

Comunità Terapeutiche Democratiche modelli italiani e inglesi a confronto di Giuseppe Gagliardi

Caratteristiche Operative delle Comunità

L'approvazione della legge 180, ha contribuito negli ultimi 30 anni allo sviluppo di numerose Comunità Terapeutiche sia pubbliche che private.

Nel 1999, il Ministero della Sanità, ha disposto la definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici incentivando ulteriormente il moltiplicarsi di nuove strutture intermedie che di solito si autodefinivano Comunità Terapeutiche.

Nonostante le Comunità Terapeutiche italiane propongano modelli operativi e teorici di riferimento diversi ed ispirati ad approcci al disagio mentale tra i più disparati, è possibile tracciare alcune linee comuni:

- **Struttura edilizia**

La maggior parte delle Comunità Terapeutiche hanno come obiettivo la restituzione del paziente in un ambiente sociale normale.

La struttura edilizia, deve quindi esser vicina alle caratteristiche di una comune abitazione e non a quelle di un ambiente sanitario. La regola pertanto per le comunità è la "normalità" e "naturalità" dello spazio abitativo. Molte comunità trovano sede adeguata in locali già adibiti a normale abitazione come ville, casali, appartamenti ecc.

- **Il Personale**

Il lavoro in CT è multidisciplinare, quindi compito di categorie professionali diverse: medici, infermieri, psicologi, educatori; in proporzioni che variano a seconda dell'utenza cui ci si rivolge e della tipologia di progetto specifica di quella Comunità.

In linea di massima, si può ritenere accettabile, in una CT con 20 pazienti (le CT italiane, per legge, non possono superare questo numero) la presenza contemporanea di 4 operatori nell'arco delle 12 ore e di due operatori durante la notte. Ciò può corrispondere all'incirca a una dotazione di personale pari a 18 unità a tempo pieno. Questo in una CT riabilitativa che si occupa di pazienti gravi, e che mira realisticamente al loro recupero, o comunque supplendo a condizioni di limitata autonomia personale. Esistono modelli organizzativi diversi che richiedono una dotazione minore di personale.

- **Presenza in carico globale**

La maggior parte delle CT forniscono un intervento terapeutico-riabilitativo che tende a **farsi carico globalmente del paziente** inserito nella struttura, un intervento quindi, che comprende trattamenti che vanno dal livello assistenziale a quello psicologico, da quello sociale a quello familiare.

Una osservazione cruciale va fatta in relazione alla globalità dell'intervento che non può essere concepito come la semplice somma di interventi fra di loro scissi, quanto piuttosto come livelli diversi di un intervento unico che mette al centro il singolo paziente. E' la Comunità nel suo complesso ad essere terapeutica e a promuovere la riabilitazione, non i singoli interventi.

Possiamo provare a raggruppare le attività che si svolgono in una comunità in alcune grandi categorie:

Attività Cliniche: *Terapie individuali, Terapie di gruppo, familiari, psicofarmacologia*

Attività Riabilitative: *Laboratori espressivi (musica, teatro, scrittura, pittura, informatica, cucina ecc.) Tirocini di lavoro esterni, Corsi di formazione professionale esterni*

Attività assistenziali/gestionali: *Cura di sé e dello spazio di vita, Assistenza medico-infermieristica, assemblea*

Attività Ludico-ricreative: *Sport, Gite ed escursioni, Cinema*

Ovviamente tale classificazione non è esaustiva ed è puramente indicativa, in quanto, qualsiasi attività può essere inquadrata in diverse categorie. Ma ciò che qui ci preme sottolineare è costituito dal fatto che in un modello comunitario tipico non viene reputata di maggiore o minore importanza nessuna di queste attività, tutte sono tra di loro interconnesse e tutte forniscono possibilità di intervento terapeutico-riabilitativo.

In un tale modello, di conseguenza, lo spazio di intervento terapeutico si modifica, il setting comprende l'intera comunità nella sua struttura spazio-temporale.

Un modello così concepito pone al centro dell'intervento **la relazione** fra operatore ed utente. Il ruolo dell'operatore si inquadra poi nel suo rapporto con l'intera équipe comunitaria: dal grado di coesione e dalla qualità dell'integrazione dell'équipe discende la qualità e l'efficacia del trattamento del gruppo-pazienti nel suo complesso.

- **l'organizzazione in fasi**

Un'altra caratteristica operativa che accomuna i vari modelli di Comunità Terapeutiche è l'organizzazione in fasi del lavoro riabilitativo. Anche in questo caso, tentando di individuare delle linee comuni all'interno della eterogeneità dei modelli teorici di riferimento delle diverse strutture operanti nel campo, è possibile individuare tre fasi generali:

1-ACCOGLIENZA

- **Affidare il paziente ad un operatore di riferimento con lo scopo di fare da tramite tra mondo esterno e Comunità**
- **Fungere da Io ausiliario**
- **Contenere gli agiti, l'aggressività e la frammentazione**
- **Elaborare il distacco dalla famiglia**

Nella fase di accoglienza il paziente è incoraggiato a sviluppare le sue relazioni nel contesto comunitario attraverso un lavoro di contenimento della sintomatologia e di costante mediazione tra il paziente e le richieste provenienti sia dall'interno della Comunità che dal mondo esterno.

2-INSERIMENTO

- **Delimitare il setting attraverso regole precise:**

- ✓ **sospendere l'agito (si parla prima di agire)**
- ✓ **rispettare orari e struttura**
- ✓ **rispettare gli altri**
- **alleanza terapeutica**
- **Inserire il paziente nelle attività della Comunità**
- **Favorire l'interazione col gruppo**
- **Ripristinare contatti con la famiglia**

3-USCITA

- **Favorire lo sviluppo di relazioni interpersonali nuove ed adattive**
- **Contenere la sintomatologia**
- **Ripristinare un contatto nuovo con la famiglia**
- **Inserire il paziente in percorsi riabilitativi esterni alla Comunità**

Le diverse riorganizzazioni delle strutture *psichiatriche* sono ancora oggi in continua evoluzione e variano da regione a regione.

Oltre a quelli citati, alcuni principi generali ed una classificazione-tipo, può essere fatta inoltre in base alla:

- **residenzialità e semiresidenzialità** ossia l'importanza di stabilire gradi di protezione diversi al paziente a seconda delle circostanze e del livello di autonomia;
- **continuum socio-sanitario** è possibile individuare strutture in cui è prevalente l'aspetto sanitario su quello sociale e viceversa;
- **numero degli utenti** ossia l'evitare strutture con alti numeri di pazienti privilegiando strutture piccole e diffuse nel territorio in modo da favorirne l'integrazione con lo stesso;

Formazione e identità professionale degli Operatori

Il problema dei vari modelli di comunità Terapeutiche quali contenitori di trattamenti o come trattamento nel suo complesso si ripresenta nuovamente nel momento in cui consideriamo il tema del setting ossia del contesto all'interno del quale il trattamento deve svolgersi.

Lo sviluppo della psicoterapia psicoanalitica ha proposto un approccio che, rispetto a quello analitico classico, ha sottolineato l'importanza di un atteggiamento terapeutico impostato sulla comprensione empatica e la simmetria, raccogliendo i contributi di autori quali Kohut o delle psicoterapie psicodinamiche (Foglio Bonda 1987, Langs 1973-74, Gabbard 2000).

Tutti questi aspetti rendono maggiormente affrontabile la psicopatologia psicotica mediante psicoterapia psicodinamica, e si avvicinano a quell'atteggiamento di fondo dell'operatore che lavora con il paziente in un contesto di CT.

Tenendo conto di quanto afferma Wolberg che "... un terapeuta esperto, ben preparato, tecnicamente capace e che ha una personalità adeguata può fare una buona psicoterapia quasi in ogni tipo di ambiente e luogo" (Wolberg 1977). Una difficoltà nella trasposizione di un modello di intervento psicodinamico al lavoro riabilitativo è costituito dal setting nei suoi aspetti fisici e strutturali. Gli aspetti del setting che riguardano la puntualità, il rispetto delle regole, il creare un ambiente confortevole e contenitivo, sono naturalmente analoghi seppur diluiti in un contesto più ampio come quello di una CT. Come osserva Campoli (1997) "Le interazioni e le regolazioni affettive che si svolgono intorno a comuni eventi quotidiani quali l'andare a dormire ed il risveglio mattutino, l'igiene quotidiana, la preparazione ed il consumo dei pasti, (...), possono rappresentare gli scenari di nuove occasioni terapeutiche, o, al contrario, di nuove delusioni. Questi eventi più informali della vita istituzionale devono essere predisposti ed osservati, quindi, con la massima cura e con la medesima attenzione che si riserva alle psicoterapie. Intorno al loro dispiegarsi si avvicendano bisogni di base, desideri, emozioni, ricordi, pensieri, di operatori e pazienti".

L'operatore, non analizza il paziente durante il lavoro comunitario, ma agisce terapeuticamente nel "qui ed ora" sulla base di una formazione analitica che gli consente di "leggere" ciò che accade in modo dinamico.

Supervisione costante delle dinamiche transferali e controtransferali in équipe

Negli ultimi tempi, a prescindere dai vari modelli, la tendenza a chiedere l'intervento di supervisori esterni nelle Comunità Terapeutiche è andata sempre più crescendo. La diffusione di questa esperienza si è consolidata al punto che in molte comunità si considera ormai una necessità l'esistenza del supervisore, di cui non si può fare a meno.

Un agire analiticamente orientato non può tralasciare la supervisione delle dinamiche transferali e controtransferali sia individuali che di équipe. Al di là di una formazione psicodinamica dell'operatore di Comunità, è ormai consolidato nelle CT un lavoro di supervisione per evitare che il suo agire si sclerotizzi intorno a pochi compiti routinari.

Essendo, comunque, la comunità una organizzazione con rilevanti aspetti gestionali e amministrativi, in molte CT si fa anche una supervisione che potremmo definire organizzativa e che tiene presente l'impatto che l'organizzazione e l'amministrazione della struttura hanno sul lavoro clinico.

"La valutazione del trattamento comunitario"

La psichiatria, nella sua lunga e tormentata storia, ha prodotto un progressivo cambiamento nel modo di intendere la malattia mentale e al tempo stesso nel modo di intenderne il trattamento. In Italia, i modelli terapeutici, si sono sviluppati dalla mera custodia, all'inserimento attivo del paziente. Man mano che la

riflessione scientifica ed esperienziale aumentava, si profilava il ruolo centrale della riabilitazione fino a far letteralmente scomparire la differenza tra cura e riabilitazione in psichiatria. La cura non può essere concepita se non nel senso del recupero di funzioni e quindi di riabilitazione. La riabilitazione presuppone un prima (quali sono le funzioni alterate e/o perdute) ed un dopo (quali sono le funzioni riparate e/o ritrovate) e quindi introduce il tema della **valutazione e della verifica dell'efficacia**. La valutazione di efficacia è fondamentale per la valutazione della qualità dei trattamenti. Per la complessità del bisogno cui sono deputate a rispondere le strutture comunitarie e per la quantità di risorse che assorbono, appare necessario superare il rischio costante di autoreferenzialità con una valutazione regolare dei risultati dei trattamenti che permetta di dare un giudizio sulle procedure che vengono attuate e sulle risorse che sono necessarie (Rossi, 2003).

Quella della valutazione è una esigenza sempre più sentita nei suoi risvolti tecnico-terapeutici ed economici. E' possibile e necessario effettuare valutazioni in termini di tipologia di utenza prevalente, di andamento degli interventi, di turnover e di durata della permanenza, nonché di follow-up.

L'ampio sviluppo delle CT si è spesso situato ai margini dei trattamenti istituzionali del disagio psichico. Il fiorire di esperienze diverse e a volte maggiormente ispirate a principi ideologici, religiosi e/o umanitari piuttosto che scientifici e metodologici, ha dato una spinta notevole allo sviluppo di forme di trattamento per i pazienti psichiatrici, ma al tempo stesso ha arrecato confusione e disorientamento negli operatori del settore.

Già nel '92 Mariani ammoniva come in riabilitazione "...: a fronte di numerose esperienze, valide dal punto di vista operativo, non sussistono un impianto metodologico forte, né valutazioni comparative longitudinali in grado di localizzare i fattori di cambiamento."

Da allora qualcosa si è fatto in tale direzione, nel 2002 nel Convegno "*Stigma: dalle contraddizioni alla responsabilità*" da più parti si rilevava la necessità di incrementare gli studi sul tema della valutazione in riabilitazione psichiatrica .

Tutto ciò non vuol dire che il mondo delle Comunità Terapeutiche non senta in maniera molto forte il problema e non sia dotato di strumenti di valutazione e monitoraggio del lavoro riabilitativo, quanto che vi è una mancanza di confronto e validazione metodologicamente corretta di tali strumenti.

Negli ultimi anni sono sorti, finalmente, molti studi e alcune ricerche sul trattamento comunitario con l'intento di valutarlo e di confrontarlo con altri trattamenti, oltre che di individuare gli elementi comuni fra i diversi modelli operativi delle diverse strutture. A tal proposito si sono sviluppate associazioni come la **Fenascop (1993)** che raccoglie moltissime comunità pubbliche e private di tutta l'Italia e una serie di Coordinamenti di Strutture che stanno permettendo un confronto tra i

diversi modelli teorici ed operativi di intervento oltre a promuovere iniziative divulgative e formative importanti.

Nell'ambito delle iniziative scientifiche sulla valutazione dell'efficacia, va ricordata quella promossa e realizzata dall'Associazione **Mito & Realtà**. Ispirandosi all'esperienza inglese e' stato avviato un **progetto di Visiting** nelle CT italiane che si propone di realizzare una valutazione incrociata del funzionamento delle comunità terapeutiche, tenendo conto della complessità dei fattori che contribuiscono ad elevare il loro livello di efficacia.

Il Visiting, propone un modello circolare, dove l'enfasi è posta sulla **partecipazione e l'incontro esperienziale**, sulla **riflessione sul metodo clinico e organizzativo** e sul **dialogo tra pari** come strumento di lavoro per il cambiamento. Lo scopo, è la promozione di una rete italiana delle comunità, che garantisca una struttura di rapporti all'interno della quale sia possibile osservare la pratica, scambiarsi le idee e discutere i problemi, in un reciproco supporto, ed individuare degli indicatori di qualità che permettano alle comunità di poter certificare l'efficacia del proprio intervento secondo dei criteri oggettivabili .

Anche alla **Reverie**, la comunità in cui opero, sia il singolo operatore che l'équipe svolgono nel lavoro quotidiano riabilitativo col singolo paziente, un lavoro di verifica e valutazione.

Ma sono i programmi di uscita dalle CT , nelle strutture Reverie, si pongono quale concreto strumento di valutazione, monitoraggio e verifica del lavoro terapeutico/riabilitativo fatto nelle strutture residenziali.

Per realizzare operativamente percorsi di uscita dalle Comunità residenziali Reverie si sono attuati, nel corso degli anni e a seconda delle specifiche esigenze di gruppi di *pazienti*, diverse modalità di programmi di dimissione.

La Residenzialità Decentrata (RD), utilizza piccoli appartamenti ("residenze decentrate"), ubicati fuori dalla Comunità, in contesto urbano e strutturati in modo da poter accogliere 2-4 ospiti, nei quali si realizzano progetti terapeutici che hanno anche la finalità di verificare la consistenza delle capacità di autonomia psichica ed abitativa acquisite durante il percorso in CT. La funzione preminente assegnata ai programmi di RD è quella di separare strutturalmente, organizzativamente e psicologicamente la funzione dell'abitare da quella della cura (Di Leo G.P.): la residenzialità civile prende gradualmente il posto della residenzialità sanitaria, due aspetti che sono invece sostanzialmente sovrapposti nell'intervento di CT.

L'inserimento nelle RR.DD è graduale e modulato in sinergia con l'evoluzione della situazione complessiva del singolo affidato che si trovi nelle fasi finali del trattamento residenziale.

Valutato il suo status psicopatologico, e di concerto con lui, con la famiglia, con l'équipe del Servizio inviante e quella della CT., l'assistito avvia questa tappa del percorso andando nel nuovo

appartamento; inizialmente lo utilizza solo per dormire, guidato e sostenuto dagli operatori, che oltre ad accompagnarlo e rassicurarlo, garantiscono sempre una pronta reperibilità dalla CT.

Con la gradualità definita dalla specifica condizione individuale, la persona in cura inizia ad utilizzare per tempi sempre più lunghi la nuova casa, inizia a vivere il fuori dalla comunità.

Questa prima fase termina con un programma che, a regime, mette la persona in grado di utilizzare la casa e le risorse del territorio per soddisfare le esigenze primarie, sperimentando in progress modalità di socializzazione sempre meno protette.

Il passaggio attraverso le strutture decentrate prelude e prepara il reinserimento nel mondo sociale, lavorativo o familiare .

La residenzialità decentrata prevede quindi tempi di soggiorno limitati ed è proposta all'utenza per verificare i risultati terapeutici-riabilitativi raggiunti durante il percorso residenziale al fine di ricercare il luogo e la modalità di restituzione al territorio di appartenenza più adatti.

Il Centro Diurno

Come già detto il programma di Residenzialità decentrata ha come missione quella della preparazione all'uscita dalla comunità residenziale; ha una durata breve (6 mesi circa) e ottiene solitamente i suoi risultati con il rientro dell'utente nel territorio di provenienza quando sia in grado di organizzarsi, in semplicità, una vita autonoma o quanto meno si senta in grado di viverla con necessità di assistenza decisamente ridotte.

Non sempre però questo è l'esito immediato. A volte l'esperienza di RD fa emergere difficoltà non evidenziate nel trattamento in un contesto residenziale più protetto; molto spesso né la famiglia, né il Servizio di Salute Mentale sono in grado di fornire l'assistenza necessaria a mantenere la persona in equilibrio psichico, sostenendo i miglioramenti realizzati ma ancora fragili.

In questi casi si rende necessario il proseguimento di un trattamento terapeutico-riabilitativo che sostenga la persona per gli aspetti rivelatisi ancora deficitari ma che, evitando il rientro in strutture residenziali, le consenta di conservare con l'autonomia ormai acquisita, le abilità (abitative e sociali) sviluppate durante la RD e anche di acquisirne ulteriori. Anche con questa finalità opera il Centro Diurno. *(Estendendo la sua attività al governo e supporto delle Residenzialità Decentrate il Centro diurno opera in modalità semiresidenziale: 12 ore, dalle nove di mattina alle nove di sera).*

La sede operativa del Centro Diurno è collocata in un piccolo centro urbano e costituisce un luogo di riferimento, di aggregazione e di confronto per gli operatori e i loro affidati, principalmente impegnati sul territorio; ciò permette a quest'ultimi di sperimentare le proprie competenze sociali all'interno del tessuto civile cosiddetto "normale"

La sinergia fra CD e le risorse funzionali alla crescita dell'assistito presenti sul territorio, viene curata da una equipe multidisciplinare (Unità Operativa Territoriale, U.O.T., formata da psicologi

clinici e psicoterapeuti) che orienta il rapporto con l'affidato in cura nella direzione di modulare e sciogliere senza traumi la relazione di affidamento, tipica del modello Reverie, molto forte nelle Comunità residenziali..

La principale mission del Centro Diurno, modello Reverie, è infatti quella di mantenere il più possibilmente «fuori», sul territorio, i principali interventi riabilitativi e risocializzanti diretti alle persone affidate loro in cura.

L'operatore di Centro Diurno è, in Reverie, una nuova e più avanzata figura professionale, che non ha in una sede stanziale il luogo privilegiato di lavoro : è principalmente il territorio del paese nel quale vivono i residenti in cura il suo setting terapeutico, sono le relazioni che gli stessi intessono sul territorio i momenti di verifica del suo intervento, sono le difficoltà che questi incontrano nel ricrearsi una vita i momenti più intensi della loro mission di sostegno e di cura; la loro specificità terapeutica è la capacità di fare Reverie comunque anche in spazi non protetti, in mezzo alla strada; di svolgere la funzione di compagno adulto, di guida e di sopportare la malattia mentale dei propri affidati anche mentre ci si muove in mezzo ai «normali»,

Come abbiamo visto, nonostante i vari modelli di riferimento delle numerose CT, una preparazione adeguata degli operatori psichiatrici in tema di valutazione appare imprescindibile ai fini di un efficace lavoro riabilitativo. Tutto ciò, anche per contrastare quel processo che potremmo definire “*cronicità di ritorno*” che si instaura quando alla cronicità ed all'apparente immobilismo del paziente psichiatrico si contrappone un operatore poco formato, demotivato ed incapace di stimolarlo. Un atteggiamento improntato al costante monitoraggio di sé, del paziente e della relazione in corso, può essere l'unico antidoto a tale fenomeno. Riteniamo che l'attenzione alla valutazione debba essere un elemento centrale sia della formazione dell'operatore che del lavoro terapeutico-riabilitativo in comunità.

In conclusione, il processo di valutazione appare intimamente connesso al trattamento stesso del paziente e si sviluppa costantemente lungo tutto il suo percorso riabilitativo.