

FONDAZIONE CASA DELL'OSPITALITA' – ONLUS

La salute mentale oggi e domani:
quali bisogni e domande? quali risposte? con quali percorsi, attività, risorse?

**La filiera dei servizi residenziali psichiatrici:
un approfondimento nel contesto piemontese**

RAPPORTO DI RICERCA

a cura di Daniela Teagno

Ivrea, marzo 2016

Indice

Introduzione	3
La filiera dei servizi residenziali psichiatrici in Piemonte	
1. Il contesto piemontese	5
1.1. <i>Quadro istituzionale e legislativo</i>	5
1.2 <i>Strutture e posti di assistenza psichiatrica in Piemonte</i>	10
1.3 <i>La rete articolata dei servizi residenziali piemontesi, ancora incompleta</i>	15
2. La rete dei servizi residenziali: modelli e culture a confronto	16
2.1 <i>Impianti regionali. Piemonte e Lombardia a confronto</i>	16
2.2 <i>La peculiarità della residenzialità leggera nel modello piemontese</i>	20
3. Pubblico e privato: tra contrapposizione e collaborazione	23
3.1 <i>Scelta delle cure</i>	24
3.2 <i>Casistica e inserimenti dei pazienti</i>	25
3.3 <i>Figure professionali</i>	27
4. Il riordino dell'assistenza ai pazienti psichiatrici	29
4.1 <i>La delibera 30 e i ricorsi al TAR</i>	29
Politiche e interventi di salute mentale in Europa	
5. Il panorama europeo	33
5.1 <i>La salute mentale in Europa</i>	34
5.2 <i>L'eterogeneità delle strutture residenziali psichiatriche</i>	35
5.3 <i>Non c'è salute senza salute mentale. A 10 anni dal messaggio di Helsinki 2005</i>	39
5.4 <i>Per un approccio comune e centrato sulla persona</i>	41
Riflessioni conclusive e proposte operative	51
Appendice - Esperienze emblematiche e tematiche significative	54
Scheda 1. Il Porto - Comunità Terapeutica per Disturbi Psichiatrici con o senza Doppia Diagnosi	55
Scheda 2. Progetto Du Parc - Percorsi di riabilitazione in salute mentale	58
Scheda 3. BLU ACQUA.SRL	62
Scheda 4. <i>"Matti a cottimo"</i>	64
Scheda 5. <i>"il Bandolo"</i>	65
Scheda 6. Storie di Guarigione	66
Scheda 7. <i>Recovery</i>	68
Scheda 8. Il modello finlandese del Dialogo Aperto	70
Riferimenti bibliografici e sitografici	72

Introduzione

Il presente report è il risultato di un'indagine esplorativa, informativa e critica nel contesto piemontese (alzando ogni tanto lo sguardo sul panorama nazionale ed europeo) intorno a una serie di problemi che investono la filiera dei servizi residenziali psichiatrici: un quadro necessariamente incompleto ma che offre più angolazioni e diversi punti di vista sul mondo della salute mentale, sulle tendenze in atto, sui bisogni vecchi e nuovi, sulle risposte date o non date.

La Fondazione Casa dell'Ospitalità Onlus ha commissionato tale ricognizione dopo una riflessione sullo stato dell'arte della Casa dell'Ospitalità¹, nata agli inizi degli anni Settanta come iniziativa di accoglienza rivolta a persone fragili ed emarginate, totalmente autogestita a livello di volontariato, attualmente comunità psichiatrica di tipo B, con due gruppi appartamento, gestiti (sia la comunità che gli appartamenti) da operatori specializzati e con il supporto esterno da parte di volontari. I pazienti ospitati sono inviati dalle ASL di competenza e le spese sono a carico del comparto sanitario pubblico. E' stata ed è, quella della Casa dell'Ospitalità, un'iniziativa generosa e impegnativa che richiede oggi un confronto con quanto avviene nel mondo circostante, con i cambiamenti istituzionali e legislativi, nonché sociali e culturali, che hanno delineato sul territorio una realtà poliedrica e diversificata di strutture e interventi psichiatrici di cura e riabilitazione.

Il bisogno di aggiornare il "panorama degli altri" ha portato la Fondazione Casa dell'Ospitalità Onlus alla decisione di effettuare una mappatura e un'indagine approfondita su iniziative analoghe a quella da cui proviene, nonché sulle prospettive a livello nazionale ed europeo, in vista di proposte/soluzioni future in merito al target e alle attività della struttura eporediese.

L'incarico della ricerca è stato affidato alla d.ssa Daniela Teagno, docente di Organizzazione dei Servizi Sociali, Corso di Laurea in Servizio Sociale, Università degli Studi di Torino, sede di Biella. Da alcuni incontri preliminari con vari esponenti della Fondazione, dell'Associazione e della Cooperativa sociale della Casa dell'Ospitalità si è deciso che lo scenario in cui muovere i passi dell'indagine rimanesse l'ambito della salute mentale, senza escludere la possibilità di un parziale "ritorno alle origini", nel senso di accogliere - come accadeva nei primi anni della storia della struttura - altre tipologie di ospiti, che richiamano comunque condizioni di fragilità ed emarginazione, per lo più in carico a servizi e politiche socio-assistenziali (anziani, disabili, poveri, immigrati ecc.).

Oggi, come noto, in Piemonte si è avviato, non senza critiche e preoccupazioni, il riordino dei servizi residenziali di salute mentale, che pone alcuni quesiti:

- quale impatto sulla specializzazione della Casa dell'Ospitalità nel settore *comunità psichiatrica protetta di tipo B* (che rimarrebbe comunque gestita dal comparto sanitario)?
- quali conseguenze sui gruppi appartamento che, con la nuova classificazione, passerebbero nel novero dei servizi socio assistenziali, con aumento dei costi di ricovero a carico di pazienti/familiari e Comuni (già in crisi per i tagli del welfare), senza contare il ridimensionamento di numeri e tipologie degli operatori?

Al di là dei cambiamenti che potrebbero derivare da nuovi provvedimenti normativi, si è concordato di procedere alla ricostruzione di un quadro descrittivo e quantitativo delle strutture che compongono la filiera dei servizi residenziali psichiatrici piemontesi, in modo particolare i gruppi

¹ La Casa dell'Ospitalità è nata più di 40 anni fa come iniziativa rivolta verso ogni tipo di *persone deboli* che necessitano di una residenza comunitaria (handicappati, senza dimora, malati psichiatrici, anziani soli/non autosufficienti, ecc.). Lungo gli anni si è evoluta - per una serie di motivi, tra cui nuove normative regionali - verso la situazione attuale: una comunità psichiatrica di tipo B. L'organizzazione vede al suo interno tre realtà che operano in sintonia:

- una Associazione, che riunisce volontari e simpatizzanti. Ha gestito tutto per parecchi anni ed ora si limita ad iniziative di supporto e di pubblicizzazione;
- una Cooperativa sociale, formata da tutti gli operatori. Ormai gestisce tutte le attività rivolte agli ospiti;
- una Fondazione, costituita recentemente dall'Associazione allo scopo di consolidare nel tempo l'iniziativa. E' stata finanziata con i lasciti ricevuti dall'Associazione lungo gli anni; ha recentemente acquistato l'edificio dove da sempre si svolgono le attività.

appartamento, le comunità alloggio e le comunità protette, prestando attenzione a quanto accade anche nelle altre realtà regionali nazionali ed europee. Occorre rilevarne l'organizzazione e il funzionamento, tratteggiare il sistema reticolare e il rapporto tra pubblico e privato, esplorare le aree di criticità, i bisogni, le progettazioni future, senza entrare nel merito degli aspetti clinici, dei criteri diagnostici, degli approcci terapeutici che variano, si sa, a seconda delle diverse anime della cultura psichiatrica, ed esulano dal taglio sociale sociologico di ricerca che caratterizza la presente indagine, pur rimanendo elementi importanti nel determinare il profilo dei servizi.

Metodi e fasi dell'indagine

- Raccolta di documentazione e di dati di sfondo sui vari elementi che compongono il panorama piemontese dell'assistenza psichiatrica extraospedaliera, con particolare attenzione ai mutamenti avvenuti nello scenario legislativo e socioculturale, estendendo la rilevazione ad altre regioni italiane e al contesto europeo. La ricognizione è avvenuta per lo più attraverso Internet: è stata impostata nella fase di avvio della ricerca e ha accompagnato costantemente i lavori, coprendo tutto l'arco temporale dell'indagine.
- Definizione delle realtà da indagare e delle strategie di rilevazione più adeguate al fine della ricognizione. In un primo momento si pensava di coinvolgere tutte le strutture piemontesi di assistenza psichiatrica extraospedaliera inviando un questionario da compilare *on line*, per poi approfondire alcune questioni con testimoni privilegiati. Avendo scartato l'idea di utilizzare il questionario in quanto strumento già abusato, con il rischio di non ricevere riscontri adeguati, si è scelto di procedere secondo un approccio più qualitativo con interviste mirate (registrate – previo consenso – su supporto magnetico) e visite in loco, sia nell'area del servizio pubblico che del privato/privato sociale. Per intervista qui si intende una pseudo conversazione per ottenere certe informazioni (non generiche, definite negli obiettivi del lavoro di indagine), un colloquio aperto, svincolato da schemi rigidi, libero di soffermarsi su alcuni passaggi e approfondimenti.
- Individuazione degli attori istituzionali e non, da contattare e intervistare. Sono stati scelti alcuni testimoni privilegiati la cui esperienza di vita e/o di lavoro si realizza in provincia di Torino, rappresentanti il mondo dei malati e familiari, degli operatori, dell'associazionismo e volontariato.
- Discesa sul campo con le interviste ai testimoni privilegiati, a cui vanno i più sentiti ringraziamenti per la disponibilità e la collaborazione alla ricerca. I dati e le informazioni raccolti si riferiscono al momento dell'intervista, fotografando dunque la situazione ai primi di dicembre 2015, quando il TAR non si era ancora espresso sulla D.G.R. 30. Le interviste avevano due obiettivi: a) ricostruire storia, mission, organizzazione, target, relazioni, attività dell'ente/associazione; b) disegnare un quadro delle principali questioni inerenti il contesto di azione degli organismi coinvolti nell'indagine, mettendo in evidenza luci e ombre, rotture e continuità. La conversazione iniziava con la domanda aperta “in base alla Sua esperienza, cosa è accaduto e cosa sta succedendo nel mondo della psichiatria? quali bisogni e domande? quali risposte? con quali percorsi, attività, risorse?”. L'intervistato/a rispondeva partendo dalla propria esperienza, privilegiando tematiche più vicine al proprio ruolo, alla propria formazione nonché vocazione. Compito dell'intervistatore era, in assenza di schemi vincolanti, di non perdere il filo conduttore e richiamare gli argomenti strategici rispetto agli obiettivi della ricerca. Sono state realizzate 11 interviste, approfondite, interessanti, in un clima di rispetto e simpatia, senza forzature, con risposte non banali o standardizzate.
- Elaborazione dei dati e delle informazioni raccolti; stesura report.

La filiera dei servizi residenziali psichiatrici in Piemonte

1. Il contesto piemontese

In questo primo capitolo saranno illustrate, a partire dalla riforma psichiatrica del 1978, le disposizioni per l'assistenza dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici a livello piemontese, all'interno della più ampia cornice istituzionale e legislativa nazionale.

Non senza difficoltà, seppure in modo disomogeneo a livello territoriale, in Piemonte si è sviluppato un processo di progresso, che ha portato alla chiusura definitiva dei manicomi e che ha permesso di sviluppare una rete di percorsi flessibili e un ventaglio abbastanza ampio di soluzioni residenziali, coinvolgendo enti pubblici e attori del privato/privato sociale. Si cercherà di fornire un quadro descrittivo e quantitativo delle strutture presenti sul territorio piemontese. Mentre alcune tipologie di residenze psichiatriche, come le comunità protette e le comunità alloggio, sono state accreditate, i gruppi appartamento non sono ancora stati disciplinati pur avendo una visibilità e una consistenza che ha pochi eguali nelle altre regioni. Questa filiera articolata richiede di essere completata con azioni di riordino, di governo, di pianificazione, tenendo anche conto degli aggiornamenti e degli adeguamenti sollecitati dalle più recenti normative nazionali e regionali in materia.

Quadro istituzionale e legislativo

Come risaputo, la riforma psichiatrica del 1978, con l'emanazione della Legge n. 180 (la cd "legge Basaglia") inglobata in seguito nella Legge n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ha presentato notevoli difficoltà di attuazione². Le Regioni hanno tardato a mettere in pratica i principi legislativi e ancora oggi si registra una certa disomogeneità territoriale.

Il Piemonte è una delle prime regioni a darsi una legge psichiatrica, la L. R. n. 61 promulgata nel 1989³, che istituisce il Servizio Dipartimentale Psichiatrico (SDP) con il compito di coordinare gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali sul suo territorio, attraverso una completa rete di attività e presidi psichiatrici diversificati: a) il Centro di Salute Mentale; b) il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura; c) il Centro di Terapie Psichiatriche, che comprende a sua volta un centro diurno e una comunità terapeutica; d) la Comunità Protetta; e) la Comunità Alloggio. Tale legge stabilisce che entro dieci anni dalla sua pubblicazione siano create e organizzate tutte le strutture intermedie (fra la famiglia e l'ospedale) da essa previste⁴, con gli standard di personale indicati nel regolamento applicativo.

Cinque anni dopo l'emanazione della normativa piemontese viene formulato a livello nazionale il primo Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1994 – 1996"⁵ (che dovrebbe essere di

² Con l'istituzione del S.S.N. i servizi psichiatrici vengono inseriti nei servizi sanitari generali per eliminare ogni forma di discriminazione e favorire il recupero e il reinserimento sociale dei malati mentali, a cui viene riconosciuta la possibilità di curarsi senza far ricorso al ricovero in un contesto separato dal proprio ambiente di vita. Gli Ospedali psichiatrici perdono la loro funzione, in quanto la legge vieta espressamente nuove ammissioni e la loro costruzione. Le valutazioni di questo radicale cambiamento non sono univoche: dai più convinti fautori ai molti che, pur sottolineando i valori di questa legge, fanno presente l'inadeguatezza in quel periodo storico dei servizi psichiatrici territoriali, a chi segnala criticamente il peso che si è abbattuto sui familiari, i casi di suicidio tra gli ex degenti, il dramma della residualità manicomiale.

³ Legge regionale n. 61 del 23 ottobre 1989, *Disposizioni per l'assistenza dei malati di mente e per la riorganizzazione dei Servizi Psichiatrici* (vigente).

⁴ La L. R. 61/89, art. 21, prevede in Piemonte: 25 CPT con 400 posti letto in totale; 25 CP con 500 posti letto in totale; 50 CA con numero posti letto da stabilirsi.

⁵ Approvato con il D.P.R. del 7/4/94. Si ricorda nello stesso anno l'emanazione della L. 724/94 che imponeva alle Regioni la chiusura degli ospedali psichiatrici ancora esistenti entro il 31.12.1996, termine posticipato di un anno dalla L. 662/1996. Si ricorda anche che nel frattempo con il D.Lgs. 502/1992 (e s.m.i) si andava modificando l'assetto della Sanità, ampliandone le dimensioni territoriali ed indirizzandola verso una gestione tecnico manageriale più autonoma rispetto agli enti locali. Le prestazioni erano assegnate ad Asl e Aso, ossia aziende sanitarie locali e ospedaliere, con Direttori di nomina regionale. Le regioni rafforzavano il loro potere di organizzazione, finanziamento e

indirizzo alle Regioni per l'approvazione delle proprie leggi sulla psichiatria, senza tuttavia rappresentare un vero obbligo alla realizzazione), che indica strutture sanitarie e assistenziali analoghe a quelle previste già con largo anticipo in Piemonte. Qui, nonostante la funzione pionieristica della regione a livello legislativo, si accumula un notevole ritardo nell'implementazione della rete di servizi di cura e riabilitazione. Si legge nella Guida pratica per le famiglie – D.I.A.Psi. Piemonte⁶:

Oggi, appieno 1995, non è stato praticamente ancora realizzato nulla, salvo qualche comunità per pochissimi malati e qualche miglione ad alcuni SPDC.

Liti interne hanno impedito persino l'istituzione dei Dipartimenti, che dovrebbero avere l'importante compito di coordinare, organizzare e programmare le cure dei malati e l'assistenza nelle varie strutture.

Il personale non ha la formazione specialistica che la legge esige, è demotivato ed insoddisfatto.

Manca la «responsabilità» degli psichiatri, benché sia palese il lodevole e cosciente impegno di taluni. Tutto ciò non si verifica per le altre branche della medicina.

(...)

Occorre un progetto globale coordinato e organizzato per dare vita a una rete di servizi integrati e funzionanti sul territorio, come prescrive la L. 61. L'intero progetto della L. 61 verrà realizzato solo se ci sarà la volontà politica di farlo, la costanza e l'impegno di molti, di tutti gli addetti, operatori e amministratori.

Alle indicazioni del primo Progetto Obiettivo nazionale la Regione Piemonte risponde con l'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) ai sensi dell'art. 3 della L.R. 64/95⁷, cui seguirà la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 357 – 1370 del 28 gennaio 1997, che ne definisce gli standard strutturali e organizzativi, precisando che gli stessi si riferiscono a standard minimi indispensabili per l'attivazione di qualsiasi tipologia di servizio e/o struttura prevista dalle norme vigenti sia pubblica che privata.

Il DSM rappresenta dunque l'assetto delle strutture proprie dell'assistenza psichiatrica delle Aziende Sanitarie Locali (confermato anche dal successivo Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998 – 2000"⁸): si tratta di una unità dotata di tutte le funzioni e le strutture previste, da quelle ospedaliere e ambulatoriali, alle domiciliari, semiresidenziali e residenziali, organizzata secondo lo standard di riferimento di norma di un operatore ogni 1.500 abitanti e di 1 posto di assistenza residenziale ogni 5.000 abitanti. La delibera 357/1997 definisce l'impianto organizzativo del DSM⁹ e introduce altresì alcune tipologie di interventi economici (assegni terapeutici, borse lavoro, inserimenti lavorativi)¹⁰ e una serie di interventi alternativi al ricovero e all'inserimento in strutture residenziali protette: progetti di assistenza domiciliare psichiatrica sia al domicilio privato che al domicilio sociale, gruppi appartamento, affido familiare¹¹.

Tale normativa subirà una revisione solo nel 2013 a seguito del recepimento da parte del Consiglio Regionale piemontese sia del Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)¹² sia dell'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata in data 17 ottobre 2013 relativo alle strutture

programmazione di servizi e attività realizzate sul proprio territorio. Subentrava alle vecchie convenzioni la nuova formula dell'accreditamento rispetto ai fornitori privati (competitività).

⁶ C. Soldi (acd), *La malattia mentale. Guida pratica per le famiglie*, D.I.A.Psi Piemonte, F.I.S.A.M., con il contributo della Regione Piemonte, 1995, Torino, p. 4.

⁷ Legge regionale n. 64 del 13 aprile 1995, *Norme di salvaguardia per la Programmazione Sanitaria Regionale* (art. 3 - Organizzazione dei servizi di tutela della salute mentale).

⁸ Approvato con il D.P.R. del 10/11/1999.

⁹ Regione Piemonte, Allegato A – D.C.R. n. 357 – 1370 del 28 gennaio 1997. Si prevedono le seguenti strutture: Centro di Salute Mentale, Centro Diurno e/o Day Hospital; Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura; Comunità Protetta (di tipo A e B); Centro di Terapie Psichiatriche; Comunità Alloggio.

¹⁰ Regione Piemonte, Allegato B - D.C.R. n. 357 – 1370 del 28 gennaio 1997.

¹¹ Regione Piemonte, Allegato C - D.C.R. n. 357 – 1370 del 28 gennaio 1997.

¹² Regione Piemonte, D.G.R. n. 87- 6289 del 2 agosto 2013, Recepimento dell'Accordo approvato in Conferenza Unificata "Piano di azioni per la salute mentale" (Atto rep. n. 4/CU del 24.01.2013).

residenziali psichiatriche e adozione del relativo nuovo modello residenziale AGENAS – GISM¹³ (vedi Box 1). Si giunge così alla Deliberazione della Giunta Regionale 3 giugno 2015, n. 30-1517 che dà disposizioni per il riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria in Piemonte, di cui si entrerà nel merito oltre.

Box 1

SCHEDE SINTETICA
AREA SALUTE MENTALE GRUPPO DI LAVORO AGENAS-GISM
“LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE”¹⁴

Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013

In attuazione dell’Azione Programmatica 10 indicata dal PANSM per la tutela della salute mentale in età adulta, il documento *Le Strutture Residenziali Psichiatriche* si propone di fornire indirizzi omogenei nell’intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all’interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.

Si tratta di adottare una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l’organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici offerti agli utenti.

Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica, e con necessità di interventi multi professionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) che elabora un Piano di trattamento individuale (PTI); nell’ambito di detto piano può essere previsto l’invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile.

L’inserimento in una struttura residenziale, nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come processo attivo e non autorizzazione “passiva”.

PTI e PTRP

L’obiettivo del PTI è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli: □ il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa; □ il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.

Vengono definiti gli interventi necessari al paziente, che nell’insieme rientrano in programmi differenziati per intensità riabilitativa, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate.

Da ciò scaturisce la scelta della tipologia di struttura residenziale.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall’équipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI), in accordo con il CSM.

TIPOLOGIA DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

La tipologia delle strutture residenziali psichiatriche viene distinta sia per il livello di intervento terapeutico riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo. In base all’intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, si individuano tre tipologie di struttura residenziale:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).
- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2). Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.
- Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio riabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3).

Fonte: http://www.agenas.it/images/agenas/oss/assistenza/salute%20mentale/GISM_residenzialit_Adulti.pdf

In parallelo al percorso sopra descritto di attivazione dei DSM, si deve ricordare l’evoluzione legislativa che ha portato alla chiusura definitiva dei manicomi. La L. 724/94 imponeva alle Regioni la chiusura degli ospedali psichiatrici (OO.PP) ancora esistenti entro il 31.12.1996, termine

¹³ Regione Piemonte, D.C.R. n. 260 – 40596 del 23 dicembre 2013.

¹⁴ Tale documento è stato redatto utilizzando la documentazione raccolta, integrata dalle indicazioni del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), dal Tavolo tecnico istituito nell’ambito di un’attività di studio e di ricerca, della durata di 12 mesi, finalizzata alla definizione di standard di tipologie assistenziali e prestazioni omogenee dei servizi territoriali dell’area della salute mentale, avviata a luglio 2012 dall’AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e dal GISM (Gruppo interregionale salute mentale) della Commissione Salute.

posticipato di un anno dalla L. 662/1996. La Regione Piemonte con la D.G.R. n. 118-7609/1996 approvava criteri e modalità di valutazione dei malati di mente, cronici e lungodegenti, per individuare le strutture idonee ad accoglierli, al fine di evitarne l'abbandono a seguito della dimissione dai nosocomi. La classificazione prevedeva tre fasce: la fascia "A" per i pazienti rivalutati "disabili"; la fascia "B" per i pazienti rivalutati "anziani non autosufficienti"; la fascia "C" per i pazienti "psichiatrici". Rispetto a questa ultima tipologia erano i servizi del DSM titolari e responsabili delle prestazioni a valenza terapeutico-riabilitativa nonché di carattere sociale rivolte ai propri utenti, mentre i pazienti di tipo "A" e "B" facevano riferimento agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, competenti per domicilio di soccorso.

Intanto, a livello nazionale, la Legge 27.12.1997 n. 449 (di accompagnamento alla Finanziaria per il '98) spostava la data per la chiusura ultima degli OO.PP. al 31/12/1998 per i pazienti di fascia psichiatrica e al 31/12/1999 per quelli psico-organici e psico-geriatrici. A margine, si segnala che ci vorranno più di quindici anni per avviare il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (a cui viene dedicato il Box 2).

Con la chiusura degli OO.PP. si è passati progressivamente a modalità di assistenza di tipo comunitario e sono state aperte numerose strutture residenziali non ospedaliere.

Nel 2000 sono state censite¹⁵ in Italia 1.370 strutture residenziali (SR) dotate di 4 o più posti residenziali (PR), con un numero totale di PR pari a 17.138 e un numero medio di 12,5 PR per ogni SR. Sono state inoltre rilevate 125 SR con un solo ospite, 108 SR con 2 ospiti e 100 SR con 3 ospiti, per un totale di 641 PR. Più della metà delle SR è stata aperta dopo il 1996 probabilmente nell'urgenza delle normative relative al superamento degli OO.PP.; delle restanti, 265 sono state istituite prima del 1990 ed altre 406 nell'intervallo compreso tra il 1990 e il 1996.

Confrontando i dati raccolti con quelli del Ministero della Sanità riferiti al 1998, emerge come in soli due anni il numero di SR sia aumentato di oltre 300 unità, e i PR siano parallelamente cresciuti di oltre il 50%. La dotazione di strutture residenziali psichiatriche è risultata molto variabile tra le diverse regioni: il Piemonte compariva in seconda posizione, dopo la Lombardia, per numero di strutture e posti residenziali, ma non abbiamo i dati disaggregati a livello regionale rispetto alle tipologie funzionali delle strutture. Dal censimento Progres emerge che sul territorio nazionale quasi 3 su 4 erano strutture ad alta intensità, le altre a media intensità e solo per una trentina di residenze l'assistenza era fornita a fasce orarie, come a dire che prevaleva un'assistenza di tipo intensivo mentre la residenzialità leggera era ancora agli albori. Appare poco probabile che la disomogeneità nella dotazione di strutture residenziali possa essere posta in relazione con variazioni regionali nei tassi di prevalenza dei disturbi psichiatrici o nella richiesta di assistenza da parte dei pazienti psichiatrici. E' più probabile che l'ampia variabilità rifletta piuttosto differenze nella programmazione e nelle politiche adottate localmente rispetto alla dotazione di servizi psichiatrici e, in particolare, di strutture residenziali.

¹⁵Fonte: G. de Girolamo, A. Picardi, P. Morosini e il gruppo Progress, *Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. Risultati del progetto PROGRES*, Notiziario Istituto Superiore Sanità, 2001, vol. 14, n. 4 - consultabile sul sito <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0104.1107418170.pdf>

Il progetto PROGRES (PROGetto RESidenze), lo studio più ampio di questo tipo mai realizzato a livello internazionale, è stato promosso dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2000, con l'obiettivo di studiare tutte le strutture residenziali psichiatriche presenti sul territorio nazionale. Purtroppo i lavori non sono più stati aggiornati e le informazioni sulla rete dei servizi a tutela della salute mentale in Italia sono tuttora frammentarie.

Uno studio multicentrico¹⁶, che ha visto la Regione Toscana come capofila e l’Agenzia regionale di sanità della Toscana come referente scientifico, fornisce un quadro dettagliato dei bisogni di salute di circa 16.000 detenuti (arruolati nel 2014) presenti in 57 strutture (quasi il 30% del totale nazionale degli istituti) e dei trattamenti farmacologici loro prescritti. Si tratta di un’indagine epidemiologica (finanziata dal Ministero della salute, nell’ambito delle progettualità del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) sullo stato di salute di un campione di detenuti delle strutture detentive di Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria e dell’Azienda sanitaria di Salerno. Il progetto ha inoltre previsto un intervento specifico di prevenzione del rischio suicidario in un campione di detenuti delle sei regioni coinvolte.

Dai risultati emerge che la popolazione detenuta oggetto della ricerca ha un’età media di 39,6 anni, con basso livello di istruzione, composta per la metà da stranieri (i nordafricani sono il gruppo etnico più rappresentato seguito dagli est europei) e per la quasi totalità (96,5%) di genere maschile. Nonostante l’età media sia bassa, oltre il 70% dei detenuti è comunque affetto da almeno una patologia: soprattutto disturbi psichici, malattie infettive e disturbi dell’apparato digerente.

Oltre il 40% dei detenuti è affetto da almeno una patologia psichiatrica. Le malattie dell’apparato digerente si collocano al secondo posto dopo le patologie psichiatriche per numero di diagnosi, di queste circa il 40% è costituito dalle patologie dei denti e del cavo orale.

L’alto numero di patologie psichiche, in un contesto fatto di restrizioni e di convivenza forzata in ambienti, spesso, molto ristretti, rende facilmente intuibile la prescrizione, da parte dei clinici, di farmaci psicotropi. In particolare la categoria farmacologica più utilizzata è quella degli ansiolitici, che rappresenta il 39,5%, seguita dagli antipsicotici (16,5%), antiepilettici (15,4%) e antidepressivi (15,0%).

Il carcere costituisce una comunità chiusa, sovraffollata, promiscua, un “concentratore di patologie”, soprattutto quelle infettive (l’epatite C è la prevalente).

I tentativi di suicidio e i gesti di autolesionismo rappresentano una vera e propria emergenza nel sistema carcerario italiano. Nel corso dell’ultimo anno, infatti, il 5% dei detenuti ha messo in atto almeno due volte un gesto autolesivo. La fragilità di questa popolazione impone una programmazione di interventi che ponga al centro il percorso di recupero e reinserimento. E proprio in questo ambito si è inserito uno dei successi del progetto: su tutti i detenuti “nuovi giunti da libertà” con o senza precedenti è stato effettuato uno screening (tramite la scala di Blaauw): il 53% dei nuovi giunti è risultato positivo allo screening, il 44% circa presentava almeno una patologia e il 56% delle diagnosi rilevate era rappresentato dai disturbi psichici, soprattutto dal disturbo da dipendenza da sostanze. Su questo campione è stato applicato un protocollo specifico di prevenzione e non si sono verificati tentativi di suicidio.

Un altro tema caldo riguarda la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) e la nascita delle Rems (Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza), nuove strutture distribuite su base regionale, a esclusiva gestione sanitaria interna e con attività di vigilanza esterna¹⁷.

La Legge 17 febbraio 2012, n. 9, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri (nota come legge svuota carceri), disponeva il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari entro un anno; il decreto legge 25 marzo 2013 (convertito nella L. 57/2013) spostava questa scadenza al 1° aprile 2014, che la L. 81/2014 posponeva ulteriormente al 31 marzo 2015. A tale data sono sei gli Opg ancora presenti in Italia, ciascuno a copertura di più regioni: Castiglione delle Stiviere (Lombardia), Reggio Emilia (Emilia Romagna), Montelupo Fiorentino (Toscana), Secondigliano (Campania), Aversa (Campania) Barcellona Pozzo di Gotto (Sicilia), con circa 700 residenti.

La legge 81/2014 non ha soltanto fissato un nuovo termine per il completamento del processo, ma ha mutato profondamente l’applicazione della misura di sicurezza detentiva riservandola ai soli casi in cui il giudice abbia acquisito elementi dai quali risulti che ogni misura “diversa” non sia idonea ad assicurare le cure adeguate ed a far fronte alla pericolosità sociale dell’infermo di mente e del seminfermo di mente¹⁸.

L’applicazione della misura di sicurezza detentiva diviene del tutto residuale, tanto che la legge ha previsto la possibilità per le Regioni di modificare entro la data del 15 giugno 2014 i programmi presentati e destinare parte delle risorse alla riqualificazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, contenendo il numero complessivo di posti letto da realizzare nelle Rems. Le modifiche apportate riguardano anche gli elementi per l’accertamento della pericolosità sociale. L’accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tener conto delle sue condizioni di vita individuali, familiari e sociali; il giudizio di pericolosità sociale non può basarsi sulla sola mancanza di programmi terapeutici individuali. La normativa ha anche stabilito che le misure di sicurezza detentive, compreso il ricovero nelle Rems, non possano durare oltre il tempo prescritto per la pena detentiva prevista per il reato commesso,

¹⁶Documenti dell’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, n. 83, 2015 (consultabile sul sito www.ars.toscana.it/it/aree-dintervento/la-salute-di/detenuti.html).

¹⁷ Cfr. M. Corulli, *Appunti sul movimento delle Comunità terapeutiche in Italia*, op. cit., pp. 79-81.

¹⁸ Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria, *Relazione del Ministero sull’amministrazione della giustizia anno 2014*, Inaugurazione dell’Anno Giudiziario 2015 (https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/Anno_giudiziario_2015_DAP.pdf).

rendendo obbligatorie le dimissioni a fine pena (ponendo così termine ai cosiddetti "ergastoli bianchi").

Molte organizzazioni impegnate nel campo della salute mentale temono che al posto degli Opg si istituiscano nuove strutture manicomiali, le Rems definitive (i "mini Opg"), per cui si mobilitano per vigilare sul rispetto della legge 81, che ha spostato il baricentro dalla logica manicomiale alla cura delle persone nel territorio, privilegiando le misure alternative alla reclusione. In questa direzione occorre che le Rems oggi "transitorie", siano visitabili ed accessibili, organizzate e gestite nel riconoscimento dei diritti delle persone assistite e degli operatori: senza segregazione, senza utilizzo di mezzi coercitivi, senza interruzione di responsabilità da parte degli operatori del territorio di riferimento, nella presa in cura globale di ogni persona e in un rapporto costante con la magistratura per rendere transitorio l'internamento; di pari passo bisogna spostare finanziamenti e personale nei servizi del territorio e nei Dipartimenti di Salute Mentale. Strategico appare anche mantenere attivo l'organismo di monitoraggio per il superamento degli Opg (Ministero Salute e Giustizia/Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria, Regioni) che deve rendere pubblici i dati: quanti nuovi ingressi, quanti dimissioni, quante misure alternative all'internamento¹⁹.

In Piemonte è stato siglato dalla Regione il protocollo d'intesa con la Magistratura (14/12/2015)²⁰: è un atto che rappresenta un importante tassello dell'impegno regionale nel percorso di superamento degli Opg. In applicazione della legge, da un lato sono state individuate due strutture sanitarie extraospedaliere (Rems)²¹, una delle quali già attiva a Bra, destinate ad accogliere le persone a cui sono applicate le misure di sicurezza detentiva, dall'altro lato si lavora perché nel medio periodo si possa contenere l'uso delle Rems proprio con misure alternative sul territorio a cura dei Dipartimenti di salute mentale. "Attualmente in Piemonte già 400 pazienti sono seguiti in alternativa alla detenzione - ha commentato l'assessore regionale alla Sanità Antonio Saitta - e in questa materia serve collaborazione tra la sanità e la giustizia. Per questo aumenteremo di 2 milioni lo stanziamento ai Dipartimenti di Salute mentale per questo progetto"²².

Strutture e posti di assistenza psichiatrica in Piemonte

Tenendo conto del quadro istituzionale e legislativo sopradescritto, non pare fuori luogo chiedersi cosa e come si è costruito in un quarto di secolo nel contesto piemontese relativamente alla filiera dei servizi residenziali psichiatrici. Da una ultima rilevazione aggiornata al 31 dicembre 2014²³, si individuano attualmente nel territorio piemontese le seguenti tipologie di strutture residenziali riservate ad accogliere i pazienti adulti affetti da patologie psichiatriche:

- Gruppi Appartamento, il cui numero è pari a 355, con 1.365 posti letto e 440.184 giornate erogate
- Comunità Alloggio, pari a 21 strutture accreditate con 208 posti letto e 111.691 giornate erogate (Tab. 1)
- Comunità Protette, corrispondenti a 64 strutture accreditate (di cui 54 di tipologia B e 10 di tipologia A) con un totale di 1.263 posti letto e 250.896 giornate erogate (Tab. 2).

¹⁹<http://www.stopopg.it/node/1239>

Il comitato nazionale stopOPG è formato da: Forum Salute Mentale, Forum per il diritto alla Salute in Carcere, CGIL nazionale, FP CGIL nazionale, Antigone, Centro Basaglia (AR), Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo Franco Basaglia, Coordinamento Garanti territoriali diritti dei detenuti, Fondazione Franco e Franca Basaglia, Forum Droghe, Psichiatria Democratica, Società della Ragione, Associazione "Casa" di Barcellona Pozzo di Gotto, Ristretti Orizzonti, UNASAM, Associazione "A buon diritto", SOS Sanità, Cittadinanzattiva, Gruppo Abele, Gruppo Solidarietà, CNCA Coord. Naz. Comunità Accoglienza, Fondazione Zancan, Conferenza Naz. Volontariato Giustizia, ITACA Italia, Edizioni Alpha Beta Verlag, CNND Coord. Naz. nuove droghe, ARCI, AUSER, Aircam, 180amici, Cooperativa con-tatto di Venezia, LegaCoopSociali.

www.stopopg.it

²⁰ <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/notizie-87209/notizie-dallassessorato/3720-14-12-2015-ex-opg-protocollo-d-intesa-tra-magistratura-e-regione>

²¹ Attivazione di due residenze provvisorie presso la Comunità terapeutica psichiatrica di Grugliasco (20 posti letto, gestione diretta ASL TO3) e la Casa di cura privata accreditata di San Michele di Bra (18 posti letto) e il potenziamento delle funzioni della sezione Il Sestante della casa circondariale Lorusso e Cotugno di Torino. E' quanto prevede la rimodulazione del programma degli interventi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari presentata dall'Assessore alla salute, Antonio Saitta il 1° settembre 2015 nel corso della prima riunione della Giunta regionale dopo la pausa estiva (<http://www.regione.piemonte.it/notizie/piemonteinforma/diario/riunione-della-giunta-regionale-56.html>).

²² http://www.quotidianosanita.it/piemonte/articolo.php?articolo_id=34516

²³Fonte: Regione Piemonte, D.G.R. n. 30-1517 del 3 giugno 2015.

I dati qui riportati sono contestati dalla Fenascop (vedi lettera 14 giugno 2015 ad assessori e consiglieri regionali, sul sito www.diapsipiemonte.it/allegati/riordino_residenziale/14giu15)

Tab. 1 - Comunità Alloggio: dettaglio strutture accreditate e aventi diritto

Fonte: Registro Accreditementi

N°	ASL	GESTORE	STRUTTURA	SEDE
1	ASL TO3	PRO.GE.CO s.r.l.	PRO.GE.CO s.r.l.	Bruino (TO)
2	ASL TO3	PRO.GE.CO s.r.l.	PRO.GE.CO s.r.l.	Sangano (TO)
3	ASL TO3	Cooperativa Sociale San Cassiano Onlus	Casa Cottolengo	Grugliasco (TO)
4	ASL TO3	PRO.GE.S.T.	Il Giglio	S. Gillio (TO)
5	ASL TO4	Associazione Mastropietro & C. Onlus	Comunità Alloggio San Ponso	San Ponso (TO)
6	ASL TO5	Coralli Metello	Il Porto	Moncalieri (TO)
7	ASL VC	Società Abros Gestioni S.r.l.	Ville San Secondo - Chiglia	Moncrivello (VC)
8	ASL VC	Società Abros Gestioni S.r.l.	Ville San Secondo - Ruota di Prua	Moncrivello (VC)
9	ASL BI	Anteo Cooperativa Sociale Onlus	Casa Gibi	Biella
10	ASL CN1	ASL CN1	Corborant	Boves (CN)
11	ASL CN1	ASL CN1	Ischiator	Boves (CN)
12	ASL CN1	ASL CN1	Monviso	Racconigi (CN)
13	ASL CN2	Consorzio Sinergie Sociali Soc. Coop. Sociale	Giorgio Dolcetti	Cerretto Langhe (CN)
14	ASL AT	La Conchiglia s.r.l.	La Conchiglia	Monastero Bormida (AT)
15	ASL AT	Cooperative Il Margine	Casa Albergo Maria e Federico Venturello	Cortadone (AT)
16	ASL AL	Società Euro-Gesco s.r.l.	La Braia	Terzo (AL)
17	ASL AL	Società Salis Assistenza s.r.l.	Ceresola	Ponzone (AL)
18	ASL AL	Società A.S.T. Opera Diocesana Assistenza Onlus	La Cappuccetta	Casale Monferrato (AL)
19	ASL AL	ASL AL	La Casa	Alessandria*
20	ASL AL	ASL AL	Nuovi Orizzonti	Alessandria*
21	ASL AL	Società Cooperativa Sociale In/Contro Servizi alla Persona	Il Ranocchio	Acqui Terme (AL)

* Trasferimento struttura a Bosco Marengo (AL)

Strutture non accreditate, ma aventi diritto:

- Castagneto Po (ASL TO4): Gestione privata: iter autorizzativo e accreditamento in itinere
- Dusino San Michele (ASL AT): Gestione privata: iter autorizzativo e di accreditamento in itinere
- San Gillio (ASL TO3): Gestione Diretta ASL TO3: processo di superamento ex O.P.G. (Rems Barocchio)

Tab. 2 - Dettaglio Strutture Accreditate: Comunità Protette (Tipo A e B)

Fonte: Registro Accreditamenti

N°	ASL	GESTORE	STRUTTURA	SEDE	TIPOLOGIA
1	ASL TO1	Gestione diretta ASL TO1	Villa Mainero	Torino	CPB
2	ASL TO2	*	Althaea	Torino	CPA
3	ASL TO2	*	Il Ponte	Torino	CPB
4	ASL TO2	*	Domenico De Salvia	Torino	CPB
5	ASL TO2	*	Enzo Sarli	Torino	CPB
6	ASL TO2	*	Michele Riso	Torino	CPB
7	ASL TO3	Soggetto privato	I Pini	Susa (TO)	CPB
8	ASL TO3	Soggetto privato	I Ragazzi del '99	Bottigliera Alta (TO)	CPB
9	ASL TO3	Soggetto privato	San Luca 2	Villafranca Piemonte (TO)	CPB
10	ASL TO3	Soggetto privato	Du Parc	Torre Pellice (TO)	CPB
11	ASL TO3	Gestione diretta ASL TO3	Il Barocchio	Grugliasco (TO)	CPB
12	ASL TO4	Soggetto privato	L'Arca	Volpiano (TO)	CPA
13	ASL TO4	Soggetto privato	Valchiusella	Vico C.se (TO)	CPB
14	ASL TO4	Soggetto privato	Villa Giada-Nuove Dimensioni	Scarmagno (TO)	CPB
15	ASL TO4	Soggetto privato	Casa Testa	Torre Can (TO)	CPB
16	ASL TO4	Soggetto privato.	Soggiorno Primavera Community	Castellamonte (TO)	CPB
17	ASL TO4	Soggetto privato	Comunità S. Giovanni di Dio	San Maurizio Canavese (TO)	CPB
18	ASL TO4	Soggetto privato	Comunità S. Benedetto Menni	San Maurizio Canavese (TO)	CPB
19	ASL TO4	Soggetto privato	Casa dell'ospitalità	Ivrea (TO)	CPB
20	ASL TO4	Soggetto privato	Villa Iris II	Verrua Savoia (TO)	CPB
21	ASL TO4	Soggetto privato	Residenza Tabor	Castellamonte (TO)	CPB
22	ASL TO4	Soggetto privato	Casa di Campo	Pavone C.se (TO)	CPB
23	ASL TO5	Gestione diretta ASL TO5	La Palma	Trofarello (TO)	CPB
24	ASL TO5	Soggetto privato	Il Porto – Casa Madre	Moncalieri (TO)	CPA
25	ASL TO5	Soggetto privato	Il Porto – La scuderia	Moncalieri (TO)	CPA
26	ASL TO5	Soggetto privato	Castello di Vernone	Marentino (TO)	CPB
27	ASL TO5	Soggetto privato	Casa Giardino	Marentino (TO)	CPB
28	ASL TO5	Soggetto privato	Quattro Venti	Passerano Marmorito (AT)	CPB
29	ASL TO5	Soggetto privato	Soggiorno Maria Teresa	Bottigliera Asti (AT)	CPB
30	ASL VC	Soggetto privato	Ville San Secondo Nucleo Tuga e La Vela	Moncrivello (VC)	CPA
31	ASL VC	Soggetto privato.	Ville San Secondo Nucleo Brezza	Moncrivello (VC)	CPB
32	ASL BI	Soggetto privato	Casa Pratoverde	Vigliano Biellese (BI)	CPB
33	ASL NO	Soggetto privato	Elio Zino	Oleggio (NO)	CPB
34	ASL NO	Gestione diretta ASL NO	I Tigli	Novara	CPB
35	ASL NO	Gestione diretta ASL NO	L'Oasi	Novara	CPA
36	ASL VCO	Soggetto privato	PROMETEO	Vignone (VB)	CPB
37	ASL VCO	Soggetto privato	PROMETEO	Villadossola (VB)	CPB
38	ASL CN1	Gestione diretta ASL CN1	Cascina Prella	Fossano (CN)	CPB
39	ASL CN1	Gestione diretta ASL CN1	Cascina Solaro	Mondovì (CN)	CPB
40	ASL CN1	Gestione diretta ASL CN1	Comunità Protetta Psichiatrica di tipo B	Ceva (CN)	CPB
41	ASL CN1	Soggetto privato	La Rocca	Roccasparvera (CN)	CPB
					(continua)

42	ASL CN1	Soggetto privato	Clubhouse	Farigliano (CN)	CPB
43	ASL CN1	Soggetto privato	Villa Margherita	Belvedere Langhe * (CN)	CPB
44	ASL CN2	Soggetto privato	Emmaus	Alba (CN)	CPB
45	ASL CN2	Soggetto privato	Redancia S.r.l.	Sanfè (CN)	CPB
46	ASL CN2	Soggetto privato	Comunità Protetta San Giuseppe	Rocchetta Belbo (CN)	CPB
47	ASL CN1	Soggetto privato	L'Agriellera	Montezemolo (CN)	CPA
48	ASL CN2	Gestione diretta ASL CN2	Centro Terapie Psichiatriche	Bra (CN)	CPA
49	ASL AT	Soggetto privato	La Conchiglia	MonasteroB(AT)	CPB
50	ASL AT	Soggetto privato	Don Luigi Ferraro	Incisa Scapaccino (AT)	CPB
51	ASL AT	Soggetto privato	Il Sorriso	Asti	CPB
52	ASL AT	Soggetto privato	La Vite	Costigliole Asti	CPB
53	ASL AT	Soggetto privato	Pandora	Castel Rocchero (AT)	CPB
54	ASL AT	Soggetto privato	Pandora	Calamandrana (AT)	CPB
55	ASL AT	Soggetto privato	L'incontro	Castello di Annone (AT)	CPB
56	ASL AL	Soggetto privato	L'Acero	Alessandria	CPB
57	ASL AL	Soggetto privato	Il Tiglio	Acqui Terme (AL)	CPB
58	ASL AL	Soggetto privato	L'Abbazia	San Maurizio di Conzano (AL)	CPB
59	ASL AL	Soggetto privato	La Braia	Terzo (AL)	CPB
60	ASL AL	Soggetto privato	Villa Raffaella	Moncalvo (AT)	CPB
61	ASL AL	Gestione diretta ASL AL	Alba Chiara	Voltaggio (AL)	CPB
62	ASL AL	Soggetto privato	Il Montello	Serravalle Scrivia (AL)	CPA CPB
63	ASL AL	Soggetto privato	In Cammino	Casale Popolo (AL)	CPB
64	ASL AL	Soggetto privato	Comunità Polis	Sant'Agata Fossili (AL)	CPB

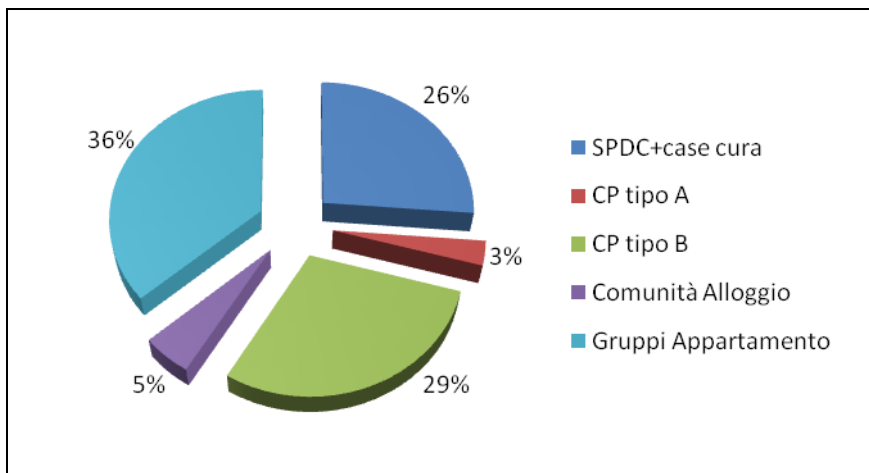
Il numero di posti di assistenza psichiatrica in Piemonte risulta dunque superiore ai parametri nazionali già sopra ricordati (1 posto ogni 5.000 abitanti), rilevando una dotazione esistente media di 3,2 posti ogni 5.000 abitanti, con una spesa annuale per il settore psichiatrico piemontese di 200 milioni di euro del fondo sanitario.

Questi dati ufficiali della Regione Piemonte sono contestati dalla Fenascop (Federazione Nazionale Strutture Comunitarie Psicoterapeutiche)²⁴: i posti letto esistenti sono in totale 2.836, ma i posti letto utilizzati nel 2014 risultano 2.098, pari a 2,3 ogni 5.000 abitanti; la spesa presunta dalla collettività, utilizzando le tariffe piuttosto note delle varie tipologie di istituzioni, dovrebbe aggirarsi sugli 85/90 milioni nel 2014 (stima inclusiva dei pazienti di provenienza fuori regione, che rappresentano almeno il 10%, e delle spese sostenute dalle strutture residenziali pubbliche, pari all'incirca ad un 20%). Come è possibile – osserva il Presidente della Fenascop piemontese – valutare l'opportunità o l'inopportunità di una simile spesa se si ignora la spesa che la collettività sostiene per i reparti ospedalieri (alcuni di 4 posti letto), per le cliniche psichiatriche convenzionate, per i trattamenti ambulatoriali ed i servizi dei vari DSM? Una valutazione delle spese potrebbe iniziare solo dopo una conoscenza “sufficientemente” corretta dei vari ambiti: acuzie (reparti ospedalieri e cliniche), sub-acuzie (residenzialità), terapia ambulatoriale. Come si può

²⁴ La Fenascop è una delle poche organizzazioni operanti su tutto il territorio nazionale legittimata (e riconosciuta anche presso il TAR), che rappresenta le Comunità Terapeutiche ad elevata e a media intensità terapeutica, le Comunità Alloggio, i Gruppi Appartamento, detentrici di CCNL per la Residenzialità Psichiatrica, che collabora sul territorio regionale e nazionale da diversi anni con le strutture organizzative di ASL e Dipartimenti di Salute Mentale nonché con Associazioni di Familiari e con le istituzioni del Terzo Settore con l'obiettivo di partecipare attivamente alla definizione di buone prassi nell'ambito della Salute Mentale.

osservare nella fig. 1²⁵, tre quarti dei posti sono riservati alla gestione delle sub acuzie; gli altri alle acuzie: 274 posti nei SPDC e 650 nelle case di cura (per queste ultime viene predisposto un budget separato, si veda la D.G.R. n. 67-1716 del 6 luglio 2015 sul riordino dell'ospitalità privata).

Fig. 1 - Posti di assistenza psichiatrica in Piemonte in %



Si tratta di numeri rilevanti per la residenzialità “leggera”, soprattutto i Gruppi Appartamento hanno assunto e assurgono una visibilità e una consistenza che ha pochi eguali sul territorio nazionale. Tuttavia i Gruppi Appartamento ad oggi non sono ancora accreditati e ciò comporta una disomogeneità sul territorio regionale a livello sia delle caratteristiche strutturali e organizzative sia delle tariffe praticate. La stessa differenziazione tariffaria è stata rilevata, attraverso apposite ricognizioni condotte dagli uffici regionali²⁶, per le Comunità Protette e per le Comunità Alloggio, che però hanno l’accreditamento come previsto dalla D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009.

In un certo senso la residenzialità psichiatrica piemontese, nella sua evoluzione, ha approfittato della flessibilità concessa dalla stessa D.C.R. 357/97, che non prevedeva rigidi standard per le strutture “leggere”, come i gruppi appartamento e le comunità alloggio, per i quali non è così evidente, nella normativa, la correlazione fra intensità terapeutico-riabilitativa e caratteristiche strutturali, stabilita invece per le comunità protette di tipo A (CPA) e di tipo B (CPB), responsabili degli interventi più intensivi, nel rispetto di requisiti abitativi analoghi a quelli di strutture sanitarie simil-ospedaliere, per quanto riguarda metratura, impianti sanitari, accessibilità. Come sostiene Settembrini²⁷, tali requisiti sono realizzabili solo in ambiti abitativi ampi, in grado di ospitare un numero consistente di pazienti, almeno venti; strutture di questo tipo difficilmente trovano collocazione in ambito urbano, sono molto costose da acquisire e da gestire, per cui non possono sostenersi con un numero di pazienti inferiore a quello massimo previsto (non risulta che operino in Piemonte CPA o CPB con un numero di posti inferiore a 20, nonostante la normativa di per sé non lo vieti).

²⁵ Fonte: intervento dott. Metello Corulli, Presidente Fenascop Piemonte, al convegno “Il contributo degli psicologi e degli psicoterapeuti nella residenzialità psichiatrica”, Torino, 30 giugno 2015.

²⁶ Come emerge dalla D.G.R. 30/2015, Riordino della rete dei servizi residenziali della Psichiatria: (...) Ritenuto di recepire quanto richiamato nel Verbale relativo alla riunione di verifica degli adempimenti regionali del 20 novembre 2014, in cui Tavolo e Comitato sollecitano la Regione a risolvere la situazione specifica relativa ai Gruppi Appartamento psichiatrici per i quali si rilevano criticità sia legate al non accreditamento di tali strutture sia alla notevole differenziazione tariffaria praticata. La stessa disomogeneità tariffaria è stata rilevata, attraverso apposite ricognizioni condotte dagli uffici regionali, per le Comunità Protette e per le Comunità Alloggio (...).

²⁷ <http://abitazioniterapeutiche.it/escludere-dai-lea-la-riabilitazione-psichiatrica-ecco-perche-e-unidea-anti-scientifica-e-anti-economica/> (6 settembre 2015).

La rete articolata dei servizi residenziali piemontesi, ancora incompleta

E' nell'area di interventi alternativi al ricovero e all'inserimento in strutture residenziali protette, che si è dato vita a un panorama variegato di interpretazioni e soluzioni. La delibera 357 del 1997 definisce i Gruppi Appartamento (G.A.)

quali soluzioni abitative per rispondere a specifiche esigenze di residenzialità assistita di tipo non asilare, rivolte a pazienti giunti in una fase avanzata del loro reinserimento sociale. I G.A. possono articolarsi in nuclei abitativi, ciascuno dei quali può accogliere fino ad un massimo di 5 utenti. Ciascun G.A. non può avere più di 2 nuclei abitativi. I G.A. sono gestiti direttamente dal D.S.M che garantisce un sostegno domiciliare, con risorse proprie o con risorse del privato sociale ovvero con Associazioni giuridicamente riconosciute, Associazioni di familiari e Associazioni di volontariato.

La Fenascop²⁸ eccepisce questa ultima parte della normativa (fa ricorso al TAR e lo vince²⁹), sostenendo che non è appropriato, in base alla L. 833, avocare soltanto al DSM la gestione dei gruppi appartamento, ma - così come accade per le Comunità Protette (di tipo A e B) e le Comunità Alloggio - il privato/privato sociale può attivare e gestire tali soluzioni abitative, che sono da intendersi dunque non come una funzione del DSM ma di fatto come delle strutture vere e proprie, che vanno a codificare uno step del progetto riabilitativo di cui rimane comunque responsabile il DSM, così come i pazienti rimangono in carico al DSM competente per territorio. All'origine "le abitazioni da adibirsi a G.A. - secondo la delibera 357 - sono messe a disposizione del DSM dalle Aziende U.S.L., dagli EE.LL., utilizzando anche alloggi dell'A.T.C."; accanto a queste trovano quindi spazio le strutture gestite dalle cooperative sociali e da altri soggetti imprenditoriali che affittano/comprano/ristrutturano degli alloggi, spesso in capo alla Provincia piuttosto che agli enti religiosi. Mancando a questo punto un intervento regolativo della Regione, ogni DSM ed ente gestore dei gruppi appartamento può articolare delle progettualità specifiche a seconda della vocazione, del metodo, piuttosto che delle patologie dei pazienti ospitati, a cui corrispondono differenti tariffe. L'assenza di criteri chiari e uniformanti per l'accreditamento di queste strutture "leggere" ne favorisce frammentazione e disomogeneità.

Tuttavia va rimarcato che in quel periodo storico, fino ai primi anni del 2000, si sono vissute - come sottolinea la Presidente della Fenascop nazionale - alcune esperienze costruttive e innovative, soprattutto nell'ambito delle cooperative sociali che tradizionalmente sono sempre state molto vicine ai DSM, sono state un po' il braccio progettuale e operativo dei servizi di salute mentale, si sono inventate, insieme al terzo settore, tutta una serie di presidi, di progetti e di attività.

Emerge un'opinione positiva anche da altre interviste, sia nell'ambito del privato che dei servizi psichiatrici pubblici, andando ad attenuare la lettura più pessimistica della D.I.A.Psi. Piemonte sopra citata: ossia si ricorda che in Piemonte comunque si è sviluppato un movimento, un processo di progresso, che ha permesso di sviluppare una rete di percorsi flessibili e di servizi territoriali abbastanza floridi e funzionanti, in un'ottica di *governance* e nel rispetto del principio di sussidiarietà orizzontale, ossia di concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e i vari soggetti del mondo non profit e altri attori privati.

Poi è arrivata la crisi del welfare, con i tagli e i piani di rientro: a partire dalla metà degli anni 2000 i servizi territoriali sono stati di molto depauperati dalle diverse revisioni nazionali e regionali sulla sanità, c'è stato il blocco del turn over, che al di là dei risvolti occupazionali ha tolto serenità e portato stress e demotivazione tra gli operatori, ancorché tra gli utenti e i loro familiari che si sono sentiti abbandonati. Oggi cosa abbiamo? Abbiamo - continua la Presidente della Fenascop nazionale - dei servizi di salute mentale composti da operatori anziani, quelli che non sono stati cambiati, che resistono ovviamente nella loro posizione contrattuale; abbiamo una pletora infinita di operatori irregolari: i tirocinanti delle varie facoltà piuttosto che scuole di specialità, nonché un proliferare di braccia operative nel terzo settore e nella cooperazione sociale, che però agisce da una

²⁸ Fonte: intervista alla Presidente della Fenascop nazionale.

²⁹ Sentenza del T.A.R. Piemonte n. 2531 del 27.4.2005 che sancisce la possibilità di gestione dei Gruppi Appartamento sia da parte dei D.S.M. che da parte di soggetti terzi.

prospettiva autoreferenziale o comunque poco riconosciuta e condivisa. A fronte di questa situazione molto frammentata e confusa, la Regione Piemonte non è ancora riuscita a completare la rete articolata dei servizi residenziali ormai da tempo compresi nel dipartimento di salute mentale, né a colmare il vuoto legislativo inerente i gruppi appartamento e le strutture afferenti all'area della residenzialità assistita e di disciplinarne modalità autorizzative, di vigilanza e di obbligatorio accreditamento. Il concetto di accreditamento – questo è il suggerimento che viene dal mondo degli operatori e familiari che quotidianamente si muovono nell'ambito della psichiatria – va interpretato non in senso burocratico e fiscale ma dal punto di vista del riconoscimento di buone pratiche e linee guida che possono essere intercettate e identificate e condivise, quindi validate e diffuse in tutta la regione. Illustreremo oltre alcune esperienze emblematiche.

2. La rete dei servizi residenziali psichiatrici: modelli e culture a confronto.

Pare arduo delineare un modello che sia universalmente valido di strutturazione dell'assistenza psichiatrica. Sono molti i fattori in gioco: i modelli di assistenza sono influenzati non solo dalla disponibilità di strutture, ma anche (e forse soprattutto) da altri elementi come le scelte politiche, le preferenze degli operatori sanitari, le risorse alternative disponibili (ad esempio la possibilità di valido supporto da parte della famiglia), dal contesto socioeconomico. Tali caratteristiche potrebbero, inoltre, esercitare influenze diverse in popolazioni di pazienti che si differenziano, ad esempio, in base alla diagnosi³⁰.

Con questa premessa, in questo capitolo cercheremo di confrontare alcuni modelli regionali. In modo particolare ci soffermeremo su quello lombardo caratterizzato da grandi *hardware* para-ospedaliere e da una residenzialità leggera ridotta ai minimi termini, al contrario di quanto avviene in Piemonte dove, accanto a comunità terapeutiche a maggiore connotazione sanitaria, si registra una presenza consistente di gruppi appartamento e di altri progetti di riabilitazione territoriale.

Impianti regionali. Piemonte e Lombardia a confronto

Tornando al numero dei posti di assistenza psichiatrica in Piemonte (fig. 1), diventa interessante confrontare i dati relativi al contesto piemontese con quello di altre regioni. Manca tuttavia una mappatura nazionale aggiornata delle strutture residenziali e semiresidenziali per i pazienti in sub acuzie, “la Comunità Terapeutica Il Porto Onlus ha iniziato a realizzarla per otto delle venti Regioni italiane (vedi www.servizipsichiatria-tossicodipendenza.org)”³¹. Alcuni grafici (fig. 2) presentano quanto si è sviluppato in questi anni in Italia, evidenziando una significativa differenziazione territoriale: “in alcune regioni come il Piemonte vi è un altissimo numero di soggetti che necessita più di assistenza che di terapia, mentre in altre regioni, in modo particolare in Lombardia e Sicilia, vi sono tantissimi casi di acuzie e sub acuzie. La Calabria sarebbe la regione con il maggior numero di percentuale di pazienti medio-gravi”³².

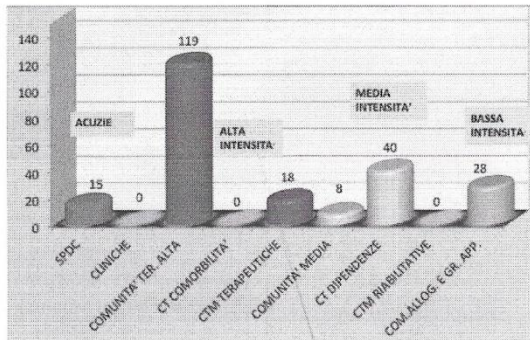
³⁰ Cfr. A. Picardi, G. Santone, G. de Girolamo, *La ricerca sui servizi di salute mentale: una overview dei risultati dei progetti PROGRES*, NÓOS 3:2007; 157-176 (http://www.e-noos.it/rivista/3_07/pdf/3.pdf).

³¹ M. Corulli, *Appunti sul movimento delle Comunità terapeutiche in Italia. Nascita, sviluppi, enfaticizzazioni e ridimensionamenti, malefici e malesorti...*, in A. Malinconico e A. Prezioso (acd), *Comunità Terapeutiche per la salute mentale. Intersezioni*, Franco Angeli, Milano, 2015, p. 86. Il dott. Metello Corulli è il Presidente dell'Associazione Il Porto Onlus di Moncalieri (vedi scheda 1).

³² *Ibidem*, pp. 90-91.

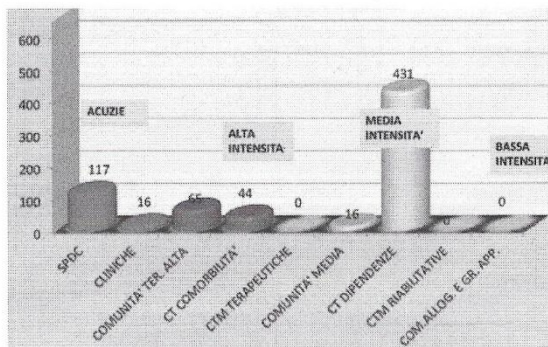
Fig. 2 – Posti letto per tipologia di struttura in diverse Regioni italiane

Fig. 5 – Posti letto per tipologia di struttura nella regione Valle d'Aosta



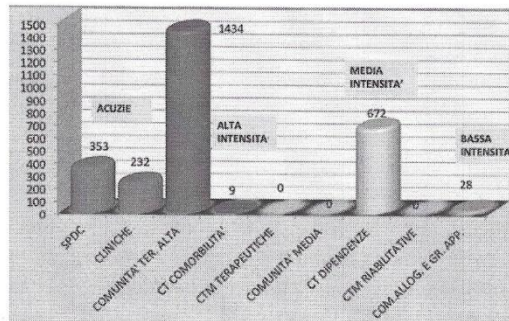
Popolazione regione Valle d'Aosta: 128.591

Fig. 6 – Posti letto per tipologia di struttura nella regione Calabria



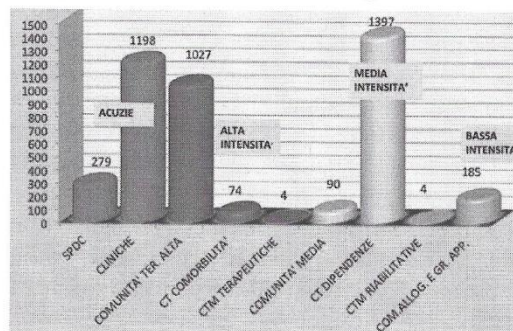
Popolazione regione Calabria: 1.980.533

Fig. 7 – Posti letto per tipologia di struttura nella regione Sicilia



Popolazione regione Sicilia: 5.092.732

Fig. 8 – Posti letto per tipologia di struttura nella regione Lazio

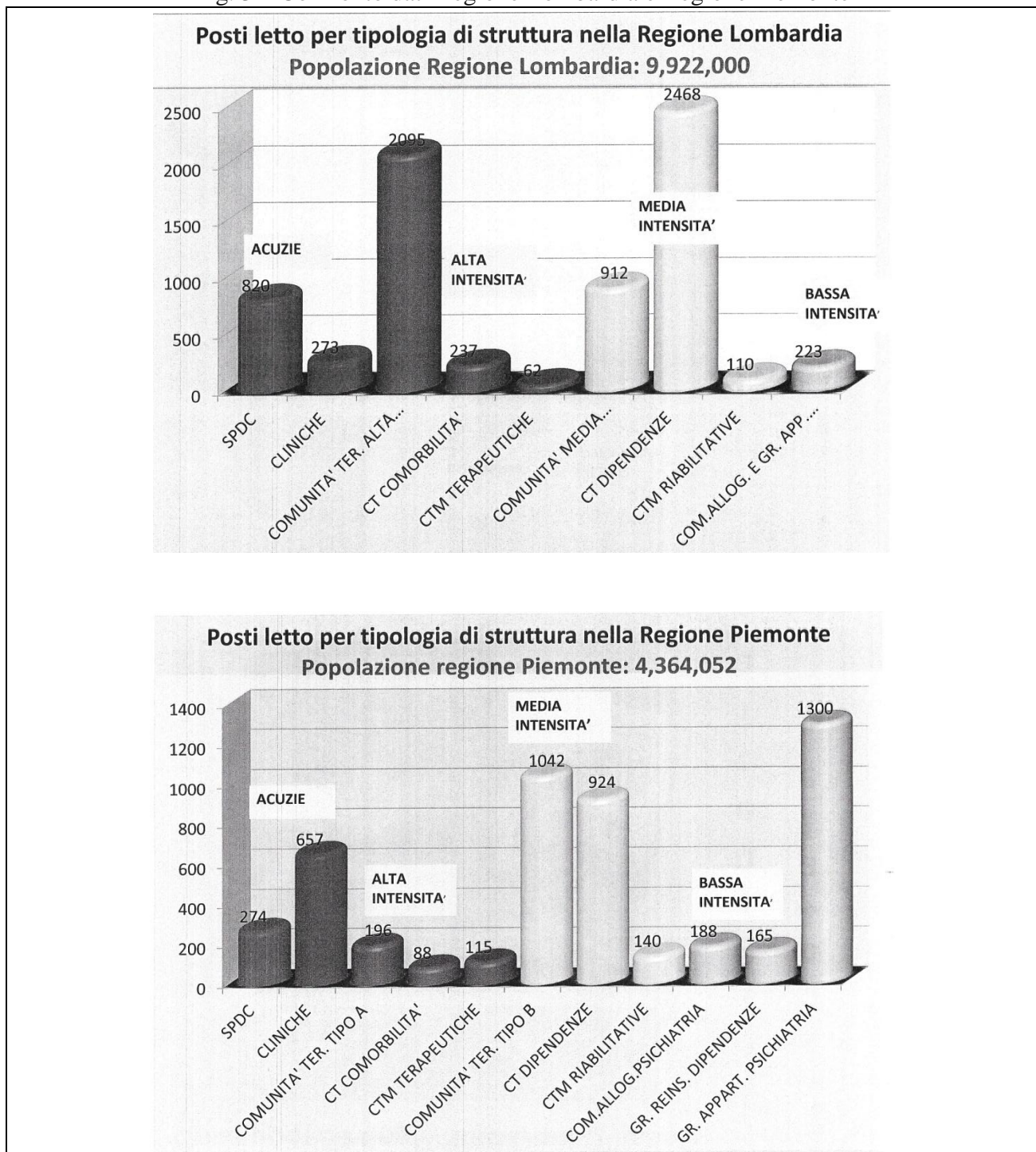


Popolazione regione Lazio: 5.870.451

Non pare fuori luogo domandarsi - afferma Corulli³³ - se questo panorama sia frutto di un progetto della comunità scientifica, che dà risposta alle reali necessità dei pazienti, oppure di pressioni ideologiche e di mercato.

Entriamo nel merito del contesto rispettivamente piemontese e lombardo (fig. 3) tenendo presente che la popolazione della Lombardia è più del doppio di quella del Piemonte.

Fig. 3 – Confronto dati Regione Lombardia e Regione Piemonte



³³ M. Corulli, *Appunti sul movimento delle Comunità terapeutiche in Italia*, op. cit., p. 89.

Il Piemonte appare caratterizzato dalle strutture a bassa intensità terapeutica (quasi 1.500 posti letto tra comunità alloggio e gruppi appartamento), mentre nel secondo si superano appena i 200 posti letto nelle stesse tipologie di strutture. Al contrario, in Lombardia prevalgono le strutture a più elevata intensità terapeutica; in modo particolare è forte il contrasto con la situazione piemontese sull'alta intensità (2.394 posti letto vs 399).

Questo significa che in Lombardia ci sono pazienti più gravi e in Piemonte casi meno gravi per cui serve meno terapia e più assistenza? Vediamo di approfondire la questione.

In Lombardia³⁴ i gruppi appartamento, o progetti di residenzialità leggera, sono regolamentati da una Delibera di Giunta Regionale del 2008, sulla base della quale hanno assunto un profilo molto rigido, che li ha ridotti a realtà marginale. Sono intesi come soluzioni assistenziali socio-sanitarie, escluse dai LEA, ossia dai livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale a tutti i cittadini (vedi Box 3); hanno una tariffa sanitaria fissa di 45 euro al giorno, che consente davvero poche ore di assistenza (intorno a 3 ore al giorno, in media); la quota sociale è a carico degli utenti solventi o dei Comuni e dei servizi sociali. Il risultato è che il numero totale di utenti ospitati in strutture di questo tipo, in tutta la Lombardia, è davvero trascurabile: in Piemonte il tasso di utenti ogni centomila abitanti è più di dieci volte superiore a quello lombardo, mentre le rette non sono mai basse come quelle della vicina regione.

Box 3

LEA - Livelli Essenziali di Assistenza

In seguito all'Accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001 (rivisto nel 2008), vengono definiti i LEA, ossia quelle prestazioni ritenute essenziali e garantite dal SSN a tutti i cittadini gratuitamente o in base a una quota di partecipazione alla spesa. Ogni Regione deve garantire i LEA in base all'accordo sottoscritto; può inoltre provvedere con finanziamenti regionali aggiuntivi ad eventuali ulteriori prestazioni non incluse tra quelle essenziali. A livello centrale vengono svolte attività di monitoraggio per verificarne la realizzazione da parte delle Regioni.

I LEA sono organizzati in 3 macroaree. Per ciascuna di queste si stabilisce la tipologia dettagliata delle prestazioni e il tetto massimo di spesa:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che si riferisce a tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli (vaccinazioni e programmi di diagnosi precoci, profilassi delle malattie infettive, medicina del lavoro, medicina legale, tutela degli alimenti, tutela degli effetti dell'inquinamento, sanità veterinaria)
=> rappresenta il 5% dei costi totali della spesa sanitaria
- assistenza distrettuale che comprende le attività e i servizi sanitari e socio sanitari diffusi sul territorio: medicina di base, assistenza farmaceutica, specialistica e diagnostica ambulatoriale, fornitura di protesi a disabili, servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SER.T, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per il disabili), strutture semi residenziali e residenziali (residenze per anziani e disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche)
=> rappresenta circa il 51% dei costi totali, dove le voci più consistenti sono l'assistenza farmaceutica e l'assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza ospedaliera in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per lungodegenza e riabilitazione, ecc.
=> rappresenta il 44% dei costi totali, destinati soprattutto ai ricoveri in degenza ordinaria, che da soli coprono l'85% dei costi di questa macroarea.

Fonte: M. Ferrera, (acd), *Le politiche sociali*, Il Mulino, Manuali, Bologna, 2006, nuova edizione 2012, cap. 4.

La consistente differenza tra le due regioni non si spiega certo con l'eccessiva prodigalità della Regione Piemonte nel remunerare le strutture cosiddette leggere. Si tratta, piuttosto, di una differenza culturale e di modello. Le scelte normative della Regione Lombardia hanno ridotto la residenzialità leggera a uno strumento residuale, adatto a una ristrettissima minoranza di utenti. Nel modello lombardo, a partire dallo scorso decennio, la grande maggioranza dei pazienti bisognosi di

³⁴<http://abitazioniterapeutiche.it/modello-lombardo-o-si-cambia-verso-2-0/> Settembrini (23 giugno 2015). Condividono le considerazioni e fanno riferimento agli articoli che compaiono su questo blog ("Abitazioni Terapeutiche. Confronto sui luoghi delle cure in Salute Mentale") alcuni operatori delle ASL piemontesi (psichiatri e assistenti sociali, collocati a livelli non di vertice, ma di operatività di base), nonché alcuni soggetti dell'imprenditoria privata che gestiscono gruppi appartamento, intervistati nell'ambito della presente ricerca.

interventi di residenzialità sono inseriti prevalentemente in istituzioni a elevata connotazione sanitaria, o addirittura simil-ospedaliere, con una presenza di ore mediche e infermieristiche quasi da reparto per acuti, e con rette elevate (da 150 a 180 euro al dì pro-capite)³⁵, a totale carico della sanità. Per ogni posto di residenzialità leggera sono attivi circa dieci posti in comunità psichiatriche, sia riabilitative, sia protette di area assistenziale, ad alta o media assistenza in entrambi i casi.

Sono poi diffuse strutture³⁶ (come ad esempio l' As.fra. Assistenza Fraterna di Veduggio al Lambro, il Centro Sacro Cuore di Gesù – Fatebenefratelli di San Colombano al Lambro) che, all'interno dello stesso comprensorio, ospitano più di una comunità da 20 posti, da due fino a quattro, magari confinanti con altre strutture destinate a diversi utenti, come anziani o disabili, conferendo all'insieme una connotazione sanitaria-ospedaliera molto netta, e di separazione dal mondo esterno.

La peculiarità della residenzialità leggera nel modello piemontese

Proviamo ad esporre una serie di considerazioni/riflessioni derivanti dal confronto con l'esperienza lombarda. In Piemonte, a livello sia politico che gestionale operativo, seppure – come abbiamo visto – in un quadro di debolezza normativa, finora è prevalso nell'ambito della salute mentale un approccio favorevole alla residenzialità leggera, che non significa offrire soluzioni abitative di tipo meramente assistenziale, ma abitazioni con caratteristiche anche terapeutiche declinate a diversi livelli di assistenza.

Se la residenzialità definita leggera in quanto attuata in unità abitative, anziché in grandi *hardware* para-ospedaliere, viene – come accade in Lombardia – irrigidita da normative che la costringono a diventare leggera anche in senso funzionale (scarsa copertura quantitativa e qualitativa di operatori), di natura essenzialmente assistenziale, extra LEA, si riduce a una realtà irrilevante, che riguarda un'esigua minoranza di utenti. Anziché determinare un risparmio, la liquidazione della residenzialità leggera diretta nove utenti su dieci in strutture “pesanti” sia in senso strutturale che funzionale, molto più costose, con un significativo gap tariffario tra i due livelli di assistenza. In Piemonte esistono molti gruppi appartamento con rette intermedie, organizzati in modo flessibile, che svolgono un'irrinunciabile funzione riabilitativa, nell'ambito di percorsi complessi, e che non possono in alcun modo perdere il carattere di strumenti terapeutici essenziali, inequivocabilmente LEA.

Come già ricordato sopra, lo sviluppo concreto dei gruppi appartamento piemontesi, dopo l'approvazione della D.G.R. 357/97 (che non prevedeva per essi alcun preciso standard di copertura oraria, né di profilo professionale degli operatori), ha determinato la presenza sul territorio di residenze accomunate dalla denominazione di gruppo appartamento, ma provviste di intensità e qualità di assistenza assai varie. Per molte di queste la definizione di “struttura a bassa intensità assistenziale” è assolutamente inapplicabile. Diventa difficile infatti comprendere come potrebbe essere attribuita tale qualifica ad abitazioni con una copertura educativa o psicologica di 12 o anche 24 ore al giorno, strettamente integrate con i Centri di salute mentale, gestite da équipes multidisciplinari, in cui l'organizzazione e il profilo professionale degli operatori non sono pensati per utenti anziani e bisognosi di “badanza”, o adulti già riabilitati e indipendenti, ma per utenti problematici e instabili, pazienti che spesso attraversano una fase precoce del percorso riabilitativo, e che trovano molto meno traumatico e stigmatizzante l'ingresso in un contesto abitativo normale, in un comune quartiere urbano, piuttosto che in grandi strutture paraospedaliere e isolate dal mondo.

³⁵ Tabella di nostra elaborazione per un sintetico confronto delle rette piemontesi e lombarde.

strutture	CPA	CPB	CA	GA	GA 24 h	GA 12 h	GA fasce orarie
retta media Piemonte	165/195 €	120/160 €	120 €	60/90 €			
retta media Lombardia	150/180 €			45 €			
retta Piemonte Dgr 30	143 €	110/120 €			92 €	84 €	56 €

Per i dati relativi al Piemonte, fonte: intervento dott. Metello Corulli, Presidente Fenascop Piemonte, al convegno “Il contributo degli psicologi e degli psicoterapeuti nella residenzialità psichiatrica”, Torino, 30 giugno 2015.

Nelle colonne a sfondo colorato sono riportate le tariffe previste dalla D.G.R. 30/2015 (cfr. nota 53).

³⁶ L'elenco delle strutture psichiatriche lombarde, suddivise per provincia, si può trovare *on line* sul sito <http://www.arca.regione.lombardia.it>

Le vere strutture a bassa intensità assistenziale esistono, ma sono solo una percentuale dei gruppi appartamento operanti in Piemonte. La maggioranza di questi hanno caratteristiche non di soluzioni abitative, ma di vere e proprie *abitazioni terapeutiche*, con livelli intermedi o elevati d'intensità riabilitativa e assistenziale e dunque un profilo assolutamente diverso da quelle che il DPCM del 2001 esclude dai LEA, potendo altresì porsi come alternative, anche dal punto di vista economico, alle Comunità protette di tipo A e B. Quest'ultime, che hanno svolto negli anni una funzione molto importante, in integrazione e dialettica con i gruppi appartamento e con gli altri progetti di riabilitazione territoriale, nessuno pensa che debbano essere svalutate o eliminate, ma non possono diventare l'unico standard, come accadrebbe inevitabilmente se le residenzialità leggera, anche in Piemonte, fosse ridotta ai minimi termini con una regolamentazione di tipo lombardo.

Si ricorda che nel Piano d'Azioni Nazionale per la Salute Mentale del 2013 il concetto di LEA viene inteso come "percorsi di presa in carico e di cura esigibili", e non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale. I gruppi appartamento sono componenti fondamentali di questi percorsi di presa in carico e pertanto hanno una valenza terapeutica, non sono entità a sé stanti, ma si collocano fra gli altri nodi della rete di strutture e progetti riabilitativi territoriali (come la domiciliarità, le borse lavoro, lo Iesa³⁷), che riescono a realizzare sinergie evolutive, a disposizione anche delle strutture più protette che difficilmente potrebbero realizzare i loro obiettivi terapeutici (e soprattutto rispettare i rigidi limiti di durata degli inserimenti previsti sulla carta) senza una strutturale integrazione con altre agenzie e progettualità.

Anche i "basagliani" più ortodossi che tendono a vedere nelle strutture residenziali una riedizione dei manicomi, ovvero contesti non di cura né spazi per abitare ma solo posti letto da occupare, riconoscono l'importanza e il valore della cosiddetta residenzialità leggera quando essa offre "occasioni per vivere ed evolvere nel mondo, attraversando il proprio disturbo", come sostiene Peppe Dell'Acqua, psichiatra salernitano, che iniziò a lavorare con Franco Basaglia e che fino al 2012 ne è stato il materiale successore, dirigendo il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste (si rimanda alla sua intervista - vedi box 4 – rilasciata a Enrico Di Croce, psichiatra dell'ASL TO4).

³⁷ Inserimento Etero Familiare Supportato di Adulti (IESA). L'allegato C della Deliberazione del Consiglio della Regione Piemonte n. 357 del 1997 (vedi nota 11) prevede in via sperimentale, per tutto il periodo di valenza del Piano Sanitario Regionale, l'affido familiare di pazienti psichiatrici. Per tali finalità è previsto un sostegno economico da erogare alla famiglia affidataria. La famiglia affidataria deve essere individuata dal medico responsabile del progetto terapeutico/riabilitativo del paziente; deve aver frequentato un apposito corso di formazione organizzato dal D.S.M. L'efficacia di tale percorso deve essere costantemente verificata dal D.S.M. L'affidamento familiare si configura come terapeutico/riabilitativo, pertanto di esclusiva competenza sanitaria.

A fronte di questo riferimento, le varie ASL possono deliberare in merito per regolare nello specifico il funzionamento di questo servizio. Presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL 5 (oggi ASL TO3) dal 1998, e presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL TO4 dal 2006, è attivo un progetto IESA, in collaborazione con organizzazioni del terzo settore.

<http://www.promozionesalute.org/novembre2011/iesa.php>; <http://www.psichiatriaestoria.org/iesa/iesa.htm>.

Cfr. G. Aluffi, *Famiglie che accolgono. Oltre la psichiatria*, EGA – Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2014.

"MISSILI INTELLIGENTI SULLA RESIDENZIALITA' SI', MA PER RISCOPRIRE IL SENSO VERO DELLA CURA"**Lo psichiatra triestino spiega il significato del suo intervento alle "giornate basagliane"**

"Se disponessi di missili intelligenti, li userei per abbattere in modo mirato tutte le strutture residenziali psichiatriche che hanno sostituito i vecchi manicomi, mantenendone di fatto la logica". Firmato: Peppe Dell'Acqua. Il celebre psichiatra salernitano ha spiazzato molti colleghi torinesi, che il 23 ottobre 2015 erano accorsi ad ascoltarlo al Caffè Basaglia di via Mantova, a Torino, ospite d'onore delle "giornate basagliane".

Ma come? L'evento non era stato organizzato innanzitutto per difendere la residenzialità psichiatrica piemontese? Per contrastare, sul piano culturale, la delibera della Regione Piemonte che rischia di stravolgere la rete di comunità e appartamenti costruita negli anni, grazie anche alla fatica e alla dedizione di tanti operatori "progressisti"?

In realtà, chi conosce meglio la storia dei servizi di Trieste non ha motivi per stupirsi, perché la polemica contro i "nuovi contenitori istituzionali" da sempre contraddistingue quell'esperienza, così come ben noto è lo stile comunicativo impetuoso e provocatorio di Dell'Acqua.

Ma al Caffè Basaglia non è stato possibile, per ragioni di tempo, sviluppare il dibattito e lo sconcerto di molti, e le tante domande che ne sarebbero derivate, sono rimasti senza risposta. Per questa ragione abbiamo ricontattato Dell'Acqua, il quale ha dato molto cortesemente la disponibilità a proseguire il discorso per telefono, in attesa di poterlo riprendere di persona, quando riuscirà a tornare a Torino.

Caro Dr. Dell'Acqua, la sua provocazione sulla necessità di "bombardare" tutte le strutture residenziali, senza distinzione fra pesanti e leggere, ha destato parecchio scalpore fra gli operatori piemontesi. Ci aiuti a capire meglio che cosa intendeva. Non esiste nemmeno una residenzialità buona e una cattiva? Davvero pensa che tutte le esperienze si equivalgano e che tutte siano solo una riedizione del manicomio?

"Certamente no, non è quello che intendo. E' evidente che quella sui missili intelligenti è una provocazione, il cui scopo è invitare tutti a ritrovare uno sguardo critico: occorre innanzitutto ripensare a che cosa si intende per cura in salute mentale, che cosa significa affrontare, attraversare il disturbo mentale. So bene che anche nella cosiddetta residenzialità, tra gli operatori di base, si trovano i mille "nuovi Basaglia", che, come dice Franco Rotelli, ogni giorno danno l'anima e tengono vivi i principi della riforma psichiatrica".

E allora qual è il rischio che vede per le strutture residenziali?

"Il rischio è rimanere imprigionati nella logica del posto letto, far prevalere ancora una volta la psichiatria dei contenitori: il contenitore per le acuzie, che è il reparto ospedaliero; il contenitore per la sub-acuzie, che è la clinica convenzionata; e i contenitori per la cronicità, che sono le cosiddette residenze. Il problema è quando le comunità, o gli appartamenti, non sono contesti di cura, o abitazioni, ma luoghi dove stare: posti letto da occupare, e non occasioni per vivere ed evolvere nel mondo, attraversando il proprio disturbo. Non bisognerebbe mai parlare di posti letto ma di progetti e di percorsi".

Qual è la differenza?

"Il progetto è sempre individuale, costruito su misura per i bisogni di quella particolare persona, è un concetto dinamico. Invece il posto letto è uguale per tutti, richiama innanzitutto la necessità di essere occupato, in modo statico. In una struttura che funziona come un insieme di posti letto, si sta; non si abita, non si evolve, non si vive. E non importa che sia una "bella struttura"; che i locali siano puliti, accoglienti o addirittura eleganti. Gli operatori devono resistere alla fascinazione del "bel luogo dove stare", che è una riproposizione del modello del "buon manicomio", a cui Basaglia si è sempre opposto con straordinaria determinazione".

Ma in che senso i progetti devono sempre essere individuali? Non riconosce un ruolo terapeutico alla dimensione grupale? Cioè al condividere la quotidianità con altre persone come esperienza terapeutica, che insegna ad "accorgersi dell'Altro", ad acquisire competenze relazionali da spendere nel mondo?

"Certamente sì, a Trieste lo chiamiamo "abitare insieme"; si tratta di progetti per piccoli gruppi, in genere sei, massimo otto persone, in normali abitazioni. So che anche in Piemonte esistono diverse esperienze simili. Abitare è

L'ASL TO3, attiva da 18 anni sul progetto Iesa, vede oltre 250 famiglie coinvolte; ad oggi sono oltre 50 i pazienti contemporaneamente seguiti dai servizi di salute mentale utilmente inseriti in altrettante famiglie, ma il progetto si sta estendendo sia agli utenti dei Ser.T. sia verso situazioni di handicap fisico-intellettivi (<http://www.aslto3.piemonte.it/news/2015/dwd/Corsi%20affidamento%20famigliare.pdf>).

Nell'ASL TO4 è stata creata una banca dati di 22 famiglie ritenute idonee, sono stati 7 gli inserimenti dal 2006 al 2010, (da *L'esperienza IESA nell'ASL TO4: luci, ombre e prospettive*, pubblicato in IESA, Uncategorized il 27/10/2014 sul sito www.psicopoint.com).

³⁸Fonte: <http://abitazioniterapeutiche.it/intervista-a-peppe-dellacqua-sul-riordino-della-psichiatria-piemontese/>;

<http://www.news-forumsalutementale.it/missili-intelligenti-sulla-residenzialita-si-ma-per-riscoprire-il-senso-vero-della-cura/>.

una prospettiva molto diversa dall' "essere collocati" in una struttura. Sono situazioni che il Centro di salute mentale gestisce in collaborazione con il privato, mantenendo la titolarità del progetto complessivo; noi parliamo di co-progettazione, il che non significa semplice subalternità del privato al pubblico, ma nemmeno delega in bianco ad un soggetto terzo, attraverso il pagamento di una retta. In Friuli Venezia Giulia, come in altre Regioni (Emilia Romagna, Campania) abbiamo potuto sviluppare al meglio questo tipo di approccio grazie all'introduzione del cosiddetto budget di salute"

Come funziona?

"E' un meccanismo amministrativo grazie al quale l'Asl può definire una previsione di spesa per una persona (un budget appunto) da utilizzare secondo un progetto personalizzato; ovvero, non solo per pagare una retta, acquistare un pacchetto preformato messo a disposizione da un fornitore, bensì per contrattare con l'utente e con il fornitore, o anche con più fornitori per aspetti diversi (ad esempio abitazione, lavoro, tempo libero), progetti fatti su misura e flessibili. In questo modo non è l'utente che deve adattarsi alla "struttura" ma il progetto che viene adattato ai bisogni della singola persona. La residenzialità, intesa come abitare, in un appartamento o in una convivenza protetta, non può rimanere scollegata dal progetto di vita complessivo, non può significare fuoriuscita dal mondo normale".

Nell'ambito di questi progetti, operatori del Csm possono lavorare fianco a fianco con operatori del privato? In Piemonte è stata messa fortemente sotto accusa la cosiddetta commistione fra pubblico e privato.

"Certo che possono, anzi devono! Il servizio pubblico deve garantire e coordinare tutti i percorsi di cura, non deve mai fornire deleghe in bianco o limitarsi a produrre, in modo formale, procedure di "invio". Deve essere presente, con personale proprio, in tutte le fasi del percorso terapeutico e riabilitativo, che è sempre espressione della presa in carico territoriale. Per questo insistiamo sul ruolo del centro di salute mentale aperto 24 ore. Il rapporto fra pubblico e privato deve essere di partnership, di co-progettazione, attraverso procedure amministrative corrette e trasparenti, come quelle che il budget di salute consente. L'idea per cui la separazione deve essere rigida e assoluta, o fa tutto il pubblico o fa tutto il privato, è assurda".

Lei insiste molto sulla personalizzazione dei percorsi. E' informato che, a margine della delibera sulla residenzialità, la Regione Piemonte ha intimato ai servizi di non ricorrere a progetti individuali, di domiciliarità o per piccolo gruppo, in quanto non previsti dalla normativa?

"Per l'appunto, come dicevo all'inizio, si tratta di ritrovare uno sguardo critico, tornare a ragionare su cosa significa cura in salute mentale. Il pericolo è attuare il cambiamento attraverso il "riordino" del peggio, cioè l'assoluto paradosso: eliminare quello che funziona bene e far diventare modello unico ciò che funziona peggio, il sistema dei posti letto e dei contenitori rigidi, separati dalla presa in carico, al di fuori dei quali non esiste più nulla; un sistema che non cura ma al contrario coltiva la malattia e produce cronicità ed esclusione".

In conclusione, se abbiamo capito bene il messaggio agli operatori piemontesi atterriti dalla delibera sul riordino della residenzialità non è: "siate felici se vi fanno chiudere bottega..."

"Ma no, certamente no. Piuttosto vuole essere: approfittatene, approfittiamone, per ripensare al nostro modo di lavorare, per tornare a dibattere, a far girare le idee. Non limitiamoci a difendere l'esistente, ma mobilitiamoci per diffondere le buone pratiche, sulle quali, evidentemente, non si è discusso a sufficienza e non sono abbastanza conosciute e sostenute.

3. Pubblico e privato, tra contrapposizione e collaborazione

Il Piano d'Azioni Nazionale per la Salute Mentale se da un lato valorizza il concetto di rete e di integrazione fra strutture e servizi, dall'altro lato sottolinea fortemente il ruolo fondamentale di coordinamento da parte del Centro di salute mentale pubblico: tale aspetto invece è poco rimarcato nel documento della Conferenza Stato – Regioni sulla residenzialità, ancorché nelle proposte di regolamentazione in Piemonte, del tutto assente nel modello lombardo. D'altra parte, l'ideologia dell'aziendalizzazione, del primato dell'economia, dei pacchetti di prestazioni da fornire al consumatore-utente, valorizza il concetto di concorrenza fra fornitori ma non quello di rete o di sinergie, e tantomeno è disposta a riconoscere un ruolo centrale al servizio pubblico.

Come in molti ambiti delle politiche pubbliche, anche nella programmazione e implementazione degli interventi e servizi dedicati alla salute mentale, in Italia si sta assistendo al passaggio graduale e progressivo dalla via autoritativa pubblica di comando e gestione a forme interattive, di partenariato, di cooperazione fra attori pubblici e privati sia del mercato che del terzo settore: dal *government* alla *governance*, dalla gerarchia alla rete. Rete che va governata, gestita, coordinata. Studi sul tema dicono che la prassi di *governance* oggi più diffusa è quella che vede il soggetto pubblico, oltre che ente erogatore di risorse, in veste di coordinatore/regista. In una vasta platea di

partecipanti si possono infatti riscontrare posizioni divergenti che riflettono il concorso di molteplici variabili (culturali, sociali, economiche, politiche). Si tratta quindi di trovare un grado sempre maggiore di condivisione e cooperazione tra le parti. In genere, a una buona capacità di attivazione istituzionale corrisponde un altrettanto impegno da parte degli altri *stakeholder*.

Nell'ambito della presente indagine, l'attenzione si posa ora su alcune questioni in merito alle quali si avverte un certo attrito tra pubblico e privato (*for* e non profit), che riflettono posizioni non univoche tra gli stessi attori del terzo settore e familiari, dal rispetto del diritto del paziente alla scelta delle cure, alle tipologie degli utenti e delle strutture, nonché alle professionalità destinate alla malattia mentale.

Scelta delle cure

Qui si entra in una diatriba ormai consolidata che vede da una parte i sostenitori del diritto di scelta del paziente e dei familiari circa le opzioni terapeutiche disponibili *versus* coloro che ritengono che la centralità del sistema pubblico sia indispensabile, soprattutto in salute mentale, e non per ragioni ideologiche, ma per l'oggettiva difficoltà del presunto "consumatore-utente", condizionato dalla sua patologia, a compiere da solo le scelte migliori. Non basta – emerge chiaramente dalle interviste fatte agli operatori dei servizi di salute mentale di alcune ASL piemontesi – che ci sia un'ampia lista di strutture accreditate, pubbliche e private, rigorosamente paritarie, perché utenti e familiari siano liberi di scegliere il meglio. La scelta libera e consapevole è piuttosto il risultato di un processo, in genere tortuoso, di negoziazioni, fallimenti, ripartenze, che ha poche speranze di avere sbocchi costruttivi se non viene accompagnato/guidato da agenzie anche diverse purché integrate tra di loro, che condividono alcuni principi di fondo. Il principio più importante è che l'utente sia considerato un interlocutore da coinvolgere, da non trattare come un oggetto passivo su cui applicare terapie standard né come un qualunque consumatore. Si rischia altrimenti di mettere al centro gli interessi dei fornitori o le inerzie del sistema anziché i bisogni di salute e di riabilitazione dei pazienti.

Non sempre però i servizi psichiatrici pubblici si dimostrano particolarmente disponibili e aperti: l'importanza dell'ascolto e del coinvolgimento del paziente, che è il fulcro della *recovery* (vedi scheda 7), sta lentamente entrando nei DSM. Può anche succedere - ammettono gli stessi operatori pubblici – di non riuscire a offrire una risposta sufficientemente vasta di alternative alle esigenze dei pazienti; nei casi di residenzialità raramente capita di disporre di una rete di strutture differenziate e integrate, realizzate soprattutto in ogni area territoriale, in quanto complicato e costoso, per cui la scelta è limitata, sia per il curante sia per il malato.

E' diffusa comunque l'opinione che occorra superare l'impostazione tradizionale, basata sulla preminenza del ruolo dei curanti nella valutazione dei bisogni e nella formulazione degli obiettivi, nello sforzo di restituire al paziente la possibilità di esprimere il proprio punto di vista e di partecipare alle decisioni che lo riguardano. Importanti evidenze sono emerse dall'ambito degli studi sulla qualità della vita, che dimostrano che il coinvolgimento attivo dei pazienti nelle scelte riguardanti i trattamenti, nella pianificazione dei servizi, nella conduzione di programmi di ricerca, è un fattore che può essere decisivo sulla soddisfazione e sugli esiti, così come sono emersi con chiarezza alti livelli di discrepanza nella visione di utenti e terapeuti, basati prevalentemente sulle diverse priorità rispetto agli esiti desiderati³⁹.

Per Corulli la scelta negata riguarda anche i luoghi della cura in quanto la territorialità è una nozione contraria alla Costituzione italiana e anche agli accordi della Comunità Europea: ci sono persone che hanno buoni motivi per allontanarsi o essere allontanati dal loro territorio, dove hanno vissute esperienze problematiche e devastanti⁴⁰.

Anche se nella normativa e nella letteratura scientifica si consiglia di non scardinare il paziente dal contesto territoriale di appartenenza né dal quadro sociale da cui proviene e a cui tornerà dopo le dimissioni, si registrano sovente nelle residenze ospiti che provengono da Asl diverse da quella di

³⁹ A. Maone, *La Comunità Terapeutica nel continuum dell'assistenza a lungo termine*, consultabile sul sito www.mitoerealta.org/images/relazioni/Maone.doc.

⁴⁰ M. Corulli, *Appunti sul movimento delle Comunità terapeutiche in Italia*, op. cit., p. 82.

appartenenza territoriale. La referente dell'area residenziale di Bluacqua.srl (vedi scheda 3) nell'intervista riferisce:

su Torino gestiamo 4 GA di cui 3 sono tutti esclusività AslTO1, nel quarto (e nella comunità che abbiamo nell'astigiano) risultano accessi da diverse ASL perché sono GA con progetti speciali, di nuova generazione nel senso che in qualche modo hanno superato l'esclusività della AslTO1, quindi il GA nato all'interno del proprio territorio con utenti del proprio territorio. Il GA viene visto come strumento che, a prescindere dalla territorialità, abbia delle caratteristiche che permettano comunque la risocializzazione, di essere in un territorio cittadino, con i servizi vicini, di lavorare sulla parte domestica ma anche all'esterno.

Diversa è la posizione della Presidente della Di.A.Psi che nell'intervista esprime il suo disappunto, non ritenendo appropriata l'estensione dell'ospitalità sul territorio piemontese a pazienti che provengono da altre regioni (si crea un surplus di posti letto che non corrispondono al reale bisogno del contesto locale) e sottolineando la difficoltà per i familiari, spesso anziani, a fare visita al proprio congiunto qualora fosse accolto in strutture lontane dalla zona di residenza⁴¹.

A proposito del ruolo e delle scelte dei familiari, soprattutto quelli anziani, laddove ci sono, emerge che la famiglia è orientata a privilegiare i percorsi per la presa in carico a lungo termine, verso forme di istituzionalizzazione più rassicuranti rispetto al "dopo di noi". Maone fa un ritratto (che combacia perfettamente con la testimonianza di alcuni intervistati) di una popolazione di familiari sempre più anziani, preoccupati per il futuro: "molti di loro hanno accumulato una storia di rapporti con i servizi caratterizzata dall'alternanza di speranze e delusioni, deleghe e rigetti, spesso intessendo la propria tragedia personale e familiare con le storie naturali dei servizi e con le loro alterne vicissitudini, o sperimentando l'attribuzione di essere agenti eziologici del disturbo e di ostacolo al trattamento, senza riuscire infine a discernere quanta sofferenza si sarebbe potuto evitare e quanta fosse ineluttabile"⁴². Per questo risulta molto importante ogni forma di supporto ai familiari: informativo, psicologico, psicoeducativo, di accompagnamento, di auto mutuo aiuto, di formazione sulla comunicazione ecc. Si rimanda all'esperienza virtuosa de "il Bandolo" - Insieme per sciogliere i nodi del disagio mentale (scheda 5), significativa non solo per l'ampia rete di servizi attivati ma come esempio di collaborazione e integrazione tra pubblico e privato.

Casistica e inserimenti dei pazienti

Una criticità richiamata con sollecitudine da Corulli è la presenza nelle strutture residenziali psichiatriche di una svariata e troppo ampia casistica di pazienti (una sorta di "insalata russa"), particolarmente allarmante nei gruppi appartamento con bassa assistenza terapeutica che ospitano pazienti gravi, in confusioni di psicopatologie. Prevale qui una lettura critica della residenzialità leggera, in antitesi a quella sopra presentata, nel senso che si ritiene tale istituzione "il tipo preferito dai servizi pubblici", gestita prevalentemente da cooperative di educatori, per pazienti che hanno alle "spalle decenni di problemi psichiatrici o di utilizzo di sostanze psicoattive", che necessitano di una convivenza guidata, a cui "vengono a volte abbinati interventi socio-educativi di accompagnamento-inserimento in attività diurne. Evidentemente la spesa sociale (...) è più bassa di quella delle Comunità Terapeutiche a elevata attività assistenziale. Sovente, non altrettanto evidente è l'utilità terapeutica". Si riconosce tuttavia che queste soluzioni abitative potrebbero essere utilizzate in modo positivo, come passaggi successivi a un primo periodo in comunità terapeutiche ad alta intensità assistenziale. Al contrario, possono diventare "nuovi piccoli manicomi" caratterizzati da isolamento, abbandono "quando vi vengono inseriti pazienti molto gravi, affetti da un'attiva sintomatologia o pazienti cronici stabilizzati in una vita passiva. Per non

⁴¹Testimoniaza: "E' vero che c'è un surplus di posti letto ma noi in Piemonte ospitiamo i siciliani, i pugliesi, perché quelli non hanno niente, mandano qui i loro malati e qui, anche i privati, hanno capito il business, hanno creato delle strutture...Mandano i malati lontano penalizzando i familiari... non so... un signore di Chieti, che da Chieti parte e va ad Aosta a trovare il figlio, ma può una persona di 75-80 anni una volta al mese partire da lì e andare ad Aosta a vedere il figlio? Non è possibile, non è normale. Il figlio, per contro, non può tornare a casa da solo, ci deve essere un operatore che lo accompagna, ma siamo fuori di testa".

⁴² A. Maone, *La Comunità Terapeutica*, op. cit.

trascurare i casi di gruppi appartamento in cui sono stati inseriti pazienti in sub-acuzie, cronici, tossicodipendenti e portatori di disabilità cognitivo sensoriale”. Corulli è molto critico nei confronti di questo modello di collaborazione pubblico-privato: “in realtà le cooperative di educatori sono abbandonate a se stesse dai colleghi referenti del pubblico, assenti o raggiungibili solo telefonicamente”⁴³.

Anche in merito alle Comunità terapeutiche è aperta una diatriba tra diverse opinioni sulla loro validità in merito alla idealizzazione, alla autoreferenzialità e al rischio di cronicizzazione di pazienti ed operatori. Dalla letteratura e dalle interviste, emerge la posizione di chi scorge in molte comunità quelle stesse dinamiche cronicanti/cronicizzanti che erano proprie del vecchio ospedale psichiatrico e determinavano il ricovero *sine die*⁴⁴. Alcuni studiosi parlano di processi di cronicizzazione piuttosto che di cronicizzazione: il primo termine si riferisce a quanto in questo processo è dovuto al contesto terapeutico (progressivo stereotipizzarsi dei momenti relazionali, spersonalizzazione degli individui trattati come oggetti tutti identici tra loro, impoverirsi dei rapporti umani, isolamento dalla società esterna) e quindi iatrogeno, a differenza della cronicizzazione che appartiene al decorso naturale della patologia⁴⁵. In questo secondo caso, si tratta di integrare e rendere coerenti, in una prospettiva di lungo termine, i diversi interventi terapeutici che si succedono nel decorso dei disturbi mentali gravi. Per garantire la continuità della presa in carico ha preso forma e si è diffuso nell’ambito della residenzialità psichiatrica il concetto di “modularità” degli interventi: il paziente transita lungo una filiera di servizi, sequenziali e collegati, in relazione al grado di autonomia raggiunto.

Si riporta a tal proposito la testimonianza di uno psichiatra del CSM eporediese:

Adesso l’obiettivo è quello di andare avanti per moduli progressivi: noi qui a Ivrea da 4-5 anni stiamo finalmente sperimentando una situazione nuova...è la prima volta - ne parlo anche con i colleghi - che noi disponiamo di un pacchetto d’offerta che va dalla gestione dell’acuzie alla piena remissione del paziente nella famiglia. Abbiamo tutto il percorso evolutivo. Noi siamo una struttura complessa, abbiamo due reparti in ospedale (per acuzie), poi abbiamo gli ambulatori per la gestione ambulatoriale della patologia, poi abbiamo strutture residenziali (comunità di tipo B) convenzionate con cui collaboriamo per i progetti a maggiore intensità di intervento. Poi abbiamo i GA che sono a minore intensità di intervento perché lì vivono da soli sotto la supervisione di operatori sanitari, di oss, che verificano, supportano, collaborano, supervisionano il modo di portare avanti il progetto da parte degli ospiti. Poi abbiamo delle domiciliarità assistite, nel senso che noi garantiamo un minimo di supporto a chi vive per conto suo, dopodiché si vive da soli.

Abbiamo potuto vedere come un percorso simile sia il più efficace nel prevenire la cronicizzazione, proprio perché il paziente è motivato ad andare verso una soluzione che gli concede maggiore autonomia e operatività e quindi è motivato a portare a termine il percorso: c’è l’opportunità – questo è importante – di offrire una prospettiva “visibile” al paziente.

Dieci anni fa non era così, il paziente non vedeva oltre la comunità: o vedevi l’ospedale (cioè eri peggiorato, dunque ricoverato) o c’era il ritorno a casa, laddove possibile perché a volte i genitori sono anziani. Tornare a casa vuol dire tornare a confliggere... e quindi la prospettiva non era appetibile.

In alcune Asl torinesi da più tempo si è cercato di costruire una rete di strutture differenziate e integrate con cui accompagnare il paziente lungo il percorso clinico e riabilitativo, passando a un

⁴³ M. Corulli, *Appunti sul movimento delle Comunità terapeutiche in Italia*, op. cit., pp. 74-75.

⁴⁴ La durata della permanenza nelle strutture residenziali psichiatriche italiane è di solito lunga: il 35% dei pazienti vi è ospite da 3 anni o più. Inoltre è stato accertato che il tasso di dimissione da queste strutture è basso: un terzo circa di queste nell’ultimo anno non ha dimesso neanche un paziente, e un altro terzo ne ha dimessi solo 1 o 2.

Fonte: A. Picardi, G. de Girolamo, P. Morosini, *Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. Risultati preliminari della fase 2 del progetto PROGRES*, Notiziario Istituto Superiore Sanità, 2003, 16 (2) - consultabile sul sito www.iss.it/binary/publ/publi/0302.1107334814.pdf

Anche studi condotti su campioni più limitati, che coinvolgono strutture residenziali in Lombardia caratterizzate da una missione terapeutico-riabilitativa, dimostrano che, malgrado quanto dichiarato programmaticamente, le strutture esaminate non hanno carattere puramente transizionale, in quanto circa ¾ dei pazienti ha degenze protratte talvolta per anni (A. Maone, *La Comunità Terapeutica nel continuum dell’assistenza a lungo termine*, op. cit.).

⁴⁵G. Gasca, (2000), *Psicopatologia di comunità*, cap. 4 ripubblicato *on line* per gentile concessione dell’editore LINDAU, Torino (<http://www.psychomedia.it/pm/thercomm/tcmh/gasca.htm>).

livello sempre minore di intensità assistenziale: “ovviamente tutto ciò - sostiene uno psichiatra del CSM di Settimo - richiede risorse, un coordinamento, un funzionamento in rete. Questo sistema, economicamente, quando funziona, quando è governato, è anche molto più efficiente. (...) Il nostro dipartimento negli ultimi 15 anni ha costruito progetti alternativi o successivi alle comunità protette (appartamenti con diverso grado di protezione, progetti di domiciliarità ecc.) per circa un centinaio di persone: non è una cosa da poco, da altre parti non ne hanno fatto neanche mezzo”.

Non solo nel pubblico si ritrova tale orientamento di continuità assistenziale, anche alcune società private, come Du Park (vedi scheda 2), hanno adottato

strutture a scalare modulari, organizzate quindi secondo una logica di percorso, perché la nostra realtà si è caratterizzata in modo particolare per una vocazione sua interna, che è una vocazione riabilitativa ad assetto variabile. Si tratta di una metodologia che noi abbiamo mutuato dal dottor Montinari di Genova per cui noi abbiamo una filiera riabilitativa dove gestiamo dei percorsi, quindi abbiamo una modularità degli interventi, dall'acuzie fino al rientro a casa.

Un simile iter non tiene conto, a parere di altri *stakeholder*, dei pazienti che non hanno un percorso di recupero e si sono stabilizzati in uno stato di cronicità. Sembra che il termine “cronico” in psichiatria venga oggi quasi negato, poco usato, come se fosse inaccettabile che alcuni pazienti non riescano a guarire e arrivino a raggiungere una certa stabilità di vita in un condizione ridotta di autonomia. Non utilizzando tale termine, si rintraccia in tutta Italia un numero molto scarso di istituzioni che dichiarino ufficialmente “ci occupiamo di cronici stabilizzati”, praticamente abbandonando o ponendo in un angolo il termine storico più significativo, più carico di valori semantici, quello cioè della comunità terapeutica, di matrice anglosassone⁴⁶.

Per la Presidente della Fenascop nazionale il problema della *long term care* è un problema che in psichiatria si può affrontare in modo assolutamente tranquillo, sensato e pianificabile: basta definire dei percorsi monitorati e attestare l'appropriatezza dell'inserimento, prevedendo anche delle strutture a scalare modulari, che abbiano quella vocazione di gestione e permettano il consolidamento di quel livello di autonomia proprio del paziente.

La stessa intervistata commenta:

dovremmo avvicinarci un po' di più al pensiero laico degli altri paesi europei, dove magari ci sono fantastiche concentrazioni in ville d'epoca, in mezzo a dei parchi pazzeschi, in cui di fatto inseriscono dei pazienti sui quali non ha alcun senso un accanimento terapeutico, una stimolazione esagerata rispetto alle loro possibilità.

Invece la stimolazione importante di un certo livello va fatta con gli operatori! E il lavoro con gli operatori va sempre fatto, sia nella situazione della *long term care* sia nell'intensivo come nelle strutture per gli autori di reato, nelle situazioni di grande acuzie (...) dove ci va una formazione assolutamente differente da quella che c'è adesso, se posso dire. Perché gli operatori non sono assolutamente all'altezza, usciti dall'università, di affrontare queste realtà così complesse.

Con l'ultima considerazione si entra dunque nel tema della formazione degli operatori.

Figure professionali

Dalle interviste, in modo particolare da quelle fatte ai familiari e ai gestori delle strutture residenziali in ambito del privato/privato sociale⁴⁷, emerge la richiesta di figure professionali adeguate, con corsi di studio e cultura specifici per lavorare/relazionarsi con i malati di mente. Fenascop, che è provider ECM (Educazione Continua in Medicina), accreditato dal Ministero e dall'AGENAS, si occupa direttamente della formazione degli operatori: ad esempio il Master in terapia di comunità, a cura del Portus Onlus di Moncalieri, è un corso di alto livello e dà molti crediti formativi al personale sanitario, educativo. Molte strutture ospitano tirocinanti di vari corsi

⁴⁶ M. Corulli, *Appunti sul movimento delle Comunità terapeutiche in Italia*, op. cit., p. 73.

⁴⁷ La carenza e la necessità di figure con una formazione specifica orientata al lavoro psichiatrico non emerge nelle interviste agli operatori dei servizi pubblici di salute mentale: “ormai i DSM – sostiene un soggetto privato gestore di strutture residenziali psichiatriche - non hanno idea di come si gestisce la residenzialità perché non la gestiscono, collaborano alla gestione, alla sua articolazione operativa ma non la gestiscono”.

di laurea, quali Psicologia, Scienza dell'educazione. Fenascop ha stipulato con il corso di laurea in Tecnica della riabilitazione psichiatrica una convenzione per cui questi operatori sanitari, anziché sperimentarsi solo nei DSM e centri diurni gestiti dall'attore pubblico, fanno tirocinio anche nelle strutture residenziali accreditate. La società Bluacqua ha scelto di impegnarsi con le Università in un lavoro più accademico di formazione agli studenti che saranno gli operatori sociali sanitari del futuro, quindi educatori, psicologi e assistenti sociali, intervenendo a lezione per raccontare la propria esperienza inserita nel quadro istituzionale e legislativo odierno.

Variegato appare dunque il ventaglio di figure professionali occupate nelle strutture residenziali psichiatriche, che, avendo vocazioni, prestazioni, organizzazioni differenti, hanno altresì necessità diverse di personale, sia come titoli di studio sia come presenza in termini di ore lavorative.

C'è chi sostiene che nelle comunità terapeutiche, in modo particolare in quelle ad alta intensità terapeutica, bisogna favorire "la definizione di livelli di professionalità adeguati alla *psychosocial nurse*: psichiatri, psicologi ed educatori e non infermieri o OS o tecnici della riabilitazione che non hanno nessuna base formativa per fare psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo ecc."⁴⁸. Segnaliamo un'intervista fatta a una psichiatra del CSM di Ivrea che, in base alla propria esperienza e vocazione, avverte la necessità nel servizio pubblico di una maggiore presenza degli psicologi per offrire una risposta adeguata di assistenza psicologica rivolta alla popolazione. A suo parere, ma è una posizione condivisa da altri colleghi, seppur minoritaria, la psichiatria oggi è ancora caratterizzata da una cultura di potere, quando nel rapporto con il malato conta invece la *persona*, i fattori terapeutici sono aspecifici; manca la cultura che dà valore all'*ascolto* e che riconosce gli utenti come "esperti per esperienza" che si confrontano e collaborano con i medici "esperti per professione"⁴⁹.

In parallelo, rispetto ai percorsi di cura attivati *extra moenia*, si sente sempre più l'esigenza di disporre di operatori capaci di esplorare il territorio, intercettare nuove risorse, creare sinergie, sviluppare e consolidare la rete delle collaborazioni. In questa ottica in alcune interviste è stata chiamata in causa la figura dell'assistente sociale, anche perché tradizionalmente si interfaccia con la burocrazia, con l'INPS, con l'UEPE ("*per noi è irrinunciabile*", si ritiene a Du Parc). A margine, si segnala che per legge almeno un assistente sociale deve fare parte (con uno psichiatra, uno psicologo e un infermiere professionale) dell'équipe multi professionale che fa capo al Centro di Salute Mentale. Nell'intervista fatta a uno psichiatra dell'ASL TO4 emerge quanto possa essere importante il ruolo dell'assistente sociale: nell'esperienza locale sono stati gli assistenti sociali a "*mettere in piedi le reti di domiciliarità leggera, i progetti di domiciliarità supportata (...) andando anche in Direzione a far vedere i conti in positivo, il numero delle persone dimesse dalle comunità (...) addirittura ci hanno aumentato il budget a livello di azienda*", dimostrando di essere "*in grado di parlare il linguaggio degli amministratori in maniera compatibile con il linguaggio clinico*". Mentre per altre professionalità si tratta di definire il numero di ore piuttosto che la tipologia dei titoli di studio, la figura dell'assistente sociale non compare affatto negli organici del personale previsto per le strutture residenziali psichiatriche secondo il nuovo modello AGENAS-GISM (vedi Box 1); si ricorda che invece la D.G.R. 357/97 prevedeva l'assistente sociale tra le "figure miste" (educatori professionali, infermieri, terapisti della riabilitazione).

L'Accordo Stato-Regioni del 17 ottobre 2013 demanda alle Regioni e alle Province autonome la definizione delle figure professionali e il loro impegno orario per ciascun paziente, in base

⁴⁸ M. Corulli, *Appunti sul movimento delle Comunità terapeutiche in Italia*, op. cit., p. 81. L'Autore afferma che "quasi tutte le leggi regionali appaiono come una caricatura degli standard di personale delle case di cura psichiatriche: forte presenza di infermieri e OS; scarsa presenza di psicoterapeuti, di psicologi, di educatori" (p. 76), creando un ambiente ottimale per la "terapia del sonno" di un tempo (p. 80).

⁴⁹ Per questa interlocutrice il cambiamento all'interno dei dipartimenti di salute mentale può avvenire solo attraverso una spinta dall'esterno da parte dei movimenti degli utenti e dei familiari; ci segnala come approfondimento l'approccio del "dialogo aperto" di Seikkula (scheda 8) e "storie di guarigione" di Tibaldi (scheda 6).

all'intensità riabilitativa e assistenziale dei programmi offerti. Per omogeneità di rappresentazione nella normativa sono precisati i seguenti raggruppamenti di attività:

- attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- attività educativo riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Nelle indicazioni per l'accreditamento delle residenze psichiatriche i requisiti concernenti le competenze professionali devono evidenziare: 1. la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica; 2. l'inserimento e l'addestramento di nuovo personale. Viene sottolineata l'importanza – tenuto conto dei fattori di rischio e di *burn out* in questo ambito – di garantire processi di formazione continua degli operatori, attraverso strumenti appropriati, come la supervisione e l'audit clinico, anche al fine del consolidamento dello stile di lavoro d'équipe.

Vedremo nel capitolo successivo come il Piemonte ha declinato queste indicazioni.

4. Il riordino dell'assistenza ai pazienti psichiatrici

Il Piemonte ha recepito a livello di Consiglio Regionale, cioè a livello politico, la delibera madre, anzi - come dice la Presidente della Fenascop nazionale - le delibere madri, ovvero il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale e l'Accordo relativo alle strutture residenziali psichiatriche secondo il nuovo modello Agenas – Gism⁵⁰, al fine di disciplinare e riordinare la filiera dei servizi residenziali psichiatrici piemontesi. La Giunta regionale in questa ottica ha emanato la D.G.R. 3 giugno 2015, n. 30-1517 e s.m.i. (d'ora in avanti denominata “delibera 30”), che ha suscitato critiche e contestazioni, fino a ricorrere ai giudici amministrativi, da parte delle associazioni dei pazienti psichiatrici e loro familiari, del mondo della cooperazione sociale, del volontariato, del privato imprenditoriale, degli ordini professionali, dei comuni, che pure riconoscono la necessità di riordinare il settore della residenzialità.

Perché allora tanto scontento tra gli *stakeholder* del settore e tanti ricorsi al TAR? Cerchiamo di trovare delle risposte nel presente capitolo.

La delibera 30 e i ricorsi al TAR

A un anno dall'insediamento della nuova giunta Chiamparino, susseguitasi a quella uscente del governatore Cota, la Regione Piemonte a giugno 2015, con l'emanazione della delibera 30, avvia il riordino del settore dell'assistenza ai pazienti psichiatrici: “un impegno irrinunciabile” – dice l'assessore alla sanità Antonio Saitta⁵¹ – sia perché in linea con il piano di rientro imposto dal Governo per risanare i conti del sistema sanitario sia perché già da lungo tempo occorreva disciplinare l'intera filiera dei servizi residenziali psichiatrici presenti sul territorio, definendone i requisiti autorizzativi e di accreditamento, i criteri di accesso, il regime tariffario e la funzione di vigilanza e controllo. “Non pensiamo di risparmiare, ma di spendere meglio i soldi pubblici”.

Il riordino prevede l'individuazione di tre tipologie di strutture residenziali psichiatriche sulla base dell'intensità terapeutico-riabilitativa dei programmi attuati e dei livelli di intensità assistenziale:

1. struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico - riabilitativi a carattere intensivo (SRP1);
2. struttura residenziale - psichiatrica per trattamenti terapeutico - riabilitativi a carattere estensivo (SRP2);
3. struttura residenziale - psichiatrica per interventi socio – riabilitativi (SRP3), con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sotto tipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie.

⁵⁰ Vedi note 12 e 13.

⁵¹ <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/notizie-87209/notizie-dallassessorato/3334-3-6-2015-la-regione-avvia-il-riordino-dell-assistenza-ai-pazienti-psichiatrici>

Le prime due sono strutture sanitarie, la terza tipologia è di natura socio-sanitaria. Le Comunità Protette esistenti di tipo A e B confluiranno nelle prime due tipologie, mentre i gruppi appartamento e le comunità alloggio in quella socio-sanitaria. Per le Comunità Protette, inoltre, viene rivisto il sistema di classificazione dell'utenza, adeguandolo ai nuovi bisogni, attraverso un sistema che considera il livello di intensità assistenziale e di intensità terapeutico-riabilitativa necessaria, prevedendone tre livelli. Viene quindi aggiornato il sistema dei requisiti specifici di accreditamento⁵² nonché il sistema tariffario⁵³. Nel caso dei Gruppi Appartamento, invece, vengono definiti i sistemi autorizzativi e di accreditamento fino ad oggi mancanti e le tariffe.

La delibera 30 è frutto del lavoro di un tavolo tecnico, avviato nel marzo 2015, con l'incarico di studiare un "Riordino della rete dei Servizi Residenziali Psichiatria adulti", coordinato dal direttore regionale della rete sanitaria territoriale, con tre colleghi psichiatri dei DSM che occupano un posto dirigenziale nel Servizio pubblico ed un funzionario della Regione. A questo tavolo non hanno mai potuto partecipare, nonostante le numerose richieste, le associazioni dei familiari e le associazioni/cooperative fornitrici di servizi, né c'è stata un'audizione dei loro pareri e osservazioni prima di portare il documento al voto. Di qui l'accusa principale, mossa da tutti quelli che contestano la delibera, di non aver consultato le parti interessate ma di aver deciso in modo unilaterale.

Non solo, precisa la Presidente della Fenascop nazionale:

questi consulenti dei dipartimenti non sono affatto usi al linguaggio di quelli che adesso tengono il boccino, che sono i consulenti del MEF [Ministero dell'economia e delle finanze], cioè dei contabili, dei manager o meglio dei revisori dei conti, mandati da Roma per chiarire e approfondire la situazione piemontese. Per cui i linguaggi di questi capi di dipartimento, che oltretutto risentono dell'invecchiamento, a fronte di questi bocconiani rampanti non si sono incontrati proprio! Non si sono capiti e di conseguenza questi che hanno il compito di tagliare, cucire ecc. sono andati avanti. L'errore che è stato fatto è stato proprio quello di affidarsi a questi profili professionali, che non stanno tanto a guardare la tradizione, la cultura, hanno esigenze di tempo, di obiettivi che sono definiti dai piani di rientro. Cosa hanno fatto? Hanno individuato delle regioni *benchmark* dove non ci sono piani di rientro, dove sembrerebbe che la gestione della riabilitazione della salute mentale funzioni un po' meglio. Ma «funzioni un po' meglio» nella mente di un *advisor* del MEF significa non avere buchi di bilancio, segni meno nelle colonnine excel e categorie impazzite.

Quindi l'operazione fatta non ha tenuto conto dell'esistente, ha calato un modello dall'alto (...) Le linee guida AGENAS e del PANSM, che sono le delibere madri, recepite dalla Regione prima della 30, definiscono la riabilitazione sui livelli di intensità e delle macrocategorie dentro le quali ciascuna regione deve declinare il «suo» patrimonio esperienziale e di tradizione territoriale, che però bisogna conoscere. Questo non è stato fatto perché non c'è stato il confronto né con gli erogatori né con i familiari che sono quelli che ci lavorano ogni giorno, non è una questione politica o ideologica, ma di buon senso. Non solo, c'è stata poi questa articolazione politica per cui la Giunta ha deciso a prescindere dal Consiglio (...) che se ne è molto risentito e si è messo anch'esso di traverso.

Si sono mobilitati in tanti contro la delibera 30, ciascuno sugli aspetti di loro stretta competenza: associazioni di familiari e utenti, sindacati, ordini professionali, sindaci, rappresentanti di strutture accreditate e di cooperative sociali. Cerchiamo di riassumere i temi del dissenso.

Con la delibera 30 la Regione Piemonte riconosce le Comunità Protette di tipo A e B (che

⁵² Nel modello Agenas Gism la distinzione fra le tre tipologie (SRP 1,2,3) è di puro carattere funzionale, riguarda le caratteristiche cliniche, la qualità dei programmi riabilitativi. Non si fa alcun accenno a criteri strutturali (relativi ai requisiti abitativi) specifici, né distinti per strutture. Peraltro nessuna normativa nazionale sulla salute mentale stabilisce alcuna correlazione fra intensità terapeutico-riabilitativa di una soluzione residenziale e le sue caratteristiche strutturali-abitative. Al contrario la DGR 30 del 2015, nel definire i criteri in base ai quali le strutture potranno presentare istanza di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento, privilegia i requisiti strutturali-abitativi a quelli clinico funzionali. Da questo punto di vista contraddice il modello Agenas-Gism e conserva l'impostazione prevista dalla precedente DCR 357 del 1997 (<http://abitazioniterapeutiche.it/perche-la-dgr-30-merita-di-essere-cancellata-dal-tar/>).

⁵³ Le rette deliberate: 143 euro giornalieri per le S.R.P.1; 120 euro per le S.R.P.2 livello 1 e 110 euro per le S.R.P.2 livello 2; 92 euro per le S.R.P.3 con assistenza 24 ore con pronta disponibilità notturna, 84 euro con assistenza 12 ore, 56 con assistenza a fasce orarie. Cfr. nota 35; per Corulli tali importi costituiscono un ribasso del 25% delle rette attuali.

confluiranno rispettivamente nelle SRP1 e SRP2) quali residenze terapeutiche, connotate in senso sanitario dal punto di vista strutturale e organizzativo, rientranti nei LEA (vedi box 3), a totale carico della sanità pubblica. In merito alla quantità di ore settimanali di assistenza ed al tipo di personale che vi opererebbe, le comunità ad elevata intensità ed a media intensità “godrebbero” – secondo Fenascop⁵⁴ - di un piccolo incremento di personale rispetto agli “standard minimi” della delibera 357/97, ma l’84% del personale sarebbe costituito da Educatori ed Operatori sanitari (che hanno 1.000 ore di percorso formativo). Attualmente le Comunità ad elevata intensità terapeutica per pazienti subacuti (10 in tutta la Regione con 200 posti letto complessivi) hanno una presenza di 50 ore di psichiatra la settimana, più la pronta reperibilità (a seguito di una telefonata lo psichiatra deve arrivare in 20 minuti); dal primo gennaio 2016 saranno sufficienti 20 ore di psichiatra la settimana, senza pronta reperibilità. A fronte di un risparmio di denaro, si mette a repentaglio – osserva Corulli – la stessa efficacia terapeutica del servizio.

Le nuove disposizioni regionali vanno a incidere pesantemente sulla residenzialità leggera, sulla riabilitazione sul territorio, nonché sulle borse lavoro, declassando questo tipo di interventi a serie B, non essenziali, extra LEA.

E’ opinione diffusa, anche tra i nostri intervistati, che occorra evitare “che – scrive Settembrini - malintese logiche di centralità sanitaria (...) facciano piazza pulita di un patrimonio di esperienze costruite negli anni, con lo sforzo quotidiano di migliaia di utenti, operatori e familiari, il cui valore scientifico la letteratura internazionale sostiene senza ambiguità”⁵⁵.

Con l’ingresso dei Gruppi appartamento nel novero dei servizi socio-assistenziali, senza tenere conto della loro effettiva funzione terapeutica e riabilitativa, il 60% dei costi di ricovero sarebbe a carico di pazienti e familiari o, in caso di indigenza, a carico degli enti locali di riferimento. Si legge nella proposizione ricorso al TAR Piemonte da parte del Comune di Torino (DGC del 22 settembre 2015): “- all’interno della nostra Città sono presenti nelle ASL TO1 e TO2 circa 100 Gruppi appartamento che ospitano 500 pazienti psichiatrici; - la letteratura scientifica internazionale individua la minor istituzionalizzazione come uno strumento di cura esso stesso e che pertanto i Gruppi appartamento svolgono un ruolo di cura assolutamente significativo per più di 1000 pazienti all’interno della nostra regione” e considerando che “- la deliberazione approvata dalla Giunta individua tutti i Gruppi appartamento anche a 24 e 12 ore di copertura non come sanitari, bensì come assistenziali e come talia partire dal 1 gennaio del 2016 saranno per il 60% a carico degli utenti o – qualora indigenti – dell’Amministrazione Comunale;- per far fronte, non avendo previsto la Regione Piemonte risorse aggiuntive, a tali costi, il Comune di Torino dovrà stanziare una cifra complessiva superiore ai 10 milioni di euro; - qualora l’Amministrazione non disponesse di tali risorse diventerà inevitabile la chiusura di alcune strutture non dando più un servizio a centinaia di pazienti psichiatrici e causando, altresì, la perdita di centinaia di posti di lavoro”.

Sul versante occupazionale, il riordino così come concepito dalla delibera 30 mette a rischio la qualità dei servizi e almeno 400 posti di lavoro nel mondo della cooperazione sociale, secondo le stime della Federsolidarietà-Confcooperative.

Anche l’Ordine degli Psicologi del Piemonte esprime preoccupazione per i riflessi occupazionali che tale delibera pone in essere: circa 700 psicologi rischiano di rimanere esclusi dagli organici del personale destinato ai Gruppi appartamento e alle Comunità. Il Presidente dell’Ordine, che non ha fatto ricorso pur rimanendo in stretto contatto con i soggetti che si sono rivolti al TAR, avanza le seguenti possibilità di soluzione⁵⁶:

⁵⁴ Lettera Fenascop 14 giugno 2015 ad assessori e consiglieri regionali
(www.diapsipiemonte.it/allegati/riordino_residenziale/14giu15)

⁵⁵ [http://abitazioniterapeutiche.it/lidea-di-questo-blog/\(6 settembre 2015\)](http://abitazioniterapeutiche.it/lidea-di-questo-blog/(6%20settembre%202015))

⁵⁶ <http://www.alessandrolombardo.org/psicologi-e-residenzialita-psichiatrica-le-richieste-al-consiglio-regionale-del-piemonte/>. Il presidente dell’ordine degli psicologi, Alessandro Lombardo, auspica che la formazione in psicologia possa trovare spazio negli organici delle strutture residenziali non solo in seno alla presa in carico clinico sanitaria, ma anche fra il personale di supporto alla quotidianità, come avviene in gran parte del mondo anglosassone.

- Nell'immediato, in attesa di definire meglio ruoli e aree di comunanza di intervento, una sanatoria per quegli psicologi che operano da anni nel campo della residenzialità psichiatrica, che oltre alla perdita ingente di posti lavoro vedrebbe perdersi qualità e professionalità che oggi reggono almeno per la metà l'intero settore.
- Che vengano rivisti i minutaggi per la figura professionale dello psicologo con funzione sanitaria a nostro parere calcolati in modo completamente erroneo.
- In ultimo che venga inserita la figura professionale dello psicologo in tutte le nuove forme organizzative previste dalla delibera stessa, SRP3 inclusa.

Alcuni *stakeholder* fanno presente⁵⁷ che con la delibera 30 psicologi ed educatori – che al momento costituiscono circa il 70% del personale dei Gruppi appartamento – verrebbero ridimensionati e compensati con una presenza molto più rilevante degli oss (operatori socio sanitari), il cui lavoro si avvicina di più a quello degli infermieri: oltre alla deriva occupazionale, si mette a rischio la stessa funzione riabilitativa, basata su competenze psicologiche e relazionali ed educative, che finora ha caratterizzato queste strutture.

Alcune Associazioni di pazienti psichiatrici e loro famigliari (ALMM e D.I.A.Psi), pur condividendo gran parte dei punti critici sopra descritti, si sono mosse in modo autonomo e hanno lanciato un appello per sensibilizzare altre associazioni del settore nonché altri soggetti sostenitori e raccogliere fondi a favore del proprio ricorso al TAR⁵⁸. Per ricorrere va firmata una delega da parte dei Presidenti di ogni singola associazione ma basta anche solo una associazione o due per formalizzare il ricorso. Le associazioni firmatarie sono ufficialmente indicate come Associazioni titolari del ricorso.

I punti della delibera 30 che direttamente riguardano tali organizzazioni e che rischiano di arrecare danno ai pazienti e alle loro famiglie sono principalmente i seguenti:

1. La Giunta ha deliberato senza predisporre una analisi dell'esistente. La valutazione dei pazienti inseriti nei vari luoghi di cura è stata richiesta ai DSM dopo aver deliberato.
2. Non è garantito il Diritto di Informazione e Scelta del luogo di cura. Non significa che il paziente decida dove andare autonomamente, ma che individuata la tipologia di struttura in accordo con il curante, possa esprimere aspettative e desideri, scegliere tra due-tre "luoghi" certamente diversi per ubicazione, caratteristiche, persone che già vivono in quel luogo di cura. Certamente va superata la logica del posto vuoto da riempire, che in alcuni casi trasforma gli inserimenti residenziali in qualcosa di simile al funzionamento di un'agenzia immobiliare.
3. Il Progetto Terapeutico deve essere scritto, firmato dal paziente (o tutore), condiviso con la famiglia laddove esistano le condizioni e una copia deve essere consegnata al paziente o tutore. Devono essere chiaramente indicati obiettivi del trattamento, tempi e modalità dell'inserimento e delle verifiche degli obiettivi. I tempi di inserimento nelle diverse tipologie di struttura devono essere rispettati e il CSM, che mantiene la titolarità della cura, deve monitorare costantemente l'andamento del progetto. Tutto questo non è indicato nella DGR 30.
4. Non è garantito il coinvolgimento delle Famiglie e delle Associazioni di famigliari in alcuna fase della riorganizzazione della rete dei servizi residenziali;
5. Non è garantita la continuità terapeutica se i Gruppi Appartamento usciranno in blocco dalla Sanità; cosa ci sarà dopo la Comunità? E, ad esempio, non si comprende come un Gruppo Appartamento con copertura sulle 24 ore possa essere "riqualificato" come socio-assistenziale e "uscire" dalla Sanità.
6. La compartecipazione alla spesa per i Gruppi Appartamento (senza garanzie di copertura per la parte socio-assistenziale né da parte della Regione, né da parte dei Comuni e senza alcun tetto di reddito stabilito), farà ricadere il 60% della spesa sulle Famiglie;
7. La quota alberghiera indicata nella DGR fa sì che qualsiasi Appartamento in qualsiasi luogo abbia lo stesso costo di gestione alberghiera: questo pare poco verosimile con i dati di realtà, i costi variano a seconda del tipo di struttura, del luogo in cui si trova ecc.
8. Non è garantita la Cura: diminuite le ore di medico, psicologo, educatore. Aumentate le ore di OSS.
9. L'Osservatorio permanente sulla Psichiatria deve essere inserito nella DGR con indicati: la composizione, gli obiettivi e le funzioni.

⁵⁷ Vedi nota 54.

⁵⁸ <http://www.menteinpace.it/2015/08/28/appello-per-ricorso-al-tar-contro-la-delibera-regionale-sul-riordino-della-residenzialita-psichiatrica-a-l-m-m-e-di-a-psi-piemonte/>

Il TAR del Piemonte ha accolto, con ordinanza del 30 ottobre 2015, il ricorso delle Associazioni di pazienti e familiari per l'annullamento della DGR 30 di riordino della Residenzialità Psichiatrica⁵⁹: "Considerato che il ricorso pone delicate e nuove questioni giuridiche di cui la disanima non appare compatibile con la cognizione sommaria propria della presente fase cautelare, necessitando di adeguato approfondimento nella sede di merito;

Considerato che in relazione alla tempistica di attuazione dei provvedimenti impugnati può ritenersi sussistente il danno grave ed irreparabile dedotto dalla parte ricorrente nelle more della definizione del presente giudizio

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte (Sezione Prima) accoglie e per effetto sospende l'esecuzione degli atti impugnati; fissa per la trattazione di merito del ricorso l'udienza del 13 gennaio 2016".

La Regione Piemonte, a seguito anche delle mozioni bipartisan approvate in Consiglio Regionale, ha depositato Istanza di Rinvio dell'udienza del 13 gennaio con la seguente motivazione⁶⁰:

"La Giunta Regionale sta predisponendo, previo confronto con gli Enti locali interessati e con le rappresentanze delle Associazioni e dei Gestori, una modifica alla D.G.R. n. 30 – 1517 del 3 giugno 2015 che avrà effetti decisivi sul contenzioso in essere tra i ricorrenti e l'Amministrazione, anche sotto il profilo amministrativo" (7 gennaio 2016).

L'Istanza è stata sottoscritta da Enti/Associazioni/Gestori che hanno presentato ricorso, mentre le Associazioni di Pazienti e Familiari, rappresentate da ALMM e D.I.A.Psi, hanno ritenuto opportuno presentare una propria Istanza di Rinvio dell'Udienza del 13 gennaio.

Dopo una lunga "battaglia" culturale, politica e legale si cambia dunque verso in Piemonte? Lo si vedrà prossimamente.

Politiche e interventi di salute mentale in Europa

5. Il panorama europeo

Le problematiche di salute mentale rappresentano nell'Europa di oggi (che comprende 53 Stati Membri e quasi 900 milioni di persone che vivono in condizioni culturali, economiche, sociali e politiche diverse) una sfida per la salute pubblica in termini di prevalenza, carico della malattia e disabilità, nonché dal punto di vista economico e sociale. In questo capitolo descriveremo i disturbi mentali più diffusi e vedremo le soluzioni adottate dagli stati europei per affrontare e soddisfare i bisogni delle persone affette da problematiche di salute mentale. Così come già è emersa una grande eterogeneità fra le regioni italiane, anche fra gli stati europei la quantità e la qualità dei servizi psichiatrici sono estremamente eterogenee, persino contraddittorie. A 10 anni dal messaggio di Helsinki del 2005, che esortava la promozione della salute mentale ritenuta cruciale per il benessere generale delle persone, della società e delle nazioni, raccomandando azioni volte alla prevenzione, alla inclusione sociale, a pratiche basate su servizi territoriali, troviamo ancora diffusi in Europa ambiti istituzionali tradizionali come gli ospedali psichiatrici, grandi strutture para-ospedaliere. Di contro si sta sviluppando un movimento che promuove servizi centrati sulla persona, che uniscono la personalizzazione, la libertà di scelta e la partecipazione dell'utenza, pongono grande attenzione sui punti di forza e le risorse proprie degli utenti e non sui loro problemi di salute mentale. Daremo conto di alcune buone pratiche e porteremo alcuni esempi concreti a favore del processo di deistituzionalizzazione, che pare ancora lungi dall'essere completato.

⁵⁹ <https://salutementalediritti.wordpress.com/2015/10/31/30-ottobre-2015-ordinanza-del-tar-del-piemonte/>

⁶⁰ <https://salutementalediritti.wordpress.com/tag/dgr-n-30/>

La salute mentale in Europa

Il Piano d'azione europeo per la salute mentale ci presenta un quadro che ritrae la situazione odierna della salute mentale nel vecchio continente⁶¹. Secondo le stime, i disturbi mentali interessano oltre un terzo della popolazione ogni anno, laddove i disturbi più diffusi sono la depressione e l'ansia.

La depressione colpisce due volte di più le donne che gli uomini. All'incirca l'1-2% della popolazione riceve una diagnosi di disturbo psicotico, con una distribuzione equa tra uomini e donne, mentre il 5,6% degli uomini e l'1,3% delle donne evidenzia problemi collegati ad uso di sostanze. L'invecchiamento demografico ha portato a un aumento della prevalenza della demenza, che si attesta attorno al 5% tra gli ultrasessantacinquenni e al 20% tra gli ultraottantenni. In tutti i paesi, il disagio mentale tende a essere più prevalente tra i soggetti più svantaggiati.

Un indicatore importante del peso sociale di una malattia per la collettività e il sistema sanitario è la misura in cui essa contribuisce agli stati patologici cronici (YLD, *years lived with disability*, ovvero gli anni vissuti con una disabilità). Nella popolazione europea, i disturbi mentali rappresentano di gran lunga la principale categoria di malattie croniche, pari a poco meno del 40%. Il disturbo depressivo unipolare rappresenta da solo il 13,7% del carico di malattia ed è quindi la più diffusa malattia cronica in Europa. Seguono a breve distanza i disturbi legati al consumo di alcol (6,2%) al secondo posto, il morbo di Alzheimer e altre forme di demenza al settimo posto (3,8%), mentre la schizofrenia e i disturbi bipolari occupano l'undicesima e la dodicesima posizione e sono entrambi responsabili per il 2,3% di tutti gli YLD.

Una percentuale elevata delle persone che percepiscono prestazioni o pensioni sociali a causa di una disabilità hanno un disturbo mentale come patologia primaria. Questo aspetto fa lievitare l'onere finanziario dei problemi di salute mentale per un paese. I disturbi mentali sono la causa di disabilità cui bisogna ricondurre il 44% delle prestazioni sociali e pensioni di invalidità in Danimarca, il 43% di quelle in Finlandia e Scozia e il 37% di quelle erogate in Romania. Nella Repubblica di Moldavia, uno dei paesi più poveri in Europa, è destinato alle disabilità mentali il 25% di tutte le prestazioni assistenziali e le pensioni di invalidità pubbliche. Queste differenze possono rispecchiare il grado di discriminazione ed esclusione dal mondo del lavoro delle persone con disagio mentale nei diversi paesi. I tassi d'occupazione delle persone con problemi di salute mentale in Europa spaziano dal 18% al 30%. Tale variabilità dipende in parte dal tipo di diagnosi – l'occupazione è minima nel caso di disturbi psicotici – e in parte dal singolo paese.

I disturbi mentali sono strettamente collegati al suicidio. La suicidalità nella Regione Europea è molto elevata rispetto ad altre parti del mondo. Il tasso annuo in questa Regione è di 13,9 suicidi all'anno per 100.000 abitanti, ma anche qui si osservano notevoli differenze. I 9 paesi con i tassi di suicidio più elevati al mondo sono tutti europei. In diversi paesi, la prima causa di morte tra gli adolescenti è il suicidio. In Europa, i suicidi sono 5 volte più frequenti tra gli uomini che tra le donne. La depressione, l'alcolismo, la disoccupazione, l'indebitamento e le ineguaglianze sociali sono tutti fattori di rischio strettamente associati alla suicidalità. I tassi di suicidio variano in coincidenza con aumenti della disoccupazione e dell'incertezza legata al timore di perdere il posto di lavoro. Secondo alcuni studi, i tassi di suicidio sono aumentati dal 2008, in particolare nei paesi più colpiti dalla recessione economica.

La mortalità tende a essere più elevata tra le persone affette da problemi di salute mentale che muoiono anche 20 anni prima rispetto al resto della popolazione. L'elevata suicidalità può spiegare

⁶¹ Il Piano d'azione europeo per la salute mentale (*European mental health action plan*) è il faro a cui dovranno guardare le politiche degli Stati membri fino al 2020 per migliorare la salute e il benessere mentale della propria popolazione.

Tale documento, risalente al 2013, è complementare al Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020 dell'Oms (*Who Mental Health Action Plan 2013-2020*). I Piani sono disponibili entrambi in italiano con traduzioni curate, su input del Ministero della Salute, dal Centro Collaboratore Oms per la Ricerca e la Formazione in salute mentale - Dipartimento di Salute Mentale dell'AAS 1 Triestina, che ha anche contribuito nella fase di stesura alla revisione del testo, affinché ci fosse un'autorizzazione ufficiale da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità.

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=2249

in parte questo dato, ma il fattore principale è la prevalenza di malattie croniche come le malattie cardiovascolari, i tumori e il diabete, nonché le difficoltà di accesso alle cure e la qualità dei trattamenti per queste patologie nei soggetti con comorbidità. Le persone affette da patologie croniche soffrono in elevatissima percentuale di depressione che rimane spesso non diagnosticata ed è associata a una mortalità accresciuta.

L'eterogeneità delle strutture residenziali psichiatriche

Oggi la maggior parte dei paesi europei ha messo a punto politiche e leggi in materia di salute mentale; molti di questi stanno compiendo progressi nella realizzazione di servizi territoriali. Tuttavia la capacità e la qualità dei servizi e del personale sanitario sono estremamente eterogenee, stando al numero di posti letto, alla copertura dei servizi territoriali, al numero di psichiatri o infermieri o ancora agli investimenti. Taluni paesi sono all'avanguardia quanto al tipo di visione e alla qualità delle attività svolte. Diversi paesi dispongono di una rete capillare di servizi territoriali. Taluni altri continuano però a gestire i servizi di salute mentale principalmente tramite grandi ospedali psichiatrici e incontrano ostacoli nell'attuazione delle proprie strategie.

A tal proposito, riportiamo un passo dell'intervista alla Presidente Fenascop Nazionale:

Non dimentichiamo che in Europa continuano a sopravvivere i manicomi, anche in Gran Bretagna, Francia, Germania, Olanda: lì questo passo in avanti che ha fatto l'Italia con la legge Basaglia non è stato fatto e ci guardano con curiosità da sempre per capire quale è effettivamente l'alternativa, ma l'assetto degli Stati traino in Europa fa convivere tranquillamente situazioni manicomiali, con grandi istituzioni carcerarie, con grandi istituzioni para ospedaliere. Tutto il fenomeno dei grandi gruppi stranieri esperti in sanità, che hanno migliaia di posti letto in tutta Europa e non solo, ha cercato di colonizzare il nostro Paese in modo abbastanza tranquillo pensando di importarvi il loro modello che è comunque un modello di grande *hardware*, per cui ci sono grandi cliniche, dove i pazienti transitano per un tot di tempo, giusto per compensare la fase acuta della malattia o comunque i momenti di ingestibilità territoriale. Poi hanno sul territorio servizi omologhi ai nostri CSM, che di fatto funzionano 7 giorni alla settimana. E poi ci sono queste grandi organizzazioni caritatevoli, per cui quello che noi pensiamo come paziente psichiatrico stabilizzato è tranquillamente gestito come un clochard oppure viene inserito in circuiti che riguardano la gestione della cronicità che assomigliano a delle grandi RSA. Non hanno tanto questa velleità riabilitativa o questo accanimento socio terapeutico o socio riabilitativo, perché costa ed è comunque poco razionale. Se provo a pensare con la mente di un olandese o di un tedesco o di un francese, questo nostro sistema è completamente pazzo, non è proprio codificabile, tanto è vero che i grandi gruppi che hanno cercato di occuparsi di sanità non sono riusciti a introdursi su questi territori ma sulle discipline ospedaliere o al limite sugli anziani perché tutto sommato è una gestione standardizzata, chiara, trasparente dove i conti tornano anche rispetto alle efficienze qualitative e quantitative. In psichiatria questo non è possibile in Italia, in altri paesi sì perché ci si mette facilmente d'accordo sulle strade da seguire, è una convenzione condivisa.

Alcuni dei "grandi gruppi stranieri esperti in sanità" di cui si parla nell'intervista sopra riportata sono già presenti in Piemonte, dove hanno attivato strutture e servizi psichiatrici.

Nel 2012 psichiatri rappresentativi di diversi Paesi europei si sono incontrati a Torino, presso il Centro incontri della Regione, al convegno internazionale «Psichiatria Europea a confronto», promosso dal Gruppo Orpea e Clinea Italia (scheda A), per confrontarsi sul disagio psichico, a partire dai disturbi più comuni come ansia e depressione, fino a patologie più complesse come la schizofrenia. Il presidente nazionale della Società italiana di psichiatria (Sip) in quell'occasione ha messo in evidenza il modello italiano di assistenza assolutamente innovativo che incuriosisce il resto d'Europa, ma anche oltreoceano: ridà dignità al paziente sottraendolo all'ospedale psichiatrico; prevede non solo la cura della malattia ma anche il reinserimento sociale; valorizza l'integrazione fra pubblico e privato, ai fini di un supporto efficace alle esigenze terapeutiche del paziente.

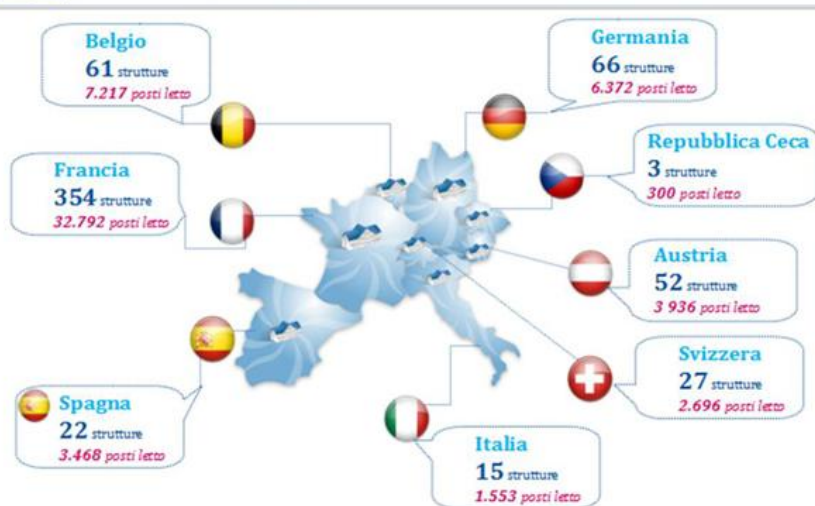
Scheda A - il Gruppo Orpea in Europa e in Italia (www.orpea.it)



Orpea è un gruppo francese fondato nel 1989, rapidamente diventato un punto di riferimento nel settore delle case di riposo, delle cliniche riabilitative e delle cliniche psichiatriche in tutta Europa. È quotato alla borsa di Parigi e conta 579 strutture, 38.000 collaboratori, 56.314 posti letto.



Una rete di qualità presente in tutta Europa



In Italia è presente in 2 ambiti professionali distinti:



Casa Mia per le case di riposo per anziani



Clinea per le cliniche riabilitative e quelle psichiatriche

In Italia la rete è interamente realizzata e gestita dal gruppo ed è radicata soprattutto nel nord, con strutture riabilitative e residenziali di eccellenza. Delle 15 strutture italiane, 3 sono cliniche psichiatriche, tutte site in Piemonte:

- Casa di Cura Villa di Salute – Trofarello (TO)
- Casa di Cura Ville Turina Amione - San Maurizio Canavese (TO)
- Casa di Cura Villa Cristina - Nebbiuno (NO)

Nel Convegno torinese “è stata dedicata una riflessione sul caso della Regione Piemonte dove le case di riposo neuropsichiatriche, accreditate con il sistema sanitario nazionale, hanno una loro funzione specifica rispetto alle altre istituzioni in gioco: sono in realtà il secondo e spesso indispensabile passaggio dopo il ricovero in emergenza negli ospedali pubblici ed hanno inoltre la funzione di offrire disponibilità anche per i ricoveri urgenti inviati dai dipartimenti di salute mentale. Il gruppo Orpea-Clinea in questo ambito è in prima linea”⁶².

⁶² <http://www.ilgiornale.it/news/psichiatria-eccellenza-italia-cerca-nuovi-modelli.html> (01/05/2012)

La holding francese a Trofarello ha acquistato e ristrutturato Villa di Salute: i lavori sono durati quasi tre anni e sono complessivamente costati oltre 10 milioni di euro. La ristrutturazione ha comportato la demolizione quasi totale dei primitivi quattro fabbricati e la ricostruzione ex novo di un unico edificio con pianta ad U. La struttura è dotata di 80 posti letto autorizzati e accreditati, in camere singole e doppie, suddivisi su due piani in tre unità funzionali: acuzie (i casi più gravi, 17 posti letto), riabilitazione (50) e lungodegenza (13). Possono essere ricoverate persone affette da diverse patologie, dalle psicosi ai vari disturbi di personalità, ai problemi di dipendenza alcolica e da sostanze, ai disturbi del comportamento. Alcuni posti letto sono dedicati a complesse patologie emergenti: la cosiddetta doppia diagnosi (cioè la concomitanza di importanti disturbi di personalità con l'uso di sostanze d'abuso) e i disturbi del comportamento di pazienti anziani con deterioramento cognitivo. Altri, almeno il 20%, ai ricoveri urgenti richiesti dai Dipartimenti di salute mentale per sopperire alla carenza di posti letto nei reparti di psichiatria degli ospedali pubblici. "I pazienti, provenienti dal Chierese, ma anche dall'area metropolitana a sud di Torino e dall'Astigiano, ci sono inviati – spiega il direttore sanitario della clinica – per la quasi totalità dai servizi pubblici"⁶³.

Un'altra imponente holding è il Gruppo Korian, leader europeo nella gestione di Residenze per la terza e quarta età (scheda B).

In queste grandi strutture sono previsti - almeno da quanto si legge nelle brochure - percorsi riabilitativi mediante tecniche socio riabilitative ed educative, integrate all'attività clinico diagnostica e psicoterapeutica, allo scopo di fare riacquisire al paziente competenze personali e relazionali utili nel periodo successivo al ricovero, sottolineando la partecipazione libera e consapevole dell'utente stesso (e familiari) in questo processo.

Corulli è alquanto critico; sostiene che in molte regioni le cliniche psichiatriche per non vedere ridotta la loro capacità ricettiva sono riuscite a ottenere che il 20% dei loro posti letto fossero qualificati come «posti di terapia estensiva». "I pazienti così soggiornano a lungo passivizzati, e senza entrare nei percorsi terapeutici delle Comunità"⁶⁴.

⁶³ <http://www.pagina.to.it/index.php?method=section&action=zoom&id=10835> (16/04/2012).

⁶⁴ M. Corulli, *Appunti sul movimento delle Comunità terapeutiche in Italia*, op. cit., p. 86.

Scheda B – il Gruppo Korian (www.korian.it)

Il Gruppo KORIAN è leader europeo nella gestione di Residenze per la terza e quarta età. KORIAN possiede in Francia, Italia, Belgio e Germania più di 700 Strutture con circa 70.000 posti letto, suddivise in tre aree di attività:

- Residenze e Appartamenti per Anziani
- Centri di Riabilitazione
- Assistenza Domiciliare

Il gruppo ha evidenziato un fatturato consolidato di più di 2 Mld di euro e punta a crescere a livello internazionale soprattutto in Paesi come l'Italia e la Germania, tra i Paesi più longevi al mondo.

KORIAN opera in Italia (dove è presente in 9 Regioni: Lombardia Piemonte, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Puglia e Sardegna) attraverso i marchi Segesta, Senior Service, Mosaico e Kinetika Sardegna per offrire Servizi Sanitari, Socio-Sanitari e Alberghieri, personalizzati sulle singole esigenze e mirati a favorire il benessere della persona.

Korian dispone di 5.000 posti letto funzionanti, di cui 1.312 nella sola Milano.



Delle 4 comunità psichiatriche, 3 sono in Piemonte, 1 in Liguria:

- COMUNITA' SOGGIORNO M. TERESA - Buttigliera D'asti (At), Comunità Protetta di Tipo B, rivolta ad una utenza psichiatrica, con o senza doppia diagnosi, e con eventuali problemi giudiziari.
- COMUNITA' I QUATTRO VENTI - Passerano Marmorito (AT), Comunità Protetta di Tipo B, rivolta ad una utenza psichiatrica, con o senza doppia diagnosi, e con eventuali problemi giudiziari.
- COMUNITÀ IL CILIEGIO - Oleggio (NO), Comunità Protetta di Tipo B.
- IL SESTANTE - Dianio Marina (IM), Comunità terapeutica ad alta intensità riabilitativa.



Non c'è salute senza salute mentale. A 10 anni dal messaggio di Helsinki 2005

"Non c'è salute senza salute mentale" è il messaggio lanciato nel *World Mental Health Report* che nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva pubblicato a sostegno della salute mentale ritenuta cruciale per il benessere generale delle persone, della società e delle nazioni. Tale messaggio è ribadito nella conferenza di Helsinki del 2005⁶⁵ nella quale i ministri della salute degli stati appartenenti alla Regione Europea dell'OMS si sono impegnati a promuovere politiche di salute mentale improntate all'ottica di salute pubblica, all'attenzione a tutte le fasce di età, alla qualificazione e alla continuità degli interventi, al rispetto dei diritti umani e civili delle persone con disturbi mentali. Particolare enfasi è rivolta alla prevenzione, alla promozione della salute mentale, alla inclusione sociale, a pratiche basate su servizi territoriali e sulla volontarietà dei trattamenti, a progressive riduzioni degli ambiti istituzionali tradizionali come gli ospedali psichiatrici, lasciando al ricovero ospedaliero un ruolo assai marginale e limitato al trattamento di situazioni di rischio e di particolare gravità. Si sostiene che i servizi comunitari debbano essere offerti nei luoghi di vita delle persone (compresi gli interventi sulla crisi), partendo dai loro bisogni e tenendo conto della loro cultura, religione, genere nonché desideri e aspirazioni. Si dichiara esplicitamente che non v'è più spazio per grandi istituzioni che escludano ed isolino le persone sofferenti o per interventi antiterapeutici o dannosi, assumendo un orientamento favorevole a sistemi di salute mentale che risultino accessibili 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana, integrati, *comprehensive* ed efficienti, capaci di coprire dalla promozione alla prevenzione, alla cura e al recupero (*recovery*). Adeguata attenzione è data al ruolo degli utenti e di tutti i cittadini interessati a partire da quelli maggiormente coinvolti, ovvero i familiari, in termini di rappresentanza, e di influenza, ma anche come destinatari di interventi di formazione e di sostegno.

A distanza di dieci anni, la strada verso questi obiettivi appare tortuosa e ancora molto lunga. In Europa le politiche di salute mentale restano caratterizzate, specialmente nei paesi centro orientali, ma anche – come detto sopra - in paesi quali Francia, Belgio, Germania, da grandi ospedali psichiatrici e dalla carenza/assenza di strutture e servizi nella comunità. Sembra confermarsi la separazione artificiale tra dimensione medica e dimensione sociale (enfasi sull'acuzie, sull'ospedale, sul farmaco). La pressione delle industrie farmaceutiche resta un nodo critico.

Centrale, ma spesso sottovalutata, resta la questione delle leggi che regolamentano la salute mentale e le sue istituzioni, in quanto condizione necessaria, anche se non sufficiente, per operare una profonda riforma che incida sui livelli di libertà di tutti i cittadini. Da alcuni studi comparativi emerge che la pericolosità come motivazione del ricovero coatto scompare solo in Italia, Spagna e Svezia. Danimarca, Grecia, Finlandia, Irlanda, Portogallo e Gran Bretagna enfatizzano il bisogno di cura ma è pure possibile utilizzare il criterio della pericolosità. E' singolare che in paesi per altro avanti in termini di *community care* persista una concezione rigidamente basata sul concetto di prevenzione del rischio connesso a comportamenti disturbati, nell'ipotesi di una persistente associazione tra malattia e pericolosità, tra psichiatria e ordine pubblico.

Manca una mappatura seria e precisa delle istituzioni totali, che favoriscono stigma ed esclusione, così come si sente la necessità di una ricerca approfondita che dia una visione complessiva del processo di deistituzionalizzazione, che pare dunque ben lungi dall'essere completato. Su questo

⁶⁵ Nella Conferenza Ministeriale Europea promossa dall'OMS sulla Salute Mentale (Helsinki, 12-15 gennaio 2005), per la prima volta in assoluto, i Governi di tutti gli stati europei hanno sottoscritto una importante ed innovativa Dichiarazione congiunta sulla Salute Mentale. Tale atto, preparato dall'OMS attraverso una serie di consultazioni con i Governi ed i loro Ministeri della Salute, riformulava la richiesta della Finlandia di guidare il tema delle promozione della salute mentale in Europa in uno scenario più generale, piegato anche al tentativo di indirizzare le politiche di implementazione dei servizi. Particolarmente significativo il fatto che fosse fortemente rappresentato il punto di vista degli utenti, attraverso le loro organizzazioni come la "Rete Europea degli (ex-)Utenti e Sopravvissuti" e dei *carers* (i familiari e quanti si occupano della salute delle persone con esperienza diretta di disturbo mentale), presenti con organizzazioni internazionali come l'EUFAMI.

(R. Mezzina, *La salute mentale in Europa dopo Helsinki*, in "Communitas" n. 12/2006, consultabile sul sito http://deistituzionalizzazione-trieste.it/letteratura/Letteratura/mezzina_2006_salutementale-eur.pdf).

secondo versante, che coinvolge un fronte in grande movimento, pur tra persistenti contraddizioni, possiamo elencare alcune esperienze emblematiche.

Seguendo Mezzina⁶⁶, si segnalano le esperienze leader dell'Irlanda (i servizi della comunità rurale Cavan Monaghan) che propongono un modello mobile, flessibile ed integralmente comunitario⁶⁷, che ha portato il governo a dichiarare raggiungibile l'obiettivo di chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici nei prossimi anni. La situazione inglese, dove il NSF (*National Science Foundation*) ha prodotto un grande slancio alla creazione di team comunitari "funzionali" in alternativa al ricovero, vede il programma per "la vita intera" (*whole life*) promosso dal NIMHE (*National Institute for Mental Health in England*) e l'esperienza del programma per l'inclusione sociale in Cornovaglia con operatori dedicati. Le contraddizioni di sette anni di piano sanitario per il rinnovamento della salute mentale in Norvegia, pur spingendo al cambiamento, soffrono della persistenza di sistemi "ospedalcentrici" con istituzioni forti e dominanti, e si affiancano alle aporie della situazione francese, dove si segnala il rafforzamento di istituzioni psichiatriche giudiziarie pur a fronte di alcune esperienze esemplari comunitarie (Lille⁶⁸) e di un lento calo dei posti letto ospedalieri. L'imperativo dell'integrazione è confermato dai dilemmi della separazione sanità – assistenza determinati dalla legge del 1994 in Svezia, che pur in un welfare onnicomprensivo lascia spesso i soggetti deboli "cadere tra due sedie", mentre si segnala la chiusura dei manicomi come processo ormai completato nel paese. Rispetto alle esperienze dei paesi del Nord Europa, al Sud (Grecia e Spagna) la disponibilità di risorse economiche per la salute mentale è di gran lunga inferiore. In particolare i nodi irrisolti tra ospedali e territorio in Grecia, paese dove i processi di deistituzionalizzazione in corso (che dovrebbero realizzare la completa chiusura dei manicomi entro pochi anni), hanno aperto a rischi di transistituzionalizzazione verso la residenzialità, mentre ancora stenta a decollare un sistema adeguato di servizi territoriali ed il lavoro nella comunità vede in prima linea i servizi sociali. Non si può non menzionare Trieste, che (dalla chiusura del manicomio nel 1980) ha visto la costruzione di un sistema di servizi territoriali totalmente sostituitivi, aperti 24 ore e dotati di posti letto comunitari, dove è investito il 94% della spesa a fronte del solo 6% del piccolo servizio ospedaliero, con un ampio ventaglio di risposte ai bisogni, da soluzioni abitative in normali appartamenti per oltre settanta persone, ad inserimenti lavorativi (ogni anno oltre centocinquanta in formazione, di cui un venti per cento assunti).

⁶⁶ R. Mezzina, *La salute mentale in Europa dopo Helsinki*, op. cit.

⁶⁷ L'esperienza irlandese vede un Servizio Psichiatrico gestito interamente da un'équipe di infermieri a Monaghan piccolo paese ai confini dell'Irlanda del Nord, dove c'era un grande manicomio che serviva due vaste contee. La struttura manicomiale è grande, padiglioni lunghi e bassi di mattoni rossi immersi nel verde; le costruzioni sono state riconvertite in centri diurni per persone diversamente abili, strutture per anziani e una complessa rete di luoghi dove trovano posto un appartamento per persone con esperienza di disagio mentale, un centro diurno riabilitativo, un centro diurno per i percorsi di persone con disturbi più gravi. Le persone a una certa ora tornano a casa. E' la casa il luogo dove vengono assistite la notte, se necessario, è la casa il luogo dove vengono sostenute quando la crisi è più dolorosa. Gli infermieri responsabili del servizio hanno creato un intreccio con molte associazioni e fondazioni che in Irlanda sono state sempre il riferimento degli emarginati quando il Paese era molto povero, l'industria e un relativo benessere sono storia recente. Così, coinvolgendo altri elementi non appartenenti istituzionalmente alla psichiatria, hanno raccolto risorse, case, posti di lavoro, mezzi di trasporto, mense. Hanno coinvolto i medici di medicina generale e pochi psichiatri consulenti, risparmiando e amministrando da manager il progetto. In questa esperienza emerge l'importanza strategica del ruolo manageriale infermieristico quale possibile chiave di volta nell'evoluzione dell'organizzazione dei Servizi. http://www.triestesalutementale.it/segnalazioni/storie/2005-10-15_irlanda.htm

⁶⁸ Il servizio di salute mentale di Lille ha raccolto la sfida dell'OMS "*Dare to care*" (osare curare) e per raggiungere l'obiettivo generale ha sviluppato e combinato tre elementi fondamentali: alloggio; occupazione; tempo libero, arti e cultura. Per una descrizione e analisi approfondita vedi Jean Luc Roelandt et alii, "Servizi di salute mentale comunitari: l'esperienza di Lille Est, Francia", http://www.souqonline.it/home2_2.asp?idpadre=822&idtesto=821#.VqXtE4-cHIV. Da segnalare in questo articolo un elenco significativo di esperienze acquisite nell'ambito di una rete internazionale di buone pratiche psichiatriche, grazie a visite formative organizzate dall'ospedale per tutto il personale del servizio di Lille Est in diverse strutture sul territorio nazionale e nel resto d'Europa. Ciò ha permesso di introdurre a Lille pratiche nuove, quelle che sono sembrate interessanti e più adatte al supporto della popolazione locale.

Per un approccio comune e centrato sulla persona

Uno studio recente (ESN, *La salute e il benessere mentale in Europa. Per un approccio comune e centrato sulla persona*) affronta diversi temi, strettamente correlati: lo stigma, i servizi centrati sulla persona, la partecipazione al mercato del lavoro e la promozione della salute mentale, e per ognuno di essi presenta degli esempi pratici⁶⁹.

Superare lo stigma

Nel contesto della salute mentale, la stigmatizzazione è un processo sociale che può essere definito come lo sviluppo di una serie di atteggiamenti, opinioni o comportamenti negativi che finiscono per influenzare individui o gruppi di persone e condurli a temere, evitare o discriminare le persone affette da problematiche di salute mentale. Lo stigma potrebbe creare una serie di barriere all'accesso al trattamento; le persone affette da problematiche di salute mentale potrebbero infatti voler evitare di essere etichettate come 'malati mentali' e di essere associate ai servizi di salute mentale. Lo stigma (fig.4) si compone di tre aree correlate (ignoranza, pregiudizio e discriminazione) e due manifestazioni: lo stigma pubblico (ovvero, la reazione del pubblico nei confronti di individui con problematiche di salute mentale) e lo stigma personale (ovvero il pregiudizio delle persone affette da tali problematiche verso se stesse).

Fig. 4 – Componenti dello stigma

Stigma	Stereotipo	Pregiudizio	Discriminazione
	Mancanza di conoscenza	Atteggiamento	Comportamento
Stigma pubblico	Opinione negativa verso un gruppo (es., pericolosità, incapacità, debolezza di carattere)	Condivisione dell'opinione che precede e/o reazione emotiva negativa (es., rabbia, paura)	Risposta al pregiudizio (es., emarginazione, refrattarietà a dare lavoro, opportunità abitative o semplicemente aiuto)
Stigma personale	Opinione negativa nei confronti di se stessi (es., debolezza di carattere, incapacità)	Condivisione dell'opinione che precede e/o reazione emotiva negativa (es., bassa autostima, bassa auto-efficacia)	Risposta al pregiudizio (es., refrattarietà alla ricerca di un lavoro o di una soluzione abitativa)

Le persone con problemi di salute mentale sono tra le più emarginate tra i cittadini europei. Gli stereotipi riguardanti la pazzia, la pericolosità, la violenza o l'incapacità di affrontare le situazioni sono diffusi in modo allarmante nei mezzi di comunicazione e nella società in senso lato.

☺ Superare lo stigma nella pratica: il caso della Castilla-La Mancha (Spagna)

La regione della Castilla-La Mancha, ad esempio, ha creato una strategia composta di diverse azioni specifiche per i gruppi cui si rivolge:

- Persone con problemi di salute mentale e famiglie: promuovere la partecipazione e la responsabilizzazione attraverso il sostegno dei pari e l'intervento psicologico sullo stigma personale.

⁶⁹ Lo studio è a cura di un Gruppo di Lavoro sulla Salute e il Benessere Mentale, formato da dirigenti dei servizi sociali e delle unità sanitarie locali, decisori a livello locale e ricercatori di otto paesi europei (Bulgaria, Danimarca, Finlandia, Germania, Irlanda, Italia, Spagna e Regno Unito). Questo team è stato creato nel 2010 dalla Rete Sociale Europea-ESN (*European Social Network*), sostenuta dal Programma comunitario per l'occupazione e la solidarietà (PROGRESS 2007-2013). Nel corso del 2010 e 2011, il gruppo ha lavorato a stretto contatto con la Commissione Europea e gli altri stakeholder nel contesto del Patto europeo per la salute e il benessere mentale, giungendo a una serie di conclusioni e messaggi chiave che, facendo riferimento ai risultati delle ricerche più recenti e alle attuali politiche, hanno fornito esempi pratici e hanno dato voce alle preoccupazioni degli utenti dei servizi di salute mentale (http://www.esn-eu.org/userfiles/Documents/Publications/Thematic_Reports/2011_Mental_Health_and_Wellbeing_in_Europe_IT.pdf).

- Professionisti e servizi sanitari: i professionisti sociosanitari possono essere una fonte di stigmatizzazione; si consiglia pertanto di porre particolare enfasi sulle strategie di informazione, formazione e aggiornamento. I servizi sociali e di salute mentale dovrebbero essere orientati al recupero.
- Mass media: protestare contro i mezzi di comunicazione che diffondono informazioni fuorvianti circa la malattia mentale (trattamento, cause ed effetti) e sviluppare linee guida per aiutare i giornalisti a cambiare il modo in cui i mezzi di comunicazione parlano della salute o della malattia mentale. I media possono promuovere l'immagine positiva delle persone con problemi di salute mentale. In questo senso è possibile valutare specifiche campagne di informazione.
- Mercato del lavoro: programmi di sostegno all'impiego, adattamento del contesto lavorativo alle caratteristiche e specifiche necessità delle persone con problemi di salute mentale, specifiche strategie di sensibilizzazione alla salute mentale, agevolazioni fiscali e sociali per i datori di lavoro.
- Formazione: attività volte a promuovere la salute mentale e l'informazione sui problemi ad essa legati, promuovere l'accettazione della diversità nelle scuole.

Recupero⁷⁰: un approccio centrato sulla persona

L'esperienza maturata attraverso le prassi attualmente applicate in diversi paesi europei mostra come i servizi sociosanitari si siano focalizzati sempre più su un approccio centrato sulla persona e mirato al recupero/recovery. Tale esperienza rivela alcune delle sfide tese a mettere l'utente al centro dell'attenzione e integrare i servizi sociosanitari erogati da diversi attori pubblici, privati e di volontariato. I servizi di salute mentale mirati al recupero si fondano su due pilastri. In primo luogo, non tutti i problemi di salute mentale sono cronici. Nel passato la ricerca ha dimostrato che oltre metà delle persone affette da problemi gravi di salute mentale (ad esempio la schizofrenia) possono effettivamente avere una buona qualità della vita, conservando pochissime tracce della malattia. In secondo luogo, le persone con le maggiori possibilità di recupero sono quelle che dimostrano la maggiore motivazione a produrre un cambiamento nella propria vita. Questa motivazione è spesso incoraggiata dalle persone di cui si circondano e il loro impegno – nell'atteggiamento e nella pratica – a sostenere le speranze e le ambizioni personali per una vita migliore. Nell'approccio al recupero, tutti gli educatori e professionisti sociosanitari coinvolti nell'erogazione di un servizio devono essere in grado di comprendere le speranze e i sogni personali e riconoscere le risorse e il potenziale di ogni utente. Di fatto molti utenti dichiarano che il vero punto di svolta avviene con l'incontro di una persona – un professionista o un altro utente – disponibile a condividere la propria esperienza legata alla salute mentale.

☉ Il recupero nella pratica: l'approccio danese e i progetti irlandesi

✓ L'esperienza di Aarhus (Danimarca)

Il principio del recupero ha generato nuove e significative esigenze nel modo in cui la Città di Aarhus ha organizzato l'erogazione dei servizi e nelle qualifiche richieste al personale. Nel dipartimento di psichiatria sociale, il processo di recupero inizia con una prima valutazione in cui l'utente e un gruppo di professionisti riassumono e redigono un piano di azione realistico che può comprendere il trattamento medico e/o psichiatrico, l'istruzione, l'impiego e le iniziative sociali. Un coordinatore personale presta sostegno all'utente affinché questo segua il piano di azione e abbia

⁷⁰ Nel glossario dello studio ESN, *La salute e il benessere mentale in Europa. Per un approccio comune e centrato sulla persona*, "recupero" viene inteso, seguendo la definizione in ambito statunitense di William Anthony, Direttore del Boston *Center for Psychiatric Rehabilitation*, come "un processo molto personale e unico di cambiamento dell'atteggiamento, dei valori, delle percezioni, degli obiettivi, delle competenze e/o dei ruoli di un individuo. Questo processo permette di condurre una vita soddisfacente, proficua e promettente nonostante i limiti causati dalla patologia. Il recupero implica l'individuazione di un nuovo significato e di nuovi scopi nella propria vita mentre si superano gli effetti catastrofici delle patologie mentali". Il recupero può essere sociale o totale. Nel recupero sociale, il paziente mostra ancora segni e sintomi clinici che, tuttavia, non gli impediscono di prendere parte alla vita sociale. Nel recupero totale, non sussiste più alcun sintomo e il paziente non ha più bisogno di alcuna terapia psichiatrica. (<http://www.recoverydk.dk/>). Per gli utenti del servizio, il recupero è un'esperienza vissuta mentre per i professionisti esso costituisce il processo al quale si orienta il loro lavoro.

accesso ai diversi servizi erogati da diverse agenzie raggruppate in una singola organizzazione chiamata 'psichiatria locale'. L'esperienza di Aarhus prova il contributo estremamente positivo del coordinatore personale alla fornitura del trattamento e alla continuità del sostegno in linea con il piano di recupero. In aggiunta, il coordinatore aiuta a ridurre il tempo richiesto per la gestione dei casi da parte dei professionisti coinvolti. In generale, il coordinamento tra i diversi attori è un fattore fondamentale nel miglioramento della qualità della vita degli utenti.

La condivisione delle esperienze personali ha un grande valore e molti trovano che l'incontro con altri utenti che si sono già trovati nelle stesse situazioni sia una componente fondamentale del percorso di recupero; tale principio è noto con il nome di "sostegno reciproco" ed è disponibile nel sistema realizzato ad Aarhus. Gli utenti, però, riconoscono anche come il processo non sia sempre così immediato; alcuni problemi di salute mentale, infatti, creano molte difficoltà nella relazione personale con gli altri.

Ad Aarhus il cambio di prospettiva e la maggiore attenzione verso il recupero hanno prodotto risultati molto confortanti, si registra un'evoluzione in senso positivo nella qualità della vita degli utenti e nella loro soddisfazione nei servizi erogati. In seguito a questa esperienza, l'approccio è stato integrato in modo più esteso nel Dipartimento dei Servizi Sociali.

✓ In Irlanda sono nati alcuni progetti che cercano di promuovere la collaborazione tra i portatori di interesse a livello locale per erogare servizi migliori e garantire migliori risultati per l'utenza. Il programma PROTECT (*Personalised Recovery-Oriented Treatment, Education and Cognitive Therapy* - Trattamento, formazione e terapia cognitiva in forma personalizzata e mirata al recupero) è un'iniziativa di partenariato nella Contea di Wicklow, finalizzata a sviluppare piani di recupero personalizzati per tutti coloro cui viene diagnosticato un disturbo psicotico, che coinvolge:

- Servizi di salute mentale del *Health Service Executive* (HSE)
- Servizio DETECT per l'intervento precoce su persone al primo episodio di psicosi e le loro famiglie
- SHINE, organizzazione di volontariato
- Edilizia sociale del Consiglio della Contea di Wicklow
- Servizi al personale
- New Dawn (E.V.E. Ltd Eastern Vocational Enterprises).

I partecipanti forniscono una serie di servizi centrati sulla persona e mirati al recupero a livello di comunità locale. Questo esempio dimostra come la collaborazione tra l'utenza e chi eroga i servizi permetta alle persone con problemi di salute mentale di ottenere risultati migliori.

L'ospedale psichiatrico St. Brendan a Dublino rappresenta un altro esempio di collaborazione tra il servizio di salute mentale e altri servizi: in questo centro i servizi psichiatrici e i servizi territoriali di salute mentale operano attraverso gruppi multidisciplinari composti da medici specialisti, psicologi, terapisti occupazionali, infermieri e assistenti sociali. Il servizio include la sistemazione di emergenza per persone senza fissa dimora con problemi di salute mentale e utenti in riabilitazione. Per le persone anziane con problemi di salute mentale sono previsti dei posti in case di riposo.

Il servizio di riabilitazione dell'ospedale è orientato verso un approccio basato sulla comunità: gli assistenti sociali sono coinvolti in progetti chiamati WRAP (*Wellness & Recovery Action Plan* - Piani di azioni per il recupero e il benessere), che prevedono un approccio pianificato e sistematico di assistenza, al fine di aiutare le persone al pieno recupero e al mantenimento del benessere. I progetti WRAP permettono ai professionisti (assistenti sociali per la salute mentale, terapisti occupazionali e infermieri specializzati che lavorano nel contesto del recupero nella comunità) di aiutare ogni paziente a riprendere il controllo sulla propria vita. Questi programmi sono spesso utilizzati nel contesto dei servizi di riabilitazione erogati dagli assistenti sociali e dagli altri professionisti nell'ospedale.

I professionisti sul campo riconoscono la necessità di un approccio multidimensionale al lavoro con persone affette da problemi di salute mentale. La collaborazione a livello locale in molte parti del paese funziona grazie all'impegno dei diversi professionisti che lavorano insieme. Tuttavia, da

alcune testimonianze si rileva che la “burocrazia è ancora un problema attuale; c’è bisogno che a livello governativo ci sia l’impegno di passare a un approccio centrato sulla persona, capendo che le persone con problemi di salute mentale presentano diverse necessità”.

L’inclusione attiva nel mercato del lavoro

Alle persone con problemi di salute mentale che hanno un lavoro corrispondono migliori possibilità di completare il processo di recupero con successo. Tuttavia, il tasso di occupazione delle persone affette da problemi di salute mentale rimane generalmente basso.

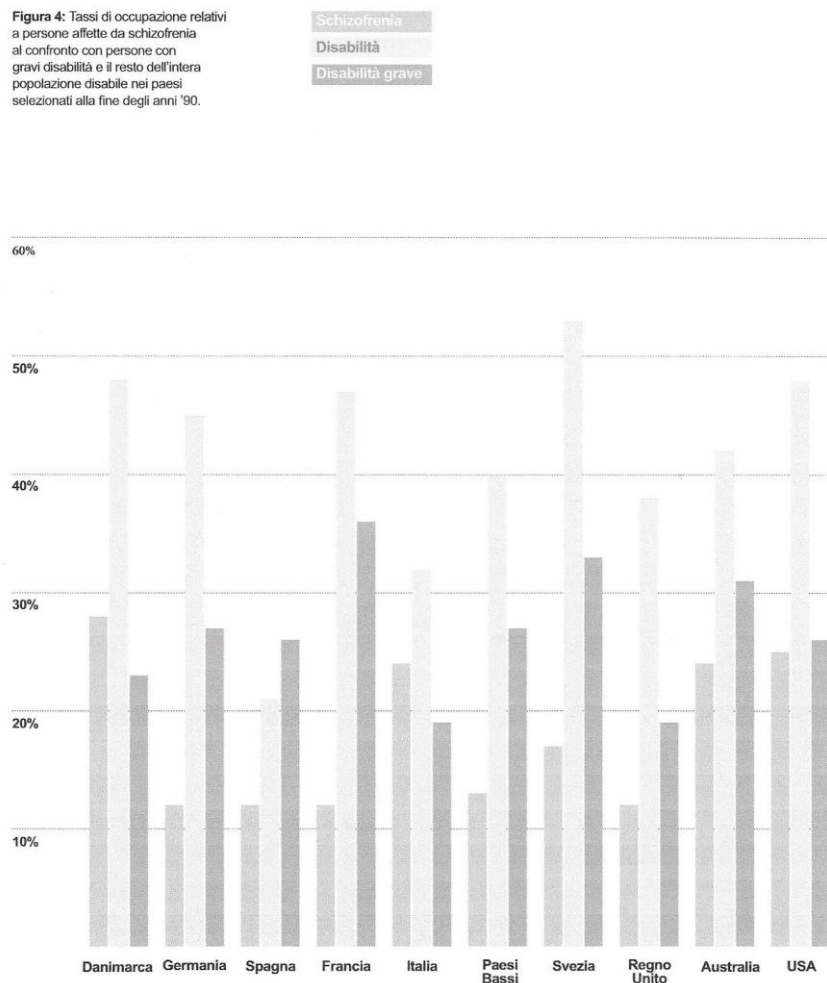
Le ragioni per le quali è difficile produrre dati sui tassi di (dis)occupazione tra le persone con difficoltà di salute mentale sono molteplici. Il dettaglio statistico relativo ai dati di occupazione per stato di salute o disabilità non è sempre disponibile. Inoltre, le persone con problemi a lungo termine possono essere considerati economicamente inattivi invece di disoccupati e, pertanto, possono avere diritto a un sostegno legato alla disabilità e non alla disoccupazione.

Il tasso di disoccupazione, inoltre, varia sensibilmente a seconda della disabilità: uno studio britannico ha scoperto che coloro che soffrono di disturbi gravi a livello mentale, quali la schizofrenia, il disturbo bipolare e gravi disturbi della personalità sono generalmente associati a tassi di occupazione estremamente inferiori (fig. 5).

Tenendo in considerazione la difficoltà di reperire dati affidabili e la variabilità dei tassi di impiego in relazione al tipo di condizione medica, la maggior parte dei paesi presentano tassi di occupazione tra il 20% e il 30%.

Fig. 5 – Tassi di occupazione e disabilità

Figura 4: Tassi di occupazione relativi a persone affette da schizofrenia al confronto con persone con gravi disabilità e il resto dell'intera popolazione disabile nei paesi selezionati alla fine degli anni '90.



La maggior parte degli utenti (70-90%) con gravi disturbi di salute mentale desidera occupare un posto di lavoro che sia aperto alla popolazione generale, in un luogo di lavoro regolare, retribuito almeno con un salario minimo e principalmente con colleghi non disabili. Rispetto alle persone con disabilità fisiche, quelle con problemi di salute mentale hanno meno probabilità di trovare un lavoro che le soddisfi. Entrambi i gruppi, però, devono superare lo stigma e la discriminazione, non solo nell'opinione pubblica e talvolta nelle famiglie ma anche tra i professionisti della salute mentale, i quali considerano la disoccupazione una conseguenza inevitabile della malattia mentale.

In Europa e nei vari stati membri, le politiche e gli ordinamenti non sono specifici alla salute mentale ma fanno riferimento alla disabilità in generale, nonostante le persone con disabilità facciano parte di un gruppo vario di persone che devono affrontare diverse barriere all'impiego.

A livello UE i diritti delle persone disabili sul mercato del lavoro sono promossi attraverso la Direttiva quadro sull'occupazione del 2000. Tale direttiva vuole incrementare le opportunità di lavoro attraverso il principio della parità di trattamento, ovvero il divieto del datore di lavoro di prendere in considerazione la disabilità di una persona quando tale disabilità risulti irrilevante al fine dello svolgimento del lavoro in questione. Per applicare tale principio, la Direttiva si affida principalmente alla proibizione della discriminazione, sia essa diretta o indiretta. La discriminazione diretta è definita come il trattamento "meno favorevole" di un individuo sulla base delle sue disabilità, inteso come il confronto con un altro individuo che ha ricevuto un trattamento più favorevole.

La discriminazione indiretta proibisce al datore di lavoro di adottare norme o prassi apparentemente neutrali che in realtà "creano uno svantaggio alle persone con una particolare disabilità a vantaggio delle altre persone".

Spesso i datori di lavoro si concentrano sulla disabilità in sé e non sulla capacità della persona di svolgere un lavoro; di conseguenza spesso ritengono una persona disabile non idonea a occupare la posizione offerta. La Direttiva obbliga il datore di lavoro a prendere "misure ragionevoli al fine di permettere a una persona disabile di accedere, partecipare, o avanzare nella propria carriera lavorativa o ricevere la dovuta formazione, purché tali misure non impongano un onere sproporzionato per il datore di lavoro".

Lo scopo di questa legislazione è stato recentemente sottolineato dalle conclusioni del Consiglio dell'UE in materia del Patto europeo per la salute e il benessere mentale (giugno 2011), che invita gli stati membri a prendere le misure necessarie contro la discriminazione verso le persone con problemi di salute mentale e promuoverne l'accesso al lavoro.

Nel 2008 la Commissione europea ha pubblicato una guida specifica alle politiche degli stati membri, riguardante 'l'inclusione attiva delle persone escluse dal mercato del lavoro'. Il documento raccomanda una strategia integrata ed esaustiva composta da tre pilastri: sostegno al reddito, mercato del lavoro inclusivo e accesso a servizi di qualità. L'aumento del tasso di occupazione in generale è uno degli obiettivi principali della strategia Europa 2020. Questa strategia riconosce la disabilità in generale ma non la salute mentale nello specifico.

A livello nazionale, i diritti delle persone con problemi di salute mentale sono tutelati dall'ordinamento generale: la costituzione nazionale e le leggi sul lavoro, sulla parità e contro la discriminazione (parzialmente derivate dalla legislazione europea). In alcuni paesi esistono leggi regionali e nazionali specifiche in cui l'occupazione è definita come strumento di riabilitazione

In Irlanda l'Employment Equality Act del 1998 e il Disability Act del 2005 forniscono il quadro legislativo volto ad assicurare la parità di trattamento per le persone disabili. Secondo la legislazione in materia di lavoro è illegale discriminare sulla base della disabilità. Il Disability Act del 2005 (Art. 5) dichiara che le organizzazioni del settore pubblico sono obbligate a promuovere e sostenere l'occupazione delle persone disabili e, inoltre, almeno il 3% del personale impiegato deve essere composto da persone disabili. In forma simile, nel Regno Unito, l'Equality Act del 2010 rende illegale la discriminazione sulla base di una serie di 'caratteristiche protette' che includono le disabilità (intellettiva) e impone ai servizi di effettuare 'ragionevoli modifiche' al fine di sostenere l'accesso al lavoro⁴¹. Più recentemente, l'Equality Act (2010) ha proibito qualsiasi domanda

concernente la salute o le eventuali disabilità prima di presentare un'offerta di lavoro. In Finlandia e Danimarca non esistono politiche del lavoro preferenziali per le persone con problemi di salute mentale; tali questioni, infatti, sono incluse nell'ordinamento generale. Tuttavia, servizi specialistici, quali ad esempio la riabilitazione e la formazione volte all'inserimento lavorativo, sono erogati al fine di aumentare le opportunità di impiego delle persone con problemi di salute mentale. In Germania l'Agenzia federale per il lavoro offre servizi psichiatrici e sociali alle aziende e indennizzi per compensare la ridotta produttività del personale disabile. Altre norme (locali e regionali) mirano a stimolare l'inclusione di persone con disabilità nel mercato del lavoro, in laboratori protetti o 'aziende per l'integrazione' in cui il 25-50% del personale è composto da persone con disabilità⁷¹. In Spagna, le misure volte a facilitare l'accesso al lavoro delle persone con problemi di salute mentale sono riservate al campo delle disabilità; la Costituzione riconosce il ruolo del governo centrale nella creazione di politiche di prevenzione, trattamento, riabilitazione e integrazione delle persone con problemi fisici, sensoriali e di salute mentale. La legislazione nazionale spagnola prevede che le aziende pubbliche e private con oltre 50 dipendenti abbiano almeno il 2% del personale composto da persone con disabilità; centri per l'impiego sono stati creati per assicurare il giusto impiego, al fine di permettere alle persone disabili di soddisfare le proprie necessità personali e sociali. Infine, un'ulteriore legge in Spagna considera l'occupazione assistita come un passo verso l'occupazione competitiva. In Italia, gli ordinamenti nazionale e regionale mirano a creare strumenti di sostegno al fine di promuovere l'impiego di persone con disabilità. L'ordinamento nazionale (L.68 del 1999) prevede che il 7% della forza lavoro debba essere composto da persone con disabilità se la società ha più di 50 addetti; almeno due lavoratori, se l'azienda ha un organico tra 36 a 50 dipendenti e almeno un lavoratore, qualora nell'impresa siano impiegati da 15 a 35 dipendenti; le aziende private hanno il diritto ad agevolazioni sui contributi previdenziali e su altre imposte.

Come mostrano gli esempi precedenti, le normative e le politiche dell'Unione europea attribuiscono ai servizi sanitari, sociali e occupazionali il ruolo di aiutare le persone che soffrono di problemi di salute mentale a trovare un impiego. I programmi si distinguono in due tipologie principali: la formazione seguita dall'inserimento (*train then place*) e l'inserimento seguito dalla formazione (*place then train*). Tali programmi sono caratterizzati da differenti livelli di assistenza e sostegno e possono basarsi su accordi tra i servizi sanitari, sociali e occupazionali locali e altri fornitori di servizi.

I tradizionali programmi di formazione professionale si basano sul modello "*train then place*" che prevede un periodo di preparazione prima del passaggio a un lavoro competitivo nonché una valutazione clinica del luogo di lavoro e degli orari lavorativi.

Il lavoro protetto costituisce un modello "*train then place*" affermato che prevede una retribuzione inferiore al salario minimo oppure l'assenza di una retribuzione durante il periodo di addestramento preparatorio al lavoro. I programmi di questo tipo si sono dimostrati inefficaci nel favorire il passaggio al lavoro competitivo dei soggetti affetti da gravi patologie mentali. Le strategie più recenti, basate sul recupero, sono denominate "*place then train*". Ne sono un esempio i programmi d'inserimento e sostegno individuale (*Individual Placement and Support*, IPS) che prevedono l'inserimento nel lavoro competitivo e il sostegno sul lavoro. I programmi IPS sono risultati più efficaci rispetto ai modelli "*train then place*" nel permettere a persone affette da gravi patologie mentali di ottenere e mantenere un lavoro competitivo.

L'aumento del tasso di occupazione tra le persone affette da problemi di salute mentale non è una questione che riguarda soltanto le normative anti discriminazione o i centri per l'impiego, ma

⁷¹ In Italia la L. 381/91 ("Disciplina delle cooperative sociali") distingue:

1. Cooperative di tipo A per la gestione dei servizi socio-sanitari ed educativi;
2. Cooperative di tipo B per lo svolgimento di attività diverse – agricole, industriali, commerciali o di servizi – finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, che devono essere almeno il 30% dei lavoratori della cooperativa nonché, compatibilmente con il loro stato soggettivo, soci della stessa.

influisce anche sul sistema previdenziale (garanzia che il ritorno al lavoro non comporti la perdita delle prestazioni sociali) e sulle persone stesse (gestione della loro salute mentale e della loro vita lavorativa). Per cambiare le cose, in Svezia, sono stati introdotti i certificati di malattia “part-time” che rendono economicamente vantaggioso il lavoro a tempo parziale rispetto al congedo per malattia a tempo pieno. Nel Regno Unito si stanno introducendo i certificati di “salute” nei quali si specificano le mansioni lavorative che possono essere svolte dal richiedente invece di quelle che egli non è in grado di svolgere.

L’impatto del lavoro su altri aspetti della vita delle persone affette da problemi di salute mentale resta ancora ampiamente inesplorato dalla ricerca. Alcuni studi hanno evidenziato un calo della fruizione di servizi sanitari che potrebbe essere indice di un miglioramento generale dello stato di salute. Inoltre è stato riscontrato che i sintomi migliorano maggiormente tra coloro che svolgono un lavoro competitivo rispetto a chi partecipa ad altri programmi di inserimento lavorativo.

☉ L’inclusione attiva nella pratica: un’esperienza italiana e il programma governativo 2008-2011 nel Regno Unito

✓ L’esempio di Treviso, Veneto (Italia).

A Treviso sono disponibili due tipi di programmi: “Lavoro protetto” e “Inserimento e sostegno individuale”. La scelta del programma avviene in base alla situazione, ai bisogni e alle preferenze specifiche dell’utente. Nel lavoro protetto, la ricerca di un impiego comincia da una valutazione della storia clinica e professionale che può comportare l’emissione di un “certificato di invalidità” che dà diritto a determinate prestazioni previdenziali e a servizi specialistici forniti dall’ASL. Il certificato attribuisce un “livello di invalidità e di protezione” al paziente e indica quali servizi saranno presumibilmente necessari e come potrebbe configurarsi il percorso di ricerca di un impiego.

Le persone affette da grave disabilità sono solitamente seguite in day hospital (costo non noto) o dalle ONG (€ 8.000,00 annui procapite). Coloro che hanno un livello inferiore di invalidità sono assistiti dal servizio integrazione lavorativa dell’ASL (€ 2.500,00 annui procapite) o dai centri per l’impiego (€ 4.500,00 annui procapite) per il collocamento sul mercato del lavoro. I servizi di salute mentale dell’ASL continuano a monitorare i progressi dei loro assistiti per stabilire se sia possibile spostarli a un altro livello o farli accedere direttamente al mercato del lavoro.

In alternativa, l’utente del servizio può esprimere una preferenza per un programma di inserimento e sostegno individuale (IPS) che prevede incontri individuali con un consulente del lavoro che lo indirizzerà nella ricerca di un’occupazione adeguata alle sue preferenze, competenze ed esperienze.

Questo programma non prevede né una valutazione clinica né l’emissione di un certificato di invalidità. L’utente seleziona le possibili offerte e i datori di lavoro e l’obiettivo finale è l’inserimento nel lavoro competitivo. Non è prevista una formazione professionale prima dell’assunzione. Tutti gli utenti sono incoraggiati a prendere in considerazione il lavoro competitivo. Secondo l’ASL di Treviso, l’IPS ha ottenuto migliori risultati rispetto al tradizionale lavoro protetto in termini di occupazione (rispettivamente 60% e 20% di esiti positivi).

✓ Nel Regno Unito, nel 2008 più di 3 milioni di adulti in età lavorativa erano disoccupati e percepivano prestazioni per inabilità al lavoro; i problemi di salute mentale rientravano tra le cause principali. Il governo decise pertanto di varare un programma speciale, denominato “*Pathways to work*” (Percorsi verso il lavoro), dedicato ai destinatari di prestazioni per inabilità al lavoro da oltre un anno.

I soggetti affetti da problemi di salute mentale cominciano il loro “percorso” consultando un infermiere psichiatrico di comunità o uno psichiatra che li incoraggia a considerare la possibilità di ricominciare a lavorare. La valutazione medica effettuata si concentra su ciò che il paziente può, e non su quello che non può, fare. In seguito, l’utente, assistito da un consulente personale, redige un piano d’azione individuale delineando i propri bisogni e la propria situazione tenendo presenti ostacoli, capacità, esperienza, attitudini e aspirazioni.

Una volta stabilito il piano d'azione, il consulente personale indirizza l'utente alle organizzazioni partner che forniscono formazione professionale, insegnano come gestire la propria patologia e forniscono altre consulenze di sostegno, ad esempio in materia d'indebitamento.

Quando l'utente è "occupabile", può cominciare a sostenere colloqui con i datori di lavoro ed effettuare periodi di prova e di apprendistato per poi iniziare a lavorare. L'utente riceverà assistenza sul lavoro per 13 settimane e, in caso d'insuccesso, potrà tornare alla fase precedente del percorso.

L'utente viene consultato regolarmente e può modificare il proprio piano d'azione con il suo consulente personale. In tal modo egli assume il controllo della situazione e viene responsabilizzato. Il programma può avvalersi di servizi socio-sanitari, uffici di collocamento, terzo settore e aziende private. Proprio come negli esempi pratici descritti sopra, questo programma è considerato parte integrante del processo di "recupero".

Investire nel benessere mentale sul posto di lavoro

I costi economici e sociali dei disturbi legati alla salute e al benessere mentale sono noti da tempo ma solo recentemente è stata sottolineata con tanto vigore la necessità d'investire in questo campo. Le strategie per il benessere sul posto di lavoro che constano di vari componenti (tra cui la salute mentale) si sono dimostrate più efficaci di quelle mirate in quanto permettono ai dipendenti di individuare i sintomi di un problema di salute mentale e di assumersi la responsabilità del proprio benessere e di quello dei colleghi. I servizi sanitari pubblici hanno affiancato i datori di lavoro privati e altri enti pubblici nell'intento di migliorare il benessere sul posto di lavoro. La promozione e la prevenzione hanno dimostrato di avere un miglior rapporto costi-benefici rispetto alla cura dei disturbi mentali a posteriori.

I problemi di salute mentale hanno un considerevole impatto economico che ammonta a più di € 2.000,00 annui per ogni famiglia europea. Nel 2007, il costo stimato delle patologie cardiovascolari nell'UE era di € 36 miliardi contro € 136,3 miliardi per la sola depressione. I governi di tutta Europa fanno fatica a gestire il numero crescente di cittadini non occupati che hanno diritto alle prestazioni sanitarie per problemi legati, almeno in parte, a disturbi di salute mentale. In Germania, il 30-35% dei pre-pensionamenti è dovuto a problemi di salute mentale. Nel Regno Unito, tra il 1996 e il 2006, le richieste di prestazioni per inabilità al lavoro sono aumentate dal 26% al 46% e i disturbi mentali rientravano tra le cause nel 70% dei casi.

Secondo il Centro britannico di Salute Mentale, un lavoratore su sei soffre di depressione, ansia o disturbi legati allo stress. Il costo complessivo stimato per i datori di lavoro ammonta a circa 26 miliardi di sterline l'anno, ovvero £ 1.035 l'anno per ciascun lavoratore britannico.

Considerati gli alti costi sociali ed economici dei problemi mentali, risulta opportuno promuovere una buona salute mentale. Il luogo di lavoro è l'ambiente ideale in cui affrontare la questione della salute mentale di larga parte della popolazione adulta. Inoltre, avere dei dipendenti con una buona salute mentale comporta benefici economici e sociali a diversi livelli: per l'economia nazionale, per le imprese e per i singoli individui.

È altrettanto importante ricordare che gli stessi servizi sociali e sanitari rientrano tra i maggiori datori di lavoro in Europa. Il settore dà lavoro a circa il 10% della popolazione attiva dell'UE e ha rappresentato il 18% di tutti i nuovi posti di lavoro creati tra il 1995 e il 2001. Alla luce del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, si prospetta un'ulteriore crescita del settore in futuro. Oltre ad essere soggetti al normale stress della vita lavorativa, i professionisti sociosanitari si trovano spesso ad assistere i pazienti più vulnerabili nei momenti più difficili della loro vita e ciò può comportare un ulteriore carico emotivo e psicologico.

Tra i vari benefici economici e sociali della promozione della salute mentale sono stati identificati ad esempio: aumento della produttività e della qualità del lavoro, aumento della creatività e dell'innovazione, miglioramento della salute e della sicurezza, aumento dell'inclusione sociale e del benessere psicologico e sociale. Le strategie per il benessere possono altresì ridurre l'esposizione dei lavoratori al rischio di disturbi di salute mentale legati al lavoro. I vantaggi per i datori di lavoro comprendono: benefici per il "marchio", minor rotazione del personale e riduzione delle assenze per malattia.

Le strategie di salute mentale sul posto di lavoro possono essere mirate a singoli, a gruppi di lavoratori o all'intera organizzazione. Il primo passo fondamentale è far crescere la consapevolezza dell'importanza del benessere. Inoltre, è necessario valutare il rischio di stress e problemi di salute mentale sul lavoro in base a tipo di professione, alle condizioni lavorative, al contratto di lavoro, alle relazioni sociali nell'ambiente di lavoro, alla salute, al benessere e alla produttività. Questo tipo di strategie incoraggiano i lavoratori ad assumersi la responsabilità per il proprio benessere e per quello dei colleghi. Anche lo stile direzionale può contribuire alla creazione di un ambiente lavorativo armonico.

I programmi di benessere sul luogo di lavoro devono essere differenziati e non dedicati esclusivamente alla salute mentale. Gli studi sui benefici economici della promozione della salute suggeriscono che tali programmi debbano avere almeno tre componenti, ad esempio: prevenzione e cura del tabagismo, gestione dello stress, automedicazione, ecc. I programmi ad ampio spettro di questo tipo riescono solitamente a ridurre le assenze per malattia, i costi sanitari, i risarcimenti corrisposti ai lavoratori e le spese previdenziali del 25% circa.

In Finlandia, ogni anno si investono circa due miliardi di euro nel benessere sul luogo di lavoro. Tuttavia, questa cifra è inferiore al 10% dei costi annuali sostenuti per i prepensionamenti, le assenze per malattia e gli incidenti sul lavoro. Questi progetti hanno contribuito a ridurre l'assenteismo del 27%, le spese mediche del 26% e quelle assicurative del 32% (in media). Secondo le stime, l'utile medio è pari a 5,8 euro per ogni euro investito. In alcuni casi, la produttività può essere fino a 10 volte superiore.

☺ Il benessere nella pratica: il caso della British Telecom, l'esperienza dell'ASL di Verona, il programma nazionale finlandese per la lotta alla depressione

✓ Il gruppo British Telecom, un'importante società di telecomunicazioni, ha elaborato un nuovo modo di promuovere la salute e il benessere. I questionari somministrati prima dell'assunzione hanno lasciato il posto ad un approccio che incoraggia i dipendenti ad apprendere una serie di strategie per far fronte alle difficoltà iniziali nel nuovo posto di lavoro. Ciascun dipendente redige un "passaporto del benessere" in collaborazione con il proprio superiore nel quale vengono descritti i potenziali problemi di salute o di altra natura che potrebbero insorgere in futuro e le strategie per individuarli e affrontarli.

Il programma di sensibilizzazione e di formazione di BT chiamato "*Workfit Positive Mentality*" (Mentalità positiva adatta al lavoro) ha prodotto i seguenti risultati: • il 68% dei partecipanti ha appreso nuovi modi di tutelare la propria salute mentale • il 56% ha messo in pratica alcune raccomandazioni e continuava a seguirle all'epoca del follow-up • il 51% ha constatato miglioramenti del proprio stato mentale • le assenze dovute a problemi di salute mentale sono calate del 30% in 4 anni nonostante le difficili condizioni del mercato • rinunciando alle visite mediche prima dell'assunzione la società ha risparmiato £ 400.000 l'anno.

Risulta chiaro che le strategie per il benessere sul posto di lavoro possono offrire ampie possibilità di risparmio per le imprese. Tuttavia, le aziende più piccole possono aver bisogno di fondi pubblici per attuare programmi di questo genere come dimostra l'esempio seguente.

✓ Anche i servizi socio-sanitari possono trarre beneficio da migliori investimenti. L'ASL di Verona in collaborazione con l'Università di Verona ha messo a punto un programma per il benessere dei dipendenti delle imprese locali allo scopo di individuare le condizioni lavorative che potrebbero compromettere il benessere mentale dei lavoratori e fornire loro assistenza.

Tra il 2005 e il 2010, circa 500 lavoratori si erano lamentati di una situazione lavorativa negativa e erano stati inviati per consulenza con uno psicologo e con un terapeuta occupazionale per individuare i problemi e le loro conseguenze sulla psiche. Somministrando loro interviste semi strutturate, era stato valutato il loro ambiente di lavoro, la qualità della comunicazione con colleghi e con il datore di lavoro e il momento in cui erano insorti i problemi.

Circa l'80% dei pazienti era affetto da psicopatologie legate al lavoro come ansia associata a depressione (51,6%), difficoltà di adattamento (16,9%), depressione (17,9%), ansia (12,1%) e disturbi post-traumatici da stress (1,5%).

Le circostanze negative sul luogo di lavoro riscontrate più frequentemente nelle interviste sono state: bullismo, molestie sessuali, ansia legata al lavoro e al di fuori del luogo di lavoro. Questi pazienti ricevono sostegno psicologico e, se necessario, terapia psichiatrica. L'ASL di Verona ha anche cercato di migliorare le condizioni nelle imprese con l'aiuto di terapisti occupazionali, consulenti di fiducia e altri mediatori aziendali.

La valutazione dello stato di salute dei partecipanti a 12-24 mesi dalla prima visita è stata effettuata tramite interviste telefoniche e questionari. Stando ai risultati, le condizioni lavorative sono migliorate nel 60% dei casi circa.

In generale, i lavoratori hanno ascritto i miglioramenti della propria situazione lavorativa e della propria salute mentale alla maggior consapevolezza e alle misure adottate sul luogo di lavoro. I risultati suggeriscono che l'identificazione e la diagnosi precoce, il sostegno psicoterapeutico individuale e le misure per il miglioramento delle condizioni di lavoro possono contribuire ad accrescere il benessere psico-fisico dei dipendenti. Il sostegno psicologico professionale e centrato sulla persona si è rivelato utile mentre intraprendere un'azione legale per fronteggiare i problemi sul lavoro non sembra avere la medesima efficacia.

✓ In Finlandia, il numero di pre-pensionamenti e assenze per malattia dovute alla depressione è aumentato considerevolmente (fig. 6) e con esso anche i costi della depressione legata al lavoro. Le spese sostenute per assenze per malattia legate alla depressione e pensioni d'invalidità ammontavano nel 2010 a € 639 milioni. La previdenza sociale versava pensioni d'invalidità per un importo totale di € 79 milioni mentre le prestazioni per malattia ammontavano a € 116 milioni.

Fig. 6 - Inabili al lavoro per depressione

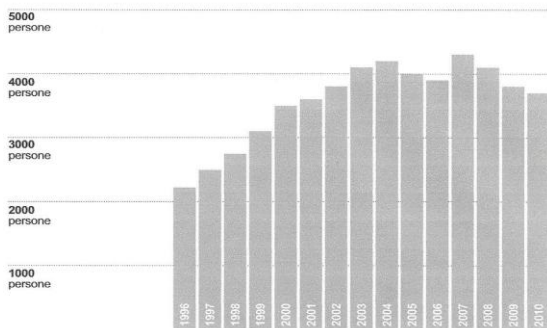
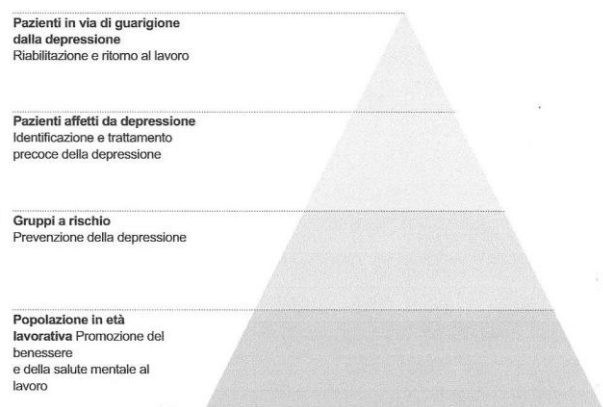


Fig. 7 - Progetto Masto: azione e gruppi bersaglio corrispondenti



Tra gli obiettivi del progetto Masto (2008-2011), patrocinato del Ministero finlandese degli Affari Sociali e della Salute, rientrano: riduzione della depressione legata al lavoro, promozione e sostegno di pratiche atte a favorire il benessere sul lavoro, intervento precoce in caso di problemi che compromettono l'abilità al lavoro, cure efficaci e riabilitazione per chi è affetto da depressione legata al lavoro e sostegno per favorire la permanenza o l'ingresso nel mondo del lavoro (fig. 7).

Il programma è caratterizzato dalla collaborazione di vari settori amministrativi, delle parti sociali e del terzo settore. Grazie a servizi quali la riabilitazione professionale, l'indennità di malattia o la pensione d'invalidità parziali, la collaborazione tra aziende, l'assistenza sanitaria e la riabilitazione, si facilita il percorso di ritorno al lavoro.

Riflessioni conclusive e proposte operative

Al termine di questo lungo itinerario attraverso gli assetti territoriali dei servizi, le politiche e le legislazioni per la salute mentale, emerge un panorama poliedrico e diversificato di strutture e interventi psichiatrici di cura e riabilitazione. Si sa che differenziazione genera complessità, ovvero un aumento sia del numero sia delle varietà di relazioni tra individui, gruppi e organizzazioni.

Da un lato questo sistema complesso può apparire persino poco comprensibile e visibile nel suo insieme, difficile da regolare e integrare nelle sue varie parti: si parla spesso (sia da parte del pubblico che del privato) di sprechi, divisioni, mancanza di dialogo, autoreferenzialità, a discapito in fondo dei pazienti e loro familiari. Dall'altro lato questa pluralità di luoghi, soggetti, culture può diventare una risorsa per esprimere più pienamente la domanda di salute mentale e affrontare con maggiore ottimismo le problematiche e le criticità del settore psichiatrico.

Nelle interviste abbiamo dedicato l'ultima domanda ai possibili scenari futuri. I nostri interlocutori hanno delineato alcuni bisogni e sfide, indicando strategie e interventi plausibili: nel Box 5 presentiamo una sintesi delle risposte, precisando che non tutte sono condivise, ogni *stakeholder* ha espresso il proprio punto di vista partendo dalle conoscenze ed esperienze personali. E' interessante notare che tale prospetto contiene *in nuce* molte delle raccomandazioni del Libro Verde europeo dedicato alla salute mentale.

Box 5

QUALI ATTEZIONI E ORIENTAMENTI PER IL FUTURO?

- Sistemazione della filiera *long term psychiatric care*, cioè della cura a lungo termine (piuttosto che parlare di lunga degenza), mirando a interventi modulari, in rete, sistemici.
 - Ricerca di nuovi interventi per sgravare welfare e sanità: ad esempio l'housing sociale; percorsi formativi in ambienti di lavoro vero, con borse lavoro, contaminando aziende/imprese sensibili.
 - Prevenzione depressioni giovanili, con interventi nelle scuole.
 - Creare centri famiglia: spazi, anche privati, con interventi di qualità a prezzi politici, in aree scoperte.
 - Dare risposta a nuove e vecchie patologie:
 - Autismo
 - Disturbi alimentari
 - Depressione per la perdita del lavoro
 - Dipendenza dal gioco d'azzardo
 - Disabilità
 - Farsi carico di inserimenti post Rems
 - Provvedere a pazienti stranieri, immigrati, profughi con disturbi psichiatrici
-

È opinione diffusa e condivisa tra gli intervistati che prioritariamente occorra fornire servizi di cura e di assistenza medica e farmaceutica efficaci e di elevata qualità per le patologie mentali, accessibili a tutti coloro che ne soffrano e in qualsiasi soluzione abitativa siano collocati.

I soli interventi clinici, sebbene indispensabili per far fronte al problema, non possono tuttavia modificare i determinanti sociali. Sappiamo che la condizione psichica delle persone è determinata da una molteplicità di fattori: biologici (per es. genetici, legati al genere), individuali (per es. esperienze personali), familiari e sociali (per es. rete di supporto e assistenza), economici e ambientali (per es. posizione sociale e condizioni di vita).

Pertanto - conformemente alla strategia dell'OMS – appare necessaria un'impostazione più estesa, che riguardi le cure e l'assistenza da fornire ai singoli, ma anche che coinvolga molti soggetti, sanitari e non sanitari, le organizzazioni di pazienti e la società civile, nonché le parti interessate le cui decisioni influiscono sulla salute mentale della popolazione.

Come tradurre in atto le affermazioni di principio?

Si può affrontare la lotta alle malattie psichiche mediante **interventi preventivi**, a partire dalle scuole e dai luoghi di lavoro, dove le persone trascorrono gran parte del loro tempo.

Costruire la salute mentale di neonati, bambini e adolescenti

Nel Libro Verde della Commissione Europea si parla di "costruire la salute mentale di neonati, bambini e adolescenti": la salute mentale è fortemente determinata nei primi anni di vita, la

promozione della salute mentale di bambini e adolescenti è un investimento per il futuro. La formazione e l'accompagnamento dei genitori può migliorare lo sviluppo del minore. Un approccio olistico nell'apprendimento può incrementare le competenze sociali, migliorare la capacità di ripresa e ridurre i sintomi di bullismo, ansietà e depressione.

Promuovere la salute mentale dei lavoratori

Mentre la salute mentale incentiva la capacità lavorativa e la produttività, cattive condizioni di lavoro, comprese le intimidazioni da parte di colleghi, comportano problemi psichici, assenze per malattia e maggiori costi. Quasi un terzo dei lavoratori dipendenti europei segnala situazioni di stress sul lavoro. Gli interventi volti a promuovere la capacità individuale e a ridurre i fattori di stress nell'ambiente di lavoro migliorano la salute e favoriscono lo sviluppo economico

Promuovere la salute mentale delle persone anziane

Anche l'invecchiamento della popolazione, con le relative conseguenze sulla salute mentale, richiede un intervento efficace. Con l'avanzare degli anni molti fattori di stress possono disturbare la salute mentale, come una capacità funzionale ridotta e l'isolamento sociale. La depressione e le condizioni neuropsichiatriche connesse all'età, quali la demenza senile, accrescono la gravità dei disordini mentali. Interventi di sostegno hanno dimostrato che è possibile migliorare il benessere mentale delle persone anziane: reti sociali di prossimità, promozione dell'attività fisica e partecipazione a programmi comunitari e di volontariato.

Incentrare l'attenzione sui gruppi sociali più vulnerabili

Un basso status sociale ed economico espone maggiormente alle patologie mentali. La perdita del lavoro e la disoccupazione possono ridurre l'autostima e causare depressioni. I migranti e altri gruppi emarginati, nonché i detenuti, corrono un rischio maggiore di sviluppare malattie psichiche. Gli interventi volti a reintrodurre i disoccupati nel mercato del lavoro possono dimostrarsi economicamente vantaggiosi. Il sostegno ai gruppi sociali più vulnerabili può migliorare la salute mentale, rafforzare la coesione sociale ed evitare i relativi oneri sociali ed economici.

Agli interventi preventivi vanno affiancate azioni mirate all'**inclusione sociale** e alla **tutela dei diritti** delle persone affette da patologie mentali e handicap.

Persistono stereotipi relativi ai disturbi psichici, che alimentano nell'opinione pubblica timore e pregiudizi. Le stigmatizzazioni favoriscono l'esclusione sociale e possono ostacolare l'accesso a un alloggio o all'occupazione, accrescono la sofferenza personale tanto persino da impedire alle persone di cercare aiuto per timore di essere etichettate. Per combattere tale discriminazione appare necessario un cambiamento di atteggiamento da parte del pubblico, delle parti sociali, delle autorità pubbliche e dei governi: sensibilizzare l'opinione pubblica sulle malattie psichiche e sulle possibilità di cura e promuovere l'integrazione delle persone affette da disturbi psichici o handicap nella vita lavorativa può creare maggiore consenso e comprensione nella società.

La deistituzionalizzazione dei servizi psichiatrici, il passaggio a trattamenti terapeutici riabilitativi e risocializzanti a livello territoriale, secondo le necessità dei pazienti e delle loro famiglie, possono agevolare l'inclusione sociale. Tale evoluzione va accompagnata da una formazione dei pazienti, delle famiglie e del personale ai fini di una partecipazione attiva mediante strategie di responsabilizzazione.

Merita soffermarsi sui cosiddetti "budget di salute" (richiamati anche nell'intervista a Beppe Dell'Acqua- Box 3). In Emilia Romagna⁷² ad esempio il Budget di salute costituisce uno strumento integrato socio-sanitario a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi. Il Budget di Salute è uno strumento di assistenza territoriale, attivabile da parte dei Dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP)

⁷² Delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna (GPG/2015/1474), Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia budget di salute.

in collaborazione con i Servizi Sociali, in alternativa, o in superamento dell'assistenza residenziale, quando il trattamento residenziale non è la risposta di assistenza appropriata ai bisogni della persona, o quando tale trattamento si è concluso. Viene attivato inoltre per sostenere e consolidare i progetti di domiciliarità a supporto anche del lavoro di cura delle famiglie attraverso interventi relativi all'abitare supportato e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale. Esso tende a contrastare e, se possibile, a prevenire la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali. Il Budget di salute è altresì finalizzato a creare un legame tra il Sistema di Cura ed il Sistema di Comunità e mira ad un utilizzo appropriato delle risorse di entrambi. Le risorse che compongono il Budget di salute individuale sono: a) Risorse di cura messe a disposizione dall'Azienda USL, sia attraverso le proprie strutture organizzative, sia attraverso altro Soggetto gestore b) Risorse d'integrazione ed inclusione sociale messe a disposizione dall'Ente Locale attraverso le proprie strutture organizzative (es. prestazioni del personale del Servizio Sociale, alloggi di edilizia residenziale pubblica, pasti, sostegni economici, ecc.) c) Risorse della persona titolare del progetto costituite da risorse economiche (beni e servizi) e relazionali (familiari, amicali) d) Risorse messe a disposizione dal volontariato. Le risorse ai punti c) e d) s'intendono ulteriori rispetto a quelle comunque dovute dall'Azienda USL e dall'Ente Locale

Il processo riabilitativo personalizzato con Budget di Salute si sviluppa sui tre assi principali che costituiscono le basi del funzionamento sociale degli individui, supporti sociali indispensabili per essere a pieno titolo un soggetto dotato di potere contrattuale: l'abitare, la socialità e il lavoro come determinanti di salute.

a) Asse Casa/domiciliarità. Gli interventi possono includere azioni volte al conseguimento ed eventuale possesso da esercitare della casa/habitat sociale, in forma singola o mutualmente associata (gruppi di convivenza). Le abitazioni potranno avere forme di supporto differenziate, in relazione alla scelta delle stesse persone, e fornire sostegno attivo temporaneo, finalizzato all'autonomia nella gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita, attraverso interventi domiciliari. Tali interventi possono essere rivolti anche a pazienti che rimangono nel loro domicilio, quale supporto al mantenimento d'una buona condizione abitativa e familiare, attraverso l'integrazione di interventi clinici e riabilitativi forniti dall'Azienda USL e competenze sociali ed educative fornite dai Servizi sociali, finalizzate al recupero delle autonomie delle persone o famiglie nella loro capacità di vivere in modo autonomo.

b) Asse Affettività/Socialità. Gli interventi educativi in questa area hanno come obiettivo primario la ri-costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali. Gli interventi devono favorire la costruzione di un'immagine e di un'identità sociale positiva e la partecipazione ad attività culturali, educative, socializzanti, ricreative, sportive specificamente organizzate nei contesti e nei luoghi di vita delle persone e nei Centri Diurni. Nella progettazione e nella realizzazione delle attività di questo asse di intervento va ricercato e promosso il coinvolgimento e la collaborazione dei familiari, dei cittadini, delle associazioni di volontariato, di organizzazioni e gruppi informali presenti sul territorio.

c) Asse Formazione/Lavoro: comprende tutte le azioni finalizzate a promuovere la partecipazione attiva alla vita di comunità, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro, nell'ambito degli strumenti previsti dalla normativa in materia di tirocini e inserimenti lavorativi.

Rispetto a questo ultimo punto, la Regione Friuli-Venezia Giulia, nel realizzare la sua legge di applicazione della 328, ha messo in atto modalità innovative di intervento volte a promuovere il reddito minimo garantito ma anche a finanziare progetti di integrazione attraverso l'imprenditorialità sociale. Viene auspicato un nuovo welfare-mix che preveda forme di mobilitazione della comunità ed in questa dinamica di macrosistema anche la salute mentale dovrebbe poter uscire da un ruolo di sottocircuito assistenziale separato, verso un pieno accesso dei soggetti deboli a risposte ai propri bisogni e a una reale cittadinanza, che è vista, in quest'ottica, come processo attivo di inclusione.

Appendice

Esperienze emblematiche e tematiche significative

Vediamo infine alcune esperienze emblematiche e tematiche significative raccolte durante la nostra ricognizione, segnalateci dagli operatori pubblici e privati, dai volontari, dai familiari che abbiamo intervistato: esse sono il frutto di tanti anni di impegno, di sperimentazione sul campo, antecedenti al movimento di riordino dei servizi residenziali psichiatrici piemontesi, e si dislocano a vari livelli del percorso di cure (dal trattamento intensivo al sostegno socio-riabilitativo), possono riguardare approcci, metodi, iniziative, organizzazioni. Lungi da chi scrive l'intenzione di presentare depliant pubblicitari, patinati e accattivanti, l'obiettivo invece è quello di comunicare e condividere esperienze "altre", per ciascuno magari lontane non solo territorialmente ma anche dalla propria vocazione, pratica clinica, modalità di lavoro.

Scheda 1. Il Porto - Comunità Terapeutica per Disturbi Psichiatrici con o senza Doppia Diagnosi

Scheda 2. Progetto Du Parc - Percorsi di riabilitazione in salute mentale

Scheda 3. BLU ACQUA.SRL

Scheda 4. *"Matti a cottimo"*

Scheda 5. *"il Bandolo"*

Scheda 6. Storie di Guarigione

Scheda 7. *Recovery*

Scheda 8. Il modello finlandese del Dialogo Aperto

Comunità Terapeutica per Disturbi Psichiatrici con o senza Doppia Diagnosi

Nella primavera del 1983, la D.ssa Raffaella Bortino, dopo un'esperienza lavorativa presso la Comunità Areba di New York, ha promosso la nascita di un gruppo di sostegno per fondare una Comunità Terapeutica in Italia, a Torino. Il gruppo dei fondatori era composto principalmente da familiari i cui figli, soffrendo di disturbi di varia natura, si erano trasferiti all'estero per trovare una forma di terapia ambientale che non esisteva ancora nel nostro Paese. Negli anni, lo Statuto dell'Associazione è stato riscritto più volte, per adeguarsi all'evoluzione dei cambiamenti legislativi. La finalità è comunque rimasta la medesima: quella di studiare e trattare il disagio esistenziale nelle sue forme e manifestazioni.

Oggi il Porto Onlus è un Istituto privato no-profit convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale.

La comunità terapeutica Il Porto, sin dall'inizio, ha cercato di non irrigidirsi in un unico modello organizzativo, promuovendo la coesistenza di approcci teorici diversi e l'integrazione tra momenti terapeutici e di vita quotidiana. Proprio per questo motivo, la struttura è passata attraverso successive trasformazioni e sono stati sviluppati progressivamente diversi stili organizzativi. Nei primi anni la comunità era più piccola, situata nel centro di Torino, in una zona residenziale; accoglieva circa quindici ospiti, quasi tutti privati, con problemi di tossicodipendenza o psichiatrici; alcuni operatori avevano un orientamento più pedagogico, altri più psicodinamico.

Dall'agosto 1988 la comunità si è trasferita a Moncalieri, in una Villa padronale, composta da alcuni fabbricati distinti, con ampio giardino. Sotto lo stimolo delle legislazioni regionali e nazionali, l'équipe si è sempre più professionalizzata, sviluppando un modello che integra aspetti pedagogici, psicologici, sociologici e medici. Attualmente i pazienti sono quasi tutti inviati dal Servizio Sanitario Nazionale. I principi che fondano la vita della comunità terapeutica sono comunque rimasti sempre quelli di promuovere la crescita degli individui, curare, contenere ed educare.

Dalla primavera 2004 la vita della comunità è stata riorganizzata per nuclei omogenei di problematiche in tre Unità⁷⁴:

- Unità specializzata per disturbi psicotici (20 posti), denominata "Casa Madre", che corrisponde alla Villa principale, è specializzata nel trattamento dei disturbi di Asse I (DSM-IV-TR), anche in doppia diagnosi. Può accogliere fino a venti residenti di età compresa mediamente tra i venti ed i quaranta anni per un periodo di permanenza medio che varia da 6 a 24 mesi.
- Unità specializzata per disturbi di personalità (20 posti), denominata "Scuderie", collocata in un edificio più piccolo, attiguo comunque alla casa madre, è specializzata nel trattamento dei disturbi di Asse II (DSM-IV-TR), anche in doppia diagnosi. Può accogliere fino a venti residenti, per un periodo di permanenza medio che varia da 6 a 24 mesi.
- Unità di fase avanzata (UFA): Comunità Alloggio (6 posti), accoglie fino a sei residenti ed è destinata alle persone che precedentemente sono state ospiti della comunità a più alto livello di protezione ma che, concluso questo periodo, necessitano di una fase intermedia di adattamento, e quindi di risocializzazione, per raggiungere una più completa autonomia personale. La struttura accoglie anche pazienti provenienti dall'esterno che, pur avendo un discreto livello di autonomia personale, necessitano di un periodo di ospitalità. L'unità è collocata nel sottotetto della Villa principale, in un confortevole alloggio e tutte le attività giornaliere sono organizzate e distribuite secondo un modello familiare, con condivisione dei compiti e delle responsabilità.

A settembre 2011 è stata aperta una nuova Unità di reinserimento, un Gruppo appartamento esterno di 5 posti letto denominato "La casa al Centro", può ospitare fino ad un massimo di cinque persone ed è situato nel centro storico di Moncalieri. La scelta del nome non è casuale, e rimanda sia alla collocazione fisica della casa, ma anche a risvolti di natura simbolica e psicologica. In Unità di reinserimento il paziente viene collocato al centro di una casa, a sua volta collocata nel centro dell'area cittadina, e in questo contesto, meno istituzionale, inizia a fare un'esperienza di convivenza che lo accompagna verso il mondo esterno.

La Comunità Terapeutica è costituita da un gruppo di persone che si uniscono con uno scopo comune e che

⁷³ Fonti: Carta dei servizi della Comunità Terapeutica Il Porto; intervista al Presidente dell'Associazione "Il porto – Onlus", Dott. Metello Corulli, che è uno psicanalista e ha costruito le sue strutture residenziali prendendo a modello le istituzioni inglesi, le primissime comunità terapeutiche, sviluppando in modo peculiare proprio l'aspetto delle tecniche riabilitative basate sulle dinamiche sia intrapsichiche che gruppali, lavorando per gruppi omogenei.

⁷⁴ Dalla Carta dei servizi si rileva che le strutture sono state autorizzate al funzionamento dall' A.S.L.TO5 nel 2009: le prime due come Comunità Protetta di tipo A (dunque con pazienti gravi), l'UFA come Comunità Alloggio; nel 2010 hanno ottenuto l'accreditamento da parte dell'Assessorato alla Sanità Regione Piemonte. Le Comunità Il Porto Onlus risultano "a pieno titolo accreditate a gestire pazienti in doppia diagnosi", come da determina del 19/07/2010 della Direzione Sanità della Regione Piemonte.

Nel corso dell'intervista il Presidente dell'Associazione ha riferito che, a livello tariffario, la retta delle CPA corrisponde a 190-200 €/die, quella dell'UFA a 120 €/die, quella del GA a 60 €/die.

possiedono una forte motivazione a promuovere un cambiamento. Il fine è la crescita individuale, intesa come processo sociale. Il compito è quello di aiutare un individuo a raggiungere il proprio potenziale. Una Comunità Terapeutica implica pertanto una situazione di vita in comune tra la comunità degli operatori e quella dei residenti. E questo richiede una cura continua della convivenza e delle regole della vita interna.

Fattori che caratterizzano la residenzialità presso la Comunità Il Porto:

- una vita comunitaria, aperta alla condivisione degli ospiti e degli operatori, in una équipe multidisciplinare;
- periodiche consultazioni con tutti i residenti nel corso della riunione di comunità;
- un programma organizzato con incontri di gruppo ed individuali che mirano ad indagare la capacità di tollerare l'esperienza dei conflitti e della sofferenza, nell'obiettivo di sviluppare un senso di comprensione del proprio stare male o stare bene;
- trattamento psicofarmacologico: le recenti acquisizioni della terapia psicofarmacologica sono parte integrante, ove necessario, del trattamento comunitario;
- attività ricreative e espressive di comunicazione verbale e non verbale: terapeuti con specifica preparazione ed arte-terapeuti collaborano alla vita della comunità effettuando lavori in gruppo ed atelier;
- attività di lavoro sul corpo e bagno turco (in una serra del giardino debitamente riadattata ne è stato allestito uno);
- attività occupazionali e lavorative: nell'ambito del programma terapeutico e riabilitativo è prevista l'organizzazione e la gestione di piccole attività occupazionali interne ed esterne alla Comunità (cui corrispondono borse lavoro, rientranti nelle spese di bilancio, elargite dalla stessa Associazione Il Porto, grazie al sostegno di alcune Fondazioni, come la Compagnia di San Paolo e CRT⁷⁵) finalizzate al recupero o all'acquisizione di capacità ed abilità lavorative;
- percorsi di educazione alla legalità: all'interno del programma di trattamento sono promosse attività terapeutiche specifiche per le persone che hanno avuto comportamenti contro la collettività, con o senza esiti giudiziari;
- consultazioni con la famiglia d'origine, in quanto viene considerata fondamentale la sua partecipazione ad ogni processo terapeutico di cambiamento.

Lo staff: dalla fondazione della casa è stato cercato di far convivere competenze professionisti differenti. Attualmente l'intero staff è composto di oltre ottanta persone: psichiatri, medici, psicologi, psicoterapeuti, educatori, terapeuti della famiglia, arte-terapeuti, tirocinanti. Da anni la Comunità si avvale della collaborazione di volontari del Servizio Civile.

Attività formative e culturali: l'Associazione ha sempre promosso attività culturali e di ricerca nell'ambito del lavoro professionale in comunità terapeutica e nell'arte-terapia, dando vita a molteplici iniziative, seminari, congressi, workshops. Nell'ambito dell'arte-terapia, la fondatrice, dott.ssa Bortino, per alcuni anni ha dato vita a una scuola di specializzazione. Nell'ottobre 2010 è stata presentata con successo una Mostra, curata dall'artista Francesco Sena, arte terapeuta, tenutasi presso il Palazzo Bertalazone di San Fermo a Torino, in centro città, con le opere artistiche dei residenti. Da sempre viene curata la formazione degli operatori della comunità attraverso giornate di formazione, incontri di sostegno all'lo professionale, gruppi di studio e di psicodramma etero centrato. La comunità è sede di tirocinio per i laureati in Psicologia e in Scienza dell'educazione, attraverso convenzioni con l'Università degli Studi.

Sono state promosse le pubblicazioni di importanti opere presso prestigiose case editrici. Vengono ospitati presso la Comunità operatori italiani e stranieri per brevi periodi di formazione.

La Rivista on line: da gennaio 2001, l'Associazione pubblica una rivista on line (www.terapiadicomunita.org) che raccoglie articoli italiani e stranieri sulla tematica del lavoro terapeutico in comunità terapeutica. Con questo contributo culturale si vuole promuovere lo sviluppo del movimento delle comunità terapeutiche in Italia, ma in modo particolare lo sviluppo del modello teorico, delle tecniche e della pratica lavorativa in questo ambito.

La rivista ha una cadenza bimestrale, accoglie oltre cinquanta articoli ed è in libera consultazione per operatori e per giovani laureandi che si appassionano a questa tematica. Essa si articola in sette sezioni:

- La Comunità Terapeutica come organizzazione sociale per la cura · Leadership e Lavoro di équipe · Teoria e Tecnica della clinica in Comunità Terapeutica · Psicopatologia e clinica dei disturbi più frequenti · Formazione e supervisione
- Codici e Procedure di gestione · Ricerche · Filmati

Il Comitato di Redazione lavora in stretto contatto con i colleghi della rivista inglese *Therapeutic Communities* –

⁷⁵ A partire dalla costituzione dell'Associazione e della Comunità terapeutica, Il Porto si è sempre sostenuto autonomamente. Tuttavia molti familiari hanno contribuito con piccole donazioni e molti professionisti hanno offerto la propria opera a titolo gratuito. La Compagnia di San Paolo ha inoltre riconosciuto l'importanza della attività dell'ente deliberando nel corso degli anni diversi contributi, per un totale di circa € 300.000 (dato aggiornato al 31/12/2005) a sostegno di iniziative quali la realizzazione della palestra riabilitativa, il potenziamento della struttura, l'adeguamento alle norme di sicurezza, le attività occupazionali e i tirocini lavorativi (fonte: Carta dei servizi della Comunità Terapeutica Il Porto).

International Journal of Therapeutic Communities.

Negli ultimi anni, la Comunità Il Porto ha partecipato alla ricerca internazionale *Community of Communities* promossa dalla *Association of Therapeutic Communities* e collabora con l'Associazione Mito&Realtà⁷⁶, associazione per le comunità terapeutiche e residenziali senza scopo di lucro, con sede a Milano.

⁷⁶ Mito&Realtà è l'Associazione costituitasi in occasione della preparazione del convegno internazionale "La comunità terapeutica tra mito e realtà", tenutosi a Milano nel 1996, con la partecipazione di esponenti del movimento comunitario "storico" (Inghilterra, Francia, Italia) e di numerosi operatori delle Comunità italiane.

I promotori sono psichiatri, psicologi, psicoterapeuti di orientamento psicodinamico, che si sono liberamente associati con queste finalità: studio, ricerca e raccolta dati sul funzionamento delle Comunità Terapeutiche e formazione professionale per chi svolge un'attività in strutture a impronta comunitaria che si occupano della cura del disagio psichico grave (<http://www.mitoerealta.org/>).

Scheda 2**Progetto Du Parc - Percorsi di riabilitazione in salute mentale**⁷⁷

Il progetto Du Parc è un network di strutture, professionisti ed attività che fornisce risposte terapeutiche a pazienti con patologia psichiatrica (adulti di ambo i sessi, anche in regime di restrizione giudiziaria: disturbi dello spettro psicotico; disturbi dello spettro affettivo; disturbi dello spettro bipolare; disturbi di personalità; ritardo mentale medio-lieve; comorbidità con patologia da dipendenza da uso di sostanze), attraverso la realizzazione di percorsi riabilitativi, concordati con i servizi inviati, costantemente verificabili, rimodulabili e misurati nell'efficacia con specifici indicatori scientifici.

I progetti terapeutico-riabilitativi di tipo Residenziale, Semiresidenziale e Territoriale, sono personalizzati e differenziati per le diverse tappe evolutive della cura e per le specifiche situazioni cliniche.

La presenza nel network di 3 équipes di operatori di alta professionalità costantemente formata e aggiornata, consente di progettare ed effettuare interventi terapeutici e riabilitativi integrati estremamente flessibili ed adatti a diversi tipi di esigenza:

- équipe clinica è composta da medici, psicologi, psicoterapeuti ed infermieri - si occupa dall'approccio organico e psichico alla sintomatologia. In particolare effettua interventi di Assessment e Valutazione psicodiagnostica, psicoterapia individuale e di gruppo, sostegno e terapia familiare, oltre all'impostazione e monitoraggio della terapia psicofarmacologica in collaborazione con i Medici di Medicina Generale e con i Servizi Territoriali.
- équipe riabilitativa è composta da educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, animatori, musicoterapeuti, arteterapeuti, psicomotricisti fisioterapisti che curano l'intervento psico-socio-educativo, di tirocinio e formazione-lavoro e di inserimenti lavorativi in "social project" in collaborazione con Associazioni ed Enti territoriali.
- équipe assistenziale è composta da operatori socio sanitari e assistenti sociali e si dedica agli aspetti assistenziali e sociali della cura, della riabilitazione e della tutela. Promuovono e sostengono le attività di auto-mutuo aiuto.

I luoghi della cura: i progetti terapeutici e riabilitativi Du Parc possono essere realizzati nelle strutture del Polo di Torre Pellice o di Pinerolo, sul Territorio o a Domicilio del paziente.

Polo Torre Pellice**Residenzialità ad alta intensità terapeutica e assistenziale**

Queste strutture sono situate in un'elegante zona residenziale a Torre Pellice (centro religioso delle Chiese Evangeliche Valdesi nel cuore di una valle ricca di storia, arte e cultura), in Viale Dante, inserite all'interno di un edificio Liberty dei primi del '900 circondato da ampi spazi verdi.

La localizzazione urbana permette agli ospiti di vivere in un contesto integrato con il tessuto sociale circostante garantendo risposte ai bisogni primari quali assistenza e cura nonché al bisogno di relazione e recupero-consolidamento delle risorse personali.

Comunità Terapeutica

La Comunità Terapeutica Du Parc, fondata nel 1998, è una Comunità Protetta⁷⁸, accreditata con il SSN finalizzata alla progettazione e l'erogazione di trattamenti terapeutici rivolti a pazienti con patologie psichiatriche; ospita 20 residenti e dispone di 2 posti di pronta accoglienza per le fasi di accoglienza e dimissione. Nella comunità si sviluppano le fasi di accoglienza, valutazione psicodiagnostica ed educativa, progettazione e realizzazione del progetto terapeutico individuale (declinabile in tempi e modi concordati), dimissione. Nel contesto comunitario si realizzano trattamenti riabilitativi secondo un modello integrato di tipo psicodinamico-esperienziale e sistemico-relazionale.

Le modalità di intervento possono utilizzare sia interventi farmacologici sia interventi psico-socio-riabilitativi (di gruppo o individuali). Gli interventi di gruppo sono sinteticamente rappresentati dai gruppi ludico-ricreativi (condotti da personale socio-educativo), gruppi espressivi (condotti da personale psico-educativo) e gruppi rielaborativi-espressivi (condotti da psicologi e psicoterapeuti). Gli interventi individuali si articolano in colloqui psichiatrici, interventi psicologici (con l'utilizzo di tecniche di focusing ed esperienziali quali l'EMDR) e in interventi infermieristici ed educativi. Accanto a ciò è possibile integrare, secondo un approccio sistemico, l'eventuale intervento psicoterapeutico e/o educativo con la rete familiare.

⁷⁷Fonti: Carta dei servizi del Progetto Du Parc; intervista al fondatore e responsabile scientifico del Progetto Du Parc (2008), già fondatore e direttore scientifico della Comunità Terapeutica Du Parc di Torre Pellice (1998), attualmente Presidente nazionale Fenascop.

⁷⁸Attivata e gestita da una società privata: Residence du Parc Srl con sede legale a Torre Pellice (iscrizione alla Camera di Commercio in data 09/06/1997; autorizzazione in regime definitivo a Comunità terapeutica di tipo B dalla ASL 10 Pinerolo nel 1998; accreditamento definitivo nel 2009).

In seguito al raggiungimento dell'obiettivo terapeutico è possibile accedere alle dimissioni dalla struttura con l'eventuale ulteriore declinazione di un progetto di trattamento territoriale con le risorse messe a disposizione dalla rete Progetto Du Parc.

Unità Sperimentale di Fase Avanzata

La struttura (USFA), da 5 posti letto, utilizzata per interventi psico-socio-educativi di graduale sostegno all'autonomia di utenti con discreta integrazione sociale, è contigua alla Comunità Terapeutica. Tale contesto di piccolo gruppo si presta a sperimentazioni di maggior autonomia abitativa e relazionale, erogando prestazioni di complessità maggiore di quelle presenti nell'ambito comunitario. La gestione della Fase Avanzata prevede infatti un graduale coinvolgimento degli utenti nelle comuni attività quotidiane nel rispetto dei singoli progetti terapeutici individuali sollecitando gradatamente l'attivazione di una autonomia maggiore all'interno di una cornice di monitoraggio e sostegno psico-socio-educativo comunque molto strutturato ed eventualmente integrato da psicoterapia.

Nella CPB e nell'USFA la retta media, a seconda del progetto terapeutico-riabilitativo di ciascun utente, si assesta tra i 144 e i 175 €/die.

Residenzialità a media intensità terapeutica e media protezione

Gli Appartamenti "Terra di Mezzo" sono strutture socio-assistenziali ad alta integrazione sanitaria e possono accogliere persone in situazione di disagio psichico, di ambo i sessi e di età superiore ai 18 anni, in carico ai servizi psichiatrici territoriali garantendo una connotazione strutturale degli spazi, progettata secondo i parametri del "modello casa" (civile abitazione). La dimensione familiare delle relazioni e dell'ambiente, con una capienza massima per nucleo di 5 posti letto, permette di erogare prestazioni che si declinano in:

- supporto educativo e socio-assistenziale alla riacquisizione di autonomie
- monitoraggio psichiatrico e farmacologico
- possibilità di supporto infermieristico e sanitario
- possibilità di supporto psicologico/psicoterapeutico

E' inoltre possibile progettare un'interfaccia con l'ambiente esterno e un collegamento con la rete di servizi territoriali di riferimento e di supporto nell'area di Torre Pellice e di Pinerolo, per l'attivazione di tirocini lavorativi o per la pianificazione di attività riabilitative, ricreative e formative.

Residenzialità ad intensità terapeutica e protezione flessibile

Il Gruppo Appartamento "Casetta" (struttura socio-assistenziale a rilievo sanitario) è un nucleo abitativo costituito da 3 posti letto ed utilizzato per inserimenti brevi e di sollievo.

Gli interventi sono caratterizzati da interventi di sostegno educativo ed assistenziale, da attività risocializzanti e soprattutto dall'integrazione territoriale e di liaison con famiglia e Servizi. E' possibile mantenere il monitoraggio psichiatrico e farmacologico laddove si renda necessario.

A seconda del percorso studiato per l'ospite, la retta degli Appartamenti "Terra di Mezzo" e "Casetta" si colloca in un range che va da 120 a 130 €/die.

Polo di Pinerolo

Residenzialità leggera

Residenze ri-abilitative progettate per realizzare la fase riabilitativa e di (re)inserimento sociale dei pazienti che, terminato un percorso terapeutico intensivo, necessitano di sperimentare in ambiente supportato le abilità e le autonomie (ri)acquisite con l'obiettivo del massimo svincolo possibile dal circuito assistenziale.

FenestrELLE - Gruppo Appartamento Assistenziale 2 nuclei 5+4 pl

E' una casa organizzata come contesto assistenziale e supportivo, a bassa stimolazione emotiva, per persone con psicopatologia che non necessitano di interventi terapeutici intensivi quanto piuttosto del consolidamento delle abilità e potenzialità di base nell'ottica di un reinserimento sociale.

La presenza di un operatore sulle 24 ore rende questo GA fruibile anche nelle situazioni in cui debbano essere garantiti un'attenzione e un monitoraggio costante, estesi alla fascia oraria notturna.

ABiCittà - Alloggi supportati 2 nuclei 4+2 pl

La struttura risponde all'esigenza di re-integrazione sociale dei pazienti che possiedono sufficienti competenze di autogestione, pur necessitando ancora di un monitoraggio psico-educativo o di un supporto pratico in alcuni momenti della giornata. Si tratta di due nuclei abitativi di piccole dimensioni nell'ambito dei quali il servizio prestato è in funzione dell'elevato livello di autonomia già acquisito dagli ospiti o di quello che ulteriormente ci si propone di far acquisire. Per raggiungere tale obiettivo vengono valutate abilità sociali, specifici bisogni e quindi attivate risorse adeguate (comprese le possibili interazioni con il mondo socio-lavorativo e della scuola, per consentire percorsi specifici di formazione, laddove interrotti, o anche ex-novo)

Le unità abitative possono accogliere fino a 6 persone di ambo i sessi e di età superiore ai 18 anni.

La retta giornaliera di FenestrELLE e ABiCittà, in base al progetto individuale, varia da 80 a 110 €.

Attività in rete

L'ITC (Intensive Case Management) a domicilio

Si tratta di un approccio riabilitativo che presuppone un intervento effettuato nell'ambiente di vita del paziente, eliminando perciò la necessità di trasferire "nel mondo reale" comportamenti appresi in situazioni artificiali di ambulatorio, di comunità o ospedaliera. Servizi e opportunità terapeutiche e riabilitative sono portate direttamente in casa del paziente da professionisti competenti, ma anche da volontari adeguatamente formati, in grado di:

- supportare tutte o gran parte delle esigenze quotidiane concrete del paziente (compliance farmacologica, gestione della propria casa, del proprio budget, del proprio tempo libero e delle relazioni sociali e formali con gli enti - pratiche burocratiche, pagamento bollette, etc...);
- gestire momenti critici e prevenire episodi di crisi conclamata, attraverso un contatto costante ed una reperibilità sulle 24 ore
- attivare interventi informativi, di supporto e psicoeducativi per i familiari e i care givers con l'obiettivo di formare gruppi di auto-mutuo aiuto sempre più indipendenti
- personalizzare al massimo l'intervento terapeutico-riabilitativo sulla base di un accurato assessment dei bisogni e la redazione di un piano riabilitativo individualizzato.

A chi è rivolto? ITC è massimamente indicato per i pazienti in uscita da un ricovero in SPDC o in fase di reinserimento sociale dopo un trattamento Comunitario, ma anche per sostenere i pazienti inseriti in Gruppi Appartamento o in altre situazioni di "Residenzialità leggera".

Con quali obiettivi? Per natura e organizzazione, ITC può essere utilizzato per:

1. sostenere interventi territoriali domiciliari
2. ridurre i ricoveri in SPDC delle persone seguite sul territorio
3. identificare e trattare precocemente giovani adulti (18-30 anni) al primo esordio psicotico con una funzione di prevenzione primaria e di presa in carico precoce
4. razionalizzare ed ottimizzare gli inserimenti in comunità
5. potenziare i progetti "a bassa soglia".

L'équipe multidisciplinare - Alla base dell'intervento ITC sta:

- ✓ la costituzione di una mini équipe territoriale composta da: educatori, assistente sociale, oss, psicologi e psicoterapeuti/counselor/mediatori familiari, psichiatra, volontari, che si attivano quotidianamente sul paziente ed il suo milieu a seconda della necessità del piano riabilitativo giornaliero
- ✓ l'utilizzo sistematico e congiunto di supporti di gestione informatizzata della comunicazione e dell'informazione in tempo reale relativa ai singoli utenti del servizio
- ✓ la definizione di protocolli operativi e delle relative verifiche
- ✓ la formazione continua e la supervisione degli operatori.

Centro Diurno Diffuso⁷⁹

L'équipe clinica e quella riabilitativa del Progetto Du Parc insieme a professionisti di provata esperienza nelle diverse discipline di salute e benessere propongono ai pazienti attività parallele e collaterali al trattamento residenziale comunitario, attivabili al bisogno sia in struttura, sia in sedi territoriali (piscine, palestre e centri di salute e benessere, Laboratori artigianali e Aziende Agricole) attentamente selezionate e accreditate. Anche tali attività possono essere integrate all'offerta terapeutico-riabilitativa, attraverso un monitoraggio degli esiti e grazie all'integrazione multidisciplinare tra professionisti che condividono presupposti e strategie riabilitative comuni.

Tutte le attività del Centro Diurno Diffuso sono fruibili dai pazienti delle strutture ed anche da pazienti esterni.

Il progetto attività in rete si declina su tre assi principali

1. Area corpo - La cura e la riabilitazione della psicopatologia e del disagio psichico passano necessariamente per il trattamento del corpo inteso come sistema fisiologico o come segnalatore di sintomatologia, sia come veicolo di induzione di elementi terapeutici. Per questo la pratica riabilitativa Du Parc si compone, oltre che di prassi psicoterapiche e farmacologiche, anche di attività centrate sul corpo ed in particolare: acquaticità e watsu, massaggi shiatzu e ayurvedici, yoga e psicomotricità. Particolare attenzione viene inoltre posta sui principi della nutrizione, come fattori correlabili con l'efficacia delle altre tecniche terapeutiche.
 2. Espressività - La ricerca e la stimolazione dell'espressività, come indicatore del mondo interno, è altrettanto degna di nota in un percorso terapeutico. Per questo il Progetto Du Parc propone attività espressive quali: arteterapia; musicoterapia; danzaterapia.
 3. Lavoro - La ristrutturazione della personalità e la riduzione della sintomatologia psichiatrica devono poter andare di pari passo con una specifica formazione al lavoro, intesa come attitudine alla costanza e continuità, al rispetto di tempi e impegni, alla responsabilità, oltre che all'acquisizione di abilità manuali di base.
- Il Progetto Du Parc è partner di Re(f)use Lab e di AgriSOCIAL.

⁷⁹ Lo Sportello è attivo dal lunedì al sabato dalle 11 alle 18, in Via Pietro Micca, n. 12, Torino.

Re(f)use Lab - non buttiamo via niente

Il Re(f)use Lab – più design, meno psicosi – è un laboratorio di Social Redesign, attraverso cui si propone un nuovo modo di concepire le attività di riabilitazione manuali per i pazienti inseriti in un percorso riabilitativo in quanto possono sperimentare l'avvicinamento e la reale inclusione nel mondo dell'impresa.

L'idea di reinventare gli oggetti di scarto o oramai in disuso all'insegna della terapia e del rinnovamento è di Opereaperte⁸⁰, la prima rete di imprese – tutte piemontesi – in grado di riunire la realtà della riabilitazione con l'eccellenza dell'arredamento.



Il Re(f)use Lab è uno spazio di incontro creativo di competenze, idee, potenzialità, manualità, una “bottega” dove si trasformano mobili e oggetti usati o rotti in pezzi unici secondo la logica del re-design etico ed ecologico (non si butta via niente), che possono essere reinseriti sul mercato: allo stesso modo i pazienti (la cui malattia li ha allontanati dalla normalità) hanno l'occasione di ri-progettarsi e ridiventare risorsa di un ciclo di produzione-fruizione partecipata.

Il laboratorio Re(f)Use Lab si trova presso Galliano Habitat a None.

AgriSOCIAL

“L'orto che parla” è una proposta riabilitativa-formativa nata dalla collaborazione di Progetto Du Parc con un'Azienda Agricola del territorio pinerolese, nell'ambito dell'Agricoltura Sociale promossa da Coldiretti Torino. I tempi e gli spazi della campagna offrono infatti ai pazienti molte opportunità di apprendimento, sperimentazioni di sé e delle proprie attitudini pratiche e relazionali, nonché la possibilità di utilizzare i prodotti del proprio lavoro.

Al progetto è inoltre legata un'attività di sensibilizzazione-informazione ed educazione alimentare.

Comunicazione e informazione

Per rendere trasparente, tracciabile e costantemente verificabile ogni tappa del percorso di cura dei pazienti, il Progetto Du Parc dispone di un sistema informativo e telematico di gestione e trasmissione dati clinici educativi e riabilitativi per consentire la massima sinergia tra Servizi Inviati e le équipes du Parc, anche a distanza: il Portale della Salute Mentale, che presuppone livelli di accesso e consultabilità dall'esterno ed eventualmente implementabile con la collaborazione del paziente stesso e dei suoi familiari.

Tale strumento diviene indispensabile per garantire una continuità terapeutica nell'ambito del percorso del paziente, oltre all'evidenza delle prestazioni effettivamente erogate, oltre che per evitare il “revolving door territoriale”.

⁸⁰ “Opereaperte” è un'associazione socioculturale nata, nel 2012, a seguito dell'esperienza svolta all'interno della rete sistemica di imprese. I soci fondatori sono Galliano Habitat, Progetto du Parc di Torre Pellice e Blu Acqua di Torino. “Opereaperte” si rifà a 3 concetti o parole chiave: 1. *Miglioramento della qualità della vita delle persone*, imparando nuovamente a seguire i cicli della natura per contrastare il modo di vivere contemporaneo troppo spesso frenetico e disattento; 2. *Valorizzazione delle risorse e delle peculiarità di persone e cose*, in contrapposizione all'omologazione e all'appiattimento della società attuale che cataloga le relazioni con le persone e gli oggetti in termini di uso e consumo; 3. *Redesign* sia come recupero delle risorse materiali, sia come coinvolgimento e rinascita delle persone grazie ad un moderno saper fare che consenta lo sviluppo di competenze ed abilità.

Il nome all'associazione deriva dalla considerazione che attraverso il redesign si ottiene “un'opera aperta”, che può essere interpretata, completata e fruita anche dall'utente finale, come nel caso dei gruppi appartamento dove gli utenti partecipano al processo di recupero (<http://www.opereaperte.org/profilo/>).

Blu Acqua è una S.r.l. con sede legale in Via Issiglio 133, a Torino, dove nasce nel 2002 grazie all'idea di uno psicologo-psicoterapeuta e un architetto di creare una realtà in grado di erogare servizi alla persona dedicando particolare attenzione alla casa e all'abitare come dimensioni fondamentali per la qualità della vita. Con l'obiettivo quindi di riuscire a coniugare la qualità della cura con quella dell'abitare, Blu Acqua srl inizia la sua attività operando nel settore della residenzialità leggera in convenzione con i principali Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Piemonte.

La tipologia prevalente di struttura attivata è oggi il Gruppo Appartamento (GA) e, nello specifico, Blu Acqua srl si è specializzata nella tipologia di GA a copertura a 24 ore. Basandosi sull'idea che il GA è una casa, anche se per un periodo di tempo limitato, si pone grande cura all'ambiente interno, dai colori delle pareti pastello, calde e rilassanti, alla cucina comoda, accessibile e ben fornita, e all'arredamento delle camere (personalizzabile con oggetti propri); anche rispetto alla collocazione territoriale il GA si trova in un'area urbana non degradata, ben collegata al centro città e ai servizi sanitari tramite la rete dei trasporti pubblici cittadini⁸².

La spinta culturale iniziale, fondata sulla contaminazione di competenze diverse, ha fornito un contributo determinante per portare la Blu Acqua srl ad articolare sinergie operative che consentissero ai pazienti ospitati nelle strutture, ma anche al personale che in esse vi opera, di sviluppare nuovi reti di collaborazione.

Una filiera residenziale e una rete di impresa

Nel corso degli anni la società ha infatti voluto strutturare una vera e propria "filiera" residenziale nel territorio piemontese al fine di programmare percorsi di cura che contemplino momenti costanti di valutazione neuropsicologica, analisi delle risorse e costruzione di progetti individuali coerenti finalizzati ad un graduale reinserimento sociale del paziente.

Il modello di intervento a rete e la costruzione di una équipe professionale multidisciplinare, sempre più tesa a perseguire la riabilitazione anche attraverso sinergie con realtà non legate esclusivamente al mondo clinico hanno reso sempre più "sperimentale" e innovativa la strategia riabilitativa offerta.

L'intensificarsi degli scambi progettuali e culturali ha portato, nell'arco di 10 anni, a sviluppare una rete di strutture residenziali (4 GA a Torino) che ad oggi ospita circa 65 persone e che comprende, al suo interno, anche una struttura nata in collaborazione con una altra società, la Blu Cobalto srl, destinata a pazienti afferenti alla Area della Disabilità Intellettiva, con sede a Dusino S. Michele (AT).

Inoltre, l'interazione con realtà della residenzialità psichiatrica come Du Parc srl e la cooperativa Terre di mezzo oltre che con aziende operanti in settori apparentemente diversi ma comunque legati alla qualità dell'abitare, come Galliano Habitat (società italiana leader nel design), ha determinato la costruzione della prima Rete Sistemica di Imprese, organizzazione nata per sintetizzare sotto un unico "cappello" il lavoro di chi si occupa di produzione con quello della cura e riabilitazione, all'insegna del "recupero", di oggetti e di persone.

L'impegno profuso nella realizzazione di una filiera residenziale e di una rete di impresa ha permesso a Blu Acqua srl di approfondire gli aspetti legati alle dinamiche organizzative, stabilendo dei contatti diretti con la SDA Bocconi nel campo della formazione dei propri dirigenti e con l'Osservatorio sui Consumi della Sanità Privata della stessa facoltà, di cui la società è parte.

Dal 2012 inoltre Blu Acqua srl è parte attiva nel progetto di Examina, realtà attiva in Piemonte nel settore dei Centri medici multispecialistici, nell'erogazione di servizi dedicati all'Area Psicologia/Psicoterapia.

Modello di Intervento

Per sviluppare un intervento efficace e costruito sulle reali esigenze/risorse del singolo ospite, Blu Acqua srl, in rete con altre realtà operanti nel settore socio-sanitario, ha sviluppato un modello organizzativo che consente di "cucire su misura" il Progetto Individuale del paziente. La sinergia fra diverse Aree Operative, tutte dotate di una propria

⁸¹ Fonti: intervista alle referenti rispettivamente dell'area residenziale e dell'area attività; brochure; sito <http://www.bluacqua.net/>.

⁸² Si tratta di alcune delle "caratteristiche che rendono un GA un buon GA" (Linee guida per la qualità dei GRUPPI APPARTAMENTO dall'esperienza del Gruppo dei Valutatori dell'ASL Torino1, a cura delle Associazioni Di.A.Psi e Insieme in partnership con il DSM dell'ASL TO1, pp.18-20).

équipe formata appositamente per sviluppare progetti sulla propria area di competenza, contraddistingue l'intervento di cura proposto al paziente ed è l'elemento centrale del modello di intervento.

L'attenzione ai processi gestionali (risorse umane e logistiche) ed alla dimensione operativa (comunicazione e coordinamento fra le diverse équipes) ha consentito lo sviluppo di un sistema che pone al centro la verifica costante dei risultati clinici raggiunti ed il conseguente continuo aggiornamento delle fasi del percorso individuale.

Si vede quindi interagire:

a) Area Blu: il team dedicato alla area residenziale.

b) Area Clinica: il team composto da psicologi e professionisti della riabilitazione.

c) Attiviamoci: l' Area Attività costituita da un team di professionisti specializzati nella materia.

d) Destinazione d'Uso⁸³: l'Impresa Sociale che interagisce per sviluppare progetti legati all'inserimento lavorativo, sociale ecc. ponendosi come una piccola azienda che del sociale vuole fare una risorsa.

Le attività

L'Area attività è uno degli elementi centrali e caratterizzanti di Blu Acqua srl e vede l'attuazione di iniziative innovative e altamente riabilitative, rivolte a tutti gli ospiti dei GA.

Obiettivo delle diverse attività proposte è lo stimolo dell'autonomia residua nella sfera della cognitivtà, della creatività, della sperimentazione, dell'agire in gruppo, della socializzazione attiva ed autogestita. La partecipazione ad ogni attività è libera e autonoma a seconda delle richieste e preferenze degli utenti. Le attività proposte sono oggetto di valutazioni e ad accurate indagini sul territorio e vengono periodicamente rinnovate, per garantire maggior offerta e un ventaglio sempre ampio e differenziato di possibilità.

Oltre alle "attività strutturate" ed esterne (palestra, piscina, calcio; massaggio shiatsu; corsi di cucina, di pittura; riabilitazione equestre; pet therapy), i GA sono luoghi di "attività non strutturate" (gioco, discussione, prendere il caffè insieme, passeggiate all'esterno, partecipazione a feste popolari e di quartiere) caratterizzate da momenti informali, supportati dalla presenza di volontari, in cui prevalgono i momenti d'incontro e socializzazione e finalizzate a favorire l'autonomia dell'ospite nelle abilità di base nonché il senso di appartenenza alla comunità. All'interno delle strutture vengono inoltre promosse attività quotidiane finalizzate all'igiene e alla cura sanitaria ed estetica personale. A tutti i pazienti vengono inoltre proposte gite, uscite ricreative e culturali e soggiorni estivi.

Nel settore dell'artigianato, ogni settimana, presso il laboratorio allestito nel GA di C.so Rosselli a Torino, un operatore e un tecnico manutentore conducono un laboratorio di falegnameria, bricolage e piccoli lavori di manutenzione. I partecipanti, una decina di pazienti provenienti dalle diverse strutture, mettono in pratica alcune loro abilità manuali dimenticate o perse a causa della malattia, ma soprattutto imparano ad utilizzare nuovi strumenti di lavoro e nuove tecniche di taglio, pittura e semplici restauri.

Questo gruppo di "artigiani" collabora parallelamente al progetto "La forma del colore" (artigianato), che riguarda il processo di restauro, di ristrutturazione e di creazione basata sul riutilizzo di mobili, oggetti di scarto, e sulla progettazione di pezzi unici di arredo realizzati in collaborazione con aziende specializzate nel settore, nella progettazione e fabbricazione (Refuse Lab). Il progetto "La forma del colore" comprende anche una sezione dedicata al tessile (in collaborazione con Galliano Habitat): si tratta di un laboratorio che stimola i partecipanti a far proprie le metodologie di applicazione e l'abbinamento delle giuste combinazioni cromatiche e della composizione della tessitura per realizzare prodotti per la casa. Destinazione d'Uso di recente ha presentato il progetto "Disegnato con cura". Un metodo di lavoro e riabilitazione terapeutica che, in collaborazione con artigiani, professionisti e utenti, disegna e realizza spazi/luoghi in cui vivere bene, dove poter progettare, disegnare, lavorare. Oggetti in legno, ferro, stoffa, oggetti che curano, lavorati con cura.



⁸³ "Destinazione d'Uso" è un'associazione culturale non profit, cuore creativo di Blu Acqua srl, nata per fare impresa sociale, aspirando a realizzare una vera esperienza di Economia Sociale di Mercato e dimostrare che il Welfare può:

- avere sostenibilità economica e remunerare adeguatamente le risorse impiegate
- essere competitiva rispetto alle realtà private classiche e reinvestire le utilità a favore dello scopo di welfare
- annullare le situazioni di perdita di beneficio sociale, comuni in tutti i casi di normale funzionamento delle leggi di mercato classiche.

L'associazione fa riferimento ad un modello di intervento che da un lato ha il primario obiettivo di rispettare la volontà, le esigenze della persona e i suoi limiti, dall'altro propone alla stessa e al suo contesto familiare percorsi innovativi, esperienze formative e lavorative reali, all'interno di progetti individualizzati ben definiti e sottoposti a periodiche valutazioni tecniche e cliniche.

Scheda 4

"Matti a cottimo"⁸⁴

Progetto per l'inserimento lavorativo degli utenti psichiatrici lanciato dal Torino Mad Pride, collettivo che ogni anno organizza l'omonima parata dell'orgoglio dei folli. Dopo qualche anno di attività in via informale, si appresta a diventare una cooperativa sociale in piena regola; dispone già di un sito web che funziona come una sorta di "Linkedin dei matti" (www.mattiacottimo.net).

Entra in Matti A Cottimo

Con Matti a Cottimo puoi trovare il lavoro più adatto alle tue esigenze. La tua diversità psichica e la tua resistenza sociale sono per noi una risorsa, non un disagio!

Ogni abilità e competenza verrà tenuta in considerazione per l'assegnazione dell'incarico lavorativo che la nascente Cooperativa di tipo B avrà ricevuto da aziende o privati.

Grazie alla modalità cercasi/offresi, potrai essere selezionato per svolgere un lavoro, di durata variabile, individualmente o con un gruppo di persone che abbiano le tue competenze, ma anche proporre a tua volta dei lavori per cui è necessario reperire altre risorse umane ed esperienziali per completare il team e portare a termine il lavoro.

Oltre a mettere in campo le abilità che hai già acquisito potrai partecipare a gruppi di lavoro in cui sarà presente un lavoratore esperto che condividerà il suo sapere con gli apprendisti.

Entrare a far parte di Matti a Cottimo non significa esprimersi solo attraverso la professionalità ma avere anche la possibilità di mostrare la propria soggettività personalizzando il proprio profilo e partecipando attivamente alla vita del portale accedendo alle altre due sezioni: La Sveglia e Mad on Video.

Nato nel 2011 da un'idea di Atzori e Sandretti, entrambi fondatori del Torino Mad Pride, a oggi "Matti a cottimo" ha dato lavoro a circa 40 persone, tra utenti psichiatrici e persone colpite da disagio psichico. "Le prime chiamate – ricorda Atzori – le abbiamo ricevute quasi tutte da privati che avevano bisogno di operai per dei traslochi. In seguito, una delle nostre squadre si è occupata di distribuire volantini per un teatro e col tempo le chiamate da parte delle aziende si sono fatte via via più frequenti: l'incarico più grosso lo abbiamo ottenuto qualche mese fa, quando una fabbrica ha assunto nove dei nostri soci per un lavoro di pulizia e manutenzione interna". Così, tra i contatti del gruppo ora non ci sono più soltanto utenti psichiatrici e associazioni, ma anche un nutrito gruppo di aziende che sempre più spesso si rivolge alla neocooperativa per reperire personale da occupare in lavori a termine. "In sostanza – conclude Atzori – da due anni cerchiamo di costruire una rete tra utenti, associazioni e mercato del lavoro: sappiamo che questo modo di lavorare può funzionare, perché in questi anni lo abbiamo visto con i nostri occhi".

⁸⁴Esperienza segnalata nel corso dell'intervista dalla Presidente Fenascop Nazionale.

Insieme per sciogliere i nodi del disagio mentale

Obiettivo del progetto “il Bandolo”, promosso dalla Compagnia di San Paolo con il patrocinio della Regione Piemonte, della Provincia di Torino e del Comune di Torino, è la costruzione di un intervento di rete sociale che, ponendosi a fianco delle famiglie e delle istituzioni, instauri una modalità dialettica che colleghi le ragioni e le risorse di tutti gli *stakeholder*, rendendole sinergiche anziché antagoniste, al fine di contrastare e limitare gli effetti del disagio mentale nelle sue varie manifestazioni. E' stato a questo fine firmato un protocollo d'intesa tra la Compagnia di San Paolo, sei Associazioni di familiari e utenti e le Aziende Sanitarie Locali torinesi che si sono reciprocamente impegnate a collaborare nelle varie fasi di presa in carico, terapia e percorsi assistenziali⁸⁶.

Il progetto è indirizzato alle persone (prevalentemente di età compresa tra i 18 e i 60 anni) e alle loro famiglie residenti nell'area di Torino in situazione di disagio a causa di patologie mentali che limitino le capacità di relazione interpersonale e sociale.



Il percorso di intervento previsto dal progetto si articola in tre fasi principali:

Fase I: accesso al progetto tramite la linea telefonica (011/2302727), attiva tutti i giorni, compresi i festivi, dalle 10 alle 22, gestita dall'A.L.M.M. (Associazione per la Lotta contro le Malattie Mentali) Onlus con la collaborazione dell'ASL 1. Gli operatori telefonici, che sono psicologi con specifica preparazione all'ascolto di problematiche psico-sociologiche, offrono un aiuto costituito dalla semplice disponibilità all'ascolto e al confronto oppure, qualora questa prima modalità non sia sufficiente, procedono a un'analisi del problema e dirottano l'utente e/o la sua famiglia a un successivo intervento più approfondito e diretto.

Fase II: presa in carico. I casi su cui si ritiene opportuno intervenire sono segnalati a un gruppo di medici psichiatri che effettuano un colloquio per delineare eventualmente un programma di intervento clinico, che sarà condotto dai DSM delle Aziende Sanitarie Locali di Torino nell'ambito delle proprie competenze, e per proporre azioni di accompagnamento sociale a cura delle Associazioni partner.

Fase III: realizzazione delle azioni di accompagnamento sociale. Il percorso si articola in interventi ampi e diversificati:

- *Supporto agli utenti nelle operazioni di vita quotidiana* presso il loro domicilio, gestito da Onlus Casa Bordino.
- *Sostegno alle famiglie degli utenti* attraverso
 - Cicli di incontri psicoeducazionali e colloqui di sostegno individuale, nonché un corso sistemico sulla comunicazione (“Arcipelago”) gestiti da Di.A.Psi. Piemonte (Difesa Malati Psicici) Onlus, a cui fa capo anche l'iniziativa “Week-end da sBandolo” con tante idee per non stare soli nei giorni di festa (cinema, teatro, musei, eventi sportivi e culturali, bowling, ballo, mostre fotografiche, gite, merende),
 - gruppi di mutuo aiuto gestiti dall'Associazione Insieme Onlus.
- *Servizio informativo* e di aiuto alle famiglie nell'espletamento delle pratiche amministrative e nell'accesso ai servizi pubblici gestito dall'Associazione Insieme Onlus.
- *Forme di residenzialità supportata* tramite una Casa di accoglienza, gestita dall'Associazione Evoluzione Self Help Onlus, a favore di utenti che necessitino di un'abitazione temporanea ai fini del recupero parziale dell'autonomia o che vivano in famiglie bisognose di un periodo di sollievo. La giornata degli ospiti si svolge al di fuori della Casa attraverso progetti individuali; le persone rientrano nel tardo pomeriggio e passano la notte in presenza di un operatore.
- *Attività di integrazione sociale* quali il coinvolgimento di pazienti nelle iniziative di associazioni culturali, ambientali, sportive e ricreative e *attività di orientamento al lavoro*, entrambe gestite dall'Associazione Arcobaleno Onlus.

I DSM coinvolti si sono impegnati a fornire le consulenze specialistiche e a integrare, con le risorse offerte dal progetto, le risposte complessive agli adulti sofferenti e alle loro famiglie residenti nel territorio di competenza.

⁸⁵ Esperienza segnalata nel corso dell'intervista dalla Presidente della Di.A.Psi. Piemonte.

⁸⁶ Il Bandolo Onlus è un'associazione che opera a Torino dal 2004, riunisce e coordina una rete formata da Compagnia di San Paolo, DSM delle ASL TO1 e ASL TO2, sei Associazioni Onlus con una lunga esperienza sul tema del disagio psichico (Associazione Arcobaleno, Associazione Insieme, A.L.M.M., Associazione Evoluzione Self Help, Casa Bordino, Di.A.Psi. Piemonte). <http://www.ilbandolo.org/>

Concorso Letterario Nazionale

Le esperienze personali di John Nash ("A beautiful mind") o, in Italia, di Alda Merini hanno consentito a molti una diversa percezione dell'esperienza che viene definita psicotica: la loro vicende personali hanno consentito di percepire che si tratta di un'esperienza che "cambia la vita", ma che molte volte ha una natura transitoria e reversibile. In moltissimi casi, questa esperienza è solo una tappa, sia pure molto dolorosa, del viaggio esistenziale di una persona; è solo uno degli episodi di una lunga serie. Queste storie positive di persone molto conosciute hanno avuto notevole risonanza, ma sono state spesso presentate e vissute — in sintonia con l'eccezionalità dei personaggi coinvolti — come eventi straordinari, e quindi isolati. In realtà non è così.

La guarigione è molto più frequente di quanto siamo, comunemente, disposti a credere. Gli studi sull'evoluzione a lungo termine dei disturbi schizofrenici (che è la definizione che gli psichiatri danno a queste esperienze) che sono stati condotti a livello internazionale negli ultimi 20 anni hanno mostrato che le percentuali di guarigione arrivano al 50% (e anche oltre), nel caso in cui il periodo di valutazione sia sufficientemente lungo.

Oltre ai risultati delle ricerche scientifiche, si sono andate accumulando, negli ultimi decenni, centinaia di testimonianze personali di persone che hanno attraversato e superato l'esperienza schizofrenica. Alcune riviste scientifiche internazionali ne hanno promosso la conoscenza e la diffusione. Si sono moltiplicati i libri scritti da persone che hanno saputo attraversare e superare queste esperienze. Essi ci consentono, infatti, di restituire significato, comprensibilità, spessore esistenziale ad elementi che la medicina, la psichiatria ha ridotto a sintomi, a segni incomprensibili di una malattia che avrebbe qualche remota causa biologica. Queste ipotesi biologiche non hanno mai trovato una convincente conferma scientifica, ma hanno mantenuto queste esperienze, queste persone nel buio dell'incomprensibilità, nell'ombra dell'inguaribilità.



È stato proprio per facilitare la moltiplicazione dei racconti autobiografici di coloro che sono "sopravvissuti" all'esperienza psicotica che è stata organizzata, a Biella, la prima edizione (2007/2008) di questo concorso letterario nazionale, in ricordo di Emanuele Lomonaco⁸⁸ (che è stato il Direttore dei Servizi di Salute Mentale del Biellese).

La prima edizione ha visto la partecipazione di quasi 600 persone, da ogni Regione d'Italia, e si è conclusa con la pubblicazione di un libro contenente le opere vincitrici.

Nel 2013 si è riproposto il concorso (Storie di Guarigione II), invitando nuovamente i "sopravvissuti" a narrare le esperienze positive, a donare testimonianze scritte (autobiografie, racconti, poesie), indispensabili per alimentare la speranza, di cui hanno bisogno tutti in questo specifico universo (i diretti interessati, i loro famigliari, i loro amici, gli operatori della salute mentale, gli amministratori dei sistemi sanitari ed assistenziali).



La prima edizione del concorso letterario è stata realizzata a Biella, su iniziativa di Emanuele Lomonaco raccogliendo

⁸⁷ Tematica emersa nel corso dell'intervista a una psichiatra del CSM di Ivrea, che ha segnalato anche l'Approccio del Dialogo Aperto di Seikkula, a cui è dedicato la scheda 8 nel presente report.

⁸⁸ Emanuele Lomonaco, psichiatra, è mancato il 31 Dicembre 2007, a 55 anni fa, era nato a Praia a Mare, in provincia di Cosenza. Primario del Servizio Psichiatrico di Biella dal 1990, ha mostrato la capacità e la coerenza necessarie per lo sviluppo di una rete per la tutela della salute mentale che non fosse centrata solo sui servizi previsti dal SSN. L'investimento in questa direzione ha fatto sì che questa rete sia molto più ampia e complessa di quanto previsto dal Progetto Obiettivo per la Salute Mentale. Uno degli ultimi obiettivi raggiunti può chiarirne la natura. A Biella è attivo un Tavolo per la Salute Mentale, che si chiama "La comunità che guarisce", e che riunisce tutti gli interlocutori essenziali della scena biellese: quelli con responsabilità istituzionali o sindacali (ASL, Comuni, Provincia, CGIL, CISL, UIL), quelli coinvolti come interlocutori nella gestione dell'assistenza territoriale (le Cooperative di tipo A e B: Anteo, La Coccinella, Orso Blu, La Betulla, Domus Laetitiae, Il Cammino, Orizzonti) e quelli delle associazioni locali (Caritas Diocesana, Per contare di più, Diritti e Doveri, L'Aquilone, Alveare, Apertamente, CittadinanzAttiva, Telefono Amico). <http://www.storiediguarigione.net/>. Cfr. D. Lasagno (acd), *Il Mondo di Emanuele, Vent'anni di salute mentale a Biella: storia di un cambiamento*, Silvio Zamorani Editori, Torino, 2009.

la piena partecipazione di tutte le Istituzioni pubbliche biellesi (Comune, Provincia e Azienda Sanitaria Locale) e di tutte le forze vive locali impegnate nel campo della salute mentale e della cultura. Il coordinamento delle iniziative era stato affidato alla Provincia di Biella.

La seconda edizione nasce su premesse analoghe: tutti i soggetti coinvolti nella prima edizione hanno mantenuto la loro disponibilità a far parte del Comitato Organizzatore biellese, il cui coordinamento è stato affidato questa volta all'Associazione Emanuele Lomonaco "Far Pensare". A questo nucleo biellese si sono aggiunti due interlocutori: l'Associazione "VaskTicino" (che comprende utenti e familiari del Canton Ticino interessati ai temi della salute mentale) e la *Libera Università dell'Autobiografia* di Anghiari (AR), che ha dato la propria disponibilità a realizzare momenti formativi specifici per coloro che sono interessati a ricevere un aiuto nella stesura dei propri contributi.

La cerimonia di premiazione è avvenuta a Biella il 29 Novembre 2014.

La Giuria Finale era composta da Alessio Barettoni (Torino), Stefania Bertola (Torino), Federica Chilà (Biella), Peppe Dell'Acqua (Trieste), Silvano Esposito (Biella), Gian Luca Favetto (Torino), Ornella Holzknacht (Milano), Pier Aldo Rovatti (Trieste).

Scheda 7

Recovery

Oggi il concetto di *recovery* attraversa culture e pratiche della salute mentale e rappresenta certamente la sfida più grande all'ideologia medica, nel momento in cui sottolinea la possibilità della guarigione e il ruolo attivo della persona, e non mette più al centro la malattia.

Ma *recovery* e guarigione sono la stessa cosa? *Recovery* poco ha a che fare con il guarire secondo la sua accezione comune, che rimanda a un concetto ancora troppo medico-biologico di malattia-menomazione e disabilità, senza uscire da uno schema sostanzialmente legato ai sintomi o al funzionamento sociale.

“Il verbo inglese *to recover* – evidenza Mezzina⁸⁹ – significa riaversi, riprendersi, recuperarsi. *Recovering* è il percorso o processo che si compie”. *Recovery* pertanto va intesa come riconquista di sé, ricostruzione delle proprie capacità di vita e di relazioni sociali.

Le persone con esperienza oggi ci dicono che è possibile vivere la propria vita avendo consapevolezza della malattia, imparando a venire a patti con i sintomi, a farli propri, a controllarli e perfino talvolta a utilizzarli come singoli e impensabili risorse.

Recovery diventa sinonimo della possibilità di guarire, rappresenta il viaggio orientato alla costruzione di una vita al di là della malattia: “progetto di sé” è forse l'espressione che meglio descrive tale processo, il tema dell'identità è centrale nel percorso di *recovery*⁹⁰.

Nonostante l'enfasi posta sulla soggettività, *recovery* è un fatto interpersonale e sociale, proprio perché riguarda un'esperienza di vita dentro un contesto sociale e culturale determinato. “La dimensione sociale e partecipativa, in queste storie, indica che la persona sta emergendo dall'isolamento, dalla rottura di significato e comunicazione che si traduce in de-socializzazione. Si può percepire allora l'emergere di un sé sociale, una condizione di cittadinanza ‘vissuta’ che è l'intima natura sociale della *recovery*”⁹¹.

Bisogna evitare il rischio, come è accaduto nei paesi anglosassoni, che la *recovery* (allo stesso modo dell'*empowerment* e del *self-help*) diventi una mera definizione accattivante, ideologica, usata per creare l'illusione del cambiamento, mentre i servizi psichiatrici restano chiusi nei loro paradigmi, dominati dalle loro logiche interne e strutture di potere⁹².

Appare necessario ri-attualizzare i servizi, che non significa adattare al sistema odierno, bensì rivisitarli, ri-contestualizzarli attraverso nuovi linguaggi, nuovi strumenti di lavoro e di formazione⁹³.

Servizi orientati alla ripresa e alla promozione del protagonismo delle persone

Mettono al centro non il sintomo, non la malattia, ma la persona.

Operano 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

Sono a bassa soglia di accesso, caratterizzati da mobilità nel territorio e flessibilità organizzativa.

Lavorano in équipe, offrono interventi multidisciplinari.

Lavorano in rete con i servizi sanitari e sociali del territorio, con i medici di famiglia e con il terzo settore.

Favoriscono la partecipazione progettando e negoziando i trattamenti terapeutici e i programmi di

⁸⁹ R. Mezzina, *Che cos'è guarigione? L'oggetto oscuro della nostra (e vostra) ricerca*, Introduzione, in I. Marin, Silva Bon, *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2012, p.11. Mezzina è direttore del WHO Collaborating Centre for Research and Training, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste.

Cfr. A. Maone, B. D'Avanzo (a cura di), *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015.

Nel “Glossario dei principali termini” (allegato II) del Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020, pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization), troviamo la seguente definizione di *recovery*: «dal punto di vista dell'individuo affetto da malattia mentale, *recovery* significa ritrovare e mantenere la speranza, capire le proprie abilità e disabilità, impegnarsi nella vita attiva, recuperare autonomia personale, identità sociale, senso e scopo della propria vita e un'immagine di sé positiva. *Recovery* non è sinonimo di guarigione clinica [cure]. Fa riferimento sia alla condizione interiore vissuta dalle persone che si descrivono nel loro percorso di *recovery* – speranza, ripresa, *empowerment* e recupero dei rapporti – sia ai fattori esterni che agevolano la *recovery* – rispetto dei diritti umani, cultura positiva della ripresa e servizi incentrati sulla *recovery*. Fonte: WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities, WHO, 2012».

⁹⁰ R. Mezzina, *Che cos'è guarigione?*, op. cit., p. 14.

⁹¹ Ibidem, p. 19.

⁹² Ibidem, pp. 20-21.

⁹³ Fonte: Il Convegno Nazionale - Terza Edizione - Impazzire si può. Viaggio nelle possibilità di guarigione, Trieste 2012, PER UNA CARTA DEI SERVIZI ORIENTATI ALLA RECOVERY/GUARIGIONE a cura dell'Articolo 32, che è un gruppo trasversale, nato all'interno del Dipartimento di Salute Mentale a Trieste nel 2007, e del Club zyp, Associazione di Volontariato per la cultura della salute mentale, triestina, nata nel 1993. <http://www.news-forumsalutementale.it/public/carta-dei-servizi-2012-web.pdf>

abilitazione e di inclusione sociale.

Sostengono le scelte delle persone, l'autodeterminazione, la crescita di potere e di contrattualità.

Aiutano le persone a sviluppare specifiche strategie per fronteggiare i sintomi e il rischio di stigma, discriminazione ed esclusione sociale.

Promuovono la riappropriazione di un'identità personale e sociale.

Sostengono l'accesso ai diritti di cittadinanza sociale e alle opportunità economiche.

Sostengono l'autonomia delle persone nella vita quotidiana.

Promuovono opportunità per la costruzione/ricostruzione dei legami sociali.

(tratto da "Fuori come va?" di Peppe Dell'Acqua, Feltrinelli pag 152, 2010)

I servizi orientati alla *recovery* consentono alle persone di essere accolte e ascoltate, in un ambiente umano, caldo, partecipe, di costruire opportunità di crescita, di abitare identità differenti, di negoziare la propria cura. La relazione di aiuto tra paziente e medico diventa una relazione tra due esperti: la persona esperta per esperienza e l'esperto per professione, in un viaggio di scoperta reciproca. I servizi orientati alla *recovery* forniscono o catalizzano risorse e opportunità, possono far emergere una rete di sostegno e renderla utilizzabile, ma se tutti questi stimoli non si è in grado di raccogliarli, rimangono imposti, estrinseci. "Si può inverare un senso terapeutico e riabilitativo solo se il servizio riesce a sostenere e potenziare il senso di autodirezione e responsabilità della persona nel percorso"⁹⁴.

⁹⁴ R. Mezzina, *Che cos'è guarigione?*, op. cit., p.21.

Scheda 8**Il modello finlandese del Dialogo Aperto⁹⁵**

Un articolo dal titolo *Talking Back to Madness*, apparso recentemente su *Science* (2014) a firma del noto giornalista scientifico Michael Balter, professore di giornalismo medico-scientifico già alla Boston University e attualmente alla New York University, ha provato a fare il punto sulla controversa situazione degli approcci psicoterapeutici alla schizofrenia. Scrive Balter: "Oggi gli psicoterapeuti utilizzano due approcci principali alla schizofrenia. Il primo, la terapia psicodinamica, deriva dalle prime tecniche psicoanalitiche (...) e si focalizza sia sulle esperienze infantili sia sulla modalità attraverso cui i sintomi psicotici inconsciamente assolvono una funzione positiva per il paziente, ad esempio mascherando pensieri e sentimenti insopportabilmente dolorosi. (...) Il secondo approccio, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è un metodo più breve e pragmatico che conduce il paziente attraverso una serie di step guidati, programmati per esplorare le diverse interpretazioni di ciò che sta sperimentando, con l'obiettivo di modificare pensieri e comportamenti".

L'autore propone poi una breve rassegna di dieci recenti studi che riassumono lo stato dell'arte dell'efficacia psicoterapeutica di questi approcci alla schizofrenia: accanto ad una moderata efficacia della psicoterapia psicodinamica o della CBT, spesso associate al trattamento farmacologico tradizionale, Balter cita il lavoro di Seikkula e collaboratori, che ha coinvolto 117 pazienti al primo episodio psicotico. Il lavoro dei ricercatori finlandesi, tra i dieci presi in esame, è l'unico a vantare una percentuale di guarigione dell'81% grazie ad un trattamento psicoterapeutico familiare intensivo che coinvolge anche la rete sociale del paziente.

Questo trattamento è l'Approccio del Dialogo Aperto (Open Dialogue Approach): un modello globale di trattamento psichiatrico centrato sulla famiglia e sulla rete sociale, attraverso il quale il paziente può essere aiutato all'interno (e con l'essenziale contributo) del suo personale sistema sociale di supporto. Il trattamento di rete implica una visione in cui il sistema familiare esteso è considerato agente e non oggetto del cambiamento. La rete attorno alla famiglia viene mobilitata per agganciare nuove prospettive e idee sul problema, al fine di promuovere cambiamenti positivi. Questo nuovo approccio ha iniziato a funzionare in maniera consistente e completa a partire dalla metà degli anni Novanta, applicato al servizio sanitario pubblico, ed è oggi uno degli approcci terapeutici maggiormente studiati in Finlandia, oltre ad essere quello che attualmente sta registrando i risultati più sorprendenti per la cura della psicosi (l'84% dei pazienti è tornato attivamente alla propria vita sociale e lavorativa). Questi risultati sono stati confermati anche da uno studio che ha dimostrato una significativa diminuzione dell'incidenza annua della schizofrenia nella regione finlandese dopo l'implementazione del metodo Open Dialogue (da 33 nuovi pazienti l'anno su 100.000 abitanti nel 1985 a 2 nuovi pazienti l'anno su 100.000 abitanti nei primi anni del 2000). Allo stesso tempo è anche diminuita la proporzione dei casi di schizofrenia all'interno dello spettro dei disturbi psicotici, e questo indica che poche delle crisi iniziali si sono poi evolute in schizofrenia.

Il modello di Seikkula è basato su 6 squadre mobili di intervento sulla crisi (per un territorio di 72000 abitanti) incaricate di organizzare e condurre il trattamento per ogni caso di esordio psicotico. La squadra è rappresentata da un gruppo multi-professionale composto da psichiatri, psicologi-psicoterapeuti, infermieri, operatori sociali e la sua mobilità interessa sia la disponibilità a effettuare visite domiciliari sia la cooperazione flessibile con le unità ospedaliere. Il team incaricato di un determinato caso organizza l'incontro di ingresso col paziente, la sua famiglia e gli altri membri chiave della sua rete sociale entro 24 ore dal primo contatto del paziente con il servizio e si assume la responsabilità di analizzare il problema, pianificare il trattamento e accompagnare quel nucleo familiare per l'intero periodo necessario alla guarigione del paziente, in qualsiasi setting (ambulatoriale o ospedaliero). Disporre un aiuto immediato e tempestivo consente di evitare l'ospedalizzazione ogni qualvolta è possibile, mentre assicurare la continuità psicologica e di presa in carico rende più flessibili i confini tra strutture e tipi di trattamento differenti, contribuendo a stabilire un'efficace alleanza e prevenire i drop-out. Questa modalità di organizzazione implica che il paziente psicotico partecipa sin dal principio agli incontri, anche durante il periodo di crisi più intensa.

⁹⁵ Tematica emersa nel corso dell'intervista a una psichiatra del CSM di Ivrea.

Fonte: <http://www.psichiatriacritica.it/articoli/dialogo-aperto-il-modello-finlandese-di-trattamento-della-schizofrenia/> Tarantino 24 dicembre 2014. Cfr. Seikkula, J. (a cura di Chiara Tarantino) (2014), *Il Dialogo Aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*, Giovanni Fioriti Editore.

Psichiatria Critica nasce come edizione italiana di *Critical Psychiatry*, per iniziativa di un gruppo di psichiatri italiani, ancora in via di costituzione e definizione. Il gruppo denominato *Critical Psychiatry Network*, che ha riscosso un notevole interesse specialmente negli Stati Uniti, si è costituito nel 1999 a Bradford (Inghilterra), dove negli ultimi vent'anni sono apparsi una serie di lavori che hanno messo in discussione le assunzioni alla base delle conoscenze e delle pratiche della psichiatria. Si tratta di articoli accademici, o apparsi su riviste, libri o capitoli di libri, scritti da psichiatri che operano prevalentemente nei servizi psichiatrici pubblici inglesi.

Tutte le persone coinvolte negli incontri divengono potenziali partner competenti nel processo di analisi, di pianificazione e di cura. Nell'area tra i partecipanti al dialogo ognuno esprime, con la propria voce, la personale visione del problema e si genera una nuova comprensione condivisa che va al di là della cognizione che ogni singolo partecipante, inclusi i membri dello staff, può avere della crisi attuale. Il team non pianifica anticipatamente i temi dell'incontro, che scaturiscono invece naturalmente nel momento presente, assecondando la "pressione" esercitata dalla presenza di tutti gli attori coinvolti. Tutto ciò che riguarda il percorso terapeutico è discusso apertamente, in presenza di tutti, e non ci sono riunioni separate per i membri dell'equipe: il team ritaglia momenti specifici per le conversazioni riflessive al suo interno durante le quali discute idee, affermazioni e osservazioni, mentre la famiglia ascolta.

La terapia del Dialogo Aperto rappresenta il tentativo di restituire senso e spazio al non-senso, cioè a quegli eventi di vita inconciliabili nella propria storia personale. L'obiettivo di ridurre l'isolamento del paziente è perseguito focalizzandosi sul dialogo e creando i contesti adatti e le relazioni ideali che lo incoraggiano e sostengono. Il dialogo è considerato lo strumento attraverso il quale è possibile verbalizzare e significare i traumi vissuti piuttosto che esprimerli sotto forma di deliri e allucinazioni e quindi recuperare un senso di agentività nella propria vita. Il compito dei terapeuti dialogici non è quello di insegnare al paziente e la sua famiglia come affrontare la crisi che sta vivendo, ma di negoziare i significati particolari che la crisi ha assunto per ciascuno. Un sistema di trattamento pensato e organizzato in modo dialogico, ascoltando contemporaneamente le varie voci del sistema interazionale, ha dimostrato di essere efficace nel trattamento dei gravi problemi psicotici.

Come risultato, l'organizzazione del trattamento psichiatrico nella Lapponia Occidentale è profondamente mutata. Invece di costituire una cura ospedalizzata, il trattamento psichiatrico per la maggior dei pazienti psicotici avviene principalmente all'esterno dell'ospedale, in collaborazione con la rete sociale, attraverso visite domiciliari. Ancor più importante, questo nuovo sistema ha prodotto un cambiamento positivo proprio nella mentalità dell'utilizzo dei servizi di salute mentale, che si riflette nella generale tendenza a un rapido avvio del trattamento. Il training in terapia familiare e individuale per tutti i membri dello staff ha portato a considerare la psicosi da un punto di vista psicologico e sistemico, e non più solo psicopatologico: l'intero sistema di trattamento si è orientato maggiormente verso i bisogni di paziente, famiglia, e sistema relazionale.

Riferimenti bibliografici

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (2015), *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, Documenti, n. 83 (<https://www.ars.toscana.it/it/aree-dintervento/la-salute-di/detenuti.html>).

Aluffi G. (2014), *Famiglie che accolgono. Oltre la psichiatria*, EGA – Edizioni Gruppo Abele, Torino.

Casa dell'Ospitalità (2011), *1971-2011. 40° anniversario della Casa dell'Ospitalità*, Ivrea.

Corulli M. (2015), *Appunti sul movimento delle Comunità terapeutiche in Italia. Nascita, sviluppi, enfattizzazioni e ridimensionamenti, malefici e malesorti...*, in A. Malinconico e A. Prezioso (a cura di), *Comunità Terapeutiche per la salute mentale. Intersezioni*, Franco Angeli, Milano, pp. 61-92.

De Girolamo G., Picardi A., Morosini P. e il gruppo Progress (2001), *Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. Risultati del progetto PROGRES*, Notiziario Istituto Superiore Sanità, vol. 14, n. 4 (<http://www.iss.it/binary/publ/publi/0104.1107418170.pdf>).

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (2015), *Relazione del Ministero sull'amministrazione della giustizia anno 2014*, Inaugurazione dell'Anno Giudiziario 2015 (https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/Anno_giudiziario_2015_DAP.pdf).

ESN (*European Social Network*) (2011), *La salute e il benessere mentale in Europa. Per un approccio comune e centrato sulla persona* (http://www.esneu.org/userfiles/Documents/Publications/Thematic_Reports/2011_Mental_Health_and_Wellbeing_in_Europe_IT.pdf).

Ferrera M. (a cura di) (2006), *Le politiche sociali*, Il Mulino, Manuali, Bologna, nuova edizione 2012.

Gasca G. (2000), *Psicopatologia di comunità*, cap. 4 ripubblicato *on line* per gentile concessione dell'editore LINDAU, Torino (<http://www.psychomedia.it/pm/thercomm/tcmh/gasca.htm>).

Gasca G., Bozzarelli R., Ostacoli L. (1999), *Psicopatologia della Comunità Terapeutica*, Lindau, Torino.

IESA (2014), *L'esperienza IESA nell'ASL TO4: luci, ombre e prospettive*, Uncategorized (<http://www.psicopoint.com>).

Lasagno D. (a cura di) (2009), *Il Mondo di Emanuele. Vent'anni di salute mentale a Biella: storia di un cambiamento*, Silvio Zamorani Editori, Torino.

Maone A. (2007), *La Comunità Terapeutica nel continuum dell'assistenza a lungo termine* (www.mitoerealta.org/images/relazioni/Maone.doc)

Maone A., D'Avanzo B. (a cura di) (2015), *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Mezzina R. (2006) , *La salute mentale in Europa dopo Helsinki*, in “Communitas”, Feltrinelli, n. 12 (http://deistituzionalizzazione-trieste.it/letteratura/Letteratura/mezzina_2006_salutementale-eur.pdf).

Mezzina R. (2012), *Che cos'è guarigione? L'oggetto oscuro della nostra (e vostra) ricerca*, Introduzione, in I. Marin, Silva Bon, *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano.

Picardi A., De Girolamo G., Morosini P. (2003), *Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. Risultati preliminari della fase 2 del progetto PROGRES*, Notiziario Istituto Superiore Sanità, 16 (2). (<http://www.iss.it/binary/publ/publi/0302.1107334814.pdf>).

Picardi A., Santone G., De Girolamo G. (2007), *La ricerca sui servizi di salute mentale: una overview dei risultati dei progetti PROGRES*, NÓOS 3:2007; 157-176 (http://www.e-noos.it/rivista/3_07/pdf/3.pdf).

Roelandt J. L. et alii (2011), *Servizi di salute mentale comunitari: l'esperienza di Lille Est, Francia*, I quaderni di Souq, n. 4, paper 2 (http://www.souqonline.it/home2_2.asp?idpadre=822&idtesto=821#.VqXtE4-cHIV).

Seikkula J. (a cura di Chiara Tarantino) (2014), *Il Dialogo Aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*, Giovanni Fioriti Editore.

Soldi C. (a cura di) (1995), *La malattia mentale. Guida pratica per le famiglie*, D.I.A.Psi Piemonte, F.I.S.A.M., con il contributo della Regione Piemonte, Torino.

Sitografia

<http://abitazioniterapeutiche.it>

<http://www.agenas.it>

<http://www.alessandrolombardo.org>

<http://www.arca.regione.lombardia.it>

<http://www.ars.toscana.it>

<http://www.aslto3.piemonte.it>

<http://www.bluacqua.net>

<http://artedellacura.it/casa-dellospitalita.html>

<http://deistituzionalizzazione-trieste.it>

<http://www.diapsipiemonte.it>

<http://www.e-noos.it>

<http://www.esn-eu.org>

<https://www.giustizia.it>

<http://www.ilbandolo.org>

<http://www.ilgiornale.it>

<http://www.iss.it>

<http://www.korian.it>

<http://www.mattiacottimo.net>

<http://www.menteinpace.it>

<http://www.mitoerealta.org>

<http://www.news-forumsalutementale.it>

<http://www.opereaperte.org>

<http://www.orpea.it>

<http://www.pagina.to.it>

<http://www.promozionesalute.org>
<http://www.psichiatriacritica.it>
<http://www.psichiatriaestoria.org>
<http://www.psychomedia.it>
<http://www.psicopoint.com>
<http://www.quotidianosanita.it>
<http://www.recoverydk.dk>
<http://www.regione.piemonte.it>
<http://www.salute.gov.it>
<https://salutementalediritti.wordpress.com>
<http://www.servizipsichiatria-tossicodipendenza.org>
<http://www.souqonline.it>
<http://www.stopopg.it>
<http://www.storiediguarigione.net>
<http://www.triestesalutementale.it>