

Il documento che segue è messo a disposizione da
ASit Servizio Sociale su Internet.

titolo/tema:	I Gruppi Psico-Educazionali e di Auto-Mutuo-Aiuto in Psichiatria: uno strumento di lavoro per l'Assistente Sociale		tipologia
autori:	Stefano ARADO		tesi
relatore:	Cristina LODI	data/anno:	a.a. 2011/12
relatore esterno:		pagine/durata:	137
università:	Università degli Studi di Genova - Facoltà di Giurisprudenza - Corso di Laurea in Servizio Sociale		
altro/note:			

Ti invitiamo a visitare il nostro sito e a iscriverti gratuitamente ai nostri spazi comunicativi professionali: la mailing list, il forum ed il gruppo di ASit su Facebook. [Regstrandoti al sito](#) riceverai periodici aggiornamenti.

Se hai del materiale che ritieni utile inviare o fare altre segnalazioni, puoi contribuire all'arricchimento dei nostri spazi!

Considera inoltre la possibilità di sostenere le attività e iniziative di ASit [iscrivendoti alla nostra associazione culturale e/o contribuendo attraverso una donazione volontaria.](#)

La presente pagina non è da considerarsi come parte integrante del documento che segue, che viene pubblicato nel nostro sito con il consenso dell'autore, dell'editore e/o in quanto materiale di pubblico dominio reperibile nel web. Si raccomanda di citare sempre le fonti nel caso in cui si riutilizzino i materiali, nonché di rispettarne le licenze d'uso.

E' inoltre gradita una comunicazione ai gestori del sito.

Buona lettura :-)

Ai materiali presenti in ASit – salvo differente licenza – si applica la licenza [Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Condividi allo stesso modo](#)

[2.5 Italia License](#) che viene implicitamente accettata con il download dei materiali dal nostro sito. Per maggiori informazioni contatta direttamente l'associazione culturale ASit Servizio Sociale su Internet alla mail serviziosociale@serviziosociale.com o visita questo link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/it/>





**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA**

FACOLTÀ DI GIURISPRUDENZA
CORSO DI LAUREA IN SERVIZIO SOCIALE
ANNO ACCADEMICO 2011/2012

TESI DI LAUREA

***I Gruppi Psico-Educazionali e
di Auto-Mutuo-Aiuto in Psichiatria:
uno strumento di lavoro per l'Assistente Sociale***

Relatore: Dott.ssa Lodi Cristina

Candidato: Arado Stefano

Matr. N. 3347281

INDICE

Introduzione	4
--------------------	---

CAPITOLO I – Legislazione in materia di salute mentale

1.1 Atti normativi nazionali.....	7
1.1.1 Premessa.....	7
1.1.2 Legislazione precedente.....	8
1.1.3 La legge 180/1978 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”	9
1.1.4 La legge 833/1978 “Istituzione del servizio sanitario nazionale” ...	12
1.1.5 Il Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale” 1994-1996	14
1.1.6 Il Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale” 1998-2000	15
1.1.7 Organizzazione dell’assistenza psichiatrica in conseguenza ai Progetti Obiettivo	16
1.1.8 Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000	17
1.1.9 La legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”	18
1.2 Atti normativi regionali	19
1.2.1 La legge regionale 39/1988 “Organizzazione dei Servizi di Salute Mentale delle Unità sanitarie locali”	19
1.2.2 La legge 42/1994 e la legge 2/1997	22
1.2.3 La D.G.R 1476/2000 e la D.G.R 1335/2001	23
1.2.4 Piano Socio-Sanitario Regionale 2003-2005, approvato con LR n. 9/2004	23
1.2.5 La legge regionale 12/2006 “Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari”	24

CAPITOLO II – Stigma e pregiudizi dei malati psichiatrici

2.1 Premessa	27
2.2 Considerazioni generali sullo stigma	27
2.3 Stigma e pregiudizi in psichiatria	31
2.4 Sviluppare L’empowerment	33
2.4.1 Definizione di empowerment	33
2.4.2 Empowerment e disagio psichico	35

CAPITOLO III – Famiglia e Psichiatria

3.1 Premessa	38
3.2 Il ruolo della famiglia nel 2012	39
3.3 Il carico familiare	41
3.4 Il ruolo della famiglia nel lavoro terapeutico-riabilitativo	45
3.4.1 <i>Considerazioni generali</i>	45
3.4.2 <i>Modelli di intervento con le famiglie</i>	46
3.4.3 <i>Le associazioni di familiari</i>	50
3.4.4 <i>A.L.F.A.P.P Onlus (Associazione ligure famiglie pazienti psichiatrici)</i>	52

CAPITOLO IV – I Trattamenti Psico-educativi e i Gruppi Psico-educazionali in Psichiatria

4.1 Premessa	56
4.2 Che cos'è la psico-educazione	57
4.3 Storia degli interventi psico-educazionali in psichiatria	57
4.4 I Trattamenti familiari psico-educativi	60
4.4.1 <i>Principi e tecniche alla base degli interventi psico-educativi</i>	60
4.4.2 <i>Il modello psico-educativo familiare</i>	62
4.5 I gruppi psico-educazionali in psichiatria	66
4.5.1 <i>I fattori terapeutici utilizzati nei gruppi psico-educazionali</i>	69
4.6 Il Gruppo psico-educazionale “Dopo di noi” CSM Finale Ligure	71
4.7 Allegato A – Progetto gruppo psico-educazionale di familiari di pazienti psichiatrici “Dopo di noi”	74
4.8 Allegato B – Testimonianze dirette dei familiari che hanno partecipato al gruppo psico-educazionale “Dopo di noi”	78

CAPITOLO V – I Gruppi di auto-mutuo-aiuto in psichiatria

5.1 Premessa	82
5.2 Che cosa sono i gruppi di auto-mutuo-aiuto	83
5.3 Breve sintesi storica dell'auto-mutuo-aiuto	85
5.4 Le caratteristiche dei gruppi di auto-mutuo-aiuto	88

5.5 I gruppi di auto-mutuo-aiuto gestiti dai Servizi di Salute Mentale	91
5.6 Il gruppo di auto-aiuto “L’Aurora. Insieme con le parole per i fatti”	94
5.6.1 Testimonianze del gruppo di auto-mutuo-aiuto “L’Aurora” di Borgio Verezzi	95
5.7 L’Associazione di promozione sociale “A Cielo Aperto”	99
5.7.1 Testimonianze dall’Associazione “A Cielo Aperto”	101

CAPITOLO VI – Il ruolo dell’Assistente Sociale nei Servizi Psichiatrici

6.1 Premessa	105
6.2 Storia del servizio sociale in psichiatria.....	106
6.3 Che cos’è il Centro di Salute Mentale? Funzioni e caratteristiche	109
6.3.1 Definizione	109
6.3.2 Finalità del servizio sociale	110
6.3.3 Le figure professionali	111
6.4 L’intervento dell’assistente sociale nei servizi psichiatrici	113
6.4.1 Una definizione generale	113
6.4.2 Il procedimento metodologico	114
6.4.3 Gli strumenti di lavoro dell’assistente sociale in psichiatria	115
6.4.4 Specificità del lavoro dell’assistente sociale nei servizi di salute mentale.....	119
6.4.5 Specificità del lavoro dell’assistente sociale nei centri diurni e nelle comunità	123
6.5 Allegato A – Questionari di intervista ai professionisti del CSM ambito 2 - Finale Ligure	124
Conclusioni	129
Bibliografia	133
Sitografia	134
Riferimenti normativi	135
Ringraziamenti	136

Introduzione

L'idea per l'elaborazione della presente tesi è sorta durante la mia attività di tirocinio presso il Centro di Salute Mentale Ambito-2 di Finale Ligure.

Grazie al mio supervisore ho potuto partecipare presso il medesimo centro ad alcuni incontri di un gruppo psico-educazionale di familiari di pazienti psichiatrici incentrato sulla tematica del "Dopo di Noi" e ho raccolto informazioni rispetto al gruppo di auto-mutuo-aiuto "L'Aurora", entrambi attivati dal medesimo CSM.

Tale esperienza di tirocinio, ed in particolare l'attività di gruppo, è stata profondamente formativa dal punto di vista motivazionale e professionale.

Ho compreso come sia necessario, all'interno della relazione tra assistente sociale e paziente psichiatrico, inserire come anello fondamentale di sostegno e congiunzione la famiglia, risorsa primaria che deve essere supportata nel processo di aiuto in psichiatria.

È importante altresì che anche i pazienti tentino di aiutarsi reciprocamente, attraverso i gruppi di auto-mutuo-aiuto, soprattutto in un periodo di crisi economica come quello attuale in cui le risorse degli enti pubblici sono scarse e aleggiano ancora molti stereotipi e pregiudizi nei confronti dei pazienti psichiatrici.

L'obiettivo della presente tesi è quindi quello di riflettere sull'importanza dei gruppi psico-educazionali e di auto aiuto in psichiatria come strumenti di lavoro per l'assistente sociale.

Concepire il gruppo come strumento professionale è importante, è un'esperienza che tutti gli assistenti sociali dovrebbero svolgere.

Apparentemente, nell'immaginario collettivo, si pensa che l'attività psico-educazionale e di auto-aiuto sia ad appannaggio delle figure professionali cosiddette forti (medici, psicologi ecc) ma in realtà a livello di multidisciplinarietà è proprio l'assistente sociale il professionista, a mio avviso, più idoneo.

Il gruppo costituisce uno strumento insostituibile di bisogni, un'esperienza formativa in cui ogni persona costituisce la propria identità, nei gruppi di qualsiasi

tipo le persone esprimono bisogni, si costruisce la coesione ed emerge la struttura¹.

Attraverso la mia esperienza di tirocinio all'interno del centro di salute mentale di Finale Ligure, ho potuto osservare che la presenza di un congiunto affetto da una malattia mentale cronica, provoca un effetto disgregante sull'intera vita familiare. È a partire dal momento in cui i comportamenti del proprio congiunto vengono definiti dalla famiglia come sintomatici e soprattutto da quando è stata fatta la prima diagnosi psichiatrica, che gradualmente nascono i problemi all'interno del nucleo familiare. All'inizio i familiari cercano di controllare e/o modificare il sintomo del congiunto ma quando quest'ultimo diventa persistente e grave, l'intera famiglia tenderà all'isolamento rispetto al contesto sociale per vergogna. La sofferenza emotiva dei familiari dei pazienti psichiatrici è molto complessa e sicuramente costituisce l'ostacolo più grande da superare prima di riuscire ad affrontare la situazione in modo coerente e preciso.

Tutti i familiari di un paziente psichiatrico sono sottoposti ad uno stress cronico derivato da comportamenti diversificati, rispetto soprattutto alle abitudini del mangiare, del dormire, dell'igiene personale, dell'uso del denaro, del lavoro ed è questo che spesso è alla base di grandi difficoltà relazionali all'interno della famiglia. Ritengo quindi che la famiglia di un paziente psichiatrico vada sostenuta adeguatamente attraverso i gruppi psico-educazionali, mentre i pazienti attraverso i gruppi di auto-mutuo-aiuto.

L'auto aiuto è tale se la persona bisognosa è in grado di far fronte ai problemi tramite se stessa e il gruppo di supporto, senza ricorrere a professionisti o comunque in maniera integrata. D'altra parte all'origine del gruppo deve esserci una base di partenza, ovvero un professionista che si assuma il compito di formare il gruppo.

A questo riguardo farò riferimento nella tesi all'assistente sociale come unico professionista, a mio parere, in grado di condurre e formare al meglio un gruppo psico-educazionale e di auto-aiuto in psichiatria in virtù della propria versatilità come professionista e del suo ruolo di mediatore di risorse, nonché adeguatamente formato ad agire nei contesti di gruppo.

¹ P. Guidi, *Laboratorio di tirocinio di primo anno*, CLU, Genova, 2010, pp. 13

Nella tesi tenterò quindi attraverso descrizioni teoriche e pratiche di definire chiaramente la differenza tra i due gruppi (psico-educazionali e di auto-aiuto), individuando l'importanza della famiglia e dell'assistente sociale come professionista in psichiatria, differenziandolo dalle altre figure professionali.

In particolare:

- nel capitolo I viene effettuata una sintesi della normativa nazionale e della regione Liguria che regola la Salute Mentale al fine di introdurre il lettore nell'ambito della legislazione psichiatrica;
- nel capitolo II viene effettuato un breve excursus teorico relativo allo stigma e i pregiudizi che gravano sui pazienti psichiatrici e sulle famiglie degli stessi. Tale capitolo è stato inserito al fine di sottolineare come sia importante un lavoro di rete integrato, effettuato dai Servizi di Salute Mentale e dal mondo dell'associazionismo, promuovendo una più ampia informazione alla popolazione e sviluppando l'empowerment dei soggetti con disturbo psichico in modo tale da evitarne la stigmatizzazione;
- nel capitolo III mi sono soffermato sul contesto familiare inteso come luogo dove le relazioni interpersonali si sviluppano realmente e quotidianamente, quindi punto nevralgico di intervento per il sostegno del paziente psichiatrico;
- nel capitolo IV si tratta specificatamente dei trattamenti psico-educativi e dei gruppi psico-educazionali dei familiari di pazienti psichiatrici al fine di dimostrare come questa attività influenzi positivamente il decorso della patologia psichiatrica e dia sollievo ai familiari circa il carico assistenziale;
- nel capitolo V si tratta specificatamente dei gruppi di auto-mutuo-aiuto in psichiatria come luogo di legame, fiducia, rispetto e sostegno tra pazienti;
- nel Capitolo VI viene contestualizzato il lavoro dell'assistente sociale in psichiatria indicando tra gli strumenti anche l'attività di gruppo. Lo scopo del capitolo è quello di indurre una riflessione sugli scopi e l'attività del servizio sociale professionale in campo psichiatrico, al fine di dimostrare come sia rilevante la presenza di una figura come quella dell'Assistente Sociale all'interno dei Servizi Psichiatrici e, nello specifico, all'interno dei Servizi di Salute mentale.

CAPITOLO I

Legislazione in materia di salute mentale

1.1. Atti normativi nazionali

1.1.1 Premessa

Una persona che attraversa l'esperienza del disturbo mentale rischia di perdere fondamentali diritti personali e sociali, perciò è opportuno soffermarsi sui cambiamenti legislativi avvenuti con la legge di riforma psichiatria e con l'istituzione del servizio sanitario nazionale.

Ritengo infatti che una buona conoscenza delle leggi e delle organizzazioni può favorire una proficua interazione tra le associazioni di familiari, i servizi di Salute Mentale, le Aziende sanitarie e in generale gli enti locali.

Comprendere lo sviluppo legislativo della Salute Mentale, permette di intuire e di integrare l'offerta di cura tra i medici di medicina generale, le imprese private, il privato sociale, il volontariato, le realtà associative e di auto-mutuo aiuto di pazienti e familiari, oltre che i gruppi psico-educazionali.

Conoscere la normativa significa inoltre far sì che le persone si rendano sempre più consapevoli che i livelli operativi dei Dipartimenti di salute mentale garantiscono assistenza e trattamento adeguato per i tutti i disturbi mentali, non soltanto per quelli più gravi.

Nel caso specifico della professione di Assistente Sociale, conoscere la normativa permette al professionista di individuare il contesto istituzionale nel quale opera e comprendere come applicare il proprio sapere professionale e metodologico al contesto specifico in cui è inserito.

Oggi, più che mai, comprendere lo sviluppo legislativo della salute mentale permette di:

- Rifiutare ogni legislazione speciale per la psichiatria;
- Rifiutare il ripristino degli Ospedali psichiatrici;
- Limitare gli accertamenti e i trattamenti non consensuali ai soli casi di emergenza sanitaria;
- Collegare in forma dipartimentale tutti i presidi della salute mentale.

1.1.2 Legislazione precedente

La prima legge nazionale sull'assistenza psichiatrica fu la n° 36/1904 “Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati” promulgata dal governo Giolitti e completata nel 1909 da un regolamento di esecuzione.

Essendo più una legge di ordine pubblico che una legge sanitaria, non metteva al primo posto la cura dei “malati di mente”, bensì la protezione della società.

La legge sosteneva che dovevano essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da qualsiasi alienazione mentale qualora fossero pericolose per sé stesse o per gli altri.

Avveniva dunque il ricovero coatto con la certificazione di un medico e l'ordinanza del questore. Entro quindici giorni (il cosiddetto *tempo di osservazione*), il direttore del manicomio doveva trasmettere al procuratore una relazione scritta. Entro i successivi quindici giorni la persona veniva dimessa oppure sottoposta a ricovero definitivo e quindi interdetta, con la conseguente nomina di un tutore e la perdita dei diritti civili.

Il ricovero poteva anche essere volontario, cioè effettuato su richiesta della persona, ma si svolgeva con le stesse regole rigide di quello coatto.

L'eventuale revoca del ricovero definitivo era vincolata a una certificazione di guarigione e avveniva sotto la diretta responsabilità del direttore del manicomio, a meno che la famiglia, con l'autorizzazione del direttore, non ritirasse il malato.

Tutte queste procedure sono rimaste inalterate fino al 1968, quando il parlamento approvò la legge 431 (legge “Mariotti”), che introdusse la possibilità di trasformare il ricovero coatto in volontario, previo accertamento del consenso della persona.

Per la prima volta il “malato di mente” veniva considerato come una persona con una malattia pari alle altre e pertanto bisognosa di cure. Sul piano operativo la legge:

- riduce le dimensioni degli ospedali psichiatrici, stabilendo regole e delimitazioni ben definite: un massimo di 600 posti letto per Ospedali psichiatri, con divisioni dotate di un numero massimo di 125 posti letto;
- propone l'istituzione di divisioni di psichiatria all'interno degli ospedali generali;

- sancisce un rapporto numerico tra personale di cura e ricoverati: il rapporto non deve essere inferiore a 1 operatore ogni 4 pazienti ricoverati;
- suggerisce un miglior intervento psicologico e psicosociale a favore dei ricoverati negli ospedali psichiatrici;
- introduce il principio del ricovero volontario come elemento che può rafforzare la qualità dell'osservazione diagnostica e dell'intervento terapeutico nell'ospedale psichiatrico;
- determina finalmente l'abolizione della registrazione dell'assistito ricoverato in O.P. nel casellario giudiziario;
- dispone l'istituzione di centri di igiene mentale (CIM), strutture ambulatoriali finalizzate allo scopo di offrire un supporto terapeutico e sociale a quegli assistiti dimessi dall'O.P. e rientrati nel territorio di origine.

In sostanza l'istituzione dei primi Centri d'Igiene Mentale concepisce così, per la prima volta, la possibilità di una cura al di fuori delle mura del manicomio.

1.1.3 La legge 180/1978 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”

La legge 180/1978 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, nota come “legge Basaglia”, ha creato il dibattito sulla trasformazione dell'intero sistema dei servizi alla persona.

Prevenzione, lotta all'emarginazione e partecipazione erano i principi ispiratori della legge. Essa segna il superamento degli ospedali psichiatrici, che fino ad allora erano l'unica risposta ai malati mentali. Si istituiscono così i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) all'interno degli ospedali generali e in questo modo il ricovero è meno “etichettante”. Parallelamente i servizi territoriali diventano luogo primario di cura.

La critica alle strutture manicomiali aveva generato una sorta di diffidenza verso qualsiasi tipo di struttura residenziale, infatti alla chiusura dei manicomi non seguì l'istituzione di servizi territoriali sufficienti e capaci di rispondere ai problemi delle persone con malattie mentali e questa grave carenza gravò sulle famiglie dei malati mentali a seguito di mancati appoggi.

La Legge 180/1978 definisce alcuni principi fondamentali:

- “disconoscimento della pericolosità quale connotato proprio della malattia mentale da equipararsi ad ogni altra malattia che possa colpire l'uomo”: alla base del trattamento sanitario deve esserci non più un giudizio di pericolosità oppure di pubblico scandalo, ma il bisogno di cura di ogni singola persona;
- “tutti gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari” e, nel caso vi siano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, si siano rivelati inefficaci tutti i tentativi di ottenere adesione alla cura da parte della persona e non vi siano le circostanze e le condizioni che consentano di adottare tempestive e idonee misure extra-ospedaliere, può essere richiesto “il Trattamento sanitario obbligatorio” (TSO). Questa proposta, fatta da un medico e convalidata da un altro medico del servizio pubblico, viene inviata al sindaco che, oltre a emettere l'ordinanza, ne dà comunicazione al Giudice tutelare che ha la funzione di tutelare il minorato e controllare la legittimità dell'operato del Sindaco. Il provvedimento con il quale il Sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, al giudice tutelare competente territorialmente. Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. Il TSO può avere una durata di sette giorni, ma se il trattamento deve proseguire dopo una settimana, il medico deve richiedere l'autorizzazione al sindaco con una relazione motivata e il trattamento può continuare per altri sette giorni. Inoltre il medico deve segnalare costantemente al sindaco lo stato del paziente. Inoltre “il cittadino in stato di supposta malattia mentale è tutelato da eventuali errori o abusi del medico e dell'Autorità costituita”, infatti chiunque può rivolgere al sindaco la richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con cui è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio. Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio o chiunque ne abbia

interesse, può proporre, al Tribunale competente, ricorso contro il provvedimento convalidato dal Giudice Tutelare. Durante lo svolgimento del TSO occorre fare ogni sforzo per ricercare il consenso alle cure da parte della persona, alla quale deve comunque essere garantiti i diritti fondamentali. Anche se la persona non accetta alcuna visita medica che valuti le sue condizioni, esiste l'istituto dell'Accertamento sanitario obbligatorio (ASO) che consiste in una visita medica, operata dal medico curante o da uno specialista in malattie mentali, e si applica esclusivamente quando un comportamento segnalato fa sospettare al medico di essere in presenza di un disturbo psicopatologico rilevante e questo dubbio fondato non può essere accertato perché il cittadino si sottrae a un esame medico diretto. L'accertamento non può essere effettuato, per legge, in regime di degenza ospedaliera: l'ASO si svolge presso il domicilio del paziente oppure presso una struttura sanitaria territoriale;

- “gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione” sono attuati dai servizi territoriali e presidi psichiatrici extra ospedalieri. Si stabilisce l'abolizione degli ospedali psichiatrici esistenti, quindi le Regioni devono individuare gli Ospedali Generali in cui devono essere istituiti gli SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura). Questi servizi non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15, devono essere situati negli Ospedali Generali e devono inoltre essere collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presidi psichiatrici che esistono sul Territorio;
- “la necessità di coordinamento e continuità tra il momento ospedaliero dell'intervento psichiatrico e l'assistenza ambulatoriale e domiciliare”. Si stabilisce il trasferimento alle Regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica prima di competenza delle Province;
- “è vietato costruire nuovi Ospedali Psichiatrici, bisogna utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche di Ospedali Generali”: è vietato ricoverare qualcuno coattivamente in Ospedale Psichiatrico, inoltre nessun nuovo paziente può esservi ricoverato, ma possono esservi

ricoverati solo i pazienti già ricoverati in passato negli Ospedali Psichiatrici Provinciali per il periodo di adeguamento della legge. La definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici verrà annunciata dal ministro della sanità Rosy Bindi solo nel 1999.

1.1.4 La legge 833/1978 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”

Cenni generali

La legge 833/1978 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”, meglio conosciuta come “Testo della riforma sanitaria”, ha introdotto in Italia il Servizio sanitario nazionale basato sulla concezione universalistica del diritto alla salute per tutti i cittadini.

Le “idee-guida” che portarono alla formazione della legge furono:

- la “*prevenzione*”: i servizi dovevano intervenire a riparare i danni causati da patologie sanitarie e sociali, ma anche al mantenimento della salute fisica e psichica e in generale del benessere dei cittadini;
- la “*lotta all’emarginazione*”: tentare di portare fuori dalle strutture residenziali malati psichici, anziani ecc, creando servizi alternativi che consentissero a ciascuno di rimanere nella propria casa;
- la “*programmazione*”: garantire la partecipazione dei cittadini e utenti ai servizi attraverso assemblee, comitati spontanei e “l’informazione sui bisogni della popolazione”;
- il “*decentramento*”: una nuova integrazione tra servizi sociali e sanitari volta proprio ad evitare l’istituzionalizzazione.

La legge 833/1978 introduce dunque le USL “Unità sanitaria locale” che dovevano dividersi in alcuni distretti di base con la finalità di essere a più stretto contatto con l’utenza sul territorio, ma poiché la norma tardò la sua applicazione concreta, con i Dlg. 502/1992 e 517/1993 le USL si trasformarono in ASL “Aziende sanitarie locali” che potevano godere di una propria autonomia gestionale, patrimoniale ed organizzativa.

Inoltre la legge 833/1978 prevedeva un processo di programmazione articolato su tre livelli: nazionale, regionale e locale, ma l’iter Parlamentare ritardò l’attuazione

del “Piano sanitario nazionale” (PSN) e quindi le Regioni attuarono “Piani sanitari regionali” (PSR).

Analisi specifica relativa alla tutela della salute mentale

La legge 833/1978 conferma e ribadisce i concetti introdotti dalla legge 180/1978.

La legge, all'art. 1, afferma che la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, e determina le finalità del servizio sanitario nazionale: promozione, mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione.

All'art.2 si stabilisce che tali finalità dovranno essere raggiunte attraverso la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica e che la tutela della salute mentale dovrà privilegiare il momento preventivo, inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali, in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, favorendo il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici.

La legge attribuisce all'unità sanitaria locale, emanazione del Comune, i compiti di prevenzione individuale e collettiva e di assistenza ospedaliera di malattie fisiche, psichiche e di riabilitazione.

La legge 833/1978 tuttavia presenta alcune novità rispetto alla legge 180/1978:

- si dispone che l'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria;
- si stabilisce che la Regione disciplina gradualmente il superamento degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture. La legge fissa al 31 dicembre 1980 il termine di scadenza della deroga temporanea che consente il ricovero volontario in Ospedale psichiatrico di pazienti che già vi fossero stati ammessi prima del 16/05/1978;
- si sancisce la competenza delle Regioni relativamente all'aggiornamento e alla riqualificazione del personale infermieristico.

1.1.5 Il Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale” 1994-1996

Il Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale” 1994-1996 individuava quattro interventi principali da affrontare per dare basi più solide al settore dell’assistenza psichiatrica e migliorarne la qualità complessiva:

1. la costruzione di una rete di servizi in grado di fornire un intervento integrato, con particolare riguardo alla riabilitazione e alla gestione degli stati di crisi;
2. lo sviluppo dell’organizzazione dipartimentale del lavoro, dotando la rete dei servizi di una precisa responsabilità tecnica e gestionale in grado di garantire il funzionamento integrato e continuativo dei servizi stessi;
3. l’aumento delle competenze professionali degli operatori per far fronte a tutte le patologie psichiatriche, con particolare riguardo a quelle più gravi, attraverso interventi diversificati che prevedono la partecipazione di più soggetti, compresi i familiari;
4. il definitivo superamento dell’ospedale psichiatrico.

Gli aspetti più significativi del Progetto Obiettivo possono riassumersi nei seguenti punti:

- istituzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) quale organo di coordinamento per garantire l’unitarietà e l’integrazione dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio;
- individuazione delle componenti organizzative del DSM (strutture territoriali, servizi ospedalieri, strutture per attività in regime semi-residenziale e strutture per attività in regime residenziale), e definizione dei relativi standard, in rapporto alla popolazione;
- precisa che il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), anche se collocato in Ospedale generale, è comunque parte integrante del DSM;
- attivazione di collegamenti con altri servizi “confinanti” (medicina di base, medicina scolastica, guardia medica, consultorio, servizi sociali, servizi di neuropsichiatria infantile);
- impone una verifica della qualità dei servizi e degli interventi.

1.1.6 Il Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale” 1998-2000

Il Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale” 1998-2000 è caratterizzato da indicazioni precise sui compiti dei Dipartimenti di salute mentale, sugli obiettivi di salute e sugli interventi che prioritariamente devono essere realizzati.

In tale Progetto Obiettivo si definisce che i servizi di salute mentale devono dare, nell’arco del triennio, priorità ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l’autonomia e l’esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale.

Le azioni che devono essere perseguite sono:

- l’attuazione da parte dei servizi di una prassi operativa mirata a intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro ecc.), in collaborazione con le associazioni di familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali;
- la formulazione di piani terapeutico-riabilitativi personalizzati;
- l’integrazione con altri servizi sanitari, con i medici di medicina generale, con i servizi socio-assistenziali e con altre risorse del territorio, in particolare per quanto riguarda le attività lavorative, la collocazione abitativa dei soggetti psichiatrici e le dinamiche relazionali;
- l’applicazione delle strategie terapeutiche giudicate di maggiore efficacia;
- il coinvolgimento delle famiglie nella formulazione e nella attuazione del piano terapeutico;
- l’attivazione di programmi specifici di recupero dei pazienti che non si presentano agli appuntamenti o che abbandonano il servizio, in modo anche da ridurre l’incidenza di suicidi negli utenti;
- il sostegno alla nascita e al funzionamento di gruppi di auto- mutuo aiuto e psico-educazionali di familiari, di pazienti e di cooperative sociali;
- l’effettuazione di iniziative di informazione, rivolte alla popolazione generale, sui disturbi mentali gravi, con lo scopo di diminuire i pregiudizi e diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà.

1.1.7 Organizzazione dell'assistenza psichiatrica in conseguenza ai Progetti Obiettivo

In conseguenza ai due Progetti Obiettivo le componenti organizzative del DSM sono:

- *Il Centro di Salute Mentale (CSM)*: il Centro di Salute Mentale è il presidio territoriale in cui si realizza la vera e propria presa in carico del paziente psichiatrico e dove vengono formulati i programmi terapeutici di ciascun caso. Tale presidio coordina le attività ambulatoriali psichiatriche e psicoterapiche, individuali, di gruppo e sulla famiglia e le attività domiciliari;
- *Il Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)*: il servizio psichiatrico di diagnosi e cura è collocato all'interno delle Aziende ospedaliere o Presidi ospedalieri di ASL o Presidi Universitari convenzionati. Vi si realizzano interventi psichiatrici in regime volontario oppure obbligatorio (TSO) che richiedono il ricovero ospedaliero;
- *Strutture intermedie semiresidenziali*:
 - *Il Day Hospital* nel quale si svolgono attività terapeutiche e riabilitative a breve e medio termine. Ha la funzione di evitare i ricoveri a tempo pieno e la sua strutturazione deve perciò prevedere dei momenti di medicalizzazione dell'intervento e interventi farmacologici e psicoterapici e/o riabilitativi. Sono collocati nelle strutture ospedaliere o extraospedaliere ma sono collegate con il Centro di Salute Mentale o altre strutture residenziali terapeutiche;
 - *Il Centro diurno*: è un presidio aperto almeno 8 ore al giorno per 5 giorni alla settimana, che permette lo svolgimento, in regime di semi-residenzialità e in ambiente comunitario, di programmi "terapeutico-riabilitativi" volti al recupero e allo sviluppo delle abilità sociali del paziente;
- *Strutture intermedie residenziali*: sono deputate a rispondere a bisogni di media e lunga assistenza. Sono costituiti per la maggior parte da soggetti ammalatisi recentemente, ma interessati da deficit di competenza sociale e autonomia;

- *Centro residenziale terapeutico-riabilitativo (CTR)*: è un presidio sanitario, impostato sul modello comunitario, volto a realizzare programma terapeutici e riabilitativi a termine, che richiedono una temporanea residenzialità del paziente sulle 24 ore;
- *Comunità protette (CP)*: sono presidi rivolti ai pazienti con deficit rilevanti delle capacità di autonomia che necessitano di interventi sanitari, socio-assistenziali e riabilitativi, da attuarsi in condizioni di residenzialità protetta senza limiti di tempo.

1.1.8 Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000

Il piano sanitario Nazionale 1998-2000 porta il titolo significativo di “Un patto per la salute” e si era proposto di indicare gli obiettivi e le priorità generali per lo sviluppo di maggiori livelli di salute nella popolazione attraverso l'azione congiunta dei soggetti coinvolti. In particolare per la Psichiatria evidenzia due obiettivi principali di salute:

1. “ il miglioramento della qualità della vita e integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali”;
2. “ la riduzione dell'incidenza di suicidi nella popolazione a rischio”.

In particolare, secondo il Piano Sanitario Nazionale, il Centro di Salute Mentale per l'assistenza psichiatrica ambulatoriale e domiciliare svolge:

- funzioni di accoglienza della domanda di cura a partire dal territorio;
- interventi di urgenza territoriale durante l'orario di apertura del CSM;
- gestisce gli ambulatori di psichiatria e psicologia clinica finalizzati alla consulenza del medico di medicina generale;
- garantisce la continuità terapeutica dei pazienti, provvisoriamente ricoverati in SPDC, nelle strutture intermedie e nelle comunità terapeutiche pubbliche e private;
- svolge attività di "rete" con i medici di medicina generale, i servizi sociali comunali, gli altri servizi dell'ASL, le associazioni dei familiari e del volontariato e le strutture private accreditate.

1.1.9 La legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”

L'art. 1 della legge 328/2000 sostiene che “la Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuovendo pari opportunità, andando contro alla discriminazione e rispondendo ai bisogni sia individuali che familiari”. Si tratta di un'integrazione sia a livello, istituzionale, gestionale che professionale tra servizi sociali, sanitari ed educativi.

Gli Enti locali, Regioni e Stato, in quanto responsabili della realizzazione sul territorio di sistemi integrati di interventi e servizi sociali, provvedono alla programmazione degli interventi e delle risorse seguendo i seguenti principi:

- il “coordinamento e l'integrazione con i servizi sanitari e dell'istruzione”;
- la “concertazione e cooperazione” tra i diversi livelli istituzionali e i diversi soggetti del terzo settore che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali e le ASL per le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria.

Vengono così rivalutati il principio della sussidiarietà verticale (tra i diversi livelli istituzionali) e la sussidiarietà orizzontale (tra pubblico e privato sociale).

Nel complesso la legge 328 prevede non poche norme che riguardano “*i soggetti portatori di invalidità, disabilità ed handicap*”, infatti già all'art. 1 tra le finalità viene enunciata quella di eliminare o ridurre le condizioni di disabilità.

L'art. 14 prevede che i Comuni, d'intesa con le Asl, predispongano, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale per la piena integrazione del disabile nell'ambito familiare e sociale, nonché nel percorso scolastico, professionale e lavorativo.

All'art. 16, comma 3, le famiglie che assumono compiti di cura e di accoglienza di disabili e di altre persone in difficoltà rivestono priorità per ottenere prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare e sono inoltre previsti servizi di sollievo per affiancare la famiglia nella responsabilità del lavoro di cura.

Non va dimenticato l'art. 22, che al comma 2, lettera f) e g), fra gli interventi che costituiscono i *livelli essenziale delle prestazioni sociali*, elenca quelli rivolti alla piena integrazione dei disabili e alla realizzazione dei centri socio-riabilitativi, delle comunità alloggio, dei servizi di comunità e accoglienza per i privi di

sostegno familiare, nonché l'erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie e gli interventi per favorire la permanenza a domicilio dei disabili.

In conclusione, la legge 328 si propone l'introduzione di un sistema di *protezione sociale attiva*, con intenti di prevenzione e di presa in carico della persona nella sua globalità.

1.2 Atti normativi regionali

1.2.1 La Legge regionale 39/1988 “Organizzazione dei Servizi di salute mentale delle Unità sanitarie locali”

Un primo tentativo di organizzare l'erogazione dei servizi sanitari per pazienti con disturbi mentali a livello regionale si è avuto con la L.R 39/1988 “Organizzazione dei Servizi di salute mentale delle Unità sanitarie locali”, modificata dalle L.R.42/1994.

La L.R. n. 39/1988 prevedeva l'istituzione del *Servizio di salute mentale*, con il compito di svolgere funzioni preventive, curative e riabilitative per le patologie psichiatriche in collaborazione con il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura e con il complesso dei servizi sanitari e sociali esistenti nell'ambito territoriale della U.S.L. La legge afferma che il Servizio provvede:

- all'assistenza specialistica in ogni fase della malattia e al trattamento terapeutico a medio e lungo termine di individui e gruppi, a livello ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale;
- all'organizzazione, direzione e gestione delle strutture intermedie e alla consulenza psichiatrica per gli altri servizi sanitari dell'U.S.L;
- alla riabilitazione in collegamento con altri servizi e istituzioni degli Enti locali;
- al trattamento psichiatrico in favore di persone detenute;
- alle attività di prevenzione e all'attivazione di forme di collaborazione con il Servizio regionale della formazione professionale per l'inserimento lavorativo degli utenti del Servizio di salute mentale;

- alla predisposizione, alla raccolta e all'elaborazione di dati epidemiologici e statistici relativi agli utenti psichiatrici e alle attività svolte;
- alla definizione delle modalità, d'intesa con il Servizio gestione, formazione e aggiornamento del personale;
- alle attività in materia di assistenza ai tossicodipendenti;
- alla formulazione di programmi di coinvolgimento dei familiari e degli utenti nelle attività del Servizio di salute mentale mediante il sostegno e la valorizzazione di gruppi di aiuto reciproco prevedendo anche finanziamenti finalizzati.

Il Servizio deve essere dotato di una sede centrale con spazi ed aree adeguati alle effettive esigenze e deve usufruire a livello distrettuale e sovra-distrettuale di spazi ambulatoriali e di mezzi di trasporto sufficienti in rapporto alla conformazione territoriale, alla concentrazione della popolazione e all'agibilità dei mezzi pubblici di trasporto. Il servizio svolge la propria attività nell'arco diurno garantendo le proprie prestazioni per la durata di 12 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e per la durata di 5 ore al sabato. La legge precisa che i locali destinati ai *centri di salute mentale* dovranno essere strutturati in modo da soddisfare sia i requisiti di sicurezza per il personale sanitario che vi opera, sia un adeguato confort per i pazienti che tenga conto della loro particolare patologia.

Inoltre i Presidi sociali e sanitari per la tutela della salute mentale, cioè gli ex ospedali psichiatrici di Cogoleto e di Genova-Quarto trasformati nell'ambito del processo di superamento degli ospedali psichiatrici con la legge 180/1978, in Presidi sociali e sanitari non ospedalieri per la tutela della salute mentale, faranno rispettivamente parte del Servizio di salute mentale della U.S.L. n. 8 - Genova Ponente e n. 16 Genova Levante. Le prestazioni dei presidi debbono tendere alla riabilitazione e al reinserimento sociale attraverso iniziative terapeutiche che corrispondono ai bisogni individuali, con particolare riferimento:

- a) alla risocializzazione degli ospiti mediante l'inserimento in gruppi protetti o autonomi ed in attività occupazionali o lavorative;
- b) al trattamento terapeutico riabilitativo per situazioni psichiatriche gravi e cronicizzate;

- c) all'assistenza per grave invalidità o forma patologica mediante l'inserimento degli ospiti in strutture con adeguate possibilità di assistenza specifica;
- d) alla riabilitazione e al reinserimento sociale.

I Presidi, in relazione al carattere transitorio, sono intese a garantire una continuità terapeutica non altrimenti assicurabile ai soggetti che abbiano già usufruito di trattamento psichiatrico negli ospedali psichiatrici. Erogano le prestazioni nei confronti delle persone che alla data d'entrata in vigore della presente legge usufruiscono di assistenza nelle strutture psichiatriche di Cogoleto e di Genova Quarto. Possono inoltre fruire delle prestazioni dei Presidi, purché non presentino problemi di malattia in fase acuta, coloro che ne facciano richiesta, e che risultino essere stati ricoverati almeno una volta in ospedali psichiatrici pubblici.

Per un periodo di tre anni dall'entrata in vigore della presente legge, l'organizzazione di ciascun Presidio deve prevedere un'unità operativa per un numero di ospiti non superiore a 150 e non inferiore a 100. In ogni Presidio, nel rispetto della vigente normativa nazionale e degli accordi nazionali unici di lavoro, deve essere assicurata la guardia del personale medico anche nelle ore notturne e festive.

In linea di continuità con la normativa nazionale vengono istituiti a livello regionale:

- Le Strutture intermedie: le strutture intermedie sono comprese nel Servizio di salute mentale e costituiscono un insieme di risorse e strutture residenziali decentrate sul territorio al fine di garantire in maniera articolata e flessibile le esigenze terapeutiche, riabilitative ed assistenziali degli utenti psichiatrici. Sono strutture intermedie:
 1. la comunità terapeutica: è una struttura residenziale destinata ad ospitare soggetti affetti da grave patologia psichica, per la quale si richiedono complessi interventi terapeutico-riabilitativi con conseguente necessità di assistenza continua non garantibile a livello domiciliare;
 2. il centro diurno: una struttura destinata ad ospitare soggetti che pur conservando una propria autonomia residenziale necessitano durante il giorno di interventi terapeutici riabilitativi e di socializzazione;

3. la comunità alloggio di utenza psichiatrica: è una struttura terapeutico-riabilitativa residenziale destinata ad ospitare i seguenti pazienti:
- a) soggetti con deficit psico-fisici che presentano non completa autonomia personale e relazionale;
 - b) soggetti per i quali sia necessaria una presa in carico continuativa e residenziale in alternativa al ricovero ospedaliero.

1.2.2 La legge 42/1994 e la legge 2/1997

La legge 42/1994 “Disciplina delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere del servizio sanitario regionale in attuazione del dlgs 502/1992 e 517/1993” modifica la legge 39/1988 e prevedeva che, nell’ambito dell’Area dipartimentale, venisse istituito un Dipartimento di prevenzione e un Dipartimento di salute mentale. Quest’ultimo ha particolari competenze in materia di attività di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie mentali in regime ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale e domiciliare. Garantisce inoltre al nucleo familiare del paziente un servizio specifico di informazione e di assistenza e svolge in generale tutte le attività previste dalla vigente normativa anche attraverso il collegamento a livello dipartimentale con il S.P.D.C.

Di particolare rilevanza è anche la legge 2/1997 “Modifiche ed integrazioni alle norme di organizzazione e funzionamento delle Unità sanitarie locali” che, all’art. 31, afferma che i Presidi sociali e sanitari non ospedalieri per la tutela della salute mentale possono erogare prestazioni curative e riabilitative esclusivamente nei confronti delle persone che sono ospitate nelle predette strutture alla data di entrata in vigore della L.R. n. 2/1997 fino alla completa realizzazione del Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994- 1996". Le persone diverse da quelle di cui che necessitano di trattamenti psichiatrici sono assistite ed usufruiscono delle prestazioni rese dalle restanti strutture e unità operative delle Aziende sanitarie preposte alla tutela della salute mentale.

1.2.3 La D.G.R. 1476/2000 e la D.G.R. 1335/2001

La D.G.R. 1476/2000 “Approvazione del progetto obiettivo regionale per la tutela della salute in ambito penitenziario” ribadisce che la psichiatria rappresenta un nodo centrale, all'interno degli Istituti penitenziari, per la frequenza di problemi di salute mentale e per il riconoscimento della detenzione come fattore di rischio per il suicidio. È pertanto opportuno garantire:

- il consolidamento del servizio di II livello per la consulenza psichiatrica;
- rapporti stabili con gli SPDC, i SERT e gli Ospedali Psichiatrici giudiziari;
- presenza di varie figure professionali: personale sanitario, educatori, animatori, assistenti sociali ecc;
- formazione e aggiornamento degli operatori coinvolti.

È importante inoltre ricordare la D.G.R. 1335/2001 “Approvazione del Manuale per l’accreditamento istituzionale delle attività sanitarie” la quale definisce i requisiti richiesti per l’accreditamento istituzionale dei presidi sanitari e socio-sanitari, ed in particolare per quanto riguarda la Salute Mentale definisce i criteri per: i Centri di salute mentale; i Centri Diurni Psichiatrici e il Day Hospital Psichiatrico; le Comunità terapeutiche di tipo intensivo ed estensivo.

1.2.4 Piano Socio-Sanitario Regionale 2003-2005, approvato con LR n. 9/2004

Gli obiettivi del Piano socio-sanitario regionale sono i seguenti:

- migliorare la qualità di vita e l’integrazione sociale dei soggetti con malattia mentale cronica e delle loro famiglie;
- evitare la cronicizzazione nei casi in cui è possibile, rendendo disponibili trattamenti appropriati;
- ridurre l’incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio di problemi di salute mentale;
- ottimizzare e razionalizzare l’assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera, favorendo la riabilitazione precoce.

La realizzazione di tali obiettivi si traduce nelle seguenti azioni per le Aziende:

- promuovere la salute mentale e il miglioramento della qualità della vita;

- promuovere la prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle condizioni a rischio elevato;
- promuovere la prevenzione terziaria, ovvero ridurre le conseguenze disabilitanti delle patologie più gravi, attraverso il recupero relazionale, sociale e il miglioramento della qualità della vita dei sofferenti psichiatrici e del nucleo familiare di appartenenza;
- porre particolare attenzione ai percorsi diagnostico-terapeutici che risolvono le emergenze consentendo ai malati il recupero psichico, familiare, sociale;
- promuovere l'attuazione dei servizi residenziali e semi residenziali. L'offerta di tipo residenziale è articolata su tre tipologie:
 - a) ad alta intensità terapeutico riabilitativa (comunità terapeutico riabilitativa);
 - b) a media intensità terapeutico riabilitativa (RSA psichiatrica);
 - c) a bassa intensità terapeutico riabilitativa (comunità alloggio utenza psichiatrica).
- Attivare posti letto di day hospital prevedendoli in ogni SPDC;
- realizzare strutture riabilitative per i post acuti.

1.2.5 La legge regionale 12/2006 “Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari”

La Regione Liguria ha accolto i principi della normativa nazionale (328/2000) con la legge regionale 12/2006 “Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari”.

Il fine di tale legge è:

- promuovere e sostenere la persona e la famiglia dando priorità alle situazioni di fragilità o a rischio di esclusione sociale;
- promuovere la cittadinanza attiva delle persone anche attraverso il sostegno delle organizzazioni di rappresentanza e tutela sociale;
- riconoscere la centralità delle comunità locali per il miglioramento delle qualità della vita e delle relazioni;

- prevenire i fattori di disagio sociale con il superamento delle condizioni che ostacolano le persone alla piena partecipazione della vita sociale;

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali e sociosanitari è definito come la rete di servizi che promuove e assicura la tutela sociale e sanitaria delle persone in condizioni di bisogno. Al fine di garantire il sistema integrato la legge regionale istituisce:

- *gli ambiti territoriali sociali (ATS)*: essi comprendono il territorio ove più comuni si associano per gestire i servizi sociali di base. L'ATS rappresenta la sede di accesso alla rete locale di interventi e servizi sociali, svolge funzioni di sportello di cittadinanza, consulenza, servizio sociale professionale attraverso “L'Unità Operativa Multi-Professionale” coordinata di norma da un assistente sociale;
- *il distretto sociosanitario*: è la dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse e le funzioni sanitarie. I confini territoriali del distretto sociosanitario coincidono con i confini del distretto sanitario, mentre gli ATS sono ricompresi nel territorio del distretto sociosanitario. All'interno del distretto sono garantite: prestazioni sociosanitarie, sociali complesse e di secondo livello, lo Sportello Integrato Sociosanitario in collegamento con gli sportelli di Cittadinanza degli ATS, l'assistenza domiciliare integrata, la semi-residenzialità e residenzialità e interventi a favore di non autosufficienti. La gestione delle funzioni sociali è affidata al “Direttore Sociale” che si avvale di una segreteria tecnica di cui fanno parte i coordinatori degli ATS e personale di supporto tecnico e amministrativo. La gestione delle funzioni sanitarie è affidata al “Direttore del Distretto Sanitario”. Per le attività sociosanitarie il Direttore di distretto sociosanitario e il Direttore sociale operano insieme costituendo “l'Unità distrettuale” e si avvalgono di un “Comitato distrettuale” composto da coordinatori degli ATS e dai rappresentanti dei Dipartimenti territoriali. L'Unità distrettuale assicura l'integrazione tra sociale e sanitario tramite “L'Unità di Valutazione Multidisciplinare”.

Di fondamentale importanza per la salute mentale è l'art. 36, intitolato “Politiche sociali a favore della salute mentale”, nel quale si afferma che le ASL adottano

iniziative affinché i Dipartimenti di Salute Mentale assicurino sul proprio territorio un raccordo tecnico operativo con i Distretti Sociosanitari, promuovendo all'interno dei Distretti, l'integrazione tra interventi sanitari e sociosanitari con le prestazioni sociali, al fine di realizzare programmi di inclusione sociale, con particolare riferimento alla lotta allo stigma della malattia mentale. Il Distretto Sociosanitario, in coerenza con gli indirizzi del Progetto Obiettivo “Tutela salute mentale 1998-2000” e le linee di indirizzo regionali, collabora con il Dipartimento Salute Mentale, responsabile del governo clinico, alle attività per:

- migliorare la qualità di vita dei pazienti psichiatrici e delle famiglie;
- sostenere e potenziare l'assistenza domiciliare e i progetti di auto-aiuto in collaborazione con le associazioni dei familiari dei pazienti;
- favorire “l'identità personale” del paziente psichiatrico attraverso l'inserimento o il reinserimento in attività di qualificazione professionale e di avvio al lavoro, utilizzando anche strumenti facilitanti quali borse lavoro, inserimenti protetti in piccole aziende artigianali e cooperative sociali;
- potenziare l'utilizzo dei centri diurni e promuovere progetti di residenzialità assistita;
- diminuire le liste di attesa per la residenzialità;
- sostenere, anche con la collaborazione dei giudici tutelari, lo sviluppo dell'istituto degli amministratori di sostegno.

CAPITOLO II

Stigma e pregiudizi dei malati psichiatrici

2.1 Premessa

Si può facilmente comprendere come il presente capitolo rivesta un'importanza fondamentale al fine di introdurre, nei capitoli successivi, l'importanza della famiglia e la tematica dell'Auto-aiuto e dei Gruppi psico-educazionali.

Sicuramente lo stigma e i pregiudizi gravano sui pazienti psichiatrici ma anche sulle famiglie degli stessi, infatti solo attraverso un lavoro integrato, effettuato dai Servizi di Salute Mentale e dal mondo dell'associazionismo, promuovendo una più ampia informazione alla popolazione e sviluppando l'empowerment dei soggetti con disturbo psichico è possibile garantire un contenimento dei pregiudizi e degli stereotipi.

Spesso la tematica dello stigma viene rievocata dagli stessi pazienti all'interno dei gruppi al fine di condividere le proprie emozioni e trovare soluzioni comuni al processo di etichettamento.

2.2 Considerazioni generali sullo stigma

I greci furono i primi a servirsi della parola "stigma" per indicare quei segni fisici che vengono associati ad aspetti insoliti e criticabili della condizione morale di chi li possiede.

Questi segni nell'antica Grecia venivano incisi con il coltello o impressi a fuoco nel corpo e rendevano chiaro a tutti che, chi li portava, era una persona "segnata" che doveva essere evitata.

Dopo il sorgere del Cristianesimo a questo termine vennero ad aggiungersi due livelli metaforici:

1. il primo si riferisce ai segni corporei della Grazia;
2. il secondo ai segni corporei del disordine fisico.²

Attualmente lo stigma viene definito come "un genere particolare di rapporto tra l'attributo e lo stereotipo"³.

² E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona 2003 pp. 11

³ *Ivi*, pp. 14

È la società che tende a dividere le persone in categorie, o per meglio dire sono i contesti sociali in cui ogni individuo è inserito che determinano la concezione individuale del pregiudizio e di conseguenza dello stigma, ovvero a ogni individuo viene attribuita una propria “identità sociale”.

Ad un'analisi molto più profonda è facile capire come proprio noi stessi, nella vita quotidiana, tendiamo, spesso inconsciamente, a giudicare una persona rendendola portatrice di significati e di attribuzioni che spesso non corrispondono alla realtà.

In sostanza i pregiudizi che si consolidano nell'ambiente sociale di appartenenza sono legati alla dimensione gruppal, al grado di istruzione e alla classe sociale di appartenenza.

I pregiudizi si consolidano in relazione ad alcuni aspetti di un determinato individuo (deformazioni fisiche, carattere, razza, sesso, religione ecc), sia esso ad es. malato psichiatrico o tossicodipendente o disabile.

Spesso i soggetti portatori dello stigma non riescono a comprendere la motivazione dell'etichettamento, in quanto determinati atteggiamenti che vengono posti in essere sono, per loro, perfettamente normali.

Per questo influenzamento della società, lo stigmatizzato spesso è escluso, calunniato, considerato diverso e tale situazione lo porta a pensare di non riuscire ad essere ciò che dovrebbe.

Secondo il mio punto di vista la domanda centrale da porsi è quella che Goffman riporta nel suo libro “Stigma. L'identità negata”, ovvero “Come risponde lo stigmatizzato alla sua situazione?”.

In alcuni casi potrà tentare di correggere quello che egli ritiene il proprio stigma, in altri sarà presente la tendenza alla vittimizzazione per cui il soggetto è disposto ad arrivare a punti estremi per cambiare la propria posizione.

Per assurdo lo stigmatizzato può anche cercare di modificare la propria condizione sforzandosi d'impadronirsi di attività da cui si ritiene debbano essere esclusi coloro che hanno una determinata minoranza.

È possibile inoltre che lo stigmatizzato tenti di trarre vantaggio dalla propria condizione per ottenere un beneficio, un privilegio che altrimenti non potrebbe ricevere.

Spesso la persona stigmatizzata si isola, sviluppa ansia, depressione, tristezza in quanto nella relazione sociale con gli individui “normali” è possibile che quest’ultimi tendano a generalizzare e sminuire il problema di cui la persona è portatrice.

Altra presenza che lo stigmatizzato, in alcuni casi, può ritenere intollerabile è quella dei soggetti portatori del suo medesimo stigma per l’eccessivo soffermarsi sul problema, in altre circostanze, come nei gruppi di auto-aiuto e psicoeducazionali, può essere molto proficua la discussione e la rielaborazione mentale di tale esperienza.

È da sottolineare che i soggetti stigmatizzati sono rappresentati spesso da persone, istituzioni o associazioni, come vedremo nei capitoli seguenti nella specifica situazione dei pazienti psichiatrici, che tentano di sensibilizzare l’opinione pubblica sulla condizione dei soggetti svantaggiati.

Un esempio di tale attività nell’ambito della salute mentale a livello ligure è l’ALFAPP “Associazione Ligure Famiglie Pazienti Psichiatrici” che si impegna costantemente affinché l’emarginazione che circonda i pazienti psichiatrici possa essere vinta, soprattutto attraverso l’informazione e la conoscenza del disturbo mentale.

Esistono poi quelle persone, definite da Goffman “Sagge”, la cui presenza e relazione viene tollerata dallo stigmatizzato poiché quest’ultimo sa che sarà considerato come una persona normale in una relazione “alla pari”.

Un es di saggio a livello istituzionale potrebbero essere gli Assistenti sociali che, lavorando con persone svantaggiate, devono esercitare la propria professione nel rispetto non solo delle norme morali della società ma anche delle norme professionali.

Così come disciplinato dal Codice Deontologico dell’Assistente Sociale “L’assistente sociale svolge la propria azione professionale senza discriminazione di età, di sesso, di stato civile, di etnia, di nazionalità, di religione, di condizione sociale, di ideologia politica, di minorazione psichica o fisica, o di qualsiasi altra differenza che caratterizzi le persone”⁴.

⁴ *Codice deontologico dell’Assistente Sociale*, art. 8, Titolo II, aggiornato 2009.

Secondo Goffman può essere proposta la seguente distinzione riguardo agli stigmatizzati:

1. coloro che hanno uno stigma fin dalla nascita e che riescono a socializzare nella loro situazione svantaggiosa;
2. coloro che hanno avuto una famiglia o un vicinato che ha funzionato come campana protettiva e i problemi si sono generati nel momento del contatto con il gruppo dei pari;
3. coloro che vengono stigmatizzati in una fase già avanzata della vita, o apprendono tardi di essere sempre stati screditabili⁵.

È infine da sottolineare che allo stigmatizzato si chiede di considerarsi dal punto di vista delle persone normali e della società che essi costituiscono.

Chi aderisce a questa linea viene considerato maturo e di lui si dice che ha raggiunto un buon livello di adattamento.

Chi non segue questa linea è considerato un incapace, una persona che si tiene sulla difensiva e che non adegua risposte psicologiche.

Secondo questa prospettiva allo stigmatizzato si consiglia di:

1. considerarsi un essere umano a tutti gli effetti;
2. non vergognarsi né per se né per i propri compagni di destino;
3. non nascondere il proprio stigma;
4. non provare risentimento per i giudizi gratuiti delle persone “normali”, poiché le persone normali non intendono veramente fare del male e, quando ciò accade, è per ignoranza;
5. parlare della propria invalidità con le persone “normali”⁶.

Si ritiene che, se lo stigmatizzato si trova a suo agio con la propria diversità, tale accettazione avrà un effetto positivo sulle persone normali, rendendo loro più facile sentirsi a proprio agio in sua presenza, tuttavia la difficoltà più grande l'affrontano proprio le persone “normali” perché esse non devono lasciarsi trascinare oltre il limite in cui possono accettare lo stigmatizzato senza problemi.

Oggi allo stigmatizzato si chiede al tempo stesso di considerarsi una persona normale ma anche di sottrarsi volontariamente a quelle situazioni in cui le persone normali troverebbero difficile formulare la loro accettazione⁷.

⁵ E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona 2003, pp. 43-44

⁶ *Ivi*, pp. 142-143-144

2.3 Stigma e pregiudizi in psichiatria

Nel corso dei secoli si sono accumulate sul disturbo mentale credenze molto diffuse ed errate, che hanno condizionato il modo in cui la società e le famiglie guardano al disturbo mentale.

Lo stigma della malattia mentale si manifesta con un atteggiamento accusatorio, di paura e di rifiuto da parte della società e parallelamente si sviluppa il pregiudizio, a cui segue la discriminazione, così ai tanti problemi derivati dal disturbo mentale si aggiungono anche quelli del marchio e della discriminazione⁸.

La presenza dello stigma ostacola o addirittura impedisce l'accesso alle cure e spesso i familiari diventano essi stessi produttori di stigma⁹.

I pregiudizi più diffusi nei confronti dei malati psichiatrici sono:

- La *pericolosità*, per cui la persona viene etichettata come violenta e aggressiva per se stessa e per gli altri. In realtà nelle persone con disturbo mentale la pericolosità è meno comune di quanto si possa immaginare e ciò è provato da numerosi dati statistici. Il gesto violento o sconsiderato da una persona con disturbo mentale non giustifica il giudizio negativo su tutta la popolazione delle persone con patologia psichiatrica;
- L'*incomprensibilità*, per cui tutto ciò che una persona con disturbo mentale produce in termini di linguaggio, di comportamenti, di presenza nello spazio relazionale viene letto come sinonimo di follia;
- L'*inguaribilità*, secondo cui una persona con disturbo mentale non smetterà mai di essere tale poiché si ha la concezione comune che le malattie mentali siano incurabili, nonostante tale convinzione sia errata. In parte tale concezione era vera in passato, quando le persone erano sottoposte a ricovero coatto in manicomio per cui il futuro di tali soggetti era segnato. È considerazione comune che l'inguaribilità sia il pregiudizio che più fortemente incide sui pazienti psichiatrici e specialmente sulle famiglie;
- L'*improduttività* per cui si crede che le persone affette da disturbo mentale non abbiano né capacità, né abilità, né competenze. Questa convinzione

⁷ E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona 2003

⁸ *Ivi*, pp.137

⁹ *Ivi*, pp.137

comune è nuovamente errata poiché anche nei vecchi ospedali psichiatrici molti pazienti lavoravano, nonostante non venissero pagati e tanto meno venissero ufficialmente considerati come lavoratori. Esempio importante per la realtà ligure è sicuramente il vecchio manicomio di Cogoleto, ubicato in località Pratozanino;

- *L'irresponsabilità*, secondo cui la persona affetta da disturbo mentale non si rende mai conto di quello che fa. Riconoscere che le persona con disturbo mentale siano responsabili, significa aiutarle a diventare libere malgrado gli innumerevoli problemi affettivi, cognitivi, relazionali e sociali¹⁰.

I suddetti pregiudizi elencati hanno una serie di conseguenze sia nei confronti dei malati psichici, sia nei confronti delle famiglie.

Spesso i familiari fanno fatica ad accettare la malattia del congiunto, si sentono stanchi, non credono in una possibile guarigione e si ritengono spesso privi di risorse da investire nei confronti del congiunto.

La tendenza prevalente è quella di cercare aiuto “esterno”, in modo da trovare qualcuno che possa offrire loro la “soluzione fatta”, mentre la concezione prevalente della società nei confronti del paziente psichiatrico è di pericolosità, violenza.

Il presupposto dal quale bisogna partire è quello per cui il soggetto con disturbo mentale non vive emozioni diverse dalle persone “normali”, ma quello che cambia è il peso che tali pazienti danno al disturbo mentale i quali si trovano disarmati, a causa della patologia, di fronte allo stigma.

In passato non vi era nessuna aspettativa positiva nei confronti dei pazienti psichiatrici, mentre oggi lottare contro i pregiudizi significa valorizzare le abilità e le competenze delle persone con disturbo mentale.

¹⁰ P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 138-139-140

2.4 Sviluppare l'empowerment

2.4.1 Definizione di empowerment

L'empowerment è un processo che, dal punto di vista di chi lo esperisce (self-empowerment), significa “sentire di avere potere” o “sentire di essere in grado di fare”, mentre dal punto di vista di chi lo facilita o lo rende possibile nei suoi interlocutori significa “un atteggiamento tecnico capace di accrescere le probabilità che le persone si sentano in grado di fare” ovvero, in negativo, “la capacità tecnica di evitare iniziative che destrutturino il senso di poter fare delle persone”¹¹.

L'empowerment è sia un sentimento o uno stato psicologico, cioè la convinzione dell'agente di poter agire e/o di dover agire e/o di essere in grado di agire, sia una strategia operativa, cioè l'accortezza di interagire con l'agente in modo da non minarlo nelle sue convinzioni¹².

L'obiettivo dell'empowerment è quello di aiutare le persone, da una parte a ridurre lo stigma e la differenziazione e dall'altra a far sì che le persone possano effettivamente fare senza i servizi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO – World Health Organization), con la Dichiarazione di Alma Ata (1978), la Carta di Ottawa (1986), la Dichiarazione di Jakarta (1998) e la Carta di Bangkok (2005), ha affermato a più riprese che l'azione di comunità e l'empowerment sono pre-requisiti per la salute¹³.

I principi sottolineati dalla WHO trovano riscontro a livello europeo anche nell'attuale “Programma di azione comunitaria in materia di salute pubblica 2008-2013”, in cui la partecipazione e l'influenza dei cittadini sui processi decisionali, costituiscono i valori su cui si fonda la strategia comunitaria e, a livello italiano, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, introduce per la prima volta il termine empowerment, affermando che attraverso tale processo si punta ad erogare cure

¹¹ F. Folgheraiter, *Teoria e metodologia del servizio sociale*, Franco Angeli, Milano, 1998 pp. 405-406

¹² *Ivi*, pp. 406

¹³ Gruppo di lavoro interregionale, *Seminario di approfondimento sull'empowerment: prima attività di coordinamento del gruppo interregionale*, 2 aprile 2009, Roma pp. 5, reperibile presso il sito internet:
http://www.agenas.it/agenas_pdf/seminario_approfondiment_empowerment/CARTELLINA/MATERIALI_seminario_02-04-09.pdf

efficaci ed appropriate sotto il profilo clinico ed etico e, nel contempo, garantire il massimo livello possibile di equità nell'uso delle risorse¹⁴.

Un'iniziativa di empowerment è quindi un processo che permette alle persone:

- di padroneggiare la propria vita;
- di avere conoscenza, le abilità, le attitudini e la consapevolezza necessaria per influenzare il proprio e l'altrui comportamento e per migliorare la qualità della propria vita;
- di sviluppare competenze tali per cui possano diventare indipendenti nella risoluzione dei problemi e nella presa di decisioni¹⁵.

Un'iniziativa di empowerment è un processo volto allo sviluppo di alcune specifiche competenze: la capacità di controllo, la consapevolezza critica e la partecipazione.

- Una persona ha capacità di *controllo* quando è in grado di influenzare o si sente in grado di influenzare le decisioni che riguardano la propria esistenza.
- Una persona ha *consapevolezza critica* quando riesce a comprendere il proprio contesto sociopolitico e ha la capacità di identificare, ottenere e gestire le risorse.
- Una persona ha capacità di *partecipazione* quando riesce ad operare insieme agli altri per raggiungere i risultati desiderati¹⁶.

La definizione di empowerment può essere intesa in tre accezioni differenti:

1. *Empowerment psicologico*: si intende la convinzione soggettiva di poter influire sulle decisioni che incidono sulla propria vita (componente intra-personale), la capacità di comprendere il proprio ambiente socio-politico (componente interpersonale) e la partecipazione ad attività collettive mirate a influenzare l'ambiente socio-politico (componente comportamentale);
2. *Empowerment organizzativo*: include i processi e le strutture organizzative che aumentano la partecipazione dei membri e migliorano l'efficacia di un'organizzazione nel raggiungere i propri scopi;

¹⁴ Ivi, pp. 5

¹⁵ Ivi, pp. 5

¹⁶ Ivi, pp.5

3. *Empowerment di comunità*: attiene all'azione collettiva finalizzata a migliorare la qualità di vita e alle connessioni tra le organizzazioni e le agenzie presenti in una comunità¹⁷.

2.4.2 *Empowerment e disagio psichico*

Lottare contro i pregiudizi significa poter riconoscere e valorizzare le abilità e le competenze delle persone con disturbo mentale, infatti se una persona con problemi di disagio psichico viene considerata come dotata di autonomia assente o limitata, ciò avrà notevoli ripercussioni per le sue potenzialità di empowerment. Le ricerche condotte sul campo hanno dimostrato gli effetti negativi della stigmatizzazione di cui sono oggetto le persone con disagio psichico, ad esempio in un'indagine condotta in Inghilterra è emerso che il 34% dei malati psichiatrici viene licenziato o costretto a licenziarsi dal posto di lavoro, il 47% ha subito episodi di molestia o di vessazione in pubblico, il 25% è costretto a cambiare casa e il 25% non trova alcuna Società assicurativa o finanziaria disponibile a sostenerlo¹⁸.

Il disagio psichico grave può dunque provocare effetti di profonda debilitazione sul piano individuale e di vera e propria disgregazione su quello delle relazioni interpersonali.

È necessario lavorare affinché le persone con esperienze di sofferenza psichica si attivino per far sentire la propria voce, mettendo in discussione l'immagine di "esseri irrazionali e privi di competenze" che si tende ad attribuire loro¹⁹.

In una persona con disagio psichico, l'interesse e le capacità di prendere l'iniziativa per rivendicare un interesse individuale o collettivo può variare profondamente da una fase all'altra della vita, e altrettanto vale per i meccanismi tramite cui promuovere il loro empowerment²⁰.

Ciò che traspare in modo preponderante in Italia è il fatto che, restare fuori dal contatto sociale e dalla relazione, nasconde le abilità residue e potenziali delle persone con disagio psichico creando conseguente disabilità.

¹⁷ Ivi, pp. 5

¹⁸ M. Barnes e R. Bowl, *Empowerment e salute mentale. Il potere dei movimenti sociali degli utenti*, Centro studi Erikson, Trento, 2003 pp. 24

¹⁹ Ivi, pp. 10

²⁰ Ivi, pp. 55

Molti programmi oggi possono essere attivati dai servizi territoriali e si sta radicando, anche se non in maniera uniforme, la cultura della riabilitazione e del sostegno sociale ai pazienti psichiatrici.

Davey (1999) ha suggerito una distinzione di fondo tra empowerment “reattivo” e “proattivo” della salute mentale:

1. *l’empowerment reattivo* si riferisce alla classica situazione in cui gli utenti di un servizio decidono di reagire al modo insoddisfacente in cui vengono erogate le prestazioni;
2. *l’empowerment proattivo* presuppone un’articolazione dei bisogni e dei desideri degli utenti che è indipendente dal ruolo degli operatori²¹

Sviluppare l’empowerment nell’ambito della salute mentale significa quindi:

- *Apprezzare le attività utili che la persona svolge;*
- *Riconoscere le capacità e le abilità della persona* sia da parte degli operatori dei servizi psichiatrici, sia delle famiglie;
- *Migliorare la qualità dell’abitare:* migliori sono gli ambienti in cui vivono le persone, migliore è la loro qualità complessiva di vita e meglio si strutturano le relazioni;
- *Rendere la persona parte di qualcosa:* nessuno di noi potrebbe immaginare di essere svincolato dai rapporti sociali, quindi a maggior ragione l’utente psichiatrico necessita di sentirsi parte della famiglia, di una squadra, di un gruppo di amici, di un’associazione, di una cooperativa ecc;
- *Favorire il possesso di cose e di risorse,* perché possedere significa avere un proprio spazio, i propri vestiti, il proprio denaro. Significa rafforzare la propria identità. In quest’ottica i familiari assieme ai servizi di salute mentale possono fare molto;
- *Partecipare ad attività collettive per soddisfare un bisogno comune:* bisogna favorire il protagonismo nella rivendicazione e nella difesa dei propri diritti;
- *Raggiungere qualità degli ambienti e dei prodotti nell’ambito delle attività produttive e formative:* la formazione e il lavoro hanno un valore

²¹ M. Barnes e R. Bowl, *Empowerment e salute mentale. Il potere dei movimenti sociali degli utenti*, Centro studi Erikson, Trento, 2003 pp. 31

abilitativo ed emancipativo quando riescono a perseguire finalità produttive e a costruire ambienti e relazioni di qualità;

- *Dare tutto il sostegno* perché la persona senta rispettata e rispettabile la propria diversità;
- *Accettare le scelte affettive e sessuali*: si intende riuscire ad affrontare il tema della sessualità con discrezione e senza pregiudizi;
- *Sostegno non banale a un atto di ribellione, apparentemente incongruo*: quasi sempre un atto di ribellione da parte di chi è affetto da disturbo mentale viene immediatamente considerato un comportamento senza senso, sicuramente sbagliato, frutto della sua malattia. In realtà è un atto riabilitativo forte cercare di capire che cosa è successo e che cosa ha scatenato questa ribellione²².

²² P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 144-145-146

CAPITOLO III

Famiglia e Psichiatria

3.1 Premessa

Per sviluppare il discorso dei gruppi psico-educazionali e dei gruppi di auto aiuto è fondamentale soffermarsi sul contesto familiare inteso come luogo dove le relazioni interpersonali si sviluppano realmente e quotidianamente.

Nell'immaginario della psichiatria il ruolo della famiglia ha oscillato tra concezioni opposte, che partivano da premesse estremamente discordanti.

Quando alla base dei disturbi psichiatrici veniva privilegiato l'aspetto biologico, la famiglia veniva considerata "vittima" di una situazione prettamente innata e biochimica e il trattamento assumeva una linea prevalentemente farmacologica, al contrario, quando veniva privilegiato l'aspetto ambientale e culturale, la famiglia veniva considerata "carnefice" ed il paziente assumeva il ruolo di "vittima" nei confronti di una famiglia disfunzionale, dalla quale deve essere liberato ed allontanato attraverso un percorso di psicoterapia o di integrazione in un contesto sociale sano (Bertrando, Toffanetti 2000).

Per diverso tempo, inoltre, la malattia mentale è stata concepita come "colpa morale" che si abbatteva sul singolo e sulla famiglia, uno "stigma" collettivo e contagioso da nascondere e negare.

In questo capitolo si cercherà dunque di far luce sul ruolo della famiglia e su un possibile sostegno pratico alla stessa sia da parte degli operatori dei servizi di salute mentale, sia da parte del mondo dell'associazionismo.

Il capitolo sarà articolato:

- sul ruolo della famiglia;
- sul carico familiare;
- sul ruolo della famiglia nel lavoro terapeutico-riabilitativo, esplicando i modelli di intervento sulla famiglia e soffermando l'attenzione sulle associazioni di famigliari di pazienti psichiatrici, in particolare l'A.L.F.A.P.P (Associazione ligure famiglie pazienti psichiatrici).

3.2 Il ruolo della famiglia nel 2012

Meno di mezzo secolo fa i nuclei familiari erano molto differenti da quelli odierni, in quanto esistevano le famiglie allargate e i nuclei familiari tendevano a rimanere stabili così che ogni avvenimento della vita avveniva nella famiglia e non al di fuori di essa.

Nel caso delle malattie mentali la famiglia ha costituito a lungo il luogo dell'accudimento, della cura, del ricovero e, non di rado, dell'internamento e titolari di queste funzioni erano quasi sempre le donne²³.

La famiglia in sostanza assumeva un ruolo di controllo e di contenimento delle tensioni e dei conflitti, garantendo equilibri e relazioni anche a costo di reprimere i singoli individui.

A partire dagli anni cinquanta questo modello familiare si trasformò profondamente restringendosi sempre più spesso a un numero limitato di componenti, generalmente genitori con pochi figli, se non addirittura uno soltanto²⁴.

Oggigiorno le leggi che stabiliscono come deve essere l'organizzazione dei servizi psichiatrici ci dicono che il malato mentale non può essere rinchiuso in manicomio, ma le conseguenze sul piano sociale diventano elemento importante nell'intervento, in quanto bisogna tenere in considerazione che non può essere solo la famiglia la fonte di sostegno.

La nuova organizzazione dei servizi sociali e sanitari in Italia, varata alla fine degli anni '70, segnava con la de istituzionalizzazione il superamento del manicomio come unica risposta alla malattia mentale, ma anche la presa d'atto dell'impossibilità di affidare alla sola famiglia, dove questa esiste, i suoi membri più bisognosi di protezione sociale e di sicurezza²⁵.

Lo sviluppo del welfare ha alleggerito la famiglia di una serie di compiti che vengono svolti da altre istituzioni, ma questa resta comunque al centro delle aspettative della società e dello stesso legislatore²⁶.

²³ P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 55

²⁴ *Ivi*, pp. 55

²⁵ E. Spinelli, *Se il matto non sparisce. Dalla dipendenza all'interdipendenza nel lavoro dei servizi*, Franco Angeli, Milano 1995 pp. 30

²⁶ *Ivi*, pp. 30

Il punto che si vuole sottolineare è che non si può prescindere dalla famiglia nell'analisi delle risorse nell'ambito della salute mentale, con la deospedalizzazione e la non ammissione degli ospedali psichiatrici.

Troppo spesso si tende a rimuovere la presenza e l'importanza che l'istituzione familiare ha in Italia nella risposta alle persone con grave disagio mentale, che per lo più, vivono in famiglia.

Esiste infatti il rischio costante per gli operatori di rilevare la presenza della famiglia solo perché non risponde al modello di famiglia che produce cittadini "sani e indipendenti", o perché sorda alle richieste di cure che le vengono fatte²⁷.

Il rischio costante odierno è quindi che le responsabilità di cura siano per lo più trasferite dalle istituzioni alla famiglia, continuando a contare su una presenza femminile attiva all'interno di questa.

Ci si deve confrontare quindi con la presa in carico della globalità dei problemi dell'utente, ma spesso si vengono a creare due conseguenze rilevanti:

1. si rifiuta la presa in carico rinviando ad un sociale indefinito, alla famiglia, alla strada, tutto ciò che non è strettamente medico-psichiatrico, arrivando a dichiarare chiuso il trattamento dopo sei mesi di assenza dal servizio, per responsabilità dell'utente naturalmente, per poi riaprire la cartella quando questo ricompare;
2. si crea una forte dipendenza istituzionale con il rischio di logiche paternalistiche che perpetuano il bisogno riproponendo una nuova cronicità²⁸.

Ciò che deve essere chiaro, a fronte dei gravi problemi dei pazienti psichiatrici critici e a fronte della scarsità di risorse economico-finanziarie, è rendere visibile e reale l'interdipendenza tra intervento sanitario, intervento sociale e famiglia all'interno del processo di aiuto.

Occorre valorizzare il ruolo della famiglia, cercare soluzioni integrate anche nell'ambito del volontariato e dell'associazionismo e individuare interventi incentrati sulla gestione della quotidianità dei pazienti, ma soprattutto delle famiglie.

²⁷ E. Spinelli, *Se il matto non sparisce. Dalla dipendenza all'interdipendenza nel lavoro dei servizi*, Franco Angeli, Milano 1995 pp. 31

²⁸ *Ivi*, pp. 33-34

In questo ambito dell'assistenza e della cura la famiglia ha dunque un ruolo centrale. La famiglia è "ab origine" il nucleo generatore dei comportamenti: dentro di sé nasce la congiunzione dell'armonia, nella fluidità della comunicazione che crea comunione, ma anche la disfunzione, l'incomprensione, la pressione pedante e formalistica dei genitori verso i figli con il risultato di produrre negli stessi prima ansietà e poi ribellione, fuga e violenza, come gli avvenimenti odierni replicano con tragica sequenza²⁹.

La famiglia è ancora incerta, non ha sicuri punti di riferimento e, nel corso di malattia di un suo congiunto non è sufficientemente seguita, quindi il compito primario è di avvicinare il nucleo familiare, assisterlo e prendersi cura di essa non solo nella malattia, ma anche nel distress e nel disagio quotidiano.

3.3 Il carico familiare

Solo negli ultimi anni si è cominciato a studiare seriamente per comprendere quali effetti produce sulla famiglia un evento negativo come una malattia mentale, sia nell'immediatezza dell'evento, sia nel lungo periodo di persistenza del problema³⁰.

Per prima cosa bisogna definire che cosa si intende per *carico familiare*: la condizione di difficoltà che una famiglia di affrontare quando un componente si ammala.

Il carico familiare si divide in *carico oggettivo* e *carico soggettivo*.

Il *carico oggettivo* comprende:

- i costi economici;
- la necessità di cambiare spesso casa o di doverne acquistare una nuova;
- le ore e le giornate di lavoro perse e, soprattutto per le donne, la rinuncia al lavoro e alla progressione di carriera;
- il tempo impiegato nell'assistenza;
- le spese per la mancata autonomia del figlio che resta in casa³¹.

²⁹ C.L. Cazzullo, *Psichiatria, famiglia e società: congresso internazionale*, Milano 19-21 Novembre 2002

³⁰ P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 62

³¹ *Ivi*, pp. 63

Si può comprendere come il carico oggettivo incida sulle relazioni interpersonali all'interno della famiglia e quindi appesantisca il lavoro di cura e di assistenza offerto dai familiari del paziente psichiatrico.

Vi è poi il *carico soggettivo* che descrive il modo in cui le persone vivono individualmente quel particolare evento.

Carico soggettivo

- ❖ Sofferenza paragonabile a un lutto per la perdita del figlio idealizzato;
- ❖ Sviluppo di sintomi ansiosi, depressivi e psicosomatici;
- ❖ Sentimenti di colpa e di vergogna³²

Carico oggettivo

- ❖ Difficoltà economiche e lavorative;
- ❖ Diminuzione di attività nel tempo libero e di relazioni sociali;
- ❖ Rinuncia al lavoro oppure a possibilità di carriera³³.

Si è potuto facilmente comprendere come il carico familiare abbia un peso diverso a seconda della famiglia che lo sopporta.

Sopportano meglio il carico le famiglie che:

- sono capaci di alimentare aspettative realistiche;
- hanno la curiosità di apprendere e di conoscere di più il problema che stanno affrontando;
- sono numerose e hanno al loro interno soggetti giovani;
- sanno valorizzare il senso pratico;
- ricorrono ai servizi sociali e sanitari;
- non si arrendono di fronte alle difficoltà³⁴.

³² P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 65

³³ *Ivi*, pp. 64

³⁴ *Ivi*, pp. 63-64

Il disturbo mentale, soprattutto se di un figlio, rimanda a sentimenti di frustrazione, fallimento, disperazione e addirittura alcuni genitori parlano della patologia dei figli quasi come un “lutto”, accompagnando il tutto con sentimenti di colpa e vergogna.

Inoltre, i parenti di una persona affetta da disturbo mentale si trovano spesso a dover far fronte all'imprevedibilità dei suoi sintomi e del suo comportamento, con la conseguente impossibilità di fare programmi sia a breve sia a lungo termine: le attività quotidiane, anche le più semplici, si rivelano molto complicate e i familiari diventano incapaci di vedere il futuro³⁵.

Proprio in questa cornice si inseriscono i gruppi psico-educazionali rivolti ai familiari dei pazienti psichiatrici, per renderli “capaci di essere”, renderli autonomi ad affrontare le difficoltà e aiutarli nelle capacità pratiche.

Ciò che è importante quando si parla di familiari sono anche le associazioni di familiari di pazienti psichiatrici che lottano per difendere i diritti dei sofferenti psichici e aiutare le famiglie che, spesso, si trovano abbandonate dalle strutture pubbliche in situazioni difficili, tuttavia tale argomento verrà trattato nei paragrafi successivi.

Tornando allora al carico soggettivo, esso influenza enormemente il percorso di guarigione del paziente psichiatrico, in quanto gli stessi familiari sviluppano sintomi fisici e psicosomatici di varia portata: ansia, insonnia, depressione, tachicardia, inappetenza ecc.

È perciò opportuno che ogni familiare, per mantenere un buon equilibrio con se stesso e con gli altri membri della famiglia, cominci a riconoscere tali sintomi perché convivere con una persona affetta da un disturbo mentale richiede l'investimento di rilevanti risorse personali, emotive e affettive che bisogna saper dominare³⁶.

Gli effetti emotivi della patologia psichiatrica sulla famiglia del paziente psichiatrico sono:

- Senso di colpa e sensazione di angoscia;
- Preoccupazione e perdita di speranza;

³⁵ P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 62

³⁶ *Ivi*, pp. 64

- Impossibilità di programmi a lungo termine;
- Confusione di ruoli e amplificazione dei conflitti³⁷.

Numerosi sono anche gli effetti sociali del carico:

- Stigma e pregiudizio;
- Isolamento sociale: spesso è una scelta forzata dei familiari stessi costretti a mettersi da parte per “non essere di peso;
- Restringimento delle attività sociali e del tempo libero³⁸

Le persone anziane, più frequentemente genitori, ma anche fratelli e sorelle, si pongono un doloroso interrogativo “Che cosa sarà dopo di noi?”. Molti familiari hanno reagito costituendo associazioni, fondazioni, operative che permettono loro di immaginare e soprattutto di costruire un futuro più rassicurante per i propri cari³⁹.

Un esempio a livello associazionistico ligure verrà trattato nei prossimi paragrafi e la tematica del dopo di noi sarà adeguatamente esplicitata nel capitolo IV con la trattazione dei gruppi psico-educazionali e la presentazione del Gruppo Psico-Educazionale di Familiari di Pazienti Psichiatrici “Dopo di Noi” sviluppato dal Centro di Salute mentale di Finale Ligure (SV) a cui, in qualità di tirocinante, ho partecipato.

In sostanza i familiari riescono ad avere molto sollievo quando sono in grado di stabilire un rapporto di fiducia con i servizi di salute mentale e con l'intera rete di assistenza, in quanto se non sostenuti da un servizio formale, finiscono per sopportare alti livelli di carico, trovandosi ad accudire da soli e per molti anni il paziente affetto da disturbo mentale.

³⁷ P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 65

³⁸ *Ivi*, pp. 66

³⁹ *Ivi*, pp. 66

Alcuni dati statistici :

Chi sono quelli che si prendono cura?

Donne (65%)

Madri (54%)

Coniugati o conviventi (63%)

Casalinghe o pensionate (67%)

Trascorrono più di 50 ore settimanali a contatto con la persona (27%)

Età media: 58 anni

Chi sono quelli di cui ci si prende cura?

Maschi (64%)

Figli (70%)

Disoccupati (45%)

Nubili/Celibi (77%)

Residenti in famiglia (58%)

Età media: 37 anni⁴⁰.

3.4 Il ruolo della famiglia nel lavoro terapeutico-riabilitativo

3.4.1 Considerazioni generali

L'assistenza psichiatrica in epoca moderna è stata a lungo caratterizzata dalla presenza dell'istituzione manicomiale, ma il cambiamento determinato dalla legge 180/1978, la chiusura degli ospedali psichiatrici e lo sviluppo dei servizi territoriali hanno spostato la cura dal manicomio alla relazione, alle persone e alle famiglie.

Nel periodo immediatamente precedente e in quello successivo alla riforma i servizi territoriali venivano considerati dai familiari insufficienti a garantire una buona assistenza, dunque responsabili dell'abbandono in cui si trovavano i pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici.

Parallelamente gli operatori rispondevano colpevolizzando le famiglie anche con il sostegno di ipotesi eziopatogenetiche che le indicavano come dirette responsabili dei disturbi mentali sofferti da un loro membro⁴¹.

⁴⁰ P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 68

⁴¹ G. Civiotti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, Nis, Roma 1994, pp. 80

Nelle vecchie cartelle cliniche addirittura i medici registravano: “Tare ereditarie persistenti” oppure “Tare ereditarie assenti” e questa immagine della malattia mentale alimentava la vergogna che già marchiava non solo il malato ma tutta la famiglia⁴².

In sostanza per la “vecchia psichiatria” la famiglia, pur considerata portatrice di follia, restava fuori dal processo terapeutico e non di rado ancora oggi, in alcune realtà, si ha la tendenza ad affrontare la patologia mentale attraverso il solo intervento farmacologico e tenendo in scarsa considerazione la famiglia come portatrice di potenzialità che possono essere sviluppate nella cura del paziente psichiatrico.

Oggi dovrebbe essere prassi comune che gli operatori dei servizi di considerino la famiglia come una delle principali risorse per la cura della persona malata.

L’intervento non si dovrebbe limitare a individuare la diagnosi, prescrivere dei farmaci, richiedere un qualche ricovero ospedaliero, ma l’intervento dovrebbe essere incentrato anche sulla famiglia, non coinvolgendola solo nella somministrazione dei farmaci o nell’assistenza domiciliare.

3.4.2 *Modelli di intervento con le famiglie*

Sono quattro i principali modelli di intervento con le famiglie:

1. Il modello sistemico;
2. Il modello della vulnerabilità-stress;
3. Il modello della famiglia intesa come riproduzione di regole;
4. Il modello della famiglia come nuovo soggetto nella comunità.

La terapia familiare o sistemica inaugura un nuovo modo di affrontare il disturbo mentale. Essa ha iniziato a svilupparsi intorno agli anni cinquanta negli Stati Uniti e in Inghilterra e ha preso piede anche in Italia a partire dagli anni settanta, anche con la progressiva evoluzione dei servizi di salute mentale⁴³.

Secondo tale ottica la famiglia è un “sistema”, è un organismo che tende a mantenere un suo equilibrio e nel quale ciascun componente esercita un influsso su tutti gli altri e a sua volta viene da loro condizionato.

⁴² P. Dell’Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 92

⁴³ *Ivi*, pp. 95

Viene data quindi molta importanza alla comunicazione verbale, sia non verbale, al contesto in cui le interazioni hanno luogo, alle alleanze e alle coalizioni che inevitabilmente si formano tra i vari componenti⁴⁴.

Importante è quindi come i familiari gestiscono i propri “confini” rispetto agli altri componenti e rispetto ad altre persone, per cui sono state proposte due tipologie di famiglie:

1. *le famiglie invischiate*, all'interno delle quali i confini personali sono molto labili e sovente i problemi e le ansietà di uno finiscono per coinvolgere gli altri, ampliandosi; inoltre tali famiglie sono chiuse nei confronti dell'ambiente sociale esterno e viene attuato un rigido controllo sulle relazioni e attività extrafamiliari dei congiunti;
2. *le famiglie disimpegnate*, all'interno delle quali ciascuno gode di una certa indipendenza materiale ed emotiva⁴⁵

A partire da questa concezione si è giunti attualmente a due prospettive:

1. la situazione patologica si verifica quando la famiglia non è più in grado di evolvere rispondendo con flessibilità agli eventi della vita e si trova costretta alla rigidità del proprio modello relazionale a rispondere in modo stereotipato. Secondo questa prospettiva il cambiamento in terapia viene correlato alla relazione esistente tra il terapeuta e famiglia, alla possibilità che il terapeuta crei insieme alla famiglia modi diversi, alternativi di vedere il mondo;
2. l'attenzione è incentrata sul “gioco” familiare, metafora con cui rappresenta ciò che accade all'interno di un sistema familiare; scopo della terapia è quindi di svelare il gioco che mantiene la situazione patologia e invitare la famiglia a giocare un gioco diverso⁴⁶.

Per quanto riguarda il modello vulnerabilità-stress, la famiglia viene considerata capace di svolgere sia la funzione di protezione che quella di stressor.

Ciò è stato messo in evidenza da una serie di studi, noti come ricerche sull'emotiva espressa familiare, avviati intorno alla fine degli anni Cinquanta, dai

⁴⁴ P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 95

⁴⁵ *Ivi*, pp. 96

⁴⁶ G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, Nis, Roma 1994, pp. 82

quali risulta che la convivenza familiare rappresenta uno dei fattori determinanti nelle recidive⁴⁷.

Tali studi hanno evidenziato che i familiari più significativi per il paziente esprimono diversi gradi e tipi di emotività e che le famiglie sovra coinvolte o ipercritiche si associano ad un alto tasso di recidive⁴⁸.

Si individuarono due tipologie di famiglie: *ad alta e bassa emotività espressa*.

Nelle famiglie ad alta emotività espressa regna la confusione sul ruolo dei singoli componenti: per esempio la madre fa le veci del padre, il padre è materno e remissivo, la nonna è dispotica ecc, non esiste un equilibrio nella formulazione dei giudizi, delle decisioni e tutti criticano tutti⁴⁹.

Inoltre in tali famiglie le emozioni sono incontenibili e il coinvolgimento nei confronti del parente affetto da disturbo mentale è eccessivo e poco equilibrato.

Nelle famiglie a bassa emotività espressa i singoli componenti riconoscono e mantengono i reciproci ruoli, manifestano in modo efficace le emozioni, si ascoltano reciprocamente e l'affettività è intensa. L'accoglimento del parente con disturbo mentale è adeguato, le aspettative realistiche e si sviluppa una buona rete di sostegno⁵⁰.

È chiaro quindi che i pazienti che vivono in una famiglia a bassa emotività espressa stanno meglio dei pazienti che vivono in una famiglia ad alta emotività espressa.

Quello che qui mi preme sottolineare, non solo a livello teorico ma anche pratico in seguito alla mia esperienza presso il Centro di Salute Mentale ambito-2 Finale Ligure è che, oggi, grazie alle numerose conoscenze sulla famiglia è stato possibile ridimensionare l'uso e il valore attribuito ai farmaci. I farmaci sono importanti nella cura dei disturbi mentali, specie quelli più gravi, tuttavia possono risultare inutili se non si tiene conto dell'ambiente familiare di riferimento del paziente. Per quanto estremamente efficaci i farmaci non possono prevenire le ricadute e le crisi generate da un ambiente familiare non adeguato.

⁴⁷ Ivi, pp. 82

⁴⁸ Ivi, pp. 82

⁴⁹ P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 98-99

⁵⁰ Ivi, pp. 99

Presso il Centro di Salute Mentale ambito-2 Finale Ligure ho appreso come sia possibile che ogni singola famiglia, con l'aiuto degli operatori e del servizio, possa tentare dei cambiamenti dal punto di vista comportamentale e comunicativo.

Gli interventi che si sono sviluppati in Italia a partire dall'attenzione rivolta all'emotività espressa sono chiamati *psicoeducativi*, ma di tale argomento tratterò in maniera più approfondita nel capitolo IV, anche con riferimento all'esperienza diretta del Csm di Finale ligure.

Importante è anche il modello della famiglia come luogo di riproduzione di regole. Esso concepisce la famiglia come un'istituzione che deve garantire il mantenimento della struttura e dell'ordine sociale. In questa visione, la famiglia, è una struttura gerarchica che in modi più o meno espliciti definisce e distingue rigidamente i ruoli al proprio interno⁵¹. La famiglia definisce le regole e ne determina il rispetto.

Questa azione repressiva sarebbe coinvolta quindi nella produzione del disturbo mentale.

Ultimo modello che deve essere analizzato è quello della famiglia intesa come un nuovo soggetto nella comunità. Il concetto di fondo prevede una triangolazione interconnessa tra persona-famiglia-servizio, una triangolazione dove è sempre più evidente che questi tre soggetti costituiscono un insieme, un sistema, in cui a un cambiamento di uno degli elementi bisogna aspettarsi un cambiamento degli altri due⁵².

Da questo modello ha assunto gradualmente importanza l'associazionismo dei familiari. Queste associazioni sono nate inizialmente come protesta dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici, giustificate dall'eccessivo carico di cura che gravava sulle famiglie, ma si sono successivamente fatte portatrici di richieste normative e di tutela dei diritti dei pazienti psichiatrici.

Oggi tali associazioni collaborano con i Dipartimenti di Salute Mentale e con i Centri di Salute Mentale per realizzare attività riabilitative e per il reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti.

⁵¹ P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 97

⁵² *Ivi*, pp. 103

3.4.3 Le associazioni di familiari

I familiari che sono coinvolti nella cura diretta del paziente psichiatrico, con il passare del tempo, si sentono esauriti, stanchi e spesso senza speranze e aspettative.

Sia prima che dopo la diagnosi psichiatrica, le famiglie sono sottoposte a un forte carico stressogeno e risulta quindi importante per esse affrontare le emozioni negative che si associano alla patologia, confrontandosi con altre famiglie che stanno provando un'esperienza simile.

Risultano oggi importanti, in tal senso, le associazioni di familiari.

In tutto il mondo i familiari di persone con disturbo mentale si uniscono per dare sostegno a se stessi e ai loro parenti. Queste associazioni sono saldamente unite dallo sforzo di contribuire a migliorare la qualità delle cure riducendo il disagio e tutte hanno molto da offrire e da dire nell'ambito dell'assistenza.

I principali problemi che le associazioni di familiari segnalano sono:

- Il problema del carico assistenziale della persona con disagio mentale in relazione all'insufficienza dell'assistenza dei servizi di salute mentale, poiché spesso la famiglia è costretta a gestire da sola i momenti di crisi e di difficoltà, quindi la richiesta più importante fatta dalle associazioni è quella di disponibilità del servizio durante tutte le ventiquattro ore, in un ambito territoriale circoscritto e di piccola scala;
- Il problema della colpevolizzazione: troppo spesso le famiglie si sentono e sono ritenute impropriamente, anche dagli stessi operatori dei servizi, responsabili del disturbo mentale del congiunto. In questo caso la famiglia esprime la necessità di ricevere informazioni, di discutere della colpa ed essere aiutata a una visione delle cose più accettabile;
- Il problema della lontananza dei servizi, per cui le associazioni richiedono una maggiore responsabilità dei servizi nei confronti delle persone con disturbo mentale, la possibilità di una partecipazione attiva delle famiglie nella gestione del servizio, la formalizzazione di comitati di partecipazione e consultazione che coinvolgono i familiari e le loro organizzazioni;

- Il problema dei diritti e delle libertà della persona affetta da disturbo mentale, per cui le associazioni richiedono leggi rispettose della dignità della persone e la disponibilità di risorse e percorsi adeguati per garantire una vita sociale, una casa, la formazione, il lavoro⁵³.

Le associazioni richiedono inoltre una maggiore disponibilità dei servizi di farsi carico e condividere le situazioni di crisi, un minore ricorso ai TSO e l'abbandono di tutte le situazioni di costrizione.

L'associazionismo deve quindi essere visto come una spinta alla realizzazione dei servizi territoriali, delle opportunità di cura e più in generale delle politiche relative alla salute mentale⁵⁴.

Le associazioni devono essere capaci di interloquire e negoziare con i servizi di salute mentale, poiché l'obiettivo non è quello di annientare un servizio, ma la collaborazione e la costituzione di un sistema a rete.

In generale a livello italiano le associazioni si propongono di ottenere:

- Riconoscimento del ruolo delle associazioni dei familiari e un adeguato sostegno finanziario alle loro attività;
- Assistenza adeguata alle persone lungo tutto il percorso terapeutico-riabilitativo;
- Servizi in grado di affrontare le emergenze ventiquattro su ventiquattro e sette giorni su sette;
- Progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati, con particolare attenzione all'uso dei farmaci;
- Formazione continua per gli operatori;
- Riconoscimento dei diritti e dei bisogni delle persone con disturbo mentale, attraverso progetti e servizi per la formazione e l'inserimento lavorativo;
- Favorire lo scambio di conoscenze tra familiari che hanno lo stesso problema e impegnarsi per ottenere servizi migliori;
- Collaborare e confrontarsi con tutte le forze sociali per promuovere la tutela della salute mentale;

⁵³ P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 250

⁵⁴ *Ivi*, pp. 251

- Riunire in gruppi i familiari per affrontare problemi e disagi connessi al disturbo mentale dei propri congiunti;
- Fornire informazioni e promuovere momenti associativi;
- Impegnarsi nella costruzione di una rete sociale stabile e sicura;
- Fare pressione sui mass-media per eliminare stereotipi e pregiudizi che gravano sui pazienti;
- Pensare a strategie per rispondere alla domanda più ricorrente di tanti genitori: “Come potremo assicurare, anche quando non ci saremo più, un futuro sereno ai nostri figli?”⁵⁵.

Un’associazione di familiari può anche diventare un luogo dove trovare momenti di pausa, di sollievo dalle situazioni che si affrontano ogni giorno.

È ormai esperienza comune che i familiari riescano a creare, attraverso l’attività delle associazioni, legami utili e coinvolgenti, scoprono di non essere soli a vivere determinate situazioni e migliorano la loro conoscenza reciproca e tali legami diventano terapeutici.

Nei capitoli successivi si parlerà dei gruppi psico-educazionali e di aiuto-aiuto, ma già il semplice fatto di ritrovarsi periodicamente nella sede di un’associazione è un’attività di grande valore e forte sostegno.

3.4.4 *A.L.F.A.P.P Onlus (Associazione ligure famiglie pazienti psichiatrici)*⁵⁶

Per completare il discorso sull’associazionismo e sul ruolo fondamentale che la famiglia riveste all’interno del percorso terapeutico riabilitativo dei pazienti, mi è parso opportuno descrivere la principale associazione ligure di famiglie di pazienti psichiatrici, da me conosciuta durante il tirocinio professionale in servizio sociale presso il Centro di Salute Mentale ambito-2 Finale Ligure grazie al quale ho collaborato all’organizzazione e realizzazione di una festa in piazza per promuovere l’ALFAPP sezione Savona e acquisire nuovi soci.

⁵⁵ Liberamente tratto da P. Dell’Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 252-253-254

⁵⁶ Informazioni tratte dal sito www.alfapp.it

L'Associazione Ligure Famiglie Pazienti Psichiatrici (A.L.F.A.P.P) nasce nel 1985 da un gruppo di familiari di utenti psichiatrici per difendere i diritti dei sofferenti psichici e aiutare le famiglie che, spesso, si trovano abbandonate dalle strutture pubbliche in situazioni difficili.

Nel corso di questi anni l'associazione ha visto crescere il numero dei suoi soci, arrivando a coinvolgere e sensibilizzare anche persone non direttamente interessate al disagio psichico in quanto parenti.

L'associazione di volontariato A.L.F.A.P.P. è un'associazione giuridicamente costituita, con sede legale nel Comune di Genova e iscritta all'Albo regionale del Volontariato.

È una onlus (opera senza fini di lucro) e si propone la difesa dei diritti dei sofferenti psichici, adoperandosi verso gli organi legislativi ed amministrativi, affinché vengano rispettate le leggi nazionali e regionali riguardanti la psichiatria.

L' A.L.F.A.P.P. si impegna costantemente affinché l'emarginazione che circonda i pazienti psichiatrici possa essere vinta, soprattutto attraverso l'informazione e la conoscenza di un problema che ancora oggi suscita sconcerto e paura nella maggior parte delle persone. Il disagio psichico è infatti spesso vittima del pregiudizio e induce timore, non solidarietà.

Superare questo atteggiamento, difendere i diritti dei sofferenti psichici, è la missione dell'Associazione.

Oltre alla sede centrale di Genova, l'A.L.F.A.P.P. conta tre sezioni disposte su tutta la costa ligure:

1. A.L.F.A.P.P. Sanremo
2. A.L.F.A.P.P. Savona
3. A.L.F.A.P.P. Tigullio

L'A.L.F.A.P.P. ha raggiunto importanti obiettivi concreti, tra cui la costruzione e l'organizzazione di strutture di assistenza psichiatrica e di centri di aggregazione per attività culturali, artistiche, sportivo-dilettantistiche.

È attivo infatti dal 1995 il Centro Laura Lugli, una struttura semi-protetta con funzioni culturali, ricreative, sportive rivolte a persone che hanno, o hanno avuto, problemi di tipo psichiatrico.

Il Centro si propone di offrire ai suoi utenti sia momenti di incontro, sia attività strutturate tali da stimolare le potenzialità dell'individuo ed inserirlo nel tessuto sociale cittadino.

Per questi motivi è aperto ogni giorno da lunedì a domenica, festività comprese, con orario pomeridiano-serale, per rappresentare uno stabile punto di riferimento.

Per quanto riguarda la tipologia dell'utenza, attualmente sono presenti circa sessanta persone con disagio psichico, inviati principalmente da Centri di Salute Mentale genovesi, da Comunità Terapeutiche, da Cliniche private e dall'A.L.F.A.P.P.

Le figure professionali presenti sono:

- Educatori: presenti costantemente, accolgono e seguono gli utenti nelle loro attività quotidiane;
- Volontari e Tirocinanti: fanno animazione, tengono i corsi che vengono svolti all'interno del Centro, collaborano con la segreteria;
- Psicologo: organizza e coordina le varie attività ed i rapporti tra utenti, educatore, volontari e tirocinanti;
- Addetto alla segreteria.

Gli obiettivi sono:

- Integrazione: favorire le relazioni interpersonali tra persone con problemi psichiatrici e tra queste e le persone "normali", prima all'interno del Centro e delle sue attività e in seguito all'esterno, nell'ambito delle attività cittadine;
- Autonomia: tendere allo sviluppo delle capacità di autogestione ed auto-organizzazione delle persone con problemi psichiatrici affinché raggiungano il più alto livello possibile di indipendenza e autonomia personale;
- Sostegno: costituire un punto di riferimento non solo per persone con problemi psichiatrici, ma anche per i loro familiari che possono ricevere informazioni e sostegno personale.

Il prossimo ambizioso progetto dell'Associazione è la costruzione delle "Case di Accoglienza Giovanna Tassano", situate a Genova. Le residenze sono in fase di

ristrutturazione e, non appena completate, ospiteranno circa venti utenti ormai ristabiliti, ma che necessitano di un punto di riferimento.

Importante è anche il periodico bimestrale dell'A.L.F.A.P.P. "Soffio", la cui redazione è composta da psicologi, operatori, volontari e soci del Circolo Lugli e delle altre Sezioni.

Soffio ospita approfondimenti su argomenti di psichiatria e interventi di esperti, richiami per eventi e/o congressi, articoli di fondo e relazioni delle Sezioni, a fianco di scritti degli stessi soci che raccontano e informano sulle attività durante l'anno.

L'A.L.F.A.P.P. ritiene fondamentale la collaborazione e l'aiuto reciproco, pertanto ha attivato una rete di collegamento con altre Associazioni, con i Centri di Salute Mentale liguri e con le principali Comunità terapeutiche liguri.

CAPITOLO IV

I Trattamenti Psico-educativi e i Gruppi Psico-educazionali

4.1 Premessa

Oggi è ancora presente la convinzione che la famiglia sia in qualche modo responsabile della malattia del paziente psichiatrico e ciò crea una situazione conflittuale fra la famiglia, i terapeuti e gli operatori professionali identificati come l'elemento che il paziente richiede per guarire.

Terkelsen ha affermato che quando il terapeuta o la famiglia ritengono che la malattia mentale sia provocata dall'esperienza personale all'interno della famiglia, allora è destinata a crearsi una falsa alleanza terapeutica⁵⁷.

La terapia e l'eventuale trattamento psico-educativo, diventano il tentativo di salvare il paziente dalla famiglia, per la quale è necessario che il paziente resti ammalato, al fine di mantenere la propria stabilità precaria.

A ciò si aggiunge una società che tratta in maniera diversa la malattia mentale dalla malattia fisica per cui le famiglie in cui vi è un paziente psichiatrico sono spesso considerate con diffidenza e sfiducia.

Nonostante tale convinzione la famiglia dovrebbe essere sostenuta adeguatamente, in quanto solo attraverso un lavoro psico-educativo sulla stessa è possibile raggiungere ottimi risultati di adattamento dei pazienti ed evitare così le recidive.

Ciononostante vi sono comunque una serie di studi che dimostrano come l'ambiente in cui il paziente vive influenzi il decorso della patologia psichiatrica. Sembra quindi che se il deficit psico-biologico o la stimolazione ambientale sono abbastanza intensi, allora questi fattori, da soli o interagendo tra loro, potrebbe costituire una causa sufficiente per una ricaduta, anche quando sia assicurata la somministrazione di uno psicofarmaco⁵⁸.

Inoltre la famiglia esprime sempre la propria preoccupazione sul fatto che il carico derivante dall'assistenza di una persona malata di mente ricadrà principalmente

⁵⁷ P. Bertrando, C.L. Cazzullo, M. Clerici, *Terapie familiari e psicoeducazione. Attuali orientamenti nel lavoro con le famiglie di pazienti schizofrenici*, Franco Angeli, Milano 1995 pp. 163

⁵⁸ *Ivi*, pp. 164

sulle famiglie stesse e questo proprio nel caso in cui essa venga individuata come obiettivo dell'intervento.

È quindi mio intento descrivere in questo capitolo i trattamenti psico-educativi e i gruppi psico-educazionali dei familiari al fine di dimostrare come questa attività influenzi positivamente il decorso della patologia psichiatrica e dia sollievo ai familiari circa il carico assistenziale.

4.2 Che cos'è la psico-educazione

La psico-educazione è una forma specifica di educazione volta ad aiutare le persone con disturbi mentali o i familiari ad accedere ad una serie di informazioni in maniera chiara e concisa al fine di aumentare e acquisire capacità di gestione della malattia e delle sue conseguenze⁵⁹.

La psico-educazione è utilizzata poiché numerose ricerche hanno dimostrato che tanto più una persona e un familiare sono consapevoli della propria o altrui malattia e delle conseguenze che questa può avere sulla propria vita e quella degli altri e tanto più sono in grado di controllarla.

Ciò significa che con le conoscenze appropriate, le ricadute sono meno frequenti e, se si verificano, sono meno gravi nella loro durata e intensità.

4.3 Storia degli interventi psico-educazionali in psichiatria

Le diverse forme di trattamento familiare, ampiamente e validamente impiegate oggi nella terapia di molteplici disturbi psichiatrici, hanno avuto origine dalle prime ricerche sul campo e dagli interventi clinici sempre più numerosi che sono stati sperimentati su famiglie di pazienti schizofrenici. Esiste una mole importante di letteratura che riguarda l'intervento psicoeducazionale in psichiatria, ma non avendo lo scopo di proporne una revisione sistematica, mi limiterò a riassumere brevemente alcuni aspetti salienti.

I modelli psico-educativi sono nati dal filone di ricerche sull'emotività espressa (EE.) nei primi anni '70. La teoria dell'emotività espressa esclude una diretta e univoca influenza causale della famiglia nell'origine della patologia schizofrenica,

⁵⁹ Tratto dal sito internet: <http://www.diapsi.it/>

ma l'EE è piuttosto una misura dell'atteggiamento che i familiari di pazienti schizofrenici manifestano verso il soggetto malato⁶⁰.

George Brawn, un antropologo inglese appartenente al Medical Research Council, era arrivato a studiare le famiglie di pazienti schizofrenici partendo da una prospettiva socio- psichiatrica. I suoi primi studi (1962) miravano a stabilire quali fattori ambientali avessero l'effetto di ricondurre in ospedale pazienti, già diagnosticati come schizofrenici, che venivano ricoverati, trattati e poi dimessi⁶¹.

Avendo riscontrato che la convivenza in famiglia era un elemento molto importante, Brown e Rutter nel 1966 costruirono una serie di 22 scale, poi ridotte a 5 allo scopo di individuare e misurare le variabili familiari rilevanti per le recidive di schizofrenia.

Brown identificò così alcuni fattori come i commenti critici, l'ostilità, l'empatia, l'ipercoinvolgimento emotivo e l'insoddisfazione ricorrenti nei contesti familiari che permisero di distinguere famiglie ad alta o bassa emotività espressa.

Nelle famiglie ad alta emotività espressa regna la confusione sul ruolo dei singoli componenti: per esempio la madre fa le veci del padre, il padre è materno e remissivo, la nonna è dispotica ecc, non esiste un equilibrio nella formulazione dei giudizi, delle decisioni e tutti criticano tutti⁶².

Inoltre in tali famiglie le emozioni sono incontenibili e il coinvolgimento nei confronti del parente affetto da disturbo mentale è eccessivo e poco equilibrato.

Nelle famiglie a bassa emotività espressa i singoli componenti riconoscono e mantengono i reciproci ruoli, manifestano in modo efficace le emozioni, si ascoltano reciprocamente e l'affettività è intensa. L'accoglimento del parente con disturbo mentale è adeguato, le aspettative realistiche e si sviluppa una buona rete di sostegno⁶³.

Più recentemente, proprio sullo slancio delle intuizioni di Brown, gli studi sull'importanza del ruolo familiare nel decorso e nella prognosi della malattia sono stati estesi ad altri disturbi psichiatrici.

⁶⁰ P. Bertrando, C.L. Cazzullo, M. Clerici, *Terapie familiari e psicoeducazione. Attuali orientamenti nel lavoro con le famiglie di pazienti schizofrenici*, Franco Angeli, Milano 1995 pp. 30

⁶¹ *Ivi*, pp. 30

⁶² P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010 pp. 98-99

⁶³ *Ivi*, pp. 99

Tra le più importanti patologie psichiatriche dove l'area delle ricerche e degli studi familiari si è ampiamente sviluppata in questi anni, non si può trascurare di accennare quella dei disturbi dell'umore e in particolare della depressione⁶⁴.

Anche se tutt'oggi non esistono possibilità di evidenziare una singola relazione lineare tra depressione e funzionamento familiare, l'ipotesi che la famiglia rivesta un ruolo importante nello sviluppo e nel decorso e nel mantenimento della depressione è sostenuta da considerazioni frutto di ricerche metodologicamente controllate ed ormai sempre più diffuse⁶⁵.

Intorno agli inizi degli anni '80, a partire dalle indicazioni di queste ricerche si svilupparono tecniche di intervento familiare, generalmente note sotto il nome di "interventi psico-educazionali", tese a ridurre gli alti livelli di EE nei contesti familiari e di conseguenza i tassi di ricaduta dei pazienti psichiatrici. Il nuovo modello di intervento familiare che è venuto a configurarsi ha assunto le seguenti caratteristiche:

- si fonda su ricerche empiriche e non su un'epistemologia;
- invece di ricercare fattori eziologici relazionali specifici per la malattia, ne accetta le correnti spiegazioni psichiatriche multifattoriali (vulnerabilità, stress, carico familiare ecc);
- non si configura in alternativa alle terapie biologiche, ma le accetta e le incoraggia;
- invece di considerare disfunzionali le famiglie dei pazienti psichiatrici, le reputa sostanzialmente "normali" e ne riconosce il "carico emotivo e gestionale" in relazione a problemi di difficile e lenta soluzione⁶⁶.

Coerentemente con questi presupposti gli interventi psico-educativi si sono sempre basati sull'offerta alle famiglie interessate, di informazione sulla malattia e sul modo di affrontarla, senza ipotizzare forme di disfunzione familiare. Solo negli ultimi anni sono stati progettati e valutati interventi psico-educazionali centrati su problematiche più specifiche e rivolti ai soli pazienti in gruppo o singolarmente.

⁶⁴ P. Bertrando, C.L. Cazzullo, M. Clerici, *Terapie familiari e psicoeducazione. Attuali orientamenti nel lavoro con le famiglie di pazienti schizofrenici*, Franco Angeli, Milano 1995 pp. 31

⁶⁵ *Ivi*, pp. 33

⁶⁶ *Ivi*, pp. 36

Il metodo psico-educativo si pone in radicale antitesi con le terapie familiari tipiche, siano esse psicodinamiche, sistemiche, strutturali o trans-generazionali: viene postulato a priori che le famiglie con un paziente psichiatrico non manifestano alcuna distorsione relazionale, ma al massimo un eccesso di emotività, più o meno correggibile a seconda degli interventi educativi o comportamentali proposti.

4.4 I Trattamenti familiari psico-educativi

4.4.1 Principi e tecniche alla base degli interventi psico-educativi

I trattamenti psico-educativi e psico-sociali in psichiatria si basano principalmente sull' Emotività Espressa (EE), in breve si può definirla come una tecnica di valutazione, un modo di misurare la risposta emotiva di un familiare nei confronti di un paziente malato⁶⁷.

L'Emotività Espressa può venir impiegata in qualsiasi famiglia presenti un membro malato, non necessariamente affetto da una malattia mentale.

La tecnica consiste nel condurre un colloquio con il familiare nel momento in cui il paziente è soggetto a crisi, sia che si tratti del primo manifestarsi della malattia sia di un episodio di recidiva, e il familiare risponde a una serie di quesiti sul comportamento del paziente e sui sintomi relativi al tre mesi precedenti⁶⁸.

Questo tipo di contatto è molto importante per i familiari, i quali hanno così l'opportunità di parlare di ciò che più li interessa. L'intervista viene registrata e successivamente riascoltata dall'operatore o intervistatore che deve prestare attenzione a due elementi:

1. quello che dice il familiare;
2. come lo dice il familiare.

Le valutazioni sono fatte sulla base di questi due dati e quindi riportate sulle scale di valutazione che comprendono:

- i commenti critici;
- l'ostilità;

⁶⁷ P. Bertrando, C.L. Cazzullo, M. Clerici, *Terapie familiari e psicoeducazione. Attuali orientamenti nel lavoro con le famiglie di pazienti schizofrenici*, Franco Angeli, Milano 1995 pp. 147

⁶⁸ *Ivi*, pp. 147

- l'iper-coinvolgimento emotivo;
- il calore affettivo.

Sulla base delle valutazioni la famiglia viene così definita ad alta o bassa emotività espressa.

I principi fondamentali alla base degli interventi psico-educativi sono:

- la malattia mentale è considerata una malattia con una componente biologica. I pazienti sono particolarmente esposti allo stress ambientale, compresa la critica dei familiari, l'ostilità e l'iper-coinvolgimento emotivo e dunque i terapeuti privilegiano un modello di malattia che concerne la riabilitazione e l'evitamento dello stress;
- le famiglie non vengono considerate responsabili dell'esordio della malattia o delle successive recidive e non vengono fatte ipotesi relative all'origine della malattia;
- spesso viene espresso chiaramente il concetto che le famiglie non sono malate né bisognose di trattamento, mentre viene riconosciuto il carico sopportato dai familiari che si occupano di una persona fortemente disturbata o disabile. L'EE espressa viene considerata il termometro dello stress a carico della famiglia e i familiari sono considerati fattori terapeutici;
- l'intervento psico-educazionale familiare viene proposto associato alla farmacoterapia e alla presa in carico del paziente. Gli scopi dell'intervento familiare sono la prevenzione generale delle recidive e il miglioramento del livello di funzionamento del paziente⁶⁹.

⁶⁹ *Ivi*, pp. 50

Le tecniche specifiche utilizzate⁷⁰

<i>Critica e biasimo</i>	- Riformulazione positiva
<i>Iper-coinvolgimento emotivo</i>	- Esplorazione delle paure irrealistiche - Indipendenza - Tecnica della proiezione nel tempo - Approccio cognitivo-comportamentale - Riformulazione delle necessità di chi presta assistenza
<i>Rabbia</i>	Minori aspettative irrealistiche
<i>Senso di colpa</i>	- Comunicare il fatto che i familiari presumono infondatamente di avere delle responsabilità - Permettere di dare sfogo alle emozioni e normalizzarle - Approccio pragmatico
<i>Afflizione</i>	-Evidenziare gli aspetti positivi della persona
<i>Isolamento</i>	- Trattare il timore del rifiuto - Considerare la paura dello stigma

4.4.2 Il modello psico-educativo familiare

Il modello psico-educativo familiare è un programma di intervento familiare altamente strutturato, destinato a evitare drop-out dal trattamento, a ridurre la sofferenza dei familiari, a ridurre la percentuale di recidive e a portare il paziente a un valido funzionamento nell'ambito sociale⁷¹.

Il programma si propone di aumentare la prevedibilità e la stabilità dell'ambiente familiare riducendo l'ansia e aumentando la fiducia in se stessi, le conoscenze in merito alla malattia e la capacità di reagire in maniera costruttiva a situazioni difficili da parte della famiglia. Ciò a sua volta riduce l'intensità dell'interazione

⁷⁰ P. Bertrando, C.L. Cazzullo, M. Clerici, *Terapie familiari e psicoeducazione. Attuali orientamenti nel lavoro con le famiglie di pazienti schizofrenici*, Franco Angeli, Milano 1995, pp. 57

⁷¹ Ivi, pp. 165

fra il paziente e la famiglia e diminuisce la possibilità che i pazienti siano eccessivamente stimolati dagli aspetti della vita familiare⁷².

Tali fini possono essere raggiunti attraverso una serie di interventi, suddivisibili in cinque fasi successive ma che possono anche sovrapporsi:

La *I fase* implica interventi che si concentrano sul legame tra paziente e famiglia. Questa fase dovrebbe svolgersi il più presto possibile dopo un episodio acuto e ha quattro scopi principali:

- mettere a punto un'alleanza operativa fra il medico e la famiglia, includendo il paziente;
- sottolineare al massimo i valori positivi e le risorse della famiglia anziché concentrarsi sui punti deboli e sulle carenze;
- cercare di capire eventuali problemi che possono contribuire al livello di stress del paziente o di altri membri della famiglia;
- stabilire le regole e le aspettative del trattamento creando un "contratto" con scopi reciproci, specifici e raggiungibili⁷³.

La *II fase* è un incontro di una giornata in cui si forniscono informazioni di base sui disturbi psichiatrici e al quale partecipano numerose famiglie, per permettere loro di conseguire una "capacità di sopravvivenza". Questo incontro si tiene all'inizio della fase terapeutica ed è destinato a ridurre l'ansia delle famiglie, il senso di disperazione e la sensazione di essere portatori di un marchio di infamia e di isolamento. Si presentano alle famiglie le informazioni più recenti relative alla fenomenologia, alla comparsa, al decorso e all'esito dei disturbi psichiatrici. Queste informazioni creano la base teorica per la presentazione di una serie di tecniche che i membri della famiglia possono utilizzare per facilitare il progresso del paziente e di se stessi. In particolare i familiari vengono incoraggiati:

- in primo luogo a ridurre il coinvolgimento estremo con il paziente, sia positivo, sia negativo;
- in secondo luogo a ridurre i conflitti e le critiche stabilendo dei limiti ai comportamenti o ai rituali che sono distruttivi o che disturbano gli altri membri della famiglia;

⁷² Ivi, pp. 165

⁷³ Ivi, pp. 165

- in terzo luogo ad aumentare il loro coinvolgimento nella rete di sostegno sociale del membri malato della famiglia o in altre attività potenzialmente positive al di fuori dell'ambito della famiglia nucleare⁷⁴.

L'incontro offre la possibilità ai familiari partecipanti a discutere tra loro scambiandosi le proprie esperienze sulla malattia, così che l'isolamento della famiglia comincia a essere messo in discussione. Tale isolamento diminuirà ulteriormente finché i familiari continueranno a riunirsi periodicamente come gruppo psico-educazionale.

La *III fase* del trattamento implica delle sedute con le singole famiglie tese a offrire un sostegno costante e suggerimenti ai familiari e al paziente al fine di ottenere risultati a lungo termine. Inizia inoltre un processo graduale di reintegrazione del paziente nella routine e nei ruoli familiari abituali sfruttando le competenze e capacità residue del paziente. Il successo del trattamento si ottiene dedicando attenzione ai temi della ripresa graduale di responsabilità da parte del paziente e della appropriata gestione dei legami interpersonali, generazionali e tra famiglia e comunità. Le sedute familiari si tengono generalmente ogni due settimane e prevedono:

- il contatto sociale;
- la rassegna di "compiti a casa";
- la creazione di una capacità di risoluzione dei problemi emersi;
- l'assegnazione di nuovi compiti⁷⁵.

La *IV fase* è volta al reinserimento del paziente nell'ambito della comunità sociale e professionale. Tale fase si basa sull'ipotesi che molti pazienti psichiatrici, nonostante il sostegno della famiglia, dispongano di risorse limitate per cercare autonomamente un impiego e dunque è necessario il sostegno dei Servizi di Salute Mentale.

La *V fase* verifica quando e se il paziente e la famiglia hanno dimostrato dei progressi significativi. Si valuta se:

- il trattamento può continuare;
- il trattamento può passare a concentrarsi sugli argomenti più tradizionali della terapia familiare;

⁷⁴ Ivi, pp. 165-166

⁷⁵ Ivi, pp. 167

- il trattamento può entrare in un regime di mantenimento⁷⁶.

Attraverso questo modello psico-educativo familiare la qualità di vita delle famiglie sembra migliorare e si può dunque affermare che le famiglie dei pazienti psichiatrici costituiscono una valida risorsa nel trattamento. Prima di scegliere un intervento che si proponga di isolare il paziente dalla propria famiglia, o inserire la famiglia in terapia, sembra più positivo e umano mantenere e sostenere la famiglia come risorsa positiva per il paziente.

È quindi necessario costituire un progetto che miri alla creazione di un intervento psico-educativo o di un gruppo psico-educazionale il quale preveda alcune finalità:

1. definire attentamente le caratteristiche del funzionamento familiare e le capacità di adattamento al disturbo psichiatrico del paziente;
2. valutare mediante una breve fase di consulenza mirata sulla famiglia o sul singolo familiare, le richieste formulate per garantire la migliore presa in carico da parte di un servizio di salute mentale;
3. fornire informazione specifica alla famiglia, ai singoli familiari, sulla malattia e su ogni aspetto terapeutico e gestionale a essa correlato;
4. fornire sostegno psicologico alla famiglia o ai singoli familiari in funzione di un miglioramento della capacità di problem-solving;
5. fornire assistenza e consulenza specifica;
6. più in generale svolgere un'azione complessiva sull'ambiente familiare volta a diminuire la pressione ambientale sui singoli⁷⁷.

Il programma familiare è un intervento importante per il reinserimento dei pazienti psichiatrici, a condizione che sia sviluppata una fase successiva a tali programmi.

La prima fase si centrerebbe sulla famiglia e consisterebbe nel gestire la prevedibilità dell'ambiente, mentre la fase successiva mirerebbe ad addestrare i pazienti ad affrontare i fatti imprevedibili che si possono verificare nel loro

⁷⁶ P. Bertrando, C.L. Cazzullo, M. Clerici, *Terapie familiari e psicoeducazione. Attuali orientamenti nel lavoro con le famiglie di pazienti schizofrenici*, Franco Angeli, Milano 1995, pp. 168

⁷⁷ *Ivi*, pp. 188

ambiente senza che né i pazienti, né il terapeuta, né la famiglia siano in grado di controllarli.

Esistono però molti pazienti per i quali i programmi psico-educativi non sono adatti o pazienti che non hanno familiari disposti a essere inseriti nell'intervento

4.5 I gruppi psico-educazionali in psichiatria

L'intervento psico-educazionale in psichiatria viene generalmente attuato attraverso la creazione gruppi di familiari ad hoc, alla presenza o meno dei pazienti, da parte dei Servizi di Salute Mentale che identificano le famiglie che potenzialmente avrebbero bisogno di tale intervento.

Generalmente il gruppo psico-educazionale proposto è di tipo informativo-educativo, di sostegno, di supporto al problem-solving ed allo sviluppo dell'assertività, di riavvio all'autonomia funzionale in pazienti multiproblematici, di condivisione tra pari (gruppi omogenei per patologia) di situazioni specifiche.

Il gruppo si configura come uno spazio "neutro" rispetto al servizio istituzionale, una sorta di garanzia che permette di porre l'accento sui familiari senza considerarli pazienti, riconoscendone il bisogno di sostegno da una posizione più equilibrata ed in un contesto di autonomia⁷⁸.

Il gruppo si pone come "terzo elemento" della relazione terapeutica, permettendo ai pazienti di osservare e comprendere meglio i propri pattern relazionali in un contesto più naturale e complesso rispetto alla semplice interazione diadica con il terapeuta.

Per quanto riguarda i criteri di selezione dei familiari, sono diversificati (generalmente per età dei familiari e per patologia psichiatrica dei pazienti) e si tende ad escludere solo quei familiari che soffrono di gravi problemi di comunicazione e relazione in quanto rendono difficile la partecipazione alle dinamiche di gruppo e quindi risultano controindicati al lavoro previsto.

⁷⁸ P. Bertrando, C.L. Cazzullo, M. Clerici, *Terapie familiari e psicoeducazione. Attuali orientamenti nel lavoro con le famiglie di pazienti schizofrenici*, Franco Angeli, Milano 1995 pp. 196

I gruppi psico-educazionali prevedono la partecipazione di un massimo di 12-15 familiari per una durata di 6/8 mesi, le sedute si tengono una volta alla settimana o una volta ogni 15 giorni e hanno una durata di un'ora e mezza⁷⁹.

Vi sono due/tre conduttori e per ogni argomento specifico ci si rivolge a un esperto in materia che prende parte, fisicamente, alle riunioni o viene impiegato mediante registrazioni.

Ogni singolo argomento viene trattato in modo chiaro e comprensibile da parte dell'esperto e nella seduta successiva il gruppo discuterà le informazioni ricevute la settimana precedente con l'aiuto dei conduttori.

Nel gruppo si sviluppano relazioni, nascono legami identificativi, si genera una cultura comune e potenti meccanismi trasformativi. Ogni incontro è una opportunità di lavoro su di sé e sulla propria vita attraverso il racconto dei propri sentimenti e delle proprie aspettative.

Negli incontri con gli altri si sviluppa nuova consapevolezza e si apre la via al cambiamento attraverso l'acquisizione di nuove competenze.

I membri del gruppo sono sollecitati dai facilitatori, in un clima di accettazione, a esprimere liberamente le difficoltà, le paure, e le conseguenze dei propri comportamenti problematici con i figli o parenti per un accrescimento dell'autostima, delle abilità di problem-solving, della gestione dello stress.

È fondamentale che il gruppo lavori su argomenti specifici: la discussione non è attinente alle informazioni fornite, né necessariamente guidata dal conduttore, ma piuttosto dai problemi concreti che emergono dal vivere quotidiano con il paziente⁸⁰.

Le tematiche da sviluppare in seduta emergono sia dagli interventi diretti dei familiari in relazione ai propri vissuti, sia dall'analisi degli atteggiamenti e dei comportamenti che i familiari esplicitano durante le sedute di gruppo, attraverso la rilettura offerta dai conduttori⁸¹.

⁷⁹ P. Bertrando, C.L. Cazzullo, M. Clerici, *Terapie familiari e psicoeducazione. Attuali orientamenti nel lavoro con le famiglie di pazienti schizofrenici*, Franco Angeli, Milano 1995 pp. 98

⁸⁰ *Ivi*, pp. 203

⁸¹ *Ivi*, pp. 203

Il modo migliore per iniziare a trattare un problema è la libera discussione sui fatti che accadono direttamente in famiglia, stimolando i partecipanti ad affrontarli secondo il loro modo spontaneo d'interagire e secondo le loro preferenze.

Tutti i familiari tendenzialmente partecipano alla discussione e i conduttori, non utilizzano un approccio direttivo e non rappresentano la fonte necessaria per l'incremento delle capacità di problem-solving. Essi, invece, attenendosi ad alcune regole di base quali l'astensione dall'indirizzare il gruppo verso specifiche tematiche, la rielaborazione permanente in forma neutrale di quanto viene proposto, la sollecitazione ai familiari di esplorare autonomamente problemi e possibili soluzioni senza nessuna istruzione rigida, agiscono prevalentemente come "collante" della discussione e hanno un'importante funzione di riequilibrio del gruppo⁸².

I conduttori, quando necessario, suggeriscono nuovi temi di riflessione non direttivi che emergono spontaneamente dal gruppo nell'intento di ridurre la tendenza dei familiari a mantenere atteggiamenti stereotipati o non funzionali verso la comprensione del problema. Inoltre tendono a scoraggiare l'esame, da parte del gruppo, di problemi che potrebbero andare oltre i limiti di comprensione del gruppo stesso.

Alla fine di ogni seduta di gruppo è opportuno che i conduttori effettuino una rielaborazione adeguata di quanto emerso, focalizzando le tematiche centrali e favorendo le riflessioni e il confronto prospettico sulle differenti opinioni emerse⁸³.

L'intervento psico-educativo viene svolto in alcuni casi come terapia a sé, o nei casi più complessi come parte integrante della terapia farmacologica e ambulatoriale o di servizio.

Dalla letteratura di riferimento sull'efficacia della psico-educazione è emerso che l'acquisizione e la tenuta delle informazioni è l'aspetto più problematico di questi programmi e che uno scarso numero di sedute informative o sedute troppo brevi spesso non permette ai familiari di fruire dei vantaggi attesi in termini cognitivi⁸⁴

⁸² P. Bertrando, C.L. Cazzullo, M. Clerici, *Terapie familiari e psicoeducazione. Attuali orientamenti nel lavoro con le famiglie di pazienti schizofrenici*, Franco Angeli, Milano 1995 pp. 204

⁸³ *Ivi*, pp. 205

⁸⁴ *Ivi*, pp. 200

Spesso i gruppi psico-educazionali diventano nodo centrale di promozione e sviluppo di Associazioni di familiari di pazienti psichiatrici (si descriverà a breve l'esperienza del gruppo psico-educazionale "Dopo di noi" del Centro di Salute Mentale di Finale Ligure) che hanno due obiettivi:

1. da un lato, a livello legislativo e politico, la necessità di farsi riconoscere come interlocutore primario nella programmazione dell'assistenza psichiatrica influenzandone le scelte e controllandone l'attuazione;
2. dall'altro cercando di attivare direttamente nuove strategie di intervento, cercando di compensare le enormi insufficienze della rete pubblica di assistenza psichiatrica, specialmente in un momento di crisi economica come quello attuale in Italia.

È importante infine ricordare, come ultimo gradino, la possibilità che un gruppo psico-educazionale si trasformi in un gruppo di auto-aiuto.

4.5.1 I fattori terapeutici utilizzati nei gruppi psico-educazionali

Vengono utilizzati nei gruppi psico-educazionali vari fattori terapeutici:

- *Infusione della speranza*: infondere e mantenere la speranza è un fattore molto importante in tutte le forme di psico-educazione, sia per motivare il familiare a continuare il trattamento, sia come fiducia nella possibilità di ottenere dei risultati positivi dal metodo terapeutico prescelto;
- *Universalità e condivisione*: molti familiari credono di essere gli unici ad avere una persona cara che soffre di un particolare problema, che spesso assume caratteristiche spaventose o inaccettabili e che perciò viene tenuto accuratamente nascosto agli altri. Coloro che partecipano ad un gruppo terapeutico hanno finalmente l'occasione di ascoltare altre persone con problemi e preoccupazioni simili, ricavandone grande sollievo e fiducia nella possibilità di aprirsi ed esplorare sé stessi;
- *Informazione*: spesso i familiari dei pazienti psichiatrici sono impauriti e angosciati dall'incertezza sull'origine, il significato e la gravità dei problemi dei loro cari. L'informazione che i partecipanti ad un gruppo psico-educazionale ricevono durante gli incontri è importante perché

comprende anche i consigli e i suggerimenti provenienti dai facilitatori o dagli altri familiari;

- *Altruismo*: in genere i familiari che iniziano a partecipare a un gruppo psico-educazionale possiedono un livello di autostima molto ridotto e sono convinti di essere completamente inutili per gli altri. Durante gli incontri accade però che tutti i componenti del gruppo si aiutino reciprocamente con suggerimenti, rassicurazioni, condivisione di problemi simili, e scoprono che essere importanti per altre persone costituisce un'esperienza confortante e di notevole impulso per l'autostima;
- *Rielaborazione delle difficoltà familiari*: la maggior parte delle persone che prendono parte al gruppo, hanno vissuto esperienze insoddisfacenti all'interno della propria famiglia d'origine. All'interno del gruppo, ogni paziente rivive in qualche modo i propri conflitti familiari, ma in maniera correttiva, cioè mettendoli in discussione ed elaborandoli con l'aiuto dei facilitatori e degli altri membri del gruppo;
- *Sviluppo di tecniche di socializzazione*: ogni persona ha la possibilità, attraverso le osservazioni provenienti dagli altri partecipanti al gruppo psico-educazionale, di rendersi conto di proprie modalità di interazione sociale inadeguate con il proprio familiare e, conseguentemente, di apprendere di nuove, migliorando considerevolmente la propria competenza sociale;
- *Comportamento imitativo*: è il processo mediante il quale un membro del gruppo può assumere come modello alcuni aspetti positivi del facilitatore o degli altri partecipanti;
- *Apprendimento interpersonale*: l'apprendimento interpersonale permette l'acquisizione di maggiore consapevolezza circa i propri comportamenti sociali inadeguati, la valutazione dell'impatto dei propri comportamenti sugli altri, l'acquisizione della consapevolezza di poter cambiare i propri atteggiamenti, l'apprendimento della capacità di stabilire relazioni interpersonali gratificanti e libere da distorsioni, la possibilità di sperimentare nuovi comportamenti, la possibilità di verificare le

conseguenze dei nuovi comportamenti acquisiti all'interno del gruppo e l'utilizzazione delle nuove capacità acquisite al di fuori del gruppo;

- *Coesione di gruppo*: non costituisce di per sé un fattore terapeutico ma è una condizione necessaria affinché una psicoterapia risulti efficace⁸⁵.

Per ottenere buoni risultati, un gruppo psico-educazionale dovrebbe permettere l'acquisizione da parte di ogni familiare di alcune capacità:

- comprensione delle necessità psicologiche che si celano dietro i sintomi e il comportamento disturbato;
- accettazione realistica dei bisogni reciproci;
- riduzione di aspettative eccessive nei confronti del paziente da parte dei familiari;
- riduzione degli atteggiamenti critici e della tendenza a giudicare i comportamenti contraddittori, spesso causata dalla disinformazione e dalla non-legittimazione della malattia;
- rinforzo nell'impiego di canali comunicativi più efficaci con il malato e revisione degli stessi con gli altri membri non malati all'interno delle relazioni familiari⁸⁶.

4.6 Gruppo psico-educazionale “Dopo di noi” CSM Finale Ligure

All'interno del Centro di Salute Mentale di Finale Ligure si è creato un gruppo aperto ai familiari con età superiore ai 40 anni (coniuge, coppia genitoriale, figli, fratelli, sorelle ecc) di pazienti affetti da un disturbo psicotico, finalizzato alla riflessione del “Dopo di Noi”, ovvero sulla gestione del futuro dei propri congiunti.

Il gruppo ha contenuto le angosce persecutorie dei familiari dei pazienti attraverso un intenso lavoro di tre facilitatori: un'Assistente sociale, un'Infermiera e una Psicologa.

⁸⁵ Liberamente tratto da sito internet: <http://www.ausl2.umbria.it/>

⁸⁶ P. Bertrando, C.L. Cazzullo, M. Clerici, *Terapie familiari e psicoeducazione. Attuali orientamenti nel lavoro con le famiglie di pazienti schizofrenici*, Franco Angeli, Milano 1995 pp. 203

La conduzione del gruppo è stata orientata in direzione psico-educazionale permettendo a ciascun componente di rispecchiarsi nei problemi dell'altro, al fine di arginare i vissuti di solitudine, isolamento e vergogna presenti.

Si sono utilizzati diversi stimoli per la discussione:

- un questionario appositamente creato per la raccolta delle informazioni sia sul familiare che sul paziente;
- filmati sul tema della “famiglia”;
- strumenti cartacei raffiguranti elementi simbolici e/o frasi evocative.

In una fase iniziale la riflessione del gruppo si è orientata su un piano razionale:

- la gestione quotidiana;
- l'igiene;
- la pulizia dell'ambiente casalingo;
- il reperimento e la preparazione degli alimenti.

La seconda fase è stata dedicata alla riflessione sulle dinamiche relazionali interne alla famiglia.

La terza fase è stata incentrata sulle relazioni extrafamiliari ovvero sul problema della socializzazione, dell'individuazione e mantenimento del lavoro e sull'utilizzo dei mezzi pubblici e/o auto.

Il gruppo si è focalizzato maggiormente sull'analisi delle criticità dei singoli casi in modo tale da favorire soluzioni condivise dei partecipanti al gruppo e non preconfezionate dall'ambito istituzionale.

In base agli incontri effettuati si è rilevato:

- un miglioramento delle capacità di espressione dei vissuti dolorosi;
- un miglioramento della capacità di ascolto reciproco tra i membri;
- un rinforzo rispetto alla resilienza;
- un miglioramento della capacità di problem-solving;
- un miglioramento delle capacità relazionali e affettive.

Il gruppo è diventato nodo di rete promuovendo le realtà associative presenti sul territorio tra cui l'ALFAPP (Associazione ligure famiglie pazienti psichiatrici) e l'Associazione di promozione sociale “A Cielo Aperto”.

Alcuni dei membri del gruppo si sono infatti iscritti in qualità di soci all'ALFAPP e hanno elaborato diverse iniziative sociali e culturali per sensibilizzare la

tematica della salute mentale e della coesione, attraverso la collaborazione con l'Associazione di promozione sociale "A Cielo Aperto" (nata dieci anni fa come gruppo di auto mutuo aiuto, in seguito a incontri tra ASL e Comune).

Il gruppo ha inoltre stimolato alcuni partecipanti verso l'impegno diretto nel volontariato.

Il gruppo è attualmente in fase conclusiva e si auspica da parte degli operatori del servizio di salute mentale una trasformazione del gruppo psico-educazionale in un gruppo di auto-mutuo-aiuto.

In generale tutti i familiari dei pazienti che hanno partecipato al gruppo psico-educazionale sono apparsi soddisfatti del lavoro svolto dal CSM sin dall'iniziale presa in carico da parte del servizio.

Riguardo alla tematica principale del gruppo "il dopo di noi", si è rilevato concretamente che ciascun familiare possiede una casa di proprietà e dunque ha riflettuto sul futuro del proprio parente.

Sul fronte della stimolazione a rendere autonomi i propri "cari", i familiari sono apparsi inizialmente ambivalenti: da una parte essi riconoscevano un miglioramento rispetto al passato, tuttavia si rilevava il timore di un ritorno alla fase acuta della patologia psichiatrica.

A livello relazionale il gruppo è stato coeso e frequenti sono stati gli scambi comunicativi e la discussione dei problemi.

Nelle pagine seguenti è allegato il progetto relativo al gruppo psico-educazionale sopra descritto e alcune testimonianze dirette dei familiari.

4.7 ALLEGATO A

PROGETTO GRUPPO PSICO-EDUCAZIONALE DI FAMILIARI DI PAZIENTI PSICHIATRICI “DOPO DI NOI”⁸⁷



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

U.O. Assistenza psichiatrica Territoriale

Centro di Salute Mentale Finale ligure

Ambito 2

PROPONENTE DEL PROGETTO: Direttore del Dipartimento di Salute Mentale

RESPONSABILI DEL PROGETTO: 1 Assistente Sociale, 1 Psicologa, 1 Infermiera

PERIODO DI RIFERIMENTO: 2011/2012

⁸⁷Progetto elaborato da A. Stefano durante il tirocinio formativo di III anno di corso universitario

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il presente progetto si propone di applicare e di verificare la *Psico-educazione rivolta alle Famiglie di Pazienti affetti da un disturbo psicotico* attraverso la creazione di un gruppo, finalizzato alla riflessione sulla gestione del futuro del congiunto.

Il proposito è quello di attivare il più possibile le risorse familiari e favorire sia un miglioramento dell'integrazione delle attività svolte dal Servizio di Salute Mentale con l'impegno dei familiari che lo sviluppo di una rete di supporto sociale, con una verifica dei risultati degli interventi effettuati.

Destinatari

Il gruppo è aperto a chiunque sia un familiare maggiore di 40 anni (coniuge, coppia genitoriale, figli, fratelli, sorelle ecc) di un paziente psichiatrico che desideri "camminare insieme" a persone che condividano la stessa sofferenza, un gruppo dove le tematiche del "dopo di noi" siano evidentemente "attuali".

Obiettivi del progetto

La valenza sociale e sanitaria del progetto risiede nel fatto che offre la possibilità di:

- ❖ Riattivare le risorse che la famiglia ha in sé ma che sono state offuscate dal disagio;
- ❖ Sperimentare, grazie al confronto e alla condivisione delle storie e dei vissuti degli altri partecipanti, nuove modalità di comportamento per migliorare la qualità della vita dell'intero nucleo familiare;
- ❖ Favorire la collaborazione dei familiari per la realizzazione del progetto terapeutico rivolto al parente malato;
- ❖ Affrontare gli aspetti concreti della gestione quotidiana;
- ❖ Ridurre i vissuti di isolamento dei familiari;
- ❖ Rafforzare la rete sociale supportiva e sviluppare spazi autonomi di gruppo;
- ❖ Considerare il familiare come soggetto attivo, in grado di svolgere il ruolo di figura centrale nella cura del proprio caro;
- ❖ Verificare l'efficacia degli interventi e/o della procedura utilizzando strumenti specifici di valutazione (tests di vario genere);

- ❖ Rafforzamento della capacità di problem-solving.

Fasi del progetto e modalità d'intervento

Nella fase di attivazione si prevede:

- ❖ Individuazione del contesto in cui si svolgerà il gruppo;
- ❖ Identificazione dei familiari che rientrano nella categoria dei destinatari da parte dell'èquipe del Centro di Salute Mentale di Finale Ligure ;
- ❖ Invio lettera di invito ai familiari designati;

Nella prima fase si prevede la riflessione:

- ❖ sulla gestione quotidiana;
- ❖ sull'igiene;
- ❖ sulla pulizia dell'ambiente casalingo;
- ❖ sul reperimento e la preparazione degli alimenti.

La seconda fase sarà dedicata alla riflessione delle dinamiche relazionali interne alla famiglia.

La terza fase sarà incentrata:

- ❖ sulle relazioni extrafamiliari, ovvero sul problema della socializzazione, dell'individuazione e mantenimento del lavoro e sull'utilizzo dei mezzi pubblici e/o auto.
- ❖ sul tema dell' abitazione ovvero quali scenari i famigliari hanno mentalizzato in merito alla sistemazione abitativa del loro congiunto;
- ❖ sulla gestione del denaro e del patrimonio familiare oggetto di successione.

Per quanto riguarda le modalità d'intervento si prevede:

- ❖ Somministrazione di un questionario per la raccolta delle informazioni sia sul familiare che sul paziente;
- ❖ La visione di filmati relativi al tema della "famiglia";
- ❖ L'utilizzazione di strumenti cartacei raffiguranti elementi simbolici e/o frasi evocative.

Tempi

Gli incontri sono previsti con cadenza quindicinale dalle 10,30 fino alle 12,00 per un periodo di circa sei mesi a partire dal 27 Luglio 2011 presso i locali della Croce Verde di Finale Ligure.

Risultati attesi

Coinvolgimento di familiari che, sulla base comune dell'elaborazione affettiva e cognitiva del ruolo genitoriale e attraverso lo scambio tra punti di vista culturali e sociali differenti, il rispecchiamento reciproco e l'individuazione personale, diventino più capaci di rispondere alle difficoltà di ruolo.

Attraverso l'analisi del futuro e delle difficoltà concrete che i familiari individuano negli scenari dei loro congiunti si stimola la capacità delle persone di dare una risposta condivisa alle problematiche comuni, questo al fine di sviluppare l'empowerment presente nel gruppo e di proporre soluzioni innovative. L'idea è che da parte dei genitori che inizialmente saranno i beneficiari dell'esperienza di sensibilizzazione e formazione, ci possa essere un'attivazione finalizzata alla costituzione di una rete stabile e alla continuazione del gruppo in maniera autonoma come gruppo di auto-mutuo-aiuto.

Si prospetta una possibile attivazione a livello territoriale che possa sviluppare sensibilizzazione nei confronti dell'ambito psichiatrico.

4.8 ALLEGATO B

Testimonianze dirette dei familiari che hanno partecipato al gruppo psico-educazionale “Dopo di noi”

Le iniziali aspettative dei familiari riguardo al gruppo⁸⁸

Cosa si aspetta lei da questo gruppo?

“Informazione sui centri di ospitalità che possono accogliere il malato qualora non fossi più in grado di accudirlo”

“Da questo gruppo già ricevo tanta solidarietà: spero di ottenere sempre più informazioni e strumenti per aiutare mio figlio a convivere con la sua malattia anche quando non potrò più occuparmi direttamente di lui”

“Qualche soluzione per il futuro quando noi genitori non potremmo più seguire i nostri cari”

“Un aiuto anche psicologico derivante dalla condivisione delle diverse esperienze”

“Aiuto morale e prospettive per il futuro”

“Consigli per il futuro sociale-economico del ragazzo”

“L’aiuto che avete sempre dato anche nell’avvenire quando noi genitori non ci saremmo più”

Riflessioni sul “Dopo di noi”⁸⁹

I diversi partecipanti al gruppo, dopo la consegna da parte dei facilitatori di alcune immagini simboliche della “casa”, hanno centrato la discussione sull’autonomia abitativa dei propri cari. Ciascun familiare a turno ha esposto la propria situazione.

Familiare XI: *“Sono molto preoccupata perché mio figlio desidera mantenere la casa di proprietà, ma mi trovo indecisa sulla decisione da prendere. Il mio volere*

⁸⁸ Documentazione del CSM di Finale Ligure

⁸⁹ Ivi

sarebbe quello di trovare una casa a due piani per potere mantenere i propri spazi, ma allo stesso tempo vorrei una badante in futuro per mio figlio”.

I membri del gruppo discutono con la signora circa la possibilità di inserire preventivamente per il proprio figlio una figura di accudimento esterna.

Familiare XQ: *“Riguardo alla casa, abbiamo una casa di proprietà. Il problema che mi pongo è chi sarà vicino a mio figlio domani perché già adesso non è in grado di gestirsi da nessun punto di vista”.*

Viene avanzata dagli altri familiari la possibilità di affiancare al figlio alla badante o un parente.

Familiare XN: *“Mio figlio ha la nostra casa di proprietà, ma io e mio marito stiamo pensando di acquistarne una più piccola per lui. Ultimamente siamo proprio stanchi, non è facile convivere con nostro figlio”.*

Nella discussione i famigliari avanzano l'ipotesi di una vacanza dei genitori e l'affidamento al figlio temporaneamente a qualche parente.

Familiare XR: *“Quando parlo del futuro con mio figlio, dice di voler stare da solo ma sono convinta che non ce la farà, quindi l'alternativa è una struttura protetta nonostante abbiamo una casa di proprietà”.*

Si discute circa la struttura eventualmente idonea per il figlio della signora.

Familiare XH: *“Abbiamo due appartamenti e spero che almeno una delle nostre figlie si occupi della madre in futuro. Non potrei pensare di inserirla in una struttura e per di più ho veramente serie difficoltà a parlare del futuro in famiglia. Il futuro mi spaventa e mia moglie non capisce”.*

Gli altri familiari hanno cercato di sostenere il signore a livello emotivo.

Familiare XP: *“Io ho poco da dire. Mio figlio quando rimarrà solo avrà una casa di proprietà e molti cugini e zii che si prenderanno cura di lui”.*

Familiare XL: *“In futuro desidererei mantenere mia moglie a casa anche se la soluzione migliore sarebbe la struttura, considerata la sua difficile condizione psico-fisica”.*

Gli altri familiari cercano di far riflettere il signore sulla reale possibilità di una struttura assistenziale per la moglie.

Familiare XF: *“ Attualmente mio figlio vive in un alloggio protetto con altri ragazzi e per il futuro immagino una co-abitazione”.*

La discussione porta la signora a considerare gli alloggi dell'associazione di promozione sociale "A Cielo Aperto" di Finale Ligure.

Riflessione sui problemi quotidiani⁹⁰

Familiare XO: la signora presenta la situazione urgente che sta vivendo in casa. Dopo la recente morte del marito, il figlio fuorisede vorrebbe vendere la casa di proprietà dividendo la quota di eredità ma il paziente non vuole. Quest'ultimo ha proposto alla madre di dividere l'appartamento per avere uno spazio per lui ma ha anche espresso il volere di non vivere in una casa dove accanto c'è il fratello. La signora viene stimolata dal gruppo a cercare una mediazione tra i figli, in modo tale da non vendere la casa, soprattutto cercando di far comprendere al figlio fuorisede come un possibile cambio di abitazione potrebbe incidere negativamente sulla patologia del paziente.

Familiare XB: marito di una paziente malata da tanti anni. Rivela la sua difficoltà iniziale ad accettare la malattia della moglie "*Ho provato vergogna, paura*". Rivela che il suo punto di forza è il sostegno del CSM e delle figlie, le quali sono collaborative. Non riesce ancora a pensare al futuro. I membri del gruppo lo sollecitano a pensare al futuro in quanto solo così riuscirà ad accettare la patologia della moglie e ha trovare la serenità per un possibile futuro.

Testimonianze di una seduta del gruppo relativa alla stimolazione dei singoli familiari da parte dei facilitatori e dei vari membri del gruppo stesso⁹¹

Familiare XN: la signora apre la discussione rivelando al gruppo che il figlio è sovrappeso, affermando "*Per lui il cibo è tutto*".

Stimolo/compito→preparazione della cena da parte del paziente una volta alla settimana per sensibilizzarlo a una dieta sana ed equilibrata.

Familiare XO: la signora rivela che il figlio mangia sempre da solo alle 18,00. Spesso va a fare la spesa in un piccolo negozio e acquista prevalentemente dolci. Il fratello fuorisede ha deciso di tornare a vivere con loro, ma il paziente non è d'accordo.

Stimolo/compito → affrontare da parte della madre il problema della convivenza.

⁹⁰ Documentazione del CSM di Finale Ligure

⁹¹ Ivi

Familiare XH: riferisce che la moglie compra alimenti non necessari e quindi spesso lui li getta.

Stimolo/compito → gratificare gli sforzi della moglie.

Familiare XM: riferisce che il figlio è autonomo nella preparazione dei cibi, tuttavia non si reca a fare la spesa, ma esce solo per le sigarette.

Stimolo/compito→essere più autoritaria nel richiedere al figlio di fare le cose.

CAPITOLO V

I Gruppi di auto-mutuo-aiuto in psichiatria

5.1 Premessa

“Migliorare la salute mentale richiede attenzione alla promozione e alla protezione della salute mentale lungo tutto il corso della vita, in particolare nei gruppi svantaggiati sotto il profilo sociale ed economico. Programmi ben costruiti per la salute nei luoghi di vita e di lavoro possono aiutare le persone a raggiungere un senso di coerenza, a costruire e mantenere relazioni di mutuo sostegno, ad affrontare le situazioni e gli eventi che provocano stress”. (Health 21, O.M.S.)

Oggigiorno molte persone, grazie all’aiuto dei servizi formali, si stanno avvicinando a quelli che vengono definiti gruppi di auto-mutuo-aiuto.

L’offerta dei servizi e più in generale del welfare state, soprattutto in Italia, è altamente inefficiente e risulta quindi importante, sia per i possibili utenti dei Servizi di Salute Mentale sia per gli stessi operatori professionali che ivi svolgono la propria attività, informarsi circa il beneficio e l’utilità che il self-help può dare alle persone che soffrono di un disturbo mentale.

La mutualità nei Servizi di Salute Mentale si basa su tre punti fondamentali:

- fare con;
- meno delega e più responsabilità;
- insieme è meglio⁹².

Nel presente capitolo si cercherà inizialmente di dare una definizione di mutuo-aiuto, seguita da una veloce rassegna storica di tali gruppi, per poi incentrarsi sui principi alla base degli stessi e in particolare sui gruppi istituzionali, cioè quelli creati all’interno dei Servizi di Salute Mentale come braccio aggiuntivo del sostegno agli utenti dei servizi psichiatrici.

In conclusione verranno presentate alcune testimonianze dirette del gruppo di auto-mutuo-aiuto “L’Aurora” di Borgio Verezzi e dell’Associazione “A Cielo Aperto” di Finale Ligure.

⁹² Dispensa corso di formazione per l’attivazione gruppi di auto mutuo aiuto nell’ambito della depressione e dell’ansia e attacchi di panico, Trento 2003

5.2 Che cosa sono i gruppi di auto-mutuo-aiuto

L'auto-mutuo-aiuto è un modo di trattare con i problemi che ciascuno si trova a fronteggiare nella propria vita: malattie, separazioni, dipendenze, lutti, disturbi alimentari, disturbi psichiatrici ecc. Molte persone hanno scoperto che a volte possono ricevere più aiuto e chiarificazione da estranei che hanno lo stesso problema di quanto ne ricevano da persone che sono loro più vicine sul piano relazionale⁹³. L'auto-mutuo-aiuto si fonda sull'azione partecipata delle persone, persone in difficoltà, persone che hanno un problema, persone però che nel gruppo si attivano ed aiutano, portando qualcosa di sé, la propria storia, la propria esperienza, le conoscenze e le competenze che da tale esperienza derivano loro, le proprie risorse cognitive ed emozionali⁹⁴.

L'espressione inglese *self-help* (auto-aiuto) mette in luce l'esperienza individuale di aiutare se stessi, mentre il termine *auto-mutuo-aiuto* è una definizione più completa in quanto include l'idea della mutualità e dello scambio reciproco⁹⁵.

I gruppi di auto-mutuo-aiuto potrebbero essere definiti come delle reti sociali "artificiali", reti cioè che si creano deliberatamente per produrre aiuto/sostegno nei quali ciascun membro è tale perché è riuscito a compiere uno sforzo individuale (auto-aiuto) per andare a ricevere/dare un aiuto supplementare attraverso l'interazione reciproca con altre persone di cui si trova a condividere l'analoga situazione esistenziale (mutuo-aiuto)⁹⁶. Poiché esistono una pluralità di gruppi di auto-mutuo-aiuto, non è facile darne una definizione unitaria, per questo motivo di seguito si riportano alcune definizioni degli autori più importanti in letteratura:

"Un momento di incontro tra persone, singole, in coppia o famiglie, unite da uno stesso problema, per scambiarsi informazioni e soluzioni, per condividere sofferenze e conquiste con l'obiettivo di riscoprirsi risorsa, non solo per sé, ma per l'intera collettività".

(S. Bertoldi)

⁹³ P. R. Silverman, *I gruppi ai mutuo aiuto. Come l'operatore sociale li può organizzare e sostenere*, Edizioni Erickson, Trento 2003, pp. 31

⁹⁴ Tratto dal sito: www.fareassieme.it

⁹⁵ *Ivi*

⁹⁶ P. R. Silverman, *I gruppi ai mutuo aiuto. Come l'operatore sociale li può organizzare e sostenere*, Edizioni Erickson, Trento 2003, pp. 13

“Gruppi che offrono alle persone la possibilità di esercitare attenzione ai loro corpi, alle loro menti, ai loro comportamenti e possono aiutare altri a fare la medesima cosa. Non solo offrono supporto, ma restituiscono alla persona: una competenza, un senso di sé, un ruolo e possibilità di nuovi legami”.

(L. Grosso)

Tuttavia una delle definizioni più importanti e più frequentemente riportate è la seguente:

“I gruppi di self-help sono strutture di piccolo gruppo, a base volontaria, finalizzate al mutuo aiuto e al raggiungimento di particolari scopi. Essi sono di solito costituiti da pari che si uniscono per assicurarsi reciproca assistenza nel soddisfare bisogni comuni, per superare un comune handicap o un problema di vita oppure per impegnarsi a produrre desiderati cambiamenti personali o sociali. I promotori e i membri di questi gruppi hanno la convinzione che i loro bisogni non siano, o non possano essere, soddisfatti da o attraverso le normali istituzioni sociali. I gruppi di auto-aiuto enfatizzano le interazioni sociali faccia a faccia e il senso di responsabilità personale dei membri. Essi spesso assicurano assistenza materiale e sostegno emotivo; tuttavia, altrettanto spesso appaiono orientati verso una qualche causa, proponendo un'ideologia o dei valori sulla base dei quali i membri possano acquisire o potenziare il proprio senso di identità personale”.

(Katz e Bender)

Dunque le caratteristiche principali dei gruppi di auto-mutuo-aiuto sono:

- i gruppi di self-help implicano sempre un'interazione faccia a faccia;
- il primo proposito dei gruppi è fornire supporto emotivo e informazione circa uno specifico problema di cui si occupa;
- le origini di questi gruppi sono di solito spontanee, anche se oggi molti di questi sono attivati dai Servizi di Salute Mentale;
- la partecipazione iniziale è un elemento essenziale in quanto tali gruppi funzionano per i suoi membri e grazie ad essi;
- i gruppi partono sempre da una condizione di difficoltà, condivisa da tutti i membri;

- i gruppi sono aperti a nuovi membri che si incontrano regolarmente durante l'anno;
- la partecipazione ai gruppi è gratuita;
- i gruppi generalmente diventano punto di connessione e identificazione con gli altri;
- i gruppi devono essere di facile accesso per le persone e le famiglie ed è bene che trasmettano una loro scheda informativa ai vari servizi e associazioni presenti sul territorio.

Partendo dall'affermazione significativa “aiutando gli altri è un po’ come aiutare se stessi”, si può cogliere come il concetto fondamentale dell’auto-mutuo aiuto si espliciti in tre parole chiave:

- attivazione;
- condivisione;
- reciprocità⁹⁷.

5.3 Breve sintesi storica dell’auto-mutuo-aiuto

Nel 1897 Peter Kropotkin, filosofo sociale russo in esilio, scrisse un libro pionieristico dal titolo “Mutual Aid”, in cui avanzò la tesi secondo cui la stessa evoluzione della specie umana sarebbe stata impossibile senza l’attitudine degli uomini a “riunirsi” fra loro, di fare corpo comune, di cooperare, di sostenersi reciprocamente di fronte a comuni problemi o pericoli esterni⁹⁸.

In realtà i primi gruppi di auto-aiuto nascono ufficialmente nel 1935, anno di fondazione degli Alcolisti Anonimi ad Akron negli Stati Uniti. Questo gruppo nasce durante la Grande Depressione, periodo in cui gli alcolisti ricoprivano il ruolo dei falliti sociali e non ricevevano alcun tipo di trattamento medico.

Gli Alcolisti Anonimi sono il primo gruppo di eguali che nasce con l’obiettivo di trovare un’alternativa ai percorsi di cura tradizionali, fondata sul riconoscimento delle potenzialità del reciproco sostegno, della responsabilizzazione dei singoli e l’acquisizione di uno stile di vita sano.

⁹⁷ Dispensa corso di formazione per l’attivazione gruppi di auto mutuo aiuto nell’ambito della depressione e dell’ansia e attacchi di panico, Trento 2003

⁹⁸ Ivi

Quest'esperienza ha dato il via alla fondazione di gruppi di auto-aiuto specifici per diverse problematiche, dai "Narcotics Anonymous" (gruppo per tossicodipendenti), ai "Gamblers Anonymous" per giocatori d'azzardo, "Overeaters Anonymous" per disturbi alimentari, agli "Emotion Anonymous" per i disturbi emotivi.

Tra il 1930 e il 1950 negli Stati Uniti vengono fondate le associazioni dei familiari degli alcolisti anonimi e familiari di bambini con handicap.

Nel 1958 viene fondata "Synanon", comunità per il recupero sviluppata sull'autonomia dai servizi formali, e "Recovery Inc", un'associazione di utenti ed ex pazienti psichiatrici, atta a facilitare l'inserimento sociale dei malati mentali ed il mantenimento di una condizione di benessere attraverso attività di auto-aiuto.

Negli anni Settanta i gruppi di auto-aiuto ebbero un enorme sviluppo, in ambiti molto diversi, negli Stati Uniti, in Gran Bretagna ed in Europa settentrionale.

In salute mentale le prime esperienze spontanee di auto-aiuto risalgono ai club dei dimessi dai manicomi americani negli anni Trenta, teorizzati in seguito da Bierer sotto il nome di Clubs socio-terapeutici.

A partire dagli anni '70 si assiste ad una proliferazione dei gruppi di auto-aiuto psichiatrico, specie negli Stati Uniti, con un orientamento "separatista" dove tali gruppi erano caratterizzati dal fatto di non ammettere al loro interno alcun professionista. Il movimento dei pazienti ed ex-pazienti psichiatrici nasce in opposizione o al di fuori del sistema psichiatrico istituzionale, laddove la psichiatria si presenta più repressiva e con funzioni di controllo sociale⁹⁹.

Gli obiettivi di tali gruppi sono:

- l'organizzazione di strutture alternative ai trattamenti psichiatrici tradizionali;
- la rivendicazione da parte delle persone etichettate come "malati di mente" del diritto di cittadinanza.

Il movimento dell'auto-aiuto nei primi anni '80 si diffonde con un modello separatista in Germania e negli Stati Uniti, Olanda, Francia, Est Europa, Paesi Scandinavi e Italia con un modello non separatista.

In particolare in Inghilterra l'auto-aiuto si sviluppa nel corso degli anni '80 con un orientamento "non separatista", ossia è prevista la presenza di operatori all'interno

⁹⁹ T. Bordogna *Promuovere i gruppi self-help*, Franco Angeli, Milano 2002

dei gruppi, a patto che si rispettino alcune regole fondamentali tra cui la condivisione da parte dello stesso dei principi dell'auto-aiuto.

MIND, la più grande e importante associazione di salute mentale inglese alternativa ai servizi pubblici, nata a Londra nel 1946, dai primi anni ottanta comincia a interessarsi all'auto-aiuto e a promuoverlo¹⁰⁰.

Nella metà degli anni Ottanta, sempre in Inghilterra, si forma una rete nazionale di gruppi di auto-aiuto, i "Survivors speak out", che esprimono il loro orientamento non separatista.

La caratteristica dell'auto-aiuto anglosassone è la predisposizione di interventi mirati a sostenere e difendere un membro del gruppo nei confronti di diversi interlocutori, dalla famiglia, ai vicini di casa, ai servizi socio-sanitari¹⁰¹.

In Italia le prime esperienze di auto-aiuto psichiatrico nascono negli anni Settanta/Ottanta successivamente al processo di de istituzionalizzazione attuato dalla legge 180/1978.

Nel 1995 nasce l'Associazione A.M.A. di Trento e tra il 1996-2003 nascono altre Associazioni ad ombrello a Brescia, Bergamo, Pisa, Milano, Bolzano, Cesena, Salerno, Roma, Palermo, Abbiategrasso, Mondovì, Pinerolo ecc.

In Liguria è nata nel 2008 A.M.A.Li., associazione per il coordinamento e la diffusione della metodologia dell'auto-mutuo-aiuto.

Attualmente A.M.A.Li. è rappresentata da persone provenienti da Genova, Savona, Imperia e La Spezia, che hanno vissuto personalmente l'esperienza A.M.A. nei gruppi, e da altri che pur non avendolo praticato personalmente, lo riconoscono come un "valore", perché identifica nella persona stessa e nei suoi pari le risorse da mettere in atto per affrontare un medesimo problema, individuando nella differenza dell'altro la sua ricchezza.

Rispetto alle esperienze di auto-aiuto anglosassoni, i gruppi italiani hanno perso l'atteggiamento di protesta ed hanno una posizione collaborativa anziché sostitutiva verso le istituzioni.

¹⁰⁰ S. Cesario, F. Mariotti e D. Sani, *L'Auto aiuto Psichiatrico: I processi aspecifici nella psicoterapia*, Franco Angeli, Milano 2001, pp. 14

¹⁰¹ F. Bettarini e G. Terranova, *Advocacy, differenti forme di acquisizione di potere*, Franco Angeli, Milano 2002, pp. 13

5.4 Le caratteristiche dei gruppi di auto-mutuo-aiuto

I gruppi di auto-mutuo-aiuto sono formati da persone che condividono il medesimo problema. Generalmente sono costituiti da un numero ristretto di partecipanti/pazienti psichiatrici (da un minimo di 4-5 ad un massimo di 14-16) e vi possono partecipare anche i familiari di quest'ultimi.

All'interno dei gruppi di auto-mutuo-aiuto ciascun membro svolge due ruoli congiunti:

- quello di erogatore di aiuto;
- quello di ricevitore di aiuto;

quindi ciascuno deve ricevere aiuto/sostegno e contemporaneamente deve dare aiuto¹⁰².

Il gruppo di auto-mutuo-aiuto è caratterizzato dal fatto che i membri condividono il medesimo problema, al di là di tutte le possibili differenze individuali ed è proprio questa caratteristica che definisce l'appartenenza al gruppo, un gruppo di "pari".

I gruppi di auto-aiuto sono spesso orientati all'azione sociale, cioè spingono i membri all'azione concreta per la soluzione di problemi collettivi, infatti l'energia e la forza che il gruppo è in grado di esprimere, sono sicuramente maggiori delle possibilità che ogni singolo paziente ha a disposizione per la soluzione del problema.

Aiutare gli altri è una norma espressa del gruppo: ognuno, con la propria esperienza e competenza, attraverso il confronto e la condivisione, trae aiuto per sé e per gli altri¹⁰³.

All'interno del gruppo ogni decisione, cambiamento, regola viene formulata, discussa e accettata democraticamente attraverso una comunicazione orizzontale, cioè ogni paziente esprime liberamente il proprio pensiero, rispettando gli altri e senza accentrare la discussione su di sé; importante è anche il coinvolgimento personale, per cui ogni persona decide autonomamente se e come prendere parte al gruppo¹⁰⁴.

¹⁰² P. R. Silverman, *I gruppi ai mutuo aiuto. Come l'operatore sociale li può organizzare e sostenere*, Edizioni Erickson, Trento 2003, pp. 19

¹⁰³ Tratto dal sito: www.fareassieme.it

¹⁰⁴ *Ivi*

Inoltre la responsabilità è personale cioè ogni persona è protagonista del cambiamento che vuole ottenere, la persona stessa è la prima risorsa per sé e per il gruppo.

In un gruppo di auto-mutuo-aiuto si attivano tutti i processi tipici dell'attività di gruppo, ovvero i membri del gruppo di trovano inseriti in una sorta di microcosmo o di piccolo sistema sociale in cui smettono di essere esclusivamente dei devianti o portatori di qualche patologia o sofferenza, ma diventano piuttosto membri di un aggregato collettivo¹⁰⁵.

Quindi si può facilmente comprendere come gli obiettivi comuni ai gruppi di auto-mutuo-aiuto sono:

- aiutare i partecipanti a esprimere i propri sentimenti;
- sviluppare le capacità di riflettere sulle proprie modalità di comportamento;
- aumentare le capacità individuali nell'affrontare i problemi;
- aumentare la stima di sé, delle proprie abilità e risorse, lavorando su una maggiore consapevolezza personale;
- facilitare la nascita di nuove amicizie¹⁰⁶.

In altre parole nel gruppo dovrebbero vigere alcuni valori fondamentali:

- *Legame*: all'interno del gruppo di auto-mutuo-aiuto i partecipanti sono coinvolti in prima persona, ognuno porta liberamente con sé la propria storia a cui gli altri possono prendere parte, ascoltando e comunicando. Attraverso il reciproco sostegno e il confronto delle esperienze vissute trovano un luogo dove affrontare le difficoltà. È importante che ognuno trovi nel corso dell'incontro lo spazio per esprimere almeno una volta la propria opinione e/o il proprio stato d'animo e ogni persona presente cerca nel suo possibile di ascoltarla. Inoltre se un partecipante non può venire all'incontro lo segnala;
- *Fiducia*: ogni partecipante può esprimere liberamente sentimenti ed emozioni, creando un clima empatico e solidale per tutti, infatti se qualche membro è irrequieto, triste o arrabbiato, si discute prima tutti insieme

¹⁰⁵ P. R. Silverman, *I gruppi ai mutuo aiuto. Come l'operatore sociale li può organizzare e sostenere*, Edizioni Erickson, Trento 2003, pp. 22

¹⁰⁶ Tratto dal sito: www.fareassieme.it

questa cosa in quanto è importante per il paziente avere la possibilità di motivare il proprio comportamento senza essere giudicato. Se un partecipante vuole lasciare il gruppo, ne espone i propri motivi. Ogni partecipante deve avere la certezza e deve dare sicurezza agli altri che ciò che viene discusso nel gruppo non viene portato all'esterno;

- **Rispetto:** ogni persona è diversa dall'altra e nella discussione si delineano opinioni, vissuti e idee anche molto diverse le quali sono tutte egualmente legittime e da rispettare. Rispetto significa anche puntualità agli incontri ed evitare comportamenti che ledono la libertà degli altri¹⁰⁷.

All'interno di un gruppo di auto-mutuo-aiuto deve esserci anche la figura del facilitatore, ovvero la persona che nel gruppo si mette a disposizione e contribuisce, attraverso capacità personali e metodologiche, al buon funzionamento dello stesso.

L'utilità della presenza del facilitatore va percepita anche in base ai diversi momenti che il gruppo sta vivendo e soprattutto nel momento iniziale di costituzione del gruppo in cui le azioni di aiuto non avvengono sempre e solo spontaneamente, ma spesso devono essere in qualche modo provocate, guidate, facilitate: questo è il ruolo del facilitatore¹⁰⁸.

Vi sono delle qualità che una persona, la quale intende svolgere il ruolo di facilitatore di un gruppo di auto-mutuo-aiuto deve sviluppare:

- avere fiducia nelle possibilità intrinseche del gruppo di crescere;
- avere fiducia nelle potenzialità dei singoli membri del gruppo;
- saper ascoltare e far sì che le persone si ascoltino;
- essere empatico e promuovere l'empatia;
- non giudicare e promuovere comportamenti non giudicanti;
- aver sviluppato un certo grado di adattamento e conoscenza rispetto al problema specifico;
- disponibilità ad "esserci";
- presenziare senza insegnare¹⁰⁹.

¹⁰⁷ Dispensa corso di formazione per l'attivazione gruppi di auto mutuo aiuto nell'ambito della depressione e dell'ansia e attacchi di panico, Trento 2003

¹⁰⁸ Tratto dal sito: www.fareassieme.it

¹⁰⁹ Ivi

Il ruolo di facilitatore nei gruppi trattati nella presente tesi è svolto prevalentemente da operatori professionali appartenenti ai Servizi di Salute Mentale.

5.5 I gruppi di auto-mutuo-aiuto gestiti da Servizi di Salute Mentale

Il gruppo di auto-mutuo-aiuto che nasce su iniziativa di un professionista e patrocinato da un Servizio di Salute Mentale determina il fatto che il gruppo venga considerato come uno dei vari servizi che l'Ente offre ai propri utenti.

Questo tipo di gruppo rappresenta l'ideale per un servizio che riconosce quanto sia importante l'esperienza di mutuo-aiuto per persone con disturbi mentali.

Lo scopo del gruppo di auto-mutuo-aiuto in psichiatria è dare, ai pazienti che sperimentano una patologia simile, l'opportunità di condividere le loro esperienze e di aiutarsi a mostrare l'uno con l'altro come affrontare i problemi comuni.¹¹⁰

In questi gruppi gestiti dai servizi, i membri, pur condividendo un problema, non controllano le risorse né dirigono il corso degli incontri, ma si ha la presenza di un facilitatore che deve appunto facilitare il processo di aiuto, deve aiutare le persone a parlare fra loro, deve incoraggiarle a vedere come esse possono mobilitare le proprie e altrui risorse al fine di aiutare se stessi e gli altri.

Nei gruppi in oggetto a svolgere il ruolo di facilitatore è l'operatore professionale (Assistente Sociale, Psicologo, Infermiere ecc), il quale non si interessa tanto ai fattori del passato nella vita dei pazienti, ma piuttosto dalla comunanza delle loro esperienze attuali e dei loro approcci alle stesse¹¹¹.

L'operatore professionale dovrebbe anche essere considerato, nei limiti del possibile, un partecipante come gli altri, che espone anch'egli ogni sua esperienza che è significativa per il problema del gruppo. Può essere inoltre proficuo che il facilitatore sia affiancato da co-facilitatori, i quali possono essere scelti tra i membri del gruppo oppure tra altri operatori del servizio.

¹¹⁰ P. R. Silverman, *I gruppi ai mutuo aiuto. Come l'operatore sociale li può organizzare e sostenere*, Edizioni Erickson, Trento 2003, pp. 64

¹¹¹ Ivi, liberamente tratto da pp. 64

Analizziamo in dettaglio come si attiva un gruppo di auto-mutuo-aiuto nell'ambito dell'attività di un Servizio di Salute Mentale. Molti sono gli aspetti da considerare:

- l'individuazione e lo studio delle esigenze e dei bisogni espressi dall'utenza al fine di selezionare uno specifico target cui direzionare la proposta. L'operatore professionale dovrebbe effettuare una sorta di screening dei potenziali partecipanti, esaminando la casistica del Servizio e discutendo con i colleghi in équipe circa l'utilità del progetto e chiedere loro di presentarlo come una concreta opportunità a quegli utenti che, a loro parere, potrebbero trarne vantaggio;
- il reperimento delle risorse disponibili per sensibilizzare la popolazione al problema;
- la preparazione di materiale informativo in modo che le informazioni riguardanti il gruppo proposto giungano a conoscenza dell'intera comunità attraverso volantini, avvisi e articoli pubblicati sui giornali locali, distribuiti in punti dove è più facile trovare un elevato numero di persone potenzialmente interessate (farmacie, distretti sanitari, residenze protette, Csm ecc.). Tutto il materiale propagandistico utilizzato dovrebbe contenere:
 - informazioni chiare sul tipo di gruppo progettato;
 - i motivi della scelta di una certa categoria di utenti/pazienti;
 - il programma;
 - i dettagli su quando e dove il gruppo terrà i suoi incontri;
 - il numero di telefono del Servizio o di un potenziale membro interessato.

Generalmente è opportuno che venga identificato un luogo fisico per gli incontri, il quale non coincida con la sede del Servizio di Salute Mentale in quanto luogo potenzialmente stigmatizzante per i pazienti stessi, dunque dovrebbe essere un luogo in cui sia possibile creare un'atmosfera calda e accogliente.

Ogni gruppo, all'inizio del suo percorso, è introdotto da alcuni incontri preliminari detti "formativi" con lo scopo di stimolare la conoscenza reciproca dei partecipanti, di introdurre momenti di riflessione e di approfondimento su tematiche specifiche in relazione al disagio affrontato¹¹².

Solitamente gli incontri preliminari sono serate comuni alla presenza dei potenziali partecipanti nelle quali vengono trattati i principi dell'auto-mutuo-aiuto, le caratteristiche dei gruppi, il concetto di cambiamento, l'importanza del gruppo nel sostenere la scelta fatta, i concetti di autostima, salute e auto protezione. In altri incontri sono trattati argomenti più mirati, sviluppando tematiche relative al problema affrontato¹¹³.

Il ciclo formativo è articolato in quattro incontri:

- Il primo incontro - La metodologia dell'auto-mutuo-aiuto: un operatore illustra alle persone la metodologia dei gruppi e i valori che in essi vengono condivisi. Viene stimolata la riflessione e la reciproca conoscenza attraverso una prima presentazione di ciascun membro. Fin dal primo incontro è possibile respirare un clima di calda solidarietà e condivisione;
- Il secondo incontro - Aspetti psicologici dei disturbi oggetto del gruppo: è presente un esperto per fornire informazioni rispetto alle terapie più utilizzate nella cura dei disturbi. Anche in questo incontro si stimolano le riflessioni personali e il confronto dei vissuti all'interno del gruppo;
- Il terzo incontro - Tecniche di autocontrollo: in questa riunione vengono presentate alcune tecniche di autocontrollo che possono aumentare le proprie capacità per far fronte al cambiamento che si intende intraprendere superando le paure immotivate legate all'ansia o all'attesa di un nuovo attacco;
- Quarto incontro - Il cambiamento: attraverso alcune tecniche valutate con il gruppo si cerca di ottenere piccoli cambiamenti nel quotidiano e di stimolare il ruolo attivo e consapevole nel trattamento del proprio disturbo, sia a livello individuale che con l'aiuto del gruppo¹¹⁴.

¹¹² *Dispensa corso di formazione per l'attivazione gruppi di auto mutuo aiuto nell'ambito della depressione e dell'ansia e attacchi di panico, Trento 2003*

¹¹³ *Ivi*

¹¹⁴ *Ivi*

Al termine del ciclo di incontri, inizia il percorso vero e proprio del gruppo di auto-mutuo-aiuto con la presenza di un facilitatore. Il gruppo continua a trovarsi con cadenza settimanale in incontri che durano circa un'ora e mezza.

L'aspetto più difficile nei gruppi di auto-mutuo-aiuto in psichiatria è porre termine a tale esperienza. Indipendentemente da quanti incontri siano stati a suo tempo programmati, i partecipanti chiedono inevitabilmente di continuare.

L'ultimo incontro dovrebbe essere utilizzato in parte per una verifica di ciò che il gruppo ha portato avanti e in parte per aiutare il gruppo a decidere che cosa fare in futuro in quanto, per molti gruppi, il passo successivo all'ultimo incontro può essere quello di attivare delle attività di socializzazione¹¹⁵.

5.6 Il gruppo di auto-aiuto “L’Aurora. Insieme con le parole per i fatti”

La depressione rappresenta una condizione psicopatologica che per la gravità della sintomatologia clinica, la notevole frequenza di recidive e il rischio di suicidio necessita di essere curata sia da un punto di vista medico psichiatrico che sociale¹¹⁶.

La depressione è una patologia rilevante anche dal punto di vista epidemiologico: dal 5% al 17% della popolazione risulta affetta da disturbi depressivi. In un qualsiasi momento a circa il 5% della popolazione può essere fatta una diagnosi di depressione maggiore e almeno il 10% ad un certo punto nell'arco della vita¹¹⁷,

L'intervento medico-psichiatrico risulta sicuramente centrale nella depressione ma per stabilire un equilibrio che non sia solamente fisico, ma anche emotivo, sociale e psicologico, è importante anche un sostegno dato dalle reti informali della persona.

La depressione spesso incide sulle relazioni sociali della persona, che si ritrova spesso sola a dover gestire la propria situazione problematica, incapace o impossibilitata ad uscire di casa e a mantenere relazioni significative.

¹¹⁵ P. R. Silverman, *I gruppi ai mutuo aiuto. Come l'operatore sociale li può organizzare e sostenere*, Edizioni Erickson, Trento 2003, pp. 76

¹¹⁶ Tratto dal sito: www.fareassieme.it

¹¹⁷ *Ivi*

Per questo il Centro di Salute Mentale di Finale Ligure ha attivato, circa otto anni fa, il gruppo di auto-mutuo-aiuto sulla depressione “L’Aurora. Insieme con le parole per i fatti”, che è tutt’ora attivo. Il gruppo prevede incontri settimanali ogni mercoledì pomeriggio dalle 17,00 alle 19,00 presso il centro sociale di Borgo Verezzi. Il facilitatore del gruppo è un’infermiera professionale del Csm con specifica formazione sui gruppi di auto-mutuo-aiuto.

Nel paragrafo seguente sono riportate una serie di testimonianze dirette dei membri del gruppo “L’Aurora” atte a dimostrare quando sia utile il mutuo-aiuto per i pazienti con un disturbo depressivo.

5.6.1 Testimonianze del gruppo di auto-mutuo-aiuto “L’Aurora” di Borgo Verezzi¹¹⁸

“Confessiamolo, tutti quanti noi, partecipanti, utenti, uditori, accompagnatori, ci siamo chiesti ma sarà utile? Sarà giusto, positivo, propedeutico a un miglioramento? I drammi, a volte le tragedie che alimentano gli incontri urtano spesso con il nostro involucro, in quel momento, fragile.

Dentro c’è la nostra anima, lì nuda, trepidante, timida ma vogliosa di nuovo sapere, di speranza, cioè gli stimoli per continuare a frequentare il gruppo di auto-mutuo-aiuto.

Allora la risposta? Non può essere che: sì. Perché quando sbandi c’è sempre qualcuno che ti sorregge; quando titubi c’è qualcuno che ti smonta, delucidando, i ma e i se; quando sei in dubbio, il sorriso, lo sguardo quieti di qualcuno ti rinforzano. Ognuno di noi insieme agli altri durante gli incontri, rappresenta un anello, un anello di una catena speciale ma, come tutte le altre, si può spezzare, accorciare, allungare. E quando queste situazioni si vengono a creare, ecco la partecipazione, momento grandemente importante, valevole, forte.

La catena si è accorciata? Gli anelli rimasti si scrutano, si informano, si interessano. La catena si deve allungare? Gli anelli allora si allargano per far posto, gentilmente, senza forzare l’aggancio. La catena si rompe? No, la catena non si rompe perché quand’anche si spezzasse (forse sarà successo in qualche dove) rimarranno gli anelli non più congiunti nel luogo fisico, nella logistica

¹¹⁸ Diario degli incontri del gruppo di auto-mutuo-aiuto “L’Aurora”

pratica, ma vivi fra di loro fuori nella società, negli incontri personali venutesi a modellare proprio lì nel luogo di origine.

Il contesto nel quale l'AURORA, il nostro gruppo di incontro, agisce è un piccolo paese sul litorale ligure, paese piccolo, la gente mormora. È mormora da diversi anni, cioè dall'inizio della formazione, su quello che non sa dimostrando il solito becerume dell'ignoranza, tanto quanto affinità e decisione nel perseguire gli intenti dimostra il gruppo.

Le radici del soggetto Auto-Mutuo-Aiuto sono sufficientemente profonde: se si prosegue vuol dire che le poche sconfitte sono inversamente proporzionali ai benefici palpabili e statisticamente provati. E allora, fruitore: professa, in senso lato, ciò che le sigle dell'acrostico dicono: A.M.A

(Ottobre 2006, Gruppo di Auto-Aiuto l'Aurora – insieme con le parole per i fatti – Borgio Verezzi)

“Un sorriso, una lacrima, una voce inceppata, uno sguardo di speranza. Rumori di porte che si aprono e chiudono, permettendo agli intervenuti, l'andirivieni necessario alle loro esigenze. Ma, soprattutto, la sottile sensazione di qualcosa presente nell'aria, che non vedi, ma senti come un peso enorme. Quasi una latta contro i mulini a vento.

Quanta disperata incoscienza, nei volti assenti, seppure presenti, in quei corpi esigenti di movimenti incontrollati, in quella muta, eppure fortemente sentita, richiesta di aiuto.

E la mia cosciente e colpevole resa, dinanzi a una realtà dura da affrontare. Ad una consapevole debolezza, contro una inconsapevole forza. E quindi una grande ammirazione, per tutte le persone che di questo enorme peso, si sono fatte carico. Un grazie a tutti coloro, i quali non possono percepire interamente, quanto amore e dedizione contiene un simile sostegno.

Queste sono le impressioni sintetizzate, ricavate dalla mia partecipazione all'incontro di Psichiatria e Auto-Aiuto”.

(Partecipante al gruppo, Ottobre 2003).

“Frequentando il gruppo e con l’esperienza dei facilitatori ho capito che siamo in tanti ad avere bisogno dell’aiuto altrui per avere un’arma in più per sconfiggere questa malattia (la depressione). Coraggio lasciamoci aiutare! E non dimenticate, L’unione fa la forza!!”.

(Partecipante al gruppo, Maggio 2005)

“Ci ritroviamo anche questo mercoledì per raccontarci, sostenerci, condividere le nostre gioie e i dolori. Oggi al gruppo ci sono due persone nuove. È la loro prima volta e come tutte le prime volte crea un po’ di imbarazzo. Il nostro incontro questa sera è particolarmente coinvolgente poiché una partecipante annuncia con grande forza d’animo che sua figlia è affetta da una brutta malattia. Tutto il gruppo immediatamente solidarizza con l’interessata cercando in qualche modo di sostenerla come solo un gruppo può a mio avviso fare, ascoltando e condividendo. Spieghiamo ai due nuovi arrivati l’importanza della CONDIVISIONE della gioie ma anche e soprattutto dei dolori perché il condividere ci fa sentire meno soli. Gli chiediamo di raccontarci qualcosa della loro storia. Anche questa sera il nostro incontro è terminato e facciamo sempre un po’ di fatica nel lasciarci, si sono sempre cose da dire, riflessioni da fare.....al prossimo mercoledì”.

(Facilitatore, Giugno 2005)

“Continua l’appuntamento settimanale con il gruppo sociale. È una cosa che ritengo gradevole, anche se in verità preferisco spesso rimanere ad ascoltare che intervenire in modo sostenuto. Questo sia per discrezione sia per non essere coinvolto nelle problematiche altrui, cosa che mi porterebbe a elaborazioni contorte, disagevoli e difficilmente gestibili se paragonate a quelle che devo già affrontare quotidianamente. È di conforto comunque sapere che altre persone, pur nelle loro varie sfaccettature, provino pensieri, sensazioni, disagi e malesseri che talvolta ti sembrano catastrofici. In quei momenti vorresti morire, rinunci a qualsiasi cosa ma è sorprendente, invece, rendersi conto alle volte di valere qualcosa, quando ti accade un fatto positivo o se riesci bene in un lavoro appagante. Allora la fiammella della speranza si ravviva di nuova forza, ma si

tratta sempre di un sentimento episodico e di breve durata. Spero che questo nuovo percorso contribuisca ad alimentare quella fiammella”.

(Partecipante al gruppo, Agosto 2005)

“È da poco che faccio parte di questo gruppo di auto-aiuto. Sono contenta di parteciparvi perché mi sento a mio agio nonostante all’inizio conoscessi poche persone. Mi farebbe piacere anche incontrare le persone che ancora non conosco ma di cui ho sentito parlare. Oggi ha fatto capolino una signora nuova che non era mai venuta: ascoltava commossa. Era anche il compleanno di un partecipante,, ha portato i pasticcini e lo spumante, così lo abbiamo festeggiato. Auguri!”

(Partecipante al gruppo, Novembre 2005)

“Quante persone ho visto passare nei mercoledì di questi ultimi 5 anni? Tante. Di ogni età, di ogni estrazione sociale, di varie gravità. Quanta sofferenza, sempre! Ed è proprio questo il comune denominatore: la sofferenza. Anch’io sono qui per questo, la mia sofferenza. All’inizio credevo di esserci come testimone di dolori passati, anche se molto profondi, superati però almeno in parte. Ero qui in Liguria da poco, sapevo dopo tanti anni di analisi quali fossero i miei punti più fragili e cercavo con questa nuova vita di trovare un po’ di pace. E ora a distanza di qualche anno, posso dire che di questa nuova esperienza l’aspetto migliore è proprio l’incontro del mercoledì. Vedo l’impegno di chi ci guida, vedo il cammino che cerchiamo di fare assieme. Vedo qualcosa di buono che ci accomuna”.

(Partecipante al gruppo, Ottobre 2007)

Si può comprendere dalle testimonianze sopra riportate come un gruppo di auto-mutuo-aiuto, se attivato e strutturato in maniera corretta da un Servizio di Salute Mentale, possa essere una risorsa fondamentale nel processo di aiuto dei pazienti con disturbo mentale.

5.7 L'Associazione di promozione sociale "A Cielo Aperto"¹¹⁹

L'Associazione "A Cielo Aperto" è nata da un progetto promosso anni fa dall'U.O Assistenza Psichiatria Territoriale del Dipartimento di Salute mentale, dal Distretto Sociale di Finale e poi sostenuto da numerose Associazioni (Bottega del commercio equo solidale, Gruppo Scout, Accademia di musica, Parrocchie del Finalese ecc), nell'Ottobre 2001 costituendosi inizialmente come gruppo di auto-mutuo-aiuto in ambito psichiatrico. Si è costituita in Associazione di Promozione Sociale il 22 Ottobre 2003, senza fini di lucro ed ha un'area di competenza che va da Albenga a Noli, mentre altre due Associazioni gemelle sono collocate rispettivamente a Savona e a Carcare.

Essa ha finalità di:

- incontro e aggregazione;
- promozione e sviluppo della solidarietà,;
- stimolo per nuovi interessi;
- interazione sociale e accrescimento umano.

L'Associazione collabora con:

- Centro di Salute Mentale di Finale Ligure;
- Distretto Socio-Sanitario;
- Accademia Musicale del Finalese;
- Bottega del commercio equo solidale;
- Gruppo scout;
- Banca del Tempo;
- Gruppo anziani di Finalborgo;
- Associazione culturale S. Biagio;
- Parrocchia di S. Giovanni Battista;
- Istituto professionale alberghiero di Finale Ligure;
- Associazione "Noi per voi" di Altare;
- Associazione "Un club per amico" di Savona.

Criterio che viene seguito rigorosamente all'interno dell'associazione è quello per cui, se la persona è eccessivamente sofferente a livello psichico, non può andare in Associazione perché creerebbe problemi di gestione degli altri utenti. Risulta

¹¹⁹ Documentazione dell'Associazione "A Cielo Aperto"

dunque necessaria una prima risoluzione o attenuazione del disturbo da parte del Servizio di Salute Mentale. L'Associazione promuove attività artistiche, culturali, di animazione ed intrattenimento, ludiche e di svago. Organizza corsi di chitarra e canto, ceramica, computer, decoupage e mosaico, cucina. In sede vengono effettuati dei lavori artigianali (pittura su magliette, creazione di fiori di carta) e organizza gite anche di più giorni, pranzi e cene. Anima alcuni pomeriggi con canti e sketches presso le residenze protette e la residenza sociale per anziani di Finale Ligure. Sono stati effettuati vari progetti tra cui un "Progetto Abitare a Rialto" che ha offerto a molti utenti psichiatrici un servizio di convivenza e di mutualità.

L'Associazione "A Cielo Aperto" si occupa di accompagnare gli ospiti a raggiungere l'autonomia abitativa attraverso gli aspetti concreti del vivere la quotidianità: cucinare, tenere in ordine e pulita la casa, fare la spesa, fare il bucato, prestare attenzione e cura per l'arredamento, gli utensili e gli oggetti vari della casa, ecc.

L'Associazione si impegna, nell'ottica dell'auto-aiuto, a favorire una comune convivenza tra gli ospiti attraverso:

- la formulazione di regole condivise;
- riunione settimanale presso l'alloggio tra gli ospiti e i soci dell'Associazione che si occupano dell'accompagnamento;
- riunione mensile presso la sede dell'Associazione tra gli ospiti e i soci interessati.

In queste case, caratterizzate da un massimo di tre posti letto, non vi sono medici, né infermieri poiché l'obiettivo è la sperimentazione di esperienze comuni di socialità.

Nella fase di osservazione dei bisogni e degli obiettivi di ciascun ospite sono fondamentali i collegamenti e le direttive degli operatori di riferimento dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale con i quali verranno concordati i progetti di autonomia e inserimento in collaborazione dei distretti sociali della zona finalese.

Recentemente è stata anche inaugurata un'area abitabile di circa 80 metri quadri, ripartita su due piani: tre camere singole, una piccola sala TV, un bagno, e una cucina in comune per condividere socialità e momenti di confronto.

Una casa di auto-mutuo aiuto nata a Calice Ligure per volontà dell'Associazione "A Cielo Aperto" e rivolta ad ospitare persone con disagio psichiatrico e/o sociale.

La realizzazione di questo progetto, che prende le mosse da un importante accordo siglato tra l'Associazione e il Distretto Socio-Sanitario finalese, deve un tributo particolare alla Curia savonese.

5.7.1 Testimonianze dall'Associazione "A Cielo Aperto"¹²⁰

"Grazie ai medici del CSM di Finalborgo sono venuto a conoscenza del club A Cielo Aperto. Lì quando sono arrivato ho ricevuto una calda accoglienza da una ragazza che poi ho scoperto essere una psicologa, e dal suo collaboratore che con fare molto allegro e con molto entusiasmo mi hanno spiegato le ragioni del gruppo e qual è il suo obbiettivo. Sono state organizzate gite, ma anche attività finalizzate a consentire l'espansione del centro con altri centri del territorio. Io ho deciso di farne parte per eliminare l'isolamento che mi ero creato e cercare di divertirmi e fare qualcosa di costruttivo insieme agli altri. Premetto sono al centro da pochi mesi, ma posso confermare di aver trovato un ambiente simpatico ed accogliente, e di aver fatto e ritrovato nuove e vecchie amicizie."
(Partecipante, Febbraio 2005)

"Perché dopo quel fatidico giorno, era il 14 dicembre 2003, mi sono fermata a far parte di questo gruppo per me allora così sconosciuto? Innanzitutto l'accoglienza; c'era una ragazza fuori dalla porta (la nostra facilitatrice) dentro solamente un ome al computer che appena mi vede si alza e correndomi incontro dice: "salve, questo è un posto dove non si litiga mai". Questo può essere più o meno vero comunque le liti, rarissime, hanno sempre avuto uno sfondo bonario anche quando qualche volta si è agli antipodi. Una sana risata echeggia spesso tra di noi. Questo gruppo mi ha dato dunque per prima cosa la

¹²⁰ Documentazione dell'Associazione "A Cielo Aperto"

possibilità di trovare degli amici con cui scambiare le proprie esperienze, i propri disturbi, le proprie speranze e progetti, poi è diventata occasione di aiutare altre persone con dei lavoretti come l'animazione degli anziani, l'aiuto ad un convegno, ecc. E' confortante sapere che per due pomeriggi alla settimana hai un ritrovo dove ci si vuole bene, dove si parla, si scherza, si ride, si canta, si organizza, ci si aiuta da soli ed a vicenda più o meno consapevolmente. Tutto ciò mi ha molto aiutato, qualche volta ho anche confessato il mio malessere e ho sempre trovato incoraggiamento per questo e per la simpatia sempre dimostratami io amo venire a questo centro unico."

(Partecipante, Febbraio 2005)

"Il motivo principale per cui frequento il centro è per sentirmi meno solo e meno isolato dal posto in cui mi tocca vivere. L' ho verificato dalle prime volte in cui eravamo solo in tre, e ho come la sensazione che la mia vita qui assuma un senso. Ogni volta che torno a casa sento che qualcuno di loro magari mi sta pensando, e questo mi fa stare meglio.

Devo ringraziare tutti coloro che apprezzano la mia presenza, e soprattutto la facilitatrice, che svolge il suo lavoro molto bene, in maniera decisa e diretta; in più il suo fare dolce mi aiuta ad aprirmi ed è così che la considero il mio punto di riferimento. Quest' ultimo periodo le cose per me non vanno troppo bene, e quindi spero che nessuno ne abbia a male se non ho partecipato più attivamente di quanto avrei voluto. Grazie a tutti e un abbraccio."

(Partecipante, Febbraio 2005)

"Il club A Cielo Aperto rappresenta per me la possibilità di uscire dall'isolamento che spesso il disagio psichico porta inevitabilmente nella vita di molte persone. Non tutti abbiamo sempre la fortuna di essere accettati per quello che siamo e per quello che soffriamo, in una società dove determinate malattie sono ancora in molti casi sinonimi di emarginazione e di derisione. Il centro sociale che io frequento a Finalborgo testimonia invece l'altro aspetto della società nostra medesima, quello più umano e certo più civile, dove la sofferenza psichica non è vista più come un tabù, come un argomento difficile da trattare o

da nascondere, ma piuttosto come il punto in comune di molta gente che, chi più chi meno, ha vissuto o vive sulla propria pelle una problematica discriminante e limitativa come la malattia mentale. Per questo motivo ringrazio l'Associazione A cielo aperto, chi l'ha ideata e promossa, chi la gestisce e chi ne fa parte anche se non nascondo che a volte faccio fatica a frequentarla perché non ho ancora accettato del tutto la mia malattia e la mia condizione di persona malata. A volte mi sento tenuta in scacco dalla vita e dal giudizio della gente al punto che preferisco l'isolamento. È questo un aspetto del mio disturbo su cui dovrò lavorare tanto per far sì che il mio cielo sia veramente aperto.”

(Partecipante, Febbraio 2005)

“Sono arrivato al centro a 2 settimane dalla sua nascita e subito mi sono trovato come a casa e in famiglia. Ho trovato tanti amici e tante amiche, nuovi interessi e nuove attività da svolgere che quasi dimenticavo il resto. La carissima facilitatrice che mi ha accolto con molta cortesia e semplicità, e via via tante persone simpatiche e disponibili, mi hanno aiutato a sentirmi a mio agio; di cose ne abbiamo fatte molte a partire dai corsi di formazione su diverse attività ludiche, ricreative e interessanti, dal corso di musica e canto al corso di computer, dal corso di ceramica al corso di cucina; abbiamo fatto feste ogni bella occasione: per i nostri compleanni, per gli onomastici, per un anniversario di matrimonio, per una promozione, per Natale, per Pasqua e anche per carnevale; ho trovato così tante cose da fare da riempire la settimana completamente. Ho legato con tutte le persone, mi sono affezionato a una coppia di mezza età che io per affetto chiamo zii e gli voglio molto bene; ho trovato una ragazza molto vivace e grintosa che ha la battuta sempre pronta; ho conosciuto una ragazza molto gentile e fine che mi ha dato tanta serenità ed è stata capace di farmi fare delle cose speciali e in lei ho trovato molto affetto e tutto quello di cui avevo bisogno, una tenera compagna, una vera fidanzata, grazie cara mi resterai sempre nel cuore; ho trovato tante altre persone molto simpatiche e a loro ci tengo molto. L'attività più bella che abbiamo fatto insieme è quella di fare l'animazione per gli anziani, sono stati momenti di gruppo e di grandi emozioni, ho trovato che è molto bello stare con altre persone magari sole,

ammalate e in difficoltà anche se non è sempre facile; ho notato come erano felici gli anziani di essere considerati. Dobbiamo ringraziare anche l'interessamento di tutte quelle persone che ci hanno aiutato per organizzare le nostre attività: i professori e insegnanti dell' accademia di musica di Finale, gli amici scout, gli amici del mercato equo-solidale, gli amici della banca del tempo, gli amici di Finale e tutti gli amici che vengono al centro, grazie mille di cuore a tutti, e adesso il cammino continua con il progetto di Rialto. Sono sicuro che darà buoni frutti.”

(Partecipante, Settembre 2005)

CAPITOLO VI

Il ruolo dell'Assistente Sociale nei Servizi Psichiatrici

6.1 Premessa

Lo scopo del presente capitolo è quello di indurre una riflessione sugli scopi e l'attività del servizio sociale professionale in campo psichiatrico, al fine di dimostrare come sia rilevante la presenza di una figura come quella dell'Assistente Sociale all'interno dei Servizi Psichiatrici e, nello specifico, all'interno dei Servizi di Salute mentale.

Si partirà da una breve rassegna storica dell'evoluzione del servizio sociale in psichiatria, per poi effettuare una descrizione delle funzioni principali svolte dal Centro di Salute Mentale .

Si cercherà di chiarire la seguente definizione:

“L'Assistente Sociale è definito come un operatore sociale che, agendo secondi i principi, le conoscenze, i metodi specifici della professione, svolge la propria attività nell'ambito del sistema organizzato delle risorse messe a disposizione dalla comunità a favore di individui, gruppi e famiglie, per prevenire e risolvere situazioni di bisogno, aiutando l'utenza nell'uso personale e sociale di tali risorse, organizzando e promuovendo prestazioni e servizi per una maggiore rispondenza degli stessi alle particolari situazioni di bisogno e alle esigenze di autonomia e responsabilità delle persone, valorizzando a questo scopo tutte le risorse della comunità”¹²¹.

A tal fine particolare attenzione verrà data:

- all'integrazione tra le diverse figure professionali (assistenti sociali, psicologi, psichiatri, infermieri, educatori ecc);
- al procedimento metodologico e agli strumenti utilizzati dall'assistente sociale;
- alle specificità dell'intervento dell'assistente sociale nel lavoro psichiatrico;

Infine verrà presentata una breve descrizione del lavoro dell'assistente sociale all'interno dei centri diurni e delle comunità psichiatriche.

¹²¹ G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994 pp. 99

6.2 Storia del servizio sociale in psichiatria

Nei paesi anglosassoni la collaborazione tra l'assistenza sociale e psichiatrica risale:

- al 1907, quando venne assunta la prima assistente sociale psichiatrica al Manhattan State Hospital di New York;
- al 1913, anno in cui venne utilizzata per la prima volta la definizione *psychiatric social work* per designare specifiche attribuzioni di preparazione e di lavoro sociale in tal senso;
- al 1918, anno della fondazione di un istituto destinato alla formazione di assistenti sociali psichiatrici¹²².

In Italia l'incontro tra servizio sociale e psichiatria avvenne solo nel 1929 (in evidente ritardo rispetto all'area americana) quando S. De Sanctis fece rilevare per la prima volta la necessità di istituire negli ospedali psichiatrici servizi psico-igienici e sociali affinché i dimessi da tali istituti venissero seguiti tanto nell'ambiente familiare per controllarne la condotta, il contegno e l'applicazione delle cure prescritte, quanto nell'ambiente di lavoro perché il reinserimento sociale si svolgesse regolarmente, senza sfiducia e sconforto¹²³.

Tuttavia in quegli anni la normativa non fece alcun riferimento agli assistenti sociali in ambito psichiatrico.

In realtà perché l'assistente sociale faccia effettivamente la sua comparsa nelle istituzioni psichiatriche bisogna attendere gli anni Cinquanta, quando la professione si diffonde e viene istituzionalmente chiamata ad assolvere compiti di tutela nei confronti delle categorie svantaggiate¹²⁴.

Inizialmente gli assistenti sociali all'interno degli ospedali psichiatrici, svolgevano, spesso in intercambiabilità con gli assistenti sanitari, compiti puramente burocratici e di segretariato di reparto (relazioni, inchieste sociali ecc) e nel lavoro a diretto contatto con i pazienti dovevano seguire le direttive del medico senza alcuna possibilità di autonoma iniziativa.

Il loro compito era quello di ispirare nell'ammalato fiducia, dimostrando comprensione affettuosa per i suoi problemi, e in particolare animandolo,

¹²² G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994 pp. 47

¹²³ *Ivi*, pp. 47

¹²⁴ *Ivi*, pp. 48

attivandolo, togliendolo dallo stato di isolamento e di apatia in cui tendeva a rimanere, per inserirlo nella vita attiva dell'Istituto¹²⁵.

Nel lavoro che, pur in maniera modesta, erano chiamati a effettuare sul territorio dovevano fare i conti con una logica ospedalocentrica che riduceva le occasioni di intervento nel sociale e limitava alle pure ragioni amministrative le relazioni con altri enti o servizi.

A partire dalla seconda metà del decennio, il compito che l'istituzione affida agli assistenti sociali si specifica e precisa: gli assistenti sociali devono operare al fine di rendere possibili le dimissioni, individuando nel territorio le risorse necessarie a tal fine. Si comprende come l'obiettivo fosse chiaramente quello di sfoltire i ricoverati e determinare un risparmio della spesa pubblica.

Nel corso degli anni Cinquanta e primi anni Sessanta in alcune province italiane sorgono i primi Centri di Igiene Mentale, oggi Centri di Salute Mentale, deputati a fornire assistenza pre e post ospedaliera incentrata puramente al controllo, con conseguente delega di tali funzioni agli assistenti sociali che si sono trovati a dover gestire il complesso rapporto tra mandato istituzionale e mandato professionale.

In questi anni la presenza dell'assistente sociale all'interno dei servizi psichiatrici è ancora modesta, infatti bisognerà attendere la legge 431/1968 "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica" che identifica il personale che deve operare nei centri di igiene mentale: al centro di igiene mentale e ai servizi da esso dipendenti sono assegnati di regola almeno un pedo-psichiatra, uno psicologo, medici psichiatri, assistenti sociali, assistenti sanitari, infermieri ed ausiliari¹²⁶.

Per la prima volta la figura dell'assistente sociale viene inserita nell'équipe psichiatrica territoriale.

Gli assistenti sociali cominciano così a utilizzare il case work e dedicano spazio al lavoro sul territorio con il duplice fine di garantire il mantenimento e favorire il recupero della rete sociale degli assistiti e di preparare il contesto ad accoglierne istanze e bisogni.

¹²⁵ G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994 pp. 48

¹²⁶ *Ivi*, pp. 50

Parallelamente, prendendo forza, gli assistenti sociali psichiatrici mettono in discussione e criticano per la prima volta il proprio ruolo e le vecchie modalità di gestione della malattia mentale.

Così facendo le distanze fra gli operatori professionali all'interno dell'équipe paiono ridursi, ma in realtà ci si accorgerà in fretta che nelle équipe professionali non solo continuavano a esistere specificità professionali, ma permanevano anche disparità contrattuali e di potere tra gli operatori che avevano caratterizzato il lavoro psichiatrico istituzionale¹²⁷.

Gli assistenti sociali si renderanno conto che, proprio quando stava iniziando una propria affermazione all'interno dei servizi psichiatrici, ad essi in realtà viene concesso uno spazio esiguo all'interno di équipe composte da figure professionali forti (psichiatri, psicologi, infermieri ecc).

Nel 1978 viene emanata la legge 180/1978 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", con la quale viene spostata l'attenzione dal manicomio al lavoro territoriale.

Essendo la legge 180/1978, così come la legge 833/1978 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", una legge che fissa degli ordinamenti di carattere generale, è rimandato alle Regioni il compito di delineare i modelli organizzativi e gli standard di personale necessari per rendere operative le finalità di prevenzione, cura e riabilitazione della malattia mentale, al fine del graduale superamento degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici e della diversa utilizzazione delle loro strutture¹²⁸.

Sebbene con differenze significative da regione a regione, si è sviluppato gradualmente un potenziamento della presenza degli assistenti sociali nei servizi psichiatrici, ma non del tutto compiuta pareva, e pare tutt'oggi, l'individuazione dei confini entro cui la pratica professionale deve muoversi, né chiaramente definita la specificità del suo apporto alla gestione dei casi e al lavoro di équipe¹²⁹

Solo negli ultimi anni (pratica diffusa è ancora la subordinazione degli assistenti sociali rispetto ad altre figure professionali) quest'ultimi sono riusciti ad affermare la giusta dignità alla professione e sono riusciti ad affermarsi anche nel campo

¹²⁷ G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994 pp. 51

¹²⁸ *Ivi*, pp. 52

¹²⁹ *Ivi*, pp. 53

sanitario e specificatamente psichiatrico, anche se in generale ogni servizio territoriale ha un suo particolare stile di lavoro che configura la professionalità in modo diverso, se pure con linee fondamentali che tutti gli assistenti sociali devono seguire.

6.3 Che cos'è il Centro di Salute Mentale? Funzioni e caratteristiche

6.3.1 Definizione

Il C.S.M è un servizio territoriale di secondo livello con personalità giuridica pubblica di emanazione dipartimentale dell'ASL. Costituito da strutture collegate operativamente per il trattamento del disagio e dei disturbi psichiatrici dei singoli, delle famiglie e dei gruppi attraverso interventi integrati di natura medico-psicologica e socio-assistenziale, il servizio cerca di accompagnare la persona nel corso della sua esistenza, cercando di valutare il disturbo in relazione all'ambito di vita.

Gli scopi del servizio sono:

- prevenire e curare il disagio psichiatrico;
- promozione di una cultura non stigmatizzante che favorisce l'inserimento o il reinserimento delle persone con disturbi psichiatrici.

Nel momento in cui si determina la richiesta di competenza del servizio territoriale, è necessaria una mini equipe che si occupi del caso: si assegnano un medico, uno psicologo e uno o più operatori referenti che si occuperanno della gestione della situazione e aggiorneranno il restante personale dell'evolversi del trattamento.

Il programma terapeutico-assistenziale viene, se possibile, concordato con il paziente e se necessario con i familiari che talvolta vengono coinvolti nel processo di cura.

6.3.2 Finalità del servizio sociale

Per quanto riguarda lo scopo del servizio sociale professionale all'interno del C.S.M. riguarda:

- garantire, alle persone con disturbi psichici, le necessarie risorse per la gestione della quotidianità;
- promuovere l'autonomia e il reinserimento sociale attraverso lo sviluppo delle necessarie competenze;
- progettazione ed attivazione di prestazioni economiche, lavorative e di programmi di reinserimento sociale e lavorativo;

Tali finalità si applicano sui pazienti in carico al Centro di Salute Mentale su tutto l'ambito territoriale di competenza del C.S.M.

La responsabilità della procedura relativa alla progettazione e attivazione di programmi di reintegrazione sociale e lavorative attiene al Dirigente Sanitario che ha in carico il paziente.

La responsabilità delle procedure relative agli interventi socio-assistenziali attiene agli assistenti sociali a cui è stato affidato il caso.

Le funzioni del Servizio Sociale all'interno del Centro di Salute Mentale sono finalizzate:

- alla lettura e decodificazione della domanda;
- alla presa in carico della persona, della famiglia;
- all'attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse di rete;

Su segnalazione degli operatori che hanno in carico un paziente che presenta difficoltà nella gestione della vita quotidiana e nell'autonomia personale a causa di problemi psichici, vengono attuati programmi di riabilitazione e di reintegrazione sociale e lavorativa.

Tali programmi possono prevedere:

- segretariato sociale che si sostanzia in un'attività di orientamento informazione e consulenza;
- attività integrate con i servizi socio-assistenziali e con varie risorse del territorio, sia pubbliche, private e del terzo settore.

Inoltre possono essere attivati:

- contributi economici continuativi o una tantum, che vengono richiesti agli uffici degli ATS;
- interventi abitativi con la collaborazione degli uffici dell'ARTE (Agenzia Regionale Territoriale per l'Edilizia) e con gli Uffici Casa dei Comuni;
- interventi relativi all'inserimento lavorativo attraverso la collaborazione con il Centro Provinciale per l'Impiego;
- progetti di reintegrazione sociale;
- promozione e partecipazione, per gli utenti, ad attività interne al Servizio (sportive, ricreative) ed esterne (gestite dal privato sociale e dal volontariato). Si sottolineano in particolare l'attivazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto e psico-educazionali;
- visite domiciliari concordate con i pazienti.

6.3.3 *Le figure professionali*¹³⁰

ASSISTENTE SOCIALE

I suoi compiti riguardano:

- il sostegno sociale del paziente attraverso l'attivazione di progetti orientati all'autonomia lavorativa e abitativa;
- favorire i legami di rete con il territorio sia con i servizi istituzionali che con le risorse del terzo settore;
- colloqui;
- visite domiciliari.

PSICOLOGO

Funzioni:

- valutazione-diagnosi con osservazione e test, confronto con altre figure professionali;
- cura dei colloqui, psicoterapia di sostegno, psicoterapia breve, psicoterapia istituzionale analitica avente per oggetto singoli e coppie;

¹³⁰ Per le funzioni dei professionisti sono stati somministrati questionari agli operatori del CSM ambito 2 Finale Ligure

- psicologia con consulenza alla Pediatria, al Centro per i Disturbi Alimentari e Adolescenza;
- presa in carico di minori problematici.
- formazione alla medicina di base;
- sostegno all'individualizzazione e alla genitorialità.

AMMINISTRATIVO

Svolge funzioni di gestione amministrativa e informatica, in particolare:

- gestione delle attività protocollari e di archiviazione;
- rapporti con le altre strutture aziendali.

EDUCATORE

I compiti principali dell'educatore sono:

- i colloqui con i pazienti di sostegno e accompagnamento;
- interventi riabilitativi, individuali o di gruppo;
- programma e gestione di programmi di reinserimento sociale;
- visite domiciliari concordate con il paziente.

INFERMIERE

Le funzioni principali dell'infermiere sono:

- accoglienza e ascolto;
- somministrazione di terapie prescritte dal medico;
- collaborazione con il medico e somministrazione delle terapie durante interventi di urgenza;
- visite domiciliari;
- lavoro di rete e collaborazione con i servizi sociali e strutture.

MEDICO PSICHIATRA

Rispetto all'utenza svolge il lavoro clinico in tutte le sue declinazioni:

- visita i pazienti sia presso la sede, sia mediante visite domiciliari;
- svolge attività ambulatoriali, sia in sede, sia in ambulatorio presso l'Ospedale;

- svolge attività di consulenza ospedaliera nel corso dei turni di guardia e/o di reperibilità;
- effettua visite domiciliari;
- colloqui.

6.4 L'intervento dell'assistente sociale nei servizi psichiatrici

6.4.1 Una definizione generale

L'assistente sociale è l'operatore che più di altri appare in grado di identificare e organizzare le risorse dell'ambiente e di porsi come agente di collegamento e di mediazione tra le risorse (istituzionali e non) e i bisogni dei singoli soggetti o gruppi sociali¹³¹.

La sua conoscenza della realtà sociale consente di fornire ai professionisti che operano prevalentemente sul mondo interno (ad es. psichiatri e psicologi) elementi di arricchimento e di confronto, ovvero la sua presenza concreta lungo tutto il percorso che mette in comunicazione l'istituzione psichiatrica con la vita sociale rappresenta garanzia che il servizio prende in carico globalmente il paziente¹³².

L'assistente sociale può incoraggiare il paziente a esplorare la realtà esterna al servizio, invitandolo a utilizzare le risorse presenti sul territorio (distretti socio-sanitari, patronati, sindacati ecc) e a fruire dei supporti della rete sociale (famiglia, volontariato ecc).

Può inoltre, nel caso in cui il paziente non sia in grado di accedere direttamente a tali risorse, negoziare per lui l'aiuto che, gli organismi istituzionali e non, potranno offrirgli, mettendo a disposizione le informazioni tecnico-professionali necessarie all'intervento.

Quindi da una parte attuerà il processo di aiuto, consistente nel saper far utilizzare all'utente tutte le risorse, personali e ambientali, disponibili e nel far ciò dovrà favorire l'assunzione o la riappropriazione da parte di questi di ruoli sociali diversi da quello di paziente psichiatrico¹³³.

¹³¹ G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994, pp. 54

¹³² *Ivi*, pp. 55

¹³³ *Ivi*, pp. 57

Parallelamente, attivando modalità di rapporto con gli altri servizi, darà un apporto allo sviluppo di integrazione territoriale (rete).

Importante è anche la dimensione psicologica del paziente con cui l'assistente sociale viene a contatto: mentre lo psicoterapeuta interviene sui conflitti interiori e sulle difese inconsce del paziente con l'obiettivo di modificare gli aspetti patologici della personalità, l'assistente sociale è volto alla mobilitazione degli aspetti sani, delle capacità residue interne al paziente¹³⁴.

In sintesi le funzioni in ambito psicologico sono due:

1. una funzione di tipo adattivo diretta a sostenere e, dove possibile, incrementare l'organizzazione dell'Io rivolgendo l'attenzione agli aspetti di disadattamento e favorendo le funzioni di prendere decisioni, fare programmi e anticipare;
2. una funzione antiregressiva che sostiene lo sviluppo del senso di efficienza e di competenza attraverso l'incoraggiamento delle capacità potenziali di risolvere i problemi¹³⁵.

Questa doppia funzione permette quindi all'assistente sociale di riportare all'équipe elementi utilissimi al fine di valutare e formulare ipotesi di intervento concreto, cercando di evitare potenziali fallimenti.

6.4.2 Il procedimento metodologico

Le fasi del procedimento metodologico che l'assistente sociale deve tenere in considerazione, in ogni servizio, e quindi anche nel momento in cui svolge la propria attività all'interno del CSM, sono:

- *individuazione e riconoscimento del problema*: può avvenire in diversi modi come ad es. richiesta dell'utente, segnalazione da parte di altri operatori dei servizi, interventi diretti ecc;
- *raccolta informazioni per una prima analisi della situazione*: le informazioni possono essere fornite direttamente dall'utente, dai familiari, da altre persone significative dell'ambiente, da altri operatori coinvolti nel trattamento o dalla documentazione esistente;

¹³⁴ G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994 pp. 57

¹³⁵ *Ivi*, pp. 57

- *valutazione della situazione*: è il giudizio professionale dell'assistente sociale sulla situazione, ricavato dalle informazioni raccolte, confrontate con le conoscenze teoriche possedute, con il punto di vista dell'utente e con le indicazioni fornite dagli altri membri dell' équipe;
- *fissazione degli obiettivi, formulazione del piano, contratto per la sua attuazione*: una volta espressa una valutazione insieme all'utente e agli altri membri dell'équipe implicati nell'analisi della situazione, vengono formulate una serie di ipotesi operative circa le attività da intraprendere per raggiungere gli obiettivi individuati. Raramente l'assistente sociale, all'interno dei servizi di salute mentale, formula da solo un piano di intervento, ma le ipotesi scaturiscono dal confronto e dall'integrazione tra le diverse figure professionali;
- *attuazione del piano*: è la fase che prevede la realizzazione di una serie di attività finalizzate a ottenere i cambiamenti auspicati;
- *valutazione dell'andamento del processo di aiuto e dei risultati ottenuti*: un atteggiamento di verifica deve essere effettuato lungo tutto il percorso poiché solo l'attenzione a un continuo feed-back può garantire la correttezza dell'intervento. Tuttavia, anche se un atteggiamento di verifica deve informare l'intero processo, è necessaria, a un certo punto, una fase specifica di verifica;
- *conclusione del processo*: avviene in seguito alla valutazione dei risultati¹³⁶.

6.4.3 *Gli strumenti di lavoro dell'assistente sociale in psichiatria*

L'assistente sociale professionista che lavora all'interno dei centri di salute mentale utilizza una serie di strumenti professionali molto importanti per la pratica professionale.

Ovviamente l'utilizzo e la varietà di tali strumenti varia da servizio a servizio, tuttavia di seguito si cercherà di descrivere alcuni degli strumenti più utilizzati in ambito psichiatrico.

¹³⁶ G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994, pp. 59-60

La segnalazione del caso: solitamente all'interno dei servizi di salute mentale la segnalazione del caso all'assistente sociale avviene tramite segnalazione effettuata dagli altri operatori che hanno già in carico il caso e che nel corso del trattamento rilevano la necessità di un intervento sociale professionale. Sulla base delle informazioni raccolte dagli altri operatori coinvolti nella gestione del caso e di quelle che l'assistente sociale acquisisce attraverso i colloqui con l'utente e con i familiari, la richiesta può essere precisata o riformulata¹³⁷.

Ad es. di fronte a una domanda di contributo economico o di avvio di pratiche per il riconoscimento dell'invalidità, l'assistente sociale deve approfondire la conoscenza delle informazioni relative al paziente (trattamento, anamnesi ecc) al fine di impostare un intervento coerente e finalizzato alla tutela dell'utente e dei suoi bisogni.

Il colloquio: è lo strumento principale che l'assistente sociale utilizza nel proprio lavoro. Viene definito come una forma di comunicazione interpersonale guidata dall'assistente sociale verso uno scopo o una molteplicità di scopi con l'intento di instaurare una relazione che favorisca la comprensione della situazione in esame e permetta una gestione consapevole dei problemi presentati dall'utente.

Spesso il colloquio con i pazienti psichiatrici è difficoltoso in relazione alla patologia, per questo motivo in alcuni servizi i colloqui vengono condotti in affiancamento da due operatori.

Tra gli scopi del colloquio possiamo ricordare:

- raccolta di informazioni e dati diagnostici;
- offerta di informazioni in relazione al problema enunciato;
- consulenza, ovvero fornire orientamento all'utente;
- sostegno sociale;
- verifica delle motivazioni dell'utente¹³⁸.

La visita domiciliare: è una forma particolare di colloquio e può avvenire su richiesta dell'assistente sociale o dell'assistito. Generalmente è prefissata e concordata con l'utente, in quanto è meglio evitare la visita improvvisa. Nel campo della psichiatria, la visita domiciliare risponde alla necessità di conoscere meglio la storia del malato, il suo ambiente di vita, le condizioni igienico-

¹³⁷ Ivi, pp. 70

¹³⁸ Ivi, pp. 62

sanitarie, le relazioni familiari ecc. La visita domiciliare rappresenta in sostanza un incontro diretto con i bisogni degli utenti e, per coloro che hanno difficoltà ad allontanarsi dalla propria abitazione, può costituire il solo modo di comunicare e ricevere aiuto¹³⁹.

La visita domiciliare è uno strumento utilizzato da tutti gli operatori psichiatrici, ma nel caso dell'assistente sociale è molto rilevante per la sua specifica formazione in conduzione di colloqui di gruppo. È inoltre rilevante ricordare come una grande parte dell'attività "a domicilio" viene effettuata dall'assistente sociale nelle varie realtà sociali e istituzionali del territorio con il fine di facilitare il paziente nel reinserimento nella comunità, nei luoghi di lavoro ecc.

La documentazione: si intende sia la documentazione utilizzata dall'assistente sociale (legislazioni, delibere, studi sui problemi ecc), sia la documentazione professionale prodotta dall'assistente sociale (cartella sociale, relazioni, verbali, registrazione dei colloqui e delle visite domiciliari, ricerche sociali). È tutta la produzione scritta riguardante gli utenti, il servizio, l'istituzione e le tematiche che si stanno trattando, studi, progetti, libri, proposte e materiale inerente alla supervisione.

La documentazione è importante a livello giuridico perché tiene traccia di un lavoro svolto, garantendo la tutela dell'assistente sociale, dell'utenza e talvolta anche dell'istituzione¹⁴⁰.

La documentazione è essenziale per consentire di tenere memoria dei fatti e, se opportunamente organizzata, permette il supporto adeguato di tutti gli operatori.

La relazione sociale: la relazione di servizio sociale rappresenta la tipologia di documentazione più importante e significativa sul piano professionale. La relazione si configura come un testo argomentativo, nel senso che è sempre finalizzata a un obiettivo specifico, e interpretativo del caso.

Essa è frequentemente rivolta all'esterno del servizio (altri enti, Tribunale ecc) e la sua produzione implica un'approfondita riflessione sull'intera vicenda. Generalmente si utilizza una struttura interpretativo-analitica, in cui risulta prioritario definire con precisione lo scopo e la finalità della relazione¹⁴¹.

¹³⁹ G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994, pp. 75

¹⁴⁰ Tratto dal sito: www.assistentsociali.org

¹⁴¹ L. Bini, *La documentazione di servizio sociale*, Carocci, Roma, 2003

La cartella sociale/clinica: La cartella sociale (o clinica nei servizi di salute mentale) è lo strumento informativo e gestionale principale nel lavoro dell'assistente sociale, che consente di tenere in memoria i dati necessari alla formulazione di una valutazione sulla situazione dell'utente.

Essa viene infatti organizzata in base al contesto istituzionale e alle sue specificità operative, inoltre deve essere considerata come uno strumento del servizio e per questo deve essere leggibile da parte di qualsiasi soggetto legittimato a farlo¹⁴².

La riunione: le riunioni di gruppo sono volte allo scambio di informazioni tra gli operatori, all'analisi e valutazione di una situazione al fine di elaborare ipotesi operative, di programmare gli interventi, di suddividere i compiti ecc.

I gruppi psico-educazionali e di auto-aiuto: riunioni di gruppo volte alla crescita della persona, ovvero gruppi terapeutico-riabilitativi il cui obiettivo è costituito dall'aiuto fornito ai partecipanti per sviluppare le proprie potenzialità nel rapporto con sé e con gli altri e per apprendere più adeguate risposte comportamentali ed emotive a situazioni problematiche (vedi capitolo IV e V). Nonostante l'attuale deregulation e lo smembramento del welfare state c'è stata, negli ultimi anni, un'incentivazione dei gruppi di auto aiuto e psico-educazionali in psichiatria, in quanto essi hanno minori costi finanziari, di risorse e di tempo al punto che risultano vantaggiosi sia sul piano economico ma soprattutto dal punto di vista riabilitativo e di contenimento delle angosce dei familiari e dei pazienti psichiatrici.

I servizi sociali e i gruppi di auto-aiuto e psico-educazionali non devono trovarsi in posizione di competizione tra di loro, ma devono offrire, soprattutto in campo psichiatrico, consulenza e formazione per la creazione di nuovi gruppi e per lo sviluppo di quelli esistenti, dando entrambi il loro apporto alla comunità.

¹⁴² Tratto dal sito: www.assistentsociali.org

6.4.4 Specificità del lavoro dell'assistente sociale nei servizi di salute mentale

Il lavoro di équipe: l'attività dell'assistente sociale in psichiatria deve essere costantemente riportata all'interno dell'équipe di lavoro con il fine di promozione delle risorse e potenzialità dell'utente. L'équipe rappresenta il momento istituzionale deputato alla discussione, all'analisi e valutazione di un problema o di una situazione in cui i diversi contributi vengono scambiati tra diverse figure professionali (psichiatra, psicologo, assistente sociale, educatore, infermiere ecc). Nel lavoro psichiatrico la scelta di operare in équipe è evocata dalla convinzione che la complessità oggettiva, sintomatologica, biologica, psicologia e sociale, della malattia mentale possa essere affrontata solo da un'azione concertata da operatori con diverse professionalità¹⁴³.

Il lavoro con le famiglie: nei confronti di un nuovo caso l'assistente sociale si occupa innanzitutto della raccolta e dell'elaborazione di informazioni sulla storia, la struttura e il funzionamento del nucleo familiare. L'assistente sociale verifica la presenza di altre problematiche, non necessariamente psichiatriche, presenti nella famiglia e osserva il modo caratteristico con il quale vengono affrontate e quale sia la distribuzione dei compiti nell'applicazione di soluzioni.

È dunque chiaro che l'osservazione condotta dall'assistente sociale non è mai limitata alle problematiche derivanti dalla presenza di un membro familiare malato, ma queste vengono considerate come uno dei tanti eventi che la famiglia deve affrontare¹⁴⁴.

L'assistente sociale in psichiatria, lavorando con le famiglie, ha la possibilità di promuovere la realizzazione di gruppi psico-educazionali di familiari al fine di attivare il più possibile le risorse familiari e favorire sia un miglioramento dell'integrazione delle attività svolte dal Servizio di Salute Mentale con l'impegno dei familiari, sia lo sviluppo di una rete di supporto sociale, con una verifica dei risultati degli interventi effettuati.

¹⁴³ G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994, pp. 77

¹⁴⁴ *Ivi*, pp. 84

Il lavoro sociale di rete: oggi con il termine “rete” viene ormai ad essere indicata la totalità dei legami che caratterizzano un sistema sociale, ovvero il complesso degli scambi e delle interazioni che collegano l’individuo e l’ambiente.

L’attività dell’assistente sociale si realizza all’interno di un servizio che opera in un ambito territoriale definito, dunque la conoscenza e l’approfondimento delle connessioni tra il servizio e il territorio servono all’assistente sociale per poter operare con competenza e professionalità.

Il lavoro di rete mira pertanto a una ridefinizione del territorio che integri in un unico sistema le risorse formali (costituite da agenzie sociali, istituzione e personale professionista) e quelle informali (composte da parenti, amici, colleghi e associazioni di volontariato) al fine di massimizzare l’efficacia nei confronti del bisogno¹⁴⁵.

Secondo Maguire il lavoro di rete che dovrebbe essere diviso in tre fasi:

1. identificazione dell’aggregato relazionale del soggetto a cui dovrà essere rivolto l’intervento;
2. analisi e valutazione della rete da un punto di vista qualitativo e quantitativo
3. collegare l’utente con le persone e le risorse della sua rete.

Dunque l’assistente sociale ha il compito di

- sostenere le reti sovraccaricate nelle quali sono ancora presenti risorse, anche se residuali;
- sostituire le reti non efficienti;
- inserire l’utente in reti nuove e potenzialmente positive;
- creare o attivare reti potenziali.

L’assistente sociale in psichiatria, più di qualsiasi altra professione di aiuto, ha il compito di catalizzare le risorse formale e informali necessarie per il dispiegarsi del progetto terapeutico nei confronti del paziente psichiatrico.

Nell’ambito dell’assistenza psichiatrica vi è quindi la necessità di considerare le reti sociali in cui il paziente è inserito come fattore centrale nel trattamento, sia in

¹⁴⁵ G. Civenti, A. Cocchi, *L’assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994, pp. 93

quanto potenziali fonti di supporto, sia in quanto strutture relazionali disfunzionali¹⁴⁶.

Il lavoro con le risorse: le risorse vengono definite come qualsiasi mezzo utile a sopperire a una necessità, a soddisfare un bisogno, a conseguire un fine. Sono risorse:

- le strutture esistenti sul territorio;
- le infrastrutture organizzate della società;
- le risorse disponibili;
- le infrastrutture dei servizi per l'organizzazione politica, commerciale, amministrativa, di sicurezza e benessere sociale (ospedali, scuole, banche ecc)¹⁴⁷.

Per l'assistente sociale in psichiatria lavorare con le risorse significa:

- conoscere la normativa organizzativa e funzionale del servizio in cui opera per comprendere il mandato istituzionale e cercare di integrarlo con il mandato professionale;
- conoscere il territorio di riferimento: la mappatura del territorio consente di identificare i mezzi a disposizione dell'assistente sociale, e quindi dell'équipe professionale, per realizzare i programmi di intervento e per informare l'utenza sulle modalità di accesso alle risorse esistenti;
- conoscere i bisogni generali dell'utenza che si presenta in servizio: la persona che si presenta ad un servizio è portatrice di una situazione problematica, di un bisogno non soddisfatto a cui l'assistente sociale deve essere in grado di rispondere.

L'assistente sociale deve quindi lavorare per attivare le risorse esistenti sul territorio, sensibilizzando le istituzioni ad attivare nuovi servizi, nuove prestazioni, nuove aree di intervento in risposta ai bisogni, aggiornando e modificando le risorse esistenti o creando nuove risorse.

Il ruolo dell'operatore sociale, e nella specie dell'assistente sociale, si delinea non solo come quello di mediatore/negoziatore di risorse, ma anche di organizzatore e

¹⁴⁶ G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994, pp. 94

¹⁴⁷ *Ivi*, pp. 101

promotore, nell'istituzione da cui dipende, tra diverse istituzioni e nella comunità¹⁴⁸.

Il lavoro riabilitativo: fare riabilitazione per l'assistente sociale in psichiatria significa lavorare insieme all'utente per attivare un cambiamento che miri alla conquista o ri-conquista di ruoli sociali soddisfacenti. Tale cambiamento riguarda l'apprendimento di abilità sociali, cognitive e strumentali, ma anche una crescita emotiva e affettiva che guidi l'utente nella riappropriazione dei suoi bisogni e desideri.

La riabilitazione è anche un lavoro contestuale, che punta a conservare ed attivare i rapporti con il proprio ambiente di vita, attraverso un aumento dell'articolazione sociale¹⁴⁹.

Ritengo quindi indispensabile che l'assistente sociale svolga attività riabilitativa in tal senso, rendendo dialettico il rapporto tra malattia e comunità, tra soggetto e ambiente, tra mondo interno e mondo esterno ecc. L'intervento dell'assistente sociale in psichiatria può infatti orientare e accompagnare il paziente lungo il percorso che dalla struttura sanitaria lo conduce al contesto sociale, garantendo con la sua presenza la continuità e stabilità del progetto riabilitativo¹⁵⁰.

Il lavoro di inserimento lavorativo: per quanto concerne gli inserimenti lavorativi dei pazienti psichiatrici si possono distinguere due strumenti.

La borsa lavoro è uno strumento sociale e terapeutico riabilitativo finalizzato ad un successivo ingresso nel mondo del lavoro, che ha senso solo se inserito all'interno di un progetto individualizzato sull'utente.

L'Ilsa (Inserimento lavorativo socio-assistenziale) è un inserimento a valenza terapeutica per le persone le quali presentano gravi difficoltà che compromettono l'opportunità di essere inserite in futuro nel mondo del lavoro. La proposta di inserimento lavorativo viene esposta all'interno della riunione d'equipe e competente nella gestione e nella valutazione dell'intervento è l'assistente sociale. La persona individuata per l'inserimento deve essere in carico al C.S.M. e la proposta deve essere stata valutata praticabile, sia come opportunità terapeutica che come possibilità reale.

¹⁴⁸ G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994, pp. 104

¹⁴⁹ C. Lubiato, *Slide "Il ruolo dell'Assistente sociale in psichiatria"*

¹⁵⁰ G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994, pp. 118

Il reperimento degli ambiti di inserimento lavorativo è opportuno che venga svolto da tutti gli operatori inseriti nel caso. Una volta identificata la sede lavorativa idonea è compito dell'assistente sociale attivare le procedure amministrative necessarie:

- stipula della convenzione con la ditta o l'ente preposto;
- richiesta per l'attivazione delle assicurazioni e della copertura economica.

Sono anche predisposte verifiche periodiche ed eventuali modifiche del progetto nelle quali sono coinvolti tutti gli operatori di riferimento dell'utente.

6.4.5 Specificità del lavoro dell'assistente sociale nei centri diurni e nelle comunità

L'intervento dell'assistente sociale all'interno dei centri diurni è diversificato a seconda che il centro diurno si presenti fortemente caratterizzato per la nitidezza delle scelte teoriche e la definizione dei singoli strumenti impiegati oppure che presenti un disegno teorico-pratico più sfumato¹⁵¹.

La forte rilevanza del lavoro di équipe e un'organizzazione di tipo orizzontale che tali strutture hanno al loro interno, rende difficile circoscrivere l'intervento dell'assistente sociale.

Tendenzialmente infatti, nei centri diurni, la suddivisione dei compiti non è rigida e una stessa funzione può essere assunta dall'assistente sociale come dallo psicologo, dall'educatore o dall'infermiere.

Ciononostante le funzioni peculiari dell'assistente sociale sono:

- lavoro di decodifica e attivazione delle risorse, potenziali e disponibili, sul territorio;
- raccordo tra le attività del centro e del territorio¹⁵².

Per quanto concerne l'intervento dell'assistente sociale nelle comunità psichiatriche è prevalentemente di assistenza e di riabilitazione, volto cioè a sostenere il paziente in atti concreti: il cibo, il denaro necessario per acquistarlo, la cucina, la cura della casa.

¹⁵¹ G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma, 1994, pp. 123

¹⁵² *Ivi*, pp. 132

Quello dell'assistente sociale appare il profilo professionale più adeguato a ricoprire la responsabilità organizzativa e gestionale della struttura e il coordinamento dell'équipe anche se attualmente tale posizione, nella realtà dei servizi, è occupata prevalentemente da altre figure professionali.

6.5 ALLEGATO A

QUESTIONARI D'INTERVISTA AI PROFESSIONISTI DEL CSM AMBITO 2 - FINALE LIGURE

1. Questionario N° 1 somministrato allo Psicologo;
2. Questionario N° 2 somministrato all'Amministrativo;
3. Questionario N° 3 somministrato all'Educatore;
4. Questionario N° 4 somministrato all'Infermiera;
5. Questionario N° 5 somministrato al Medico Psichiatra;
6. Questionario N°6 somministrato all'Assistente Sociale.

QUESTIONARIO D'INTERVISTA

N°1

Quale professione svolge all'interno del servizio e quali sono i suoi compiti principali?

Psicologa. Valutazione-diagnosi con osservazione e test, e confronto con altre figure professionali. Cura dei colloqui, psicoterapia di sostegno, psicoterapia breve, psicoterapia istituzionale analitica avente per oggetto singoli e coppie. Psicologia con consulenza alla Pediatria, al Centro per i Disturbi Alimentari e Adolescenza. Gruppo adolescenza per la presa in carico di minori problematici. Formazione alla medicina di base. Sostegno all'individualizzazione e alla genitorialità.

Quale tipologia di bisogni porta l'utenza?

Certamente sofferenza, derivata da condizioni di disagio psichico in relazione ad eventi di vita negativi, trasformazioni, abbandoni, lutti e in relazione ad eventi di patologia fisica, carcinomi e malattie croniche.

Come si presenta il confronto tra le diverse figure professionali all'interno del servizio? C'è sovrapposizione di ruoli?

Il confronto è stimolante e genera immagini integrate. Permette una presa in carico sicura ma anche una parcellizzazione dei bisogni dell'utenza e flessibilità. Quando la professionalità di tutti è chiara non c'è sovrapposizione, ma il problema si crea quando nella persona persistono problematiche irrisolte.

GRAZIE PER LA GENTILE COLLABORAZIONE

QUESTIONARIO D'INTERVISTA

N° 2

Quale professione svolge all'interno del servizio e quali sono i suoi compiti principali?

Il mio ruolo è Amministrativo-segreteria e le mie funzioni riguardano la gestione amministrativa e informatica. Le attività attraverso cui espleto le mie funzioni sono: gestione delle attività protocollari e di archiviazione, rapporti con le altre strutture aziendali.

Quale tipologia di bisogni porta l'utenza?

Non mi occupo di pazienti.

Ci sono dei progetti operativi che intraprende con altri professionisti o enti al di fuori del CSM? Se sì quali?

No che io sappia, ma sarebbero auspicabili.

GRAZIE PER LA GENTILE COLLABORAZIONE

QUESTIONARIO D'INTERVISTA

N° 3

Quale professione svolge all'interno del servizio e quali sono i suoi compiti principali?

Svolgo attività di educatore professionale e i miei compiti principali riguardano: i colloqui con i pazienti (attività routinaria di tutti gli operatori del CSM) e, specificatamente tutti gli interventi, in sede o fuori, che contemplino aspetti riabilitativi individuali o di gruppo.

Quale tipologia di bisogni porta l'utenza?

Rispetto ai bisogni, l'utenza ha richieste molto varie che si differenziano a seconda della gravità clinica della situazione.

Gli interventi possono spaziare da un intervento medico/farmacologico molto forte nei momenti di maggior crisi, a colloqui di sostegno e di accompagnamento nelle fasi successive.

Talvolta i bisogni dell'utenza possono allargarsi anche agli aspetti socio/ambientali con un nostro conseguente lavoro di raccordo con i servizi sociali dei Comuni di appartenenza o altri Enti coinvolgibili.

Come si presenta il confronto tra le diverse figure professionali all'interno del servizio? C'è sovrapposizione di ruoli?

Il confronto tra le diverse figure professionali è favorito da alcuni momenti codificati, quali la riunione d'equipe quotidiana all'inizio della giornata lavorativa, e altri, meno formali, di confronto periodico all'interno della mini-equipe che ha in carico il paziente.

La possibilità di sovrapposizione di ruoli esiste, ma in senso positivo del termine in quanto alcuni compiti sono di pertinenza di tutte le figure professionali che in questo senso non si intralciano ma si impegnano e alternano nel dare continuità lavorativa nella presa in carico dei singoli pazienti nel lungo periodo.

GRAZIE PER LA GENTILE COLLABORAZIONE

QUESTIONARIO D'INTERVISTA**N° 4****Quale professione svolge all'interno del servizio e quali sono i suoi compiti principali?**

Infermiera professionale. I compiti principali legati al nostro ruolo sono: l'accoglienza, l'ascolto, il contenimento, la somministrazione di terapie prescritte dal medico, collaborazione con il medico e somministrazione delle terapie durante interventi di urgenza, visite domiciliari, lavoro di rete e collaborazione con i servizi sociali, strutture e durante interventi d'urgenza.

Quale tipologia di bisogni porta l'utenza?

Principalmente di ascolto e secondariamente di medicamento, contenimento del disagio. Nelle situazioni croniche il bisogno di inserimento sociale-lavorativo.

Come si presenta il confronto tra le diverse figure professionali all'interno del servizio? C'è sovrapposizione di ruoli?

Il clima all'interno del gruppo lavorativo è di collaborazione. I ruoli sono abbastanza definiti. Il tipo di lavoro che si svolge permette di avere una visione molto allargata (contatti con altre agenzie all'interno e fuori dal dipartimento), quindi le mansioni previste dai ruoli professionali molto spesso confinano (consapevolmente). Lo scopo è dare sempre risposte adeguate alle richieste dell'utenza.

GRAZIE PER LA GENTILE COLLABORAZIONE

QUESTIONARIO D'INTERVISTA

N° 5

Quale professione svolge all'interno del servizio e quali sono i suoi compiti principali?

Sono medico psichiatra e vice-responsabile. Rispetto al servizio sono parte del team di psichiatri, in assenza del responsabile ne faccio le veci. Rispetto all'utenza svolgo il lavoro clinico in tutte le sue declinazioni, visitando i pazienti sia presso la sede, sia mediante visite domiciliari. Svolgo attività sia ambulatoriali, sia in sede, sia in ambulatorio di psico-geriatria presso l'Ospedale S Corona, sia di consulenza ospedaliera nel corso dei turni di guardia e/o di reperibilità, visite domiciliari.

Quale tipologia di bisogni porta l'utenza?

La gamma di pazienti si è ampliata e non comprende più solo pazienti gravi a livello psichico. I bisogni variano da emergenze di trattamento farmacologico a bisogni più complessi di lavoro nell'ambito familiare e/o di aiuto nell'interazione sociale e/o all'inserimento lavorativo.

Come si presenta il confronto tra le diverse figure professionali all'interno del servizio? C'è sovrapposizione di ruoli?

Il clima di collaborazione e di confronto è buono, tuttavia a volte si rilevano delle sovrapposizioni di ruolo che sono positive per il continuo confronto e crescita professionale.

GRAZIE PER LA GENTILE COLLABORAZIONE

QUESTIONARIO D'INTERVISTA

N° 6

Quale professione svolge all'interno del servizio e quali sono i suoi compiti principali?

Sono l'assistente sociale del CSM. I miei compiti riguardano il sostegno sociale del paziente attivando progetti orientati all'autonomia lavorativa e abitativa. Compito fondamentale è favorire i legami di rete con il territorio sia con i servizi istituzionali che con le risorse del terzo settore.

Quale tipologia di bisogni porta l'utenza?

Bisogni legati alle patologie psichiatriche, bisogni psicologici e sociali.

Nella maggior parte dei casi i bisogni si intersecano su piani diversi, compito dell'operatore è leggere insieme al paziente la complessità e decodificare la domanda di aiuto al fine di focalizzare l'attenzione sui bisogni effettivi.

Come si presenta il confronto tra le diverse figure professionali all'interno del servizio? C'è sovrapposizione di ruoli?

Il rischio è abbastanza presente ed è la stessa ricchezza del lavoro d'equipe dove la forza del gruppo rischia di livellare la professionalità dei singoli e di proporre la figura onnipotente dell'operatore unico. Occorre riflettere sul "fare" e pensare agli interventi in chiave specifica.

Conclusioni

Nell'attuale realtà dei servizi psichiatrici e non solo, i gruppi di auto-mutuo-aiuto e psico-educazionali sembrano, alla maggior parte delle persone, non essere più utili sia dal punto di vista patologico che dal punto di vista di acquisizione di benessere sociale.

Spesso, non solo i pazienti, ma anche gli operatori professionali sono ostili alla costituzione di questi gruppi sostenendo che essi sostituiscano in qualche modo la vera e propria azione professionale senza esiti positivi, creando dipendenza e rapporti contraddittori tra i membri.

Forse le diffidenze nei confronti di questi gruppi si rintracciano anche nella contrapposizione tra sistema formale e informale del welfare e del lavoro sociale.

Infatti molti gruppi, oggi, sono attivati da associazioni di volontariato, di promozione sociale ecc, ma negli ultimi tempi anche i servizi formali (centri di salute mentale) si sono resi conto che nella cura della patologia psichiatrica confrontarsi con persone che hanno la medesima patologia, il medesimo problema è molto utile, così come sostenere adeguatamente la famiglia.

In sostanza il compito dell'assistente sociale è quello di promuovere il collegamento tra realtà formali e informali e utilizzare i gruppi come vero e proprio strumento professionale.

Ultimamente si sta dando particolare attenzione ai gruppi di auto-aiuto e psico-educazionali a causa del progressivo indebitamento dello Stato italiano in conseguenza alla mancanza di fondi per i servizi sociali e sanitari. Questa, tuttavia, non dovrebbe essere la soluzione.

Gli assistenti sociali dovrebbero promuovere i gruppi indipendentemente dalla crisi dello stato italiano e dovrebbero rivestire un preciso ruolo politico e farsi sentire dai vertici al fine di tutelare i bisogni e diritti dell'utenza.

Creare gruppi e realtà di aggregazione dopotutto è un elemento integrante del mandato professionale dell'assistente sociale, così come sottolineato dal codice deontologico:

- Titolo II, c. 5: *La professione si fonda sul valore, sulla dignità e sulla unicità di tutte le persone, sul rispetto dei loro diritti universalmente riconosciuti e delle loro qualità originarie, quali libertà, uguaglianza,*

socialità, solidarietà, partecipazione, nonché sull'affermazione dei principi di giustizia ed equità sociale;

- *Titolo II, c.6: La professione è al servizio delle persone, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità e delle diverse organizzazioni sociali per contribuire al loro sviluppo; ne valorizza l'autonomia, la soggettività, la capacità di assunzione di responsabilità; li sostiene nel processo di cambiamento, nell'uso delle risorse proprie e della società nel prevenire ed affrontare situazioni di bisogno e di disagio e nel promuovere ogni iniziativa atta a ridurre i rischi di emarginazione;*
- *Titolo IV, Capo I, c. 33: L'assistente sociale deve contribuire a promuovere una cultura della solidarietà e della sussidiarietà, favorendo e promuovendo iniziative di partecipazione volte a costruire un tessuto sociale accogliente e rispettoso dei diritti di tutti; in particolare riconosce la famiglia nelle sue diverse forme ed espressioni come luogo privilegiato di relazioni stabili e significative per la persona e la sostiene quale risorsa primaria;*
- *Titolo IV, Capo I, c. 34: l'assistente sociale deve contribuire a sviluppare negli utenti e nei clienti la conoscenza e l'esercizio dei propri diritti-doveri nell'ambito della collettività e favorire percorsi di crescita anche collettivi che sviluppino sinergie e aiutino i singoli e gruppi, soprattutto in situazione di svantaggio¹⁵³.*

Ciò che l'assistente sociale deve tenere in considerazione come base per la creazione di gruppi psico- educazionali e di auto-aiuto in psichiatria è il fatto che i pazienti, in maniera più o meno manifesta, hanno una innata capacità di risolvere i problemi.

L'assistente sociale deve quindi dare ai pazienti psichiatrici, in collaborazione con le altre figure professionali e attraverso interventi integrati, i supporti sociali necessari affinché i problemi vengano affrontati e gestiti correttamente dall'utenza.

Uno di questi strumenti è informare i familiari dei pazienti psichiatrici o i pazienti stessi dell'esistenza dei gruppi psico-educazionali e di auto-aiuto,

¹⁵³ *Codice deontologico dell'Assistente Sociale, 2009*

sensibilizzandoli a partecipare, a confrontarsi, a interagire all'interno dell'attività grupale come fondamento di qualsiasi aggregazione sociale.

In sostanza in questo sottile e delicato lavoro ma soprattutto nell'attuale crisi del welfare state l'assistente sociale è un "operatore del cambiamento", l'unico professionista a mio avviso che, rispettando l'autodeterminazione dei pazienti e individuando nuove strategie di sostegno, supporto e aiuto, può creare e condurre uno dei gruppi sopra citati.

L'assistente sociale in psichiatria deve far sì che i pazienti e i familiari si appoggino a questi gruppi, che in essi trovino una rete di supporto e gli permetta di cambiare la loro situazione giorno per giorno.

In psichiatria per superare le condizioni di disagio, patologiche e di isolamento sociale dei pazienti psichiatrici e delle famiglie occorrono, non interventi asettici e occasionali, ma è necessario stimolare l'autodeterminazione dei pazienti, le loro capacità residue in modo tale da effettuare un lavoro integrato tra interventi puramente istituzionali e burocratici e interventi di gruppo con sede diversa rispetto a quella del servizio nonostante i medesimi gruppi siano attivati da un centro di salute mentale.

Nonostante il mio entusiasmo nel parlare di tali gruppi di auto aiuto e psico-educazionali, bisogna sempre tenere in considerazione il fatto che anch'essi come strumento possono funzionare poco o addirittura male, ma se l'operatore sociale effettua un buon lavoro in coordinamento con altri professionisti e con i pazienti, potrà dimostrare la buona riuscita di tali gruppi.

Il gruppo può rafforzare l'efficacia dell'assistente sociale come professionista e può ampliare la portata e l'utilizzo degli strumenti professionali di cui dispone.

Come si è cercato di dimostrare nella presente tesi, il gruppo in psichiatria è di fondamentale importanza come strumento professionale dell'assistente sociale.

L'attività di gruppo stimola il professionista al cambiamento, alla ricerca di soluzioni innovative e quando gli esiti dell'attività sono positivi ne traggono giovamento sia i pazienti e le famiglie ma anche il professionista stesso.

È necessaria una attività di ricerca di nuove metodologie di intervento che permettano non solo lo sviluppo di un sapere del singolo professionista, ma anche del sapere professionale generale. Sperimentare nuove metodologie di intervento

in psichiatria è fondamentale: sono personalmente contrario alla semplice ospedalizzazione o medicalizzazione tramite farmaci, ma solo attraverso interventi integrati può essere garantita dignità e diritti al paziente psichiatrico.

In sostanza l'assistente sociale all'interno dei servizi di salute mentale dovrebbe:

1. attivare i gruppi di auto-aiuto e psico-educazionali;
2. informare i pazienti e i familiari dell'esistenza di tali gruppi;
3. inviarvi i pazienti e familiari;
4. operare come consulente;
5. facilitare la costituzione dei gruppi;
6. utilizzare il gruppo come strumento professionale.

Bibliografia

- P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010
- G. Civenti, A. Cocchi, *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, Nis, Roma 1994
- P. Bertrando, C.L. Cazzullo, M. Clerici, *Terapie familiari e psicoeducazione. Attuali orientamenti nel lavoro con le famiglie di pazienti schizofrenici*, Franco Angeli, Milano 1995
- P. R. Silverman, *I gruppi ai mutuo aiuto. Come l'operatore sociale li può organizzare e sostenere*, Edizioni Erickson, Trento 2003
- E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona 2003
- Codice deontologico dell'Assistente Sociale*, aggiornato 2009
- F. Folgheraiter, *Teoria e metodologia del servizio sociale*, Franco Angeli, Milano, 1998
- Gruppo di lavoro interregionale, *Seminario di approfondimento sull'empowerment: prima attività di coordinamento del gruppo interregionale*, 2 aprile 2009, Roma
- M. Barnes e R. Bowl, *Empowerment e salute mentale. Il potere dei movimenti sociali degli utenti*, Centro studi Erikson, Trento, 2003
- E. Spinelli, *Se il matto non sparisce. Dalla dipendenza all'interdipendenza nel lavoro dei servizi*, Franco Angeli, Milano 1995
- C.L. Cazzullo, *Psichiatria, famiglia e società: congresso internazionale*, Milano 19-21 Novembre 2002
- T. Bordogna *Promuovere i gruppi self-help*, Franco Angeli, Milano 2002
- S. Cesario, F. Mariotti e D. Sani, *L'Auto aiuto Psichiatrico: I processi aspecifici nella psicoterapia*, Franco Angeli, Milano 2001
- F. Bettarini e G. Terranova, *Advocacy, differenti forme di acquisizione di potere*, Franco Angeli, Milano 2002
- Diario degli incontri del gruppo di auto-mutuo-aiuto "L'Aurora" di Borgo Verezzi
- Documentazione dell'Associazione di promozione sociale "A cielo aperto"

Documentazione del Centro di Salute Mentale ambito 2-Finale Ligure
Dispensa corso di formazione per l'attivazione gruppi di auto mutuo aiuto nell'ambito della depressione e dell'ansia e attacchi di panico, Trento 2003

L. Bini, *La documentazione di servizio sociale*, Carocci, Roma, 2003

C. Lubiato, *Slide - Il ruolo dell'Assistente sociale in psichiatria*

G. Giusto, *Etica, estetica, matematica. La psichiatria tra clinica, cultura e impresa*, Antigone Edizioni, Torino 2008

Società Italiana di Psichiatria, sezione regionale ligure, *25 anni di psichiatria di comunità: la società italiana di psichiatria incontra le istituzioni*, Brigati, Genova 2004

L. Leone, M. Prezza, *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, Franco Angeli, Milano, 1999

M. Ferrera, *Le politiche sociali*, il Mulino, Bologna, 2006

P. Ferrario, *Politica dei Servizi Sociali*, ed. Carocci Faber, Roma, 2004

P. Guidi, *Laboratorio di Tirocinio di primo anno*, CLU, Genova, 2010

M. Marini, C. Marsala, *Guida al Tirocinio professionale II anno "100 ore nei servizi"*, CLU, Genova, 2010

M. Marini, M. Valente, *Guida al tirocinio professionale III anno*, CLU, Genova, 2012

F. Giberti, R. Rossi, *Manuale di psichiatria*, Piccin, Padova 2007

Sitografia

<http://www.agenas.it/>
<http://www.alfapp.it/>
<http://www.diapsi.it/>
<http://www.ausl2.umbria.it/>
<http://www.fareassieme.it/>
<http://www.assistentsociali.org/>

Riferimenti normativi

Legislazione nazionale

Legge 180/1978 *“Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”*

Legge 833/1978 *“Istituzione del servizio sanitario nazionale”*

Progetto Obiettivo *“Tutela della salute mentale”* 1994-1996

Progetto Obiettivo *“Tutela della salute mentale”* 1998-2000

Piano sanitario nazionale 1998-2000

Legge 328/2000 *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*

Legislazione Regione Liguria

Legge 39/1988 *“Organizzazione dei servizi di salute mentale delle unità sanitarie locali”*

Legge 42/1994 *“Disciplina delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere del servizio sanitario regionale in attuazione del dlgs 502/1992 e 517/1993”*

Legge 2/1997 *“Modifiche ed integrazioni alle norme di organizzazione e funzionamento delle Unità sanitarie locali”*

D.G.R. 1476/2000 *“Approvazione del progetto obiettivo regionale per la tutela della salute in ambito penitenziario”*

D.G.R. 1335/2001 *“Approvazione del Manuale per l’accreditamento istituzionale delle attività sanitarie”*

Piano socio-sanitario regionale 2003-2005

Legge 12/2006 *“Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari”*

Ringraziamenti

Desidero innanzitutto ringraziare la mia relatrice, Dott.ssa Cristina Lodi, per gli insegnamenti impartitemi nei tre anni di corso universitario e per la pazienza e le ore che ha cortesemente dedicato alla mia tesi.

Ringrazio inoltre il mio supervisore di tirocinio, Assistente Sociale Lorena Albezzano per avermi introdotto nel mondo della psico-educazione e per avermi stimolato professionalmente ed emotivamente verso la professione di Assistente Sociale.

Ringrazio il Centro di Salute Mentale ambito-2 Finale Ligure, l'ALFAPP e l'Associazione "A Cielo Aperto" per il materiale fornitomi per l'elaborazione della presente tesi.

Vorrei inoltre esprimere la mia sincera gratitudine ai miei compagni di corso, in particolare Ilaria, Ida, Michela, Francesca e Miriam per i numerosi consigli e il sostegno emotivo che mi hanno fornito in ogni fase del mio percorso.

Un grazie alla mia cara amica Alice che mi ha sempre sostenuto.

Infine desidero ringraziare con affetto e amore mia mamma Vanna e mio nonno Aldo che da lassù hanno vegliato sul mio percorso universitario, facendosi sentire vicini e dandomi la forza di andare avanti.