

GAV - Giovani Amici Veronesi

Formazione professionale

Dicembre 2012

Estratto dello Statuto della GAV - Soc. Coop. Sociale - onlus

[...]

Art. 3

SCOPO MUTUALISTICO

La Cooperativa, conformemente alla legge 381/91, non ha scopo di lucro; suo fine è il perseguimento dell'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi ai sensi dell'art. 1, lett. a) della legge 381/91.

La Cooperativa si ispira ai principi che sono alla base del movimento cooperativo mondiale ed in rapporto ad essi agisce. Questi principi sono: 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 [...]

Art. 5

SOCI

Il numero dei soci è illimitato e non può essere inferiore al minimo stabilito dalla legge.

I soci cooperatori:

- concorrono alla gestione dell'impresa partecipando alla formazione degli organi sociali e alla definizione della struttura di direzione e conduzione dell'impresa;
- partecipano all'elaborazione di programmi di sviluppo e alle decisioni concernenti le scelte strategiche, nonché alla realizzazione dei processi produttivi dell'azienda;
- contribuiscono alla formazione del capitale sociale e partecipano al rischio d'impresa.

Possono essere soci cooperatori persone fisiche appartenenti alle seguenti categorie:

- 1) soci lavoratori, vale a dire persone fisiche che possiedono i necessari requisiti tecnico professionali e svolgono la loro attività lavorativa per il raggiungimento degli scopi sociali, mettendo a disposizione le proprie capacità professionali, in rapporto alla stato di attività ed al volume di lavoro disponibile. I soci lavoratori partecipano ai risultati economici ed esprimono decisioni sulla loro destinazione;
- 2) soci volontari, persone fisiche che prestano la loro attività gratuitamente, esclusivamente per fini di solidarietà, ai sensi e per gli effetti della legge 381/91e nei limiti previsti dalla legge.

[...]

Stampato nel mese di dicembre 2012

da Grafical srl

per conto della Soc. Coop. Sociale "La Mano 2"

Testi raccolti ed elaborati da:

Chiara Rossi, Massimiliano Gelmetti

Foto:

Archivio Fondazione GAV

Coordinamento editoriale:

Massimiliano Gelmetti

Progetto grafico:

Gigi Speri

Introduzione

Anche questa pubblicazione viene alla luce grazie allo stimolo propositivo ed al concreto patrocinio della Fondazione GAV, sempre in forma di quaderno di appunti, con l'intenzione di fornire a tutti i soci lavoratori e volontari della nostra Cooperativa un agile ed utile strumento di lavoro nel campo della *riabilitazione psicosociale*, modernamente applicata e impegnativamente aggiornata.

Le pagine che seguono sono l'espressione sintetica di un cammino di aggiornamento professionale incentrato sull'approfondimento del concetto di *Riabilitazione Psicosociale* e sulle nuove prospettive che si intravedono in questa prassi terapeutico-riabilitativa.

Infatti si sta implementando anche in Italia l'orientamento dei servizi per la salute mentale verso il *personal recovery*, verso la guarigione personale e si sta diffondendo la buona prassi di documentare i risultati dell'intervento riabilitativo attraverso modalità oggettive e sempre meno autoreferenziali, seguendo in ciò quello che già succede nella pratica medica generale con la Medicina basata sull'Evidenza.

In quest'ottica deve essere anche ripensato il luogo dove avviene il trattamento riabilitativo e deve essere valorizzato il gruppo di lavoro come deve essere affinato il lavoro di gruppo, perfezionando soprattutto la gestione dell'informazione sia all'interno che all'esterno dell'équipe riabilitativa.

Proprio per far questo è stata istituita la *Scuola di Formazione Permanente GAV*, in quanto permette a tutti i membri dell'équipe riabilitativa di aggiornarsi continuamente sulla metodologia psicoriabilitativa, dà la possibilità di sperimentare interventi progettati specificatamente sull'*empowerment* individuale e facilita una vitale esperienza di gruppo, che influenza nel bene e nel male ogni risultato psicoriabilitativo.

Con tutto ciò si realizza l'implementazione della professionalità operativa all'interno della nostra Cooperativa, che in questo modo risponde sempre più adeguatamente al bisogno sociale intercettato, dimostrando una responsabilità sociale reale e concreta.

Questo impegno dovrà essere vissuto e mostrato tutti i giorni e da tutti i soci, senza musi lunghi o schiene incurvate e sempre con semplicità, serenità, costanza e creatività. I due obiettivi strategici, responsabilità sociale e professionalità operativa, rappresentano

quindi la sostanziale visione prospettica che guida e, penso, guiderà sempre, la nostra Cooperativa nell'impegnativo e vitale compito di sussidiarietà sociale.

Alla fine di questa breve, ma necessaria, introduzione esprimo un doveroso e formale ringraziamento alla dottoressa Chiara Rossi, responsabile dei servizi e della qualità della nostra Cooperativa, per la preziosa collaborazione nella stesura e nella revisione critica dei testi, elaborati in occasione degli incontri mensili di formazione tenuti quest'anno presso il Centro San Giuseppe di Negar (Vr).

IL RESPONSABILE DELLA SCUOLA DI FORMAZIONE PERMANENTE GAV

dr. Massimiliano Gelmetti

La riabilitazione psicosociale

Attualmente si sta diffondendo in tutto il mondo l'approccio eziologico al disturbo mentale utilizzando un modello interpretativo bio-psico-sociale, che G.L. Engel ha sviluppato negli anni Ottanta, in cui, a livello diagnostico-terapeutico, si tiene conto sia della possibile origine genetica, sia dell'utile intervento psicofarmacologico e anche dell'ormai necessario supporto psicoriabilitativo.

Si nota, inoltre, che la riabilitazione psichiatrica sta prendendo sempre più piede e vigore propositivo in quanto permette effettivamente il miglioramento della qualità di vita dei soggetti affetti da disturbi mentali, tentando di fermare o, al limite, invertire quel processo di cronicizzazione, che questi disturbi innescano.



||||||| Modelli di Social Skills Training

Ispirati negli Stati Uniti da Antony (1979), Liberman (1989), Farkas (1992) ed altri, sono modelli di derivazione comportamentista, finalizzati al rinforzo della *performance* di abilità sociali (*social skills*): autogestione, *self help*, gestione dello spazio abitativo, attività lavorative, ecc.

In questo tipo di interventi le diverse capacità sociali del paziente sono analizzate nelle loro componenti elementari e vengono potenziate attraverso specifici esercizi.

||||||| Modello di Ciompi

Questa strategia riabilitativa è basata da una parte sulle aspettative dei familiari, del paziente e degli operatori, dall'altra sui livelli di stimolazione (troppo bassa o troppo elevata) nei confronti del paziente stesso.

Gli interventi terapeutico-riabilitativi devono essere effettuati a livelli diversi, calibrati secondo la situazione del soggetto rispetto a due fondamentali assi, quello del lavoro e quello della casa.

||||||| Modelli psicoeducativi (Faloon)

Le tecniche psicoedervative tendono ad aumentare l'informazione e la consapevolezza dei familiari sulla patologia dei pazienti, a diminuire l'emotività espressa, a migliorare la *compliance* farmacologica del paziente e dei familiari, a ridurre il rischio delle ricadute ed a favorire l'accettazione della cronicità indotta dalla malattia.

L'addestramento dei familiari avviene a domicilio, utilizzando soprattutto la tecnica del *problem solving*: i terapeuti propongono una "situazione-problema" ed invitano i familiari a risolverla.

||||||| Modello d'interpretazione psicodinamica

In tutte le patologie croniche il disturbo mentale del soggetto esprime, a livelli variabili di gravità, un'alterazione delle capacità di *relazione* del paziente con *se stesso* e con gli *altri*, e questo spesso a causa di una incapacità di differenziare se stesso dagli altri.

Questa incapacità d'intraprendere e mantenere adeguate *relazioni oggettuali* può esprimersi e tradursi in un'alterazione delle capacità di *pensiero* e di *comunicazione/comportamento* col mondo esterno; e questo può manifestarsi sia attraverso il *linguaggio*, sia attraverso la comunicazione *non verbale*: la mimica, la gestualità, l'espressione corporea, ecc.

Come affermato da Carlo Lorenzo Cazzullo: «Per questo la riabilitazione va mirata alla ricostruzione di un'organizzazione funzionale, la più ottimale possibile, delle strutture del *sè intrapsichico*, che sono alla base dei vari modi di relazione oggettuale: il *sè corporeo*, il *sè espressivo* ed il *sè verbale*».

In questo tipo di approccio l'intervento riabilitativo rappresenta un percorso continuo, un divenire, che aiuta il paziente a migliorare la propria relazione (rapporto) con se stesso e con gli altri, attraverso una fitta rete di relazioni ri-strutturanti.

||||||| Modello di approccio integrato

È specifico della Psichiatria di Territorio e viene considerato il modello più articolato ed efficace, in quanto utilizza strategie terapeutiche combinate, di diverso tipo ed indirizzate a più soggetti diversi. Infatti nella maggior parte dei casi i pazienti necessitano di interventi multipli di tipo farmacologico, riabilitativo, familiare, socio-ambientale ed anche psicoterapico individuale.

||||||| Modello Spivak

Si può definire come modello di potenziamento dei comportamenti socialmente competenti. Per Spivak obiettivo globale della riabilitazione è l'aumento e lo sviluppo dei comportamenti socialmente competenti in ciascuna delle cinque aree o spazi vitali individuati dall'Autore: l'abitazione, il lavoro, la famiglia e le amicizie, la cura personale, lo spazio sociale e ricreativo.

Il programma riabilitativo consiste in varie attività di gruppo di competenza sociale: gruppo cucina, gruppo lettura, gruppo escursioni, ecc.

Sono quindi attività nelle quali personale e pazienti interagiscono in maniera specifica e finalizzata, mediante «relazioni interpersonali intense e significative».

||||||| La nostra scelta

La Soc. Coop. Sociale GAV ha adottato, fin dal 2004, il modello di *Riabilitazione Psicosociale* (R.Ps.) che fa riferimento alle teorie ed alla prassi di Mark Spivak.

L'obiettivo fondamentale della Riabilitazione Psicosociale è quello di neutralizzare invertendolo il processo di cronicizzazione, che partendo dal ripetuto fallimento nei rapporti sociali porta all'isolamento, alla perdita progressiva delle competenze sociali, all'imporverimento del linguaggio, al degrado dei ruoli sociali, all'ostilità, all'evitamento emotivo e alla rassegnazione devitalizzante.

In altre parole porta alla desocializzazione graduale, attraverso la rarefazione dell'articolazione sociale, vale a dire della capacità di rispondere ai bisogni propri e alle richieste altrui nelle diverse aree del proprio spazio vitale, che sono:

1. la cura di sé,
2. il proprio alloggio,
3. la famiglia e gli amici,
4. l'ambiente lavorativo,
5. la dimensione sociale e ricreativa.

Lo strumento fondamentale della Riabilitazione Psicosociale è costituito dalla relazione interpersonale (detta anche interazione socializzante), i cui presupposti sono:

- la disponibilità,
- l'osservazione,
- la pazienza,
- la creatività,

e che si attua operativamente attraverso quattro dimensioni (atteggiamenti interiori e relative modalità d'azione), che sono:

1. azione di supporto che significa ascolto (comunicare la consapevolezza della difficoltà nel mantenere una dignitosa relazione umana);
2. espressione di permissività che significa accettazione (comunicare che gli standard di comportamento della comunità sono meno rigidi e intransigenti rispetto a quelli della collettività esterna, fatta eccezione per quei comportamenti che costituiscono una grave minaccia a sé o agli altri);
3. disconferma delle aspettative devianti del passato che significa esame di realtà (comunicare che può esserci un altro modo di entrare in relazione con gli altri, più vantaggioso nelle conseguenze sociali: accettazione, conferma di un ruolo, incidere nelle scelte, ecc.).
4. gratificazione che significa rinforzo comportamenti competenti acquisiti o recuperati (fornire gratificazioni per i csc appresi, facendo attenzione a non premiare comportamenti desocializzati o inseriti in una relazione operatore-utente disfunzionale).

Il metodo (modo prestabilito nell'operare) consiste nell'elaborare un preciso *Piano di Trattamento Riabilitativo Individualizzato* (PTRI), in cui l'équipe riabilitativa formula una dettagliata diagnosi dell'handicap sociale (non diagnosi psichiatrica) analizzando ogni area dello spazio di vita, allo scopo di individuare le competenze, che Spivak chiama CSC (*Comportamenti Socialmente Competenti*) o le incompetenze sociali, che Spivak chiama CSI (*Comportamenti Socialmente Incompetenti*). Queste dovranno essere potenziate o eliminate in un dato tempo attraverso verifiche periodiche e in un dato contesto attraverso attività di gruppo.

Lo sviluppo di determinati CSC o l'eliminazione graduale dei CSI saranno gli obiettivi del PTRI, che attraverso la verifica periodica potranno essere ridisegnati o focalizzati, in un ambiente strutturale-relazionale adatto al raggiungimento di questi traguardi vitalizzanti.

Questo ambiente, che potrà essere la comunità, l'appartamento protetto, il centro diurno, utilizzerà l'interazione socializzante operatore-utente, mediata, all'occorrenza, dalle attività di gruppo (standard o specifiche) per incrementare e migliorare l'articolazione sociale povera o deficitaria, invertendo, alla fine, il processo di desocializzazione (isolamento-sofferenza-rassegnazione-disperazione) e permettendo un inserimento sociale più sereno e gratificante per tutti.

La comunità terapeutica: luogo di vita e di cura

Queste note tracciano, a grandi linee ma, penso, in maniera interessate, la natura psicodinamica dell'intervento psicoriabilitativo in regime residenziale.

Prima di tutto bisogna dare una definizione di Comunità Terapeutica, che oggi si chiama: Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta o Comunità Alloggio o Gruppo Appartamento Protetto (vedi: ARSS Veneto).

Infatti l'utilità di una definizione non nasce da sterili disquisizioni accademiche ma dalla necessità di chiarezza e di riferimenti, in mancanza dei quali il termine stesso rischia di divenire un contenitore che si presta ad essere riempito di tutto e del contrario di tutto.

Si può definire la Comunità Terapeutica come un laboratorio sociale in cui si utilizza una forma, un modo di stare assieme, tale da poter influire positivamente sul benessere generale degli individui ospitati e poter, contemporaneamente, mantenere o sviluppare le abilità che essi possiedono.

Due termini occorre rimarcare e cioè "laboratorio" che deriva dal latino *labor* che vuol dire fatica e "sociale" che proviene dal sostantivo *socius* che vuol dire anche compagno, cioè colui che mangia il pane insieme (*cum-panis*). Quindi in ogni Comunità che si rispetta deve coesistere la fatica, l'impegno assieme alla convivialità e alla condivisione.

Jean Reverzy (medico francese, saggista, romanziere) definisce questa forma di stare assieme come: «uno spazio comunitario su piccola scala inserito al massimo grado nella vita sociale e capace di servire da intermediario in tutte le situazioni di rottura con questa, sia che derivino dalla permanenza in un istituzione sia da uno sradicamento originario o da un'invalidazione sociale o psichiatrica o da una situazione di miseria e di solitudine».

La finalità primaria e fondamentale di ogni Comunità Terapeutica è quella di mantenere nel tempo la massima autonomia possibile. Ogni Comunità terapeutica si può considerare un luogo di vita e un luogo di cura.

||||||| Luogo di vita

La vita quotidiana in Comunità è solitamente ricca e movimentata, coinvolgente e caratterizzata da maggior dinamismo, minor rigidità e prevedibilità che in altre istituzioni, come la famiglia o i servizi ambulatoriali, inevitabilmente scandita da impegni (altri), doveri (altri) e necessità (altri). Gli operatori sono sollecitati a svolgere molteplici attività, che richiedono l'assunzione di funzioni organizzative.

Le richieste e le pressioni, spesso emotivamente intense e a volte contraddittorie, richiedono capacità di elaborazione personale e collettiva da parte di chi risponde alla richiesta d'aiuto per dar senso alle risposte e formulare ipotesi di lavoro fondate sulla flessibilità e la ricerca del significato di ciò che accade, più che sulla fedeltà a delle procedure rigidamente prestabilite. Questo forse è il motivo per cui risulta praticamente impossibile raccogliere in un mansionario tutti i problemi con relative soluzioni e consegnarlo in mano ai familiari.

L'équipe comunitaria quindi svolge la funzione di integrare diverse abilità individuali, di metabolizzare gli avvenimenti, di contenere efficacemente i momenti critici, conservando la capacità di muoversi come un collettivo e non come una semplice sommatoria di individui. (C. Kaneclin, A. Orsenigo, 1992)

La vita quotidiana in Comunità è scandita da consuetudini ed esigenze proprie della vita in comune e da pratiche più specificamente legate a progetti terapeutici. L'operatore quindi parteciperà coi pazienti ad alcune operazioni concrete, rituali o informali:

- l'avvio di una nuova giornata,
- la cura della persona,
- il riordino degli spazi personali e comuni,
- il disbrigo di varie mansioni domestiche,

- l'osservanza di impegni programmati,

- l'organizzazione del tempo,

- l'attesa di avvenimenti previsti o auspicati,

- l'affiancamento e il sostegno ai soggetti più regrediti

oltre a tutta una serie di riunioni di piccoli o grandi gruppi.

Ognuno di questi eventi si può accompagnare a significati che vanno oltre la cronaca quotidiana e chiamano in causa valori affettivi importanti che forniscono, a un osservatore attento, una mole di informazioni preziose che, adeguatamente valutate, rappresentano altrettanti indicatori del comportamento più idoneo da assumere.

A differenza di un tradizionale contesto ospedaliero, l'operatore di Comunità agisce nello stare e nel fare *con* piuttosto che *per* il paziente. La tanto decantata condivisione (della quotidianità, delle attività, etc.) va intesa in senso letterale: dividere-con, cioè tendere a una possibile distribuzione dei compiti fra operatori e pazienti, lungo un *continuum* che va dall'affiancamento più o meno consistente (sostituzione/integrazione dell'Io) alla delega progressiva di responsabilità.

Le caratteristiche della Comunità come "luogo di vita" sono:

A) Domesticità

Il cuore della terapia si fonda su una *clinica del quotidiano*, in cui ogni momento della giornata diventa un'occasione di apprendimento dall'esperienza. La funzione curante della Comunità è esercitata dalla *domesticità* che si può definire come: «l'esperienza del vivere in un luogo, riscoprendo soprattutto la dimensione degli atti, dei gesti, degli avvenimenti e delle emozioni della vita di tutti i giorni, attraverso negoziazioni, dinieghi, assenze, convivenze, contrarieità, condivisioni con gli altri ospiti e gli operatori, con il supporto di un contenitore, che a tutto questo conferisce, attraverso i percorsi della interpretazione e della significazione, una intenzionalità riparativa. Domesticità è quindi il porsi in termini di conoscenza e di riflessione riguardo al problema dei tempi e dei modi in cui si svolgono gli atti della vita quotidiana» (Rabboni 1997).

B) Azioni parlanti

L'interpretazione, verbalmente espressa, non è l'unico mezzo di chi opera in Comunità, è più con gli atti che con le parole che è possibile veicolare al paziente messaggi importanti, così come lui tende a fare con noi.

Paul Claude Racamier ha sintetizzato questo concetto con l'espressione *azioni parlanti* sottolineando l'importanza dei messaggi attraverso gesti e fatti capaci di sintonizzarsi sulla lunghezza d'onda del paziente per chiarire il significato di avvenimenti e consentire il recupero di modalità espressive diverse da quelle comportamentali e sintomatiche a lui abituali (vedi anche: comunicazione reciproca - verbale/non verbale).

C) Comunità come viaggio

Lo spazio che la Comunità offre, la casa con le sue stanze e i locali comuni, si propone di diventare un luogo, in cui si possa posare il proprio zaino (carico di sofferenze ma anche di risorse) e preparare un bagaglio di viaggio più completo e solido.

Continuando la metafora del viaggio, le persone ospitate possono entrare nella dimensione del *pellegrino*, sempre in viaggio ma con delle mete definite.

Perché questo possa accadere è necessario, per il viaggiatore, che il luogo, la comunità, diventi qualcosa che gli appartiene, dove si permetta di *sentirsi a casa* e da cui possa iniziare a desiderare il mondo esterno, progettare la scoperta dell'ignoto, immaginare la fuga, sperare nella libertà (Iori, 1988).

Per questo pellegrino un conto è vivere in un luogo come esiliato, allontanato dalla propria patria, dalla casa in cui viveva o solo o con la propria famiglia, portandosi comunque appresso un senso di struggente nostalgia. Diverso è sentirsi sradicato cioè senza una terra che lo possa ancora accogliere e consolare. Altro ancora, viversi nella condizione di rifugiato che viene accolto in un luogo, provvisoriamente perché sempre alla ricerca di una nuova *casa*. Durante il percorso comunitario il senso dell'abitare a volte muta, segnalando cambiamenti profondi nel mondo interno delle persone. A volte i residenti arrivano ad affermare: «Non voglio più tornare a casa, è la casa dei miei genitori, voglio una casa mia».

||||||| Luogo di cura

Sinteticamente le tre funzioni più importanti della Comunità come "luogo di cura" sono:

A) Funzione psicoeducativa

Sono anche altri gli aspetti in cui l'operatore si trova a svolgere direttamente o indirettamente una funzione psicoeducativa: nel mantenere chiara, prima di tutto col proprio comportamento, l'esistenza di regole e confini funzionali alla convivenza e alle finalità terapeutiche (importanza dei tempi, degli spazi e del significato delle attività domestiche o riabilitative).

Talvolta, infatti, all'interno di una famiglia non è facile mettere in pratica tali propositi proprio perché sussistono degli impegni inderogabili, dei corti circuiti insostituibili che riconducono il paziente in una posizione di difesa. Un padre autoritario impedisce alla regola di essere assimilata e accettata dal figlio, una madre eccessivamente protettiva e "ingombrante" impedisce la crescita individuale tramite l'esperienza che genera autostima.

B) Funzione transizionale

Non si tratta di genitori sostitutivi, ma di un ambiente che fornisca le condizioni per realizzare esperienze transizionali e per trovare e creare i propri oggetti transizionali.

Infatti una delle funzioni degli operatori è quella di favorire la formazione di una efficace area transizionale. L'area transizionale è essenziale per lo sviluppo della salute psichica, poiché da essa dipende la possibilità di mantenere un contatto con il mondo esterno, a cui dare forma, significato, modificabilità, e quindi possa essere sperimentato come non sopraffacente la propria fragile consistenza, ma come "altro" esistente indipendentemente dalla propria solitaria onnipotenza.

L'offerta di "vivere" in piccole strutture comunitarie ha a che fare con l'esigenza di un periodo di separazione con la famiglia di origine, con l'offerta di un ambiente che permet-

ta l'attivarsi di questa area transizionale, che ha bisogno del contatto con il mondo esterno e insieme di poterlo usare e deformare e distorcere in funzione della propria personalità, in modo da utilizzarlo come sostegno, appagamento, creazione personale (Ferruta).

C) Funzione materna

La Comunità può svolgere una funzione materna, da un lato capace di accogliere il Sé regredito, bisognoso, spaventato e sofferente del paziente (anche se nega il malessere e si mostra autarchico), dall'altro lato capace di difenderlo dalla sua auto-ostilità.

Con l'elaborazione e attenuazione dell'odio contro se stesso (Super-io negante) e con la legittimazione del vero Sé regredito, il paziente comincia ad affidarsi alla relazione terapeutica: il rapporto diventa più intimo, emergono nuovi vissuti e nuovi ricordi, diventa più comprensibile la sua storia di sconfitte, abusi, risentimenti e rimorsi.

La funzione materna della Comunità passa principalmente attraverso il lavoro dell'operatore, capace di coinvolgersi nella relazione terapeutica, prendersi cura, recuperare la fiducia dopo il disconoscimento del bisogno di tipo simbiotico e dopo gli attacchi svaligianti, sabotanti, menzogneri e invidiosi del mondo esterno; in sostanza egli dovrà accogliere i bisogni del paziente senza colludere con la sua distruttività e con il suo Sé debole e recalcitrante.

Per questo motivo, in comunità, l'*acting out* (autolesioni, esplosioni comportamentali, proclamati tentativi anticollaborativi, provocanti proteste contro la partecipazione alle attività comunitarie, aggressività, alcoolismo, ecc.) viene apertamente discusso e non è mai considerato argomento *segreto* e non lede, per quanto possibile, il processo di ricostruzione. Infatti se questi episodi avvengono in famiglia i genitori o chi per loro, saranno tesi esclusivamente a impedire il reiterarsi dell'evento, talvolta anche costringendo intorno al paziente una prigione, fatta di divieti, ipercontrolli, impedendo così qualsiasi espressione e conoscenza della residuale vita psichica. Attraverso la discussione nei gruppi, invece, e nei momenti informali, pazienti ed operatori si possono formare un'opinione, notare come si sentono ed offrire contemporaneamente aiuto e sostegno.

In sostanza il confronto quotidiano sollecita, continuamente, un processo di individuazione e responsabilizzazione, ostacolando l'uso regressivo del ruolo di malato o di figlio e facilitando la rinuncia ai vantaggi secondari della malattia.

Riferimenti bibliografici:

- FONDAZIONE MARIO LUGLI (a sostegno dei Malati Psichici, della Ricerca e Qualità di Vita), Roma - *La Comunità Terapeutica come percorso "salutare"* (Tesi del Corso di Specializzazione per Responsabili di Comunità Terapeutiche per la Salute Mentale), marzo 2004.

- TERAPIA DI COMUNITÀ - RIVISTA BIMESTRALE DI PSICOLOGIA, n.14 - nov. 2002: Oliviero Maurizio, *La Comunità Terapeutica*.

||||||| I momenti fondamentali dell'informazione

Analiticamente, l'attuale scienza delle ICT (*Information and Communication Technologies*) sintetizza la gestione dell'informazione in 5 momenti fondamentali, che sono:

1. Acquisire dati, elaborati, resoconti, disposizioni, ecc.
2. Elaborare programmi, documenti, piani, ecc.
3. Archiviare decisioni, sintesi, ipotesi, verifiche, progetti, ecc.
4. Trasmettere elaborati, determinazioni, atti direzione, comunicati, ecc.
5. Presentare progetti, programmi, ricerche, sperimentazioni, ecc.

Questo sistema è interattivo, circolare, ad anello, in quanto utilizza le informazioni in entrata, che sono le risposte, le osservazioni, le precisazioni, le richieste che arrivano in conseguenza delle informazioni in uscita dal sistema informativo aziendale, per modificare, in senso migliorativo, l'organizzazione che esprime quello stesso sistema informativo. Questo feedback viene adoperato non solo con tutto il mondo esterno all'organizzazione, ma anche con il mondo interno dell'organizzazione stessa.

Ogni Organizzazione (azienda, cooperativa, servizio) oggi può sopravvivere solo se è in grado di gestire bene l'informazione e quindi la comunicazione, dotandosi di un adeguato *Sistema Informativo* al fine di migliorare continuamente la propria performance produttiva o di servizio. Questo Sistema Informativo può comprendere anche un sistema informativo automatizzato e questo, a sua volta, comprenderà il sistema informatico vero e proprio.

Il Sistema Informativo, quindi, si definisce come l'insieme di tutti gli elementi strutturali e organizzativi coinvolti nello svolgimento delle attività di gestione dell'informazione.

È doveroso rimarcare, ovviamente, che le relazioni interpersonali non possono e non potranno mai essere automatizzate o informatizzate. I passaggi fondamentali della comunicazione/gestione dell'informazione valgono sia in termini generali, di sistema, sia in termini individuali, di persona.

La traduzione in termini individuali è:

1. Attenzione - Ascolto.
2. Riflessione - Confronto.
3. Ricordare - Documentare.
4. Sviluppo - Approfondimento del contatto interpersonale.
5. Collaborazione - Reciprocità.

Come la *Comunicazione Societaria-Aziendale* deve essere rivolta sia all'ambito esterno che a quello interno, così pure la *Comunicazione Individual-Personale* deve essere ottimizzata sia con gli Ospiti della comunità sia con tutti gli Operatori che prestano servizio nella comunità.

Analiticamente, pertanto, si interpreterà:

1. attenzione-ascolto, come condizione base per essere in grado di percepire e recepire i bisogni, le necessità, le richieste dell'altro in funzione di un aiuto, di un sostegno, di un chiarimento;

La comunicazione

La comunicazione è la radice del comportamento umano e del progresso sociale, produttivo e scientifico. La buona capacità di comunicare permette di moltiplicare i risultati soprattutto nel lavoro, ma anche nella vita individuale.

Nella comune accezione del termine "comunicazione" si intende il complesso di segnali necessari a trasmettere informazioni. queste informazioni possono essere idee, concetti, notizie, emozioni, comportamenti, in una parola, tutto ciò che può costituire e far vivere una "relazione".

2. riflessione-confronto, come necessità di sviluppare la capacità di critica e giudizio (indagare e valutare), specialmente in senso costruttivo-positivo, sia nei confronti del proprio agire, parlare, sentire e pensare sia nei confronti delle azioni, parole, sentimenti e idee altrui, come abitudine a chiedere chiarimenti, spiegazioni, commenti, interpretazioni con pacifica e paziente determinazione e con altrettanta disponibilità e sincerità nel fornire eventuali richieste di chiarimenti, spiegazioni, commenti, interpretazioni, e come obbligo ad avere sempre presente la norma di riferimento esistenziale (consuetudini-leggi-regolamenti-programmi) al fine di giungere ad una valutazione complessiva e sostanzialmente corretta.

3. memoria documento, come sforzo continuativo a ricordare, fare memoria di pensieri, idee, emozioni, sentimenti, desideri ed azioni personali ed altrui in riferimento a fatti significativi della vita individuale o sociale, come abitudine a lasciare traccia, trasferire su carta (prossimamente su computer, su ipad o su smartphone), cioè documentare, valutazioni, note, appunti, ecc. richiesti o comunque ritenuti interessanti, avendo cura di catalogarli e rivederli periodicamente.

4. interattività-miglioramento, come impegno nella lotta al pregiudizio (non fermarsi all'apparenza) e all'immobilismo (la vita è sempre movimento) e stimolo alla ricerca ed alla sperimentazione, e come impegno a dotarsi di metodi (percorsi tracciati-sentieri segnati) che permettono un serio monitoraggio e una efficiente verifica delle attività, dei programmi e degli obiettivi scelti.

5. collaborazione-reciprocità, come convinzione della bontà del nostro agire (determinazione serena) e contemporanea disponibilità ad accogliere esperienze significative altrui (curiosità disinteressata), e come sviluppo della capacità di "mettersi in rete" (fili funzionalmente interconnessi) con rispetto reciproco effettivo nella pratica di un convincimento radicato nella dignità e nel valore di ogni persona.

Sinteticamente e sinotticamente:

COMUNICAZIONE	=	GESTIRE INFORMAZIONE
Livello Sociale	+	Livello Personale
Sistema Informativo (SI)	< >	Dimensione Individuale (DI)
1. Acquisire	< >	1. Attenzione-Ascolto
2. Elaborare	< >	2. Riflessione-Confronto
3. Archiviare	< >	3. Memoria-Dокументo
4. Trasmettere	< >	4. Interattività-Miglioramento
5. Presentare	< >	5. Collaborazione-Reciprocità

Il gruppo di lavoro, il lavoro di gruppo

La complessità del lavoro psicoriabilitativo richiede l'apporto di più figure professionali che interagiscano sistematicamente ed efficacemente nel formulare ed attuare, per ogni ospite, un adeguato PTRI (piano del trattamento riabilitativo individualizzato), strumento indispensabile per migliorarne la qualità di vita.

Questo risultato si ottiene solo attraverso una équipe pluriprofessionale, in cui i portatori di diverse specificità professionali esprimono il loro punto di vista e la loro prospettiva progettuale nei confronti di problemi, eventi, fatti e situazioni particolari e sempre con l'intenzione di arrivare a scelte sufficientemente condivise e comunque inseribili positivamente nel PTRI di ogni ospite.

||||||| Il team

In generale, si può dire che il Gruppo di lavoro (*Team*) rappresenta una delle basi del nuovo modello di assistenza sociosanitaria perché consente l'integrazione di diverse professionalità con condivisione di informazioni rilevanti; favorisce l'ottimizzazione dei processi assistenziali attraverso un percorso decisionale efficace; si basa sull'approccio per "problemi, obiettivi, risultati"; valorizza le autonomie professionali individuali, mettendole al servizio degli obiettivi condivisi; favorisce il "senso di appartenenza" e l'apprendimento organizzativo, mettendo il gruppo in grado di accogliere sfide complesse e consente ai membri l'apprendimento di nuove competenze comunicative/emotive/relazionali/tecnico-professionali e gestionali.

Affinché il gruppo di lavoro (nel nostro caso: *equipe riabilitativa*) funzioni bene è necessario adottare un insieme di piccoli accorgimenti che facilitano senza dubbio la vita operativa del gruppo stesso, che sono:

- l'*équipe* non deve essere troppo numerosa (al massimo 10-15 persone),
- ognuno deve avere un proprio ruolo chiaro e rispettato,
- deve essere chiara e condivisa la finalità del lavoro,
- è utile la presenza di un facilitatore,
- è utile fermare il lavoro prima di arrivare al conflitto,
- utilizzare ogni strategia per creare un buon "clima",
- il luogo in cui si realizza il lavoro deve favorire la comunicazione.

È evidente che più un gruppo di lavoro funziona bene, più il lavoro del gruppo ottiene risultati positivi. In generale, il Lavoro di gruppo (*Teamworking*) può essere definito come un'attività o un insieme di attività correlate tra loro, svolte da più persone in modo da raggiungere un obiettivo comune e condiviso.

La cooperazione chiara, attiva e responsabile è fondamentale per un buon lavoro di gruppo poiché, senza questa cooperazione, il gruppo non funziona. Ma è più facile a dirsi che a farsi perché un lavoro di gruppo efficace ed efficiente non si crea automaticamente, ma si costruisce passo dopo passo. Quindi, cos'è che rende efficace ed efficiente il lavoro di gruppo? Sinteticamente si può dire che occorre:

- integrazione operativa tramite assegnazione di ruoli chiari e funzionali;
- condivisione di conoscenze e competenze tramite una comunicazione corretta e completa;
- riduzione delle incertezze e delle lentezze decisionali;
- condivisione delle responsabilità;
- collaborazione paritetica in quanto ogni incarico è ugualmente importante ai fini del risultato finale.

Il personal recovery

L'obiettivo principale del processo di *recovery* (o *personal recovery*), tratto dalla bozza della Carta per i servizi orientati alla *recovery*, elaborata dal Gruppo Articolo 32 di Cremona nel 2011, è:

«Costruzione di una vita soddisfacente e dotata di senso, così come definita dalla persona stessa, nonostante la presenza o meno di sintomi disturbanti o problemi ricorrenti».

Cosa si intende, quindi, per “servizio orientato al *personal recovery*”?

Si intende un servizio progettato e organizzato per promuovere e favorire la guarigione personale o ripristino di abilità basilari in modo da esser in grado di: «... condurre una vita sicura (vedi paure), dignitosa (vedi rispetto), significativa (vedi senso) e serena (vedi felicità) nella comunità e nel luogo dove il paziente “sceglie” di vivere, nonostante la presenza della disabilità derivante dalla malattia, imparando a:

- convivere con la disabilità,
- gestire l’impatto distruttivo della malattia nella propria vita,
- riguadagnare il controllo sulla propria vita e sulla malattia»

(elab. da Davidson 2006).

Dopo la definizione di servizio orientato al personal recovery, vediamo, oggi, quali sono i percorsi metodologici, partendo sempre dalle 5 aree vitali individuate da Spivak e dalla concretezza operativa della valutazione delle competenze o incompetenze sociali che ogni persona presenta.

Le 5 Aree Vitali di Spivak:

1. prendersi cura della propria persona
2. prendersi cura del proprio spazio abitativo
3. prendersi cura del proprio ambiente sociale, culturale, religioso, ricreativo
4. prendersi cura del proprio ambiente amicale e familiare
5. prendersi cura del proprio ambiente occupazionale o lavorativo

Ora prendiamo in esame le 5 aree vitali nell’ottica del processo di recovery.

1. prendersi cura della propria persona

vuol dire imparare a lavarsi, vestirsi, accudirsi, alimentarsi, curarsi, informarsi, approfondire, studiare, scegliere, sperimentare, progettare nuove condizioni di vita soddisfacenti per sé e accettate nel contesto di vita abituale.

2. prendersi cura del proprio spazio abitativo

vuol dire scegliere o accettare il luogo dove vivo, mangio, dormo, studio, lavoro, mi diverto in maniera soddisfacente per sé e condivisa nel contesto di vita abituale.

3. prendersi cura del proprio ambiente sociale, culturale, religioso, ricreativo

vuol dire coltivare interessi e curiosità, provare esperienze gratificanti e piacevoli, confrontarsi con altre idee o esperienze, percepirti come portatori di valori vissuti e di proposte originali, in maniera soddisfacente per sé e condivisa nel contesto di vita abituale.

4. prendersi cura del proprio ambiente amicale e familiare

vuol dire mantenere contatti sereni con amici e familiari, ricercare nuovi amici, scrivere, telefonare, chiedere notizie, partecipare a riunioni organizzate in occasioni speciali in maniera soddisfacente per sé e condivisa nel contesto di vita abituale.

5. prendersi cura del proprio ambiente occupazionale o lavorativo

vuol dire non rifiutare occasioni occupazionali o lavorative, rispettare le regole pro-

poste, chiedere aiuto in caso di difficoltà, proporre innovazioni migliorative in maniera gratificante per sé e condivisa nel contesto di vita abituale.

Il concetto di *recovery* (ripresa-recupero-guarigione) appare centrale oggi nel saldare le esperienze nate dalla deistituzionalizzazione della psichiatria e delle sue istituzioni con il sapere che emerge dalle esperienze delle persone, attraverso i processi di emancipazione e di *empowerment*. L’etimologia di questa parola suggerisce una suddivisione in tre distinte sezioni: *em-power-ment*.

Il prefisso *em* viene utilizzato con il significato di “mettere nella condizione di” o anche di “andare verso”, riferendosi quindi ad un movimento propositivo verso qualcosa.

Il sostantivo *power* viene in genere tradotto letteralmente come “potere”, “essere in grado di”, “potere di”.

Infine, il suffisso *ment* definisce al tempo stesso sia un processo, sia un risultato.

L’*empowerment* – proprio per questa sua quasi impossibile traduzione, che i termini capacitazione, accrescimento, concessione di potere, non soddisfano – è diventato un contenitore ampio, alimentato da diverse e variegate esperienze.

In generale, le attività di *empowerment* si caratterizzano per essere dinamiche e non definite temporalmente, mirate al singolo soggetto ma anche alla collettività, sempre comunque finalizzate ad un percorso condiviso, di scambio e di partecipazione.

Il processo di *recovery*, inoltre, porta a chiedersi come si iscrive la malattia, intesa come crisi individuale, nella storia personale del soggetto: in quale continuità o invece attraverso quale frattura? Dove emerge il soggetto, dove si vede la persona e dove si stempera la malattia / la psichiatria, si intravede pure la possibilità di ridare valore all’esperienza soffferente come percorso personale e come significato interpersonale rivolto alla nostra vita sociale ed alle possibilità di coesistenza.



Infatti il cambiamento è possibile solo quando avviene la scoperta di un senso importante riguardo la propria crisi / malattia, quando c'è rivalutazione della propria sofferenza; e questo è possibile solo laddove accade un riconoscimento da parte di contesti sociali significativi e/o di un servizio di salute mentale.

Il servizio che è capace di catalizzare tutto questo è un servizio che davvero produce “processi di ripresa, di guarigione personale”.

La *recovery*, infine, ha a che fare con la presa di potere, intesa come “presa di coscienza” di sé e dei propri problemi ed anche dei propri obiettivi di esistenza; non interviene nella “coscienza di malattia”. Essa non può essere vista come un percorso individuale soltanto, che implicitamente o esplicitamente sottenderebbe un'etica del riscatto dell'individuo da una condizione, la malattia, vista ancora come colpa, ma coinvolge tutto il tessuto sociale, a vari livelli e con diversificate responsabilità.

Indice

Introduzione	3
La riabilitazione psicosociale	5
<i>Modelli di Social Skills Training</i>	6
<i>Modello di Ciompi</i>	6
<i>Modelli psicoeducativi (Faloon)</i>	6
<i>Modello d'interpretazione psicodinamica</i>	6
<i>Modello di approccio integrato</i>	7
<i>Modello Spivak</i>	7
<i>La nostra scelta</i>	7
La comunità terapeutica: luogo di vita e di cura	9
<i>Luogo di vita</i>	10
<i>Luogo di cura</i>	12
La comunicazione	14
<i>I momenti fondamentali dell'informazione</i>	14
Il gruppo di lavoro, il lavoro di gruppo	17
<i>Il team</i>	18
Il personal recovery	19

