

Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo



Paola Carozza

LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA NEI CENTRI DIURNI

Aspetti clinici e organizzativi

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a "FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano".

**Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo**

Paola Carozza

**LA RIABILITAZIONE
PSICHIATRICA
NEI CENTRI DIURNI**

Aspetti clinici e organizzativi

FrancoAngeli

Copyright © 2003 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.
L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Presentazione , di <i>Ferdinando De Marco</i>	pag.	11
Prefazione , di <i>Angelo Cocchi</i>	»	13
Introduzione	»	17

Parte prima

La riabilitazione psichiatrica nei Centri Diurni. Aspetti clinici

1. Obiettivi e funzioni generali dell'intervento riabilitativo psichiatrico	»	23
1. Obiettivi dell'intervento riabilitativo psichiatrico	»	23
1.1. La mission della riabilitazione psichiatrica ad orientamento psicosociale	»	23
1.2. La diagnosi di competenza sociale	»	24
1.3. Il piano di trattamento individuale	»	25
1.4. Esempi di piani di trattamento	»	26
2. Intervento riabilitativo e prevenzione del processo cronico	»	28
2.1. Importanza dell'intervento riabilitativo precoce	»	28
2.2. Quando intervenire	»	29
2.3. Come intervenire	»	29
3. Efficacia dei programmi riabilitativi sulle ricadute e sulle ospedalizzazioni	»	32
3.1. Ricadute ed ospedalizzazioni: cause e conseguenze	»	32
3.2. Principali strategie che contrastano le ricadute e le ospedalizzazioni	»	36

2. Area dell'interazione socializzante operatore-utente	pag.	38
1. L'interazione socializzante operatore-utente, strumento primario per motivare la persona al trattamento (fase di accoglienza individuale)	»	38
1.1. Significato dell'interazione (ri)socializzante operatore-utente	»	38
1.2. Dimensioni socio-interazionali della risocializzazione	»	43
2. L'interazione socializzante operatore-utente per l'inserimento nelle Attività di Gruppo di Competenza Sociale	»	46
2.1. Motivazioni per l'inserimento dell'utente nei gruppi	»	46
2.2. Indicatori del passaggio dalla fase dell'accoglienza individuale alle attività di gruppo	»	47
2.3. Passaggio dall'accoglienza individuale all'attività di gruppo	»	48
3. L'interazione socializzante operatore-utente e le resistenze al trattamento riabilitativo	»	51
3.1. Resistenze al trattamento riabilitativo e strategie d'intervento	»	51
4. Particolari situazioni di necessità dell'operatore di riferimento	»	58
4.1. Fasi del trattamento e modalità d'intervento	»	58
3. Area dell'interazione utente-gruppo di attività	»	62
1. Il gruppo quale strumento di lavoro in riabilitazione psichiatrica	»	62
1.1. Le AGCS (Attività di Gruppo di Competenza Sociale): cosa sono e a cosa servono	»	62
1.2. Come le AGCS contrastano i fattori della desocializzazione	»	66
1.3. Strutturazione delle AGCS	»	71
1.4. La funzione dei gruppi tra utenti non mediati dall'attività	»	73
2. Apprendimento delle competenze sociali all'interno delle AGCS	»	75
2.1. Il processo di apprendimento	»	75
2.2. Fasi del programma di apprendimento dei CSC	»	76
2.3. Principali interventi favorevoli l'apprendimento dei CSC	»	81
3. Rischio di desocializzazione nelle ore non coperte dal programma diurno	»	82
3.1. Il problema dei tempi vuoti nella giornata degli individui desocializzati	»	82
3.2. Strategie d'intervento per la continuità del programma diurno	»	84
4. Sviluppo di interessi personali e riappropriazione di un ruolo sociale	»	86

4.1. L'indifferenza al contesto quale difesa della persona de-socializzata	pag.	86
4.2. Strategie d'intervento	»	88
4. Area dell'interazione utente-contesto sociale	»	90
1. Programmi per l'incremento della socializzazione nella comunità	»	90
1.1. Da "bravo paziente" a membro della comunità	»	90
1.2. Fasi del processo di socializzazione	»	91
1.3. Il caso di L.	»	92
1.4. Ruolo dei referenti sociali nei programmi riabilitativi	»	96
2. I programmi finalizzati alla ripresa di studi o di corsi di formazione	»	98
2.1. Strategie d'intervento	»	98
2.2. Casi che illustrano gli adattamenti in classe	»	100
2.3. Strategie per il superamento delle limitazioni funzionali dovute alla desocializzazione e alla disabilità	»	102
3. I programmi finalizzati all'inserimento lavorativo	»	104
3.1. Il trattamento riabilitativo quale presupposto per l'inserimento lavorativo	»	104
3.2. Strategie d'intervento	»	108
3.3. Limitazioni funzionali dovuti alla disabilità psichiatrica che compromettono la prestazione lavorativa. Esempi di adozione di facilitazioni sul luogo di lavoro	»	111
3.4. Vantaggi secondari derivati dall'inserimento lavorativo	»	113
5. Area dell'interazione gruppo curante-famiglie	»	115
1. La presa in carico della famiglia dell'utente	»	115
1.1. Convivere con un familiare problematico	»	115
1.2. Strumenti e modalità di intervento sui singoli nuclei familiari	»	118
1.3. Funzione e struttura dei gruppi familiari di supporto	»	125
1.4. Principali tipologie dei gruppi familiari di supporto	»	127
1.5. L'efficacia dei gruppi familiari di supporto	»	129
1.6. I fratelli e le sorelle delle persone con processi cronici	»	130
1.7. Strategie per affrontare le resistenze dei familiari e per sviluppare l'alleanza terapeutica	»	132
6. La riabilitazione e le strategie di intervento sui sintomi positivi, sui sintomi negativi, sui deficit cognitivi, sull'identità cronica e sulla disorganizzazione del comportamento	»	136
1. Modalità di approccio al delirio, alle allucinazioni uditive e all'identità cronica	»	136
1.1. Il ruolo della realtà interna nel metodo Spivak	»	136

1.2. Come intervenire efficacemente sui sintomi deliranti e allucinatori e sull'idea che la persona desocializzata ha di sé: il caso di F.	pag. 138
1.3. Descrizione delle azioni cliniche sui sintomi psicotici e sulle percezioni distorte di sé non modificabili con la farmacoterapia o con altri trattamenti ortodossi	143
1.4. Conclusioni	» 148
2. Modalità di approccio ai sintomi negativi	» 149
2.1. Definizione dei sintomi negativi	» 149
2.2. Il caso di M.	» 150
3. Modalità di approccio ai deficit cognitivi	» 156
3.1. Principali deficit cognitivi	» 156
3.2. Conseguenze dei deficit cognitivi sul comportamento delle persone con processi cronici	» 159
3.3. Strategie di intervento	» 160
3.4. Il comportamento iperattivo	» 162
3.5. I casi di F. e di L.	» 163
4. Modalità di approccio alla disorganizzazione del comportamento	» 166
4.1. Concetto di disorganizzazione del comportamento: fattori contestuali che possono potenziarne l'insorgenza	» 166
4.2. Interventi per contrastare la disorganizzazione del comportamento	» 168

Parte seconda

La riabilitazione psichiatrica nei Centri Diurni. Aspetti organizzativi

7. Area del contesto primario di attuazione dell'intervento riabilitativo: il Centro Diurno	» 175
1. Il Centro Diurno, contesto privilegiato di attuazione dell'intervento riabilitativo	» 175
1.1. Definizione di Centro Diurno e sue principali caratteristiche	» 175
1.2. Il Centro Diurno quale ambiente protetto: i casi di A. e di F.	» 176
1.3. Il Centro Diurno quale setting di norme precise	» 186
1.4. Il Centro Diurno quale setting di comunicazioni chiare	» 188
1.5. Importanza delle figure di riferimento costanti	» 189
1.6. Importanza delle aspettative positive	» 190
2. Il lavoro d'équipe in un Centro Diurno	» 191
2.1. Cos'è un'équipe e cos'è il lavoro d'équipe	» 191

2.2. Perché serve lavorare in équipe	pag.	195
2.3. La riunione quotidiana d'équipe	»	198
2.4. Le funzioni delle diverse figure professionali	»	203
8. Area dell'interazione tra il Centro Diurno e gli altri contesti istituzionali coinvolti nel piano di trattamento	»	212
1. Il Centro Diurno nel Dipartimento di Salute Mentale	»	212
1.1. Assetto organizzativo del Centro Diurno nel Progetto Obiettivo	»	212
1.2. I principi ispiratori	»	213
2. I rapporti con l'équipe inviante	»	217
2.1. L'integrazione: si naviga tra Scilla e Cariddi	»	217
2.2. Le funzioni dei referenti ambulatoriali	»	221
2.3. Strategie per costruire e mantenere un rapporto sinergico con l'équipe inviante	»	222
2.4. La riunione con l'équipe inviante: funzione e modalità di conduzione	»	225
3. Definizione degli assetti organizzativi ottimali per l'attuazione dell'intervento riabilitativo	»	234
3.1. Concetto di clima organizzativo	»	234
3.2. Alcuni principi di fondo delle organizzazioni	»	235
3.3. Affrontare e accettare la diversità come primo passo per l'integrazione e la cooperazione	»	238
3.4. La gestione dei conflitti	»	239
3.5. Alcuni vizi di fondo delle organizzazioni psichiatriche	»	240
3.6. Affrontare e promuovere il cambiamento: elemento di forza di un'organizzazione	»	243
9. Area della formazione degli operatori	»	246
1. La formazione continua in gruppo basata sull'esperienza	»	246
1.1. L'importanza della formazione d'équipe	»	246
1.2. L'approccio tradizionale alla formazione: limiti, luoghi comuni e miti	»	248
1.3. Fare ed apprendere nello stesso tempo	»	250
1.4. Come si svolge un processo di apprendimento grupppale basato sull'esperienza	»	253
2. Competenze professionali richieste agli operatori e parametri per la loro valutazione	»	255
2.1. Parametri per la valutazione delle competenze professionali	»	255
2.2. Strumenti di valutazione delle conoscenze	»	256
2.3. Strumenti di valutazione delle abilità e dei comportamenti interpersonali sul lavoro	»	258

10. Strumenti di valutazione e indicatori di qualità	pag. 270
1. Il processo di valutazione	» 270
1.1. Definizione e concetti generali	» 270
1.2. Indicatori di struttura e di processo	» 271
1.3. Valutazione dei risultati	» 279
1.4. Strumenti per la misurazione dei risultati. Indicatori di esito	» 284
2. Valutazione della qualità da parte degli utenti e dei familiari (<i>Con la collaborazione di Rita Giovannangelo</i>)	» 296
2.1. La soddisfazione dell'utente, indice di qualità dei servizi sanitari	» 296
2.2. Il concetto di soddisfazione dell'utenza nel settore psichiatrico	» 298
2.3. Analisi di una ricerca	» 300
Glossario	» 308
Bibliografia ragionata	» 311

Presentazione

Ha ancora senso riproporre *la riabilitazione psichiatrica e psicosociale* in un momento così incerto e pieno di interrogativi come quello in cui stiamo vivendo?

È un interrogativo che da qualche tempo, con insistenza, mi ripeto.

La Sanità italiana sta decisamente cambiando; l'evoluzione legislativa ed economica impone alle nostre idee un affannoso rincorrere nuovi schemi, nuove regole, pochi investimenti, molte contraddizioni e poche, pochissime certezze.

Eppure in tutta Italia fioriscono iniziative culturali e formative, strategie ed approcci riabilitativi; si susseguono piani socio-sanitari di intervento sulle fasce deboli, la creatività e la ricerca scientifica sono costantemente presenti nell'operare quotidiano di migliaia di "riabilitatori" che lottano contro tutto e contro tutti e che ancora gioiscono e si commuovono quando un loro utente ricomincia a lavorare o quando va ad abitare in una casa, finalmente da solo.

Qualche tempo fa dicevo ad alcuni amici, per semplificare le cose: *la differenza tra assistenza e cura la fa la riabilitazione*. Sono ancora più convinto che ciò sia profondamente vero.

Credo che in Italia sia sempre più radicata una cultura e una vocazione riabilitativa che, ovviamente, presuppone una comprensione globale "dell'altro da noi". Una comprensione e un'interpretazione che pone il nostro utente al centro di programmi che prevedono di soddisfare tre suoi/nostri parametri fondamentali:

- la ricerca e la ricostruzione del sé;
- il lavoro come essenza dell'esistenza;
- l'abitare come "spazio vissuto".

Il nostro obiettivo dovrebbe tendere sempre alla realizzazione di questi tre parametri. Così facendo le politiche di restaurazione, con il pericolo, sempre presente, di neomanicomializzazione, si arresterebbero sul nascere, perché ascientifiche, antieconomiche e miseramente cronicizzanti.

Tutta la classe politica di destra o di sinistra non ha mai proposto leggi in contratto con le regole della scienza, dell'economia e del visibile consenso!

Tutto ciò per ribadire, ove ci fosse ancora bisogno, che il mondo politico si insinua nel mondo dell'operare quando si lasciano troppi spazi all'improvvisazione, agli "sprechi", alla superficialità e a volte anche all'arroganza/ignoranza.

Il manicomio nasce quando alla cura e, quindi, al processo di guarigione/abilitazione subentra unicamente l'assistenza.

Si assiste un incurabile, un inguaribile, un "definitivo cronico".

Fa bene Paola Carozza in questo libro ad intitolare un capitolo: *Da "bravo paziente" a membro della Comunità*, questo è il vero obiettivo della "riabilitazione come terapia"!

È questo incessante andirivieni dalle forme antropologiche alle condizioni ontologiche dell'esistenza, come direbbe Foucault, che rende il libro pieno di significanza formativa.

Carlo Perris definiva la "Psichiatria Sociale" come «la disciplina che, partendo da uno studio dell'organizzazione e delle funzioni di una società, cerca di definire i limiti tra salute mentale e malattia psichica e di identificare le modalità dell'intervento psichiatrico in quella società». Sono passati circa vent'anni ma credo questa definizione resti di un'impressionante attualità. Tra *Società e Psichiatria* vi è sempre stato un "odi et amo" che ha contraddistinto generazioni di psichiatri. Non abbiamo mai, ma forse è veramente impossibile, dato compiti e competenze specifiche. Io sono convinto che tra Psichiatria e Società vi debba essere un reciproco rispetto e non una confusione di ruoli e di responsabilità. All'operatore della riabilitazione psichiatrica e psicosociale è dato compito di far interagire queste due "categorie": da questa interazione nasce la carta vincente di una disciplina ancora troppo ancorata a sociologismi di vecchia data e a biologismi di nuova proposizione.

La riabilitazione psichiatrica e psicosociale non può, inoltre, prescindere dagli strumenti di valutazione e dagli indicatori di qualità. Come spesso affermato da Sartorius e da Thornicroft, la valutazione deve essere parte integrante della pratica dei servizi psichiatrici, affinché essa non sia più un atto compiuto da terzi per ragioni esterne agli scopi del servizio e delle persone in esso impiegate, così da renderla invisibile ed infine inutile o dannosa, ma una componente del lavoro, soddisfacente ed utile al pari delle altre attività cliniche e riabilitative.

Infine questo libro tiene in netta considerazione un tema che già Basaglia aveva sottolineato: «Quando si parla di riabilitazione in tema di malattia mentale, non possiamo riferirci solo alle tecniche riabilitative ma anche alla base sovrastrutturale e strutturale da cui queste tecniche prendono significato». Infatti, sebbene tutto il percorso si fonda in gran parte sul "modello Spivak", Paola Carozza ha l'intelligenza e la sensibilità di calarlo nella nostra antropologia e renderlo adeguato alla società in cui viviamo ed operiamo, con continue correzioni ed aggiustamenti di tiro che lo rendono quasi un "libro di testo" per giovani e future generazioni.

Ferdinando De Marco
Past President Società Italiana
di Riabilitazione Psicosociale

Prefazione

Questo è un libro su cui meditare sin dalle prime pagine, poiché la chiave di lettura e la prospettiva, operativa ed etica, ci viene subito fornita dall'Autrice.

Il ritmo incalzante che Paola Carozza imprime all'introduzione mozza il fiato per l'impietosa con la quale mette il dito nelle piaghe della Psichiatria di Comunità italiana, per l'imperiosa con la quale indica percorsi possibili e obiettivi da perseguire e per l'onestà intellettuale con cui le cose vengono dette. Certamente l'Autrice non poteva accentuare i toni su altre zone grigie della Psichiatria, che pure ci sono, quali quelle legate ad una certa faziosità dottrinale e istituzionale o all'uso spregiudicato delle conoscenze per scopi non sempre coerenti con gli obiettivi istituzionali.

La malattia mentale è una compagna di vita scomoda e inquietante ma non credo che le "barriere tra persone affette da problemi psichiatrici ed il resto della comunità siano attualmente più forti che in passato": l'impegno di tanti operatori, amministratori, politici e tecnici in molti anni non è trascorso senza lasciare traccia, come l'Autrice stessa dimostra con il suo lavoro.

Inoltrarsi nella realtà della sofferenza psichica significa affrontare un percorso che via via diviene sempre più arduo: per l'inestricabile groviglio di aspetti biologici, psicologici, sociali, di politica sanitaria e di organizzazione dei servizi, di orientamenti dottrinali diversi o finanche contrastanti, di modalità di presa in carico, di procedure riabilitative, di ipotesi preventive, e, non ultimo, di utilizzo corretto ed efficiente delle risorse disponibili.

Tutte queste variabili, che è pressoché impossibile affrontare isolatamente per la loro stretta interdipendenza, contribuiscono quindi a rendere il percorso dell'operatore difficile ed incerto e, a volte, finiscono per suggerirgli scorciatoie inadeguate.

Con questo libro Paola Carozza ci offre un aiuto ed una guida per orientarci e per incoraggiarci a non cadere nell'inganno delle semplificazioni sul terreno, complesso e controverso, della riabilitazione e della sua declinazione

semiresidenziale e ci dice che una Psichiatria senza manicomio quale è, o vorrebbe essere, quella italiana non può realizzarsi appieno se non sviluppa le proprie conoscenze tecniche ed il proprio operare attraverso una presa in carico del paziente attiva, articolata e radicata nel suo contesto naturale di vita quali solo reali pratiche di semi-residenzialità possono garantire: pratiche non affidate alla casualità, allo slancio dei singoli operatori, alle ingenuità non “evidence based”.

Quando alcuni anni fa, assieme a Giorgio De Isabella, avevamo cercato di catalizzare l’interesse degli operatori attorno al tema dei Centri Diurni, costituendo l’Associazione Nazionale Coordinamento Centri Diurni in Psichiatria, ci ponevamo come obiettivo quello di stimolare il confronto di esperienze e la diffusione di pratiche di presa in carico che corrispondessero alla necessità di non istituzionalizzare i malati, di dare una risposta alle legittime richieste di aiuto dei loro familiari, di dimostrare che anche la sofferenza più grave, se condotta sapientemente per mano, può essere ricondotta nell’alveo di una produttiva e soddisfacente convivenza e può essere alleviata non attraverso l’isolamento e l’abbandono, bensì in un’interazione costruttiva e feconda tra i “momentaneamente sani” e i “momentaneamente malati”.

Questo libro, coerentemente con quanto ora detto, porta un contributo importante ed efficace affinché la Psichiatria possa procedere senza perdersi nei meandri della complessità e delle ambiguità.

Credo tuttora che un pilastro basilare su cui fondare gli sviluppi futuri del nostro lavoro debba essere la semi-residenzialità tecnicamente validata e non affidata all’improvvisazione.

Un altro punto di forza è costituito dall’ottica preventiva, tema quanto mai incerto ed insidioso, difficile da affrontare e potenzialmente carico di frustrazioni.

Tuttavia per quanto distanti, non si può non vedere la connessione tra le pratiche di presa in carico semi-residenziale, non connotanti e ricche di speranze, e le pratiche volte a contenere lo stigma, ad intervenire precocemente e a fondare l’intervento nel contesto naturale di vita.

Ringrazio Paola Carozza per la passione che mette nel suo lavoro e che si ritrova trasferita in questo libro, la ringrazio perché ci fornisce uno strumento in più nella costruzione di una prassi psichiatrica che vorremmo scientificamente validata, efficace, ricca di umanità, specchio di una comunità e di un Paese in cui il corretto funzionamento delle Istituzioni sia realmente sentito e praticato come valore, massima espressione di civiltà e di convivenza.

Angelo Cocchi

Past President dell’Associazione Nazionale
Coordinamento Centri Diurni in Psichiatria

*A mio Padre e alla
sua lotta per guarire*

Introduzione

L'obiettivo del presente lavoro è quello di fornire agli operatori una serie di procedure che indichino come affrontare alcuni fondamentali problemi della riabilitazione psichiatrica, la cui risoluzione è stata spesso affidata al buon senso, alla buona volontà e al “facciamo come si può” di molti addetti che, sebbene motivati, si sono trovati, a volte, come soldati in prima linea senza le armi adeguate.

Infatti, pur esistendo esperienze significative, spesso veri e propri punti di eccellenza, che hanno dimostrato come, applicando alcuni principi teorici nella prassi (presa in carico multicontestuale, lavoro d'équipe, integrazione degli interventi e dei referenti, adozione di metodi accreditati, interventi di sensibilizzazione sociale) sia possibile produrre risultati apprezzabili sullo “zoccolo duro” della cronicità, tuttavia non si è riusciti ancora a trarre da simili esperienze una serie di linee-guida da trasferire a livello generale: in altre parole, sembra mancare una strategia complessiva ed organica che unifichi tutti i servizi su alcuni parametri di base, ai quali riferirsi nell'operatività quotidiana.

Inoltre, accanto a numerosi professionisti, che si impegnano con qualità e competenza a fornire una risposta efficace alla disabilità psichiatrica, ne esistono altri che, pur affermando di avere esperienza nello specifico, sembrano in realtà avere un'idea piuttosto vaga e confusa del loro ruolo e del loro apporto nella progettualità complessiva. Sono “battitori liberi” che si improvvisano in compiti al di sopra delle loro possibilità o al di fuori delle loro competenze, non esistendo a tutt'oggi, nel settore psichiatrico pubblico italiano, un autentico controllo della qualità delle prestazioni professionali. Altri ancora lavorano nelle istituzioni come se fossero professionisti di un ambulatorio privato, non comunicano tra loro, ognuno convinto che la propria opinione su come l'utente psichiatrico debba essere trattato, ovviamente diversa da quella dei colleghi, sia la più giusta.

Un ulteriore aspetto frequentemente riscontrabile è la difficoltà di tradurre alcune affermazioni di principio in comportamenti concreti e coerenti con

quanto affermato. In teoria, si fa un gran parlare di lavoro d'équipe, di integrazione degli interventi, di continuità terapeutica, di presa in carico dei pazienti gravi e poi si destinano fondi alla copertura dei posti ospedalieri e all'istituzione di strutture residenziali; si rimpinguano gli organici degli SPDC e non si sostituiscono i posti vacanti nei CSM; si utilizzano medici e infermieri dei servizi territoriali per coprire i turni ospedalieri, chiudendo tranquillamente un occhio su quanto tali turnazioni incidano sull'operatività territoriale nel momento in cui le équipe sono smembrate, gli interventi discontinui e ridotto il numero delle presenze diurne; si investono risorse in prestigiosi corsi di formazione e in ambiziosi progetti a lungo termine e poi si spostano gli operatori dove c'è un vuoto da riempire, ignorando le specificità acquisite con i percorsi formativi e i programmi iniziati con gli utenti psichiatrici.

Sono estenuanti, inoltre, la lentezza e la farraginosità con le quali i servizi "strappano" alle amministrazioni piccole conquiste di strutture logistiche e di nuove assunzioni di personale che, laddove avvengono, dipendono in maniera decisiva dalla sensibilità individuale degli amministratori o dalla caparbia di singoli operatori nel fare pressione politica e nel dare un'immagine credibile del servizio, ma non certo dall'esercizio di una funzione di indirizzo e di programmazione regionale ed aziendale.

In sostanza, l'assenza di una rete integrata di interventi, la discontinuità e lo spezzettamento dei progetti, lo scollamento tra i vari tipi di formazione acquisita e la realtà lavorativa di tutti i giorni, il crollo della tensione ideale che, nel passato, aveva motivato certosini interventi di sensibilizzazione sociale, le energie spesso investite più nei processi di aziendalizzazione e nel consolidamento di posizioni di potere personale che nella crescita culturale collettiva dei servizi e nel potenziamento della loro efficacia sono stati tutti fattori, che hanno avuto come conseguenza l'indebolimento e lo smembramento delle strutture territoriali a solo vantaggio dei reparti ospedalieri e delle residenze.

Non ci si stancherà mai di ripetere che servizi deboli, parziali e parcellizzati causano inevitabilmente un incremento delle urgenze, delle ospedalizzazioni, del ricorso alle residenze e del fenomeno della "porta girevole" e che, sia la presa in carico del paziente psichiatrico sia il coordinamento di un gruppo multidisciplinare di operatori, non possono essere affrontati utilizzando solo il buon senso, la buona volontà, la disponibilità umana o basandosi unicamente su un bagaglio formativo, che può essere utile alla gestione della relazione individuale con l'utente e al controllo farmacologico dei sintomi, ma non allo sviluppo di un sistema curante qualificato ed efficace.

È ora che la leadership dei servizi, tecnica ed amministrativa, prenda consapevolezza che la psichiatria pubblica, e nello specifico la riabilitazione psichiatrica, deve superare prassi e logiche privatistiche, individualistiche o accademiche e che è necessario compiere scelte coraggiose improntate a:

- Dotare i servizi di strumenti e risorse in modo che essi possano assolvere al loro mandato istituzionale primario, che è quello della presa in carico effettiva e sistematica delle persone affette da malattia mentale grave.

- Sviluppare una prassi caratterizzata da integrazione tra gli interventi, interdipendenza tra i referenti dei diversi trattamenti stabilità di tutte le figure professionali.
- Proporre iniziative formative coerenti con i compiti richiesti agli operatori, realmente utili per affrontare e risolvere i problemi incontrati nella realtà lavorativa e finalizzate non solo ad aumentare le conoscenze dei singoli, ma ad elevare anche la qualità del contesto istituzionale nel suo complesso.
- Avviare iniziative di informazione e di sensibilizzazione sociale, tese a demistificare la malattia mentale e ad abbattere le barriere, attualmente più forti che nel passato, tra persone affette da problemi psichiatrici e il resto della comunità.

Se non si andrà in questa direzione, la connivenza tra l'assenza di una visione strategica complessiva del disturbo psichiatrico, l'impreparazione tecnica e gestionale ad affrontare una tematica da sempre confinata negli ospedali o nelle residenze e le radicate resistenze culturali nei confronti della follia, già normalmente presenti nella società civile e traenti ulteriore linfa dall'esasperazione di molte famiglie, apriranno sempre di più il varco a posizioni controriformiste. Ne sono un esempio eclatante le molteplici proposte di abrogazione della legge 180 che stanno imperversando negli ultimi tempi.

Tali proposte, che si spacciano per strumenti di correzione e di miglioramento della medesima, facendo leva su nostalgie manicomiali presenti nell'opinione pubblica, sulla parzialità della risposta dei servizi e su quei rari episodi di violenza sbattuti in prima pagina, si insinuano, in realtà, nei vuoti applicativi della stessa riforma psichiatrica. Il loro intento, camuffato da nobili motivazioni di tutela dei sofferenti psichici, delle loro famiglie e dell'intera società, è quello di far tornare la psichiatria indietro di un secolo e ricondurla a funzioni esclusivamente di controllo e di custodia, dalle quali sembrava finalmente essersi liberata. Non è possibile considerare fallita una legge, e perciò volerla correggere o eliminare, quando la medesima non ancora è stata applicata in molte zone del Paese; allo stesso modo, è metodologicamente scorretto considerare indicatori universali della sua validità ed efficacia i risultati che finora essa ha permesso di conseguire, in quanto in molte realtà i servizi sono assenti o parziali, e non per impossibilità di attuazione della 180, ma per mancato adeguamento culturale, organizzativo e operativo ai principi ispiratori della riforma.

Le riflessioni e le indicazioni fornite in questo lavoro non hanno la presunzione di assicurare un risultato di successo in ogni caso affrontato, ma vogliono contribuire all'individuazione di comportamenti efficaci, appropriati e condivisi, alla luce dei principi fondamentali del governo clinico (condivisione multidisciplinare, responsabilità e partecipazione dell'utente). È necessario tenere presente, infatti, che il giudizio ultimo, riguardante una particolare procedura, può essere emesso solo sulla base dei dati rilevati nell'utente e nel suo ambiente di vita e delle risorse disponibili nel contesto in cui viene effettuato il trattamento.