F., Ongaro F. (a cura di) (2005), *L’utopia della realtà (raccolta di saggi scritti tra il 1963 e il 1979)*, Contributi di Maria Grazia Giannichedda. Collana: *Piccola Biblioteca Einaudi*, Torino, Einaudi, 2005.
- Berger P.L., Luckmann T. (1966), *The Social Construction of Reality*, trad. it. *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna, 1997.
- Bertram G., Stickley T. (2005), Mental health nurses, promoters of inclusion or perpetrators of exclusion?, *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 12, pp. 387-395.

- Bindman J., Johnson S., Wright S., Szmukler G., Bebbington P., Kuipers E. et al. (1997), Integration between primary and secondary services in the care of severely mentally ill: patients' and general practitioners' view, *British Journal of Psychiatry*, vol.171, pp. 169-174.
- Blumer H. (1986), *Symbolic Interactionism: perspective and method*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California, ed. it. *Interazionismo Simbolico*, Il Mulino, Bologna, 2008.
- Boden D. (1994), *The business of talk. Organizations in action*, Cambridge, Polity Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Brendan D. K , The power gap: Freedom, power and mental illness, *Social Science & Medicine* , vol. 63 (2006),pp. 2118–2128.
- Buono G., Gagliardi G. (2007), *L'agire terapeutico in comunità*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- 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.
- Camp D.L., Finlay W.M.L., Lyons E. (2002), Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An approach to mental disorders: An empirical assessment, *American Sociological Review*, vol. 54, pp. 400-423.
- Carrozza P. (2006), *Principi di riabilitazione psichiatrica .Per un sistema di Servizio orientato sulla guarigione*, Ed. Franco Angeli, Milano.
- Carrozza P. (2006), *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Franco Angeli, Milano.
- Castiglioni M., Corradini A. (2007), *Modelli epistemologici in psicologia*, Carrocci, Roma.
- Cioffi R. (2002), La malattia mentale, come vissuto della persona, nell'ottica fenomenologica e sociologica, *Rivista di Psichiatria*, vol. 37 (3), pp. 138-143.
- Clifford J., Marcus G.E. (1986), *Writing culture. The poetics and politics of ethnography*, Berkeley, University of California Press, trad. it. *Scrivere le culture. Poetiche e politiche di etnografia*, Meltemi, Roma, 2001.
- Contini G. (1999), *Il miglioramento della qualità nella riabilitazione Psichiatrica*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Cook R.I., Render M., Woods D.D. (2000), Gaps in the continuity of care and progress on patient safety, *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 791-794.
- Corino U., Sassolas M. (2010), *Cura psichica e comunità terapeutica. Esperienze di supervisione*, Borla, Roma.

- Corrigan P.W. (1998), The impact of stigma on severe mental illness, *Cognitive and Behavioural Practice*, vol. 5, pp. 201-222.
- Corrigan P.W. (2005), *On the stigma of mental illness*, Washington, D.C., American Psychological Association.
- Corrigan P.W. (2007), How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness, *Social Work*, vol.52 (1), pp. 32-39.
- Corrigan P.W., Markovitz F.E., Watson A.C., Rowan D., Kubiak M.A. (2003), An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 44 (2), pp. 162-179.
- 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.
- Craig T. (2006), What is psychiatric rehabilitation?, in Roberts G., Davenport S., Holloway F., Tattan T., eds. *Enabling Recovery, The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry*, Gaskell (Royal College of Psychiatrists), London.
- Crescentini A., De Felice F., Tonzar C. (2004), *L'educatore e la riabilitazione psichiatrica. L'integrazione professionale nelle comunità terapeutiche*, Carrocci, Roma.
- 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.
- Crisp A.H., Gelder M.G., Rix S., Meltzer H.I., Rowlands O.J. (2000), Stigmatization of people with mental illness, *British Journal of Psychiatry*, vol.177, pp. 4-7.
- Crocker J., Cornwell B., Major B. (1993), The stigma of overweight: the affective consequences of attributional ambiguity, *Journal of personality and social psychology*, vol. 64, pp. 60-70.
- Crocker J., Major B. (1989), Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma, *Psychological Review*, vol. 96(4), pp. 608-630.
- Crocker J., Major B. (1994), Reactions to stigma: The moderating role of justifications, in M. P. Zanna, & J.M. Olson (Eds.), *The psychology of prejudice: The Ontario symposium*, Vol. 7, pp. 289-314, Hillsdale, N.J: Lawrence, Erlbaum Associates.
- 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.
- 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.

- De Girolamo G., Picardi A., Micciolo R., Falloon I.R.H., Fioritti A., Morosini P., for the PROGRES Group (2002), Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities, *British Journal of Psychiatry*, vol. 181, pp. 220-225.
- Donald, A. (2001), The Wal-Marting of American psychiatry: An ethnography of psychiatric practice in the late 20th century, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 25(4), 427-439.
- Duranti A. (2007), *Etnopragmatica. La forza nel parlare*, Carocci, Roma.
- Estroff S.E., Lachicotte W.S., Illington L.C., Johnston A. (1991), Everybodys got a little mental illness: Accounts of illness and self among people with severe, persistent mental illnesses, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 3, pp. 331-369.
- Fairclough N. (1989), *Language and Power*, Longman, London and New York.
- Fairclough N. (1992), *Discourse and Social Change*, Polity Press, Cambridge.
- Fairclough N. (2003), *Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research*, Routledge, London.
- 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.
- 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.
- Fasulo (2003), L'organizzazione del discorso, in G. Mantovani e A. Spagnolli (a cura di), *Metodi qualitativi in psicologia*, Il Mulino, Bologna, pp. 73-98.
- Fasulo A. (1998), La ricerca etnografica, in Mannetti L., *Strategie di ricerca in psicologia sociale*, Carocci.
- Fasulo A. (2002), Studiare l'interazione sociale: Epistemologie e pratiche di ricerca, in B. Mazzara (a cura di), *Metodi Qualitativi in Psicologia Sociale*. Roma, Carocci, pp. 3-104.
- Ferrutta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. (1998), *La comunità terapeutica tra mito e realtà*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- 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.
- Gergen K.J. (1985), The Social Constructionist Movement in Modern Psychology, *American Psychologist*, 40, pp. 266-275.

- Gergen K.J. (2009), *Relational Being: beyond Self and Community*, Oxford University Press Inc.
- Gergen K.J., Schrader S.M., Gergen M. (2008), *Constructing Worlds Together: Interpersonal Communication as Relational Process*, Allyn & Bacon.
- Getricha C., Heyinga S., Willginga C., Waitzkinc H. (2007), An ethnography of clinic “noise” in a community-based, promotora-centered mental health intervention, *Social Science and Medicine*, vol. 65, pp.319-330.
- Gilmartin R.M. (1997), Personal narrative and the social reconstruction of the lives of former psychiatric patients, *Journal of Sociology and Social Welfare*, vol. 25 (2), pp. 77-103.
- Goffman E. (1983), *Stigma l'identità negata*, Giuffrè Editore, Milano.
- Goffman E. (2003), *Asylums*, Einaudi Editore, Torino.
- Goodwin C. (1997), *Il senso del vedere*, Meltemi, Roma.
- Goodwin S. (1997), *Comparative mental health policy: from istitutional to community care*, London Sage.
- Gove W.R. (2004), The career of the mentally ill: an integration of psychiatric, labelling/social construction, and lay perspective, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, pp. 357-375.
- Gove W.R. (2004). The career of the mentally ill: an integration of psychiatric, labelling/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.
- Gruppo Ricerca Progres 2006, *La residenzialità psichiatrica nel Veneto: dalla mappa al territorio*, Atti del Convegno Arzignano, 21 Settembre 2007.
- Hacking I. (2000), *La natura della scienza. Riflessioni sul costruzionismo*, McGraw-Hill, Milano.
- 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.
- Hassan, I., McCabe, R., & Priebe, S. (2007), Professional-patient communication in the treatment of mental illness: a review, *Communication & Medicine*, 4(2), 141–152.
- Herman N. J. (1993), Return to sender: Reintegrative stigma management strategies of ex-psychiatric patients, *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 22(3), pp. 295–330.
- 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.

Imai, H., Hosomi, J., Nakao, H., Tsukino, H., Katoh, T., Itoh, T., et al. (2005), Characteristics long-stay patients resettled in the community after closure of a psychiatric hospital in Italy, *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 55(1), pp. 67–70.

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.

Jodelet, D. (1991). *Madness and Social Representations*. London: Harvester/Wheatsheaf.

Johnson S., Needle J. (2008), Crisis resolution teams: rationale and core model, in Johnson S., Needle J., Bindman J., Thornicroft G., *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*, Cambridge University Press, Cambridge.

Jones I.R., Ahmed N., Catty J, McLaren S., Rose D., Wykes T., Burns T. and 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.

Kristen Marcussen, Ph.D., Christian Ritter, Ph.D. and Mark R. Munetz, M.D. (2010), The Effect of Services and Stigma on Quality of Life for Persons With Serious Mental Illnesses, *Psychiatric Services*, vol.61, pp. 489-494.

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.

Kroska A., Harkness S.K. (2008), Exploring the role of diagnosis in the modified labelling theory of mental illness, *Social Psychology Quarterly*, vol. 71 (2), pp. 193-208.

Kuper A, Lingard L, Levinson W (2008), Critically appraising qualitative research. *BMJ*, vol. 337, pp. 687-689.

Kuper A., Reeves S., Levinson W. (2008), An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ*, vol. 337, pp. 404-407.

Lai Guaita M.P. (1988), *La comunità terapeutica. Origini storiche. Interventi attuali in Italia*, Edizioni Universitarie Jaca, Milano.

Laing R.D. (1960), *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*, Penguin, Harmondsworth, trad. it. *L'io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*, Einaudi, Torino, 1969.

Lave, J. R., Frank, R. G. (1990), Effect of the structure of hospital payment on length of stay, *Health Services Research*, 25(2), pp. 327–347.

Leete E. (1992), The stigmatized patient, in P. J. F. Fink, A. Tasman (Ed.), *Stigma and mental illness*, London: American Psychiatric Press, Inc.

Lehoux P., Poland B., Daudelin G., Focus group research and “the patient’s view”, *Social Science & Medicine*, vol. 63, pp. 1–2104.

- Lelliott P., Quirk A. (2004), What is life like on acute psychiatric wards?, *Current Opinion Psychiatry*, vol. 17, pp. 297-301
- Lewis G., Appleby L. (1988), Personality disorder: the patients psychiatrists dislike, *The British Journal of Psychiatry*, vol. 153, pp. 44-49.
- Liberman L.R. (a cura di) (1997), *La riabilitazione psichiatrica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Link B.G. (1987), Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection, *American Sociological Review*, vol. 52, pp. 96–112.
- Link B.G., Cullen F.T. (1990), The labeling theory of mental disorder: A review of the evidence, *Research in Community and Mental Health*, vol. 6, pp. 75-105.
- Link B.G., Cullen F.T., Struening E., Shroud P.E., Dohrenwend B.P. (1989), A modified labeling theory example from women with chronic mental health problems, *Social Science and Medicine*, vol. 55, pp. 823-834.
- Link B.G., Mirotznik J., Cullen F.T. (1991), The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided?, *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 32, pp. 302-320.
- Link B.G., Struening E.L., Rahav M., Phelan J.C., Nuttbrock L. (1997), On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnosis of mental illness and substance abuse, *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 38, pp. 177-190.
- Lombardo A. (2007), *La comunità terapeutica. Cultura, strumenti, tecnica*, Franco Angeli, Milano.
- Lundin R.K. (1998), Living with mental illness: A personal experience, *Cognitive and Behavioural Practice*, vol. 5, pp. 223-230.
- Maalej Z. (2007), Doing Critical Discourse Analysis with the Contemporary Theory of Metaphor: Towards a Discourse Model of Metaphor, in Hart C. and Lukeš D., *Cognitive Linguistics in Critical Discourse Analysis: Application and Theory*, Cambridge Scholars Publishing, pp. 132-158.
- Malpass A., Shawa A., Sharp D., Walter F., Feder G., Ridd M., Kessler D. (2009), “Medication career” or “Moral career”? The two sides of managing antidepressants: A meta-ethnography of patients’ experience of antidepressants, *Social Science & Medicine*, vol. 68, pp. 154–168.
- Mancini M.A. (2011), Understanding Change in Community Mental Health Practices through Critical Discourse Analysis, *British Journal of Social Work*, vol. 41 (4), pp. 645-667.
- Mantovani G, Spagnoli A. (2003), *Metodi qualitativi in psicologia*, Il Mulino Itinerari.
- Mantovani G. (2008). *Analisi del discorso e contesto sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Markowitz F.E. (1998), The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness, *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 39, pp. 335-347.
- Mazzara B.M. (a cura di) (2002), *Metodi qualitativi in psicologia sociale*, Carocci Editore, Roma.
- McCrone P., Craig T.K.J., Power P. et al. (2009), Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis, *British Journal of Psychiatry*, vol. 196, pp. 377-382.

McNamee S., Gergen K.J. (1991), *Therapy as social construction*, Sage, London, ed. it. *La terapia come costruzione sociale*, 1998.

Mead G. H. (1966), *Mente sé e società*, Giunti, Firenze, ed. orig. *Mind, Self and Society*, University of Chicago Press, 1934.

Mead G. H. (1972), *The philosophy of the Act*, edited, with introduction, by Charles W. Morris with John M. Brewster, Albert M. Dunham, David L. Miller. University of Chicago press, Chicago, ed. orig. 1938.

Mead G. H. (1996), *La voce della coscienza*, Testi raccolti e introdotti da Chiara Bombarda, Jaka Book, Milano.

Mechanic D., McAlpine D., Rosenfield S., Davis D. (1994), Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness, *Social Science & Medicine*, vol. 39(2), pp. 155–164.

Miles A. (1984), The stigma of psychiatric disorder: A sociological perspective and research report, in J. Reed, G. Lomas (Ed.), *Psychiatric services in the community: Developments and innovation* (pp. 67–73), London: Croom Helm.

Mitchell P.F. (2009), A discourse analysis on how service providers in non-medical primary health and social care services understand their roles in mental health care, *Social Science & Medicine*, vol. 68, pp. 1213–1220. The University of Melbourne, Australia.

Mosconi G. (2003), *Seminario nazionale “Carceri e salute”*, Istituto ETAI, Scuola di Specializzazione in Criminologia.

Mumby D., Clair R. (1997), Organizational discourse, in T.A. van Dijk (a cura di), *Discourse and social interaction*, London Sage, pp. 181-205.

Murphy M.A. (1998), Rejection, stigma & hope, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 22(2), pp. 185–188.

Nathan J., Webber M. (2010), Mental health social work and the bureau-medicalisation of mental health care: Identity in a changing world, *Journal of Social Work Practice*, vol. 24, pp. 15-28.

Nystrom M., Lutzén K. (2002), Psychiatric care and home care service – an exploration of the professional world encountered by persons with long-term mental illness, *Scandinavian Journal Caring Science*, vol.16, pp. 171-178.

O’Mahony P.D. (1982), Psychiatric patient denial of mental illness as a normal process, *British Journal of Medical Psychology*, vol. 55, pp. 109-118.

Olocco M., Festa R., Cottone P. (2010), Le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette in Veneto: una ricerca esplorativa sui processi che ne configurano l’identità attraverso l’analisi dei discorsi legislativi e amministrativi, *Narrare i Gruppi-Etnografia dell’interazione quotidiana*, Anno V, Vol. 2.

- Olocco M., Muscianisi F., Cottone P. (2011), L'ingresso nei sistemi di attività: una ricerca esplorativa attraverso i discorsi di testimoni privilegiati sulle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette in Veneto, *Narrare i Gruppi. Etnografia dell'interazione quotidiana*, Anno VI, Vol. 1.
- Pavalko E.K., Harding C.M., Pescosolido B.A. (2007), Mental illness careers in an area of change, *Social Problems*, vol. 54 (4), pp. 504-522.
- 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., 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., Wright E.R. (2004), The view from two worlds: the convergence of social network reports between mental health clients and their ties, *Social Science and Medicine*, vol. 58, pp. 1795-1806.
- 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.
- Pescosolido, B. A. (1991), Illness careers and network ties: A conceptual model of utilization and compliance, in G. Albrecht, J. Levy (Eds.), *Advances in medical sociology*, Vol. 2 (pp. 164–181). Greenwich, CT: JAI Press.
- Peter Stevensa,\_, David J. Harperb, Professional accounts of electroconvulsive therapy: A discourse analysis, *Social Science & Medicine* 64 (2007) 1475–1486.
- 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.
- Picardi A., de Girolamo G., Morosini P., e il Gruppo Nazionale PROGRES (2003), Gli ospiti delle Strutture Residenziali psichiatriche in Italia: Risultati preliminari della Fase 2 del progetto "PROGRES", *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 16, pp. 3-9.
- 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.
- Pinto-Foltz M.D., Logsdon M.C. (2008), Stigma towards mental illness: a concept analysis using postpartum depression as an exemplar, *Issues in Mental Health Nursing*, vol.29, pp. 21-36.
- Prus R.C. (1996), *Symbolic Interaction and Ethnographic Research*, State University of New York Press, Albany.
- Quirk A., Lelliott P. (2001), What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence, *Social Science & Medicine*, vol. 53, pp. 1565-1574.

- Quirk A., Lelliott P. (2004), Users' experiences of in-patients services, in Campling P., Davies S., Farquharson G. (eds.), *From Toxic Institutions to Therapeutic Enviroments. Residential setting in mental health services*, Gaskell, London.
- Quirk A., Lelliott P., Seale C. (2004), Service users' strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward, *Social Science & Medicine*, vol. 59, pp. 2573-2583.
- Quirk A., Lelliott P., Seale C. (2005), Risk management by patients on psychiatric wards in London: an ethnographic study, *Health, Risk & Society*, vol. 7(1), pp. 85-91.
- Quirk A., Lelliotta P., Sealeb C. (2006), The permeable institution: An ethnographic study of three acute psychiatric wards in London, *Social Science & Medicine*, vol. 63, pp. 2105–2117
- Rabboni M. (2003), *Residenzialità. Luoghi di vita, di incontri, di saperi*, Tipomozza, Milano.
- 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.
- Reeves S., Kuper A., Hodges B.D. (2008), Qualitative research methodologies: ethnography, *BMJ*, vol. 337, pp. 512-514.
- Repper J. & Perkins P. (2001), Mental health nursing and social inclusion, *Mental Health Practise*, vol. 4, 32–38.
- Repper J. & Perkins P. (2003) *Social Inclusion and Recovery*. Balliere Tindall, Edinburgh. *Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Rosenfield S. (1997), Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction, *American Sociological Review*, vol. 62, pp. 660-672.
- Salvini A. (1998), *Argomenti di psicologia clinica*, Upsel Domeneghini Editore, Padova.
- Salvini A. (2002), *Diversità, devianze, terapie*, Upsel-Domeneghini, Padova.
- Salvini A. (2004), *Psicologia clinica*, Upsel-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.
- Saraceno B. (2002b), The WHO World Health Report 2001 on mental health, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 11, 2, pp. 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 Itali, [www.siep.it](http://www.siep.it).

Silverman D. (2006), Interviews, in Silverman D., *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*, Sage, London.

Smith J.A. (1995), Semi structured interviewing and qualitative analysis, in J.A. Smith, R. Harr, L.U. Langehove (Ed.), *Rethinking methods in psychology* (pp. 9–26), London: Sage.

Sparti D. (2002), *Epistemologia delle scienze sociali*, Il Mulino, Bologna.

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.

Thornicroft G, Tansella G. (2004), The components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care, *British Journal of Psychiatry*, vol. 185, pp. 283-290.

Thornicroft G., Tansella M. (2000), *Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice*, Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

Thornicroft G., Tansella M. (2009), *Better Mental Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge.

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.

Van Dijk T. (2003), Critical Discourse Analysis, in Schiffrin D., Tannen D. and Hamilton H.E., *The Handbook of discourse analysis*, Blackwell Reference Online, pp. 352-371.

Vender S. (a cura di). (2005). La stigamtizzazione dal pregiudizio alla cura della malattia mentale, *Noos. Aggiornamenti in Psichiatria*, vol. 11, 3/4.

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

Villea I., Khlatab M. (2007), Meaning and coherence of self and health: An approach based on narratives of life events, *Social Science & Medicine*, vol. 64, pp. 1001–1014. France.

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.

Ware, N. C., Tugenberg, T., & Dickey, B. (2003), Ethnography and measurement in mental health: Qualitative validation of a measure of continuity and care (CONNECT). *Qualitative Health Research*, 13(10), 1393–1406.

Ware, N. C., Tugenberg, T., Dickey, B., & McHorney, C. (1999), An ethnographic study of the meaning of continuity of care in mental health services, *Psychiatric Services*, 50(3), 395–400.

Webber M., Nathan J. (2011), Social Policy and mental health social work, in Webber M., Nathan J., *Social Work with Adults: From Policy to Practice*, in press.

Weick K.E. (1995), *Sensemaking in organizations*, Thousand Oaks, Calif., Sage.

Wells, K., Miranda, J., Bruce, M. L., Alegria, M., & Wallerstein, N. (2004), Bridging community intervention and mental health services research, *American Journal of Psychiatry*,

West T. (2010), Psychosocial Practice in Community Mental Health Services, in Webber M., Nathan J., *Reflective Practice in Mental Health*, Jessica Kingsley Publishers, London.

WHO (2001a), *Atlas: Mental Health Resources in the World 2001*, WHO, Geneva.

WHO (2001b), *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*, WHO, Geneva.

Wodak R. (2002), Aspects of Critical Discourse Analysis, *Zeitschrift für Angewandte Linguistik (ZfAL)*, vol. 36, pp. 5-31.

Wodak R., Krzyzanowski M. (2008), *Qualitative Discourse Analysis in the Social Science*, Palgrave MacMillan, New York.

Wodak R., Meyer M. (2001), *Methods of Critical Discourse Analysis*, Sage, London.

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.

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.

Zucchermaglio, C. (2003). Contesti di vita quotidiana, interazione e discorso. In G. Mantovani, A. Spagnolli (a cura di), *Metodi qualitativi in psicologia*, Il Mulino, Bologna, pp. 47-72.

Siti internet consultati:

[www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it)

[www.salute.gov.it/saluteMentale](http://www.salute.gov.it/saluteMentale)

[www.triestesalutementale.it](http://www.triestesalutementale.it)

[www.aitsam.it](http://www.aitsam.it)

[www.ulss16.padova.it](http://www.ulss16.padova.it)

[www.ulssvicenza.it](http://www.ulssvicenza.it)

[www.aslbassano.it](http://www.aslbassano.it)

[www.ulss.tv.it](http://www.ulss.tv.it)

[www.riabilitazionepsichiatrica.com](http://www.riabilitazionepsichiatrica.com)

[www.francobasaglia.it](http://www.francobasaglia.it)

[www.enc.org/antipsichiatria](http://www.enc.org/antipsichiatria)

[www.oikos.org](http://www.oikos.org)

[www.psichiatriademocratica.com](http://www.psichiatriademocratica.com)

[www.mitoerealta.org](http://www.mitoerealta.org)

## APPENDICE A

### INDICE DELLA RACCOLTA TESTI NORMATIVA NAZIONALE

(viene riportato di seguito l'elenco dei testi utili alla ricerca CTRP, raccolti secondo un ordine temporale)

#### **2010**

- DOCUMENTO PRELIMINARE AL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2010-2012

Comunicazione del Ministro Fazio alla Conferenza Stato-Regioni, 29 aprile 2010

#### **2009**

- CONFERENZA DELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME 29 aprile 2009

Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (artt. 33, 34,35, Legge n. 833/78)<sup>18</sup>

#### **2008**

- CONFERENZA UNIFICATA PROVVEDIMENTO 20 marzo 2008

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento concernente «Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale»<sup>19</sup>

- DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 23 aprile 2008

Nuovi livelli essenziali di assistenza

#### **2006**

- DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 7 aprile 2006

Approvazione del “Piano Sanitario Nazionale 2006-2008”

#### **2004**

- DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 25 giugno 2004

Indizione della “Giornata nazionale della salute mentale”<sup>20</sup>

#### **2003**

- PIANO SANITARIO NAZIONALE 2003-2005

I nuovi scenari e i fondamenti del SSN

#### **2001**

- DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 29 novembre 2001

Definizione dei livelli essenziali di assistenza

- DECRETO 29 marzo 2001, n.182

---

<sup>18</sup> Stabilisce i criteri per ASO e TSO

<sup>19</sup> L'accordo è un atto amministrativo.

<sup>20</sup> Lo scopo della direttiva è favorire la diffusione di una cultura di accettazione nei confronti di soggetti con patologie psichiatriche, nonché informare, sensibilizzare e promuovere l'associazionismo e il volontariato.

Regolamento concernente la individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica<sup>21</sup>

- PIANO SANITARIO NAZIONALE 2001-2003<sup>22</sup>

## **2000**

- DECRETO LEGISLATIVO 7 giugno 2000, n. 168

Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, in materia di principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende sanitarie locali e di limiti dell'esercizio del potere sostitutivo statale, nonché di formazione delle graduatorie per la disciplina dei rapporti di medicina generale

## **1999**

- DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 10 novembre 1999<sup>23</sup>

Approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000"

- DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. 229<sup>24</sup>

Norme per la razionalizzazione del sistema sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419

- LEGGE 26 febbraio 1999, n. 42<sup>25</sup>

Disposizioni in materia di professioni sanitarie

## **1998**

- LEGGE 30 NOVEMBRE 1998, N. 419

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

- PROVVEDIMENTO CONFERENZA STATO-REGIONI 7 maggio 1998

Linee guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione<sup>26</sup>

- DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 23 luglio 1998

Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998 - 2000

---

<sup>21</sup> Sopprime la figura individuata nel decreto 17 gennaio 1997, n. 57 e ne individua nuove caratteristiche.

<sup>22</sup> Il presente piano cita la salute mentale nell'indice come ambito cui orientare uno degli obiettivi di salute da perseguire, ovvero la riduzione delle disuguaglianze e il rafforzamento della tutela dei soggetti deboli. Tuttavia nel testo non compare alcun paragrafo di approfondimento specifico. Il piano presenta solo una tabella sullo stato dell'arte dei processi di adozione della normativa di settore: qui la salute mentale e la riabilitazione sono citate in riferimento al progetto-obiettivo 1998-2000 e al provvedimento conferenza stato regioni 7 maggio 1998, indicati come linee guida già adottate e delineate dal punto di vista normativo.

<sup>23</sup> Questo dovrebbe essere il secondo progetto che si sviluppa a partire dalle criticità dall'attuazione del primo progetto

<sup>24</sup> Fra le altre cose questa legge inserisce una modifica alla 502/1992: inserisce l'art. 3-septies relativo all'integrazione sociosanitaria, definendo le patologie psichiatriche come un'area di prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione.

<sup>25</sup> Integra il DPR 502/92 rispetto al campo di attività e responsabilità proprio della professione sanitaria

<sup>26</sup> Fornisce definizioni utili relative al concetto di riabilitazione, ma non è un decreto specifico per la riabilitazione psichiatrica (rimanda espressamente a successive e apposite normative).

## **1997**

- LEGGE 27 DICEMBRE 1997, n.449

Misure di stabilizzazione della finanza pubblica

- CIRCOLARE DEL MINISTRI DELLA SANITÀ 20 dicembre 1996

Linee-guida per la chiusura degli ex-ospedali psichiatrici

- DECRETO 17 gennaio 1997, n.57

Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale<sup>27</sup>

- DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 14 gennaio 1997

Requisiti minimi per le strutture psichiatriche

## **1996**

- LEGGE 23 DICEMBRE 1996, n. 662

"Misure di razionalizzazione della finanza pubblica"

## **1994**

- LEGGE 23 DICEMBRE 1994, N. 724<sup>28</sup>

Misure di razionalizzazione della finanza pubblica

- DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 7 aprile 1994<sup>29</sup>

Approvazione del progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996"

- DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 1 marzo 1994<sup>30</sup>

Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996

## **1993**

DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 1993, n. 266

Riordinamento del ministero della sanità, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h), della legge 23 ottobre 1992, n. 421.<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> Figura soppressa dal DM 29 marzo 2001, n. 182

<sup>28</sup> E' la legge Finanziaria nella quale viene disposta la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici entro il 31 dicembre 1996 (Art. 3, comma 5). La legge dispone inoltre che i beni mobili ed immobili degli ospedali psichiatrici dismessi, che non possono essere utilizzati per altre attività di carattere sanitario, sono destinati dall'Unità sanitaria locale competente alla produzione di reddito, attraverso la vendita, anche parziale, degli stessi con diritto di prelazione per gli Enti pubblici, o la locazione. I redditi prodotti sono utilizzati per l'attuazione di quanto previsto dal progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996".

<sup>29</sup> Il progetto-obiettivo giunge a quindici anni di distanza dalla legge Basaglia, sull'onda dei risultati insoddisfacenti delle sperimentazioni spontanee seguite alla legge sul territorio nazionale.

Con il decreto viene definita una strategia di intervento che, attraverso tale progetto-obiettivo triennale, mira a realizzare il modello organizzativo del Dipartimento di salute mentale; promuovere progetti specifici per il superamento del residuo manicomiale; promuovere un sistema informativo per il monitoraggio della spesa psichiatrica; individuare un sistema di indicatori di qualità dell'assistenza psichiatrica; promuovere la formazione degli operatori

<sup>30</sup> E' il primo piano sanitario reperibile dopo la legge di riordino della materia sanitaria del 1992.

<sup>31</sup> Riepiloga le funzioni del Ministero della Sanità in materia sanitaria: fra queste la predisposizione del PSN

## **1992**

- DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, n. 502

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421<sup>32</sup>

## **1985**

- LEGGE 23 OTTOBRE 1985, N. 595

Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88.<sup>33</sup>

## **1978**

- LEGGE 23 DICEMBRE 1978, n. 833

Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale<sup>34</sup>

- LEGGE 13 MAGGIO 1978, n. 180

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

---

<sup>32</sup> Scaricata versione già completa di modifiche.

<sup>33</sup> Modifica la legge 833 del 1978, della quale sostituisce l'art.53 nei primi 4 commi, relativi al PSN. Di quest'ultimo stabilisce anche gli obiettivi generali, introducendo la definizione di "progetto-obiettivo" (a tale definizione rimanda l'art. 5 del PSN 1994-1996)

<sup>34</sup> Da qui parte il servizio sanitario nazionale con i piani nazionali, l'organizzazione regionale e locale. In questa legge vengono inserite le riforme psichiatriche relative alla legge basaglia per il trattamento sanitario obbligatorio, ma anche per la chiusura dei manicomi

## LINKS UTILI

### SITO UFFICIALE DEL MINISTERO DELLA SALUTE

<http://www.salute.gov.it/index.jsp>

Pagine utili:

- <http://www.normativasanitaria.it/>: motore di ricerca della normativa nell'ambito della salute mentale
- <http://www.salute.gov.it/saluteMentale/paginaSempliceSaluteMentale.jsp?id=175>: riassunto del quadro normativo nazionale nell'ambito della salute mentale

### SITO UFFICIALE REGIONE VENETO

<http://www.regione.veneto.it/channels>

Pagine utili:

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Programmazione+Socio+Sanitaria/Salute+Mentale/Normativa.htm>: elenco normativa europea, nazionale, regionale in materia di salute mentale

### SITO UFFICIALE POL.IT (The Italian On Line Psychiatric Magazine)

<http://www.pol-it.org/ital/current.htm>

Pagine utili:

- <http://www.pol-it.org/ital/indexnorme.htm>: elenco di aggiornamenti fino al 01/01/2006 contenente leggi, sentenze, normative in materia di salute mentale e suddiviso per argomenti (operatori psichiatrici, concorsi, territorio e istituzioni, psicoterapia, formazione).

### SITO UFFICIALE FORUM SALUTE MENTALE

<http://www.news-forumsalutementale.it><sup>39</sup>

---

<sup>35</sup> Con il riferimento normativo questo link consente di accedere al testo completo in pdf.

<sup>36</sup> Utile per avere una visione d'insieme del percorso fatto dopo la legge Basaglia.

<sup>37</sup> La normativa nazionale segnalata in questo link è stata riportata anche nel presente elenco, mentre quella regionale è stata riportata nel documento di raccolta dei testi della Regione Veneto.

<sup>38</sup> La normativa di questo link non è stata riportata nel presente elenco: la pagina può essere comunque tenuta presente per recuperare aggiornamenti sulla normativa relativa a singoli aspetti dell'analisi, per esempio per tracciare come è cambiata la figura dell'operatore.

<sup>39</sup> Il sito riporta le ultime notizie sul tema e un archivio di tutte quelle precedentemente pubblicate.

## APPENDICE B

### INDICE DELLA RACCOLTA TESTI NORMATIVA REGIONE VENETO

(viene riportato di seguito l'elenco dei testi d'interesse per la ricerca  
raccolti secondo un ordine temporale)

#### **2010**

- DGR 651 del 9 marzo 2010 - Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale - triennio 2010-2012: (L.R. n. 5/1996, DGR n. 105/CR del 14/07/2009)

+ allegato

#### **2009**

- DGR n. 105/CR del 14 luglio 2009 – Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale – triennio 2010-2012: richiesta di parere alla competente Commissione consiliare (L.R. n. 5/1996, art. 18, commi 1 e 2 ).

Allegato: è lo stesso del DGR 651\_2010

- DGR n. 1883 del 23 giugno 2009 – Approvazione del Disciplinare tecnico per il flussi informativi dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale (APT)

#### **2008**

- DGR N. 4208 del 30 dicembre 2008 - Verifica delle condizioni assistenziali presso le grandi strutture residenziali presenti nel territorio regionale del Veneto
- DGR 2860 del 7 ottobre 2008 "Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 c. 5 del D.lgs. 502/1992 e all'art. 1 c.5 del DPCM 502/1995. determinazioni"
- Decreto n. 102 del 13 agosto 2008 - Costituzione di una Commissione per il monitoraggio e la verifica dell'applicazione a livello dei requisiti e standard per la salute mentale
- DGR 1720 del 24 giugno 2008 - Istituzione Commissione Regionale per la salute mentale. Integrazione e nomina componenti.
- DGR 1616\_del 17 giugno 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")
  - Allegato DGR 1616\_08 – Autorizzazione all'esercizio ed accreditamento delle unità di offerta nell'ambito della salute mentale ;
  - Liste di Verifiche unità di offerta per la salute mentale - DGR n. 1616/2008
  - Protocollo 96903\_20 febbraio 2009 - Liste di verifica e tempistica di applicazione degli standard

- DGR 1088\_del 6 maggio 2008 - Progetto Pilota per la Salute Mentale "Futuro Insieme" (D.G.R. n. 1501/2003): dalla sperimentazione alla gestione a regime

## **2007**

- DGR n. 4044 del 11 dicembre 2007 - 1° Conferenza Regionale per la Salute Mentale
- PdL n. 235 – Proposta di legge “Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2007-2009”
- Piano di zona per il triennio USSL 16 (Padova) 2007-2009<sup>40</sup>

## **Fino al 2006**

- DGR n. 373 del 11 febbraio 2005 – Istituzione Commissione Regionale per la Salute Mentale
- PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE  
Allegato
- L.R. 22/2002 – Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali.
- DGR n. 4080 del 22 dicembre 2000 “Progetto Obiettivo per la Salute mentale. Aggiornamento (L.R. n. 5/1996, art. 18, commi 1 e 2)”  
Progetto obiettivo Salute Mentale  
Allegato n. 1 Indicatori di attività delle équipe psichiatriche e del DSM  
Allegato n. 2 Indicatori sulla qualità dell’attività e dei processi  
Allegato n. 3 Indicatori sulla qualità percepita
- Estratto DGR 751 del 10 marzo 2000 - Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva - LR 5/96 (art.13 co. 3 - art. 17) PSSR 1996-98<sup>41</sup>
- D.G.R. 15 febbraio 2000, n. 447 - D.Lgs. 229/99 art. 8-ter. - Autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie
- D.G.R. Veneto n. 740/1999
- L.R. 3 febbraio 1996 n. 5  
Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1996-1998
- L.R. 29 gennaio 1996, n. 3  
Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 1995-1997
- L.R. 14-9-1994 n. 56  
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», così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517

<sup>40</sup> Trovato in: [news.ulss16.padova.it/NEWS/allegati/ssociali/tmp-uB8uF.pdf](http://news.ulss16.padova.it/NEWS/allegati/ssociali/tmp-uB8uF.pdf)

Ci sono tutte le differenze tra i vari tipi di servizi psichiatrici territoriali.

<sup>41</sup> DOCUMENTO MOLTO IMPORTANTE SPECIFICO SULLE COMUNITA' TERAPEUTICHE PROTETTE!

- L.R. n. 28/1991

Provvidenza a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio e norme attuative delle residenze sanitarie assistenziali

- L.R. n. 21/1989

Piano socio-sanitario regionale 1989/91<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Individua le aree di intervento dei progetti-obiettivo, tra cui quella relativa alla tutela della salute mentale, che poi saranno confermate dalla LR n. 5/1996, ovvero il PSSR 1996-1998.

## **LINKS UTILI**

### SITO UFFICIALE REGIONE VENETO

<http://www.regione.veneto.it/channels>

Pagine utili:

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Programmazione+Socio+Sanitaria/Salute+Mentale/Normativa.htm>: elenco normativa europea, nazionale, regionale in materia di salute mentale

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Programmazione+Socio+Sanitaria/Salute+Mentale/>: pagina di aggiornamenti relativi alla salute mentale

### CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

<http://www.consiglioveneto.it/crvportal/index.jsp>

Pagine utili:

<http://www.consiglioveneto.it/crvportal/pageContainer.jsp?n=29&e=29&c=2&t=0>: in questa pagina, usando il menù laterale è possibile trovare il motore di ricerca per le leggi regionali

## APPENDICE C

### **C.T.R.P. A**

#### **Struttura**

La comunità è situata alla periferia di Abano vicino a dei campi agricoli, ma allo stesso tempo è a dieci minuti dal centro della cittadina turistica.

Questa posizione consente un rapporto tranquillo con l'ambiente esterno, senza una sensazione di isolamento, perché i servizi e i luoghi più densamente abitati sono facilmente accessibili.

Si tratta di una casa singola su tre piani con giardino.

- Al piano terra sono presenti ampi spazi per le attività giornaliere (1 stanza attività, 1 sala da pranzo, la cucina, 2 salottini, la stanza infermieri, 2 bagni, 1 sgabuzzino, 1 lavanderia).
- Al primo piano ci sono le camere degli ospiti (1 tripla, 3 doppie e 3 singole), suddivise in due ali (maschile e femminile) separate da una grande stanza utilizzata per colloqui e riunioni, sono inoltre presenti 5 bagni.
- Al secondo piano ci sono 4 stanze e 2 bagni.

#### **Obiettivo della comunità**

La CTRP (Comunità Terapeutica Residenziale Protetta) è una struttura sanitaria dove la finalità è principalmente terapeutica e riabilitativa per recuperare potenzialità e capacità perdute nel processo psicopatologico, promuovendo in particolare la gestione di sé e della malattia mentale.

#### **Destinatari**

La CTRP ospita 12 utenti residenti e fino a un massimo di 5 in regime semiresidenziale;

I destinatari sono utenti provenienti dal territorio del I servizio psichiatrico (inviati dal CSM I) per i quali è necessario un progetto terapeutico riabilitativo e residenziale personalizzato in trattamento prolungato da verificare periodicamente. E' indicata per utenti con psicopatologie gravi, che abbiano risorse attivabili, con un progetto di reinserimento, ad esclusione di:

- insufficienze mentali gravi,
- personalità psicopatiche profondamente disturbate,
- disturbi di personalità con importanti etero e auto aggressività,
- abuso di sostanze.

#### **Personale**

Le CTRP sono strutture sanitarie in cui la presenza del personale è garantita sulle 24 ore.

Le figure professionali attualmente presenti sono: 1 coordinatore infermieristico, 8 infermieri professionali (uno per turno), 2 Oss, 2 educatrici, 1 medico che impiega in tale struttura il 20 ore settimanali, un ass. soc. di riferimento.

La comunità si avvale inoltre dell'intervento di 3 collaboratori esterni che conducono altrettante attività strutturate.

#### **Strumenti di lavoro**

La comunità terapeutica utilizza la dimensione di gruppo come risorsa fondamentale della sua strategia terapeutica. Le relazioni fra i componenti della comunità, improntate al riconoscimento e rispetto delle reciproche esigenze, alla condivisione della vita quotidiana ed ad una costante mediazione fra il mondo interno dei utenti e la realtà esterna, sono alla base dell'esperienza emotiva correttiva che costituisce il substrato terapeutico riabilitativo della comunità.

La giornata della comunità è scandita in tempi dedicati ad attività strutturate e tempi legati alla quotidianità. Il clima familiare affettivo con cui vengono curati i vari aspetti della quotidianità permette un momento di incontro in una dimensione umana tra l'operatore e l'utente.

Per articolare il programma terapeutico riabilitativo individualizzato la CTRP utilizza come strumento la cartella integrata.

Il programma riabilitativo generale si rivolge essenzialmente a migliorare le capacità di stare insieme agli altri sia allo scopo di non essere più un elemento di disturbo per gli altri, sia di riuscire a percepire e mettere in pratica gli aspetti positivi e le potenzialità dello stare e lavorare in gruppo; inoltre ci si occupa, naturalmente, dell'educazione alla cura di sé, del proprio spazio e delle proprie cose. Si favorisce l'acquisizione di consapevolezza di malattia (quindi l'adesione alle cure farmacologiche e il riconoscimento dei sintomi e i segni precoci di crisi). Gli interventi terapeutico riabilitativi sono inoltre sulla gestione del denaro e su altri problemi particolari e personali che possono presentare gli utenti. I programmi terapeutico-riabilitativi sono personalizzati in quanto si stabiliscono tempi e modi di intervento con ognuno degli utenti in rapporto ai problemi che si evidenziano, al livello di maturazione dell'esperienza comunitaria in cui si trovano, al grado di patologia e le reali potenzialità che presentano ed altro. L'atteggiamento degli operatori è quello di concordare e contrattare sempre l'intervento riabilitativo individuato con ogni utente perché diventi egli stesso parte attiva di tale progetto se condiviso. In considerazione di tutto ciò l'inserimento dell'utente in comunità va pensato come una tappa del suo percorso terapeutico che egli stesso sia, almeno in parte, in grado di scegliere e non come un asilo stabile contenitivo e indefinito.

### **Linee guida per l'inserimento e l'accoglienza dell'utente**

L'inserimento dell'utente avviene tramite **presentazione** del caso nella riunione d'equipe da parte dell'inviante.

A questo fa seguito **l'incontro con l'utente e la sua famiglia** in comunità. Tale incontro è un momento importante in cui, oltre a prendere atto della realtà comunitaria, l'utente e i familiari sono invitati ad esprimere le loro aspettative rispetto a tale scelta e a discutere una prima bozza di progetto di aiuto sulle aree problematiche espresse dall'utente.

Dopo l'inserimento che ha tempi variabili vi è una fase di **osservazione** da parte degli operatori che permette di mettere maggiormente a fuoco il progetto riabilitativo che verrà di volta in volta nuovamente contrattato con l'utente. Si cercherà così di costruire un percorso individuale che tenga conto delle potenzialità e dei limiti della persona.

All'incirca ogni 6 mesi si effettua un incontro di **verifica con il medico inviante** alla riunione generale dell'equipe che ha una sua periodicità settimanale. Durante il percorso comunitario infatti l'utente **mantiene il rapporto terapeutico con lo psichiatra territoriale di riferimento** col quale può avere un confronto esterno alla comunità in cui può riflettere sull'esperienza che sta vivendo.

### **Riunioni della CTRP**

La **riunione d'equipe** si tiene ogni settimana e ha la durata di 2 ore. In tale riunione sono presenti tutti gli operatori.

Mensilmente viene fatto in comunità il **gruppo con i familiari** degli ospiti. Questo gruppo dura 1 ora e 30 minuti è condotto dal medico della Comunità con la presenza di vari operatori (educatore, infermiere, coordinatore, tirocinante psicologi). Tale incontro è finalizzato alla condivisione del percorso effettuato dagli ospiti con i propri familiari, al confronto sui progressi e le difficoltà incontrate, al riconoscimento dei vari aspetti della malattia, alla condivisione tra di loro di esperienze comuni e no e a facilitare delle forme di solidarietà e aiuto reciproco. Sono inoltre previsti momenti di incontro dedicati a singoli nuclei familiari (oltre quelli per l'ingresso e la dimissione) per far fronte a situazioni particolari.

Mensilmente si fa una **riunione sulle attività** in cui sono presenti anche i collaboratori esterni.

Oltre alle riunioni strutturate si fanno spesso microriunioni occasionali su problemi emergenti.

### **Attività strutturate**

Sono perlopiù finalizzate a facilitare la capacità di stare insieme agli altri, a migliorare la comprensione di sé e dei propri bisogni, a trovare canali di espressione della propria emotività e a recuperare o acquisire competenze.

Tutte le attività strutturate sono:

precedute da una riunione degli operatori che preparano e raccolgono impressioni e riflessioni sul gruppo con gli utenti (*pregruppo*) e seguite da un incontro analogo in cui si riflette sull'andamento dell'attività appena svolta (*postgruppo*). Vi è successivamente un lavoro di trascrizione dell'attività svolta con le riflessioni relative.

### **C.T.R.P. B**

#### Assetto Istituzionale

Destinata unicamente ai nuovi casi di menomazione e disabilità conseguenti o correlate alla malattia mentale, provenienti dal territorio di afferenza dell'équipe, ospita di norma 12 utenti. In essa l'azione sanitaria e riabilitativa sono intense e preponderanti e la presenza del personale è garantita 24 ore su 24 tutti i giorni della settimana. Sono inseribili in questa struttura pazienti in trattamento prolungato per i quali è necessario un progetto terapeutico-riabilitativo-residenziale personalizzato da verificare periodicamente (6).

L'assetto istituzionale della Meridiana è caratterizzato dalla compresenza della Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (C.T.R.P.) e del Centro Diurno (C.D.).

#### Centro Diurno

Il Centro Diurno, funzione del CSM, è una struttura riabilitativa semi-residenziale, frequentata da persone in carico al CSM che, a seguito di una malattia psichica, hanno sviluppato disabilità di carattere sociale, relazionale e lavorativo ed hanno bisogno di intraprendere un percorso riabilitativo e risocializzante che gli permetta di sperimentare e di apprendere in luogo protetto abilità nelle relazioni interpersonali, nell'autonomia personale, nella gestione della quotidianità e più in generale nella cura di sé, compatibilmente con le capacità residue della persona.

L'accesso alle attività svolte dal Centro Diurno avviene attraverso una programmazione congiunta con il Centro di Salute Mentale di riferimento e per periodi definiti.

Le diverse attività del Centro Diurno sostengono progetti riabilitativi e di risocializzazione svolte sia nella struttura del Centro sia in strutture esterne come nel caso delle attività sportive e del tirocinio lavorativo.

La scelta degli obiettivi avviene dopo un'attenta valutazione delle abilità sociali e del livello di autonomia delle persone inviate. Per il loro perseguimento si usano mezzi espressivi come l'arte, la musica, il teatro e altre attività creative; si suggerisce un corretto rapporto con il corpo attraverso tecniche come la ginnastica adattata; si sperimentano particolari momenti della vita di gruppo, focalizzati sulle relazioni interpersonali, attraverso l'organizzazione di gite e di soggiorni.

Oltre agli obiettivi di sviluppo di competenze sociali e relazionali, della gestione di sé e dell'uso consapevole del tempo (raggiungibili mediante le attività sopra descritte), altro importante obiettivo è lo sviluppo di competenze "lavorative" perseguibile attraverso la possibilità di accedere ad un tirocinio lavorativo (6).

#### Comunità Terapeutica Residenziale Protetta

La Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (C.T.R.P.) è un'Unità Operativa del Dipartimento di Salute Mentale che accoglie persone con disturbi psichici che incidono profondamente sul pensiero e nelle relazioni interpersonali e che pertanto necessitano di un percorso di cura ed assistenza in un ambiente sanitario protetto con forti caratteristiche familiari.

Per questi pazienti è necessario un progetto terapeutico riabilitativo residenziale personalizzato in trattamento prolungato (medio-lungo) da verificare periodicamente.

Nella CTRP, che non va intesa come soluzione abitativa definitiva, l'azione sanitaria e riabilitativa sono intense e preponderanti e la presenza di personale infermieristico è garantita 24/24 ore die per tutti i giorni della settimana.

Il progetto terapeutico stabilito è individuale e si avvale di una terapia integrata costituita da attività strutturate individuali e di gruppo, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo, psicoterapia familiare, terapia ambientale, colloqui con i familiari, attività socio riabilitative, colloqui e visite psichiatriche, colloqui psicologici, farmacoterapia, collaborazione con Agenzie esterne del territorio e altri Servizi dell'AULSS per il reinserimento sociale.

La CTRP ospita un numero massimo di 12 pazienti, di norma provenienti dal territorio di afferenza dell'equipe per garantire la continuità assistenziale, per un periodo di 24 mesi, eventualmente prolungabile, dopo avere rinegoziato il progetto di inserimento, per un ulteriore periodo di 24 mesi.

L'ammissione alla CTRP viene decisa dall'equipe curante della Comunità su proposta di uno psichiatra del Dipartimento (6).

### Missione

Natura istituzionale

La C.T.R.P. è una struttura residenziale extra-ospedaliera che ospita persone con patologia psichiatrica, offrendo loro uno spazio abitativo e la possibilità di aderire ad un programma terapeutico - riabilitativo e socio-riabilitativo di medio - lungo periodo; lo scopo è di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative (7).

La missione della C.T.R.P. è di

Contribuire alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute mentale dei soggetti affetti da disturbi psichici assicurando la produzione di un percorso terapeutico riabilitativo individualizzato volto al recupero delle capacità di relazione interpersonale, di integrazione sociale e di attività lavorativa compromesse dal disturbo psichico.

Fare prevenzione terziaria, ovvero ridurre le conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite interventi volti all'attivazione delle risorse (quantunque residuali) degli individui e del contesto di appartenenza;

Salvaguardare la salute mentale e la qualità di vita del nucleo familiare del paziente; migliorare il funzionamento globale dei nuclei familiari con gravi problemi relazionali;

Ridurre i suicidi ed i tentativi di suicidio nella popolazione a rischio, per specifiche patologie mentali e/o per appartenenza a fasce d'età particolarmente esposte (adolescenti e persone anziane);

Sviluppare rapporti di collaborazione con le aziende sanitarie territoriali e con altri soggetti (volontariato, altre aziende sanitarie) finalizzati alla realizzazione della continuità assistenziale e al monitoraggio del percorso del paziente prima, durante e dopo il "ricovero", nella piena consapevolezza della centralità del cittadino/utente nel sistema. (7, 8)

### Valori etici di riferimento

La politica attuata dalla C.T.R.P. è costituita dall'insieme dei criteri che orientano gli scopi, le intenzioni e le azioni di tutti coloro che, a vario titolo, operano nella C.T.R.P. e contribuiscono all'assolvimento della sua missione. La C.T.R.P. assume i seguenti valori di riferimento, vincolanti ai fini della programmazione strategica e di gestione delle proprie attività (8)

Centralità del cittadino: la C.T.R.P. pone al centro delle sue azioni l'utente coinvolgendolo in prima persona nella scelta consapevole del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato offerto e garantendo una risposta assistenziale di elevato livello tecnico-professionale volto alla soddisfazione dei suoi bisogni.

Qualità dell'assistenza: la C.T.R.P. promuove percorsi terapeutici riabilitativi, nell'ambito della salute mentale, in grado di adeguare l'uso delle diverse competenze professionali alla produzione di un'assistenza pertinente (efficacia) ed appropriata (efficienza), imperniata sui bisogni dei destinatari, orientata al miglioramento continuo ed ispirata al principio della "continuità assistenziale" caratterizzata dal monitoraggio del percorso del paziente prima, durante e dopo il ricovero.

Appropriatezza: la C.T.R.P. offre percorsi terapeutici riabilitativi individualizzati, valutati in termini di efficacia (per il paziente), di validità tecnico scientifica (provata evidenza allo stato attuale delle conoscenze) e di impatto gestionale (definizione delle risorse disponibili e delle modalità con le quali le stesse vengono combinate) ai fini dell'ottimizzazione degli interventi nell'ambito percorso terapeutico.

Accessibilità: l'accesso al servizio residenziale è vincolato alla sottoscrizione, da parte dell'utente, di un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato e concordato fra la mini-équipe della C.T.R.P. e la mini-équipe del C.S.M. Il tempo di attesa per l'accesso non supera i 30 giorni dalla formulazione del progetto di inserimento, ad eccezione di saturazione dei posti letto (9).

Affidabilità: il progetto terapeutico riabilitativo personalizzato con cui l'utente viene inserito è periodicamente verificato dall'équipe che ha in carico il paziente. Questo consente di adeguare, con continuità e coerenza, le modalità con le quali viene seguito il progetto alle necessità dell'utente e agli obiettivi a cui il progetto si ispira; inoltre permette di assicurare il raggiungimento dei migliori risultati attendibili nel rispettando dei tempi stabiliti.

Trasparenza: la C.T.R.P. basa le sua attività assistenziale sul "principio di trasparenza" coinvolgendo, sin dalla fase di ideazione del progetto terapeutico riabilitativo, l'utente ed i suoi famigliare. In questo modo garantisce all'utente ed ai suoi famigliare la visibilità e la comprensibilità del processo di cura, degli obiettivi, delle attese, dei risultati e degli impegni che lo caratterizzano.

Formazione: la C.T.R.P. promuove ed investe nel sistema di formazione continua del personale inteso quale strumento per garantire il mantenimento, l'adeguamento e lo sviluppo delle conoscenze professionali e culturali in grado di incidere, in termini di miglioramento continuo, sull'appropriatezza e la qualificazione degli interventi assistenziali e terapeutico - riabilitativi in sintonia con il progresso scientifico relativo all'ambito della salute mentale.

Interattività: la C.T.R.P. promuove l'integrazione tra attività sociali, culturali, religiose, di volontariato e di assistenza sociale promosse dalla collaborazione tra Istituzioni Pubbliche, C.T.P. ...(Centro Territoriale Permanente per l'educazione e la formazione in età adulta), il privato sociale, associazione dei familiari e comuni che afferiscono al servizio; l'intento è quello di sviluppare collaborazioni operative finalizzate non solo alla tutela della salute mentale ma anche al superamento di barriere ideologiche, culturali e sociali (come lo stigma sociale), religiose e fonte di emarginazione (6).

#### Visione

Garantire, attraverso l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi terapeutico riabilitativi, la promozione della salute mentale e la lotta allo stigma.

La visione strategica, nel perseguimento degli obiettivi e delle finalità terapeutiche e riabilitative volte a recuperare potenzialità e capacità perdute a causa della malattia, si realizza nell'ambito di un sistema capace di supportare obiettivi di appropriatezza, di efficacia, di adeguatezza e di qualità dell'assistenza offerta agli utenti rispetto ai loro bisogni.

Orientata al miglioramento continuo della qualità della propria offerta e rivolta alla ricerca della soddisfazione dell'utente, dei suoi famigliari e degli operatori, che si realizza in un contesto di benessere organizzativo (6)

### **C.T.R.P. F**

#### PRESENTAZIONE

...

Dopo vent'anni di lavoro nel territorio bassanese e nella provincia di Vicenza, la Cooperativa oggi conta un numero significativo di servizi che gestisce per conto di Enti pubblici e/o privati relativi a servizi dell'area anziani (Residenze Sanitarie Assistenziali, Case di Riposo, Assistenza Domiciliare, pregati individuali LR. 162/98), dell'area del disagio psichico (Centro Diurno di Riabilitazione Psico Sociale, Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta) e dell'area della prima infanzia (Asili Nido, Servizi socio educativi, Crec).

La Cooperativa nella gestione di ciascuno di questi servizi cerca di costituire un'équipe con l'obiettivo di promuovere l'integrazione pubblico-privato, attivando sinergie che migliorino la qualità dei servizi.

Aderendo allo spirito che l'ha fatta nascere, la Cooperativa non prevede semplici dipendenti ma soci, che si impegnano con professionalità e competenza ponendo al centro del loro lavoro l'uomo in tutti i suoi aspetti.

Oggi la Cooperativa La Goccia si basa sulla prestazione sinergica di oltre 300 soci lavoratori, da sempre impegnati con serietà e partecipazione nel fornire servizi di assistenza, in modo non burocratico, ma con progettualità, innovazione, forte volontà e intraprendenza.

#### FINALITÀ

La Cooperativa, senza fini di lucro, ispirandosi ai principi dell'autogestione e della mutualità, ha lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità, dalla promozione umana all'integrazione sociale dei cittadini, attraverso la gestione di servizi sociosanitari ed educativi.

Tutti i lavoratori impegnati nell'attività della Cooperativa devono essere soci ed in quanto tali si ispirano ai principi che sono alla base del movimento cooperativo, e quindi la mutualità, la solidarietà, la democraticità, l'impegno, l'equilibrio delle responsabilità rispetto ai ruoli, lo spirito comunitario, il legame con il territorio, un equilibrato rapporto con lo Stato e le Istituzioni Pubbliche.

#### "PATRIMONIO" CONDIVISO DA OFFRIRE

Definiamo nostri clienti gli utenti, le persone che beneficiano del nostro intervento riabilitativo e/o assistenziale. E' una nostra finalità perseguire il loro soddisfacimento e benessere.

Gli enti che ci affidano i servizi diventano nostri partners con i quali cerchiamo di costruire un valido rapporto e di instaurare una relazione di stretta collaborazione partendo da questi principi:

L'identità: il riconoscimento della diversità individuale all'interno della partnership come valore aggiunto. E' nella diversità e differenza che siamo riusciti a cogliere mutamenti e nuove ed inaspettate prospettive.

I valori possiamo cantare su un'etica di fondo condivisa: la fiducia nelle potenzialità dell'uomo, la solidarietà verso chi esprime un malessere, il desiderio di salute per la collettività, rappresentano il collante del nostro agire; il profondo radicamento di queste convinzioni sostiene le nostre scelte e dirige le nostre azioni.

Le strategie sono definite sulla base di obiettivi dichiarati, discussi, problematizzati o condivisi; esse vengono aggiornate sulla base della verifica degli esiti relativi agli obiettivi dichiarati.

Le nostre azioni, la nostra storia comune e il senso dell'agire insieme che ci portano a disegnare professionalità sempre in mutamento riuscendo a coniugare il management con l'etica senza profitto. Sappiamo anche che non ci si può prendere cura degli altri se non vi è contestualmente una "cura" dei nostri soci che operano nelle diverse realtà. La Cooperativa quindi persegue l'obiettivo di una formazione continua tesa a valorizzare le singole professionalità.

...

Oggi la psichiatria moderna sta dedicando molte energie nella ricerca di terapie efficaci in due particolari ambiti psicopatologici: gli interventi precoci nelle psicosi acute (1° episodio) in giovani adulti ed il trattamento dei disturbi di personalità con particolare rilevanza per il disturbo borderline. Per entrambi vi è una concordanza unanime nella comunità scientifica secondo la quale occorre intervenire con approcci terapeutici diversificati, specialistici e al tempo stesso fortemente integrati fra di loro.

Uno di questi approcci riguarda il trattamento terapeutico residenziale in piccole comunità che è anche l'ambito della nostra proposta terapeutica.

La residenzialità psichiatrica nel panorama italiano va mostrando da tempi gravi limiti che sono stati messi in evidenza da importanti ricerche, una fra tutte la ricerca progress dell'Istituto Superiore della Sanità.

Tale ricerca ha confermato quanto andava evidenziandosi dalle osservazioni che provenivano da più parti e cioè che la permanenza nelle strutture residenziali è di solito lunga con una percentuale molto bassa di dimissioni (basso turnover), il che suggerisce che queste strutture diventino "case per la vita".

Tenendo conto che la stessa ricerca ha messo in evidenza che ben il 67,4 % dell'utenza aveva una diagnosi di schizofrenia e disturba deliranti si può ben cogliere come le stesse strutture non siano adatte né ad accogliere i primi episodi psicotici nei giovani adulti né tantomeno i disturbi di personalità. I più recenti orientamenti in questo senso raccomandano per queste ultime patologie, inserimenti in contesti diversi da quelli dove sono presenti patologie di tipo psicotico cronico; ciò sia per motivi di ordine clinico e terapeutico sia per motivi etici.

Inoltre nella maggior parte dei casi l'aspetto del contratto con il paziente è risultato essere fortemente carente con ripercussioni negative sulla compliance al trattamento e sulla durata dell'inserimento.

Da pari passo quindi si fa sempre più strada la necessità di dare risposte terapeutiche in contesti residenziali specialistici all'interno di un percorso che preveda diversi livelli di cura alternati tra di loro: dalla ospedalizzazione al trattamento residenziale fino a quello ambulatoriale.

La comunità vuole essere:

- Una casa, divisa in due ampie unità abitative, dedicata a pazienti con disturbi gravi di personalità e/o pazienti giovani adulti al primo episodio psicotico, in fase post acuta con remissione dei sintomi positivi in cui permane il sottostante disturbo di personalità.

- La comunità si propone come alternativa al trattamento ambulatoriale post—ricovero che può dimostrarsi inefficace perché il paziente ritorna nell'ambiente che ha favorito lo sviluppo della patologia ed ha come conseguenza la necessità di ricorrere ad una serie di ricoveri che possono portare alla cronicizzazione sintomatologica. Ci rivolgiamo inoltre ai giovani pazienti psicotici in fase di stabilizzazione sintomatologica che hanno mantenuto un sufficiente funzionamento sociale ma che potrebbero cronicizzarsi se venissero inseriti in una comunità con una forte presenza di pazienti psicotici.

- Una comunità ad alta protezione e ad alto livello di intervento terapeutico per moduli di accoglienza di 6 mesi, al termine del quale si procede alla valutazione di una dimissione concordata ed assistita. Tale valutazione può indicare la necessità di rinnovare la permanenza per ulteriore moduli nella struttura. Un nuovo accesso dovrebbe comunque riferirsi ad una possibilità di ulteriore progresso verso l'acquisizione di strumenti psichici e cognitivi tesi a consolidare lo stato di benessere e di autonomia del paziente.

Particolare enfasi dunque viene data al contratto che intendiamo stabilire con il paziente e la sua famiglia, ma anche con la stessa struttura inviante, al fine di evitare processi di cronicizzazione.

- Una comunità dove la diversa formazione degli operatori assicuri un uso integrato dei vari approcci teorici (setting multipli) che oggi sono impiegati nella cura e la riabilitazione dei disturbi di personalità.

Riteniamo che le tecniche siano destinate a diventare dei contenitori sterili se non sono inserite in un contesto di comprensione delle dinamiche affettive della persona nella sua relazione con il mondo e con l'équipe curante. Per questo le tecniche cognitive comportamentali (Dialectical Behavioral Therapy) sono integrate da una comprensione del soggetto secondo la prospettiva psicoanalitica e dell'attaccamento.

L'approccio psicoterapeutico individuale consente inoltre di focalizzare il lavoro sugli aspetti transferali e controtransferali, assicurando una dimensione personalizzata della cura.

- Una comunità fondata sul lavoro del gruppo che attraverso l'analisi del quotidiano (cultura dell'indagine) ed il confronto con la realtà permetta di imparare dall'esperienza (living/learning) favorendo la maturazione personale intesa come arricchimento di nuovi stati mentali e dalla comprensione di quelli altrui con un graduale abbandono delle difese primitive.

Il nostro programma terapeutico riabilitativo non vuole essere soltanto la mera proposta di attività secondo le più recenti linee guida, è soprattutto il frutto condiviso dei singoli percorsi formativi degli operatori che vi lavorano, un percorso profondamente sentito che desideriamo cercare di trasmettere agli ospiti attraverso le tecniche riabilitative qualsiasi esse siano. Il nostro ospite sarà pensato attraverso una "mentalità psicanalitica" che oltre a coniugare le recenti teorie sull'attaccamento, farà da sfondo alle varie tecniche di tipo cognitivo comportamentale.

L'ingresso dell'ospite è subordinato ad una fase contrattuale con il paziente (raccolta della storia personale, analisi della motivazione, incontro con i familiari) - questa fase viene definita anche come pre-terapia e comprende l'assessment psicodiagnostico.

Questo primo periodo ha una durata media di due settimane; al termine, sono restituiti all'équipe del DSM, al paziente e ai suoi familiari, sia i risultati dell'osservazione che un'indicazione terapeutica. Questo periodo d'osservazione è finalizzato alla possibilità di giungere ad un progetto terapeutico.

Criteri di selezione.

La comunità accoglie pazienti con:

- disturbi di personalità con diversi gradi di gravità (cluster A e B tranne i disturbi antisociali);
- pazienti psicotici al primo episodio acuto;
- pazienti che presentano patologie gravi ma transitorie o patologia psicotica non codificata ma che potrebbero cronicizzarsi se venissero inseriti in una comunità con una forte presenza di pazienti psicotici.

Un criterio fondamentale di selezione consiste nel valutare che la patologia del paziente possa trarre beneficio e sia compatibile con la metodologia clinica applicata e la sua efficacia attesa.

Criteri di esclusione.

Così possiamo già affermare che, per il tipo di organizzazione della comunità, vanno esclusi i pazienti in cui sia stato evidenziato un marcato tratto di disturbo antisociale di personalità, pazienti che hanno procurato ferite gravi a terzi, pazienti con diagnosi preminente di disturbo da abuso di sostanze.

La fase terapeutica coincide con il vero e proprio ingresso in comunità.

Le sue finalità sono:

- Individuare i presupposti della crisi, i prodromi, i meccanismi d'innescò, le cause favorevoli, e successivamente passare alla individuazione di strategie per la soluzione dei problemi che verranno acquisite con gradualità.
- Osservazione delle oscillazioni comportamentali del paziente durante l'intero arco della giornata.

- Offrire al paziente una terapia di tipo cognitivo-comportamentale consente una sorta di "alfabetizzazione" del paziente circa il suo mondo interno (comprese le rappresentazioni delle sue relazioni) che rende il paziente più adeguato al trattamento, successivo o contestuale, di tipo psicoterapeutico.
- Migliorare la condizione sociale, il riconoscimento delle situazioni sociali e delle emozioni negli altri.

La C.T. ha la funzione di offrire al paziente la terapia che egli è in grado di sostenere mettendolo nelle condizioni di assumere la propria parte di responsabilità proporzionata alla sua patologia.

La vita "familiare" della comunità viene organizzata secondo un modello di vita il più possibile vicino a quello condiviso dalla maggior parte delle persone secondo le normali aspettative sociali. In questo contesto si inseriscono i Gruppi di matrice educativo-pedagogica finalizzati all'organizzazione e gestione della vita in comune e personale.

Gruppi inerenti la Dialectical Behavioral Therapy DBT: mindfulness, efficacia relazionale, distress tolerance, regolazione emozionale.

Gruppi di cognizione sociale

1. Gruppo Emozionale volto al riconoscimento, all'attribuzione e all'espressione delle emozioni.
2. Gruppo "teoria della mente": è un gruppo che indaga e migliora le capacità della persona di porsi nei panni degli altri. Tale abilità è definita "teoria della mente".
3. Gruppo situazioni sociali: il gruppo aiuta il paziente a giudicare l'appropriatezza di comportamenti all'interno di situazioni sociali, distinguendo i comportamenti normativi da quelli meno adeguati.
4. Gruppo regole sociali: permette di rafforzare la conoscenza delle regole sociali distinguendo tra quelle morali e quelle convenzionali.
5. Gruppi di abilità relazionali: la finalità è quella di implementare le competenze relazionali (competenze sociali) attraverso il Problem Solving Training che prevede l'utilizzo di tecniche di role playing. Tali gruppi sono inoltre finalizzati al riconoscimento dei patterns e alla costruzione delle relative "skills" (strategie adattive).

L'approccio psicoanalitico viene utilizzato nei gruppi psicoterapeutici a carattere espressivo. Insieme al gruppo psicoterapeutico, dedicato alla libera espressione di associazioni relative sia alla vita di comunità che a quella personale, del proprio romanzo familiare, si affiancano gruppi espressivi come arte terapia, fotografia, musica e video-terapia.

In tali gruppi è previsto l'uso dei supporti tecnologici più recenti per stimolare la creatività ma anche convogliarla in un metodo che, attraverso un uso "disciplinato", permetta al soggetto di esprimere la complessità del proprio mondo interiore al fine di riorganizzarlo.

La psicoterapia individuale è prevista e viene offerta dopo una valutazione del progetto individuale. Gli ospiti possono organizzare delle uscite dalla comunità programmate e discusse in un apposito gruppo. Tali uscite prevedono un momento organizzativo ed un momento di feedback sulle uscite (verifica dell'esperienza).

Gruppo del tempo libero: per l'organizzazione degli spazi relativi al tempo libero.

La giornata sarà inoltre scandita da due momenti che segneranno l'inizio e la fine delle attività: un gruppo organizzativo al mattino, ed uno serale volto alla condivisione e all'analisi dei fatti significativi della giornata e all'espressione degli stati emotivi.

La presa in carico della famiglia e un altro tassello fondamentale del progetto terapeutico riabilitativo, sono previsti sia colloqui nella fase di accoglimento sia durante il trattamento riabilitativo vero e proprio.

L'approccio è quello psicoeducazionale relativamente agli aspetti della malattia e di sostegno alla relazione con individuazione delle strategie di comunicazione più efficaci.

Per i pazienti con disturbo psicotico offriamo un percorso differenziato che privilegerà la rassicurazione dall'angoscia psicotica, la crescita della fiducia e della speranza, la comprensione del delirio e delle allucinazioni (ove presenti) nonché delle distorsioni cognitive.

L'ospite è quindi aiutato nel rafforzamento dell'esame di realtà, nella pianificazione, nel miglioramento delle strategie di coping e autoregolazione, ciò attraverso la riformulazione normalizzante e la

chiarificazione. Verrà posta particolare attenzione nell'affrontare la negazione della malattia e la riduzione dello stigma.

L'équipe ha voluto mettere a disposizione di questo progetto, riflette sul desiderio di offrire una presa in carico globale sia sul piano medico-psichiatrico sia su quello terapeutico riabilitativo.

## IL PERSONALE E L'ORGANIZZAZIONE DELLA STRUTTURA

Il personale che opera in Comunità risponde ai requisiti previsti dalla Legge Regionale n. 22 del 16 Agosto 2002.

Tale personale è composto dalle seguenti figure professionali:

1 Direttore di Comunità, Psicologo Psicoterapeuta.

1 Direttore Medico, Psichiatra.

2 Psicologi Psicoterapeuti responsabili delle attività terapeutiche riabilitative.

1 Infermiere Professionale che, oltre ad essere responsabile dell'assistenza infermieristica, coordina tutte le attività di hospice.

1 Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica a tempo pieno che, oltre a coordinare le attività degli OSS, conduce attività e progetti di tipo psicoeducativo.

5 Operatori sociosanitari che assicurano la presenza nell'arco delle 24 ore 7 giorni su 7.

1 Assistente Sociale

Tutto il personale dello staff ha maturato una comprovata formazione ed esperienza professionale nell'ambito dei servizi di salute mentale.

### Il Direttore di Comunità

Il Direttore di Comunità risponde del suo operato al Consiglio di Amministrazione della Cooperativa. Egli si avvale inoltre della consulenza della Direzione scientifica ed organizzativa di uno Psicologo-Psicoterapeuta Senior con comprovata esperienza clinica e gestionale/organizzativa.

Il Direttore di Comunità ha la responsabilità e il coordinamento delle attività che hanno come obiettivo l'individuazione e l'attuazione delle migliori pratiche in relazione all'organizzazione e agli obiettivi clinici e terapeutici della comunità. Egli indirizza quindi gli interventi clinici e riabilitativi in funzione dei modelli d'intervento accreditati dalla comunità scientifica e dalle metodiche EBMH (Evidence Based Mental Health) e ne garantisce l'appropriatezza.

Ad esso spetta la direzione del coordinamento del personale e delle attività necessarie al funzionamento della struttura.

Mantiene in modo diretto, o attraverso deleghe, i rapporti con i soggetti istituzionali esterni (Regione, ASL, Aziende Ospedaliere, Dipartimenti di Salute Mentale ecc.), le associazioni, le imprese, le famiglie, ecc..

Appicca le direttive del Consiglio di Amministrazione e coordina i rapporti con le altre strutture organizzative e funzionali della Cooperativa.

Il Direttore della Comunità è il supervisore clinico della gestione dei casi e garante che tutti gli interventi nei confronti dell'ospite siano rispettosi dei suoi bisogni e coerenti con il modello scientifico di riferimento.

Egli si occupa quindi:

- delle attività terapeutico riabilitative
- gestione delle figure professionali
- comunicazione interna e con la cooperativa
- comunicazione con le famiglie
- comunicazione con servizi invianti
- verifica e monitoraggio delle prassi di assessment
- di valutazione intermedia e finale

Direttore Medico Psichiatra:

Il Direttore Medico ha la Responsabilità e il coordinamento della diagnosi e prognosi, della farmacoterapia e della clinica psichiatrica.

Risponde del suo operato al Consiglio di Amministrazione della Cooperativa La Goccia.

Egli, in cooperazione con il Direttore Psicologo di Comunità, opera nella gestione delle figure professionali, nei contatti con l'esterno, i servizi invianti, le famiglie, nelle attività terapeutico-riabilitative.

Il Direttore Medico ed il Direttore di Comunità collaborano al reciproco supporto delle proprie funzioni.

Coordinatore attività psicoterapeutiche o socio-riabilitative (psicologo-psicoterapeuta)

Gli Psicologi Psicoterapeuti lavorano in coordinamento con le figure direttive, promuovono, coordinano e conducono le attività psicoterapeutiche e riabilitative sia di gruppo che individuali di cui ne sono responsabili.

Nello specifico si occupano:

Assessment diagnostico, raccolta dati, e valutazione iniziale

Conduzione di gruppi terapeutici riabilitativi e delle psicoterapie individuali

Monitoraggio e follow up valutativi

Partecipazione alle riunioni d'équipe

Coordinamento del personale quando in turno

Gli Psicologi-psicoterapeuti sono professionisti qualificati che hanno maturato una pluriennale esperienza clinica in strutture sanitarie pubbliche e private sia con un approccio cognitivo-comportamentale sia di tipo psicodinamico, supportivo ed espressivo.

Il mix fra operatori con formazione cognitivo-comportamentale e psicodinamica permette di utilizzare modelli teorici complementari nell'approccio ai Disturbi di Personalità e di fornire tutte le prestazioni psicologiche psicoterapeutiche di comprovata efficacia nell'ambito del trattamento psicologico degli stessi secondo le linee guida internazionali più accreditate.

Gli Infermieri e gli Educatori professionali hanno anch'essi maturato una valida esperienza nelle strutture psichiatriche pubbliche e/o private.

L'équipe ed il progetto terapeutico riabilitativo

Tutti gli interventi e le decisioni riguardanti la definizione del progetto terapeutico riabilitativo, la sua attuazione e la verifica sono definiti dall'équipe terapeutica che è composta da tutte le figure professionali di riferimento dell'ospite:

1. il case manager
2. il tutor
3. lo psichiatra.

L'équipe al completo si riunisce 2 volte alla settimana per:

- un incontro programmatico degli interventi terapeutico-riabilitativi e di verifica ad inizio settimana;
- un incontro alla fine della settimana per fare un bilancio e programmare le attività del weekend.

### Il Case-manager

Il case-manager è uno psicologo che funge da referente complessivo del progetto terapeutico per l'ospite. Il case-manager svolge le seguenti funzioni:

- accoglie il paziente e lo segue nella fase di ingresso e ambientamento, cura l'assessment iniziale; segue il paziente nel processo di dimissione e nel rapporto con l'esterno;
- procede alla periodica valutazione generale rispetto agli obiettivi del programma in corso;
- segue e monitora tutto il processo terapeutico-riabilitativo rivolto all'ospite;
- redige la cartella clinica e conserva tutta la documentazione allegata, di provenienza interna ed esterna alla comunità;
- si interfaccia, curando che sia predisposta la necessaria documentazione clinica e amministrativa, con servizi, enti o professionisti esterni;
- ha cura che almeno una volta al mese vi sia la revisione del caso;

Può seguire il caso in psicoterapia individuale.

La presenza del case-manager assume particolare rilevanza nel processo di accoglienza e di assessment, in quello delle dimissioni.

### Il Tutor

Il tutor è un educatore o un tecnico della riabilitazione psichiatrica che funge da referente e punto di riferimento per l'ospite durante tutto il periodo di permanenza in Comunità. Le sue funzioni sono:

- stabilire con l'ospite una relazione più significativa rispetto agli altri;
- essere il referente delle richieste da parte dell'ospite per quanto attiene alla vita comunitaria;
- funge anche da riferimento per tutti gli altri operatori;
- osserva e raccoglie tutti quei molteplici aspetti e quelle indicazioni che derivano dagli operatori socio-sanitari e che contribuiscono a mandare le varie sfaccettature espresse dall'ospite riguardo la malattia in cui egli si integra nella vita comunitaria, accoglie e reagisce alle norme e ai regolamenti, si propone e si integra con i compagni ed il personale;

Il tutor è responsabile della tenuta del diario giornaliero, insieme agli OSS, su cui annota tutto ciò che di significativo riguarda l'ospite a lui affidato.

E' previsto che la figura del tutor possa essere anche un OSS, ciò per offrire l'opportunità all'ospite stesso di sperimentarsi in relazioni diverse o per trovare il rapporto più empatico.

Il National Institute for Mental Health (NIMH) e l'American Psychiatric Association (APA) raccomandano nelle rispettive linee guida per il trattamento del DBP e per i disturbi di personalità nel loro complesso, la pratica delle terapie a "setting multipli" (MSIT) in quanto risultano essere particolarmente efficaci.

La comunità offre, quindi, un approccio teorico clinico che coniuga il modello e le tecniche psicoanalitiche per la comprensione e la terapia del disturbo di personalità, con l'approccio cognitivo comportamentale finalizzato a ristrutturare le funzioni cognitive superiori coinvolte nelle quotidiane attività di problem solving e nelle relazioni interpersonali. Questa integrazione è resa possibile dall'utilizzazione di "setting multipli".

### LINEE GUIDA Evidence Based Mental Health

La Comunità si impegna a garantire l'aggiornamento continuo delle tecniche terapeutiche e riabilitative attraverso un costante adeguamento delle stesse alle linee guida internazionali più collaudate ed efficaci nel campo della salute mentale.

In quest'ambito la comunità della Cooperativa La Goccia assicura agli operatori un'offerta formativa periodica e continuativa nel tempo, sia differenziata per figure professionali sia comune per rafforzare la coesione e la consapevolezza del gruppo.

Riteniamo di dover sottolineare che il nostro "primo paziente" è il gruppo stesso senza la coesione del quale nessun progetto terapeutico è possibile. In questo senso facciamo nostra la raccomandazione dell'APA che indica la necessità di formare un team terapeutico che preveda diverse figure

cliniche che lavorano in stretta collaborazione tra di loro con una chiara definizione di ruoli, esatti piani per gestire le eventuali crisi e regolari contatti tra clinici impegnati. (APA 2001)

La comunità inoltre si impegna a mantenere e a perseguire una serie di standard qualitativi riguardanti sia le procedure nelle varie fasi del progetto terapeutico riabilitativo (indicatori di processo), sia inerenti la valutazione con i relativi follow-up, gli indicatori di esito e la soddisfazione del cliente, della famiglia e del Servizio inviante.

Attenzione particolare è posta al "risk management" relativamente alle patologie più a rischio di comportamenti auto ed etero lesivi.

## APPENDICE D

Tab. a

	<b>Normativa nazionale</b>	<b>Normativa regionale</b>	<b>Carte dei Servizi</b>
<b>C.T.R.P.</b>	<p>Definizione <i>struttura residenziale psichiatrica</i></p> <p>Finalità <i>trattamento acuzie assistenza protratta dopo ricovero programma terapeutico riabilitativo</i></p> <p>Tempi <i>medio-lungo periodo non permanente</i></p> <p>Strumenti <i>coinvolgimento utente e familiari lavoro d'équipe</i></p>	<p>Definizione <i>struttura residenziale</i></p> <p>Finalità <i>intervento terapeutico riabilitativo continuativo e prolungato per situazioni patologiche conseguenti o correlate a malattia mentale</i></p> <p>Tempi <i>alta o intermedia intensità assistenziale</i></p> <p>Strumenti <i>coinvolgimento utente e familiari lavoro d'équipe</i></p>	<p>Definizione <i>struttura di passaggio provvisoria contesto terapeutico protetto luogo di vita con gli altri</i></p> <p>Finalità <i>ri-socializzazione autonomia</i></p> <p>Tempi non definiti</p> <p>Strumenti <i>principi fondamentali valori progetto individualizzato</i></p>
<b>Utente</b>	<p>Criteri diagnostici <i>paziente in trattamento riabilitativo</i></p> <p>Risorse non definite</p> <p>Fattori sociali e contestuali <i>svolgimento attività quotidiane</i></p>	<p>Criteri diagnostici <i>rilevante patologia psichiatrica</i></p> <p>Risorse <i>risorse attivabili</i></p> <p>Fattori sociali e contestuali <i>precarietà/assenza di supporto familiare</i></p>	<p>Criteri diagnostici <i>disturbi di personalità patologie gravi</i></p> <p>Risorse <i>risorse relazionali</i></p> <p>Fattori sociali e contestuali <i>storia di vita contesto relazionale conflittuale</i></p>
<b>Riabilitazione terapeutica e sociale</b>	<p>Obiettivi <i>limitare o minimizzare la disabilità</i></p> <p>Strumenti <i>progetto riabilitativo individuale</i></p> <p>Valutazione non definita</p> <p>Figure professionali non definite</p>	<p>Obiettivi <i>contrastare la cronicità e/o la deriva sociale</i></p> <p>Strumenti non definiti</p> <p>Valutazione non definita</p> <p>Figure professionali <i>tecnico della riabilitazione</i></p>	<p>Obiettivi <i>recupero capacità relazionali gestione di aspetti quotidiani</i></p> <p>Strumenti <i>Psicoterapeutici</i></p> <p>Valutazione non definita</p> <p>Figure professionali non definite</p>
<b>Reinserimento sociale</b>	<p>Obiettivi <i>inserimento nel contesto familiare, sociale e lavorativo</i></p> <p>Strumenti non definiti</p> <p>Valutazione non definita</p> <p>Figure professionali non definite</p>	<p>Obiettivi <i>lavoro</i></p> <p>Strumenti non definiti</p> <p>Valutazione non definita</p> <p>Figure professionali non definite</p>	<p>Obiettivi <i>reinserimento lavorativo reinserimento in famiglia</i></p> <p>Strumenti <i>lavori protetti comunità alloggio</i></p> <p>Valutazione non definita</p> <p>Figure professionali non definite</p>

Tab. b

	<b>Contesto normativo regionale</b>	<b>Contesto amministrativo locale</b>	<b>Discorsi dei professionisti</b>
<b>C.T.R.P.</b>	<p>Definizione <i>struttura residenziale</i></p> <p>Finalità <i>intervento terapeutico riabilitativo continuativo e prolungato per situazioni patologiche conseguenti o correlate a malattia mentale</i></p> <p>Tempi <i>alta o intermedia intensità assistenziale</i></p> <p>Strumenti <i>coinvolgimento utente e familiari lavoro d'équipe</i></p>	<p>Definizione <i>struttura di passaggio provvisoria contesto terapeutico protetto luogo di vita con gli altri</i></p> <p>Finalità <i>ri-socializzazione autonomia</i></p> <p>Tempi non definiti</p> <p>Strumenti <i>principi fondamentali valori progetto individualizzato</i></p>	<p>Definizione <i>non Luoghi permeabilità sostitutive ai manicomi dipende dagli utenti strutture a metà fortemente ospedalizzate risposta ai bisogni della famiglia e del contesto sociale</i></p> <p>Finalità <i>contrastare evoluzione di malattia gestione della fase post acuta osservazione diagnostica</i></p> <p>Tempi <i>progetto a tempo cronicità</i></p> <p>Strumenti <i>progetto individualizzato diversi orientamenti</i></p>
<b>Utente</b>	<p>Criteri diagnostici <i>rilevante patologia psichiatrica</i></p> <p>Risorse <i>risorse attivabili</i></p> <p>Fattori sociali e contestuali <i>precarietà/assenza di supporto familiare</i></p>	<p>Criteri diagnostici <i>disturbi di personalità patologie gravi</i></p> <p>Risorse <i>risorse relazionali</i></p> <p>Fattori sociali e contestuali <i>storia di vita contesto relazionale conflittuale</i></p>	<p>Criteri diagnostici <i>gravi patologie psichiatriche disturbi psicotici disturbi di personalità</i></p> <p>Risorse <i>consapevole e consenziente attiva un progetto di vita seguito dai servizi</i></p> <p>Fattori sociali e contestuali <i>deterioramento familiare isolamento sociale difficoltà di adattamento bisogni abitativi</i></p>

<b>Riabilitazione terapeutica e sociale</b>	<p>Obiettivi <i>contrastare la cronicità e/o la deriva sociale</i></p> <p>Strumenti non definiti</p> <p>Valutazione non definita Figure professionali <i>tecnico della riabilitazione</i></p>	<p>Obiettivi <i>recupero capacità relazionali gestione di aspetti quotidiani</i></p> <p>Strumenti <i>Psicoterapeutici</i></p> <p>Valutazione non definita Figure professionali non definite</p>	<p>Obiettivi <i>consapevolezza di malattia indipendenza autonomia dare ritmo alla giornata</i></p> <p>Strumenti <i>gruppo terapeutico attività educative relazione con gli altri relazione con gli operatori progetto individualizzato progetto condiviso rete dei servizi gruppo</i></p> <p>Valutazione non definita</p>
<b>Reinserimento sociale</b>	<p>Obiettivi <i>lavoro</i></p> <p>Strumenti non definiti</p> <p>Valutazione non definita Figure professionali non definite</p>	<p>Obiettivi <i>reinserimento lavorativo reinserimento in famiglia</i></p> <p>Strumenti <i>lavori protetti comunità alloggio</i></p> <p>Valutazione non definita Figure professionali non definite</p>	<p>Obiettivi <i>ruoli sociali relazione col territorio</i></p> <p>Strumenti <i>progetto individualizzato progetto condiviso rete dei servizi gruppo</i></p> <p>Valutazione non definita Figure professionali non definite</p>

## APPENDICE E

Tab. c

		<b>Gest. diretta</b>	<b>Gest. non dir.</b>	<b>Gest. privata</b>			
		operatori	utenti	operatori	utenti	operatori	utenti
<b>C.T.R.P.</b>							
<b>Relazioni Interne</b>	alveare		1				1
	commedia				1		1
	cuore pulsante			1			1
	famiglia	3	1	1		3	2
	grande albero			1			1
	gruppone			1			1
	in relazione con altri	1	2	2	5	2	3
	linee intrecciate					1	1
	spugna			1			1
	teatro			1			1
		<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
							<b>33</b>
<b>Spazio Interno</b>	accogliente				1		1
	bella e brutta				1	1	2
	benvenuti in paradiso					1	1
	cartolina con rughe					1	1
	casa	1	2	3	1	2	1
	chiusa	3		1			4
	contenitore			3			3
	isola felice	1					1
	luogo momentaneo	4	3	3	2	1	13
	mondo a parte	2					2
	piccola pianta					1	1
	prato verde						1
	rifugio		1		1		2
	tranquillità						2
		<b>11</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
							<b>45</b>
<b>Finalità</b>	aiuto			2	1		3
	bilancia					1	1
	buon auspicio		1				1
	crescita			1			2
	croce rossa				1		1
	falegnameria		1				1
	opportunità	2				1	3
	palestra di vita	4		1			5
	periodo utile				1		1
	protettiva	1	2				1
	riabilitativa	1			1		2
	rondine				1		1
	scuola				1		1
	sostegno				1		1
	terapeutica		1		2		3
		<b>8</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
							<b>31</b>
<b>Organizzazione Interna</b>	gestioni diverse	1					1
	ibrida					1	1
	in trasformazione	2		2		1	5
	militare				2		2
	salita					1	1
		<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
							<b>11</b>

<b>Organizzazione Esterna</b>	ancora di salvezza				1			1
	nodo di una rete			2				2
	ultima spiaggia	1		1				2
		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>

Tab. d

		<b>Gest. Diretta</b>	<b>Gest. non dir</b>	<b>Gest. privata</b>			
		operatori	Utenti	operatori	utenti	operatori	utenti
<b>OBIETTIVI</b>							
<b>Aspetti Clinici</b>	gestire le crisi	1	2	2		1	6
	salute				1		1
	sbloccare processo evolutivo	1	1	1		1	4
	stabilizzazione clinica	2	1	1	1	6	12
	stare bene						2
		<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>25</b>
<b>Aspetti educativi</b>	autonomia	1	3	3	6	3	19
	consapevolezza delle capacità	3	5	5	1	3	17
	consapevolezza di malattia	3	3	3		1	13
	dare ritmo alla giornata		1	1			2
	fare attività	2			3		6
	preparare a fuori		2	2	5	2	13
	responsabilità degli utenti				1		1
	formare gli utenti				2		2
		<b>9</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>73</b>
<b>Aspetti relazionali</b>	allontanare dalla famiglia	2				1	3
	collaborare con la famiglia	3	1	1		2	7
	migliorare le relazioni	2	5	5	7	2	27
	protezione					1	1
		<b>7</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>38</b>
<b>Aspetti Sociali</b>	avere una vita normale			1		3	4
	inserimento abitativo				2		3
	inserimento lavorativo	1	2	2	6	1	14
	migliore qualità di vita	1	2	2	2	1	10
	tornare al contesto di prima	1	2	2	3		9
		<b>3</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>40</b>
<b>Individualizzati</b>	equilibrio secondo il paziente	1	3	3	1		8
	percorsi differenziati	4	2	2	4	6	18
	rispondere alle aspettative				2		2
	rispondere ai bisogni dell'utente					2	2
		<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>30</b>
<b>Generalizzati</b>	progetto obiettivo regionale	1	1	1			3
	reinserimento sociale	2	2	2	4	2	14
	riabilitare	1	2	2	3	3	12
	equilibrio della comunità					1	1
		<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>30</b>

Tab. e

		<b>Gest. diretta</b>	<b>Gest. non dir</b>	<b>Gest. privata</b>		
		operatori	operatori	operatori	utenti	utenti
<b>RIABILITAZIONE TERAP. E SOCIALE</b>						
<b>Aspetti Clinici</b>	cura	1	1	1		1
	guarire				1	1
	ridurre farmaci					2
	terapia farmacologica		2	1	1	1
		<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
						<b>13</b>
<b>Aspetti educativi</b>	autonomia			1		1
	attività quotidiane	2	1	1	1	
	consapevolezza di malattia	1		1	1	
	modificare i comportamenti	1				1
	palestra		1			
	riprendere capacità	3		3	1	1
	scoprire il mondo				1	
	seguire le regole				1	1
	gestire i soldi				1	
		<b>7</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
						<b>28</b>
<b>Aspetti relazionali</b>	obiettivi di percorso condiviso			1	1	
	protetta				1	
	relazione con esterni		1		3	1
	relazioni con gli altri	1	3	4	5	4
	relazione col territorio	1				2
		<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>7</b>
						<b>29</b>
<b>Aspetti Sociali</b>	adeguatezza sociale	1				1
	avere stima di sé			2		1
	inserimento lavorativo	1	1		1	1
	momento di tranquillità				1	
	reinserimento sociale	1				1
	sollevarsi		1			
	speranza					1
	tornare in società	1		4	4	
	ridare una vita normale	2	1	1	1	
	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
						<b>31</b>

Tab. f

		<b>Gest.</b>	<b>Diretta</b>	<b>Gest.</b>	<b>non dir</b>	<b>Gest.</b>	<b>privata</b>	
		operatori	Utenti	operatori	utenti	operatori	utenti	
<b>REINSERIM. SOCIALE</b>								
<b>Aspetti</b>	cura				1			1
<b>Clinici</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Aspetti educativi</b>	attività quotidiane		1	1			1	3
	autonomia					1		1
	sfruttare potenzialità	1						1
		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>Aspetti relazionali</b>	relazione con gli altri	2	3	3	1	3	2	14
		<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>14</b>
<b>Aspetti Sociali</b>	dopo comunità			1	3		1	5
	entrare in società	1		3	1	2	2	9
	reinserimento lavorativo	1	4		1	3	1	10
	riappropriarsi di spazi del territorio	2		1	1	1		5
	riprendersi la vita in mano	2	1					3
	speranza				1			1
		<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>33</b>

Tab. g

STRUMENTI	DI INTERVENTO	Gest.	Diretta	Gest.	non dir	Gest.	privata	
		operatori	Utenti	operatori	utenti	operatori	utenti	
<b>Organizzativi</b>	altro contesto			1			2	3
	controllo	1				2		3
	dare ritmo alla giornata	1	1	1	1			4
	diversi operatori			1				1
	momenti di verifica	1						1
	obiettivi graduali	3		2			1	6
	percorso individualizzato	1	2	7	1	4	2	17
	progetto del percorso condiviso	4		11			2	17
	prove ed errori					1		1
	regole	1	1	1	2	2	1	8
	rete tra i servizi			2				2
	risorse economiche	1			1			2
	rispondere ai bisogni			3	1			4
	supporto esterno				1			1
	tempo		1					1
	costanza	1	1	1	1			4
	attività personalizzate	3		1				4
		<b>17</b>	<b>6</b>	<b>31</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>79</b>
<b>Relazionali</b>	confronto tra operatori	1		5		4		10
	incoraggiamento degli operatori	2	3	6	1	1	2	15
	protezione				1			1
	relazione con gli altri	6	2	7	4	3	6	28
	relazione con gli operatori	1	1	3	1	5	5	16
	volontà					1	2	3
		<b>10</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>73</b>
<b>Clinici</b>	dare informazioni cliniche			1	3		1	5
	terapia farmacologica	3		2	3	1	2	11
		<b>3</b>		<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>16</b>
<b>Terapeutici</b>	approcci diversi integrati		1	1		2		4
	gruppi con i familiari	2						2
	percorso psicoterapeutico		1		5	2	2	10
		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>16</b>
<b>Educativi</b>	tirocinio lavorativo				1			1
	interventi preventivi					1		1
	uscire dalla comunità	2		5	3	3	1	14
	acquisire abilità			2				2
	attività quotidiane	4	5	4	10	3	2	28
	attività strutturate	5	5	3	8	8	3	32
	attività libere					2		2
		<b>11</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>80</b>

Tab. h

		<b>Gest. Operatori</b>	<b>Diretta Utenti</b>	<b>Gest. operatori</b>	<b>non dir utenti</b>	<b>Gest. operatori</b>	<b>privata utenti</b>	
<b>VALUTAZIONE</b>								
<b>Dell'operatore</b>	all'interno della comunità	1				1		2
	aspetti clinici				1			1
	dipende dall'operatore	1			4		1	6
	gestione dello stress					1		1
	inserimento lavorativo	1						1
	osservazione quotidiana	7	3	5	4	5	5	29
	prove di reinserimento	1						1
	qualitativa			2				2
	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>43</b>	
<b>Dell'utente</b>	comprensione inconscia						1	1
	dal punto di vista dell'utente	1	2	5	8	1	3	20
	essere presente nel momento		1					1
	pensare al futuro		1					1
	sentirsi di stare bene		2		2	1	2	7
	sentirsi normale			2				2
		<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>32</b>
<b>Nella relazione tra operatori</b>	occhio terzo		1					1
	relazione con i servizi	2						2
	responsabile di comunità		2	1	2		2	7
	confronto tra operatori	2	1	5	1	3		12
		<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>22</b>
<b>Nella relazione tra operatori e utenti</b>	autonomia dall'operatore	1	1	3			1	6
	modalità relazionali	3		2	4	3	3	15
	progetto concordato	2		2		1		5
		<b>6</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>26</b>
<b>Strumenti</b>	indicatori di obiettivi			4	1		1	6
	cartella integrata			1				1
	obiettivi specifici			3	5	2	1	11
	ricadute			4	1			5
	strumenti psicologici	1		2	2	1	1	7
	VADO					1		1
		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>31</b>

Tab. i

		<b>Gest.</b>	<b>Diretta</b>	<b>Gest.</b>	<b>non dir</b>	<b>Gest.</b>	<b>privata</b>	
		Operatori	Utenti	operatori	Utenti	operatori	utenti	
<b>OPERATORE</b>								
<b>Caratteristiche personali</b>	conosce se stesso			2			1	3
	ha pazienza				2			2
	motivato	2					1	3
	ognuno è diverso	1	2		1		4	8
	qualità personali	4	2		1	3	6	16
		<b>7</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>32</b>
<b>Caratteristiche professionali</b>	confronto tra operatori			4		3	1	8
	dà attenzione all'altro			1	4	1		6
	dà consigli				3	2		5
	dà sicurezza			1				1
	ha esperienza	2					1	3
	partecipante attivo	2						2
	professionalità	5	3	5	1	3	2	19
	sa ascoltare				3	2		5
	sa tenere la giusta distanza	1		3		1		5
	si mette in gioco nella relazione	6		3	2	6	2	19
	supervisione esterna	1						1
	usa il contatto fisico					1		1
		<b>17</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>75</b>
<b>Costruzione di ruolo</b>	amico		1		1		1	3
	differenti ruoli professionali	1		2	1	1		5
	genitore			2			1	3
	in punizione	1						1
	ruolo di supporto	2	6	3	8	2	5	26
	terapeuta					1		1
	tutor				2	1	2	5
	stressato			1			1	2
	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>45</b>	

Tab. 1

		<b>Gest. diretta</b>	<b>Gest. non dir</b>	<b>Gest. privata</b>			
		operatori	utenti	operatori	utenti	operatori	utenti
<b>OPERATORE</b>	<b>UTENTE</b>						
<b>Relazione educativa</b>	adulto e ragazzo					1	1
	ape e fiore		1				1
	buon accompagnatore					1	1
	due a cavallo			2			2
	genitore e figlio	1		2	1	3	2
	macchina a doppi comandi			2			2
	maestro e allievo		2		1		3
	punto di riferimento	2		2	1		5
	religione		2				2
	supporto a fare	1	1			1	3
		<b>4</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
							<b>29</b>
<b>Relazione di aiuto</b>	albero con sostegno		1		1		2
	ascolto			1			2
	cielo limpido	1					1
	fiore strappato				2		2
	freccie dirette	1					1
	mano sul cuore		1				1
	negoziante e cliente						1
	pilota e passeggero			1			1
	relazione di aiuto	4			3	2	1
	relazione protettiva			1			1
	salice						2
	stampella			1			1
	vigna		1				1
	abbraccio aperto					1	1
		<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
							<b>29</b>
<b>Relazione paritaria</b>	bolla di sapone						1
	diverse modalità relazionali	1	2	3		3	9
	fratello e sorella				1	2	3
	intersezioni di cerchi	1					1
	medaglia			1			1
	mettersi nei panni dell'altro					1	2
	palla ingarbugliata			1			1
	rapporto di confidenza	4			3		7
	relazione pericolosa	1					1
	soddisfa bisogni reciproci					1	1
	tappabuchi reciproci					1	1
	tela di diversi colori					1	1
	vicinanza informale					1	1
	specchio			1			1
	amici		2		3	1	6
	relazione di fiducia		1		1		2
		<b>7</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>3</b>
							<b>40</b>
<b>Ruoli differenziati</b>	relazione non spontanea					1	1
	ruoli da definire	2				2	4
	terzo occhio			1			1
	tutor				2	1	2
	meglio tacere		1				1
		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
							<b>8</b>

Tab. m

		<b>Gest. diretta</b>	<b>Gest. non dir</b>	<b>Gest. privata</b>				
		operatori	utenti	operatori	utenti	operatori	utenti	
<b>UTENTE</b>	<b>PRESENTE</b>							
<b>Diagnosi</b>	patologia psichiatrica	8	3	3	4	8	1	27
	seguito dai servizi			3	2	3		8
		<b>8</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>35</b>
<b>Problemi relazionali</b>	difficoltà familiari	3	1	2	5	3	3	17
	difficoltà relazionali	1		5	3		3	12
		<b>4</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>29</b>
<b>Problemi Sociali</b>	espulso dalla società			1	1			2
	non integrato		1					1
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>Ruolo</b>	agitato					1		1
	disperato						2	2
	fragile				1		1	2
	giù di morale						1	1
	giovane in difficoltà					3	1	4
	etichettato					1		1
		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>11</b>
<b>Storia di vita</b>	da conoscere			1				1
	malessere in passato		1		3			4
	nel posto e momento sbagliato			2				2
	porta una sfiga	1						1
	punti di maglia caduti	1						1
	storie difficili	3	2	5	7	2	1	20
	diversità	1	4	5	6		4	20
	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>49</b>	
<b>Bisogni</b>	vivere alla giornata		1					1
	ha bisogno	1	1	5	1	3	2	13
	deve formarsi				1			1
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>15</b>
<b>Risorse</b>	accetta un compromesso	1			3			4
	capace di adattarsi					1		1
	condivide gli obiettivi				1	1		2
	costruisce la libertà				2			2
	ha maggiore sensibilità			2				2
	ha risorse attivabili	1		2	1	1	1	6
	ha una possibilità in più		2				1	3
	partecipa ai gruppi		1					1
	persona normale	1		3	1	1		6
	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>27</b>	

Tab. n

		<b>Gest.</b>	<b>Diretta</b>	<b>Gest.</b>	<b>non dir</b>	<b>Gest.</b>	<b>privata</b>		
		operatori	Utenti	operatori	utenti	operatori	utenti		
<b>UTENTE</b>	<b>FUTURO</b>								
<b>Supporto dei servizi</b>	comunità alloggio	1				1			2
	gruppo appartamento		1	5					6
	in comunicazione con la comunità	1		4	2	2	1		10
	seguito dai servizi	7	3	13	6	7	5		41
	eliminazione dei farmaci		1	1				1	3
		<b>9</b>	<b>5</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>7</b>		<b>62</b>
<b>Reinserimento Sociale</b>	ha risorse economiche				1				1
	lavora	1	3	6	7	3	5		25
	in libertà				2				2
	partecipa della società		1	2	1				4
	reinserimento nel suo contesto	6	4	5	7	5	8		35
	relazioni con gli altri	2	1	5	10	2	2		22
	ritmi quotidiani normali		1	1	1				3
		<b>9</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>29</b>	<b>10</b>	<b>15</b>		<b>92</b>
<b>Competenze</b>	autonomo	3	1	3	3	3	3		16
	ha competenze				1	1			2
	responsabilizzato		1		1			1	3
	sa affrontare il malessere	1	1	5		2	1		10
	sa fare cose				1	1	1		3
	ha obiettivi concreti quotidiani	1				1			2
	ha piacere di vita							1	1
	ha rimarginato le ferite		1						1
	più forte	1	1					2	4
	trova un suo equilibrio	3	2	3	1	3			12
		<b>9</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>9</b>		<b>54</b>
<b>Ruolo utente</b>	ha paura		1	1	2			1	5
	com'era prima	2				1	2		5
	da aiutare	2							2
	ruolo di paziente	2			1	1			4
	utenti diversi	5	1	3	2	4	1		16
	guarito		1	1		1	1		4
	possibili ricadute	3		3		3			9
	utopia	1							1
	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>5</b>		<b>46</b>	

Tab. o

		<b>Gest. Diretta</b>	<b>Gest. non dir.</b>	<b>Gest. privata</b>				
		Operatori	Utenti	operatori	Utenti	operatori	utenti	
<b>PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO</b>								
<b>Relazioni Interne</b>	affettività sessualità		1	3	7			11
	attenzione al singolo utente	6	1	2	6	4	7	26
	coinvolgimento degli utenti	4	2	4	5			15
	confronto tra operatori	12	1	6	1	3		23
	eterogeneità degli utenti	1		1	1			3
	relazioni con altri	1	4	1	8			14
	ruolo dell'operatore	3	1	4	4	3	1	16
	tutela degli utenti	1	1	1		1		4
		<b>28</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>32</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>112</b>
<b>Relazioni Esterne</b>	aspettative sulla comunità			5				5
	lavoro con la famiglia	2		3		4	1	10
	permeabilità	3	2	15	6	5		31
	rete di relazioni sociali			3	2			5
	ritorno al contesto sociale	1		1				2
	ruolo di malato psichiatrico		1	5	5	2	2	15
	supervisione esterna			6		2		8
		<b>6</b>	<b>3</b>	<b>38</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>76</b>
<b>Organizz. Interna</b>	attività	4	2		2	6	2	16
	formazione degli operatori	5		6		6	2	19
	percorsi differenziati	2		2		1	2	7
	professionisti psicologi	1				1	1	3
	progetto concordato	2		6				8
	risorse economiche	1	1			3		5
	rispetto delle regole		3		1	1	1	6
	spazi		1	1	2		1	5
	struttura ospedalizzata					2		2
	tempi	6	2	11	8	2		29
	utenti cronici	1	2	1		3	3	10
	valutazione del percorso	1		4				5
	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>31</b>	<b>13</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>115</b>	
<b>Organizz. Esterna</b>	burocrazia			3		1		4
	normativa			1				1
	servizi di salute mentale	3		3	2	2	1	11
	comunicazione con altri servizi	11		7	1	6		25
		<b>14</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>41</b>