



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

**SALUTE MENTALE E VELA TERAPIA:
ALLA RICERCA DEL VENTO FAVOREVOLE**

Relatore:

Prof.ssa Saltari Daniela

Tesi di Laurea di:

Borini Elena

A.A. 2020/2021

*A mio zio Riccardo,
grande esempio e fonte d'ispirazione.*

*“... è sempre l'incontro con l'altro con i suoi bisogni e le sue domande
che ci aiuta a tirare fuori quelle energie che non sapevamo di avere.
Oggi, ancora più di ieri, occorre generare tessitori di trame
a servizio della verità e del bene comune.
Tessitori che si mettono in ascolto con metodo,
passione e competenza per intravedere al di là dell'orizzonte
fino a far capire e far sperimentare che non solo l'altro ha bisogno di noi,
ma noi abbiamo bisogno dell'altro.
Sì, proprio loro che ci chiedono aiuto
sono in grado di tirare fuori da noi quello che noi non pensavamo di avere.
Loro sono in grado di accendere in noi il desiderio
di conoscere una parte di noi ancora sconosciuta, ma presente.
Questo ci spinge, ci motiva, ci fa osare...”
da “Avere cura delle persone senza dimora” di Riccardo Borini*

INDICE

Introduzione.....	1
Capitolo 1: L'evoluzione dei servizi di salute mentale.....	2
1.1 La follia: dal medioevo all'antipsichiatria.....	3
1.2 I manicomi marchigiani.....	10
1.3 La rivoluzione psichiatrica: Franco Basaglia e la legge 180/78.....	12
1.4 L'organizzazione attuale dei Servizi di Salute Mentale.....	15
1.5 La Riabilitazione psichiatrica.....	17
Capitolo 2: L'Educatore Professionale in psichiatria.....	21
2.1 Ruolo e funzioni dell'Educatore Professionale.....	21
2.2 L'Educatore Professionale nei servizi psichiatrici.....	24
2.3 L'Educatore Professionale e la famiglia dell'utente psichiatrico.....	27
Capitolo 3: Lo sport come strumento riabilitativo.....	29
3.1 Sport e riabilitazione.....	29
3.2 Sport e integrazione.....	31
3.3 Lo sport nei progetti riabilitativi.....	31
Capitolo 4: Il progetto "Una Vela Per Tutti".....	33
4.1 La velaterapia.....	33
4.2 Il progetto.....	37
4.3 Le attività.....	40
4.4 La valutazione.....	43
Conclusioni.....	46
Bibliografia.....	47
Sitografia.....	47
Ringraziamenti.....	48

INTRODUZIONE

Il presente lavoro di tesi nasce dall'esperienza del tirocinio del terzo anno, svolto presso il Centro di Salute Mentale di Ancona, ed ha lo scopo di approfondire i benefici fisici, psicologici e relazionali che l'attività sportiva può avere per le persone che soffrono di disturbi psichici.

Essendo la riabilitazione una pratica da non circoscrivere a luoghi istituzionali, ma che deve trovare realizzazione in tutti gli ambienti pubblici e privati, comunemente frequentati dai cittadini, perché non praticarla attraverso lo sport?

Questo lavoro mira ad analizzare due mondi apparentemente lontani, quello dello sport e quello dei servizi di salute mentale, dal cui contatto possono scaturire numerose prospettive per una migliore società in cui la diversità non sia sinonimo di paura.

Come esplicitato nel titolo, tramite l'incontro di questi due mondi, l'utente può ricercare un vento favorevole che lo porti a ritrovare sé stesso e a prendere consapevolezza del proprio corpo, in un ambiente al di fuori della zona di comfort.

Questo lavoro si sviluppa in quattro capitoli.

Il primo capitolo mira a descrivere l'evoluzione dei servizi di salute mentale a partire dal Medioevo fino ad arrivare all'odierna organizzazione dipartimentale, focalizzando l'attenzione sul fenomeno dei manicomi e sulla figura di Franco Basaglia.

Il secondo capitolo descrive la figura dell'Educatore Professionale, il suo ruolo all'interno dei servizi psichiatrici e le sue competenze.

Il terzo capitolo si focalizza sulla tematica dello sport, visto come possibile strumento riabilitativo, e presenta alcuni pratici esempi di come quest'ultimo sia stato utilizzato all'interno di progetti riabilitativi.

Infine, il quarto capitolo illustra nel dettaglio la Velaterapia e il progetto "Una Vela Per Tutti", a cui ho preso parte durante il mio tirocinio.

CAPITOLO 1

L'EVOLUZIONE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

La malattia mentale e i relativi disturbi accompagnano l'umanità sin dall'antichità; ciò che è mutato nel corso degli anni è, invece, il trattamento riservato alle persone affette da tale disagio, il quale si è differenziato a seconda della società e dell'epoca di riferimento, in relazione alle credenze morali e religiose, ai paradigmi di pensiero e alle conoscenze disponibili.

Ad oggi, con l'espressione "salute mentale", secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si fa riferimento ad uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

È, dunque, una componente fondamentale per il benessere della persona, per la produttività e per la qualità della vita, delle famiglie e delle comunità nella quale è inserita.

In linea con questa concezione di salute mentale, il modello operativo che viene tuttora adottato per la prevenzione e la cura della patologia psichiatrica, è l'organizzazione dipartimentale, che si sviluppa in una rete di servizi integrati, secondo una logica di psichiatria di comunità.

Per giungere a questo, la malattia mentale è stata oggetto di un lungo processo evolutivo durante il quale sono state messe in atto procedure di cui si subiscono le conseguenze ancora oggi, come lo stigma, la paura e la discriminazione.

1.1 La follia: dal medioevo all'antipsichiatria

Il concetto di follia, come quello di salute mentale, è stato di volta in volta re-interpretato in ogni epoca, a seconda di una particolare struttura economica, sociale e politica che ha portato quindi ad una pluralità di modelli di intervento sviluppati negli anni.

Nel mondo greco e in quello romano la follia era connessa alla sfera del sacro, pertanto le veniva attribuita una spiegazione teurgica o teologica.

Il folle era considerato l'oggetto di una punizione divina o la voce del divino stesso.

In tal senso la follia assumeva un significato positivo in quanto permetteva di entrare in contatto con il mondo extra-ordinario; era, quindi, una voce da ascoltare.

In epoca medievale, invece, venne interpretata come una forma di possessione da parte di spiriti demoniaci. Il folle doveva essere "purificato" per essere reinserito nella società perciò veniva accolto dai monasteri o dagli ordini religiosi.

Nel Medioevo la concezione di follia è ancora inserita nell'antica contrapposizione bene / male. Il folle è l'immagine della dissolutezza umana, la minaccia dell'irragionevolezza che porta l'uomo al ridicolo tralasciandolo nella libera manifestazione dei suoi vizi e difetti; contemporaneamente, però, veniva considerato come detentore di una verità misteriosa, negata alle persone comuni. Grazie a queste raffigurazioni che gli donavano un'aurea misteriosa, il folle diventò protagonista di opere artistiche, pittoriche e letterarie.

La scoperta dell'America (1492) e l'inizio del Rinascimento portarono grandi cambiamenti sociali, economici e culturali al periodo che segue il Medioevo, momento storico di passaggio in cui prevaleva la volontà di superare tutto ciò che era stato dettato da un'epoca limitante nei confronti della grandezza dell'uomo.

È in questo periodo, durante il XVII secolo, che nasce il fenomeno dell'internamento, per cui gli individui meno abbienti che popolavano le società venivano rinchiusi in grandi edifici simili a quelli medievali. Questi edifici avevano cambiato organizzazione ma avevano mantenuto il medesimo scopo: liberare la città dal disturbo recato da queste persone, soggetti non produttivi che dovevano a sé stessi la colpa della propria condizione.

Rinnegata insieme al Medioevo l'usanza della carità e dell'elemosina al più povero per il volere di Dio, ora la povertà doveva essere punita e corretta, secondo la condanna della nuova concezione morale.

La follia non era ancora oggetto di studio e cura; veniva solo allontanata, ridotta al silenzio e confusa con tutti i comportamenti considerati asociali, non ragionevoli, manifestazione di una natura inumana contrapposta all'ordine determinato dalla ragione. Imprigionati indistintamente assieme erano i criminali, i miserabili, i malati di malattie veneree, gli omosessuali.

Emblema delle nuove strutture dedicate all'isolamento è l'Hôpital Général de Paris, fondato nel 1656 dal cardinale Giulio Mazzarino, il primo ministro italiano del re Luigi XIV. Sebbene il nome ci porta ad immaginarlo come luogo di cura, si trattava esclusivamente di una struttura di reclusione, uno strumento di pulizia sociale.

Nacque un sistema complesso di controllo sociale, che venne definito da Foucault come il Terzo stato della repressione. L'Hôpital non era quindi un'istituzione medica, ma un'entità amministrativa dotata di poteri autonomi, che aveva il diritto di applicare proprie leggi all'interno di confini difficilmente valicabili.

La condizione dei malati spesso è terribile, come descrive lo psichiatra francese Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772 -1840), dopo aver ispezionato alcune carceri francesi: *«Io li ho visti nudi, coperti di stracci, senz'altro che un po' di paglia per proteggersi dalla fredda umidità del selciato sul quale sono distesi. Li ho visti grossolanamente nutriti, privati d'aria per respirare, d'acqua per spegnere la loro sete, e delle cose più necessarie alla vita. Li ho visti in balia di veri carcerieri, abbandonati alla loro brutale sorveglianza. Li ho visti in stambugi stretti, sporchi, infetti, senz'aria, senza luce, rinchiusi in antri dove si temerebbe di rinchiudere le bestie feroci...».*

Nacque in questo modo l'esperienza dell'internamento di massa, destinata ad essere tipica del modo di pensare e di reagire alla follia e alla diversità durante l'Età Moderna. Nell'insieme di strutture di internamento presenti nel territorio europeo si distinguevano quelle che sorsero specificatamente per coloro che avevano perso la ragione, come quello di Parigi denominato Hotel-Dieu, e quelli per i lunatici, considerati invece incurabili, il Bethléem di Londra. Tali strutture non erano frutto di un progresso nei riguardi della follia, ma bensì delle rimanenze del passato che ora convivevano con le nuove case di internamento dell'età classica.

Verso la fine del 1600, in questi luoghi e con questi metodi, la follia esordì come oggetto della medicina: a poco a poco si distinse e non venne più confusa e parificata alla povertà ed alla criminalità. La malattia mentale assunse un proprio ruolo, una specificità che spinse l'ordinamento a cambiare e ad affidare maggiore potere

decisionale al giudizio medico che aveva il compito di individuare la presenza o l'assenza della follia e definire il tipo di disturbo a seconda dei comportamenti adottati dalla persona.

Furono così compiuti i primi passi di quella che diventerà la Psichiatria, branca della medicina specializzata nello studio e nella cura delle malattie mentali.

Le teorie illuministe che si diffondevano in Europa portavano un'ondata di ideali di uguaglianza, di libertà e di rinnovamento che culminarono con la prima rivoluzione francese e con il riconoscimento dei diritti civili, sociali e politici.

La soluzione a cui si ricorreva per fare fronte al fenomeno era sempre l'internamento, ma stava piano piano cambiando anche l'opinione riguardo queste strutture di raccolta che apparivano sempre più come luoghi putridi e malsani in grado di emanare e diffondere negatività e pestilenze.

Allo stesso tempo, si modifica la considerazione della povertà: veniva effettuata una distinzione tra poveri abili e adatti ad attività lavorative e poveri inabili e malati.

I primi risultavano utili alle nuove attività, rappresentando manodopera a basso costo, e vennero assoldati dalle nuove fabbriche sviluppatesi dopo la rivoluzione industriale. Per i secondi, invece, continuava ad essere previsto l'internamento anche se furono messi in atto dei cambiamenti. In questi anni, infatti, vi furono numerose proteste riguardanti la convivenza dei folli, i quali suscitavano un senso di paura, e gli altri soggetti che rischiavano di essere contagiati dalla loro promiscuità morale.

Attraverso questi lunghi processi, le strutture dedicate all'internamento iniziarono a svuotarsi, trattenendo tra le loro mura soltanto i folli, coloro che non potevano essere inclusi nella vita di comunità, nel mondo del lavoro, né nelle cure ospedaliere.

“Così, mentre tutte le altre figure imprigionate tendono a sfuggire all'internamento, la sola follia vi resta, ultimo relitto, estrema testimonianza di questa pratica che fu essenziale al mondo classico, ma il cui senso ci appare ora misterioso. E per la prima volta, nel mondo cristiano, la malattia si trova isolata dalla povertà e da tutte le figure della miseria. [...] La follia è già liberata, nel senso che è staccata dalle vecchie forme di esperienza in cui era irretite. Staccata però non per intervento della filantropia, né per il riconoscimento scientifico e infine positivo della sua propria verità, ma per tutto il lento lavoro che si è svolto nelle strutture più sotterranee dell'esperienza [...]. Non c'è stata una nuova acquisizione di nozioni; ma una scoperta, se si vuole, nella misura in cui, grazie a una distanza presa, si è sentita di nuovo la sua presenza inquietante”
(M. Foucault, Storia della follia nell'Età Classica).

Sebbene l'internamento per questi soggetti continuava, questo fu caratterizzato da alcuni cambiamenti dettati dall'affermarsi dei concetti riguardanti i diritti civili e sociali fomentati dalla rivoluzione in atto in Francia.

Uno tra questi si riscontrò nel fatto che l'internamento ora non era più da considerarsi condizione definitiva per il folle, a meno che non fossero state provate tutte le cure disponibili e che queste avessero fallito. Un altro passo importante fu il fatto che ai folli provenienti da famiglie povere che non potevano permettersi le cure riservate agli insensati più abbienti, venne dato il beneficio di essere curati nella stessa maniera riservata ai ricchi fornita dai medici privati e dagli ospedali.

Le case di internamento, che d'ora in poi saranno chiamate asili o manicomi, erano ufficialmente diventati luoghi in cui veniva perseguita la guarigione degli ospiti, mantenendo però il forte aspetto di esclusione, a favore della protezione della comunità.

Infatti era vietato qualsiasi contatto con la società ma all'interno degli asili gli ospiti venivano lasciati liberi di esprimere i propri impulsi naturali, invece di reprimerli.

Sempre in questo periodo iniziava uno studio più approfondito dei comportamenti del folle, attraverso soprattutto all'utilizzo di diari medici e alle autopsie.

Promotore di questo progresso fu Philippe Pinel, lo psichiatra francese a cui viene ricondotta la nascita del manicomio e una rinnovata concezione di malattia mentale, spogliata da credenze e dogmi religiosi e analizzata solamente con sguardo medico scientifico.

Il suo interesse principale era riuscire a collegare i disturbi mentali a determinate alterazioni anatomiche e quindi ricondurre le psicosi a fattori biologici.

Diventato direttore del grande complesso psichiatrico di Parigi, la Salpêtrière, tolse le catene agli internati, legati per poter essere controllati, e iniziò a curare anche i casi più gravi mediante un approccio terapeutico individualizzato che prevedeva una grande importanza del medico curante e del suo rapporto con il malato al fine di conoscere approfonditamente il caso e studiarne le caratteristiche psico-fisiche.

Pinel considerava fundamentalmente il malato mentale come incapace di trattenere gli istinti e affrontava la condizione dei suoi pazienti attraverso colloqui quotidiani e terapie morali, che possono essere considerate forme ascendenti di psicanalisi.

A ciò alternava terapie sedative e trattamenti più severi che colpivano il fisico, quali le docce ghiacciate, le contenzioni e gli isolamenti, e, in seguito, anche l'elettroshock, dopo la sua invenzione negli anni '30 del Novecento, una terapia di enorme successo

basata sull'idea che un trauma indotto potesse avere benefiche virtù sul trattamento dei malati. Si diffusero strutture manicomiali in tutto il territorio europeo, costruite e organizzate appositamente per il trattamento di questo fenomeno. La struttura doveva essere ordinata e spoglia da elementi di disturbo mentre le attività dovevano essere svolte nel silenzio e nell'isolamento.

Gli Stati adottarono apposite normative di riferimento per la gestione e l'organizzazione del servizio manicomiale e per le modalità di ricovero.

In Italia non ci fu una legge unitaria di riferimento fino al 1904, quando venne promulgata la legge n.36 "Disposizioni intorno agli alienati e ai manicomi", che restò in vigore fino al 1978. Prima di tale normativa ogni manicomio presente sul territorio italiano era gestito in modo diverso a seconda della volontà del direttore manicomiale che aveva la piena autorità e questo comportava eterogenee modalità di ricovero, di dimissione, di cura, di alloggio, di finanziamento e di sorveglianza.

Con la legge 1904 venne stabilito che ad essere ricoverate dovevano essere le persone con disturbo mentale pericolose per sé stesse o per gli altri oppure che recavano scandalo e che l'ammissione all'interno del manicomio veniva effettuata solo dopo una procedura giuridica, salvo i casi di urgenza.

Dopodiché il malato era ospitato per un periodo di tempo non superiore ad un mese in una sezione del manicomio separata, prevista dalla normativa, dove era effettuata una fase di osservazione al termine della quale il direttore della struttura comunicava l'esito al pubblico ministero che stabiliva tramite istanza l'effettivo ricovero. Anche le dimissioni dei malati potevano avvenire dopo la richiesta dei familiari, dei tutori o del direttore del manicomio, previo un decreto del tribunale. Era anche previsto un periodo di prova per i pazienti più meritevoli, i quali venivano dimessi temporaneamente e, se dimostravano di essere nuovamente adatti alla vita comunitaria e di essere guariti dalla propria patologia, tale dimissione assumeva carattere definitivo.

Mentre l'istituzione manicomiale si definiva e si regolamentava, agli inizi del XX secolo esordì la più influente rivoluzione delle conoscenze psicologiche, che ancora al giorno d'oggi influenza le teorie e le pratiche terapeutiche. Il promotore di questo progresso fu Sigmund Freud, neurologo austriaco che fondò la psicanalisi e provocò un cambiamento di paradigma nell'ambito della psichiatria e della psicologia generale, modificando i concetti di identità della persona e considerando l'effetto della società e del contesto di vita nella salute mentale.

Pur sviluppandosi ai margini dell'istituzione manicomiale, questa rivoluzione di pensiero e le nuove pratiche e terapie da essa formulate entrarono all'interno delle strutture e rinforzarono il legame tra medico e paziente.

Il diffondersi delle teorie freudiane ebbe l'effetto di restituire la dignità alla persona affetta da disturbi mentali. Il concetto di inconscio come aspetto intrinseco di ogni individuo che racchiude desideri, passioni, traumi e ferite e ne influenza l'intera identità, sviluppa l'idea della sofferenza psichica dovuta al vissuto e al contesto di riferimento che può colpire chiunque. Anche i malati mentali, dunque, sono persone che hanno sofferto, non meccanismi rotti che non funzionano più nel modo corretto e sono quindi perdute, ma esseri umani colpiti da un dolore così atroce da provocare in loro comportamenti devianti e varie forme di nevrosi. Si può dire che grazie a Freud per la prima volta da tempi molto lontani alle persone disturbate viene concessa la giustificazione di essere malati, di vivere una reale condizione di sofferenza e di meritare cure adeguate per il trattamento delle proprie problematiche interiori.

I manicomi iniziarono ad apparire luoghi disumani, si prese coscienza che i metodi utilizzati al loro interno non producevano miglioramenti nella patologia dei ricoverati che, al contrario, a causa delle vessazioni e delle rigide punizioni subite, della condizione di abbandono da parte della famiglia, della spersonalizzazione e della stigmatizzazione alle quali venivano sottoposti, perdevano ogni possibilità di ritornare alla propria vita e aspettavano la morte senza speranza. Inoltre, gli edifici erano sempre più affollati e incapaci di gestire i pazienti in modo efficiente, se non mediante contenzioni e terapie sedative.

Tutto ciò si inserisce nel periodo rivoluzionario degli anni '60 durante il quale si assisteva ad una ferrata denuncia alle istituzioni e una messa in discussione di ogni tipo di autorità e di potere. Un altro passo importante verso la fine di questo sistema disumano venne offerto dall'introduzione degli psicofarmaci, verso la fine degli anni Cinquanta. Tali sostanze hanno la capacità di attenuare gli effetti più acuti delle malattie e di permettere di gestire i momenti di crisi. Grazie a questa nuova forma di controllo la persona malata era in grado di rimanere inserita nella società e si iniziò a pensare a delle misure di trattamento alternative al manicomio e a limitare il cospicuo utilizzo di strumenti di contenzione. Nacquero in varie parti del mondo movimenti e iniziative che si proponevano di alternarsi e sostituirsi all'ordine istituzionale psichiatrico.

Si sviluppò un forte dibattito che coinvolse l'Europa e l'America e inglobava vecchie e nuove scienze, come lo erano l'antropologia e la sociologia, che criticavano l'approccio repressivo della psichiatria classica ritenendolo fallimentare e obsoleto. Gli studiosi consideravano con maggiore attenzione lo stretto legame tra la malattia mentale e l'ambiente sociale e arrivarono alla conclusione che l'individuo non poteva essere curato al di fuori del tessuto sociale di riferimento, ma, al contrario, l'unica terapia possibile doveva coinvolgere e considerare gli elementi ambientali e relazionali.

Le scienze sociali analizzarono quanto la società influenzi la persona e il suo comportamento e di conseguenza dimostrarono l'enorme impatto che il contesto sociale ha sullo sviluppo, sull'evoluzione e sul trattamento dei disturbi mentali, mentre la psichiatria ignorava tali componenti focalizzandosi solamente su caratteristiche biologiche individuali.

Da questi concetti di base si sviluppò la psichiatria sociale che per la prima volta metteva al centro del suo studio e delle sue teorie l'importanza dell'ambiente sociale, della classe di riferimento, del luogo di appartenenza e della famiglia di origine, creando una cornice teorica che ancora oggi è di riferimento.

Un altro esito del dibattito che a partire dal 1960 ha investito l'istituzione manicomiale e la psichiatria stessa, è il movimento dell'antipsichiatria, che arriva al punto di negare il fondamento stesso di questa branca della medicina. Il termine antipsichiatria venne coniato da David Cooper nel 1967 e definì il modello di pensiero critico che cavalcava il periodo rivoluzionario e metteva in discussione la realtà dal punto di vista sociale, culturale e politico.

L'antipsichiatria condannava in primis le pratiche allora utilizzate per la malattia mentale, quali l'elettroshock e la lobotomia, basate su un'idea della psichiatria di tipo biologico che ora era considerata fallimentare e brutale, e l'utilizzo spropositato di psicofarmaci. Tale movimento si presenta eterogeneo al suo interno e si divide in più filoni di pensiero, comprendendo alcune voci più radicali e altre più moderate, mantenendosi però sempre in opposizione alla psichiatria classica.

I suoi principali esponenti sono stati Ronald Laing e David Cooper in Inghilterra, Michel Foucault e Félix Guattari in Francia, Franco Basaglia in Italia e Thomas Szasz negli Stati Uniti.

Forse per la troppa eterogeneità delle voci al suo interno, o per le posizioni più estreme e radicali che banalizzavano l'ideologia e deviavano le opinioni di chi ne era

interessato, portandole verso soluzioni irrealizzabili e illusorie. Ma si può dire con certezza che scosse le coscienze e aprì la strada alla vera rivoluzione, al concreto cambiamento che partendo dall'Italia si diffuse in tutto il mondo, grazie al nome di Franco Basaglia e della sua esperienza nell'ospedale psichiatrico di Gorizia.

1.2 I manicomi marchigiani

Ponendo l'attenzione sul trattamento dei malati mentali ad Ancona, le prime notizie al riguardo risalgono al 1749 quando, su sollecitazione del papa Benedetto XIV, viene destinata loro una piccola struttura dal nome "Il Casone", nell'odierno parco del Cardeto. Successivamente, quando il Casone viene distrutto, i malati mentali vengono dapprima trasferiti nei locali della chiesa di San Ciriaco e poi nell'ospedale di San Francesco alle Scale, gestito dall'ordine dei Fatebenefratelli.

In quest'ultima struttura le loro condizioni di vita non cambiano in modo significativo finché Padre Benedetto Vernò, priore dell'ordine dei Fatebenefratelli, decise di costruire per loro una struttura specifica che tenga in considerazione i moderni criteri di cura, basati soprattutto sull'esperienza francese di Philippe Pinel (1745-1826).

Nel 1840 viene inaugurato in Ancona il manicomio San Giovanni di Dio, all'interno del complesso di San Francesco alle Scale, in via Fanti.

Nel discorso di inaugurazione, Padre Benedetto Vernò afferma con orgoglio che il manicomio di Ancona era stato costruito nel migliore dei modi e che, in quella struttura, era vietata ogni forma di violenza corporale:

"in questo io mi sono adoperato, per quanto era in me, di riunire, sì per l'architettura... e la distribuzione delle varie parti onde è composto, come per tutta quella varietà di mezzi e di soccorsi che la scienza di questa altissima parte della medicina ha insegnato proficui, ogni richiesta condizione perché esso in ogni varietà di casi di malattie mentali possa riuscire al suo fine; ed oso dire che quivi nulla manca a cotanta opera si richiede.

In questo pio ospizio sono abolite le catene, le bastonate e qualunque offesa corporale ... Giammai avvenga che i custodi ed i serventi facciano lecito di usare le minime

durezze verso i poveri mentecatti ... Sarà tosto e sul fatto licenziato qualunque servente, il quale obliasse una sola volta questa essenzialissima legge.”

Il manicomio in questione continua ad essere in funzione fino al 1901.

Durante questi anni vi è un susseguirsi di direttori che ben presto evidenziano una difficoltà nel gestire l'aumento del numero di ricoverati che arriva a salire fino a 395 nel 1900. Il manicomio di via Fanti era progettato per contenere circa quaranta persone pertanto continua era la ricerca di nuovi spazi da utilizzare.

Il consiglio della Provincia di Ancona, dopo il suo insediamento nel 1865, è costretto ad affrontare molto presto la questione del manicomio, ormai inadeguato.

Il 24 aprile 1898 viene posta la prima pietra del nuovo manicomio in piano San Lazzaro, in una zona situata all'epoca a circa due chilometri e mezzo dalla città.

La costruzione del nuovo manicomio dura tre anni e soltanto nel 1901 viene organizzato il trasferimento dei pazienti.

Il manicomio di Ancona, considerato all'epoca come uno dei migliori d'Italia, nasce come una struttura d'avanguardia che sperimenta il sistema a padiglioni disseminati, più avanzato rispetto al sistema chiuso. Questo sistema permette di distinguere e separare i pazienti a seconda della malattia, come voleva la psichiatria di allora, in modo tale che “i malati non si disturbino reciprocamente e si trovino nell'ambiente più proprio ed opportuno”.

Inoltre il manicomio di Ancona non è circondato da mura, bensì da una siepe e ha a disposizione un ampio spazio da dedicare al lavoro, in questo caso agricolo, fondamentale secondo la psichiatria del tempo in quanto ha un'azione curativa.

Il manicomio di piano San Lazzaro rimase in funzione per circa un secolo.

Come vedremo successivamente, la legge 180 del 1978, meglio nota come Legge Basaglia, sancisce la chiusura dei manicomi in Italia. Come in altri contesti, anche in Ancona vengono rapidamente dimessi numerosi pazienti, anche se alcuni continuano a vivere nella struttura fino agli anni Novanta.

1.3 La rivoluzione psichiatrica: Franco Basaglia e la legge 180/78

«L'importante è che abbiamo dimostrato che l'impossibile può diventare possibile. Dieci, quindici, venti anni addietro era impensabile che il manicomio potesse essere distrutto. D'altronde, potrà accadere che i manicomi torneranno ad essere chiusi e più chiusi ancora di prima, io non lo so! Ma, in tutti i modi, abbiamo dimostrato che si può assistere il folle in altra maniera, e questa testimonianza è fondamentale. Non credo che essere riusciti a condurre una azione come la nostra sia una vittoria definitiva. L'importante è un'altra cosa, è sapere ciò che si può fare.»

Franco Basaglia, Conferenze brasiliane, 1979

Franco Basaglia è uno psichiatra e neurologo, nato a Venezia l'11 marzo del 1924, in una famiglia benestante ed è il secondo genito di tre figli.

Mentre i genitori si riconoscevano nello stato fascista, Basaglia aderì ad un movimento che vi si opponeva quando ancora frequentava il liceo. Iniziò una ferrea contestazione al regime che lo portò ad essere imprigionato per sei mesi nel 1944 all'interno del carcere di Santa Maria Maggiore di Venezia, a seguito di una protesta alla quale prese parte. Non parlò molto di questa esperienza nel corso della sua vita e nelle sue opere, se non per spiegare cosa provò una volta arrivato al manicomio di Gorizia dopo esserne stato nominato direttore. Così dirà in seguito:

“Quando sono entrato per la prima volta in un carcere ero studente di Medicina. Lottavo contro il fascismo e sono stato incarcerato. Mi ricordo della situazione allucinante che mi sono trovato a vivere. Era l'ora in cui venivano portati fuori i buglioli dalle varie celle. C'era un odore terribile, un odore di morte. Mi ricordo di aver avuto la sensazione di essere in una sala di anatomia dove si dissezionano i cadaveri. Tredici anni dopo la laurea sono diventato direttore di un manicomio e quando vi sono entrato per la prima volta ho avuto quella stessa sensazione. [...] Ho avuto la certezza che quella era un'istituzione completamente assurda, che serviva solo allo psichiatra che ci lavorava per avere lo stipendio a fine mese. A questa logica assurda, infame del manicomio noi abbiamo detto no.”

(F. Basaglia, Conferenze brasiliane)

Basaglia frequentò il liceo classico della sua città e successivamente, nel 1949, si laureò in medicina presso l'Università di Padova.

Nel 1953 si specializzò in malattie nervose e mentali presso la facoltà della clinica neuropsichiatrica di Padova. Successivamente, nel 1958, divenne docente di psichiatria presso l'Università di Padova.

Da lì a poco, però, non godette più di una buona fama tra i colleghi, poiché le sue tesi furono giudicate rivoluzionarie e poco ortodosse rispetto al clima vigente in quel periodo. Quindi, dopo aver subito ostilità, decise nel 1961 di lasciare l'insegnamento per trasferirsi a Gorizia con la famiglia, dove era stato nominato direttore dell'ospedale psichiatrico. Nella clinica psichiatrica di Gorizia, Basaglia entrò in contatto con la vera realtà custodialistica e psichiatrica dell'istituto, caratterizzata principalmente da trattamenti aberranti regolarmente inflitti ai malati, non considerati persone in difficoltà e da aiutare, bensì soggetti da controllare, reprimere, sedare e nascondere.

In poco tempo, Basaglia, riuscì a modificare i metodi di cura applicati in quel periodo. In primo luogo fece eliminare l'elettroshock e incoraggiò un nuovo tipo di approccio relazionale da stabilire tra malato e medico, o personale psichiatrico in generale, focalizzato su una maggiore vicinanza emotiva.

Nel 1971 si trasferisce all'ospedale psichiatrico di Trieste e lì, con l'appoggio del presidente della provincia Michele Zanetti, presenta un programma di ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica provinciale.

Nel corso della sua carriera, in particolare nell'ospedale psichiatrico di Gorizia e di Trieste, Basaglia mise in atto numerose riforme a favore dei pazienti psichiatrici che diedero inizio ad un processo di "umanizzazione" degli ospedali psichiatrici.

Nel 1978 venne approvata la legge 180, stesa dallo stesso Franco Basaglia, che contiene alcuni principi fondamentali come la chiusura delle strutture manicomiali e la ridefinizione dei criteri per i Trattamenti Sanitari Obbligatorii, in modo da garantire una maggior tutela dei diritti del malato. Propone inoltre dei servizi di prevenzione, cura e riabilitazione extra-ospedalieri, che non implicano il ricovero ma si articolano sul territorio. La legge 180/78 venne poi riassunta nella legge di Riforma Sanitaria (L. 833/78). Di seguito ne vengono riportati i punti chiave:

- Eliminazione del concetto di pericolosità per sé e per gli altri;
- Rispetto dei diritti umani;
- Disposizione di chiusura degli ospedali psichiatrici su tutto il territorio nazionale;
- Costruzione di strutture alternative al manicomio;

- Servizi psichiatrici territoriali come fulcro dell'assistenza psichiatrica;
- Istituzione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) all'interno degli ospedali generali per il trattamento delle acuzie;
- Trattamento sanitario di norma volontario;
- Interventi terapeutici urgenti in caso di rifiuto di cure e mancanza di idonee condizioni per il trattamento extra-ospedaliero (TSO);
- Introduzione del concetto di "correlazione funzionale" tra SPDC o strutture di ricovero e servizi territoriali.

La situazione dell'assistenza psichiatrica nelle diverse aree del nostro paese rimase però molto eterogenea; la legge 180, infatti, si limitava ad indicare alcuni principi guida, lasciando alle Regioni il potere di decidere autonomamente i modelli organizzativi.

A partire dal 1994, con la stesura del primo progetto-obiettivo nazionale sulla tutela della salute mentale, si tentò di uniformare maggiormente anche il modello organizzativo.

Nonostante alcune critiche e proposte di revisione, la legge 180 è ancora la legge quadro che regola l'assistenza psichiatrica in Italia.

Il disegno di legge proposto dal governo sarà discusso in settimana dal Parlamento

Manicomi, comincia l'ultimo atto

ROMA — In settimana (il giorno preciso non è ancora deciso) il Consiglio dei ministri sottoporrà all'esame della commissione Sanità della Camera il disegno di legge sull'assistenza psichiatrica. Si prevede che l'approvazione della legge avverrà in sede legislativa a breve scadenza dalla presentazione. Sul disegno (proposto da Bonifacio Indrocci e Anselmi e predisposto per evitare il referendum abrogativo della legge mantovana) non tutti gli specialisti si dicono d'accordo: in particolare, le critiche di "contraddittorietà e arre-

tratezza" arrivano da Psichiatria democratica. Ecco i punti più qualificanti della nuova legge.

● Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari e possono essere disposti in via obbligatoria solo eccezionalmente, cioè « in casi di gravi alterazioni psichiche ». Dopo un "obbligo" spetta al giudice sulla sua qualità di autorità sanitaria locale.

● I « trattamenti sanitari obbligatori » a carico dello Stato devono essere attuati nelle strut-

ture pubbliche o convenzionate; l'inferno ha detto di cominciare con chi ritenga opportuno. Inoltre,

« il trattamento deve essere attuato esclusivamente in specifici e sussidiari servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, previsti all'interno di dipartimenti che comprendono i presidi e i servizi extraospedalieri psichiatrici ». Questi servizi si avvalgono del personale che attualmente presta lavoro negli ospedali psichiatrici.

● La legge infine proibisce la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici.

“Così siamo usciti dal nostro medioevo”

di DANIELA PASTI

« Non sono uno psichiatra, ma chiunque abbia visto l'orrore di certi manicomi in Italia non può che indignarsi del loro smantellamento ». Carlo Mastanaro, direttore sanitario del S. Camillo, si è sempre schierato contro le istituzioni

che gli ospedali ai quali affidare i malati di mente. Ve ne sono infatti alcuni che lavorano con il settanta, l'ottanta per cento dei posti occupati, e queste vengono ritenute le condizioni ottimali per un ospedale, altri, come il S. Camillo, dove abbi-

Per Basaglia ora è da colpire "lo strapotere dei direttori"

di NATALIA ASPESI

TRIESTE, 18 — Entro il mese di aprile il Parlamento dovrà approvare gli otto articoli del disegno di legge che riguarda la riforma psichiatrica: è il solo modo per evitare il referendum popolare per l'abolizione della legge manicomiale che risale al 1964. « Il referendum potrebbe essere un modo per discutere sulla situazione della assistenza in Italia: ma notremmo anche

in attesa di trovare una sistemazione. Gli altri sono tornati in famiglia o vivono in città in 23 appartamenti, seguiti dai sei centri di salute mentale. L'esperienza, con mille difficoltà, è ormai integrata nella città: i « matti », vivono in mezzo alla gente, i centri sono pronti a intervenire per rispondere dei loro bisogni. Dove troverà aiuto chi sta male quando non ci saranno

1.4 L'organizzazione attuale dei servizi di salute mentale

L'organizzazione dei servizi di salute mentale, in Italia, in accordo con la normativa vigente, prevede differenti tipologie di strutture coordinate all'interno di un modello "dipartimentale" (DSM).

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie. Per dipartimento si intende una struttura organizzativa, costituita dal raggruppamento di una pluralità di Unità Operative (UO), che assicura la produzione di prestazioni e servizi assistenziali, l'organizzazione e la gestione efficiente delle risorse, che promuove il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali, che garantisce la partecipazione dell'insieme di professionisti al processo decisionale relativo alle scelte finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi.

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL). Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- i Centri di Salute Mentale (CSM);
- i Centri Diurni (CD);
- le strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative;
- i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH);

Inoltre l'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche.

Il CSM si occupa di attività di accoglienza, analisi della domanda, attività diagnostica, definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, attività di raccordo con i medici di medicina generale, trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti, colloqui psicologici, intese ed accordi di programma con i Comuni, collaborazione con associazioni di volontariato e agenzie della rete territoriale.

Il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel territorio. È dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

Il CD può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. Nel rispetto degli standard nazionali per l'accreditamento, i rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscano la continuità della presa in carico.

Si definisce struttura residenziale (SR) una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal DSM con programma personalizzato e periodicamente verificato. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative.

Le strutture residenziali sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e non hanno più di 20 posti. Sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire lo scambio sociale.

Le SR possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale.

Le strutture residenziali riabilitative (SRR) offrono una soluzione terapeutico-riabilitativa a persone clinicamente stabilizzate per le quali è necessario un ambito residenziale tutelato e per cui sia possibile individuare un obiettivo di miglioramento nell'ambito del trattamento riabilitativo.

La comunità protetta (CP) è una struttura residenziale destinata ad utenti i cui programmi assistenziali a carattere più specificatamente terapeutico si siano rivelati insufficienti a causa delle ridotte potenzialità evolutive delle loro condizioni.

In questo caso l'obiettivo da perseguire è il mantenimento e, ove possibile, lo sviluppo dell'autonomia individuale e della capacità di relazione interpersonale.

I Gruppi Appartamento sono strutture residenziali destinate ad un numero massimo di 6 utenti con caratteristiche di autosufficienza e residuo minimo di bisogno assistenziale. Questa struttura ha l'obiettivo di formare e preparare l'utente all'autonomia assoluta, sotto la guida, la consulenza e l'assistenza del DSM.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero e trattamenti ad alta intensità terapeutica. Esplica, inoltre, attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. È ubicato all'interno delle strutture ospedaliere (Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie, Policlinici universitari) ed è parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale.

Il Day Hospital psichiatrico (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, o presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM, dotate di adeguati spazi. Il Day Hospital psichiatrico permette di effettuare trattamenti farmacologici e accertamenti diagnostici evitando il ricorso al ricovero.

1.5 La riabilitazione psichiatrica

Per riabilitazione, secondo le indicazioni dell'O.M.S., si intende un “processo che deve facilitare agli individui con handicap secondari ad una disabilità o disagio psichico, l'accesso a tutte le opportunità per raggiungere il livello ottimale di funzionamento autonomo nella comunità di appartenenza, in correlazione alle potenzialità residue.

Implica dunque un intervento teso sia al miglioramento delle competenze individuali sia all'introduzioni di modificazioni ambientali che creino le condizioni per la migliore qualità possibile di vita.”

La riabilitazione psichiatrica è, quindi, l'insieme di tecniche e di interventi utili a diminuire gli effetti della cronicizzazione del disagio psichico e a promuovere attivamente il reinserimento del paziente nel contesto sociale e lavorativo di riferimento.

La cronicità delle malattie psichiatriche non dipende solamente dalla tipologia e dall'intensità del disturbo, ma è soprattutto il risultato di una serie di variabili che compromettono il processo di guarigione: questi fattori sono da individuare nei rapporti familiari problematici, in eventuali progetti terapeutici non adeguati alla

persona e nella chiusura dell'ambiente sociale che nega la possibilità di instaurare relazioni. Ogni pratica riabilitativa non può prescindere dalla connessione dell'individuo con la società e dalla rete di legami al suo interno, deve infatti differenziarsi per ogni caso specifico, adattandosi alle particolarità individuali e contestuali della persona seguita. Per questo la riabilitazione presuppone la multidisciplinarietà e deve coinvolgere il paziente, la famiglia, la comunità e il suo territorio.

In materia di riabilitazione psichiatrica esistono vari modelli teorici di riferimento, tra cui i degni di nota sono: i modelli di social skills training, il modello di potenziamento dei comportamenti socialmente competenti, il modello di Ciompi e i modelli psicoeducativi.

I modelli di social skills training vedono tra i loro maggior esponenti gli statunitensi Liberman, Anthony, Farkas, Bellack e Wallace.

Il social skills training può essere definito come “l'insieme di quei metodi che utilizzano i principi della teoria dell'apprendimento allo scopo di promuovere l'acquisizione, la generalizzazione e la permanenza delle abilità necessarie nelle situazioni interpersonali” (Thornicroft, 1992).

Questo approccio si fonda sul modello bio-psico-sociale secondo cui esordio, decorso ed esito delle malattie mentali sono determinati dall'interazione di quattro fattori, ossia la vulnerabilità, lo stress, il coping e la competenza.

Di derivazione comportamentista, i modelli di social skills training sono finalizzati al rinforzo delle abilità sociali quali l'autogestione, il self help, la gestione dello spazio abitativo, le attività lavorative.

Il modello di potenziamento dei comportamenti socialmente competenti o modello di Spivak si pone l'obiettivo di contrastare il cammino del paziente verso la cronicità in un'ottica psicosociale, operando attraverso la valutazione dei comportamenti socialmente competenti del soggetto e le interazioni tra questi comportamenti e le aspettative del contesto del soggetto.

Secondo Spivak, la persona che soffre di disturbi psichiatrici a causa delle problematiche della sua malattia può riscontrare delle difficoltà nella vita quotidiana che la porteranno a vivere fallimenti e conseguenti sentimenti di frustrazione.

Tutto ciò condurrà la persona ad isolarsi progressivamente, cercando di evitare le situazioni compromettenti, e a farsi allontanare dai contesti che la metterebbero in difficoltà. Questo processo comporta una cronicizzazione della patologia poiché

l'individuo impara a stare dentro i limiti delle proprie capacità, adattandosi alla categoria di malato dalla quale difficilmente sarà in grado di uscire.

La riabilitazione deve intervenire facendo sviluppare alla persona i comportamenti socialmente competenti, che gli eviteranno di nutrire sentimenti di disagio o frustrazione, secondo cinque aree: la cura personale, l'abitazione, la famiglia, il lavoro, lo spazio sociale e ricreativo.

Il modello di Ciompi, invece, si pone l'obiettivo di reinserire totalmente il paziente nella normale vita quotidiana e lavorativa della comunità di appartenenza.

Questo modello si basa sulle attività di recupero, più o meno intense, e sulle aspettative che nutrono l'individuo, i suoi familiari e gli operatori coinvolti.

Tali attese hanno molta influenza sul processo riabilitativo del paziente poiché hanno la capacità di condizionare l'atteggiamento dell'individuo nei confronti delle attività proposte, rendendolo più o meno partecipativo. Infatti, Ciompi afferma che il processo di cambiamento si attiva più con la modificazione dell'atteggiamento del campo sociale che con interventi focalizzati sul singolo paziente.

Il modello di Ciompi si focalizza particolarmente sulle dimensioni lavorativa e abitativa, sulle quali è possibile intervenire e verificare il grado di miglioramento dell'individuo.

Infine, i modelli psicoeducativi si basano sugli studi condotti a Londra da Brown e Wing negli anni Sessanta. Con tali studi si mirava, in principio, a stabilire quali fossero le variabili rilevanti per valutare il grado di adattamento sociale degli psicotici dimessi dagli ospedali e, in un secondo tempo, vista l'importanza che assumeva in quella prospettiva il criterio dell'evitamento delle ricadute, a identificare i fattori precipitanti le recidive. I follow-up condotti da Brown su pazienti schizofrenici indicavano un ruolo preponderante dell'Emotività Espressa (EE), ossia degli aspetti verbali e non verbali della comunicazione tra paziente e familiare, in relazione a quattro componenti:

- commenti critici;
- ostilità;
- ipercoinvolgimento emotivo;
- empatia.

Le finalità dell'intervento psicoeducativo sono essenzialmente quelle di diminuire o impedire le ricadute. Questo intervento è suddiviso in più passaggi i quali prevedono una valutazione del nucleo familiare, una formazione della famiglia in merito alla

patologia psichiatrica e l'insegnamento di un metodo di problem solving da attuare nei momenti di difficoltà.

A differenza dei precedenti modelli, l'intervento psicoeducativo non si focalizza sull'utente bensì coinvolge tutti i membri della famiglia, accompagnandoli nell'assistenza della persona in difficoltà.

In questo modo, il processo di guarigione dell'individuo avviene in maniera trasversale, integrando il trattamento farmacologico e le progettualità riabilitative che mirano alla creazione di solidi nuclei familiari, in grado di svolgere un'importante funzione di cura e supporto.

Indipendentemente dal modello di riabilitazione adottato, è necessario che gli operatori coinvolti siano in grado di mettere in atto gli strumenti che più si adattano alle caratteristiche della persona affinché il progetto possa apportare dei benefici.

Gli interventi di riabilitazione psichiatrica devono, quindi, sviluppare le risorse del soggetto in linea con i bisogni da lui dimostrati e devono prevedere delle fasi di verifica e di valutazione durante le quali riadattare e riformulare il progetto in base alle nuove esigenze.

CAPITOLO 2

L'EDUCATORE PROFESSIONALE IN PSICHIATRIA

2.1 Ruolo e funzioni dell'Educatore Professionale

La figura dell'Educatore Professionale è stata oggetto di numerosi studi da quando, agli inizi degli anni Cinquanta, ha iniziato a essere impiegata nei servizi.

Degno di nota è lo studio svolto dal Ministero dell'Interno mediante la "Commissione Nazionale di studio per la definizione dei profili professionali e dei requisiti di formazione degli operatori sociali", i cui esiti furono pubblicati nel 1984.

La Commissione giunse a definire l'educatore professionale come "un operatore che, in base a una specifica formazione professionale di carattere teorico e tecnico-pratico e nell'ambito dei servizi socio-educativi e educativo-culturali extrascolastici, residenziali o aperti, svolge la propria attività nei riguardi di persone di diverse età, mediante la formulazione e 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 sociale, agendo, per il perseguimento di tali obiettivi, sulla relazione interpersonale, sulle dinamiche di gruppo, sul sistema familiare, sul contesto sociale e ambientale e sull'organizzazione dei servizi in campo educativo".

Sempre nel 1984 il Ministero della Sanità provvide a riconoscere la figura dell'Educatore Professionale, già presente tra le professioni della riabilitazione sin dal DPR 761 del 20/12/1979.

Il DM 10/2/1984 n. 1219 in materia di "Identificazione dei profili professionali attinenti a figure atipiche o di dubbia ascrizione" specificò che "l'Educatore Professionale cura il recupero e il reinserimento di soggetti portatori di menomazioni psicofisiche. Il requisito specifico (...) di ammissione al concorso è il possesso di un corso di abilitazione di durata almeno biennale svolto in presidi del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture universitarie, cui si accede con diploma di istruzione di secondo grado".

Nel 1992, il decreto legislativo 502/92 stabilì che le figure professionali che il Ministero della Sanità aveva riconosciuto, dovessero essere riordinate. La figura dell'Educatore Professionale fu riordinata con il DM 520/98, "Regolamento recante

norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale”.

Nel DM 520/98 l'Educatore Professionale viene descritto come “l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativi/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà”.

Il riconoscimento da parte del Ministero della Salute ha inserito questa figura tra le professioni sanitarie dell'area della riabilitazione (DM 19/3/1999) e ha connotato la professione come professione dotata di autonomia professionale e non più “ausiliaria” del medico (LN 42/99).

Con i DM 27/7/00 e 22/06/2016 sono state stabilite le equipollenze mentre, solo recentemente, con la legge 3/2018 si è provveduto alla costituzione dell'albo professionale.

In generale, il compito dell'educatore professionale è di far emergere (educare: dal latino educĕre, “trarre fuori”) e sviluppare le potenzialità dei soggetti in difficoltà per condurli verso la maggiore autonomia possibile.

Il suo agire è integrato con quello di altre figure professionali e consiste nel programmare, attuare e verificare interventi educativo-riabilitativi.

I ruoli e le funzioni dell'educatore devono, comunque, essere sempre declinati nello specifico dei servizi in cui opera. L'area di intervento, infatti, è molto vasta e comprende la disabilità fisica e psichica, la dipendenza da sostanze, la psichiatria, gli anziani, i minori, l'interculturalità, l'educazione degli adulti, la marginalità, la prevenzione del disagio giovanile.

Insieme agli utenti, nel processo educativo-riabilitativo, è coinvolta anche la loro rete di relazioni ovvero le famiglie, i gruppi e le istituzioni.

Il percorso formativo dell'educatore è multidisciplinare e spazia da saperi più prettamente umanistici (come pedagogia generale e speciale, psicologia generale, della disabilità e dello sviluppo, sociologia generale, della comunicazione e della devianza, antropologia culturale), a quelli sanitari (come psichiatria clinica, sociale e riabilitativa, scienze biomediche e neurobiologiche, farmacologia) e giuridici (come diritto pubblico).

Oltre alle conoscenze teorico-disciplinari, l'educatore deve acquisire una serie di competenze professionali, ovvero un insieme di conoscenze, abilità e attitudini necessarie per agire in una determinata situazione o in un certo contesto.

La competenza che maggiormente caratterizza questa figura professionale è la competenza relazionale, definita come "relazione educativa".

La relazione educativa si costruisce con il tempo, attraverso lo scambio. È importante che l'educatore si dimostri aperto e disponibile nei confronti della persona con cui opera, atteggiamento possibile grazie all'ascolto attivo e all'esserci.

Esserci è una condizione necessaria affinché l'altra persona riconosca l'operatore come una risorsa, un supporto, per raggiungere un benessere di vita dignitoso e sperimentare una sicurezza nei confronti del professionista che si trova affiancato.

L'educatore deve quindi guadagnare la fiducia della persona così da poter iniziare a strutturare un rapporto di collaborazione, volto in seguito alla pianificazione di un progetto e un percorso per la persona.

Per permettere all'educatore di meglio conoscere e soprattutto comprendere la persona con cui opera, è necessario, in primo luogo, conoscere la sua storia, il suo percorso, attraverso lo scambio con coloro che hanno vissuto con la persona, i familiari, e con coloro che eventualmente si sono occupati di essa, ad esempio altri operatori sanitari. Possedere delle informazioni riguardanti la persona permette di iniziare a creare un quadro, il quale non è comunque sufficiente, in quanto in qualità di educatori non ci si basa unicamente sulle diagnosi, ma sull'osservazione: strumento utile e decisivo a disegnare un quadro corretto e definito della persona.

L'osservazione è, oltre alla relazione, uno degli strumenti principali che l'educatore può e deve utilizzare per avvicinarsi al meglio alla persona e alla sua storia. L'osservazione è necessaria per meglio comprendere in che direzione si vuole procedere e per meglio capire quali sono le risorse e i limiti, attuali, dell'individuo, così da poterne fare uso nel progetto che si vuol intraprendere.

L'osservazione come strumento non deve essere utilizzato solo in una prima parte conoscitiva nei confronti della persona, ma va messa in campo sempre, questo per poter cogliere a pieno l'individuo.

Un altro elemento necessario nel lavoro dell'educatore è l'ascolto attivo, esso si differenzia dall'ascolto normale perché è definito secondo alcuni indicatori, è quindi ben lontano dall'ascolto passivo di uno scambio tra amici. L'ascolto attivo porta il

professionista a mettere in atto diversi atteggiamenti e condizioni nei confronti della persona con cui lavora.

L'attenzione è posta verso l'individuo, non ci devono essere elementi esterni che possono distrarre l'attenzione da quello che l'altro ci sta dicendo, lo sguardo e il comportamento non verbale del corpo deve trasmettere un senso di accoglienza e apertura, condizioni che permettono all'altro di aprirsi senza sentirsi oppresso o costretto.

Tra le altre competenze che l'educatore è tenuto ad acquisire, occorre ricordare:

- la competenza valutativa che consente di comprendere la situazione di partenza, di monitorare il progetto, apportando le eventuali modifiche necessarie, e di esaminarne gli esiti;
- la competenza riflessiva che permette di analizzare il proprio agito attraverso una riflessione individuale o grupale mediante la supervisione;
- la competenza organizzativa, utile a pianificare e realizzare il progetto educativo riabilitativo.

Col fine di aggiornare e sviluppare le competenze e le conoscenze professionali, l'educatore è inserito in un processo di formazione permanente. Il DM 520/98 prevede che l'educatore partecipi ad attività di studio, ricerca e documentazione e contribuisca attivamente alla formazione degli studenti e del personale di supporto.

Nel 2002 l'ANEP (Associazione Nazionale Educatori Professionali) ha elaborato e adottato il Codice deontologico dell'educatore professionale che risulta essere un punto di riferimento fondamentale per l'agire dell'educatore.

All'interno del Codice deontologico si individuano le responsabilità, i doveri e gli impegni applicabili nell'esercizio della professione indipendentemente dalla situazione di lavoro, dall'utenza di riferimento, dall'organizzazione dei servizi in cui opera.

2.2 L'Educatore Professionale nei servizi psichiatrici

L'educatore professionale in ambito sanitario opera nell'area della riabilitazione e, nello specifico della psichiatria, nei servizi come il Centro di salute mentale, il Centro diurno e le Strutture residenziali.

Al loro interno, in collaborazione con l'équipe multidisciplinare, l'educatore è responsabile del processo educativo-riabilitativo ovvero l'insieme di azioni teoriche e pratiche che egli mette in atto dal momento in cui entra in contatto con l'utente fino alle dimissioni dello stesso.

La prima tappa del processo educativo-riabilitativo è la fase dell'accoglienza ovvero l'organizzazione di alcuni incontri conoscitivi in cui l'educatore effettua una prima valutazione complessiva del soggetto in difficoltà.

La seconda fase corrisponde alla valutazione vera e propria, o assessment, ovvero la raccolta e l'organizzazione d'informazioni sull'utente mediante l'utilizzo di strumenti specifici.

In riabilitazione, la valutazione prende in considerazione la globalità della persona: questo vuol dire che s'indagano gli aspetti deficitari dell'utente, ma anche le sue abilità e risorse, la storia individuale, il contesto in cui vive e la sua rete relazionale.

Gli strumenti impiegati per l'assessment sono diversi e possono essere raggruppati essenzialmente in due categorie: informali o non strutturati e formali o strutturati.

Il primo gruppo è composto dall'osservazione diretta e/o partecipata sul campo e dai colloqui con l'utente e/o i familiari. Il secondo gruppo, invece, utilizza strumenti quali test, scale di valutazione, interviste semistrutturate, questionari auto/etero-somministrati per indagare una o più aree specifiche.

Fra gli strumenti validati che possono essere usati in psichiatria, si presenta a titolo di esempio il VADO. Il VADO (Valutazione di Abilità Definizione degli Obiettivi), di ispirazione cognitivo-comportamentale, ha una componente valutativa e un'altra di pianificazione e conduzione dell'intervento riabilitativo. Mediante un'intervista semistrutturata (Valutazione del Funzionamento) si analizzano ventotto aree concernenti il funzionamento personale e sociale dell'utente, tra cui la cura di sé, la gestione della propria salute psichica, i propri comportamenti, il ruolo lavorativo, le attività quotidiane, la vita familiare e sociale.

Il punteggio finale viene assegnato secondo la scala di Funzionamento Personale e Sociale, dove 100 è il punteggio massimo e indica un livello eccellente in tutte le aree indagate. I problemi nelle singole aree vengono codificati secondo livelli di difficoltà: assente, lieve, evidente ma non marcato, marcato, grave, gravissimo. Mediante il modulo delle Aree Riabilitative è, inoltre, possibile avere una fotografia globale dei problemi presenti e seguire l'andamento degli interventi nelle singole aree (0, non vi sono problemi; 1, vi sono problemi ma non vi è un intervento; 2, è in fase di

progettazione l'intervento riabilitativo; 3, è in corso l'intervento riabilitativo; 4, l'intervento riabilitativo è da considerarsi concluso).

Dopo la valutazione, l'educatore è in grado di identificare le necessità educative e riabilitative dell'utente e di inserirle in una scala di priorità da cui partire per stilare un progetto individualizzato.

Il progetto educativo – riabilitativo è un percorso da costruire per e con l'utente, infatti il progetto va negoziato con il soggetto preso in carico e va declinato nel contesto in cui vive per un'ottica di personalizzazione dell'intervento.

In questo stadio del processo vengono individuati ed esplicitati:

- la finalità;
- gli obiettivi;
- le attività;
- le risorse coinvolte;
- la frequenza e la durata delle attività;
- gli spazi;
- i costi;
- le modalità e i tempi di monitoraggio;
- gli indicatori di esito, le modalità e i tempi di verifica.

Un fattore essenziale da considerare durante la progettazione è il tempo che si declina rispetto all'intervento (inizio e conclusione), alle attività svolte (durata e frequenza) e alla valutazione (iniziale, di monitoraggio e finale).

Il porsi dei confini temporali, che, in quanto tali, sono rassicuranti e responsabilizzanti, non deve cancellare un'altra importante caratteristica del progetto

che è quella della flessibilità. Grazie al monitoraggio dell'intervento è possibile, infatti, riformulare e rimodellare gli obiettivi, le attività e i tempi qualora sia necessario.

L'ultima fase è quella del follow-up ovvero la valutazione finale e complessiva del processo educativo-riabilitativo. Questo è lo stadio in cui si prende in considerazione tutto il percorso e lo si condivide con l'équipe multidisciplinare: si evidenziano i punti di forza e quelli di debolezza; si riflette sulle azioni che si sono messe in campo e sulle motivazioni teoriche che hanno portato a scegliere determinati strumenti e metodologie piuttosto che altre; si analizzano i momenti di criticità.

In altre parole, si fa una sintesi che consenta di avere una visione d'insieme di ciò che è stato fatto; allo stesso tempo, si collabora per migliorare il proprio lavoro.

Fondamentale nel processo educativo – riabilitativo è la relazione che si instaura tra l’educatore e l’utente, ossia la “relazione educativa”. Questa trova le sue fondamenta sulla fiducia, l’empatia, l’ascolto, il rispetto, l’accettazione e la disponibilità.

La relazione educativa deve mettere l’utente nella posizione di esprimere i propri sentimenti, paure, vissuti, desideri, aspettative e nello stesso tempo di fidarsi delle indicazioni e dei suggerimenti ricevuti.

La relazione educativa implica il mettersi in gioco da parte dello stesso educatore; per questo motivo, con tale termine si indica anche il “saper essere” ovvero la disponibilità al coinvolgimento personale e la gestione dei propri vissuti ed emozioni.

L’educatore professionale, all’interno dei servizi psichiatrici, si occupa inoltre di promuovere l’attivazione di risorse sociali e sanitarie nella comunità e nel territorio ed opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti.

2.3 L’educatore professionale e la famiglia dell’utente psichiatrico

Con il cambiamento introdotto dalla legge 180/1978 e la progressiva chiusura degli ospedali psichiatrici, si è visto uno spostamento della scena della cura dell’utente psichiatrico da un luogo, il manicomio, alle relazioni, le persone, le famiglie.

In passato la famiglia restava al di fuori del percorso terapeutico. Ad oggi, la mancata partecipazione della famiglia viene vista come grave impedimento al raggiungimento degli obiettivi prefissati nel percorso riabilitativo.

L’individuo che soffre di disturbi psichiatrici, lievi o gravi, vive e ha continui interscambi con un ambiente in grado di far emergere e rendere acuto il suo disagio o di contenerlo e ridurlo. La famiglia del paziente costituisce la struttura relazionale privilegiata in cui il soggetto portatore di disagio si trova implicato ed il luogo in cui il disturbo stesso si manifesta più intensamente, comportando un grande carico emotivo per i familiari.

Se si vuole assumere un approccio di tipo bio-psico-sociale è dunque fondamentale considerare la famiglia del paziente poiché le cure individuali necessarie al contenimento della malattia, sia farmacologiche che psicoterapeutiche, possono essere potenziate o vanificate dall’ambiente in cui il soggetto vive.

Nei servizi che cercano di sviluppare delle buone pratiche comunitarie l'alleanza fra paziente, la sua famiglia e gli operatori del servizio è divenuta imprescindibile ai fini di una possibile guarigione. Una triangolazione dove è sempre più evidente che questi tre soggetti costituiscono un insieme in cui a un cambiamento di uno degli elementi corrisponde un cambiamento degli altri due.

In questo nuovo spazio determinato dalla presenza dei servizi nella comunità hanno assunto sempre maggior importanza le associazioni dei familiari.

Per rendere la famiglia parte integrante del processo riabilitativo è possibile coinvolgerla tramite appositi interventi clinici come i gruppi multifamiliari.

I gruppi multifamiliari sono nati in Argentina, sotto la guida dello psicanalista Jorge Garcia Badaracco, per poi diffondersi in Italia a partire dagli anni Novanta.

Il gruppo multifamiliare (GMF) è costituito da un "incontro di gruppi di persone unite da vincoli familiari (di sangue o di alleanza) e legate da un membro sintomatico, intente esplicitamente o implicitamente a stabilire una rete sociale che fornisca coesione e supporto reciproco e un'accoglienza della sofferenza con l'aiuto di un'equipe professionale". (A. Canevaro)

I componenti di un nucleo familiare patologico, infatti, non hanno occasione nel corso della loro vita di tirarsi fuori dalla propria situazione e di osservarsi dall'esterno.

Nel gruppo, invece, essi possono rispecchiarsi nel modo di funzionare di uno, o più di uno, dei nuclei familiari che si trovano di fronte e iniziare a riflettere su come non ripetere gli stessi errori.

CAPITOLO 3

LO SPORT COME STRUMENTO RIABILITATIVO

3.1 Sport e riabilitazione

L'attività sportiva da molti anni viene utilizzata nella moderna psichiatria e nella psicologia come strumento di indagine e di studio della personalità, nonché di terapia. L'avvalersi delle pratiche sportive nella riabilitazione psicosociale ha avuto incostanti vicende nel corso degli anni, conoscendo momenti di espansione e valorizzazione e fasi critiche, in cui la scelta ricadeva su altre modalità di intervento. Oggi, a seguito di anni di esperienza sul territorio, è possibile ripensare a queste pratiche ed attuarle, con una diversa consapevolezza delle potenzialità che offrono e con maggiore efficacia, rilevando che l'attività fisica è un metodo utile, adeguato e privo di effetti collaterali. L'obiettivo principale della riabilitazione psichiatrica è quello di far sì che il paziente si confronti con sé stesso e con chi lo circonda, riportandolo in condizioni il più possibile affini alla realtà in cui è immerso; in quest'ottica lo sport si presenta come una delle attività più adatte.

Lo sport è un potente strumento che utilizza le caratteristiche socializzanti del gioco e della sana competizione, unite ai benefici che fornisce l'attività fisica, educando alle regole e promuovendo l'introiezione e il rispetto delle stesse, permettendo, inoltre, il rafforzamento dell'autostima.

L'attività sportiva rappresenta un'occasione di apprendimento e di conoscenza personale in cui l'atleta si confronta con sé stesso; ricevendo diversi stimoli impara ad autoregolarsi tenendo conto dei feedback, dei ritorni che riceve dagli altri, imparando così ad essere, con l'aiuto degli operatori, lui stesso l'artefice del suo successo affinché sia formativa ed occasione di soddisfazione personale il partecipare a gare sportive. Impara a gestire l'aggressività in una situazione dove essa può manifestarsi liberamente, in un contesto protetto, in una modalità socialmente accettata, dove mediante il confronto con gli avversari, è consentito ingaggiare una lotta e rivaleggiare per la vittoria, nel rispetto delle regole, senza che ne consegua la "distruzione" dell'altro. Inoltre in questo contesto si impara a accettare la sconfitta e a gestire la rabbia derivante dalla frustrazione senza lasciarsene sopraffare.

Attraverso lo sport il paziente psichiatrico sperimenta la gratificazione che deriva dal sentirsi utili, sul piano psicologico ciò significa "io esisto, io posso fare" e aiuta a

riacquistare la stima di sé diminuita in conseguenza, per esempio, di molti ricoveri e dalla impossibilità di mantenere un lavoro.

L'attività sportiva permette di sperimentare nuovi sentimenti e di poterli liberamente vivere e interiorizzare sperimentando un'esperienza nuova. Agisce inoltre stimolando il rispetto della propria persona e il senso della propria dignità mediante la riappropriazione di una realtà psicologica individuale; questo recupero si ottiene attraverso una maggiore conoscenza di sé stessi, delle proprie effettive possibilità, attitudini e risorse e l'incontro e l'accettazione dei propri limiti.

L'attività sportiva in riabilitazione, inoltre, fornisce la possibilità di praticare uno sport a persone altrimenti escluse dai normali circuiti nei quali si pratica sport e di sensibilizzare il contesto sociale in cui viviamo riguardo al tema del disagio mentale. Si può rivelare un'occasione privilegiata per superare pregiudizi, attivare risorse e rendere possibili incontri che difficilmente si sarebbero potuti realizzare.

Nel corso degli ultimi decenni molti studi hanno sottolineato i benefici effetti di una attività fisica regolare nel miglioramento e nel mantenimento del benessere mentale oltre che fisico e proposto l'esercizio fisico come una vera e propria terapia, alternativa ai farmaci ed alla psicoterapia, per l'ansia e i disturbi dell'umore.

Se, come spiegato precedentemente, la riabilitazione mira ad un recupero globale della persona, possiamo considerare lo sport un vero e proprio mezzo riabilitativo in quanto agisce sul piano non solo fisico, ma anche psicologico e sociale: aiuta la persona ad accettare il suo corpo e la sua personalità, fa emergere la voglia di condividere un obiettivo e una passione con altre persone, aumenta l'inclusione e la partecipazione. Lo sport-terapia è una pratica rieducativa di tipo psicomotorio, riconosciuta da un punto di vista scientifico e metodologico come disciplina terapeutica, che trasforma la persona da oggetto della riabilitazione a soggetto dell'azione. Non si parla quindi "solo" di sport, ma di una vera e propria terapia: il benessere a livello fisico è determinato dalla gratificazione di sentire il proprio corpo, i propri muscoli offrire sostegno e produrre movimento; a livello psicologico la persona aumenta la sua autostima e si mette continuamente alla prova, scoprendo e misurandosi con le proprie potenzialità e i propri limiti e confrontandosi continuamente con i compagni.

3.2 Sport e integrazione

Per integrazione, nelle scienze sociali, si intende l'insieme di processi sociali e culturali che rendono l'individuo membro di una società.

La psicologia sociale ma in particolare gli studi sull'osservazione dei gruppi, dall'inizio degli anni Cinquanta negli Stati Uniti, hanno sviluppato innumerevoli tesi a favore dell'integrazione sociale tramite la pratica sportiva. Lo sport e prima ancora l'attività ludica coinvolgono il gruppo in maniera naturale e senza pregiudizi, stimolando la crescita dell'organizzazione e del singolo individuo.

Lo sport, quindi, può essere un veicolo di socializzazione e quindi di reintegrazione sociale. Ciò si verifica, soprattutto, negli sport di squadra e nelle attività fatte in gruppo. Esistono delle regole, sia quelle che riguardano il gioco stesso che sono preesistenti, sia quelle che riguardano la preparazione tecnica ed atletica, che ogni gruppo si dà liberamente in base alla propria esperienza; in ambedue i casi queste regole costituiscono un potente fattore per il ripristino ed il mantenimento dell'esame di realtà. Tale esame di realtà si produce, fondamentalmente, attraverso il riconoscimento dell'esistenza dell'Altro (compagno o avversario) di cui è necessario tenere conto se si vogliono ottenere soddisfazioni, prima fra tutte il puro divertimento. Dunque è possibile vedere come, da una dimensione individuale, di recupero della propria integrità e del proprio benessere personale, tramite lo strumento dello sport, si può accedere ad una dimensione più ampia che permette una re-integrazione sociale dove le esperienze vengono sempre condivise e mai subite in solitudine.

3.3 Lo sport nei progetti riabilitativi

Da diversi anni, dunque, lo sport viene applicato in progetti riabilitativi ed educativi volti anche a contrastare l'isolamento e l'emarginazione derivanti dalla malattia, dalla disabilità o dal disagio mentale. Infatti, proprio la pratica motoria e sportiva, oltre ad avere effetti positivi dal punto di vista della prevenzione, della cura e della riabilitazione, hanno la funzione di creare relazioni di comunità nella costruzione del benessere collettivo.

In Italia sono stati messi in atto diversi progetti, molti dei quali grazie ad associazioni di promozione sociale come l'ANPIS (Associazione Nazionale Per l'Inclusione Sociale) e la UISP (Unione Italiana Sport Per Tutti).

In particolare quest'ultima è un'associazione che ha l'obiettivo di estendere il diritto allo sport a tutti i cittadini e si impegna da anni a portare la pratica motoria e sportiva e il gioco in quelle zone di margine e in quei luoghi di discriminazione che sono le periferie urbane, gli istituti minorili, le strutture per pazienti psichiatrici e le carceri.

L'integrazione delle persone con disagio mentale, disabilità intellettiva, psichica, fisica e/o sensoriale è uno dei capisaldi della missione dell'UISP, che da diversi anni interviene nell'area della salute mentale, con strumenti e metodologie differenti.

Inoltre, degno di nota è il progetto "Crazy for Football" che ha formato la Nazionale italiana per persone con problemi di salute mentale, una squadra di calcio a 5 composta da ragazzi che sono in cura presso i servizi territoriali di salute mentale. I ragazzi sono stati selezionati su tutto il territorio nazionale, in collaborazione con le Asl, i centri diurni e le comunità terapeutiche. La Nazionale ha disputato fino ad ora due campionati del mondo. Il primo in Giappone nel 2016, classificandosi al terzo posto e il secondo in Italia a Roma nel 2018, classificandosi campione del mondo. Il campionato del mondo di calcio a 5 per persone con problemi di salute mentale è comunemente conosciuto come Dream World Cup.

Un altro progetto di notevole importanza è il Progetto Europeo Sphere, ossia l'iniziativa che, con sette partner provenienti da sei paesi dell'Unione Europea coordinati dalla European Culture and Sport Organization, ha la finalità di favorire l'attività fisica nei programmi di riabilitazione psichiatrica attraverso la definizione e la condivisione di un protocollo scientifico sportivo perfezionato da psichiatri e ricercatori accademici. Il protocollo consentirà di individuare lo sport più adatto a pazienti psichiatrici con diagnosi e background differenti al fine di migliorare il loro benessere psicofisico.

Osservando invece la realtà territoriale, è degna di nota l'Associazione Polisportiva "Solidalea", la cui articolazione è tesa a promuovere attività sportive e ad organizzare il tempo libero, rivolgendosi a tutti i cittadini, in particolar modo a chi soffre di disturbo psichico.

CAPITOLO 4

IL PROGETTO “UNA VELA PER TUTTI”

4.1 La Velaterapia

Le prime iniziative legate alla Velaterapia furono intraprese nel quadro di progetti per il reinserimento sociale ed il recupero di giovani con problemi di relazione e di socializzazione. In tale contesto la Velaterapia è nata da un'esperienza svedese legata a un progetto di recupero di ragazzi considerati difficili e socialmente non inseriti.

In Italia la Velaterapia è comparsa nella seconda metà degli anni '80 e oggi sempre più associazioni veliche la inseriscono tra le loro iniziative.

Antonio Lo Iacono, Presidente della Società Italiana di Psicologia (SIPS) e vicepresidente dell'Associazione “Mare aperto”, è tra i primi in Italia a considerare la vela come un'opportunità terapeutica, portando in barca a vela sin dal 1989 disabili e persone soggette a disturbi nell'area psichica e motoria. Fin dall'inizio la Velaterapia si è dimostrata particolarmente efficace e si è diffusa anche in ambiti diversi da quelli dai quali era partita, tanto che non si impiega più esclusivamente come strumento di cura per disabili ma viene consigliato per una gran parte di interventi orientati al sostegno di numerose procedure psicoterapeutiche.

Viene definito Velaterapia “l'insieme di quelle tecniche che sfruttando in vario modo il rapporto che si instaura tra il paziente e la barca, l'operatore e il resto dell'equipaggio, secondo un programma terapeutico specifico, determinano un miglioramento della sua autonomia” (Antonio Lo Iacono, Psicoterapeuta in mare: la sfida della velaterapia, 2009).

La Velaterapia consiste nel trascorrere un certo periodo di tempo, variabile a seconda dei casi, in una barca a vela dovutamente attrezzata. Vengono programmate delle attività e, con la supervisione ed il controllo di uno psicoterapeuta, viene predisposto un iter didattico-comportamentale idoneo a sollecitare motivazioni e reattività orientate alla produzione e al sostegno di normali rapporti interpersonali. L'ambiente si presta in modo esemplare a realizzare un clima collaborativo e partecipativo, dove ognuno può rapidamente rintracciare le proprie inclinazioni ed esplicitarle nella interpretazione di uno specifico ruolo. Lo scopo non è solo quello di formare e consolidare quegli aspetti caratteriali che stanno alla base della normale interazione, ma anche di creare occasioni di sperimentazione delle proprie attitudini

comportamentali e relazionali essenziali per uno sviluppo positivo della personalità. Essa può definirsi come uso consapevole dell'esperienza in barca nella vita quotidiana, oppure associata a terapie riabilitative per persone che abbiano disturbi mentali come anche handicap fisici.

“La Nautiterapia o Velaterapia è un complesso di tecniche rieducative che permette di superare danni sensoriali, cognitivi e comportamentali attraverso un'attività ludico – sportiva che si svolge andando per mare. Considerata, a volte erroneamente, soltanto un momento ricreativo per il portatore di handicap, proprio perché coinvolge il soggetto globalmente, nella sua unità di corpo e psiche, la riabilitazione in mare è indicata nel trattamento delle più disparate patologie” (Antonio Lo Iacono, *Psicoterapeuta in mare: la sfida della velaterapia*, 2009).

Molti degli elementi centrali della riabilitazione possono essere ritrovati nell'esperienza della barca a vela; di seguito vengono approfonditi i parallelismi tra questi due ambienti, i quali consentono di realizzare un progetto di riabilitazione psichiatrica attraverso la barca a vela.

- Il piccolo gruppo rappresenta la nuova frontiera della riabilitazione psichiatrica, infatti l'insieme di 6-8 soggetti uniti per la condivisione di un obiettivo attraverso l'identificazione di ruoli e funzioni consente lo sviluppo di specifici elementi terapeutici gruppalì. Fattori come l'appartenenza, la coesione di gruppo, l'apprendimento interpersonale e il comportamento imitativo sono contributi fondamentali al progetto di cura dell'utente. Caratteristica fondamentale della vela è l'equipaggio. Navigare a vela non è solamente spostarsi sull'acqua grazie ad un apparato galleggiante, ma si basa sulla disciplina di un gruppo di uomini affiatati tra loro. L'equipaggio dell'imbarcazione è un insieme di uomini che lavorano in perfetta armonia e sintonia con gli eventi, attenti agli stimoli per cercare di raccogliere ogni segnale importante della barca e del mare.
- Riabilitazione significa anche favorire l'unità corpo-mente. La patologia psichiatrica divide l'uomo in parti separate tra loro e la distanza tra mente e corpo compromette il funzionamento psico-socio-relazionale attraverso l'isolamento. La riabilitazione mira ad attivare o recuperare gli aspetti fisici e fisiologici e a cercare di favorire una crescita sintonica. In barca a vela la navigazione si concentra sull'uomo. Il velista non solo deve programmare le proprie azioni affinché siano in linea con quelle dell'equipaggio, ma è

continuamente sottoposto a situazioni dove pensare e agire procedono all'unisono.

- Riabilitazione significa azione orientata al compito. La riabilitazione psichica ha bisogno di campi operativi in cui il pensiero possa manifestarsi in azione e l'agire possa sostenere e rinforzare un pensiero. Il fare riabilitativo con il supporto dell'operatore consente l'esercizio basilare per il recupero, il consolidamento o la scoperta di abilità e competenze del paziente per il sostegno delle funzioni dell'Io. Le attività finalizzate all'esecuzione di procedure e alla realizzazione di comportamenti organizzati consentono, se eseguite e completate con successo, di accrescere positivamente la percezione di sé migliorando l'autostima dell'individuo. I compiti corretti e ripetuti favoriscono nel tempo la nascita di una maggiore motivazione spontanea all'azione verso ambiti di interesse più personali e vicini alle reali potenzialità dell'utente. Per fare vela si necessita di competenza operativa a bordo. Andare a vela è un traguardo affidato all'equipaggio: dalla semplice ma necessaria manutenzione e preparazione del mezzo, alle manovre più impegnative in acque libere. I compiti di ogni velista devono essere eseguiti correttamente; essi devono conoscere i processi e le progressioni di manovra, attenti nel rispetto delle regole di tecnica di conduzione. Ognuno ha il proprio compito e responsabilità in ogni manovra di governo dell'imbarcazione a vela.
- La riabilitazione prevede di riconoscere e sperimentare i vissuti emotivi. Un'attività riabilitativa può essere uno stare insieme molto stimolante anche se protetto dalla condivisione con gli operatori. Essa raccoglie il bisogno degli utenti di sperimentare la curiosità, la voglia e la paura di provare, trasformando l'attività in una palestra emotiva per la percezione, il riconoscimento e l'eventuale apprendimento di maggior controllo dei fenomeni emotivi. Navigare a vela è navigare nelle emozioni. Ogni velista è attratto dalle innumerevoli sensazioni che offre la barca.
- Riabilitazione significa anche saper comunicare con gli altri. Conoscersi senza la possibilità di farsi conoscere significa raggiungere a metà l'obiettivo riabilitativo. Stare con altre persone in modo corretto si basa anche sulla capacità di comunicare bene a livello verbale e non-verbale. Saper ascoltare e comprendere, così come esprimersi e riuscire a manifestare verbalmente il

proprio pensiero sono funzioni centrali di ogni processo riabilitativo. Comunicare è necessario e fondamentale anche per navigare.

Chiamare una manovra significa avvertire l'equipaggio delle intenzioni del timoniere e rendere partecipe ognuno di ciò che avviene. Ciò è indispensabile in quanto solo quando tutti si coordinano in una sequenza ordinata di gesti è possibile navigare in maniera ottimale verso la rotta.

- Infine, riabilitazione significa essere in contatto adeguatamente con l'ambiente circostante. Ogni contesto naturale o artificiale esercita una pressione sull'individuo inducendo sensazioni e stati d'animo interni. La riabilitazione raccoglie il contributo dell'ambiente e lo promuove a sostegno dell'azione terapeutica specifica. Un ambiente ricco di stimoli, pulito e netto nei suoi elementi caratterizzanti, è la cornice ideale per il recupero delle persone che hanno compromesso il contatto con il mondo reale e vivono soltanto un mondo interno caotico ed angosciante. Nell'esperienza della vela è necessario convivere con la natura. Conoscere l'acqua, il vento e i loro equilibri significa anche imparare a rispettarli, comprendere i processi con cui la natura si conserva e capire come l'uomo possa interagire con i suoi elementi.

Dunque, dall'esperienza della vela si può trarre numerosi benefici che si ritrovano anche in molti progetti di riabilitazione psichiatrica.

Inoltre, la barca per le sue caratteristiche strutturali diviene uno strumento che contiene le dinamiche relazionali del gruppo; la vita di bordo è un microcosmo dove ci si sperimenta, sviluppando potenzialità individuali e legate all'indipendenza, alla cooperazione, alla responsabilizzazione, le persone si inseriscono e crescono all'interno del gruppo stesso. Il setting riabilitativo è caratterizzato da uno spazio ristretto, impossibilità di fuga, interdipendenza, a contatto del proprio corpo e delle proprie emozioni. La navigazione rappresenta un utilissimo momento in cui l'individuo mette alla prova sé stesso, risolvendo problemi difficili, prendendo decisioni, confrontandosi con un gruppo per un obiettivo comune, riconoscendosi utile e riconoscendo l'efficacia e l'importanza dell'altro.

4.2 Il progetto

“Una Vela per Tutti” è un progetto rivolto a persone con disabilità psichica con lo scopo di mettere in luce le risorse e le abilità in un’ottica di integrazione e di crescita individuale. Il progetto si configura come un’opportunità di crescita in autonomia, all’interno della quale gli utenti, affiancati dalle famiglie e dalle figure di riferimento, affrontano un percorso finalizzato all’acquisizione di competenze.

La barca è la protagonista di questa esperienza, un luogo che per le sue peculiarità quali l’ambiente ristretto, il contatto con la natura, l’atmosfera di gruppo, ha il potere di stimolare maggiormente l’indipendenza dell’individuo.



Nel corso del mio tirocinio del terzo anno presso il Centro di Salute Mentale di Ancona ho avuto l’opportunità di partecipare al progetto “Una Vela per Tutti”, promosso dall’ASUR area vasta n.2, dall’ANPIS (Associazione Nazionale Polisportive dilettantistiche per l’Integrazione Sociale), dalla scuola di vela Four Sailing, dall’Ancona Yatch Club e dall’Otto per mille della Chiesa Valdese.

La Scuola di Vela Four Sailing è un’Associazione Sportiva Dilettantistica che nasce nel gennaio 2014 dalla volontà dei soci fondatori di promuovere e far conoscere il mondo della nautica. Lo scopo della scuola è principalmente quello di appassionare i soci e coinvolgerli, mostrando loro come vivere e conoscere il mare possa diventare

un vero e proprio stile di vita: l'esperienza in barca a vela può sviluppare un miglioramento psico-fisico e morale, se vissuta in un clima sereno ed amichevole. L'Associazione si impegna inoltre a favorire un turismo eco-sostenibile ed a basso impatto, nel rispetto e nella cura dell'ambiente, di sé stessi e degli altri. Un aspetto caratteristico della Four Sailing è anche quello della ricerca di collaborazioni con le diverse realtà presenti nella nostra zona per promuoverne il territorio, con le sue ricchezze ed eccellenze. Da diversi anni l'associazione si dedica a progetti rivolti all'integrazione sociale e allo sviluppo delle risorse individuali rivolti a persone con difficoltà psichiche, fisiche e/o sociali.



L'Ancona Yacht Club è una società cooperativa dilettantistica nata più di cinquant'anni fa, per la precisione nel 1958, affiliata a C.O.N.I, FIV e FIPSAS, ha lo scopo di promuovere la diffusione e la pratica degli sport nautici. Oltre mezzo secolo di sogni e di progetti stimolanti che hanno portato alla realizzazione di Marina Dorica con i suoi 1200 posti barca. AYC risiede nella nuova club house di 400 metri quadri prospiciente la Marina Dorica, una elegante struttura, moderna e funzionale, adatta ad ospitare le numerose manifestazioni organizzate dal Club. Oggi tra i programmi spiccano una serie di iniziative sociali, le manifestazioni sportive (vela e pesca), la scuola di vela, patenti nautiche e altre attività (come conferenze, convegni e corsi legati al mondo del mare e alla navigazione).



L'ANPIS è una associazione costituita nel 2000 cui aderiscono 40 associazioni polisportive diffuse su gran parte del territorio nazionale e che progressivamente, a partire dalla prima metà degli anni '90, si sono costituite come strumento di promozione sociale e di lotta alla marginalità adottato in diversi settori dello svantaggio psicosociale. Le polisportive sono nate dapprima a partire dall'attività di operatori e utenti di servizi pubblici e cooperative sociali del settore della salute mentale, per poi essere costituite anche da chi affrontava i problemi del disagio giovanile e della tossicodipendenza.



Il progetto era rivolto agli utenti del CSM di Ancona, indifferentemente dalla diagnosi, e mirava al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. Acquisire una migliore conoscenza di sé (limiti, risorse, capacità espressive) anche attraverso l'interazione con gli altri;
2. Aumentare l'autostima;
3. Favorire la socializzazione e l'integrazione nel rispetto reciproco, in particolare attraverso l'esperienza della barca a vela;
4. Favorire l'acquisizione di strumenti di comunicazione e di integrazione con l'esterno in maniera tale da creare un filo conduttore tra la realtà di disagio e la società esterna;
5. Mantenere e sviluppare capacità cognitive, di orientamento e coordinamento motorio.

4.3 Le attività

Il progetto prevedeva una fase iniziale di selezione degli utenti per un massimo di 7 partecipanti. Dopo aver presentato il progetto all'intera equipe del CSM, sono stati gli stessi operatori a presentare i nomi di alcuni utenti; successivamente si sono tenuti degli incontri per spiegare il progetto agli utenti, che hanno scelto se prenderne parte o meno.

Il progetto ha avuto la durata di 7 mesi, da marzo a settembre 2021, in cui si sono alternate lezioni di teoria e uscite in mare. Una volta terminate le lezioni teoriche, agli utenti e ai membri dell'equipe è stato somministrato un esame per poter verificare che le nozioni base per poter navigare erano state acquisite. A conclusione del progetto, gli equipaggi formati hanno partecipato alla XXII Regata del Conero.

La psicologa e psicoterapeuta coordinatrice del progetto, la dott.ssa Gessica Grelloni, si è occupata di formare un'equipe che potesse aiutarla nella supervisione, composta da: un medico psichiatra, uno psicologo, un'assistente sociale, due infermieri e un educatore professionale. Inoltre il progetto ha visto la partecipazione di due istruttori di vela.

Gli incontri si sono svolti ogni mercoledì presso la sede dell'Ancona Yatch Club, situata al porto turistico di Ancona, e avevano la durata di due ore, per quanto riguarda le lezioni di teoria, e dalle tre alle sei ore per le uscite in mare.

Una volta formato il gruppo di lavoro, composto da utenti e operatori, sono iniziate le lezioni teoriche ma anche gli incontri in cui è stato possibile conoscersi, nonché condividere emozioni, paure e aspettative. Per fare conoscenza si è deciso di descriversi attraverso tre caratteristiche positive e si è chiesto di esprimere la principale emozione provata in quel momento. Di seguito sono riportate le aspettative del gruppo in relazione al progetto, manifestate da ciascuno durante uno dei primi incontri svolti a marzo:

- Ri-abituarsi al contatto con la natura, specialmente dopo un periodo di isolamento come quello recentemente vissuto a causa dell'emergenza sanitaria;
- Migliorare la socialità;
- Sperimentare spensieratezza e libertà;
- Formare un gruppo affiatato, in cui ci sia una concreta collaborazione;
- Conoscere sé stessi e gli altri;
- Riuscire a sentirsi alla pari, in condizioni di uguaglianza;

- Imparare ad affrontare la “tempesta”;
- Scoprire e sperimentare nuovi stimoli per uscire e socializzare;
- Sviluppare l’autostima.

Dopo aver appreso le nozioni basi della vela, sono iniziate le uscite in mare, durante le quali ciascuno era libero di sperimentare ogni ruolo (skipper o timoniere, prodiere, uomo all’albero, drizzista e randista) in modo tale da meglio comprendere quale fosse il suo ruolo nell’equipaggio, specialmente in vista della regata.

Le uscite in mare, soprattutto le più lunghe che prevedevano anche il momento del pranzo, sono state occasione di socializzazione e divertimento sia per gli utenti che per i membri dell’equipe.

Come citato sopra, l’ultimo incontro del progetto si è tenuto domenica 26 settembre 2021, in occasione della XXII Regata del Conero.

L’incontro era previsto per le ore 9 presso il porto turistico; una volta arrivati, abbiamo formato i due equipaggi che avrebbero gareggiato.

Il primo equipaggio gareggiava con la barca “Ringhio I”, guidati dallo skipper Riccardo, mentre il secondo con la barca “Yemanja” dello skipper Lamberto.

Una volta formati gli equipaggi, abbiamo indossato la maglia preparata in occasione dell’evento e ci siamo recati verso le imbarcazioni per poi dirigerci verso la zona di partenza, prevista nel tratto di mare di fronte al Passetto.



In quel momento abbiamo avuto tempo di elaborare una strategia, decidendo di partire al largo, in maniera tale da sfruttare tutto il vento presente.

Purtroppo quel giorno non vi era un vento adeguato ad una regata, infatti la partenza, che doveva essere alle ore 11, è stata posticipata alle ore 12, per attendere che il vento si alzasse ancora. Quell'attesa ha messo l'equipaggio a dura prova: nella barca si respirava un'aria tesa, gli utenti avevano timore di non riuscire a portare avanti il loro incarico e, allo stesso tempo, avevano paura che il poco vento potesse distruggere le loro aspettative sulla regata.

Finalmente, alle ore 12, il vento si è alzato ed è arrivato il segnale di partenza.

L'intero equipaggio si è lasciato trasportare dall'adrenalina e, nonostante alcune incertezze nelle manovre, ogni membro è riuscito a svolgere il proprio ruolo in maniera ottimale. La regata è stata un successo tanto che le imbarcazioni si sono classificate al primo e terzo posto nella categoria Vele Bianche.



4.4 La valutazione

Come già detto in precedenza, la valutazione è parte integrante del progetto riabilitativo e del lavoro dell'educatore professionale.

La valutazione è un processo parallelo al progetto in cui si valuta l'appropriatezza degli obiettivi rispetto ai risultati raggiunti, la buona articolazione del percorso ed il grado di percezione dei risultati da parte del paziente.

La valutazione inoltre permette di migliorare e bilanciare gli interventi, nonché di distinguere i successi dai fallimenti.

Deve essere effettuata in più momenti:

- Ex ante, ovvero prima, attraverso l'assessment. Permette di individuare le criticità e le risorse del progetto;
- In itinere, per giudicare le esigenze di modifiche del progetto e produrre feedback;
- Finale, per verificare i risultati conseguiti, l'efficacia e l'efficienza del progetto;
- Ex post, per esprimere giudizi complessivi dopo che il progetto è concluso, verificandone gli effetti a lungo termine.

Gli strumenti per la valutazione possono essere molteplici come l'osservazione, le interviste, i questionari, le scale di valutazione, il diario di bordo e la supervisione.

Nel caso del progetto "Una Vela Per Tutti" si è scelto di utilizzare la scheda di valutazione HoNOS e il test per la valutazione della qualità della vita WHOQOL.

La scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) è uno strumento di valutazione che prende in considerazione gli aspetti clinici ma anche la globalità delle problematiche relazionali e sociali presentate dall'utente psichiatrico. È composta da 12 item che valutano la gravità di quattro aree:

1. Area comportamentale, problemi che hanno un impatto significativo sul soggetto e/o sugli altri, come la violenza auto e/o eterodiretta;
2. Area relativa ai deficit delle funzioni di base come il rallentamento psicomotorio e le compromissioni cognitive e fisiche;
3. Area dei sintomi, esperienze psicologiche soggettive che disturbano o limitano il soggetto, come la depressione, l'ansia, le allucinazioni;
4. Area dei problemi ambientali (abitativi, occupazionali, economici, interpersonali) che possono limitare l'autonomia funzionale.

Di seguito viene riportata la scheda di valutazione.

HoNOS - scheda di valutazione

Nome e cognome Paziente: _____ data :

gg	mm	aa
----	----	----

U.O.: _____ N° archivio cartella territoriale (o IdCartella EFESO):

--	--	--	--	--	--	--	--

LUOGO DI VALUTAZIONE:

- Ⓚ CSM/ambulatorio
- ① DH
- ② Domicilio

- ③ SPDC
- ④ Centro Diurno
- ⑤ Struttura residenziale → specificare tipologia: _____

HoNOS	PUNTEGGIO						NON NOTO		
0= nessun problema 1= problema lieve, che non richiede interventi 2= problema di gravità modesta ma sicuramente presente 3= problema di media gravità 4= problema da grave a gravissimo 9= mancano informazioni	Lieve ← → grave								
	0	1	2	3	4	9			
1. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati									
2. Comportamenti deliberatamente autolesivi									
3. Problemi legati all'assunzione di alcool o droghe									
4. Problemi cognitivi									
5. Problemi di malattia somatica o disabilità fisica									
6. Problemi legati ad allucinazioni o deliri									
7. Problemi legati all'umore depresso									
8. Altri problemi psichici e comportamentali*									
Problema più grave									
	AN	OC	DI	SS	AL	SO	SE	MA	AP
9. Problemi relazionali									
10. Problemi nelle attività della vita quotidiana									
11. Problemi nelle condizioni di vita									
12. Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative									

*SEGNARE SIA IL PUNTEGGIO CHE IL CODICE DEL PROBLEMA PIÙ GRAVE:

AN= ansia e fobie	SS= sintomi somatoformi	SE= problemi sessuali
OC= ossessioni compulsioni	AL= problemi dell'alimentazione	MA= umore euforico
DI= sintomi dissociativi ("di conversione")	SO= disturbi del sonno	AP= altri problemi

Punteggio totale: _____

COMPILATO DA:

FIRMA

Il test per la valutazione della qualità della vita WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life) è invece uno strumento che viene solitamente auto-somministrato. Contiene 100 item raggruppati in 24 sezioni, suddivisi a loro volta in quattro macro-aree: area della salute fisica, area psicologica, area delle relazioni sociali e area dell'ambiente.

Tale strumento può essere di supporto agli operatori al fine di identificare le aree della vita dell'utente maggiormente compromesse dalla malattia e scegliere il percorso più appropriato verso il miglioramento della qualità della vita dell'utente stesso.

Al fine di ottenere una versione di più semplice impiego, l'OMS ha condotto uno studio di validazione che ha consentito l'elaborazione della versione breve del WHOQOL.

Quest'ultima versione è stata utilizzata ai fini del progetto "Una Vela Per Tutti".

Si compone di 26 domande a ciascuna delle quali l'intervistato risponde utilizzando una scala Likert a cinque valori che va da un massimo di corrispondenza con quanto espresso dall'item, a un massimo di disaccordo.

Oltre alle schede di valutazione sopra descritte, sono stati utili ai fini di un'attenta supervisione del progetto anche i colloqui educativi con gli utenti, sia essi formali che informali, eseguiti da ogni membro dell'equipe per tutta la durata del progetto.

CONCLUSIONE

Al termine del progetto “Una Vela Per Tutti” ho potuto constatare come lo sport, e in particolare lo sport di squadra, possa essere un valido strumento di riabilitazione, volto al raggiungimento di obiettivi diversi, finalizzati al recupero e all’acquisizione di abilità di vita.

In particolare, durante questa esperienza, non vi era alcuna distinzione tra operatori e pazienti, perché tutti membri di uno stesso equipaggio che doveva lavorare assieme per poter navigare e seguire la rotta.

Tale situazione mi ha fatto riflettere su quanto un progetto riabilitativo, basato sulla reale collaborazione tra paziente e operatore, rafforzi la motivazione e l’adesione al trattamento, facendo sentire il paziente in una situazione di reciprocità e di pari dignità, pur mantenendo ferma la consapevolezza del nostro ruolo.

Utilizzare lo sport all’interno dei progetti riabilitativi consente inoltre di sviluppare maggiori iniziative territoriali in modo da abbattere il più possibile le barriere provocate dallo stigma, una forza latente rimasta insita nella società che ancora oggi rischia di ostacolare l’inclusione sociale delle persone affette da disturbi mentali.

I servizi di salute mentale, come approfondito nel primo capitolo di questo lavoro, hanno indubbiamente compiuto un lungo processo di trasformazione che parte dall’istituzionalizzazione fino ad arrivare alla ricerca di soluzioni e pratiche situate all’interno delle comunità.

Nonostante ciò, dopo oltre quaranta anni dalla Legge Basaglia, c’è ancora molto da esplorare e ritengo che iniziative come questa, realizzate in collaborazione con gli enti del territorio, possano essere un valido strumento per continuare ad ottimizzare la qualità dei servizi psichiatrici.

BIBLIOGRAFIA

- M. Stadler, *Psicologia a bordo: gli effetti del mare sull'individuo e sull'equipaggio*, Zanichelli, Bologna 1989.
- A. Cei, *Psicologia dello Sport*, Il Mulino, Bologna 1998.
- D. Winnicott, *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1974.
- A. Lo Iacono, *Psicoterapeuta in mare: la sfida della velaterapia*, Alpes Italia, Roma, 2009.
- G. Ba, *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli, Roma 2016.
- B. Saraceno, *La fine dell'intrattenimento*, Etaslibri, Milano 1995.
- P. Carrozza, *Principi di riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, Milano 2006.
- M. Foucault, *Storia della follia nell'Età Classica*, Rizzoli, Milano 1963.
- F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2000
- G. Contini, *Il miglioramento della qualità nella riabilitazione psichiatrica*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1999.
- B. Nardi, S. Fortuna, (...), *Manicomi Marchigiani, le follie di una volta, il lavoro editoriale*, Ancona 2008.

SITOGRAFIA

- <https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/menuContenutoRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&area=rapporti&menu=mondiale>
- <https://www.asur.marche.it/>
- <https://www.anpis.it/index.php/it/>
- <http://www.uisp.it/nazionale/>
- <https://www.anep.it/>

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio infinitamente i miei genitori che mi hanno sempre sostenuto, appoggiando ogni mia decisione, fin dalla scelta del mio percorso di studi.

Un grande ringraziamento va anche alle mie sorelle, grandi sostenitrici e grandi esempi sin da quando ero bambina. Ringrazio i miei nonni ed i loro insegnamenti, senza dei quali oggi non sarei ciò che sono.

Ringrazio le mie colleghe Emma e Selene per aver vissuto al mio fianco questo periodo intenso e per gioire, insieme a me, dei traguardi raggiunti.

Un sincero ringraziamento alle mie amiche Letizia, Martina e Valentina, per essermi state accanto e per non aver mai smesso di credere in me.

Infine, un ringraziamento speciale ad Ilaria, grande amica e, spero, futura collega.