

UNIVERSITA' DEGLI STUDI ROMA TRE  
FACOLTA' SCIENZE DELLA FORMAZIONE

**“LA RIABILITAZIONE IN  
COMUNITA' TERAPEUTICA  
PSICHIATRICA: L'EDUCATORE  
COME MEDIATORE”**

Relatrice: *prof.ssa B. Grasselli*  
Correlatore: *prof. D. Meghnagi*

di FRANCESCA DI MICHELE  
matricola: 232542  
corso di laurea: *Educatore professionale di  
comunità*

*a.a. 2004 / 05*

## **INDICE**

<b><u>INTRODUZIONE</u></b>	pag. 3
----------------------------	--------

### **CAPITOLO 1: QUESTIONE DI DIAGNOSI**

1. Quali definizioni	pag. 9
----------------------	--------

### **CAPITOLO 2: OFFRIRE UNA RISPOSTA TERAPEUTICA**

1. Una nuova visione della guarigione	pag. 27
2. Rapportarsi con la persona, non con la malattia	pag. 30
3. La riabilitazione psichiatrica	pag. 32

### **CAPITOLO 3: LA COMUNITA' TERAPEUTICA PSICHIATRICA**

1. Un segno di cambiamento: la legge Basaglia	pag. 41
2. Costruire una cultura totale	pag. 42
3. Nuovi assunti, nuovi obiettivi	pag. 43
4. Nuove operatività: l'intermediarietà	pag. 44
5. Il contratto terapeutico	pag. 49
6. Costruire il percorso terapeutico	pag. 50
7. I frutti del soggiorno in comunità	pag. 53

### **CAPITOLO 4: L'EDUCATORE PROFESSIONALE**

1. Funzione educativa	pag. 56
2. Il valore del "fare con"	pag. 57
3. Essere un punto di riferimento	pag. 58
4. Apprendere dalla relazione	pag. 59

5. L'educatore: lavoro su se stesso	pag. 62
6. Il lavoro d'equipe	pag. 65
7. La supervisione	pag. 67

#### **CAPITOLO 5: LA COMUNITA' TERAPEUTICA MONTESANTO**

1. Una presentazione	pag. 69
2. La vita in comunità	pag. 70
3. Il fare educativo	pag. 72
4. L'educatore in comunità Montesanto	pag. 74
5. Un progetto evocativo: la montagnaterapia	pag. 76
6. Il rientro: cosa cambia	pag. 87

#### **CONCLUSIONE**

pag. 93

#### **BIBLIOGRAFIA – SITOGRAFIA**

pag. 97

#### **APPENDICI**

1: <i>Legge 13 maggio 1978, n. 180</i>	pag. 106
2: <i>Legge 23 dicembre 1978, n. 833</i>	pag. 114
3: <i>L'educatore professionale</i>	pag. 124

## **INTRODUZIONE**

Tre sono gli elementi cardine di questa tesi: riabilitare, educare, mediare sono tre aspetti dello stesso discorso.

Questa riflessione è nata da una personale esperienza: il tirocinio presso una comunità terapeutica psichiatrica di Roma, la comunità Montesanto, in cui ho potuto vedere l'azione diretta di un educatore professionale.

Cosa vuol dire essere un educatore professionale? Tra tutte le figure operanti in campo sociale – educativo è la più confusa, indefinita, probabilmente perché si è ancora all'inizio del processo di riconoscimento della sua presenza.

Dico questo perché in realtà non si tratta di una figura nuova, ma piuttosto di una riscoperta della valenza educativa del cosiddetto “fare quotidiano”.

Il campo di azione di un educatore è il più ampio di qualunque altra figura e direi forse troppo dispersivi sono i confini di questa professione, perché esiste una formazione accademica unica da adattare poi, solo successivamente, ai diversi tipi di utenza con cui si lavorerà.

Arriviamo così al discorso sulla comunità terapeutica: all'interno della Nuova Psichiatria l'educatore professionale si è visto riconosciuto uno spazio, e quindi è sulle esigenze di pazienti psichiatrici che questi deve costruire e rendere operativa la sua professionalità.

Una prima puntualizzazione da fare è che non ci si confronta con una malattia fisica, né con una condizione di emarginazione sociale o handicap legato a qualche disabilità specifica: ciò che si incontra è una condizione di vita, uno stile comportamentale dominato dall'angoscia e dalla disperazione costante. Non ha molta importanza, questo è quanto posso affermare a posteriori, sciogliere i nodi che tanto invece martellano i “non addetti ai lavori”: si tratta di malattia organica? È colpa della genetica o della “società insensibile”? Oppure è la sfortunata conseguenza dell'essere nati in una famiglia che non è stata capace di dare sufficienti amore e sicurezza?

Sono interrogativi a cui al momento gli psichiatri stessi non sanno dare risposte. O meglio quello che non danno sono risposte secche ed inappellabili, le uniche che una società di quiz televisivi sa invece accettare.

Fare esperienza in una comunità terapeutica innanzitutto mi ha permesso di capire che una “guarigione” clinica non deve essere lo scopo su cui fossilizzarsi: cosa vuol dire guarire? E guarire da cosa? Da se stessi?

Gli ospiti al suo interno sono i “malati” che più di ogni altro fanno paura, perché, apparentemente sani, soffrono, ma nonostante i passi da gigante fatti dalla medicina e dalla psicologia non si è ancora trovata la “pillola magica” che risolva tutti i problemi (altra convinzione invece tipica delle società abituate agli eroici colpi di scena delle soap opera).

Le storie di questi pazienti sono complesse, sicuramente disseminate di svariate problematiche mediche e sociali, ma ciò che da sempre ha spinto ad isolarle, reprimerle, dimenticarle e disprezzarle è stata la loro inquietante facilità di assimilazione con le proprie storie

di vita: a volte può essere stata anche solo una scelta sbagliata, un momento di debolezza in più ad aver fatto precipitare in un baratro il delicato equilibrio che si definisce “la salute mentale”.

Al giorno d’oggi, fortunatamente, stiamo vivendo una fase che si può definire rivoluzionaria: dopo la ventata innovativa della fine degli anni ’70 si cominciano a veder i primi frutti della nuova organizzazione, con i suoi punti di forza e di debolezza.

La comunità terapeutica è la rappresentante tipo della nuova idea di psichiatria territoriale basata sulle *strutture intermedie*, che hanno uno scopo ben diverso dal vecchio manicomio. Ora non si avverte più la necessità di nascondere, contenere e difendersi, ma si è girata completamente la visione e la prospettiva: restituire alla società i suoi membri, anche i “matti” hanno diritto, e per questo devono assumersene la *responsabilità*, di vivere nel contesto sociale liberi di costruirsi le proprie reti e senza il peso di una etichetta così discriminante.

Ma come poter riprendere in mano le redini di una vita frantumata e senza scopi? Qui entra in ballo la comunità terapeutica e l’educatore.

Da un lato all’interno di questa struttura operano gli psicologi, con l’intento di ritrovare il nucleo della personalità dei propri pazienti, restituirgli l’idea che come tutti gli altri anch’essi sono individui dotati di un personale sé, inseriti in un preciso tempo e spazio (in un preciso “qui ed ora”).

Dall’altro c’è l’educatore. Nel mio lavoro ho cercato di mettere insieme quali sono le operatività e la valenza della sua presenza per fare maggior luce sulla sua importanza.

Vivere insieme condividendo ogni cosa come in una famiglia: questo è il senso di un periodo di soggiorno in una struttura comunitaria, questo il campo di azione di un educatore.

Non c'è un setting limitato e preciso, con un orario definito insieme nel corso del quale dedicarsi totalmente a tirar fuori i propri più nascosti fantasmi. Quello educativo è un intervento riabilitativo continuo diluito in tutti i gesti che fanno quotidianità.

La parentesi “comunità” aiuta a riappropriarsi del valore della vita: ha il significato di un'esperienza del “*come se*”, di un periodo di prova in cui fare chiarezza e rafforzare la propria capacità di scendere di nuovo nel flusso degli eventi. È una vera e propria metafora dell'esistenza, e l'educatore è mediatore di questo linguaggio nuovo per lo psicotico cresciuto dentro una campana di vetro che è stata la sua gabbia dorata di finta protezione dalle sofferenze del mondo.

Porsi come modello, lasciarsi scoprire e saper essere un appiglio è quanto il lavoro comunitario richiede ad un educatore: non si usano maschere, niente inganni o difese personali. Per operare in questo campo non si può prescindere da un profondo e sincero percorso personale di svelamento ed autoaccettazione. Con buona probabilità tutto ruota davvero intorno a questo concetto: ACCETTAZIONE. Di cosa? Di se stessi innanzitutto, e questo è un obiettivo “terapeutico” che ci pone tutti sullo stesso piano, pazienti ed operatori, in un processo di crescita che non si conclude mai: è una meta che non si raggiunge una volta per tutte, è un traguardo da tagliare ogni volta come se fosse la prima senza dare mai nulla per scontato.

Questo è quanto insegna un'esperienza in comunità psichiatrica: niente è mai detto una volta per tutte, non c'è chi vince e chi perde,

ogni attimo è una sfida nuova da vivere fino in fondo rimettendosi continuamente in gioco.

La vita è una scommessa con se stessi, tale premessa è alla base anche del progetto che non ho esitato a definire “evocativo” di *montagnaterapia*. La trovo estremamente significativa e simboleggia perfettamente la direzione che la Nuova Psichiatria sta seguendo. Apertura verso l'esterno, e non un esterno astratto o di cui accontentarsi mediocrementemente, ma un rivolgersi verso la natura, verso quanto di più spettacolare essa ci regala: le vette più alte.

Non importa la stagione, il tempo, l'aspetto fisico o lo stato d'animo. La montagna aspetta silenziosa ed accogliente chiunque decida di avvicinarla. Chiaramente non si può farlo da sprovveduti, occorre attrezzarsi materialmente e mentalmente all'esperienza, occorre *sapere*, conoscere quali abilità sono necessarie e quanto è maturo spingersi oltre i propri limiti oppure quando è raccomandabile fermarsi. Come di fronte a qualunque novità che possiamo incontrare è necessario prendere coscienza di tutti gli elementi che la compongono: quanto sacrificio è richiesto e quale sarà la soddisfazione finale.

Arrivare in cima vuol dire “ce l'ho fatta”, e questa esclamazione non si limita all'abilità di aver saputo camminare nel modo giusto: è la spinta che ognuno ridà a se stesso, rafforzato dal sostegno e dalla condivisione di questo successo con gli altri che sono vincitori anch'essi, verso la più importante ed impegnativa scalata che c'è: quella del restituirsi a se stesso, consapevoli dei propri dolori, della propria malattia se si vuole continuare a chiamarla così, ma nello stesso tempo consci del fatto che il dolore fa parte della vita e che l'aver visto il buio non è certezza di fallimento, ma premessa della



capacità di saper gioire e godere a pieno della luce futura, anche della più fioca.

## CAPITOLO 1.

### **QUESTIONE DI DIAGNOSI**

*“... naufragò in una notte cupa, infinita  
E non trovò rottami per aggrapparsi,  
tutto gli sfuggiva veloce tra le dita  
e neppure dei propri sensi poteva fidarsi...”*

*“Tu Pace, sei l’ultimo orologio che mi rammenta  
che si deve lottare per un parallelogramma di vita.  
Sono uno sconfitto devotamente folle,  
come una pallottola alzata al miracolo o allo scherno,  
ma tu, tu taci”*

## **1. QUALI DEFINIZIONI**

### **1.1 PSICOSI**

Con questo lavoro ho intenzione di presentare un percorso di tipo educativo che può essere messo in atto all’interno di una “struttura intermedia”, qual è la comunità terapeutica psichiatrica, attraverso il lavoro dell’educatore professionale; sulla base di una diretta esperienza in tale direzione.

Ma per addentrarsi competentemente in esso, è doveroso inquadrare innanzitutto quale tipi di “disabilità” conducono una persona a diventare ospite di una simile struttura.

Ho inserito in testa a questo capitolo due poesie, frutto dell’immaginazione di uno psichiatra e di un “utente” psicotico.

Ecco il primo termine su cui soffermare l'attenzione: psicosi. Si tratta di una parola intorno alla quale sembra dominare un'atmosfera di diffidenza, timore, quasi angoscia.

Che vuol dire essere definito psicotico? Per non cadere in facili fraintendimenti e semplicistici pregiudizi, cerchiamo di riprendere quanto manuali di psichiatria e psicopatologia riportano al proposito.

Nel corso della storia, innanzitutto, questo termine ha raggiunto un'accettazione universale.

Il DSM –IV –TR<sup>1</sup>, il manuale diagnostico più aggiornato a cui attualmente si rifanno gli specialisti per le diagnosi, propone due definizioni:

- Una più restrittiva, fa riferimento ai deliri ed allucinazioni che si verificano senza la consapevolezza della loro natura patologica da parte della persona stessa;
- L'altra meno limitativa, include le allucinazioni che il soggetto riconosce come esperienze allucinatorie

Con il termine psicosi, il DSM–IV–TR indica “*una perdita dei confini dell'Io o una compromissione della capacità d'esame della realtà*”.<sup>2</sup>

Ciò che si verifica è un ripiegamento del soggetto all'interno, con una conseguente diminuita relazione con la realtà: questo comporta esperienze di derealizzazione (difficoltà di contatto con un mondo che appare meno concreto) e depersonalizzazione (non si sa chi si è, chi comanda i propri movimenti o ci si sente distaccati da se stessi).

---

<sup>1</sup> American Psychiatric Association, *DSM –IV – TR*, Masson, Milano 2001

<sup>2</sup> C. SERRA, *Lezioni e schemi di psicopatologia generale*, ediz. Kappa, Roma 2003, pp 87 ss

Lo psicotico, in definitiva, può arrivare a non riconoscere la propria identità e quella degli altri<sup>3</sup>; perdendo la percezione dei confini tra sé e il mondo esterno e la coscienza della particolarità del proprio modo di pensare, sentire, agire.

I principali “sintomi” che caratterizzano la psicosi sono i deliri, le allucinazioni, il pensiero disorganizzato. Oltre a questi aspetti una persona che soffre di un disagio psicotico può sviluppare disturbi del pensiero (es. disturbi della forma, cioè dell’ideazione e del contenuto, quindi alterazioni delle idee) con fughe o inibizioni, rallentamento del corso del pensiero stesso, povertà di temi e ideazione dissociata.

## **1.2 MECCANISMI DI DIFESA**

In una cornice sintomatologica di questo genere, centrale è l’analisi dei meccanismi di difesa che ogni paziente può mettere in atto. Si tratta per prima cosa di meccanismi molto primitivi.

Cos’è un meccanismo di difesa? In realtà si tratta di modalità di reazione, di comportamento che interessano la vita di ognuno di noi, perché rappresentano un tentativo di risposta dell’apparato psichico di fronte a conflitti insopportabili, particolarmente dolorosi.

Il cuore di un disturbo psicotico è proprio un’estrema condizione di sofferenza, una difficoltà a funzionare come un’entità con la costante minaccia di disgregazione del mondo e della propria personalità, tanto forte da condurre l’individuo a mettere in atto un processo di *Regressione* a quelle fasi dello sviluppo in cui la distinzione Io – Mondo ancora non si è stabilizzata e definita nettamente.

---

<sup>3</sup> M. FALABELLA, *ABC della psicopatologia*, Magi, Roma 2002, p 103

Questo meccanismo, che innalza un muro di inibizione, rifiuto e chiusura verso l'esterno, scatta parallelamente ad un altro che ne completa l'azione, la *fissazione*: cioè il richiudersi in una certa fase dello sviluppo bloccando il proprio personale processo di crescita e maturazione.

Entrambi questi meccanismi trovano la loro ragion d'essere nel fatto che la loro funzione difensiva (intrinsecamente distruttiva) sta nel cercare una parvenza di equilibrio nel rivivere in un ciclo senza fine un periodo della vita carico di soddisfazioni, perché non più presenti nella fase attuale dell'esistenza.

Il periodo in cui rimane fissato lo psicotico è l'epoca dello svezzamento, in cui l'Io obbligato a rinunciare alla madre nella realtà compensa questo intollerabile sacrificio diventando, in qualche modo, la propria madre nell'immaginazione: richiudendosi così in una condizione, variabilmente inaccessibile, di autismo.

In questo modo la disgregazione dell'Io, derivante dalla malattia, viene ricompensata attraverso una realizzazione simbolica<sup>4</sup>.

Questo meccanismo è in sé autodistruttivo, perché mina sempre più la già debole capacità di difesa all'invasione della psicosi conclamata.

### **1.3 SCHIZOFRENIA**

Credo sia importante cercare di definire un po' meglio la diagnosi di "sindrome schizofrenica": quella più diffusamente usata per individuare varie condizioni psicopatologiche.

---

<sup>4</sup> M. A. SECHEHAYE, *Diario di una schizofrenica*, Giunti, Torino 2000, pp 117 ss

Anche qui occorre far riferimento a più punti di vista per averne una visione pluriprospettica.

Il termine “schizofrenia” è stato coniato da E. Bleuler per definire una classe di psicosi “endogene funzionali, a decorso lento e progressivo”<sup>5</sup>, la cui unità era già stata individuata da E. Kraepelin sotto il titolo di *demenza precoce*.

Questi ne aveva individuate tre forme:

1. PARANOIDE, la paranoia è un meccanismo di difesa a cui tendono gli schizofrenici per respingere sentimenti di panico e di ostilità. Questa forma si identifica con la presenza di meccanismi di proiezione per alleggerire il proprio Super – Io e la pressione del proprio senso di colpa originario, ma totalmente distaccati dalla realtà, quindi irrazionali e propriamente psicotici, di idee di riferimento soprattutto il timore che gli altri, a partire dalla madre, possano leggere i propri pensieri;
2. CATATONICA, lo stadio in cui il Super – Io prende il sopravvento anche sull’apparato motorio riducendo l’organismo ad una rigida passività e completa sottomissione, a cui la persona obbedisce in modo automatico ed infantile rinunciando ai propri desideri ed identità. Il meccanismo di difesa che scatta può essere l’imitazione delle posizioni e movimenti di chiunque gli si rivolga oppure accettando supinamente una qualunque posizione, anche non confortevole (essere “un bravo bambino”)

---

<sup>5</sup> U. GALIMBERTI, *Dizionario di Psicologia*, Garzanti, Torino 1999, pp 930 ss

3. EBEFRENICA, l'Io non intraprende nessuna attività per difendersi, ma assediato dai conflitti si lascia andare ritirandosi nel passato, ritornando ai meccanismi difensivi dell'infanzia di ricettività passiva. Una condizione simil vegetativa, di resa che può esplodere in espressioni di collera incontrollati verso sé e gli altri.<sup>6</sup>

Invece, per tornare a Bleuler<sup>7</sup>, avendo introdotto il termine schizofrenia (dal greco *schizò*, scindo, e *phèn*, mente) pone l'accento su un tratto che effettivamente ne è tipico, e cioè la dissociazione della vita psichica in parti reciprocamente indipendenti: aspetto da intendere come limitazione, distorsione, perdita dei comuni nessi associativi nello svolgimento logico del pensiero, nella corrispondenza tra idea e risonanza emotiva, tra contenuto del pensiero e comportamento, la scissione tra le funzioni fondamentali della personalità.

Bleuler classifica i sintomi in *Fondamentali* presenti in ogni caso di schizofrenia latente o conclamata:

come l'associazione compromessa, l'affettività inadeguata, l'ambivalenza, l'autismo

ed *Accessori* che possono comparire o essere assenti:

come allucinazioni, deliri, disturbi del linguaggio, sintomi catatonici.

---

<sup>6</sup> B.B. WOLMAN, *Uno studio sulla schizofrenia infantile*, Astrolabio, Roma 1976, p 99 ss

<sup>7</sup> L. CANCRINI, *Verso una teoria della schizofrenia*, Borighieri, Torino 1979, p 24 ss

Per quanto riguarda invece il DSM-IV-TR, la schizofrenia è vista come una patologia caratterizzata da “sintomi positivi, negativi e da relazioni personali disturbate”<sup>8</sup>.

- a) **SINTOMI POSITIVI:** disturbi del contenuto del pensiero (deliri), disturbi della percezione (allucinazioni) e manifestazioni comportamentali (agitazione, catatonìa). Sono allora sintomi caratterizzati da una “presenza”
- b) **SINTOMI NEGATIVI:** sono propriamente un’assenza delle funzioni e comprendono affettività coartata, povertà di pensiero, apatia, alogia (povertà di linguaggio, risposte brevi e laconiche), abulia (incapacità di iniziare o continuare attività finalizzate ad una meta). Scarso interesse verso la partecipazione a qualunque attività sociale e lavorativa. Sembrano poter essere legate ad un substrato biologico, ma pur essendo una patologia con predisposizione genetica, continua il manuale, necessita di un’attivazione intrapsichica ed interpersonale. Fattori ambientali e psicologici sono, dunque, di estrema importanza per il suo sviluppo e vanno prese in considerazione al momento della definizione di qualunque intervento terapeutico, perché la grande rivoluzione rappresentata dall’introduzione dei farmaci nel controllo di alcuni aspetti della patologia stessa, non comporti una riduzione del trattamento alla sola gestione farmacologica.

---

<sup>8</sup> C. SERRA, 2003, pp 87-90



c) **RELAZIONI PERSONALI DISTURBATE**: tendenza a ritirarsi dal rapporto con l'esterno, smettendo di avere consapevolezza dei bisogni altrui e diventando incapaci di avere contatti con altre persone. Tutto ciò comporta compromissione dell'area socio – lavorativa (lavoro, relazioni interpersonali, cura del sé).

Sono distinti tre tipi di schizofrenia: paranoie con deliri a contenuto persecutorio e allucinazioni uditive, disorganizzata con eloquio e comportamento disarticolati ed affettività appiattita, catatonica con ecolalia, ecoprassia, resistenza ad ogni stimolo, tendenza al mutismo e al mantenimento di una postura rigida o a muoversi continuamente senza scopo assumendo posizioni inadeguate o bizzarre.

## **GLI ASPETTI DELLA SCHIZOFRENIA**<sup>9</sup>

- **DISTURBI DELLA PERCEZIONE**

Affinché si possa verificare una corretta percezione occorre saper distinguere distintamente se stesso dall'oggetto osservato: individuarsi come entità ben separate.

Quindi disturbi della percezione per una persona schizofrenica si concretizzano in disturbi della consapevolezza soggettiva dell'esperienza, sia in termini di percezione dei fatti che di immaginazione, fantasia: da entrambe infatti dipendono le nostre azioni.

---

<sup>9</sup> A. SIMS, *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*, Raffaello Cortina, Milano 1997, pp 95 – 381

La percezione, inoltre, è comunque accompagnata da una componente affettiva che si può definire come un sentimento di familiarità, gioia, coinvolgimento o vicinanza.

Alterazioni in questi sentimenti possono presentarsi come sintomi: modi diversi di sentire, descritti nella *derealizzazione*, un sentimento di irrealtà è quello che in queste condizioni anomale accompagna la percezione.

Negli schizofrenici il disturbo consiste nell'attribuzione di significato e nell'associazione delle varie percezioni.

Nello specifico può venir meno la capacità di formare, tra due o più modalità sensoriali, le solite connessioni (DISSOCIAZIONE).

Ma quelle che primariamente accompagnano uno stato psicotico sono le percezioni, più che alterate di oggetti reali, di oggetti che non ci sono. Di fatto percezioni nuove.

## **ALLUCINAZIONI**

Si tratta di percezioni senza oggetto, che balzano fuori in modo autonomo verificandosi contemporaneamente alle percezioni reali. Ha la stessa forza di queste e non può essere controllata da chi la percepisce. Non avendo però supporto dalle altre modalità sensoriali, creano conflitti nella mente.

Per dare una descrizione più precisa di che cos'è un'allucinazione, si può far riferimento a quanto dice Horowitz, seguendo un approccio cognitivo:

“le allucinazioni sono immagini mentali che si verificano in forma di immagine, di solito intrusive, derivanti da sorgenti interne

d'informazione. Sono valutate, però, in modo scorretto come se derivassero da sorgenti esterne d'informazione”<sup>10</sup>.

Analizzare questo aspetto del disturbo psicotico vuol dire riconoscere la genuinità con cui la persona schizofrenica interpreta queste percezioni ai suoi occhi effettive ed usarle come mezzo per conoscere più approfonditamente qualcosa della sua interiorità.

Si è detto, infatti, che trovano la loro origine da informazioni interne alla mente, quindi il loro contenuto varia da persona a persona, ma anche in base al periodo di vita e alle esperienze che ognuno accumula negli anni.

Andrebbero viste, allora, come tentativi messi in atto per far fronte al bisogno di preservazione di un certo livello di autostima, perché come ogni altra percezione sono in grado di incidere sulle emozioni, necessità, azioni ricoprendo anche una rilevante incidenza comportamentale.

Le allucinazioni possono essere:

- Uditive, sono di estremo valore diagnostico soprattutto quelle voci che *dicono ad alta voce il pensiero del paziente*, quelle che *commentano le loro azioni*, quelle che *discutono tra loro e parlano al paziente in terza persona*. Il più delle volte rappresentano un sottofondo insistente del vivere tanto forte che gran parte delle parole e comportamenti del paziente possono diventare risposte o esecuzioni degli ordini impartiti dalle voci.
- Visive, più rare nelle psicosi, più legate ad alterazioni del campo di coscienza, in modo caratteristico negli stati organici. Nella schizofrenia può verificarsi con maggior

---

<sup>10</sup> A. SIMS, 1997, p 99

frequenza che per descrivere un'allucinazione uditiva il paziente le associ a *pseudoallucinazioni* visive, inferite sulla base di quelle uditive e dei deliri correlati.

- Autoscopiche, legate cioè alla definizione dei confini del sé, ai disturbi dell'immagine del sé nello spazio esterno.
- Somatiche, o tattili. Riguardano ad esempio percezioni alterate di caldo o freddo, si sentirsi toccati o punti. Rientrano in questa "classe" anche le allucinazioni *viscerali* cioè false percezioni degli organi interni: dolore, pesantezza, palpitazioni. Questo tipo di allucinazioni sono molto frequenti nella schizofrenia e vengono spesso elaborate in chiave delirante, come *deliri di controllo*.
- Olfattive, gustative, sono ricordi di odori spiacevoli o meno, ma comunque con un particolare significato personale da poter rintracciare nel passato o nei suoi deliri. Quelle gustative si verificano spesso in condizioni di deliri di avvelenamento.

- **IDEE, CREDENZE, DELIRI**

Sims definisce un delirio:

“un’idea fissa, non criticabile, o una convinzione che non è riferibile al retroterra educativo, culturale o sociale del paziente. Essa viene sostenuta con straordinaria convinzione e certezza soggettiva”<sup>11</sup>.

I deliri sono considerati l’elemento caratterizzante l’alienazione mentale.

Per via della convinzione personale sulla sua veridicità, un’idea può essere definita delirante soltanto da un osservatore esterno: da un punto di vista soggettivo un delirio è semplicemente una credenza.

Il delirio è sostenuto con insolita fermezza, non è riconducibile ad una logica e le sue assurdità e falsità sono palesi agli altri.

Esso deriva da un disturbo dell’attribuzione di significato simbolico, ma sono molti che sostengono che ogni delirio può essere compreso se si conosce abbastanza bene la storia della persona.

Come anche per gli altri disturbi, se inserito nel contesto originario il comportamento messo in atto dal paziente, è possibile liberarlo da quel velo di incomprensibilità e di inattendibilità che sembra avvolgerlo, perché ogni gesto ed atto è il risultato di un processo interpersonale, di una strutturazione dialettica fatta di reciprocità di comportamenti ed influenze tra variabili esterne (sociali) ed interne (la storia di ognuno, dall’infanzia).

Va assolutamente ricostruito l’anello che unisce i sintomi alla situazione concreta in cui la persona si è formata per un processo di **STORICIZZAZIONE** dei suoi comportamenti comunicativi.

---

<sup>11</sup> A. SIMS, 1997, p 119

Non va dimenticato che ogni sintomo schizofrenico è un *comportamento adattivo*, appreso e mantenuto nel tempo in relazione ai modelli persistenti d'interazione familiare.<sup>12</sup>

Per tornare al concetto di delirio, se non si sperimenta l'esperienza di avvicinamento ai pensieri più profondi del paziente stesso ripercorrendo le tappe più importanti del suo passato, si contribuisce a rafforzarne il nucleo: la sua insuperabile incomprendibilità.

Il delirio è un'idea, una convinzione, un'intuizione e come tale si origina come qualunque altra idea: attraverso un contesto di percezione, di ricordo o di atmosfera.

La realtà che viene riconosciuta al delirio nasce dall'interpretazione, dal significato dato all'evento. Dall'importanza che esso ricopre per la persona. Ogni esperienza ha un'implicazione simbolica che va al di là dell'evento in sé.

Una tesi avanzata per spiegare l'origine del delirio è quella presentata da Roberts<sup>13</sup> che vede in esso non un sintomo della malattia in sé, ma una risposta adattiva a quel qualcosa che costituisce la rottura psicotica.

Un meccanismo, quindi, per combattere la mancanza di scopi, la solitudine, il senso d'inferiorità, la disperazione, la consapevolezza della rottura dei legami con gli altri.

Diventerebbe allora la speranza di crearsi un nuovo senso d'identità, un più chiaro senso dei limiti e della responsabilità, un'esperienza direi di libertà e protezione dalle precedenti delusioni.

---

<sup>12</sup> L. CANCRINI, 1979, p 36

<sup>13</sup> A. SIMS, 1997, p 123

Un cambiamento allora per scongiurare la paura, la preoccupazione, la depressione, la noia.

- **DISTURBI DEL PROCESSO DI PENSIERO**

Agli schizofrenici viene attribuita una personalità disorganizzata, non adeguata alla realtà esterna che fa uso nel pensiero del solo processo primario: mancherebbero cioè del ragionamento astratto e della logica complessa.

Astrazioni e simboli vengono interpretati superficialmente, senza arguzia, tanto da ritenere che lo psicotico non riesce a liberarsi del significato letterale delle parole (PENSIERO CONCRETO).

Nel concreto della vita quotidiana tutto questo sembra riscontrabile nel fatto che la persona non ha spirito d'iniziativa e non comincia alcuna attività spontaneamente; ha difficoltà a prendere decisioni, a concentrarsi: tutto richiama alla tesi secondo cui ciò che scade è la capacità di formare associazioni tra diverse informazioni e lo stato di continuità del flusso del pensiero.

Intelligenza e capacità di formare concetti sono strettamente collegati, ed è compito del pensiero dare senso ad un mondo in cui le sensazioni chiamano all'attenzione convogliando a volte anche significati non chiari.

L'attribuzione di significati al mondo esterno, il processo di *concettualizzazione*, si altera nello schizofrenico nella direzione di una incapacità di mantenere i confini concettuali.

Si parla di pensiero iper – inclusivo per riferirsi alla tendenza di correlare ad un concetto tutte quelle idee che anche solo lontanamente sembrano richiamarlo, ed inoltre a questo percorso di attribuzione

erronea di connessioni si sovrappone una diffusa tendenza a considerare anche alcuni elementi della fantasia come realtà.

- **DISTURBI DEI CONFINI DEL SE'**

Sentirsi invasi: sembra poter essere un'espressione adatta per definire la natura della condizione che il paziente schizofrenico esperisce, uno stato di fusione tra *sé* e *non sé*.

Questa perdita o incongruenza dei confini determina una estrema confusione del ruolo e dell'immagine del *sé*.

## **DEPERSONALIZZAZIONE**

Con questo termine si indica un cambiamento nella coscienza di *sé*, nel corso del quale la persona ha la sensazione di essere irreali: un sentimento di "come se".

Frequentemente è associato alla derealizzazione, l'analogo cambiamento nella consapevolezza del mondo esterno: tanto meno la persona considera il proprio essere come qualcosa di certo, tanto più il mondo esterno gli diventa non familiare ed alieno.

Un tale complesso processo di offuscamento ed alterazione delle esperienze porta con *sé* anche un sentimento di *deaffettività*, una perdita della capacità di provare emozioni.

## **ALIENAZIONE DAL MONDO**

Effettivamente una relazione ambigua con se stessi ha ripercussioni sociali e situazionali. Perdere l'appiglio alla realtà crea di conseguenza un impedimento alla comunicazione, quindi alle



relazioni con gli altri. Ciò che si innesca è una graduale ESTRANEAZIONE<sup>14</sup> dal proprio corpo e dal mondo.

Ciò che manca nell'esperienza di uno schizofrenico è l'acquisizione di una BASE SICURA, di una SICUREZZA ONTOLOGICA PRIMARIA che deriva da un processo di conferma, riconoscimento da parte delle persone intorno a lui, soprattutto nell'età infantile.<sup>15</sup>

La sua personalità è stata molto probabilmente sottoposta ad un sottile ma costante processo di mutilazione, per lo più inconsapevole, da parte delle figure adulte significative nel corso del suo sviluppo che ha privato progressivamente di validità i suoi sentimenti autentici, spogliato le sue azioni dei loro motivi ed intenzioni.

Questo crea una situazione di alienazione che funge da azione di conferma di un sistema di FALSO SE', diviso in parti non integrate né capaci di mantenere una coerente definizione nel tempo all'interno di diverse circostanze.<sup>16</sup>

Viene meno la disposizione a costruire rapporti creativi con gli altri da cui acquisire reciproco arricchimento, relazioni dialettiche in cui dare e ricevere.

Il Falso – Io copre ogni aspetto dell'attività impedendo l'emergere di qualunque espressione spontanea. Minkowski dice che si ha una “perdita di contatto vitale” col mondo.

La psicosi in questo quadro diventa un tentativo di difesa: *la negazione dell'essere, come strumento per la conservazione dell'essere.*<sup>17</sup> Lo schizofrenico uccide il suo vero Io per restare vivo.

---

<sup>14</sup> P. SCHILDER, *Immagine di sé e schema corporeo*, FrancoAngeli, Milano 1992, p 31

<sup>15</sup> R. D. LAING, *L'io e gli altri*, Sansoni Saggi, Firenze 1973, p 46

<sup>16</sup> R. D. LAING, *L'io diviso*, Einaudi, Torino 1969, p 39

<sup>17</sup> *Ibidem*, p 171

- **PROGETTUALITA'**

Dopo aver provato a delineare quali sono i principali disturbi correlati ad una diagnosi di schizofrenia, si può sintetizzarli nell'idea che la difficoltà centrale sta nel riuscire ad integrare nuovi stimoli tra loro e con le conoscenze precedenti per garantirsi un costruttivo processo di adattamento all'ambiente esterno.

Abbiamo detto che la competenza della differenziazione, dell'organizzazione e riutilizzazione di nuovi elementi acquisiti si indebolisce molto, pregiudicando il processo di maturazione e crescita personale protesa al futuro.

Carenza nella capacità di "progettare", di porsi degli "obiettivi" a cui tendere.

In tal senso estremamente compromessa risulta essere l'autostima, il senso di efficacia e la soddisfazione individuale: elementi indispensabili perché avvenga con successo un processo di autoaccettazione.

Far riferimento al concetto di aprogettualità richiede necessariamente il ricollegarlo ad un altro, quello di atemporalità.

La psicosi relega in un mondo cristallizzato privo di spessore storico, di qualunque prospettiva rivolta al futuro sia personale che di relazione con gli altri.

Il progetto dell'esistenza personale perde direzione e la persona sperimenta una riduzione di sé ad un nulla, un frammento di ruolo, un semplice riflesso o eco del mondo circostante, resta senza la profondità che viene invece dalla continuità tra significato della storia passata e capacità di proiettarsi nel futuro.

Un'esistenza fatta di momenti tutti uguali da cui deriva uno stato di inevitabile indifferenziazione: una situazione ripetitiva, uniforme e devitalizzata.

Se stesso e tutti gli altri sembrano privati dell'anima, cioè di quell'apertura alle possibilità future. Assenza che lascia confinati in un mondo infimo, senza slanci, speranze e possibilità di riscatto.

Quello schermo protettivo rappresentato dalla regressione coinvolge anche la percezione del tempo: lo schizofrenico resta fermo all'epoca in cui è iniziato il suo disagio, si difende dal mondo e dalle sue frustrazioni presenti restando rigidamente fissato a quel periodo particolare, in cui tutto sembrava ancora gestibile, ancora con qualche speranza di libertà.

Si dissolve la dimensione del futuro e con essa si inabissa la speranza e l'orizzonte. Anche il senso del tempo è sotto l'influenza del mondo esterno.

## CAPITOLO 2.

### **OFFRIRE UNA RISPOSTA TERAPEUTICA**

#### **1. UNA NUOVA VISIONE DELLA GUARIGIONE**

Dopo aver presentato qual è il tipo di sofferenza con cui ci si confronta all'interno di una comunità psichiatrica, è doveroso cercare di inquadrare qual è l'approccio più efficace affinché si possa davvero costruire una relazione d'aiuto.

“Riabilitazione”, ecco una parola estremamente inflazionata, fin troppe volte chiamata in causa, senza essere adeguatamente contestualizzata. Non esiste una riabilitazione universale, in tutti i campi educativi essa assume significati, prospettive e forme assolutamente diverse. Sarebbe di certo un errore non rendersi conto di questo aspetto, perché porsi degli obiettivi riabilitativi inadatti alla situazione sarebbe non solo uno spreco di energie e di tempo, ma soprattutto una fonte ulteriore di sofferenza, perché a pagarne le conseguenze sarebbero le persone a cui i progetti stessi sono rivolti.

Nell'ambito psichiatrico la prima puntualizzazione sta nel fatto che riabilitazione non vuol dire *guarigione medica*, ma assume una valenza di tipo educativo.

Farne direttamente esperienza mi ha portato alla conclusione che una struttura comunitaria ha la sua ragion d'essere nel fatto di rappresentare un luogo transitorio e situazionale, “di prova”, “sperimentale”, dove “imparare” un nuovo stile di vita: offre situazioni “*come se*”, di stimolo alla trasformazione.

Il disagio psichico non si supera infatti con l'eliminazione dei sintomi, anzi bisogna capire come leggerli, perché sono il frutto di interazioni di una vita, conseguenze di dolori e forme di difese che non vanno decostruite, ma interpretate nel tentativo di scioglierle.

Ho maturato la convinzione che l'ottica più valida da cui partire per lavorare in comunità psichiatrica è quella di accettare che non ci si confronta con una malattia, ma con una condizione esistenziale da “ascoltare” e “guidare” verso un equilibrio nuovo di vero adattamento che permetta di trovare un posto, un proprio spazio all'interno della società.

Guarire allora che cos'è?

Ciò che va posto in primo piano è l'aumento dei momenti di contatto con la realtà, l'incremento delle occasioni di integrazioni “multiple”: costruirsi *una rete*.

Questo perché conoscere la psicosi mi ha fatto toccare con mano cosa vuol dire vivere schiavi, prigionieri, reclusi dentro un corpo che non è sentito come proprio e mi ha spinto a domandarmi quali dovrebbero essere i passi da fare per rompere questa catena di ambiguità.

Sono giunta così all'idea che innanzitutto

- per uscirne bisogna prendere consapevolezza dei disagi vissuti: aiutare la persona a vedere, a dare un

nome al proprio dolore, perché questa condizione di sofferenza è il punto di partenza;

- esplicitata e chiarificata con se stessi la propria “malattia”, centrale è potersi “fidare” ed “affidare” alle istituzioni con cui entra in contatto (a partire dalla famiglia, oltre all’ospedale, il lavoro...) con un atteggiamento sereno e non angosciato: con questo sto pensando alla necessità di una seria autocritica da parte dei curanti che imparino a scendere dal piedistallo del “sentirsi sani” per fare i conti con le intricate strade che l’equilibrio mentale può prendere in ognuno di noi;

- dopodichè, l’obiettivo riabilitativo dovrebbe puntare al fare in modo che le crisi che comunque continueranno, diventino parentesi sempre più brevi e dominabili: non lavorare su ipocrite illusioni di magiche trasformazioni, perché il passato non si cancella, soltanto guardandolo in faccia e riconoscendolo come parte del sé presente permette di rivolgersi al futuro con speranza e coraggio.

La comunità non deve, cioè, promettere una “guarigione normativa”, un ritorno ad una presunta sanità iniziale: il suo compito è quello di aprire ai suoi ospiti altre realtà, presentargli delle alternative tra cui scegliere davvero, abbandonando le false scelte dei deliri. Smontare quella fantomatica visione a senso unico della vita che ha portato solo sofferenza.

Il suo compito sta nel guidare l’altro verso una *crescita* più autentica ed integrata, cioè maggiormente *indipendente, responsabile e consapevolmente organizzata*.

## **2. RAPPORTARSI CON LA PERSONA, NON CON LA MALATTIA**

Nelle mie riflessioni parto da una premessa che può sembrare azzardata ed incerta: una visione dell'uomo come organismo degno di fiducia, come dice Rogers.<sup>18</sup>

Credo realmente che ogni individuo abbia in sé ampie possibilità di comprendere se stesso, modificare il proprio concetto di sé e i propri atteggiamenti acquisendo un comportamento autodiretto: è dotato cioè di una tendenza *attualizzante, direzionale* che gli può dare la forza di muoversi verso una trasformazione radicale.

Se l'uomo è in grado di comprendere e dirigere la propria vita, ricollegandomi a Rogers, vuol dire che in ogni rapporto rivolto allo sviluppo della persona ci sono da rimettere in gioco tre condizioni alla base di un clima favorevole alla crescita.

1. la CONGRUENZA, che ha a che fare con l'autenticità e la realtà. Essere sempre se stesso nel rapporto, al di là del ruolo che si ricopre, presentandosi in modo trasparente e sincero assumendosi la responsabilità delle proprie scelte. Questo elemento offre un enorme spazio esistenziale alla relazione operatore – ospite, presentando a questi un nuovo modo di rapportarsi non più basato sui sotterfugi e gli inganni nascosti.

2. l'ACCETTAZIONE, la CONSIDERAZIONE POSITIVA, la stima quindi per quello che il paziente è in quel momento. Questo richiede grande disponibilità,

---

<sup>18</sup> C. ROGERS, *Potere personale*, Astrolabio, Roma 1978, p 28

perché si tratta di amare l'altro e di farlo in modo non possessivo dando valore al paziente in modo assoluto, non condizionato. Ciò comporta per l'operatore la necessità di abbandonare qualunque atteggiamento di manipolazione o controllo nel rapporto, ogni forma di giudizio o valutazione. Il potere va restituito al paziente nella cornice di un'atmosfera educativa, mai costrittiva.

3. la **COMPRESIONE EMPATICA**, cioè la capacità dell'educatore di percepire intuitivamente i sentimenti e i significati personali sperimentati dall'altro e quella di comunicare questa comprensione. Tutto questo vuol dire imparare ad ascoltare con sensibilità per rendere l'intervento autentico e stimolante: a tal proposito Canevaro<sup>19</sup> parla di dialogo *congruente e coerente*, vedendo in esso la base di qualunque rapporto basato sul rispetto ed il riconoscimento reciproco.

Rogers invita ad adottare una politica d'approccio che si basi totalmente sulla rinuncia cosciente da parte dell'operatore di ogni forma di **POTERE**, **CONTROLLO** sull'altro e **PRETESA** di prendere decisioni per lui, a favore, invece, di una presa di coscienza, di possesso di sé da parte dell'altra persona coinvolta, restituendogli la facoltà di scegliere e la responsabilità che ne consegue.

La comunità, per questo, deve presentarsi come un contesto di vita ricco di *stimoli*, *spunti* e rapporti interpersonali *significativi* che permettano all'ospite di entrare in più profondo contatto con le proprie motivazioni e desideri, ristrutturando una propria autonoma identità.

---

<sup>19</sup> A. CANEVARO, GOUSSOTA, *La difficile storia degli handicappati*, Carocci Roma 1999



### **3. LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA**

La “terapia integrata” e la “relazione pedagogico – educativa” sono due aspetti terapeutici centrali del trattamento del disagio psichico. Vorrei cercare di definirne meglio le differenze pur senza dimenticare che un intervento terapeutico in questo campo, in base a quanto detto finora, non può muoversi se non sulla sinergia tra il lavoro più strettamente medico e quello propriamente rieducativo.

Avviare una *terapia integrata* ha come obiettivo restituire la persona alla *normalità*: recuperare una scansione abitudinaria della quotidianità e, come ho sentito più volte ripetere nella comunità Montesanto, “acquisire anche la capacità di annoiarsi” per restituire una dimensione di senso ed una più solida stabilità all’esistenza di ogni paziente.

Tornare, cioè, a fare del mondo lo spazio della propria progettualità proiettando finalmente verso il domani i propri obiettivi. Questo tipo di traguardo rappresenta una garanzia di rafforzamento della stima di sé<sup>20</sup>, della percezione del *senso di sicurezza personale* alla base di qualunque possibile costruttivo rapporto con gli altri.

Ciò che, considerando anche il riscontro che ho potuto avere all’interno di una comunità terapeutica, si deve puntare a recuperare è l’espressione delle proprie potenzialità attraverso attività finalizzate, concretamente valide in una dimensione di trascendenza e proiezione di sé in un futuro da poter in prima persona decidere.

---

<sup>20</sup> M. FERRARA, G. GERMANO, G. ARCHI, *Manuale della riabilitazione in psichiatria*, Il Capitello, Milano 1990, p 8

### **3.1 RIABILITAZIONE PSICO – SOCIALE**

Per raggiungere tutto questo va analizzata la patologia specifica. Parlare di psicosi, infatti, significa riferirsi ad una *rete interattiva* di causalità legate anche all'ambiente circostante che mina le abilità relazionali già deboli del paziente cronicizzando il suo isolamento.

In psichiatria, ho imparato, sofferenza, disabilità, status sociale e giuridico si intersecano continuamente rendendo difficile la definizione e delimitazione delle competenze integre e quelle compromesse.

Occorre tenere ugualmente in primo piano la dimensione culturale, individuale e sociale dell'espressione patologica senza mai perdere d'occhio il contesto di vita originario del paziente, affinché ogni sintomo venga interpretato come un comportamento e manifestazione esistenziale con un significato ben identificabile.

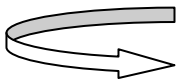
Il fine della riabilitazione dovrebbe essere il cambiamento della struttura del rapporto individuo – ambiente per migliorare la *qualità della vita* attraverso il recupero del funzionamento personale nell'assunzione consapevole di ruoli sociali e strumentali e l'acquisizione delle competenze sociali necessarie.

Schematizzando direi che

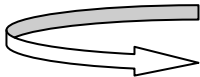
- centrale è perseguire il massimo possibile di autonomia e di libera espressività personale;
- svincolare, per questo, la vita del paziente da quelle rigide forme di comportamento e di relazione che causano sofferenza e reazioni avverse e nocive verso gli altri e su di sé;

- sviluppare nuovi modelli di comportamento e di relazione condivisibili e scelti liberamente dal singolo, non su induzione subdola dei propri meccanismi di difesa

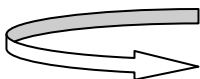
Per porre in essere un progetto riabilitativo occorre una Valutazione Funzionale iniziale delle



**AREE DI DISFUNZIONE:**  
ad esempio difficoltà di mantenere rapporti stabili, disinteresse alla cura della propria persona, difficoltà a gestire la vita quotidiana (aspetti economici e domestici)



**CAPACITA' INDIVIDUALI:**  
il livello della motivazione al rapporto con il servizio/operatori, disponibilità a mettersi in discussione, aspirazione a risolvere i propri problemi, versatilità nella risoluzione dei compiti



**RISORSE AMBIENTALI:**  
sussidi economici, professionalità degli operatori, qualità del lavoro d'equipe, presenza e livello qualitativo delle strutture comunitarie e correlate

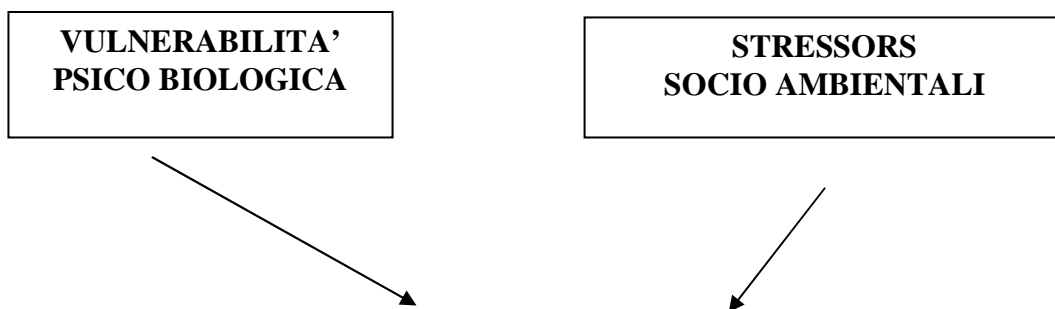
Per parlare di riabilitazione ricollegandola alla psichiatria può essere d'aiuto la definizione che ne ha dato Saraceno, intendendola come l'insieme degli interventi diretti ed indiretti che rappresentano gli strumenti utili al recupero dell'interazione con la realtà circostante,

attraverso però un effettivo recupero della gestione del proprio potere contrattuale materiale ed affettivo<sup>21</sup>.

Concordo con questa visione della riabilitazione perché presuppone un lavoro da sviluppare parallelamente su due livelli, assolutamente indivisibili: un sistema di intervento diretto sul singolo sofferente, *care*, in combinazione con uno, *treatment*, rivolto alla famiglia ed all'ambiente più ampio.

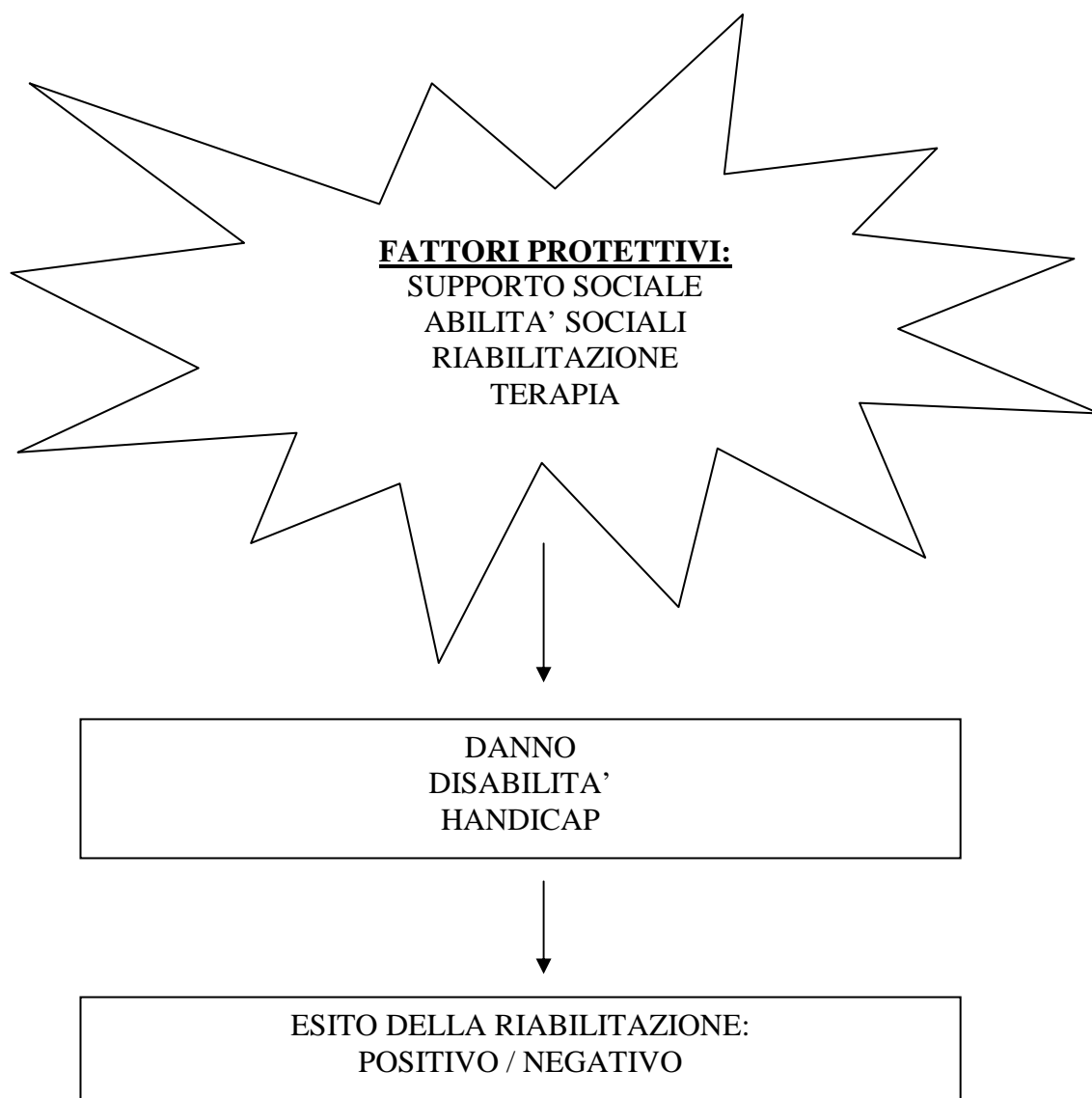
La sfida mi rendo conto è complessa, ma non si può prescindere dal contesto se si vuole evitare il rischio di cadere in una ennesima riproposizione del vecchio sistema manicomiale che conteneva e nascondeva, senza cercare di “curare” e cioè reinserire.

Un modello teorico che avvalorava ciò è quello della VULNERABILITA' del paziente e dell'AZIONE STRESSANTE degli elementi ambientali. Tale modello detto “*vulnerabilità – stress – coping – competence*” è stato elaborato da Liberman R.P.<sup>22</sup> e si riferisce da un lato alla predisposizione biologica e psicosociale del singolo rispetto agli altri a sviluppare alterati processi di pensiero ed elaborazione dell'informazione, ma dall'altra non dimentica la capacità di innesco di essi da parte dell'esterno.



<sup>21</sup> M. FERRARA, G. GERMANO, G. ARCHI, 1990, p 13

<sup>22</sup> B. MORRIS, L. BURTI, P. MARTINI, P. PESCE, *La riabilitazione nel servizio di salute mentale*, clinica psichiatrica Università degli Studi di Firenze, unità sanitaria locale n. 10/D, 1990, p 34



Secondo queste linee teoriche si deve abbandonare una logica lineare e progressiva, basata su una classificazione di priorità definita da chi interviene “dall’alto” a dettare cosa e con quali tempi sviluppare; a favore invece di una logica prospettica di ricerca ecologica che cerchi di entrare nel punto di vista dell’altro collocandosi all’interno della sua storia per ragionare in termini di FATTIBILITA’ e COLLABORAZIONE.

### **3.2 VARI LIVELLI D'INTERVENTO**

Una riabilitazione psico – sociale si muove su differenti piani per perseguire i suoi obiettivi<sup>23</sup>:

- un livello individuale

Innanzitutto va costruita una terapia rivolta alla specifica persona che si ha di fronte. Non si può prescindere dalla necessità di impegnarsi a creare una valida COMPLIANCE, una relazione consapevole e partecipata tra curante e paziente. Consolidata questa va indirizzata verso una solida generalizzazione e stabilizzazione nel tempo delle abilità sociali di base capaci di garantire una sufficiente autonomia personale (assertività, abilità di relazionarsi agli altri, riconoscimento dei supporti sociali<sup>24</sup>).

- un livello dei servizi e delle risorse umane

L'integrazione cioè tra il trattamento medico ed il supporto sociale che permetta ai pazienti di recuperare l'accesso alle risorse della comunità esterna, dell'ambiente più ampio. Per monitorare la qualità degli interventi proposto credo sia importante concentrare l'attenzione sulle reazioni dei pazienti stessi, per cercare di individuare il livello della loro soddisfazione, il giudizio sull'utilità del programma riabilitativo e la loro personale percezione di cambiamento. Se si cerca di cogliere questi aspetti è possibile operare una costante verifica dell'efficacia delle strategie impiegate e gli operatori possono godere di un feed back estremamente valido che convalidi o metta in gioco le loro motivazioni.

- l'orientamento riabilitativo

---

<sup>23</sup> P. MICHELIN, *Caratteristiche della riabilitazione psico – sociale*, dipartimento di salute mentale azienda ULSS n.9, Treviso 2004

<sup>24</sup> S. SORESI, *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione*, Il Mulino, Bologna 1998, p 26 ss

Questo anello fa riferimento alla filosofia alla base dei diversi interventi, che si esplica negli atteggiamenti e nelle convinzioni degli operatori. All'interno della cornice della riabilitazione psicosociale si possono inquadrare alcuni capisaldi, che ho cercato di sintetizzare così:

1. per primo i pazienti non vanno considerati come dei “casi”, “sintomi”, ma prima regola è cercare con loro di costruire rapporti basati sul rispetto, la comprensione e la partecipazione reciproca alla ricerca di arricchimento e miglioramento per entrambe le parti.
2. da qui si deduce che fondamentale è l'aspetto della decisione collegiale degli obiettivi, dei modelli operativi del trattamento e delle regole di vita comunitaria: come da me positivamente esperito vanno concordati insieme tra utenti ed operatori, perché la comunità cresca come un luogo dove gli ospiti si sentano protagonisti.
3. altro aspetto estremamente importante è il compito degli operatori di sostenere gli sforzi dell'utente per potenziare le sue motivazioni: ogni progresso deve essere sottolineato, valorizzato e sostenuto.
4. valutare tutti gli aspetti della condizione patologica. Non entra in campo soltanto la sintomatologia personale del paziente, la sua disabilità e risorse, ma occorre sviluppare un occhio critico in grado di cogliere anche le carenze e disfunzioni dell'ambiente

di vita quotidiana e le risorse che esso potrebbe, invece, attivare.

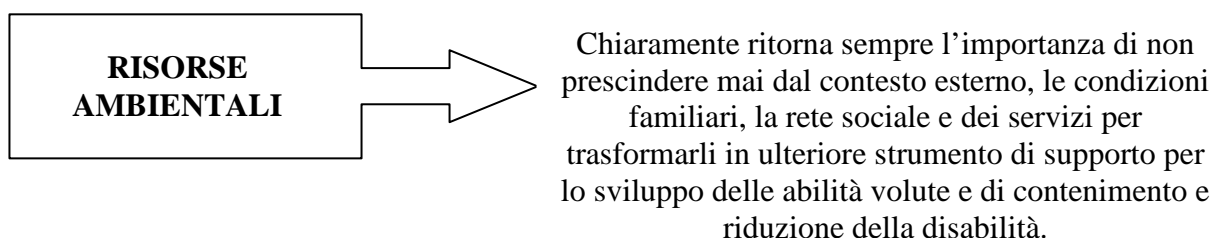
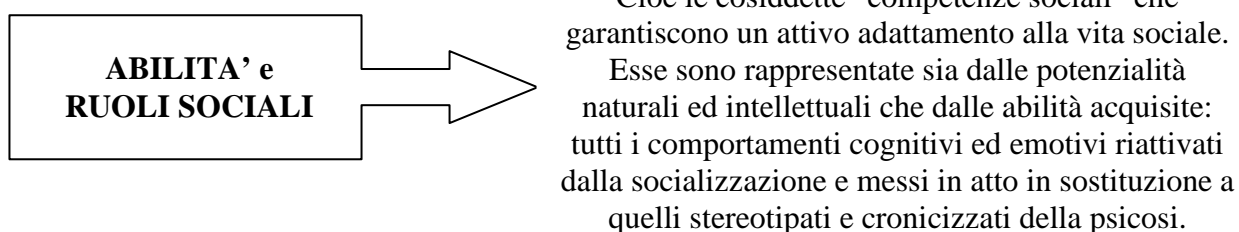
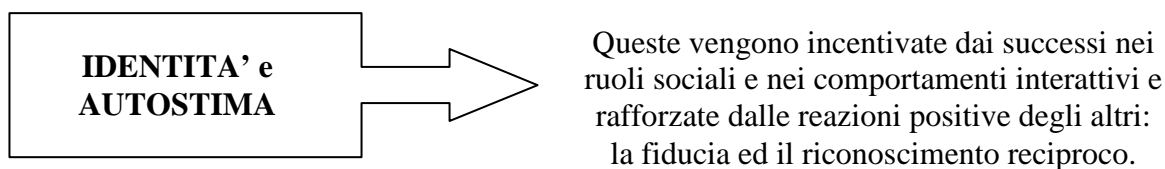
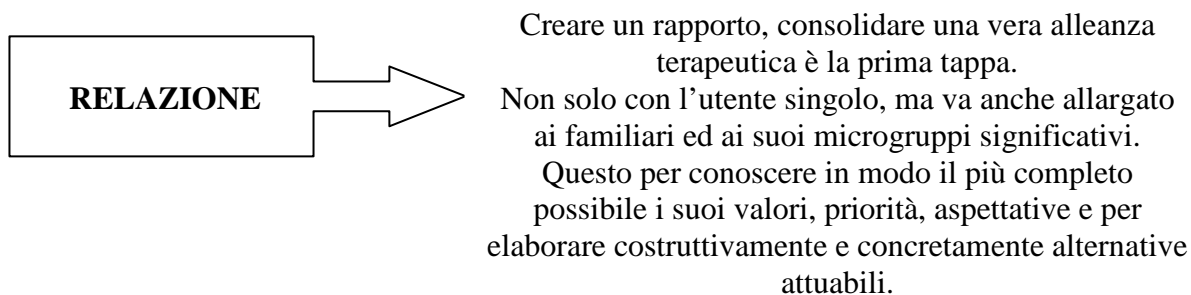
5. ancora, il progetto riabilitativo è pienamente tale se fornisce opportunità, propone occasioni d'impegno e di comportamenti positivi, promuove la responsabilità e l'autonomia dell'utente lungo un percorso di modulazione delle pressioni e degli eventi stressanti proporzionandoli allo stadio di progressione del progetto stesso, anziché enfatizzare gli aspetti di sorveglianza e di controllo.
6. ciò che sostengo non possa mai mancare in un percorso terapeutico è la scansione periodica di verifiche e supervisioni. Estremamente necessario infatti è valutare l'adeguatezza del lavoro svolto con la costante disponibilità alla flessibilità e all'apportare eventuali modifiche capaci di aggiustare obiettivi, tempi, metodi.

- un livello sociale, l'ambiente

L'esterno è l'elemento che mai deve venir meno in un progetto riabilitativo. La spinta è sempre rivolta all'incremento *dell'empowerment* dell'utente con la ridefinizione delle sue capacità contrattuali, ovvero potere ed autorità: componente e scopo della riabilitazione psicosociale è, appunto, la riappropriazione di un proprio personale spazio nel tessuto sociale esterno in cui identificarsi e realizzarsi.



Ecco alcune parole chiave della riabilitazione psicosociale, che ne sintetizzano obiettivi e strumenti.



## CAPITOLO 3.

### **LA COMUNITA' TERAPEUTICA PSICHIATRICA**

#### **1. UN SEGNO DI CAMBIAMENTO: LA LEGGE BASAGLIA, n. 180 DEL 1978**

Fare riferimento a questa legge è d'obbligo se si vuole cercare di capire come si è rinnovato il sistema psichiatrico.

Innanzitutto vengono aboliti i manicomi ed istituiti presidi territoriali con l'intento di privilegiare quello che ho già definito come l'aspetto *terapeutico riabilitativo*.

Viene ora posto l'accento sul fatto che il ricovero trova la sua ragion d'essere in un obiettivo educativo di risocializzazione del paziente, abbandonando così una visione della struttura psichiatrica come un ricovero per "matti" pericolosi, inguaribili e destinati solo ad essere isolati e controllati da un regime custodialistico e punitivo.

Questa legge rappresenta il primo passo della svolta verso una Nuova Psichiatria di "deistituzionalizzazione" che cerca il recupero della soggettività del paziente in un processo di reinserimento sociale. Superamento questo che si concretizza in un tentativo di attuazione di obiettivi di prevenzione – cura – assistenza perseguibili con nuove modalità organizzative territoriali, con un allargamento, cioè, dell'operatività sul territorio.

Si mettono, così, faticosamente in moto tutta una serie d'iniziative pubbliche e private per colmare lo spazio tra ospedale e servizi ambulatoriali, che va a costituire a poco a poco la galassia delle *strutture intermedie*.

## **2. COSTRUIRE UNA CULTURA TOTALE**

All'interno di questa categoria si inserisce la *comunità terapeutica*. Cercando di ricostruire l'evoluzione di questa nuova modalità di intervento è necessario fare un salto negli anni '40 per scovarne le radici nel lavoro e nel pensiero di T. Main<sup>25</sup>.

Questi, infatti, può essere considerato l'ideatore del concetto stesso di comunità terapeutica nell'ambito della sua esperienza a capo dell'ospedale psichiatrico militare di Birmingham.

Secondo la sua interpretazione il lavoro in struttura psichiatrica si muove lungo una serie di interconnessioni tra sistemi interdipendenti che sappiano relazionarsi criticamente tra loro per costruire una discussione "terapeutica", necessaria alla salute.

Già Main affermava che solo un approccio di assistenza medica non può essere sufficiente, occorre invece unirlo a uno di tipo psico – sociale: non basta lavorare sul paziente o per il paziente, ma occorre farlo *con* lui. Restituirgli la responsabilità delle sue azioni ed attività.

Perché si possa parlare di setting terapeutico, continua nella sua teorizzazione, va fissato uno scopo immediato (la piena partecipazione alla vita quotidiana della struttura), ma si deve sempre

---

<sup>25</sup> T. MAIN, *La comunità terapeutica ed altri saggi psicanalitici*, Il Pensiero Scientifico, Torino 1992

tendere ad un obiettivo finale che faccia da linea direttrice fin dall'inizio: la reintegrazione del paziente nella vita sociale.<sup>26</sup>

La legge Basaglia stessa riprende con forza i contributi di Main, anche nel definire cosa e come va costruita la vita in comunità: tale organizzazione deve ruotare intorno alle esigenze ed aspettative reali degli ospiti attraverso compiti di sostanziale rilievo in questa direzione.

Possiamo allora concludere che parole chiave erano, e restano, quelle di *consapevolezza, collaborazione attiva e reciproco confronto* per la costituzione di una comunicazione sincera basata su una forte fiducia biunivoca.

Questo attraverso l'assunzione reciproca da parte di operatori ed ospiti di impegni e responsabilità. Occorre creare quella che si può definire una *CULTURA TOTALE* di ricerca costante sui problemi personali, interpersonali ed intersistemici; di disponibilità all'individuazione e risoluzione di tensioni e usi distorti e difensivi dei ruoli.

### **3. NUOVI ASSUNTI, NUOVI OBIETTIVI**

Con la Nuova Psichiatria post L. 180 sempre più si va delineando un orientamento che definirei di tipo sistemico, all'interno del quale la comunità terapeutica trova la sua forma nelle *transazioni* che si sviluppano tra individuo – gruppi – sistemi – reti di sistemi.

L'accento non è posto soltanto su uno in particolare di questi elementi, ma sull'interazione, la circolarità, il grado di congruenza.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Ibidem

<sup>27</sup> D. FRANCESCATO, G. GHIRELLI, *Fondamenti di psicologia di comunità*, NIS, Roma 1997

Se questa è l'ottica la concezione di psicopatologia cambia, perché gli aspetti problematici vengono concepiti come strettamente correlati a situazioni sociali, complesse, critiche, in progressiva e talvolta conflittuale evoluzione.

Si va affermando con forza la rilevanza dei processi cognitivi e del ruolo attivo della persona che passi attraverso un suo coinvolgimento “misurabile” in termini di *locus of control*: quel senso di responsabilità interna, quella credenza di avere controllo sugli eventi della propria esistenza. La convinzione di giocare un ruolo causale, in cui lo sforzo personale è parte della definizione della situazione vissuta.

#### **4. NUOVA OPERATIVITA': L'INTERMEDIARITA'**

*Flessibilità e logica progettuale*, questi i cardini del nuovo approccio in psichiatria: lavorare per obiettivi da fissare, verificare, eventualmente modificare in corso d'opera in modo da garantire l'integrazione e la trasversalità tra il lavoro in comunità, i servizi ed i soggetti esterni.

Non più una struttura chiusa, ma un sistema di rete che lavora secondo una logica “dialettica”, di confronto con la psicosi e di stimolo alla crescita dell'altro.

Basandomi sulle mie personali esperienze vorrei cercare di descrivere e presentare il più fedelmente possibile qual è lo spirito realmente rivoluzionario che anima una struttura comunitaria.

C'è chi, rifacendosi a Winnicott, la considera un “ambiente facilitante”<sup>28</sup>, con un compito di *Io Ausiliario*, di sostegno

---

<sup>28</sup> *Modelli teorici e prassi operative nelle strutture intermedie psico – socio – terapeutiche*, atti del Convegno FENASCOP, 10 giugno 1995

- emotivo, di ascolto empatico ed interessato;
- informativo, di aiuto al riconoscimento e definizione delle circostanze patologiche iniziali;
- interpersonale, nel rafforzamento del senso di appartenenza e dello sviluppo di rapporti significativi e soddisfacenti;
- materiale, ossia strumentale, con l'offerta di servizi specificamente terapeutici.

Per meglio definire questa funzione si può far riferimento all'obiettivo chiave di un tale lavoro, che è quello di sostenere il paziente verso un rafforzamento interiore grazie all'acquisizione di nuovi insight relativi ai propri conflitti: la comunità trova la sua ragion d'essere nell'offerta di un trattamento residenziale *intensivo e temporaneo*<sup>29</sup> ponendosi come struttura familiare con compiti sostitutivi sia rispetto al rapporto utente – ambiente esterno, che a quello utente – famiglia d'origine<sup>30</sup>.

#### **4.1 I REQUISITI DELLA COMUNITA' TERAPEUTICA**

Gli interventi comunitari si muovono a partire dalla realizzazione di un progetto individualizzato ogni volta nuovo con ogni ospite che punta all'ottimizzazione delle capacità ed abilità potenziali di questi.

Prima di presentare le fasi tipo di un progetto vorrei riprendere il pensiero di M. Jones che credo riesca ad aiutare nella definizione dei mezzi da impiegarvi:

---

<sup>29</sup> ASL ROMA E, DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, *Regolamento delle comunità terapeutico – riabilitative del dipartimento di salute mentale 2005*

<sup>30</sup> R. ANTONELLO, B. BERRUTI, G. GIUSTO, M. MASSA, *Residenza emotiva e funzione intermediaria in comunità terapeutica*, su [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it), giugno 2005

- ✓ lui parla di comunicazione bidirezionale tra pazienti e personale come la base di una fruttifera discussione capace di avviare un percorso di duale apprendimento sociale;
- ✓ fa poi riferimento al meccanismo decisionale (decisionamento consensuale) da estendere a tutti i livelli del trattamento per garantire il consolidamento della motivazione all'impegno personale per il conseguimento degli obiettivi previsti nel corso della permanenza in comunità terapeutica;
- ✓ la sua tesi è che offrire una conoscenza precisa dei fatti e del proprio stato patologico permette ad ognuno di aumentare il senso di stabilità, prevedibilità e controllo sulla realtà ed inoltre che le interazioni sociali regolarizzate permettono l'adozione di ruoli e comportamenti appropriati.

Quella della comunità è un'azione orientata alla familiarizzazione con le varie "parti" del sé, di storicizzazione e riconoscimento attraverso la sedimentazione delle memorie.

L'aiuto offerto al paziente è, a mio avviso, innanzitutto quello di affiancamento nella ricostruzione della propria storia a cui ridare importanza grazie ad un processo di AFFETTIVIZZAZIONE.

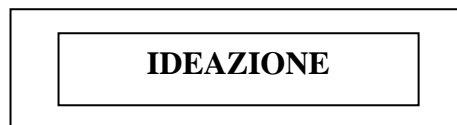
Un servizio di cura che ha il compito, cioè, di presentare delle chiarificazioni, proporre uno svelamento trasparente ed autentico della condizione reale.

Si instaura un INCONTRO NARRATIVO, un *racconto comune* che crea comunicazione: per questo vedo nella comunità il luogo della riattivazione della DIMENSIONE FANTASTICA alla base delle facoltà di pensiero, linguaggio, relazione con gli altri.

In essa incontrarsi vuol dire costruire un'alleanza, riconoscere pari dignità all'altro ed una piena e fiduciosa accettazione della sua contrattualità ed indipendenza.

## **4.2 LA LOGICA PROGETTUALE**

Fasi del lavoro:



UN PROGETTO NASCE PER RISPONDERE A SPECIFICI PROBLEMI VALORIZZANDO RISORSE ED OPPORTUNITA' PRESENTI



- \* **individuare le problematiche – carenze dell'utente, analizzando la situazione ed i bisogni più urgenti**
- \* **Identificare degli obiettivi e delle priorità**



DEFINIRE IL COSA, IL RISULTATO ATTESO  
IL QUANDO, LE SCADENZE PER IL RAGGINGIMENTO DEL  
COSA  
IL QUANTO, LE RISORSE ECONOMICHE – ORGANIZZATIVE –  
PERSONALI NECESSARIE DA INVESTIRE PER L'OBIETTIVO



- \* **Scelta delle strategie operative**



**ESECUZIONE  
e CONTROLLO**

IL RAFFRONTO TRA I RISULTATI RAGGIUNTI E QUELLI SUPPOSTI NELLA PIANIFICAZIONE. CENTRALE PER UN INTERVENTO TEMPESTIVO IN GRADO EVENTUALMENTE DI RIDEFINIRE GLI OBIETTIVI, LE FASI DI ATTUAZIONE, LE RISORSE IMPIEGATE



- \* **Pianificazione concreta delle attività: definizione del piano d'azione**
- \* **Monitoraggio periodico**

**CONCLUSIONE  
e VALUTAZIONE  
del progetto**

FASE CONCLUSIVA, CENTRALE PER LA DOCUMENTAZIONE DEI RISULTATI RAGGIUNTI, IN MODO CHE IL PROGETTO POSSA OFFRIRE SUGGERIMENTI UTILI PER INTERVENTI FUTURI



- \* **Definire se e come ci sono stati rapporti di causa – effetto tra i cambiamenti ottenuti e le strategie impiegate**
- \* **Valutare l'impatto generale che l'intervento ha avuto sulla persona: se ha rappresentato una valida esperienza di apprendimento, di crescita personale e maturazione<sup>31</sup>**

---

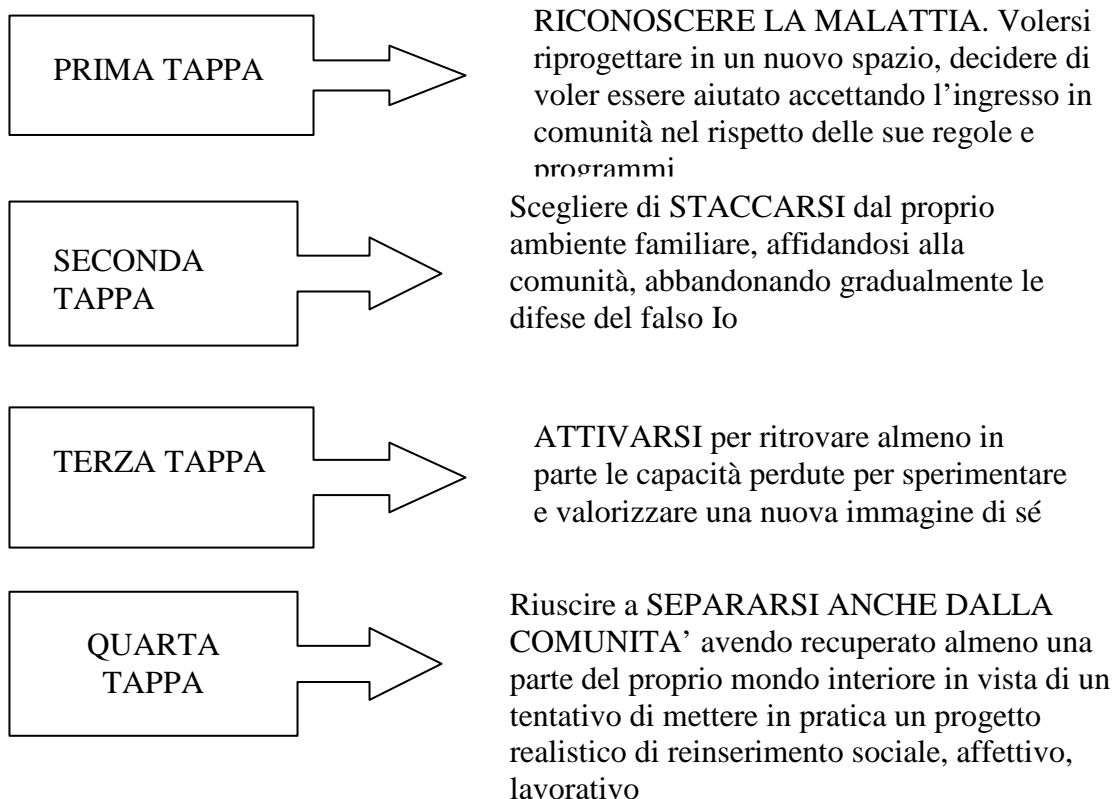
<sup>31</sup> M. LOIUDICE, *la gestione del cambiamento in sanità*, Centro Scientifico, Torino 1998, pp 61 – 98

## **5. IL CONTRATTO TERAPEUTICO**

Questo strumento è la chiave di gestione di qualunque trattamento avviato, si tratta di un accordo esplicito e formalizzato in cui vengono concordati chiaramente gli obiettivi a cui tende il rapporto e la permanenza in comunità.<sup>32</sup>

In esso vengono fissati i tempi del soggiorno, le scadenze e le verifiche periodiche, elemento quest'ultimo che ho potuto constatare essere estremamente importante perché il rapporto terapeutico è in continua evoluzione ed ampliamento in funzione dei progressi raggiunti che mutano gli scopi da perseguire.

Affinché abbia esiti costruttivi è necessario lavorare primariamente sull'acquisizione consapevole di alcuni punti focali:



<sup>32</sup> *Modelli teorici e prassi operative...*

Questo atto ufficiale segna l'ingresso in comunità. Stipulato tra l'équipe, il paziente e la famiglia contiene in modo chiari e preciso le finalità della terapia comunitaria e le attività attraverso le quali saranno perseguite, i possibili tempi di realizzazione e le modalità di verifica dell'andamento del progetto.

Presso la comunità Montesanto gli psichiatri responsabili sottolineavano che le caratteristiche di esso sono in primo luogo due aggettivi: *condiviso* e *sottoscritto*. Con essi volevano puntualizzare che nasce esclusivamente dal consenso esplicito di tutte le parti coinvolte e che, periodicamente sottoposto a puntualizzazione, può e deve essere aggiornato e modificato in sintonia con le necessità e capacità in trasformazione del paziente stesso.

Ogni progetto prevede interventi SELETTIVI e MIRATI, costantemente ripensati e rivalutati, idonei a favorire concretamente l'avanzamento ed il miglioramento degli standard di vita dell'ospite verso una sempre maggiore autonomia di vita con lo sganciamento dalle passate simbiotiche dipendenze familiari.

Le risorse utilizzate, evidenziano ancora gli psichiatri della comunità, puntano a stimolare l'adattabilità del soggetto, la disponibilità al cambiamento e alla sperimentazione di nuove modalità di organizzazione della quotidianità, del lavoro, del tempo libero; convinti che ricostruire le abilità sociali del paziente vuol dire restituirgli la possibilità di esprimere liberamente se stesso e quindi rafforzare il proprio potere di contrattazione.

## **6. COSTRUIRE IL PERCORSO TERAPEUTICO**

Ho voluto usare l'espressione "percorso" perché risalti la centralità che l'aspetto dinamico, la flessibilità, la disponibilità ai

“cambi di rotta”, la capacità di far fronte agli imprevisti ricoprono in ogni progetto che decida di confrontarsi con il disagio psichico.

Per cercare di procedere lungo questa strada c'è la necessità di puntare dei paletti che fungano da bussola e da cartina di tornasole per gli interventi posti in essere lungo il tracciato.

1. innanzitutto *coinvolgere l'utente nella valutazione e pianificazione funzionale dei bisogni e delle strategie per affrontarli*, ritorna cioè il discorso di fare del paziente il protagonista attivo del suo percorso terapeutico. La parola chiave in questa fase iniziale è “motivazione”: da un lato negli operatori che devono essere spinti da un atteggiamento di accettazione empatica dell'altro, una tensione a comprendere il suo punto di vista da cui guarda la realtà. Quindi la sua disponibilità a lavorare “con” l'altro e non “per” l'altro. E poi chiaramente motivare è l'obiettivo primario del progetto pensato, stimolare il paziente a riscattarsi. Da ciò occorre muovere i primi passi attraverso una valutazione dei bisogni attuali di questi, guardando alla disabilità, ma senza dimenticare le abilità, attitudini, aspettative nei riguardi delle attese e richieste che l'ambiente avanza nei suoi confronti. Tale iniziale conoscenza passa per la raccolta della storia passata della persona e della sua famiglia, l'osservazione dei comportamenti spontanei, delle caratteristiche strutturali e relazionali del contesto

in cui vive, il tipo di rapporto che sta instaurando con il servizio stesso.

2. una volta raccolto questo prezioso materiale, redigere insieme un programma sistematico ed individualizzato, ossia il progetto terapeutico vero e proprio. In esso vanno individuati obiettivi realistici e graduali a cui tendere. Per ognuno di questi è giusto concordare un piano con tappe successive, progressive che tengano conto delle presenti capacità residue, delle risorse disponibili nell'ambiente e del "funzionamento" della quotidianità familiare.

Ciò che conta è che ogni comportamento che si desidera sviluppare venga incluso espressamente nel programma, delineato in modo preciso nel "che cosa", "come" e "perché" lavorarci sopra. Questo significa curare l'aspetto *pedagogico – educativo* del contratto, facendo del soggiorno in comunità un'occasione di apprendimento (approfondirò meglio questo aspetto parlando del lavoro dell'educatore in essa).

3. per quanto riguarda l'operatività l'approccio più efficace è quello di gruppo pluridisciplinare, un lavoro d'equipe che sia scandito da effettivi piani di coordinamento. In una struttura comunitaria una regola d'oro è che il successo dipende strettamente dalla collaborazione, cooperazione e nello stesso tempo definizione dei ruoli: ognuno deve

qualificarsi con una specifica professionalità ed imparare a crescere in essa cogliendo i suggerimenti e le intuizioni che gli altri apportano.

4. monitorare il programma, questo l'ultimo anello per una catena solida e consolidata. Adottare una logica di aggiornamento costante dei risultati ottenuti è un ulteriore aspetto dell'intervento terapeutico: controllare l'andamento dei progressi raggiunti va portato avanti sempre in due con l'utente in modo da rafforzare il suo senso di responsabilità e coscienza dei propri agiti in modo da contribuire alla generalizzazione degli adattamenti introdotti.

## **7. I FRUTTI DEL SOGGIORNO IN COMUNITA'**

A conclusione di questo capitolo ho cercato di riassumere schematicamente quali sono le principali conseguenze che una permanenza presso una struttura comunitaria può essere in grado di favorire.

### **7.1 AUTOREGOLAZIONE**

Ogni occasione di socializzazione può rappresentare una possibilità di apprendimento ed interiorizzazione di nuovi e più efficaci modelli di comportamento. Affinché si possa cogliere questo aspetto della relazione si deve rafforzare il proprio senso di

autocontrollo e autocritica: si deve passare per una presa di coscienza dei propri limiti ed una esplorazione delle proprie risorse.<sup>33</sup>

Autocontrollo inteso come diventare protagonista attivo del proprio processo di cambiamento, prendendo consapevolezza su tre livelli:

- *Metacognitivo*, pensare sul pensiero. Saper quindi riflettere sulla propria attività mentale e sapere di poterla regolare ed influenzare con l'elaborazione di strategie di risoluzione dei problemi sempre nuove e più adeguate,<sup>34</sup>
- *Motivazionale*, adottare azioni intenzionali frutto di una convinzione, credenza di riuscire. Si tratta delle variabili affettive che incidono sulla validità degli atteggiamenti,<sup>35</sup>
- *comportamentale*

Riuscire a dirigere autonomamente i propri sforzi permette di sviluppare vissuti di autocompetenza ed autoefficacia, le spinte basilari per un impegno costante nei vari compiti quotidiani.<sup>36</sup>

## **7.2 RESPONSABILITA' E DECISIONALITA'**

Essere responsabili e capaci di assumere decisioni, scegliere ed affrontare le conseguenze di queste è la garanzia di una vita realmente autonoma e libera.<sup>37</sup>

---

<sup>33</sup> ZAVALLONI, F. MONTUSCHI, *La personalità in prospettiva sociale*, editrice La Scuola, Brescia 1976

<sup>34</sup> A. S. PALINCSAR, D. A. BROWN, *Metacognizione e disabilità di apprendimento*, in "Ritardo mentale e apprendimenti complessi, Ianes D., Erickson, Trento 1990, p 128

<sup>35</sup> J. G. BORKOWSKI, R. S. WEYHING, L. A. TURNER, *Modifica dello stile di attribuzione e insegnamento di strategie*, in "Ritardo mentale e apprendimenti complessi", Ianes D., Erickson, Trento 1990, p 138

<sup>36</sup> D. IANES, *Processi metacognitivi e autoregolazione dell'apprendimento: le teorie cognitive - sociali*, in "Ritardo mentale ed apprendimenti complessi", Ianes D., Erickson, Trento 1990, p 69

Il lavoro in comunità segue una politica del “fare” attualizzando così quello che Bion definisce *l'apprendere dall'esperienza*, quel processo che, appunto, dalle relazioni interpersonali genera nuova conoscenza. Ogni esperienza vissuta rappresenta un *modello* per le interrelazioni future, perché aumenta la mole delle informazioni note con cui analizzare ed affrontare esigenze e situazioni nuove<sup>38</sup>: vivere anche solo un'esperienza relazionale in più è in grado di incidere sullo sviluppo della capacità di *astrazione, discriminazione, generalizzazione e associazione* che permettono di esportare nei più svariati campi le conoscenze acquisite (questo ragionamento andrà tenuto ben a mente successivamente quando analizzerò il valore educativo della montagnaterapia).

In più partecipare ad attività di gruppo permette, già solo per il fatto di esserci, di aumentare la *flessibilità* mentale e la capacità di *fare inferenze*<sup>39</sup>, quindi la propria capacità di adattamento.

Con il consolidarsi e l'aumento delle possibilità di confronto con gli altri, allargando i confini del proprio orizzonte di pensiero si può anche ampliare la profondità del proprio essere “consapevolmente responsabili”: ciò vuol dire saper *scegliere coerentemente* tra le svariate opzioni che le situazioni della vita presentano, sapendo valutare tra le vari alternative quelle può soddisfacenti per le proprie preferenze e necessità.<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup> E. PEDRIALI, E. RAZZINI, *Responsabilità e decisionalità*, Roma 2003, su [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it)

<sup>38</sup> BION, *Apprendere dall'esperienza*, Armando edit., Roma 1972

<sup>39</sup> L. ARCURI, *Conoscenza sociale e processi psicologici*, Il Mulino, Bologna 1985, p 77 ss

<sup>40</sup> G. E. LANCIONI, M. F. O'REILLY, E. EMERSON, *La possibilità di fare scelte consapevoli nel ritardo mentale grave e gravissimo*, pp 318 – 321, in “Difficoltà di Apprendimento” 2 – 3, 1997



## CAPITOLO 4.

### **L'EDUCATORE PROFESSIONALE**

#### **1. FUNZIONE EDUCATIVA**

Con il nuovo assetto dell'assistenza psichiatrica la professionalità dell'educatore ha acquisito un ruolo di estrema importanza per la centralità che in essa ricopre l'aspetto della *flessibilità* e della *eterogeneità*.<sup>41</sup>

Ma quale posizione specifica ricopre all'interno della comunità terapeutica?

La mia esperienza mi porta a dire che in primo luogo la sua presenza è significativa perché più delle altre figure si pone come *mediatore* per l'ospite, come "ponte" per la riattivazione di autonomi processi di organizzazione cognitiva: un rapporto cioè rivolto, usando parole più concrete, verso "un apprendere ad apprendere" sempre più consapevole.

Per questo rilevante è la capacità di rimodellarsi in veste di "facilitatore della comunicazione"<sup>42</sup>, per usare la definizione di Canevaro, di interprete e decifratore dei messaggi, espliciti e non, dell'altro in modo da ricollegarli alla realtà, recuperando per essi un

---

<sup>41</sup> F. POFFA, *Formazione e ruolo dell'educatore professionale*, Vita e Pensiero, Milano 1993, p 22

<sup>42</sup> A. CANEVARO, *La formazione dell'educatore professionale*, NIS, Roma 1991, p 13

*contesto significativo* in cui gesti e parole abbiano un valore interattivo.

## **2. IL VALORE DEL “FARE CON”**

Ho detto che l’educatore più delle altre figure può riuscire in questo, ma perché?

C’è un elemento che lo caratterizza e definisce in proprio: il lavorare sull’apprendimento dei compiti di vita quotidiana, per ottenere però una ristrutturazione dell’immagine di sé del paziente.

Questo lo rende un COORDINATORE delle attività svolte in comunità, ma il suo gestire le azioni equivale ad un “tenere insieme” le parti di un sé che la psicosi ha disgregato, lasciato in balia dell’incertezza e dell’angoscia.

La filosofia educativa alla base è quella *di motivare intrinsecamente* il paziente, perché riesca a restituire al proprio corpo ed alla propria mente una qualche dimensione di continuità ed interconnessione logica. Attraverso la condivisione è quindi possibile il recupero e la valorizzazione dei significati delle attività di routine quotidiana, ma soprattutto la stimolazione ed incentivazione delle risorse personali per l’attivazione di processi trasversali di cambiamento.

Si tratta di “significare” l’agire quotidiano, le cose semplici della normalità, di trasmettere consapevolmente dei valori, uno stile ed un insieme di regole di “sopravvivenza”.

Fare proprie delle regole: questo è il cuore del discorso, perché partire da quelle di gestione di uno spazio esterno, come può essere la propria stanza, permette di arrivare all’acquisizione di altre regole più profonde ed esistenziali, di una competenza *autonormativa*, di

un'autodirettività costruttiva e di una PROGETTUALITA' che abbraccia il futuro più ampio del paziente.

### **3. ESSERE UN PUNTO DI RIFERIMENTO**

Intermediarità educativa, quindi, non solo in termini spaziali, ma innanzitutto relazionali, affettivi (tra paziente – contesto d'origine – servizio psichiatrico) e temporali: offrire uno spazio fisico ed emotivo all'altro, porsi come interlocutore “neutro” tra il suo mondo delirante e la realtà esterna.

L'educatore dovrebbe farsi guidare da due concetti che, secondo me, ne fanno la sua ontologia professionale: *empatia* e *gratuità educativa*, rifacendosi alle definizioni usate da Montuschi<sup>43</sup>.

La sua versatilità sta nel saper offrire risposte sempre originali e qualificanti a problemi ed esigenze specifiche, e per farlo non può prescindere dall'essere sincero, pronto a mettersi in discussione arricchendo la relazione terapeutica della propria sfera emotivo – affettiva in modo da dare solidità ed efficacia al suo intervento di mediazione cognitiva ed esperienziale.

Il contesto dialogico che è chiamato a favorire e sostenere ha effetti pedagogici e riabilitativi perché riformula la conoscenza di sé non solo per il paziente, ma per l'educatore stesso: anche lui è chiamato ad intraprendere questo viaggio verso l'incontro con le proprie emozioni con la stessa tensione a trascendersi.

Mi viene in mente un'espressione di Lurja: “*scienza romantica*”<sup>44</sup>. Tale concetto riassume l'idea di una necessaria

---

<sup>43</sup> F. MONTUSCHI, *Fare ed essere. Il prezzo della gratuità nell'educazione*, Cittadella edit., Assisi 1997, p 162

<sup>44</sup> A. R. LURJA, *Viaggio nella mente di un uomo che non dimenticava nulla*, Armando edit., Roma 1975, p 108

integrazione tra la modalità conoscitiva emotiva e quella cognitiva che permetta il consolidarsi di una dimensione dialogico narrativa all'interno della relazione educativa. Qualunque rapporto d'aiuto deve, pena il ricadere in un nuovo vischioso vortice di ambiguità e dipendenze, saper dare spazio alla storia personale di ognuno dei partecipanti affinché vengano analizzate e “restaurare” relazioni e modalità comportamentali.

Ancora su questa linea si esprime Vygotskij quando parla di “*sapienza intuitiva*”<sup>45</sup>. Applicare questa espressione all'intervento riabilitativo è, secondo me, estremamente significativo perché offre l'occasione di verificarne la validità: ogni progetto va pensato prevedendo l'integrazione costante tra aspetti affettivi e razionali, ed il suo fine ultimo deve essere rivolto alla riappropriazione da parte del paziente delle sue capacità intuitive e di fare inferenze deduttive. Ciò equivale a restituirgli una prospettiva di pensiero e di esperienza più ampia e stimolante, capace di riscattarlo.

#### **4. APPRENDERE DALLA RELAZIONE**

Abbiamo detto che l'educatore ha una veste educativa all'interno della comunità. Cerchiamo di delineare meglio come il suo rapportarsi con l'altro attraverso l'insegnare a gestire le mansioni quotidiane, può essere così carico di valenza trasformativa.

Montuschi<sup>46</sup> parte dal presupposto che, affinché si abbia un'esperienza di apprendimento, la relazione instaurata deve inserirsi dentro la storia della persona. Solamente se assume importanza emotiva può diventare così potente da stimolare una ridefinizione

---

<sup>45</sup> L. VYGOTSKIJ, *Difettologia*, Armano edit., Roma 1970, pp 14 – 18

<sup>46</sup> F. MONTUSCHI, *Apprendimento*, La Scuola, Brescia 1977

delle proporzioni che i vari aspetti della sua esistenza rivestono attualmente.

Apprendere vuol dire proprio questo: rimettere in gioco tutti gli equilibri che dominano i rapporti con sé e con gli altri, trasformare e spostare il punto da cui si procede nelle proprie scelte. È una *sintesi dinamica significativa*, per riprendere ancora spunto da Montuschi, e l'operato di un educatore deve centrarsi proprio sulla riscoperta della forza motivante attuale dell'altro e della sua capacità modificante rivolta al futuro.

In una struttura comunitaria il lavoro educativo sta proprio nello stimolare il cambiamento delle risposte relazionali del paziente alle circostanze della vita, del suo approccio personale agli eventi quotidiani.

È chiaro che un tale obiettivo richiede tempi lunghi e soprattutto una consistente dose di coraggio. Si tratta di abbandonare modalità esistenziali ben consolidate pur se portatrici di sofferenza ed isolamento, e farlo equivale a stravolgere un intero sistema di vita.

Per questo la comunità deve essere vissuta come luogo protettivo, accettante e contenitivo da parte dei suoi ospiti, sentita presente empaticamente in questo viaggio di riscrittura di sé in un clima di tolleranza e rispetto. Rogers afferma che il primo elemento di una relazione d'aiuto deve essere restituire all'altro fiducia nel valore positivo della propria esistenza, disponibilità al cambiamento<sup>47</sup> ed una maggiore flessibilità mentale, per poter raggiungere realmente un più alto livello di arricchimento e maturazione personale.

---

<sup>47</sup> C. ROGERS, *Libertà di apprendimento*, Giunti – Barbera, Firenze 1973, p 56

## **4.1 AMARSI ED ACCETTARSI**

Non si può prescindere da questo tipo di lavoro perché l'elemento chiave della sofferenza psichica è la mancanza di *libertà*, nello scegliere cosa fare e come rapportarsi alla realtà, agli altri e a se stessi. Manca la consapevolezza profonda di avere diritto ad esserci, ad esercitare una propria *critica* sul mondo ed eventualmente cambiare ciò che non va.

Attenzione però, perché per libertà non intendo il facile opportunismo di scappare di fronte alle situazioni difficili, anzi ciò a cui penso è la cosciente assunzione di *responsabilità* sulle conseguenze delle proprie decisioni, il rendersi conto che il metro di misura del valore da attribuire ad ogni gesto non può caderci "dall'alto", dall'esterno, ma deve nascere dentro ognuno di noi.

Sentirsi libero di darsi delle priorità e degli ideali porta, poi, inevitabilmente con sé il doverne affrontare gli effetti: si può soffrire; scontrarsi con gli altri, magari (e direi soprattutto) con le persone che si amano e che spesso fanno difficoltà ad accettare una linea di condotta che si discosta dalla loro (ho davanti agli occhi le tante storie delle famiglie di pazienti psicotici in cui non c'è spazio per una differenziazione dei vari membri, ma una continua sovrapposizione ed invasione simbiotica) ed anche avvertire la necessità di cambiare qualcosa di sé.

Essere libero vuol dire, in questo senso, anche essere *umili*, cioè capaci di andare oltre il proprio io per cogliere cosa del proprio agire andrebbe modificato: imparare a sottoporsi costantemente ad una profonda *autovalutazione*, che non sia giudizio di condanna o scoraggiamento, ma matura conduzione di sé e spinta alla crescita.

Per ritornare all'educatore, questi ha il compito di condurre il paziente verso una scoperta del processo di personalizzazione e strutturazione soggettiva del rapporto tra sé e il mondo, tra conoscenza, desiderio di migliorarsi, coscienza dei propri limiti ed autoaccettazione di base, amore verso se stesso che deve precedere qualunque azione di cambiamento.

## **5. L'EDUCATORE: LAVORO SU SE STESSO**

Se questi sono gli obiettivi di un soggiorno in comunità terapeutica, non so quanti siano coloro che davvero non ne avrebbero bisogno.

Essere sinceri con se stessi e con gli altri impegnandosi a non dileguarsi, a non scegliere sempre la strada più corta e facile da cui svicolare gli ostacoli non è un buon proposito che basta mettere in parola per considerarlo raggiunto. È una linea di condotta che va portata avanti come scelta consapevole ogni giorno rinnovata, è l'essenza che deve trapelare da ogni singola decisione quotidiana e che non si può pensare di imparare una volta per sempre, potendo poi vivere di "rendita".

La prima competenza da sviluppare per chi decide di intraprendere la strada dell'educatore professionale è la trasparente ammissione con se stessi che non si può scendere a compromessi o fare le scelte facili. Non si tratta di comportarsi da brava persona, che "aiuta" qualcuno che soffre, ma è un aspetto determinante la professionalità stessa degli interventi. Non si tratta di una fede da abbracciare per la propria salvezza, ma una deontologia irrinunciabile.

Centrale è prendere coscienza dei propri limiti, degli inganni e pregiudizi con cui ci si è affacciati a questo tipo di lavoro, per smascherarli, esplicitarli e coglierne l'origine<sup>48</sup>.

L'educatore non è un salvatore onnipotente, né un "sano" che da un piedistallo di superiorità privilegiata elargisce generosamente aiuto. Scegliere questa professione equivale ad accettare un compito fatto innanzitutto di ascolto dell'altro, di disponibilità al confronto e all'autoanalisi<sup>49</sup>: riconoscere che tanto si può imparare, senza sconvolgersi se una persona tanto sofferente come uno psicotico riesce a toccare le corde più profonde del proprio essere rimettendo in discussione tutte le proprie certezze.

Solo con questa forza interiore, coscienti della propria continua necessità di trascendersi e superarsi, l'educatore può rappresentare il facilitatore dell'incontro del paziente con il proprio intimo baricentro e la propria condizione di malattia: porsi come modello di riscatto personale, affinché la disabilità non assorba totalmente la personalità dell'altro, ma questi inizi un percorso di incontro con il proprio dolore, riconoscimento, accettazione e superamento della sua pervasività, in modo tale da restituirsi alla vita.

## **5.1 ESSERE AFFETTIVAMENTE COMPETENTI**

Il punto di partenza è il prendere coscienza della necessità di assumersi la "responsabilità" dei propri sentimenti. Lavorare in una comunità psichiatrica vuol dire avere a che fare con picchi di sofferenza a volte estremamente alti, che suscitano inevitabilmente delle ripercussioni nel proprio intimo.

---

<sup>48</sup> F. MONTUSCHI, *L'aiuto tra solidarietà e inganni*, Cittadella edit., Assisi 2002

<sup>49</sup> M. GIUSTI, *Il desiderio di esistere*, La Nuova Italia, Firenze 1999, p 155



Un educatore realmente *competente* deve impegnarsi a *decidere* di dare un nome ai sentimenti che prova, senza etichettarli come piacevoli o spiacevoli, giusti o inadeguati. Può succedere che l'impatto con certe condizioni di disperazione provochino delle reazioni di avversione, rifiuto, fastidio e questo potrebbe erroneamente essere interpretato come segno di insensibilità o intolleranza nei confronti dell'altro e causare sensi di colpa.

In realtà non è affatto vero. Quel sentimento c'è, e va riconosciuto. Probabilmente quella particolare situazione ci ha colpito più intimamente di molte altre e per questo ha una tale carica emotiva, per cui è necessario scavare alla ricerca dell'origine e del significato di quella emozione in modo da ricollegare il sentire con il pensare, le sensazioni con le convinzioni, i sentimenti con i valori: solo così si potranno prendere decisioni integrate, complete, esaurienti, rispettose di sé e dell'altro.<sup>50</sup>

Imparare ad entrare in contatto con la propria affettività, cioè individuare l'*autenticità* del proprio modo di sentire che ci renda trasparentemente coscienti dei propri sentimenti, e quindi realmente in grado di porsi come punto di riferimento per chi ha invece conosciuto solo modalità comportamentali intrise di ambiguità e falsità. Questo passa attraverso la capacità di *separarsi* dalle proprie emozioni, riconoscendole e riassumendosi pienamente la responsabilità della propria risposta, del proprio comportamento arricchiti dalle informazioni che le emozioni offrono senza subirle o lasciarsi da esse condizionare e sopraffare.

---

<sup>50</sup> F. MONTUSCHI, *Competenza affettiva e apprendimento*, editrice La Scuola, Brescia 1994, p 112

Ciò che fa del percorso di riappropriazione della propria affettività una tappa fondamentale della propria formazione professionale è la sua capacità di guidare verso la *conquista di una nuova spontaneità*<sup>51</sup> per usare l'espressione suggerita da Montuschi, una spontaneità "competente" che parta dall'alfabetizzazione affettiva per integrare in un nuovo efficace equilibrio capire ed essere, consapevolezza ed espressione: avviando un processo di crescita e di forza nella gestione di una relazione d'aiuto che ponga l'educatore nella costante disponibilità d'ascolto e sostegno alla vita affettiva altrui, senza trascurare mai la riflessione ed educazione del proprio modo di sentire.

Ogni rapporto rieducativo richiede, quindi, una trasformazione bilaterale dello stile di comportamento: per il raggiungimento di una spontaneità più comprensiva, accettante e accogliente; quindi di una vera autonomia affettiva.

## **6. IL LAVORO D'EQUIPE**

Affinché questi fini riabilitativi diventino concreti è chiaro che non basta lavorare singolarmente.

In comunità qualunque attività assume la dimensione gruppale ed il lavoro d'equipe è di importanza cardinale. Il valore del lavoro svolto si definisce per il suo carattere *collettivo*, connesso ad un gruppo, a un ambiente e ad un complesso di relazioni.

L'operato dei singoli componenti dell'equipe è in stretta connessione con quello degli altri e da essa trae senso: ogni azione è

---

<sup>51</sup> Ibidem, p. 191

l'elemento di un *insieme* e preziosa risorsa per tutti gli altri operatori.<sup>52</sup>

La vita quotidiana in Comunità è ricca e movimentata, fortemente coinvolgente e caratterizzata da un consistente dinamismo. Gli operatori svolgono molteplici attività e le funzioni organizzative che ne sono alla base ne determinano la possibilità di successo e di spessore terapeutico.

Le richieste e le pressioni, spesso emotivamente intense e a volte contraddittorie, dei pazienti rappresentano bisogni depositati sui membri del gruppo di lavoro che presuppongono in questi capacità di elaborazione personale oltre che collettiva in modo da offrire risposte sensate e formulare ipotesi di lavoro fondate sulla flessibilità e la ricerca del significato di ciò che accade.

L'equipe svolge proprio una funzione di integrazione delle diverse abilità individuali, di metabolizzazione degli avvenimenti, di contenimento e scarica dei momenti critici, affinché il gruppo si muova sempre come un collettivo e non come una semplice sommatoria di operatori.

Questo effetto di contenimento, di supporto emotivo e di pensiero che lo staff può esercitare, è stato definito da Antonello Correale, la "*funzione ecologica del gruppo*", volta a stabilire un ambiente propizio e a generare la sensazione di entrare "*in un terreno*

---

<sup>52</sup> E. PEDRIALI, *La professionalità dell'operatore di comunità: tra funzione psicoterapica e funzione psicoeducativa*, in "Professioni per il sociale", di L. Dozza, M. Adda edit., Bari 2000

*di cultura comune a tutto il gruppo dei curanti, ove contare su rapporti di vicinanza e di sostegno".<sup>53</sup>*

## **7. LA SUPERVISIONE**

Questa è una fase estremamente importante del lavoro d'equipe, pensata proprio in termini di "collante" dei progetti e delle ripercussioni emotive di ognuno di essi.

Per cogliere gli aspetti più significativi di questo momento di crescita ed evoluzione del lavoro comunitario mi rifaccio a Correale che, a tal proposito, ha cercato di riassumerne i punti focali<sup>54</sup>:

- a) Per prima cosa rappresenta una possibilità di *riflessione e pensiero collettivo*, durante la quale scaricare le angosce accumulate, il senso di impotenza – onnipotenza di fronte alle situazioni più gravi, le impressioni e reazioni sulle attività svolte;
- b) È, poi, il canale di *deflusso per emozioni* troppo intense difficili da gestire singolarmente garantendo così un'occasione di condivisione ed un'ottica decentrata da cui osservare più oggettivamente le dinamiche relazionali;
- c) Grazie al confronto che stimola, permette di *entrare in contatto con le proprie modalità di relazionarsi* ai pazienti ed ai colleghi, in modo da individuare eventuali inganni o meccanismi di difesa messi in atto implicitamente;

---

<sup>53</sup> I. CALTAGIRONE, M. SMARGIASSI, *Fattori terapeutici e modelli antiterapeutici di comunità*, comunità terapeutica Majeusis, Roma. Relazione presentata al workshop "La comunità terapeutica per giovani psicotici adulti" durante il convegno *La comunità terapeutica tra mito e realtà*, del 7 – 8 giugno 1996, Milano

<sup>54</sup> A. CORREALE, *La supervisione nei servizi pubblici*, in "Psichiatra nella comunità", Bollati Boringhieri, Torino 1993

- d) È il momento dedicato espressamente al consolidamento del *senso di coesione e di appartenenza* al gruppo di lavoro, affinché ogni operatore si senta forte della collaborazione degli altri e sappia porsi come sostegno a sua volta;
- e) è quindi una fase *costruttiva* e di perfezionamento del lavoro di tutta l'equipe, rappresentandone “il diario di bordo” con una intensa valenza narrativa;
- f) ha, infine, una *funzione formativa*, in quanto canalizza sensazioni grezze, percezioni preliminari ed emozioni inesprese verso forme più riconoscibili e strutturate, da cui trarre le linee guida dei progetti da portare avanti.

## CAPITOLO 5.

### **LA COMUNITA' TERAPEUTICA MONTESANTO**

#### **1. UNA PRESENTAZIONE**

La specifica struttura di cui parlerò in questo capitolo è quella presso la quale ho svolto la mia esperienza personale di formazione per circa un anno, affiancando l'educatore professionale che vi lavora.

È sita al centro di Roma ed è una delle comunità che sul territorio è più dinamica e aperta all'esterno. La sua filosofia, infatti, è quella di restituire ai suoi ospiti la *curiosità* di vivere la vita intensamente e con interesse, anche culturale. I membri dell'equipe stessa sono persone estremamente stimolanti e le iniziative di incontro con poesie, arte e letteratura sono una costante al suo interno.

I pazienti che vi soggiornano sono tutti psicotici, quindi con un carico patologico non indifferente, ma nonostante questo non c'è intervento che non passi per il consenso diretto di ciascuno.

Come ho già spiegato per le comunità terapeutiche in generale il progetto individualizzato si concretizza in un contratto da sottoscrivere insieme e questa modalità di avvio del rapporto gli attribuisce importanza ed ufficialità.

A tutti è richiesto l'impegno di assumersi delle scadenze e questo fa sì che il legame instaurato non sia di dipendenza passiva: ogni ospite sa che da lui ci si attende qualcosa e nessuno lo costringe a rimanere al di fuori della sua volontà.

Il monitoraggio è costante, ogni due mesi circa si rinnovano i contratti e si modificano gli obiettivi in modo da non lasciare mai scadere la relazione in uno stagnante “ricovero” senza sbocchi.

## **2. LA VITA IN COMUNITA’**

Gli obiettivi terapeutici concordati a monte vengono perseguiti attraverso una fitta rete di attività dislocate nel corso della settimana ed una serie di compiti quotidiani richiesti ad ognuno per la cura di sé e degli ambienti comuni.

Per quanto riguarda le attività, si tratta di laboratori condotti da psicologi o dall’educatore (come operatore ce n’è uno solo, oltre a lui la comunità si avvale del contributo dei tirocinanti, come me) con finalità più o meno strettamente analitiche: alcune sono più direttamente terapie di gruppo, altre occasioni di espressione di sé e crescita della capacità relazionale e di scambio – confronto. L’attività in cui sono stata inserita è quella appunto condotta dall’educatore, la montagnaterapia, che presenterò più oltre nello specifico.

La partecipazione a questi laboratori chiaramente non è obbligatoria, ma diventa uno dei termini del contratto: dopo una panoramica generale il nuovo ospite si impegna a seguirne con coerenza uno o anche più, e mantenere questo impegno è un elemento di estrema importanza per la possibilità di rinnovare il rapporto alla scadenza prossima.

Per quanto riguarda le corvee, cioè le mansioni di gestione dell’igiene sono un altro aspetto di centralità massima in una struttura abitativa come è la comunità. Per tutti gli ospiti è costituito un programma settimanale che riepiloga i turni di uso della lavatrice, di pulizia a fondo della stanza, di partecipazione ai servizi comuni come

l'apparecchiare – sparecchiare, pulire la cucina, gettare la spazzatura. La comunità va sentita come una casa e per questo ognuno deve sapere che il suo contributo è necessario al suo mantenimento e buon funzionamento.

Le corvee personali invece sono quotidiane (lavarsi, rifare il letto, riordinare l'armadio) ed hanno una duplice valenza: non solo insegnare che per sentirsi una persona completa è giusto prendersi cura di sé, anche perché si sta in rapporto con gli altri e bisogna presentarsi in modo decoroso e pulito, ma anche vuole agire su un piano più "inconscio": fare ordine esternamente, pulire e vedere i risultati soddisfacenti del proprio impegno, lavoro e sforzo permette di innescare un processo di riorganizzazione interna alla persona.

Può sembrare per qualcuno esagerato che imparare a rifarsi il letto riesca a dare coraggio, speranza e la spinta giusta a convogliare le proprie energie sulla riscossa personale, ma invece la potenza di questo "imparare a fare" è consistente.

Non va dimenticato che molti di questi pazienti vengono da storie di segregazione familiare, di totale sottomissione e disconoscimento del proprio valore e capacità, per cui la loro vita è carica di vergogna ed umiliazioni subite per via della loro "limitatezza" mentale. In più alcuni, direi molti, hanno anche vissuto esperienze simil manicomiali in cui nulla era lasciato alla loro autonoma iniziativa, ma ogni gesto imposto ha lasciato un segno traumatico in loro: tanto per riportare la mia esperienza in questo, ho avuto modo di affiancare una ragazza che aveva terrore della doccia ed ogni volta era necessario molto tempo prima di decidere di aprire l'acqua ed entrarvi, proprio perché, lei stessa alla fine mi ha confidato,



nella “casa di cura” precedente era lavata da altri a forza, senza essere lasciata libera di fare da sola.

Il recupero della dignità e dei propri tempi: questo il fine ultimo di ogni attività. La nostra società anche se ufficialmente ha superato lo spirito di segregazione che era alla base dei manicomi, continua a non riuscire ad accettare la diversità, soprattutto continua a nutrire un timore diffidente verso chi è ancora definito “matto”.

Non so cos’è che spaventi tanto di queste patologie, forse la silenziosa consapevolezza che si tratta di un male in crescita che ci circonda da vicino e forse ci tocca più di quanto siamo disposti a riconoscere, oppure il fatto che ancora oggi l’uomo nonostante i passi da gigante e gli enormi progressi fatti in campo medico e non solo con cui tiene a bada tanti eventi e malattie, non è ancora riuscito a porre fine a queste condizioni così scomode e destabilizzanti il fragile equilibrio delle nostre vite cittadine e borghesi.

In comunità si crea una sorta di “isola felice” in cui riprendere fiato ed imparare man mano a gettare le maschere ed i meccanismi di difesa perversi, ma anche deve essere un trampolino di lancio da cui inserirsi di nuovo nella giostra della società.

### **3. IL FARE EDUCATIVO**

Tutto questo, abbiamo detto, attraverso l’azione che è il mezzo, sostiene anche Montuschi<sup>55</sup>, per esprimere il proprio pensiero, agire i propri sentimenti ed alimentare la fantasia, dando forma alle decisioni e valore alla vita sociale.

---

<sup>55</sup> F. MONTUSCHI, *Fare ed essere. Il prezzo della gratuità nell’educazione*, Cittadella Assisi 1997, p 89

Ciò vuol dire riconoscere l'esistenza di un rapporto circolare tra "fare" ed "essere", che l'agire arricchisce la motivazione alla relazione con gli altri, perché stimola una maggiore conoscenza di sé.

Ma agire come? L'intervento educativo in comunità si realizza proprio se riesce a cogliere questo anello così delicato, e troppo volte invece, sottovalutato.

Non si può pensare alla comunità, è su questo gli psichiatri della Montesanto lavorano costantemente, come ad una realtà chiusa sotto una campana di vetro in cui tutto è facile e corretto, ma sempre la meta ed il palcoscenico su cui montare gli interventi devono restare l'ambiente esterno, il contesto proprio di vita di ogni singolo ospite, perché il suo passato è la sua storia e la radice da cui far crescere i suoi progetti futuri e consolidare il senso del suo pensiero.

Offrire, per questo, *un'organizzazione collettiva del tempo* e una guida per una *riappropriazione di quello personale*: recuperare questo aggancio al presente, al "qui ed ora", perché solo rientrando dentro al proprio tempo si può essere una persona sicura, intimamente consolidata e pronta ad affrontare le problematiche e i nodi della propria condizione.

Padroneggiare uno spazio (la stanza e gli ambienti collettivi) vuol dire riconquistare il *diritto ad una personale collocazione* all'interno di una dimensione esistenziale che comprende tutta la società esterna.<sup>56</sup>

Esplorare lo spazio per allargare i propri confini fisici e mentali per indirizzarsi di nuovo verso le relazioni interpersonali "con

---

<sup>56</sup> Ibidem, p 97

un più flessibile ed adattato livello di funzionamento sociale”<sup>57</sup>, questa è la costruttiva conseguenza dell’aver recuperato una distinta immagine di sé.

Esplorare, agire nel quotidiano è sinonimo di farsi attivi partecipi, protagonisti della propria vita per veder crescere la propria autostima e *locus of control* interno: riuscire finalmente ad esercitare un controllo soddisfacente ed efficace sull’andamento delle proprie giornate, una propria personale gestione di sé e delle proprie scelte.<sup>58</sup>

È facile allora intuire come questo si avveri attraverso un profondo cambiamento psicologico e comportamentale del paziente: grazie al suo coinvolgimento costante ad ogni fase del progetto riabilitativo, riscopre di essere capace, e di averne il totale diritto, di decidere della propria vita.

“*Il controllo e la responsabilità ultima appartengono all’utente*” afferma anche Searles<sup>59</sup>.

#### **4. L’EDUCATORE IN COMUNITA’ MONTESANTO**

Come già detto, ho condotto il mio tirocinio sotto il tutorato dell’educatore professionale della comunità. L’esperienza mi ha permesso di inquadrare concretamente cosa fa un educatore all’interno di questo tipo di strutture.

Per prima cosa ribadisco il concetto che la sua attività è un intervento educativo *indiretto*, cioè agisce sull’interiorità attraverso un recupero di abilità necessarie alla “sopravvivenza”.

---

<sup>57</sup> M. A. SELZER, T. B. SULLIVAN, M. CARSKY, K. G. TERKELSEN, *Il paziente schizofrenico. L’alleanza terapeutica nel trattamento ospedaliero e ambulatoriale*, FrancoAngeli, Milano 1992, p 125

<sup>58</sup> Ibidem

<sup>59</sup> Ibidem, p 142

Per descrivere tutto questo, vorrei cercare un po' di delineare in che cosa si esplica la sua professionalità.

Come attività di laboratorio, all'interno della cornice della programmazione generale delle attività, l'educatore è conduttore del gruppo di montagnaterapia, di cui successivamente parlerò.

Ma ciò che differenzia nettamente la sua presenza da quella di figure come lo psicologo o tantopiù lo psichiatra è che non esiste una distinzione tra lavoro riabilitativo e vita quotidiana.

La conduzione della "casa – comunità" è coordinata dall'educatore. La mattina è lui (e noi tirocinanti in tutte le sue mansioni lo abbiamo affiancato o sostituito) a passare per dare la sveglia: inizia la giornata, primo momento critico per alcuni pazienti. Bisogna riprendere contatto con il proprio corpo e l'esterno, recuperare l'orientamento spazio temporale e rifocalizzare il qui ed ora. E l'educatore è lì a guidarlo.

Poi c'è il controllo dello svolgimento delle corvee, sia quelle personali (quindi risistemare il letto e la stanza in generale, e le pulizie di igiene personale) che quelle comunitarie (preparare la colazione per tutti).

Da una parte quindi accompagnare l'ospite nel ridare il "buongiorno" al proprio sé nel lento interiorizzare che amarsi ed accettarsi vuol dire anche curare il proprio decoro ed aspetto esteriore; dall'altra mediare il delicato gioco di relazioni con gli altri: dividersi i compiti e rendersi disponibili a vicenda per tutti gli altri, perché si è un gruppo e non solo una somma di isolate unità.

Anche durante la colazione stessa l'educatore è lì, per trasmettere un desiderio di intimità e confidenza, per raccogliere le angosce della notte, gli incubi e le agitazioni, ma anche le attese e

programmi della giornata che comincia. Una presenza la sua che è sempre di *mediatore* con l'obiettivo di rendersi sempre più assente, lasciando spazio ai rapporti diretti tra gli ospiti.

Dopo questo momento iniziano a pieno ritmo gli impegni quotidiani: eventuali laboratori, spese da fare, appuntamenti a cui presentarsi. Anche lungo tutto il giorno l'educatore rappresenta comunque il punto di riferimento, il consigliere, l'organizzatore.

Affiancare un paziente nel rifare il letto o riuscire a stilare una lista delle cose da comprare, per esempio, ha una valenza educativa estrema, perché, continuo a ripetere, mette ordine dentro la mente attraverso la risistemazione di priorità esterne.

## **5. UN PROGETTO EVOCATIVO: LA MONTAGNATERAPIA**

Oltre al sostegno alla gestione della quotidianità, ho già accennato a questa attività specifica portata avanti dall'educatore: la montagnaterapia. Si tratta di un'esperienza capace di esercitare un potente feedback positivo, grazie alla sua forte componente "metaforica".

Questo progetto è portato avanti nella comunità Montesanto dal 1997, con la collaborazione stretta e costante di esperte guide CAI (Club Alpino Italiano) che sono per il gruppo un forte aggancio alla realtà esterna.

## **5.1 L'IDEA DEGLI OPERATORI COINVOLTI**

Camminare in montagna, arrampicare su ripide pareti, dormire in rifugio, questi alcuni degli elementi che fanno riabilitazione.

Il supervisore Giulio Scoppola (psicoterapeuta, psicologo, ma anche istruttore di alpinismo del CAI) afferma<sup>60</sup>:

«In montagna, la mente ed il corpo si confrontano con l'ambiente, abitare spazi non modificati dall'uomo rappresenta una preziosa opportunità per rendere dinamica la mente e il corpo di malati psicotici schizofrenici. In più, camminando o dormendo in un rifugio, le differenze si annullano e ci si sente uguali a tutti gli altri».

Gli operatori possono utilizzare coppie di elementi opposti tra loro: vasto e limitato, caldo e freddo, linee continue e linee spezzate, respiro affannato e regolare per insegnare e rassicurare sul fatto che la complessità e la flessibilità non sono una minaccia alla propria integrità, ma anzi rappresentano ciò che rende preziosa e speciale la vita, così accade in natura.

«In montagna, allo stress cronico interno - il nucleo traumatico o la parte mancante o fratturata della mente - viene sovrapposta la presenza di potenziali fonti di stress sensoriali e psicologici»<sup>61</sup>,

è quanto afferma l'educatore professionale Dino Ermini, mio tutor all'interno della comunità:

«Come la paura di scivolare, del maltempo, della verticalità che però possono essere memorizzate e ricategorizzate e riacquistare così un valore positivo».

---

<sup>60</sup> F. ARDITO, *La montagna terapia*, in "Espressonline", 25 marzo 2002

<sup>61</sup> ibidem

## **5.2 STORIA DI UNA SFIDA**

Le prime esperienze in questo campo risalgono agli inizi degli anni '90, quando l'associazione francese *Moi - je* di Mezières iniziò il suo lungo viaggio in montagna con i propri pazienti grazie all'idea e all'entusiasmo di un infermiere.

In Italia è stata la Fondazione Emilia Bosis di Bergamo ad aprire la via, inserendo tra le attività di riabilitazione la scoperta e la frequentazione della montagna.

Per poi allargare il campo al progetto Montagna Solidale che, dal 1997, ha portato operatori e pazienti tra le montagne del Nepal, sulla vetta del Monte Rosa, a un passo dalla vetta del Monte Bianco ed alla base del Cerro Torre in Patagonia.

Lo scopo, ovunque, è lo stesso:

«Se osserviamo la città e l'ambiente dove viviamo e lavoriamo, con la continua sovraesposizione a rumori, luci e relazioni», spiega Scoppola, «possiamo capire che la montagnaterapia *nasce e si appoggia alla naturale necessità dell'uomo, sano prima ancora che malato, di ritrovarsi, rispecchiandosi in luoghi naturali che da sempre gli sono stati propri. Dove la complessità degli stimoli cittadini cede il campo alla limitatezza di alcuni elementi: la vetta, il rifugio, l'alpeggio, il pascolo, dotati di grande intensità evocativa e soprattutto di uno spazio sgombro da relazioni temute, da riempire con nuove memorie e nuovi affetti*».

### **5.3 UN VERO INTERVENTO RIABILITATIVO**

Oggi la montagnaterapia è giunta ad una più matura codificazione e definizione con un valore terapeutico vero e proprio.

Esiste, però, il rischio che esperienze di grande bellezza e intensità possano portare ad un crollo, se non accuratamente gestite, una volta che il paziente torna alla sua vita di tutti i giorni.

A tal scopo occorre inquadrare con più precisione quali sono i fattori che danno spessore ad una simile esperienza.

- ✓ dover affrontare un'escursione in alta montagna presuppone la necessità di essere ben attrezzati. Da qui si può dedurre il primo lavoro che va svolto: quello della definizione della propria personale ADEGUATEZZA, della capacità di far fronte in modo efficace e costruttivo ad una situazione ben specifica. Ciò che questa preparazione comporta è il recupero di una salda *fiducia* in se stessi, con la forza di veder *rimesse insieme* le varie parti di sé nuovamente organizzate e finalizzate ad essere presenti in un contesto valutante;
- ✓ affinché tale obiettivo sia raggiungibile si deve costruire un tessuto di REGOLE tali da creare uno spazio normativo riordinante i propri sforzi ed energie, perché solo pianificando fin nei dettagli ogni aspetti dell'uscita ci si può assicurare la sicurezza di non aver lasciato nessuna eventualità al caso (la montagna riserva sempre possibili sorprese ed imprevisti);
- ✓ queste tappe permettono un passaggio importantissimo nell'atteggiamento dei vari ospite: dall'IO – AUTISTICO al TU – DIALOGICO con il progressivo



rafforzarsi di una rete sociale sempre più ampia: tra i pazienti e gli operatori, inizialmente i soli referenti, verso poi i vari esperti CAI e altri da cui acquisire ulteriori e più professionali suggerimenti;

- ✓ gli ospiti non sono “portati” in montagna, ma vengono coinvolti perché considerati parte di un gruppo escursionistico. Ognuno deve provvedere ad avere tutto il necessario per il successo dell’uscita, attesa che spinge verso lo sviluppo di una padronanza individuale di diverse CAPACITA’ TECNICHE ed ADATTIVE rispetto ai differenti contesti che si vanno ad esplorare;
- ✓ ulteriore riflesso che non posso non menzionare, perché cela secondo me il senso più profondo e più difficilmente riassumibile in parole è quello della costruzione di SPAZI DI MEMORIA AFFETTIVIZZATI. Non sono esperienze che cadono sui pazienti e scivolano via senza lasciare tracce, ma pillole di vita, di riavvicinamento a quella normalità che sentono invece così estranea e loro negata.

Sono momenti in cui la speranza di pace prende la forma della natura e arriva a parlare al cuore di ognuno di loro, di noi che condividiamo un’esperienza capace di trasformare lo sguardo ed il sorriso.

## **5.4 UN COINVOLGIMENTO TOTALE**

L’uomo è dotato di *sensibilità*, quella facoltà di avvertire gli stimoli “esogeni” ed “endogeni”.

Infatti, gli organi di senso, ci permettono di essere in continuo e costante contatto con il mondo esterno, e coscientemente o non, di interagire sempre con esso. Allo stesso modo possiamo avvertire le sensazioni che provengono dall'interno del nostro organismo, e attraverso esse modificare e regolare automaticamente le nostre funzioni fisiologiche.

**Esterocettiva** è quella sensibilità che fa riferimento agli stimoli provenienti dal mondo esterno: come la sensazione di caldo, di freddo, o di dolore; la **sensibilità enterocettiva** invece riguarda quegli stimoli che provengono dagli organi interni.

Inoltre esistono, nel corpo umano, forme di sensibilità altamente specializzate, che si hanno tramite i recettori sensoriali riuniti a costituire gli *organi di senso* : l'occhio, l'orecchio, il naso, la cute e la bocca permettono di percepire precise e nitide sensazioni, rispettivamente vista, udito ed equilibrio, olfatto, tatto e gusto<sup>62</sup>.

Nella vita quotidiana i nostri organi sensoriali sono sempre utilizzati, non c'è mai un momento in cui ci si possa isolare dall'esterno, possiamo avere coscienza o meno di certi stimoli ma le fibre afferenti del sistema nervoso trasmettono sempre impulsi ai vari distretti del cervello. Allo stesso modo però questi stessi organi sensoriali possono essere più o meno efficienti, e quindi possono captare stimoli più o meno forti.

## **L'UDITO**

Proprio lavorare sulla sensibilità è lo strumento della montagnaterapia, perché l'ambiente naturale favorisce la percezione di tutte le sensazioni . Infatti, camminando in un bosco, è possibile

---

<sup>62</sup> Concetto ripreso dal *Compendio di Anatomia Umana* di Luigi Cattaneo.

"allungando le orecchie" ascoltare i versi degli animali che vivono nel loro habitat naturale, sentire le foglie che cadono, lo scorrere di un torrente, concentrare l'attenzione sul suono del proprio passaggio, a sentire il proprio respiro sbloccato: tutto risveglia l'attenzione e l'abbandono.

Si impara anche ad ascoltare il silenzio. Per chi è abituato ai rumori della città il silenzio può creare disagio, addirittura spaventare ed inquietare, perché lascia senza punti di riferimento abituali. Il silenzio, dice Le Breton

*“insedia nel mondo una dimensione propria, uno spessore che avvolge le cose e stimola a non dimenticare, vedendole, il proprio sguardo su di esse.”*<sup>63</sup>

Il silenzio, vivendo un'esperienza di immersione nella natura, non è una mancanza di rumore, ma assume una dimensione positiva, è una voce che richiama l'attenzione sui luoghi e riconduce ad una profonda meditazione su se stesso. Rinvia ad un'esperienza anteriore ai rumori assordanti ed annullanti della tecnica, della città ed offre una strada di ritorno a sé con il recupero della disponibilità all'ascolto.

## **LA VISTA**

È uno dei sensi più colpiti: i paesaggi indimenticabili, che si incontrano lungo i percorsi, saranno, dal vero, tutt'altra cosa rispetto a quelli visti in TV o in foto. Anche i colori, nitidi e vivaci saranno diversi a seconda della stagione e delle località, regalando ogni volta momenti unici. Lo sguardo, in città, è il senso della distanza, della rappresentazione, della sorveglianza, uno strumento di appropriazione

---

<sup>63</sup> D. LE BRETON, *Il mondo a piedi*, Feltrinelli, Milano 2004, p 99

dello spazio. In più c'è un continuo scambio di sguardi e l'impossibilità di sottrarsi: una reciproca costante visibilità che ci sottopone all'altrui giudizio e che porta ad una sorta di previsione delle mosse future.

Simmel dice:

*“l'occhio ci dà la durata dell'essere [dell'altro], il sedimento del suo passato sotto la forma sostanziale dei suoi tratti, di modo che vediamo sorgere contemporaneamente davanti a noi la successione di tutti gli atti della sua vita”*<sup>64</sup>

Entrare invece a contatto con la natura permette una tregua dallo sguardo degli altri, e direi anche di se stessi. Non si è giudicati dall'ambiente, tutto è lì eternamente stabile, sicuro, amico. Non c'è la necessità di difendersi, non ci sono aspettative da soddisfare, ma soltanto l'invito a prendersi il proprio tempo, a ritornare a vedersi con gli occhi dell'interiorità per recuperare il senso profondo di sé e del proprio esserci.

## **IL TATTO**

Il trekking non trascura nemmeno il tatto, basti pensare alla sensazione di toccare l'erba umida o il tronco di un albero, o ancora il soffice e umido muschio boschivo, camminare mette a contatto con il caldo e con il freddo, con la pioggia e col vento: sempre è un'esperienza corporea.

Trascorrere del tempo lungo un percorso di montagna, in qualunque stagione, offre l'opportunità di recuperare la conoscenza del proprio corpo. Una persona psicotica vive dissociata, dentro un corpo che è un involucro estraneo e a volte nemico, ostile da cui

---

<sup>64</sup> Ibidem, p 100

vorrebbe liberarsi. Durante queste esperienze invece, si genera un legame nuovo, come una tregua.

Al proprio organismo è richiesta una straordinaria capacità di adattamento: sopportare il caldo, il freddo o il martellare della pioggia, la fatica delle salite o dei tratti in discesa, i dolori ai piedi o il peso dello zaino sulle spalle.

In tutto questo, pur se in gruppo, si è soli: ognuno deve fare i conti con le proprie sensazioni, soltanto impegnandosi personalmente si arriverà alla meta. Questo è il potente fattore che fa della montagnaterapia uno strumento di accettazione di sé: la condivisione con gli altri è intima e silenziosa. Basta uno sguardo per cogliere i disagi degli altri e capire che la sofferenza tocca tutti lungo la “strada” della vita. Tutti. Per un paziente vedere che anche gli operatori “sani” sudano o tremano per una raffica di vento può rappresentare la scintilla che innesca la sua speranza. Come in quella camminata anche nella quotidianità, nei rapporti con gli altri e con sé chiunque deve affrontare momenti di sacrificio, vulnerabilità, sforzo ed impegno a cambiare delle “attrezzature” non idonee al percorso. Gli imprevisti e le brutte sorprese fanno parte del gioco, ma solo perseverando e contando su se stessi si raggiungerà la vetta. E da lì lo spettacolo è meraviglioso, perché è la propria conquista, la propria personalissima vittoria.

Durante queste esperienze ho riscoperto la gioia dello stupore e la silenziosa soddisfazione di avercela fatta. Non ho vissuto delle uscite come accompagnatrice, ma anche per me si è trattato di occasioni di maturazione. Le camminate iniziavano più o meno con lo stesso copione: equipaggiamenti non del tutto corretti (nonostante lo studio precedente fatto negli incontri in comunità per capire cosa

sarebbe più adatto o da evitare), lamentele sulle condizioni climatiche (“fa caldo e non ho portato il berretto”, “fa freddo e non ho una felpa in più da mettere sotto la giacca”...) o sulla pesantezza del tracciato (con correlate angosce, preoccupazioni e paranoie sulla pericolosità e sul rischio di farsi male).

Poi la fase di assestamento durante la quale si prendeva il ritmo, il fisico si abituava alla strada e gli sguardi cominciavano ad alzarsi dai piedi per curiosare la natura intorno. Ci sono stati così momenti di intensa condivisione di panorami speciali, di insetti rari (tra le guide CAI c'è un appassionato fotografo di piante e piccoli animali che ha potuto nel corso di alcune nostre uscite avvicinare esemplari che ricercava da anni, riempiendo anche i nostri cuori di un tuffo di emozione per questi appuntamenti inattesi), di odori che facevano viaggiare la fantasia o di suoni che hanno fatto da sottofondo al nostro “ballo”. Naturalmente questa era anche la fase più delicata dove l'ambiente accogliente stimolava qualche confessione e sfogo, qualche racconto di malinconici ricordi di un passato più sereno, ma anche la fase dove si giocava l'arrivo al traguardo. Momenti di sconforto, di “io non ce la faccio, vi aspetto qui”, di rinuncia. Mai bisogna forzare i tempi degli altri, ma essenziale a questo punto era allungare una mano e farla sentire calda, pronta a sostenere la persona in quell'attimo di cedimento.

A volte era più difficile perché la stanchezza toccava anche me, ma il più delle volte il vero sostegno passava nonostante la fatica del corpo: ciò che li bloccava era la stanchezza della mente e del cuore. Tante volte tentare di fermarsi era un modo per chiedere indirettamente in po' d'attenzione, d'affetto e comprensione. La montagna sembra dire che è disposta ad aspettarci per sempre, che ha

da regalarci sorprese e spettacoli mozzafiato e per questo anche se la strada sarà lunga e qualcuno ci metterà di più, ne varrà la pena.

È così che alla fine tutti si arrivava. Il gruppo è una dimensione centrale nell'escursione. La fila si snocciolava lunga, ma tutti sapevano sempre dove erano gli altri. Nessuno restava indietro o solo. E l'arrivo era premiato dai sorrisi reciproci di congratulazioni. Molte volte le parole venivano meno, qualche esclamazione iniziale, ma poi un sereno silenzio ci avvolgeva e la pace che sentivo crescere dentro la leggevo negli occhi di ognuno. Erano momenti in cui capivo che qualunque sia la fonte di questo tipo di sofferenza, è doveroso mostrare loro che il mondo è fatto anche di libertà e bellezza.

Parlando di coinvolgimento sensoriale nelle esperienze di camminata vorrei riportare il pensiero di Riccardo Carnovalini che scrive:

*" Nel Trekking, tutti i sensi sono coinvolti: il tatto perché a piedi non ci sono le ruote di gomma che ci isolano dalla terra, e così possiamo apprezzare la morbidezza di un bosco di faggi oppure la durezza di un altipiano calcareo; mentre si cammina, poi, ogni piccolo fruscio ed ogni minima vibrazione arriva alle orecchie; i profumi cambiano in continuazione e anche la capacità di osservazione è intensamente coinvolta; infine il gusto: questo mi riporta alla mente l'acqua. L'acqua è strettamente legata al territorio che si attraversa: la temperatura, il sapore, il colore, la composizione. Noi siamo abituati a bere quella in bottiglia, che proviene da lontano e che rimane ferma dentro un contenitore a lungo, ma non*

*conosciamo più la nostra acqua, quella che scorre nella terra in cui abitiamo [...]*".<sup>65</sup>

Il Trekking, dunque, stimola l'uomo ad attivare i propri organi sensoriali, stimola ogni recettore a captare il particolare, a stupirsi del dettaglio.

E' importante fare attenzione al nostro corpo e essere consapevoli delle modificazioni che, durante il trekking, avvengono in noi: "sentire il movimento" cioè avvertire lo stato di tensione di un muscolo, è una capacità alquanto difficoltosa, ma che può essere acquisita.

Concentrarsi su ogni passo permette di avvertire l'alternanza di contrazione e rilasciamento di ogni fascia muscolare, chiudendo gli occhi si è in perfetta armonia con il proprio corpo: il trekking risveglia il nostro organismo, attivandone ogni singola cellula, "facendoci sentire vivi".

## **6. IL RIENTRO: COSA CAMBIA**

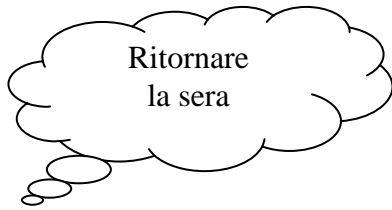
Che cosa accade una volta tornati in città? Il vero interrogativo della montagnaterapia è se sia in grado di incidere sul funzionamento mentale di chi partecipa, oppure se resta soltanto una parentesi positiva senza ripercussioni.

Per questo vorrei analizzare quanto accade una volta tornati in comunità.

---

<sup>65</sup>Articolo della rivista "Tra cielo e terra", sul sito [www.boscaglia.it](http://www.boscaglia.it)





Ritornare  
la sera

Primo momento di verifica. L'impatto è difficile. La giornata passata fuori carica i pazienti di fatica e di una potente scarica emotiva, non solo per il cammino, ma anche per tutti i preparativi del mese precedente. La ragazza che ho seguito più direttamente, tanto per riferire un'esperienza concreta, già sulla strada del ritorno iniziava a scompensarsi, ed aveva bisogno della vicinanza fisica di qualcuno per una buona ora una volta rientrata in comunità per calmarsi e decidersi a fare la doccia, cosa che le permetteva poi di recuperare il contatto con la struttura.

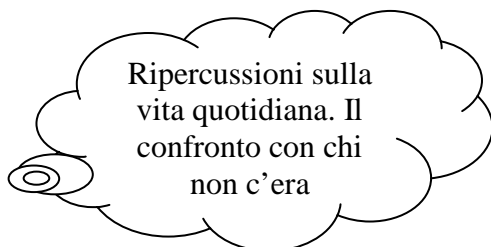
- USCIRE DALLA MONOTONIA DELLA VITA IN COMUNITA' E FARLO ATTRAVERSO UN'ESPERIENZA COSI' EMOTIVAMENTE COINVOLGENTE, SPOSTA IL PUNTO DI OSSERVAZIONE DELLE PROPRIE CAPACITA' E POSSIBILITA' VERSO UNA PROSPETTIVA CARICA DI ENTUSIASMO. TORNARE INVECE ALLA NORMALITA' QUOTIDIANA SCORAGGIA E RIPORTA IN PRIMO PIANO TUTTI I NODI ANCORA DA SCIogliere E LE QUESTIONI CON CUI FARE I CONTI: IN COMUNITA' SI RITROVA LA PARTE DI SE STESSI CHE SOFFRE, PESA, DIPENDE E NON RIESCE A PRENDERE IL VOLO. CIO' CHE VA VERIFICATO E' SE L' AVER ASSAPORATO UN MODELLO DI VITA NUOVO SAPPIA FAR TROVARE LA FORZA DI AFFRONTARSI E TRASFORMARSI.



Dopo una settimana,  
l'incontro col gruppo e le  
foto

Riprende l'abituale appuntamento settimanale. Questo primo incontro successivo all'uscita è dedicato al recupero delle emozioni provate, ai commenti sulla sua riuscita, lamentele, riflessioni... Elemento utile sono le fotografie: vengono scattate dagli operatori durante la giornata, non sono foto "in posa", ma cercano di cogliere gli aspetti spontanei che illustrino i momenti salienti del gruppo. Farle passare mentre si racconta aiuta a ricordare, a rispolverare qualche particolare che la settimana trascorsa può aver offuscato. Tutti commentano, anche gli operatori e si riesce a creare una conversazione: si parla insieme, ci si ascolta, ci si trova d'accordo oppure ci si contraddice, ma si parla e questo è un punto cruciale nel processo di apertura e presentazione agli altri dei propri pensieri.

➤ STIMOLARE UN CONFRONTO. UN PRIMO EFFETTO POSITIVO DELLA MONTAGNATERAPIA. PASSARE QUALCHE ORA ALL'INTERNO DI UNA COMUNITA' TERAPEUTICA BASTA PER COGLIERE IL FATTO CHE LA PSICOSI NON COMUNICA. OGNI PAZIENTE ANCHE SE CHIACCHIERA CON GLI ALTRI IN REALTA' NON ASCOLTA, CIO' CHE DICE RICADE SU SE STESSO E TERMINATA LA CONVERSAZIONE RESTA SEMPRE AL PUNTO DI PARTENZA. ALLE NOSTRE RIUNIONI ACCADEVA INVECE CHE GLI SGUARDI SI FACEVANO PRESENTI, ATTENTI, CONSAPEVOLI. ESSERE STATI IN UN POSTO HA RIEMPITO QUELLA GIORNATA DI UNO SPESSORE ED HA CONCESSO AD OGNUNO DI POTERSI COSTRUIRE UN'OPINIONE. LA VITA SI E' ARRICCHITA DI UNA CONOSCENZA IN PIU' ED ESSENDO MENO IGNARI DI COSA C'E' FUORI GLI OSPITI SPERIMENTANO UNA DISPONIBILITA' SINCERA A SENTIRE COSA ALTRI, CHE HANNO FATTO LA STESSA ESPERIENZA E SONO QUINDI ALTRETTANTO *COMPETENTI*, HANNO DA DIRE IN MERITO.



Non tutti gli ospiti della comunità partecipano a questa attività. Ma la sua presenza è avvertita anche da chi ne è rimasto fuori. Innanzitutto la mattina della partenza tutta la comunità entra in movimento: zaini da finire di preparare, pranzi al sacco da sistemare, attrezzature da caricare sul pulmino, ritardatari da sollecitare, amici esterni da aspettare. È come se qualcuno di famiglia parte e gli altri che restano lo affiancano per aiutarlo a non dimenticare niente e poi naturalmente lo salutano augurandogli buon divertimento. Poi le fotografie vengono sempre appese all'ingresso con il nome del luogo visitato ed i nomi dei partecipanti. Diverse volte mi è capitato di osservare da lontano qualche ospite rimasto che chiedeva a chi aveva partecipato notizie e curiosità. Ancora una volta: comunicazione.

➤ APERTURA E DIALOGO VERSO I “COMPAGNI DI VIAGGIO”, COLORO CON CUI SI STRINGE UN LEGAME DI CONDIVISIONE DI UN’EMOZIONE, MA ANCHE GENEROSA DISPONIBILITA’ VERSO CHI “ANCORA NON SA”. SUPERARE UNA PROVA, UNA DIFFICOLTA’, UN OSTACOLO CHE ALL’INIZIO SEMBRAVA IMPOSSIBILE PADRONEGGIARE RENDE PIU’ FORTI, ALLARGA LA STIMA E LO SPAZIO RICONOSCIUTO A SE STESSI E RAFFORZA LA CONVINZIONE DEL PROPRIO VALORE E “POTERE” DI ARRICCHIRE GLI ALTRI CON QUALCOSA IN PIU’. OFFRIRE GLI STRUMENTI PER RESTITUIRSI FIDUCIA ED IL PIACERE DI DARE, DI SENTIRSI IN GRADO DI APPORTARE NOVITA’ E SLANCI A CHI CI CIRCONDA E’ L’ULTERIORE EFFETTO CORRELATO A QUESTO TIPO DI ESPERIENZE.

Aprirsi al mondo, ecco il valore del camminare: aprirsi verso sé, verso gli altri significativi e quelli più lontani. Imparare di nuovo a vivere attraverso il corpo, affinando i sensi e ravvivando la curiosità.

Il progetto portato avanti da questa comunità ha senso proprio perché restituisce l’iniziativa nelle mani dei pazienti: non c’è niente che non sia organizzato coinvolgendo tutti loro, ognuno per la sua parte.

Ciò che quest’attività trasmette è uno stile, quello che ho visto trasformarsi nel comportamento dei partecipanti è la posizione occupata nei rapporti, e questo oltre che nel corso dell’uscita l’ho colto nel rapporto con gli altri, in comunità.

Tra le altre cose abbiamo avuto modo di sperimentare come ci si cala in una grotta. Con le funi ci siamo aiutati e sostenuti a vicenda fino al suo interno. C'era chi in principio aveva paura, chi il timore non l'ha superato neanche mentre si calava, ma l'ha fatto e alla fine ha esultato: "ce l'ho fatta!". Per uno psicotico niente più che un lavoro sul corpo può rafforzare la stabilità del suo Io.

Il proprio corpo è il primo estraneo nella sua vita e recuperare l'amicizia con esso vuol dire toccare con mano la possibilità di trovare un posto nel mondo. Dopo quell'avventura c'è stato chi ha saputo, in tutt'altro luogo e tempo, dire "Ti do una mano io", "Ti aiuto" a qualcun altro in comunità: questo significa cominciare a superare una condizione passiva di necessità e bisogno, alzare lo sguardo dai propri problemi e vedere che c'è chi può aver bisogno di noi.

È un lavoro di reinvenzione del tempo e dello spazio, senza la quale non sarebbe possibile partire. Si impara che cos'è l'indipendenza, l'essere al di sopra delle catene delle convenzioni e delle regole imposte arbitrariamente: la natura ha i suoi ritmi, la giornata ha il suo scorrere ciclico ed il clima varia con totale autonomia. Il tempo artificiale dell'uomo perde centralità e con esso l'ossessione delle priorità ambigue e oppressive della psicosi. Il tempo diventa quello personale, ognuno si costruisce il suo e lo allarga a tutta la sua esistenza.

Lo spazio anche cambia e perde la sua inquietante mancanza di confini : il proprio corpo è lo spazio che ci è affidato, da gestire e da gettare nel mondo. La forza e l'ampiezza della sua estensione oltre il fisico concreto dipende totalmente da noi. I pazienti riscoprono questo aspetto così delicato e centrale: ho potuto vedere come curare il corpo, accettarlo e prepararlo ad affrontare le più diverse condizioni

climatiche, li predispone a fronteggiare più coraggiosamente ed attivamente le intemperie relazionali che costellano il loro presente.

Soffrire fisicamente la stanchezza rammenta il significato e il prezzo delle cose, e con essi la capacità di godere degli eventi senza lasciarsi divorare dalla disperazione di un'esistenza vuota e persa.

**L'uomo è un essere fatto di carne e per questo necessita di esperienze materiali per potersi elevare anche spiritualmente.**

Avvicinarsi alla montagna per restituire alla vita persone ingabbiate nell'angoscia è un progetto che nasce proprio da questa considerazione: la sicurezza di una base sicura non può se non passare attraverso il recupero della propria corporeità. Tornare ad amare ciò che sono nel qui e ora del mio tempo nella certezza della solidità del mondo naturale circostante.

Il più profondo processo di crescita interiore necessita di un costante parallelismo con un continuo percorso di ricerca e cammino effettivo. **Nessuna meta deve mai ridursi ad un traguardo definitivo, ma sempre deve porsi come un ponte verso un nuovo viaggio.**

La psicosi toglie alla vita le sfumature, le vie d'uscite, le alternative: lascia solo una strettoia, l'unica via percorribile è quella della solitudine, della falsità e degli inganni.

Per questo un intervento educativo valido deve condurre sul punto più alto del monte per presentare finalmente agli occhi di chi ne è intrappolato, tutta la vastità del mondo.

## CONCLUSIONE

La psichiatria è una scienza medica. Ma è ancora possibile e giusto pensare ad un intervento sanitario dissociato da un parallelo, e direi intrinseco, percorso educativo?

Il grande progresso della “civiltà” odierna ha portato con sé una grande modificazione del concetto di malattia e di sanità. Non è più così scontato che una persona fisicamente integra sia sana, oppure (questo fortunatamente è un aspetto di crescita ed apertura mentale non indifferente, anche se ancora di strada da percorrere ce n'è) che una persona con una disabilità fisica sia malata e quindi destinata ad un'esistenza insignificante e triste.

L'enorme spazio di libertà che l'uomo si è creato ha come contraltare l'ampliamento delle incognite e delle variabili che ne fanno il suo benessere o disagio.

La sofferenza psichica ne è un esempio lampante, soprattutto perché è in forte aumento, tra le più allarmanti condizioni di disagio, proprio nei paesi che si considerano più sviluppati.

Quindi, cosa sta succedendo: le tecnologie permettono all'uomo di sfidare le leggi della natura in terra e nello spazio, ma nella sua interiorità? A quanto pare non hanno portato solo nuovi slanci, perché se la corazza metallica dei nostri mezzi di trasporto è diventata così solida da poter affrontare qualunque agente naturale ed atmosferico, si è tralasciato probabilmente con troppa superficialità il rafforzamento e consolidamento dell'essenza, del cuore che guida i cervelli che sono

stati capaci di tali scoperte e quelli che si lasciano incantare e trascinare verso queste mete sempre più lontane.

Entrare in sintonia con chi vive una condizione di sofferenza psicotica rappresenta un'occasione per specchiarsi con sincerità negli occhi di un altro che di fronte alla disgregazione del proprio essere trova il coraggio di dare voce ai timori che in fondo aleggiano in ognuno: la paura della morte, l'insensatezza dei giorni e degli anni che scorrono veloci tra le proprie dita troppo fragili per riuscire ad afferrarli e riempirli dei propri sogni, l'inquietante angoscia di non riuscire a lasciare neanche un segno o un ricordo in qualcuno di importante che faccia della propria vita un passaggio significativo.

Vivere di televisione, di computer significa restare sempre dietro uno schermo, e stare dietro è sinonimo di restare fuori, scartati, per scelta esclusi dalla vita. Le emozioni più forti, le scelte più radicali che possono dare la felicità vengono vissute solo attraverso dei personaggi che fingono al posto nostro e ci si ritrova a sospirare con un mucchio di fumo tra le mani.

La psichiatria della intermediarietà, della mediazione può essere il trampolino di lancio di una nuova riscossa, di una nuova presa in carico della propria personalità, affinché si decida di restituire le decisioni quotidiane (dalle più piccole a quelle più grandi) ad una filosofia di sincerità, trasparenza, verità e responsabilità profonda verso se stessi e verso gli altri.

Essere educatori è una sfida innanzitutto interiore: non ci si può illudere di poter educare gli altri senza prima aver educato se stessi, senza prima aver risolto sulla propria pelle le contraddizioni e i compromessi di una vita fatta di scelte facili e frivole.

Chi è ospite di una comunità psichiatrica ha bisogno di trovare qualcuno abbastanza forte da sostenerlo nel suo rialzarsi: ma essere forti non significa sostituirsi all'altro lasciandolo un passivo nostro debitore, bensì vuol dire farsi rappresentante della realtà. L'*autenticità*, questo è ciò che manca in ogni situazione di sofferenza, ed è questa che va cercata attraverso ogni percorso riabilitativo.

Colui che si pone come modello deve avere il coraggio di scegliersi degli obiettivi, di perseguire i propri ideali senza lasciarsi deviare lungo il tragitto se gli ostacoli aumentano. Soffrire è lo scotto da pagare per arrivare ancora più in alto, traguardi raggiunti con facilità sono anche successi che si scordano presto e che non lasciano segno.

La montagna insegna tutto questo. Ci si può accontentare di restare ai piedi della salita a guardare gli altri partire, con l'unica magra soddisfazione di immaginare cosa potrebbe esserci al di là, e stancandosi presto della monotonia del paesaggio senza però rendersi conto che una tale mediocrità dipende solo da se stessi.

Oppure si può partire caricati dal più grande entusiasmo, ma di fronte alle prime difficoltà perdersi d'animo e rinunciare lasciandosi schiacciare da un eccessivo senso di fallimento e tristezza.

Oppure ancora, si può impegnarsi attivamente decidendo già prima di partire di *voler arrivare*: assumersi la responsabilità di affrontare quel "viaggio" organizzandolo nei dettagli cercando di capire a che cosa si va incontro. Questo però sempre lasciando spazio alla fantasia e alla disponibilità a rimodellarsi secondo gli inevitabili imprevisti del percorso. Occorre partire con la consapevolezza che ci saranno momenti critici, che occorrerà mantenere la calma ed ingegnarsi per uscirne; è giusto poi mantenere la morbidezza dello



spirito d'avventura per riuscire a guardare con meraviglia le bellezze che si incontrano strada facendo. Ed infine arrivare in vetta sarà il coronamento della propria fatica: farcela sarà merito proprio e del gruppo che si è scelto per dividerla.

Nel bene e nel male la vita la gestisce ognuno per sé, non si può far ricadere sugli altri colpe o meriti che non competono loro. In ognuno c'è la possibilità di fare dell'unica chance che ci è data "il proprio miracolo", ma altrettanto il proprio fallimento.

Solo *volendolo* si può vincere. E questo è il messaggio che la montagnaterapia, e l'intervento educativo nella sua globalità, vuole far passare e rendere sempre più solido e stimolante, a partire dall'ambiente protetto della comunità terapeutica.

## **BIBLIOGRAFIA**

- American Psychiatric Association, DSM – IV – TR, Masson, Milano 2001
- Antonello R., Berruti B., Giusto G., Massa M., psichiatri, *“Residenza emotiva e funzione intermediaria in comunità terapeutica”*, su [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it), giugno 2005
- Arcuri L., CONOSCENZA SOCIALE E PROCESSI PSICOLOGICI, Il Mulino, Bologna 1985
- Ardito F., *“La montagnaterapia”*, in “Espresso on line”, su [www.espressoonline.kataweb.it](http://www.espressoonline.kataweb.it), 25 marzo 2002
- Atti del convegno *“Le comunità terapeutiche: ambienti di vita, percorsi di cura”*. Torino, gennaio 2002. pubblicati su <http://www.psychomedia.it/pm-proc/duparc2002/index.htm>
- Atti del convegno *“Reuven Feuerstein si racconta”*, *Sala Protomoteca del Campidoglio, Roma 18 maggio 2005*
- Bandler, Grindler, LA METAMORFOSI TERAPEUTICA, Astrolabio, Roma 1979
- Basaglia F., L'ISTITUZIONE NEGATA, Einaudi, Torino 1968
- Bateson G., VERSO UN'ECOLOGIA DELLA MENTE, Adelphi, Milano 2002
- Berlini M. G., Canevaro A., POTENZIALI INDIVIDUALI DI APPRENDIMENTO, La Nuova Italia, Firenze 2000
- Binswanger L., ESSERE NEL MONDO, Astrolabio, Roma 1973
- Bion, APPRENDERE DALL'ESPERIENZA, Armando edit., Roma 1972
- Borgna E., MALINCONIA, Feltrinelli, Milano 1998
- Borgna E., COME SE FINISSE IL MONDO, Feltrinelli, Milano 1998
- Borgna E., *“La camaleontica identità dell'essere psichiatria”*, su [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it), giugno 2005
- Boroncini A., TRANSFERT E CONTROTRANSFERT NELLA TEORIA E NELLA CLINICA ORGANISMICA, in Pini M. *“Psicoterapia corporea – organismica”*, Francoangeli, Milano 2001

- Bucchicchio M. N., “*Il valore terapeutico del trekking*”, su [www.boscaglia.it](http://www.boscaglia.it), luglio 2005
- Caltagirone I., Smargiassi M., “*Fattori terapeutici e modelli antiterapeutici di comunità*”, comunità terapeutica Majeusis, Roma. Relazione presentata al workshop ‘la comunità terapeutica per giovani psicotici adulti’, durante il convegno *La Comunità terapeutica tra mito e realtà*, del 7 – 8 giugno 1996, Milano
- Cancrini L., *VERSO UNA TEORIA DELLA SCHIZOFRENIA*, Boringhieri, Torino 1979
- Cancrini L., *LA LUNA NEL POZZO*, Cortina, Milano 1999
- Canevaro A., *LA FORMAZIONE DELL’EDUCATORE PROFESSIONALE*, NIS, Roma 1991
- Canevaro A., *LA RELAZIONE D’AIUTO*, ediz. Scientifiche Magi 2001
- Cagassi M., *COMUNITA’ TRP E NON*, Borla, Roma 1988
- Caracciolo E., *L’INTELLIGENZA E LA SUA MISURA*, Le Monnier, Firenze 1987
- Caracciolo E., Rovetto F., *RITARDO MENTALE. STRATEGIE E TECNICHE DI INTERVENTO*, FrancoAngeli, Milano 1994
- Carnovalini R., “*Il trekking e la percezione: stimolo della sensibilità*”, dalla rivista “Tra terra e cielo”, su [www.boscaglia.it](http://www.boscaglia.it), luglio 2005
- Carotenuto A., *DIARIO DI UNA SEGRETA SIMMETRIA*, Astrolabio, Roma 1980
- Carotenuto A., *LA NOSTALGIA DELLA MEMORIA. IL PAZIENTE E L’ANALISTA*, Bompiani, Milano 1988
- Carotenuto A., *LA COLOMBA DI KANT*, studi Bompiani, Milano 1991
- Carta I., titolare della cattedra di psichiatria all’università statale di Milano, dirigente dell’unità operativa psichiatrica a Monza, “*Quattro assunti su cui fondare un progetto di comunità terapeutica*”, su [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it), giugno 2005
- Cendon P., *UN ALTRO DIRITTO PER IL MALATO MENTALE. ESPERIENZE E SOGGETTI DELLA TRASFORMAZIONE*, Ediz. Scientifiche Italiane, Napoli 1988
- Centro Studi Hansel e Gretel, *Considerazioni tratte dal Convegno “ASCOLTO DELL’ABUSO E ABUSO NELL’ASCOLTO”*, Torino 2001

- Prof.sse Ciccani P., Mariani, Murgione Laboratorio “*counselling educativo e disabilità*”, cattedra di Pedagogia Speciale della prof.ssa Grasselli dell’università RomaTre, ottobre 2004 – gennaio 2005
- Cornoldi C., IL RUOLO DELLA METACOGNIZIONE NEL RITARDO MENTALE, Saggi XVI n° 1, 1990
- Cornoldi C., METACOGNIZIONE E APPRENDIMENTO, Il Mulino, Bologna 2002
- Cosenza D., “*La comunità terapeutica come luogo della cura*”, in “La cura della malattia mentale. Il trattamento”, di L.Colombo, D.Cosenza, A.Cozzi, A.Villa, Bruno Mondatori, Milano 2001
- De Leonardis O., Mauri D., Rotelli F., L’IMPRESA SOCIALE, Anabasi, Milano 1994
- Doise, Mugny, LA COSTRUZIONE SOCIALE DELL’INTELLIGENZA, Il Mulino, Bologna 1982
- *Riflessioni tratte dalle lezioni della prof.ssa Durst* 2003
- Elster J., L’IO MULTIPLO, Feltrinelli, Milano 1991
- Ferrara M., Germano G., Archi G., MANUALE DELLA RIABILITAZIONE IN PSICHIATRIA, Il Capitello, Milano 1990
- Feuerstein R., Rand Y., Feuerstein R.; LA DISABILITA’ NON E’ UN LIMITE, Libriliberi, Firenze 2005
- Florian R., D’Amato F., IL PROGRAMMA FEUERSTEIN, Giunti & Lisciani edit., Teramo 1989
- Francescato D., Contesini A., Dini S., PSICOLOGIA DI COMUNITA’. ESPERIENZE A CONFRONTO, Il Pensiero Scientifico edit., Napoli 1983
- Francescato D., Leone L., Traversi M., OLTRE LA PSICOTERAPIA: PERCORSI INNOVATIVI DI PSICOLOGIA DI COMUNITA’, NIS, Roma 1993
- Francescato D., Ghirelli G., FONDAMENTI DI PSICOLOGIA DI COMUNITA’, NIS, Roma 1997
- Galimberti U., DIZIONARIO DI PSICOLOGIA, Garzanti, Torino 1999
- Gardner H., FORMAE MENTIS, Feltrinelli, Milano 2004
- Gasca G., Montrassino L., “*Possibilità terapeutiche*”, in “Psicopatologia di comunità” di G.Gasca, Lindau edit., Torino 2000

- Goleman D., L'INTELLIGENZA EMOTIVA, Rizzoli, Milano 1999
- Grasselli B., VERSO L'INTEGRAZIONE SOCIALE. LA FASE ROMANTICA, in "I rischi dell'educazione" di C.Volpi, Armando editore, Roma 2003
- Hughes C., Hugo K., Blatt J., AUTOISTRUZIONE E PROBLEM SOLVING NELL'APPRENDIMENTO DI ABILITA' DI AUTONOMIA SOCIALE, in "Difficoltà di apprendimento" 2-3, 1997, pp. 37-50
- Ianes D., RITARDO MENTALE E APRENDIMENTI COMPLESSI, Erickson, Trento 1990
- Jervis G., IL BUON RIEDUCATORE, Feltrinelli, Milano 1977
- Johns H.D., PAURA – COLLERA NEL QUOTIDIANO, Cittadella edit., Assisi 1994
- Kanizsa S., APPRENDERE NEI SERVIZI SOCIO – SANITARI, NIS, Roma 1996
- Laing R.D., L'IO E GLI ALTRI, Sansoni Saggi, Firenze 1973
- Laing R.D., L'IO DIVISO, Einaudi Torino 1969
- Lalli N., *nota breve su Kernberg*, tratta dal convegno internazionale della SIRPIDI "Attualità e prospettive dell'intervento terapeutico nei disturbi di personalità", Roma febbraio 2003
- Le Breton D., *Il mondo a piedi*, Feltrinelli, Milano 2004
- Loiudice M., LA GESTIONE DEL CAMBIAMENTO IN SANITA', Centro Scientifico, Torino 1998
- Lombardo A. direttore della comunità terapeutica Raymond Gledhill, Albano di Roma, "Due indicatori di qualità indispensabili per l'accrescimento qualitativo delle comunità terapeutiche", su [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it), giugno 2005
- Magone P., "QUALE PSICOTERAPIA PER GLI SCHIZOFRENICI?", dalla rivista "Il Ruolo Terapeutico", Milano 1988
- Magone P., "Psicoterapia focalizzata sul transfert", dalla rivista "Il Ruolo Terapeutico", Milano 1999
- Maguire L., IL LAVORO SOCIALE DI RETE, Erickson, Roma 1999
- Main T., LA COMUNITA' TERAPEUTICA E ALTRI SAGGI PSICANALITICI, Il Pensiero Scientifico edit., Torino 1992

- Michielin P., “*Caratteristiche della riabilitazione psico – sociale*” dipartimento di salute mentale azienda ULSS n.9 Treviso, su [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it), giugno 2005
- Miodini S., Zini M.T., L’EDUCATORE PROFESSIONALE, NIS Roma 1992
- MODELLI TEORICI E PRASSI OPERATIVE NELLE STRUTTURE INTERMEDIE PSICO – SOCIO – TERAPEUTICHE: *atti del Convegno FENASCOP*, 10 giugno 1995
- Montuschi F., APPRENDIMENTO, editrice La Scuola, Brescia 1977
- Montuschi F., COMPETENZA AFFETTIVA E APPRENDIMENTO, La Scuola, Brescia 1993
- Montuschi F., VITA AFFETTIVA E PERCORSI DELL’INTELLIGENZA, edit. La Scuola, Brescia 1996
- Montuschi F., FARE ED ESSERE. IL PREZZO DELLA GRATUITA’ NELL’EDUCAZIONE, Cittadella editrice, Assisi 1997
- Montuschi F., L’AIUTO TRA SOLIDARIETA’ E INGANNI, Cittadella editrice, Assisi 2002
- Morris B., Burti L., Martini P., Pesce P.; LA RIABILITAZIONE NEL SERVIZIO DI SALUTE MENTALE, clinica psichiatrica università degli studi di Firenze, unità sanitaria locale N 10/D – FI, 1990
- Onnis L., Lo Russo G., DOVE VA LA PSICHIATRIA?, Feltrinelli, Milano 1980
- Onnis L., APPROCCIO RELAZIONALE E SERVIZI SOCIO – SANITARI, Bulzoni, Roma 1981
- Orioli V., “*Il potere psichico della corsa*”, psicologo e terapeuta a Monza, su [www.boscaglia.it](http://www.boscaglia.it), luglio 2005
- Pancioni G.E., O’Reilly M.F., Emerson E., LA POSSIBILITA’ DI FARE SCELTE CONSAPEVOLI NEL RITARDO MENTALE GRAVE E GRAVISSIMO, in “Difficoltà di apprendimento” 2-3, 1997, pp. 317-335
- Pedriali E., “*La professionalità dell’operatore di comunità: tra funzione psicoterapica e funzione psicoeducativo*”, in “Professioni per il sociale”, di L.Dozza, M. Adda edit., Bari 2000
- Pedriali E., Razzini E., “*Responsabilità e decisionalità*”, Roma 2003, su [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it)

- Pennisi A. (prof. Ordinario di Filosofia, Psicopatologia del Linguaggio, Preside della Facoltà Scienze della Formazione di Messina), SEMINARIO “SCHIZOFRENIA E LINGUAGGIO” -Università degli Studi Roma Tre- 3 dicembre 2004
- Perini S., PSICOLOGIA DELL’EDUCAZIONE, Il Mulino, Bologna 1997
- Piccione V., PEDAGOGIA DELLE NEUROSCIENZE, SEAM, Roma 2004
- Poffa F., FORMAZIONE E RUOLO DELL’EDUCATORE PROFESSIONALE, Vita e Pensiero, Milano 1993
- PRENDIMI L’ANIMA (film), 2002 scritti e diretto da R.Faenza ispirato al libro “Diario di una segreta simmetria” di A.Carotenuto
- Pribaz A., PSICOTERAPIA ORGANISMICA: UN APPROCCIO FONDATA SULLA RELAZIONE, in Pini M. “psicoterapia corporeo – organistica”; F.Angeli, Milano 2001
- Racamier P.C., GLI SCHIZOFRENICI, Raffaello Cortina, Milano 1983
- *Regolamento* della comunità terapeutico – riabilitativa del DSM ASL RM – E
- Rogers C., POTERE PERSONALE, Astrolabio Roma 1978
- Rogers C., TERAPIA CENTRATA SUL CLIENTE, La Nuova Italia, Firenze 2001
- Schilder P., IMMAGINE DI SE’ E SCHEMA CORPOREO, F.Angeli, Milano 1992 (prefazione di D.Cargnello)
- Scotti F., STRUTTURE INTERMEDIE IN PSICHIATRIA, Borla, Roma 1992
- Secheyne M. A., DIARIO DI UNA SCHIZOFRENICA, Giunti, Torino 2000
- Sedgwick D., IL GUARITORE FERITO, Vivarium, Napoli 2001
- Selzer M. A., Sullivan T. B., Carsky M., Terkelsen K. G., IL PAZIENTE SCHIZOFRENICO. L’ALLEANZA TERAPEUTICA NEL TRATTAMENTO OSPEDALIERO E AMBULATORIALE, F.Angeli; Milano 1992
- Serra C., LEZIONI E SCHEMI DI PSICOPATOLOGIA GENERALE, edizioni Kappa, Roma 2003
- Sims A., INTRODUZIONE ALLA PSICOPATOLOGIA DESCRITTIVA, Raffaello Cortina editore, Milano 1997

- Soresi S., PSICOLOGIA DELL'HANDICAP E DELLA RIABILITAZIONE, Il Mulino, Bologna 1999
- Tosco L., PROFESSIONE EDUCATORE, FrancoAngeli, Milano 1993
- Touraine A., Khosrokhavon F., LA RICERCA DEL SE', Saggiatore, Milano 2003
- Valdrè R., "*La struttura riabilitativa di Masone*", Genova 2003, su [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it)
- Wolman B.B., UNO STUDIO SULLA SCHIZOFRENIA INFANTILE, Astrolabio, Roma 1976
- Zaghi, L'EDUCATORE PROFESSIONALE, Armando, Roma 1995
- Zavalloni, Montuschi F., LA PERSONALITA' IN PROSPETTIVA SOCIALE, editrice La Scuola, Brescia 1976



## **SITOGRAFIA**

[www.espressoonline.kataweb.it](http://www.espressoonline.kataweb.it)

[www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it)

[www.comunita.it](http://www.comunita.it)

[www.ilcounseling.it](http://www.ilcounseling.it)

[www.srm psicologia.com](http://www.srm psicologia.com)

[www.psicoanalisibookshop.it](http://www.psicoanalisibookshop.it)

[www.vivarium.net](http://www.vivarium.net)

[www.parlamento.it/parlam/leggi](http://www.parlamento.it/parlam/leggi)

[www.welfare.gov.it](http://www.welfare.gov.it)

[www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)

[www.boscaglia.it](http://www.boscaglia.it)

## **ALLEGATI**

## APPENDICE 1.

### **LEGGE 13 MAGGIO 1978, n. 180**

Questa legge confluisce successivamente quasi per intero nella [legge n° 833 del 23 dicembre 1978](#), con la quale veniva istituito il Servizio Sanitario Nazionale.

#### **ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI VOLONTARI E OBBLIGATORI**

##### *Art. 1 - Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*

- Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono **volontari**.
- Nei casi di cui per legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono e essere disposti dall' autorità sanitaria nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.
- Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti ed istituzioni pubbliche sono attuati dai **presidi sanitari pubblici territoriali** e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.
- Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto a comunicare con chi ritenga opportuno.
- Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il **consenso** e la **partecipazione** di chi vi è obbligato.
- Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

***Art. 2 - Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale.***

- Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.
- Nei casi di cui al precedente comma la proposta di un trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiatriche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.
- Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'art. 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere **motivato** in relazione a quanto previsto dal precedente comma.

***Art. 3 - Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale .***

- Il provvedimento di cui all'art. 2 con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'ultimo comma dell'art. 1 e della convalida di cui all'art. 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.
- Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o a non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la immediata cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.
- Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di quest'ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo

comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero degli Interni e al consolato competente, tramite il prefetto.

□ Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di cui all' art. 6 è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e al secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibilmente del trattamento stesso.

□ Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l' obbligatorietà del trattamento sanitario; comunica altresì l' eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario ne dà notizia al giudice tutelare.

□ Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell' infermo.

□ L' omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non esistano gli estremi per un reato più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

#### ***Art. 4 - Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio***

□ Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio

□ Sulla richiesta di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

### ***Art . 5 - Tutela giurisdizionale***

- Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per il territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.
- Entro il termine di 30 giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'art. 3, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone del trattamento sanitario obbligatorio .
- Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento. Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.
- Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.
- Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.
- Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.
- I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

### ***Art. 6 - Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera***

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri.

A decorrere dall' entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a carico dello stato o di enti e istituzioni

pubbliche sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo articolo 8, nei servizi psichiatrici di cui ai successivi commi.

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell' art. 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n.°616, individuano gli ospedali generali nei quali, entro sessanta giorni dall' entrata in vigore della presente legge, devono essere istituiti specifici **servizi psichiatrici di diagnosi e cura**.

I servizi di cui al secondo comma del presente articolo - secondo quanto è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n°128, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15 - al fine di garantire la continuità dell' intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio.

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti prescritti, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al precedente comma convenzioni ai sensi del successivo art. 7.

***Art. 7 - Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica.***

- A decorrere dall' entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti l' assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, già esercitate dalle province, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni ordinarie e a statuto speciale. resta ferma l' attuale competenza delle province autonome di Trento e Bolzano.
- L' assistenza ospedaliera disciplinata dagli artt. 12 e 13 del decreto-legge 8 luglio 1974, n°264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n°386, comprende i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche. Restano ferme

fino al 31 dicembre 1978 le disposizioni vigenti in ordine alla competenza della spesa.

- A decorrere dall' entrata in vigore della presente legge le **regioni esercitano anche nei confronti degli ospedali psichiatrici le funzioni che svolgono nei confronti degli altri ospedali.**
- Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria e comunque non oltre il 1° gennaio del 1979, le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli ospedali psichiatrici e di ogni altra funzione riguardante i servizi psichiatrici e di igiene mentale.
- Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano programmano e coordinano l' organizzazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento tali iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali .
- E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.
- Agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle amministrazioni provinciali o da altri enti pubblici o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza si applicano i divieti di cui all' art. 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n°946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n° 43.
- Ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, di cui all' art. 6, è addetto personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi e presidi psichiatrici pubblici extraospedalieri.
- I rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni, conformi ad uno schema tipo, da approvare entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del ministro della sanità di intesa con le regioni e l' Unione delle province d' Italia e sentite, per quanto riguarda i problemi del personale, le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative,



- Lo schema tipo di convenzione dovrà disciplinare tra l' altro il collegamento organico e funzionale di cui al quarto comma dell' art. 6, i rapporti finanziari tra le province e gli istituti di ricovero e l' impiego, anche mediante comando, del personale di cui all' ottavo comma del presente articolo.

Con decorrenza del 1° gennaio 1979 in sede di rinnovo contrattuale saranno stabilite norme per la graduale omogeneizzazione tra il trattamento economico del personale degli ospedali psichiatrici pubblici e gli istituti normativi di carattere economico delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri

#### ***Art. 8 - Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici***

- Le norme di cui alla presente legge si applicano agli infermi ricoverati negli ospedali psichiatrici al momento dell' entrata in vigore della legge stessa.
- Il primario responsabile della divisione entro novanta giorni dall' entrata in vigore della presente legge, con singole relazioni motivate, comunica al sindaco dei rispettivi comuni di residenza, i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento stesso. Il primario responsabile della divisione è altresì tenuto agli adempimenti di cui all' articolo 3.
- Il sindaco dispone il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera secondo le norme di cui all' articolo 2 e ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui all' articolo 3.
- L' omissione delle comunicazioni di cui ai commi precedenti determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo non sussistano gli estremi per un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.
- Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell' articolo 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell' articolo 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

### ***Art. 9 - Attribuzioni del personale medico***

- Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall' articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n° 128.

### ***Art. 10 - Modifiche al codice penale***

- Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, pragrafo 6 del Codice Penale sono soppresse le parole : "di alienati di mente". Nella rubrica del articolo 716 del Codice Penale sono soppresse le parole : "di infermi di mente".
- Nello stesso articolo sono soppresse le parole: " a uno stabilimento di cura o".

### ***Art. 11 - Norme finali***

- Sono abrogati gli articoli 1,2,3-bis della legge 14 febbraio 1904, n° 36, concernente " Disposizioni sui manicomi e sugli alienati" e successive modificazioni, l' articolo 420 del codice civile, gli articoli 714 e 717 del codice penale, il n° 1 dell' articolo 2 e dell' articolo 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell' elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n° 223, nonchè ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.
- Le disposizioni contenute agli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della presente legge restano in vigore sino alla data di entrata in vigore della [legge istitutiva del servizio sanitario nazionale](#).
- Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffusive, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto e aereoporto di frontiera e dei comandanti di anvi e aereomobili.
- La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica Italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

## APPENDICE 2.

### **LEGGE 23 DICEMBRE 1978, n. 833**

Se ne riportano gli stralci significativi relativi le istituzioni psichiatriche.

#### **ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

##### **TITOLO I - Il Servizio sanitario nazionale:**

###### ***Art. 1 - I princìpi.***

- La Repubblica **tutela la salute** come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.
- La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel **rispetto della dignità e della libertà** della persona umana.
- Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.
- Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

□ Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

### ***Art 2.- Gli obiettivi.***

- Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:
  - 1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;
  - 2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;
  - 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;
  - 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
  - 5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
  - 6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;
  - 7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;
  - 8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.
- Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:
  - a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;
  - b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;
  - c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei

fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;

d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;

e) la tutela sanitaria delle attività sportive;

f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;

**g) la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici;**

h) la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo.

***Art. 14 - Unità sanitarie locali.***

- L'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona.
- Nel caso di aree a popolazione particolarmente concentrata o sparsa e anche al fine di consentire la coincidenza con un territorio comunale adeguato, sono consentiti limiti più elevati o, in casi particolari, più ristretti.
- Nell'ambito delle proprie competenze, l'unità sanitaria locale provvede in particolare:
  - a) all'educazione sanitaria;
  - b) all'igiene dell'ambiente;
  - c) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
  - d) alla protezione sanitaria materno-infantile, all'assistenza pediatrica e alla tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile;

- e) all'igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;
- f) all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- g) alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive;
- h) all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;
- i) all'assistenza medico-specialistica e infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, per le malattie fisiche e psichiche;
- l) all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;
- m) alla riabilitazione;
- n) all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;
- o) all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;
- p) alla profilassi e alla polizia veterinaria; alla ispezione e alla vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla riproduzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario;
- q) agli accertamenti, alle certificazioni ed a ogni altra prestazione medico-legale spettanti al servizio sanitario nazionale, con esclusione di quelle relative ai servizi di cui alla lettera z) dell'articolo 6.33.

***Art. 33 - Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori.***

- Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.
- Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

- Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.
- Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove, necessiti la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.
- Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.
- Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.
- Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.
- Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

***Art. - 34 Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale.***

- La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.
- Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.
- Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.
- Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da

richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

- Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.
- Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

***Art. - 35. Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale***

- Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.
- Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.
- Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di



questo ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

- Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.
- Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.
- Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.
- La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.
- Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.
- Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.
- Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da

persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

- Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.
- Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.
- Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni. Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti. I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

### **TITOLO III - Norme transitorie e finali**

(artt. 64 – 83)

#### ***Art. - 64. Norme transitorie per l'assistenza psichiatrica***

- La regione nell'ambito del piano sanitario regionale, disciplina il **graduale superamento degli ospedali psichiatrici** o neuropsichiatrici e la diversa utilizzazione, correlativamente al loro rendersi disponibili, delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. La regione provvede inoltre a definire il termine entro cui dovrà cessare la temporanea deroga per cui negli ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente al 16 maggio 1978 e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera; tale deroga non potrà comunque protrarsi oltre il 31 dicembre 1980.
- Entro la stessa data devono improrogabilmente risolversi le convenzioni di enti pubblici con istituti di cura privati che svolgano esclusivamente attività psichiatrica.

- E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni psichiatriche o sezioni neurologiche o neuro-psichiatriche.
- La regione disciplina altresì con riferimento alle norme di cui agli articoli 66 e 68, la destinazione alle unità sanitarie locali dei beni e del personale delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e degli altri enti pubblici che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge provvedono, per conto o in convenzione con le amministrazioni provinciali, al ricovero ed alla cura degli infermi di mente, nonché la destinazione dei beni e del personale delle amministrazioni provinciali addetto ai presidi e servizi di assistenza psichiatrica e di igiene mentale. Quando tali presidi e servizi interessino più regioni, queste provvedono d'intesa.
- La regione, a partire dal 1 gennaio 1979, istituisce i servizi psichiatrici di cui all'articolo 35, utilizzando il personale dei servizi psichiatrici pubblici. Nei casi in cui nel territorio provinciale non esistano strutture pubbliche psichiatriche, la regione, nell'ambito del piano sanitario regionale e al fine di costituire i **presidi per la tutela della salute mentale nelle unità sanitarie locali**, disciplina la destinazione del personale, che ne faccia richiesta, delle strutture psichiatriche private che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge erogano assistenza in regime di convenzione, ed autorizza, ove necessario, l'assunzione per concorso di altro personale indispensabile al funzionamento di tali presidi.
- Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i servizi di cui al quinto comma dell'articolo 34 sono ordinati secondo quanto previsto dal D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, e sono dotati di un numero di posti letto non superiore a 15. Sino all'adozione e di provvedimenti delegati di cui all'art. 47 le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli artt. 4 e 5 e dall'art. 7, D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128.
- Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i divieti di cui all'art. 6 del D.L. 8 luglio 1974, n. 264,

convertito, con modificazioni, nella L. 17 agosto 1974, n. 386, sono estesi agli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici dipendenti dalle IPAB o da altri enti pubblici e dalle amministrazioni provinciali. Gli eventuali concorsi continuano ad essere espletati secondo le procedure applicate da ciascun ente prima dell'entrata in vigore della presente legge.

- Tra gli operatori sanitari di cui alla lettera i) dell'art. 27, D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, sono compresi gli infermieri di cui all'art. 24 del regolamento approvato con R.D. 16 agosto 1909, n. 615. Fermo restando quanto previsto dalla lettera a) dell'art. 6 della presente legge la regione provvede all'aggiornamento e alla riqualificazione del personale infermieristico, nella previsione del superamento degli ospedali psichiatrici ed in vista delle nuove funzioni di tale personale nel complesso dei servizi per la tutela della salute mentale delle unità sanitarie locali.
- Restano in vigore le norme di cui all'art. 7, ultimo comma, L. 13 maggio 1978, n. 180.

## APPENDICE 3.

### L'EDUCATORE PROFESSIONALE

#### **GLI OPERATORI SOCIALI: URGENZA DI UNA NORMATIVA**

Il Ministero degli Interni nel 1984 ha dato una definizione di educatore professionale, affermando che:

“l'educatore professionale è un operatore che in base ad una specifica formazione professionale di carattere teorico e tecnico – pratico nell'ambito dei servizi socio – educativi ed educativo – culturali extrascolastici, residenziali o aperti, svolge la propria attività nei riguardi di persone di diverse età mediante la formulazione ed attuazione di progetti educativi caratterizzati da *intenzionalità* e *continuità*, volti a promuovere e contribuire al pieno sviluppo delle potenzialità di crescita personale e di inserimento e partecipazione agendo, per il conseguimento di tali obiettivi, sulla relazione interpersonale, sulle dinamiche di gruppo, sul sistema familiare, sul contesto ambientale e l'organizzazione dei servizi in campo educativo.”

Con una tale definizione è stata posta l'attenzione sul concetto di educazione come *processo di cambiamento* cognitivo, valoriale, emotivo e relazionale della persona coinvolta in una relazione con valenza pedagogica.<sup>66</sup>

Gli ambiti d'intervento di questa figura professionale sono estremamente eterogenei e la competenza specifica va ricercata non negli ambiti o tipi di utenza verso cui si rivolge, ma nei modelli e metodologie di riferimento.

---

<sup>66</sup> TOSCO L., *Professione educatore*, FrancoAngeli, Milano 1993, pp 17 – 26

L'obiettivo che fa da sfondo a qualunque intervento educativo è il mantenimento della persona nel suo ambiente familiare e sociale attraverso la promozione di processi di *autonomizzazione* e di sviluppo delle proprie potenzialità per renderla capace di affrontare con successo i problemi raggiungendo una modificazione tale da permettere il miglioramento dei rapporti con gli altri e l'ambiente.

Le modalità d'azione in cui si esplica la sua attività sono basate sull'

INTENZIONALITA' EDUCATIVA, la capacità di elaborare progetti pedagogici che tolgano l'intervento da una condizione di casualità, impulsività, spontaneismo e lo rendano idoneo a stimolare una trasformazione il più possibile prevedibile.

VICINANZA, l'educatore gestisce il progetto educativo affiancando l'altro nella sua vita quotidiana aiutandolo a trovare diverse possibilità di risoluzione dei propri conflitti.

FREQUENZA DEI RAPPORTI con singoli e gruppi, cioè questo professionista è quello che più di altri trascorre molte ore con gli utenti per un'osservazione più approfondita, partecipata e continuativa delle dinamiche e problematiche in modo tale da avere una maggiore possibilità di precisazione degli obiettivi e di definizione di un più incisivo intervento terapeutico.

Il luogo in cui svolge la sua professionalità varia costantemente, è ogni volta in funzione dei luoghi di vita dell'utente. L'intervento si costruisce là dove si è verificato il problema ed è lì che vengono riattivate le risorse necessarie a superarlo.

Sottolineare l'importanza dell'operare con "intenzionalità e continuità" vuol dire ribadire la centralità della formazione ed attuazione di progetti educativi pensati ogni volta su misura della persona da affiancare, da adattare alle circostanze sempre differenti ed in continua evoluzione, da interpretare costantemente e da verificare nel corso dell'intervento stesso.

Le modalità operative strategiche non sono fissabili una volta per sempre, e queste fa dell'educatore un professionista dotato di un margine molto alto di *responsabilità* nella gestione della relazione con

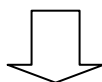
l'utente che comporta ogni volta una “**presa in carico globale**”<sup>67</sup> indirizzata ad incidere sui suoi processi di evoluzione.

Il Piano di Lavoro Educativo che l'educatore costruisce parte da

- una prima fase di *Osservazione* ed *Analisi dei bisogni* per definirli in modo esplicito;

per arrivare poi ad

- una *Programmazione* specifica da mettere in atto e sottoporre ad un costante *Controllo di Qualità*.



fare un progetto educativo significa:

- fissare obiettivi e scadenze a breve, medio e lungo termine;
- individuare strumenti, attività e modalità di lavoro idonee a ciascuna di queste fasi;
- sottoporre a verifica periodica il raggiungimento o meno delle mete prefissate

Ciò che fa la professionalità specifica dell'educatore è la capacità di intessere e far crescere una **RELAZIONE** che si ponga come modello per la ricostruzione di rapporti nuovi significativi nel futuro, a partire da un lavoro svolto sulle “attività povere”, gli atti della vita quotidiana, l'esecuzione di compiti semplici a cui **ridare valore e significato**.

Le basi deontologiche di questa figura professionale stanno nel restituire all'altro un certo benessere, aiutandolo a ricostruire la sua **RETE PRIMARIA**, nel rispetto della sua dignità ed autodeterminazione.

---

<sup>67</sup> POFFA F., *Formazione e ruolo dell'educatore professionale*, Vita e Pensiero, Milano 1993, pp 20 – 24

RISPETTO, da intendere come disponibilità all'ascolto, alla comprensione della sua personalità, dei suoi interessi e peculiarità da coniugare insieme ad una disposizione di apertura personale, di esposizione del proprio punto di vista e di accettazione del confronto.

ONESTA', è un altro carattere peculiare dell'intervento educativo: vuol dire spirito di ricerca, desiderio di scoprire ed attenzione al nuovo.

MODESTIA, abbandonare ogni posizione di superiorità, di pretesa di possedere qualche certezza o verità assoluta etichettando l'altro come "malato" o "deviato".

ATTENZIONE ED APERTURA a valori diversi e difficili da comprendere, a modelli culturali estranei a quelli posseduti personalmente.

IMPEGNO ad acquisire il massimo delle competenze professionali con uno spirito di costante bisogno di aggiornamento e formazione per una crescita personale consapevole ed orientata.