

# **INDICE**

## **Introduzione**

### **Capitolo 1: La residenzialità leggera**

1.1 Principi ispiratori della residenzialità leggera: le linee guida

1.2 La Riabilitazione

1.3: Il processo di Recovery

1.4: L'empowerment nella salute mentale

1.5: L'orientamento della residenzialità leggera: prospettive e criticità

### **Capitolo 2: il concetto di casa**

2.1: La casa come spazio di appartenenza

2.2: L'inclusione sociale e la lotta allo stigma

2.3: La casa come spazio di sicurezza e identità

2.4: La quotidianità: pratiche educative di orientamento all'autonomia, emancipazione ed indipendenza

2.5: L'abitare come spazio di libertà

### **Capitolo 3: gli attori della residenzialità leggera**

3.1 I soggetti coinvolti e i criteri di inclusione

3.2 Il ruolo dell'Educatore professionale

3.3 L'equipe multidisciplinare la rete dei servizi

3.4 Il ruolo della famiglia

### **Capitolo 4: gli strumenti riabilitativi utilizzati**

4.1 Cognitive adaptation training (CAT)

4.2 Social Skills Training

4.3 Trattamento psicoeducativo integrato

4.4 Training metacognitivo (dove inserisco l'esperienza del tirocinio)

4.5 IPS (Individual placement and support)

**Conclusioni**

**Bibliografia**

**Sitografia**

## **INTRODUZIONE**

L'argomento su cui ho scelto di basare la mia tesi è la residenzialità leggera. Durante il terzo anno ho svolto il tirocinio presso il Centro di Salute Mentale di Ancona, dove ho potuto vivere l'esperienza di un progetto orientato all'abitare. Sono rimasta fin da subito affascinata sia dal lavoro svolto dagli operatori, sia dal percorso personale dell'utente, sia perché la dimensione del sociale, rappresentata dalla famiglia, dagli amici, dalla comunità in cui il soggetto vive e dalla sua quotidianità, viene ad essere privilegiata rispetto alla dimensione sanitaria, che comunque è sempre presente.

Durante il tirocinio ho osservato la relazione educativa creata tra l'operatore e il soggetto, basata sulla fiducia, sul rispetto reciproco, sull'ascolto, sull'assenza di giudizio, sull'empatia e sulla costanza, tanto da rendere l'Educatore professionale un punto di riferimento, di stabilità e di sicurezza. La reperibilità dell'operatore poi non era legata alla fascia oraria, in caso di necessità si mostrava sempre disponibile e presente.

La maggior parte delle giornate che ho trascorso a tirocinio sono state all'interno degli appartamenti degli utenti. Il legame creato tra i coinquilini è stato un punto importante del progetto, come anche la casa stessa in cui vivevano, che non era solo un luogo dove dormire e mangiare. Ogni stanza descriveva coloro che l'abitavano, oggetti, ricordi, tutto il loro mondo e il loro essere era lì. Quella abitazione è diventata un rifugio, un luogo di appartenenza che li identificava. Si era creata una complicità e una routine tra i soggetti che abitavano insieme. Alcuni non avevano molto tempo da passare insieme eppure vi era un equilibrio invisibile. Altri invece avevano stretto un'amicizia molto forte, che li sosteneva nei momenti difficili e che garantiva lo svolgimento di una quotidianità tutta loro.

Ho partecipato anche ad alcune attività proposte dagli educatori professionali che avevano l'obiettivo di sviluppare delle potenzialità specifiche per permettere al soggetto di avere gli strumenti per affrontare al meglio le problematiche legate al loro disturbo e garantire l'inclusione sociale. Ho partecipato ai training metacognitivi e al social skills training, strumenti utili ed efficaci che hanno arricchito la mia esperienza.

Così quando ho scelto l'argomento della tesi ho ripensato a tutto quello che avevo vissuto durante il tirocinio e ho deciso di trattare della residenzialità leggera e di quelli che sono i suoi punti di forza.

Nel primo capitolo si descrive che cosa si intende per residenzialità leggera dal punto di vista legislativo e teorico, includendo anche i suoi obiettivi e le sue caratteristiche. Si discuterà poi di tre concetti alla base della residenzialità leggera: la riabilitazione, la recovery e l'empowerment. Infine, si spiegherà perché la residenzialità leggera si fonda proprio su essi, quali sono le criticità e i benefici.

Nel secondo capitolo sono definite le varie accezioni, valori e benefici che la casa può dare nel contesto della residenzialità leggera. Non si tratta solo di descrivere un appartamento, ma quello che esso rappresenta nel processo di recovery per il paziente, iniziando dal senso di appartenenza, di sicurezza, di identità, poi della lotta allo stigma e l'inclusione sociale, seguito dal concetto della quotidianità e concludendo con il significato dell'abitare come uno spazio di libertà.

Il terzo capitolo è dedicato alle varie figure che agiscono all'interno del progetto, ovvero si approfondisce il ruolo dell'utente, dell'Educatore professionale, dell'equipe, dei servizi sanitari, in particolare il CSM, e della famiglia.

Nel quarto capitolo, infine, si descrivono gli strumenti riabilitativi usati dagli operatori durante il percorso di residenzialità leggera per garantirne lo sviluppo di determinate abilità o l'acquisizione di strumenti per poter gestire in modo autonomo e indipendente le difficoltà riscontrabili nella vita quotidiana.

## **CAPITOLO 1: La Residenzialità Leggera**

### 1.1 Principi ispiratori della residenzialità leggera: le linee guida

Nel corso del tempo l'idea di salute si è modificata. Oggi si può definire come uno stato di benessere sia fisico sia sociale sia psicologico, quindi, non è più solo l'assenza della malattia, la parte centrale del concetto è diventato il soggetto e il suo stare bene in ogni forma e ambiente della sua vita.

Cambia anche la concezione nell'ambito della salute mentale poiché non è più sufficiente non avere disturbi per essere in salute, ma serve la persona deve poter esprimere e realizzare i suoi bisogni, essere trattata con rispetto e dignità, poter scegliere il percorso di cura e vivere nel migliore dei modi possibili. Cambiando un pensiero così forte, di conseguenza, si attuano delle modifiche, in particolar modo nelle strutture poiché sono loro a rappresentare il modello di salute che si intende adottare.

La normativa presa in considerazione per poter spiegare le diverse strutture riabilitative tra cui la residenzialità leggera, che è l'argomento centrale di questa tesi, è "Le strutture residenziali psichiatriche (SR)" emanato dalla conferenza unifica nel 2013. Il documento fu scritto per attuare uno degli obiettivi del Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale del 2013, il quale tratta delle varie informazioni e indicazioni per differenziare le diverse tipologie di strutture, tra queste rientra anche la residenzialità leggera, argomento centrale di questa tesi.

Il documento "le strutture residenziali psichiatriche" descrive a livello nazionale le possibilità del Dipartimento di Salute Mentale, ovvero quelle strutture che rispettano i percorsi individualizzati e sono scelte in base sia all'intensità del trattamento per quanto riguarda la parte socioriabilitativa, sia in base ai programmi e le tipologie di intervento in risposta alle diverse patologie e bisogni.

La metodologia d'azione indica il modo in cui gli operatori sociosanitari e sanitari devono agire nella loro professione. Attualmente è costruita su dei percorsi di cura, che valorizzano i progetti di intervento specifici, differenziati e basati sulla valutazione dei bisogni del soggetto. Per poter rispettare le nuove modalità di comportamento vi è la riorganizzazione dei servizi, del lavoro in equipe e dei programmi clinici.

Si vuole superare il modello delle strutture intese come contenitore per isolare i pazienti. L'idea della struttura come ospedale psichiatrico viene sostituita completamente favorendo e privilegiando la parte collegata ai programmi di cura e riabilitazione, dando importanza anche a contenuti operativi e indicazioni tecniche.

“Le strutture residenziali psichiatriche (SR)” è pertanto un documento innovativo poiché unifica il territorio nazionale portando come principi fondamentali la recovery e la riabilitazione, da questi poi si creano le strutture per il soggetto affinché diano valore alla persona prima che alla malattia.

Come scritto in precedenza le strutture psichiatriche residenziali descritte nel documento del 2013 forniscono una risposta alle necessità specifiche del paziente. La tipologia di strutture può essere divisa in due livelli. Il primo è quello dell'intervento terapeutico-riabilitativo, ed è legato alla scala della compromissione di funzioni e delle abilità del paziente. Il secondo è il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia che presenta la persona.

Seguendo questi due livelli vi sono tre tipologie di strutture residenziali:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo (SRP1)
- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).

Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.

- Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio-riabilitativi, con livelli di intensità assistenziale differenti, articolata in tre sottotipologie, in base al personale socio-sanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore o per fasce orarie (SRP3).<sup>1</sup>

In questa ultima si accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con differenti livelli di compromissione funzionale e sociale tanto da poter attuare interventi

---

<sup>1</sup> Da Ministero della salute, documento “Le strutture residenziali psichiatriche”

a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi è definita dal progetto terapeutico riabilitativo personalizzato. A seconda del grado di autonomia, autosufficienza e bisogni sociali, assistenziali e sanitari vi sono tre sottogruppi di strutture. Esse dipendono dal tempo in cui è presente l'operatore, quindi se per 24 ore, 12 ore o a fasce orarie. Questo ultimo sottogruppo detto Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sociosanitario per fasce orarie è quello nel quale rientrano i programmi di residenzialità leggera.

La residenzialità leggera può essere descritta come l'insieme di quei progetti che per essere attuati necessitano di una soluzione abitativa adeguata posta al centro di una rete di servizi sociosanitari e assistenziali<sup>2</sup>, tali interventi rispondono ai bisogni di autonomia e sicurezza dei pazienti autonomi nelle funzioni di base ma che necessitano di un contesto protetto e sicuro.

I programmi sono flessibili e rispondono alle necessità di coloro che hanno un grado di autonomia intermedio<sup>3</sup>, i quali devono completare il percorso riabilitativo, per questo vengono inseriti in piccoli nuclei comunitari situati in case o appartamenti su libero mercato. Si prediligono alloggi da tre o quattro posti letto aventi camere singole così da avere un'adeguata privacy. Le abitazioni sono collocate in un contesto residenziale urbano, uno degli scopi, oltre a sviluppare la loro indipendenza, è quello di abbattere lo stigma legato alla malattia mentale. Vivendo in un quartiere e aiutandoli gli utenti si possono meglio integrare nella comunità, tale funzione detta trasformativa è uno dei cardini principali su cui si basa la riabilitazione.

La residenzialità leggera è un progetto che si potrebbe definire come un ponte. Permette il collegamento tra la territorialità e la residenzialità poiché nel progetto coesistono competenze riabilitative e sociali, le prime legate al mondo della sanità, le seconde ai diritti del cittadino. Il paziente vive in un ambiente completamente nuovo, dove deve imparare a gestire il proprio tempo, il proprio denaro e le responsabilità che derivano dal vivere da solo. Mentre nel contesto residenziale, oltre ad essere molto forte la componente sanitaria che mantiene un controllo sulla terapia, l'ambiente è creato in modo tale da

---

<sup>2</sup> Progetto educativo "Residenzialità Leggera", L. Casoni, M. Conti

<sup>3</sup> <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/attachments/article/140/NRSP-Vol.12-13-I-programmi-di-residenzialita-leggera-tra-recente-normativa-nazionale-ed-esperienze.pdf>

essere un setting strutturato, dove ci sono regole, orari e limiti da rispettare. Nella residenzialità leggera il soggetto deve essere consapevole di trovarsi a dover andare a prendere da solo la terapia in quel preciso giorno presso il CSM oppure per esempio è necessario che si organizzi per andare a fare la spesa se vuole mangiare, quindi cosa comprare o dove andare. La casa, che rappresenta il nucleo centrale del progetto, acquista più accezioni che saranno poi approfondite nel capitolo successivo.

Nel programma vi sono tante piccole azioni, come andare dal barbiere ogni mese, che però stimolano la persona a essere sempre più emancipata e indipendente. Ovvio che all'inizio del percorso la presenza degli educatori professionali sarà molto più forte nella vita dell'utente, ma se quest'ultimo seguirà il processo di recovery ci sarà anche un allentamento da parte degli operatori. Questo non significa che sarà abbandonato, ma bensì avrà più autonomia, finché non sarà in grado di gestire la propria vita tanto da poter essere reinserito nel contesto familiare oppure comprare un proprio appartamento. Gli Educatori professionali saranno un punto chiave perché lo guideranno e aiuteranno nel periodo di tempo stabilito dal progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, elaborato e concordato fin dall'inizio con l'equipe multidisciplinare e l'utente preso in carico. È un progetto riabilitativo individualizzato creato per rispondere alle necessità della persona e prevede non solo la durata ma anche gli obiettivi da raggiungere e le verifiche da attuare. Il progetto è costruito in maniera personalizzata, fatto per la persona, legando un approccio riabilitativo, basato sulla presa in carico, con un approccio soggettivo, che ha come punto centrale la persona, la sua storia e le sue capacità.

La residenzialità leggera è dunque un programma non istituzionalizzante, creato per individuare una soluzione abitativa in grado di sviluppare il massimo livello di autonomia e della qualità di vita. È un intervallo attraverso cui il soggetto può reinserirsi nella comunità e ristabilire una rete amicale e familiare in torno a sé.

Vivendo in una casa su libero mercato, in un contesto urbano, può sperimentare esperienze di responsabilità e autonomia.

L'utente può comprendere dei suoi diritti per poi esercitarli e diventare un membro attivo della comunità, scoprendo nuovi lavori o passioni o creare nuove relazioni.

La chiave di volta del programma è la libertà di scelta che viene data alla persona. Affrontando ogni giorno nuove situazioni impara a riconoscere i propri limiti e

valorizzare le proprie potenzialità, conoscendo meglio se stesso e acquisendo una maggiore autostima.

L'utente, che si trova in un contesto molto indipendente, prova vari stili di vita fino a trovare quello più adatto a lui. Si costruisce così anche una percezione di sé diversa, non si vede più come un malato, ma come una persona con le stesse opportunità di ogni cittadino e con una sua unicità personale che lo identifica, rendendolo una risorsa.

Si trova protagonista attivo di un nuovo ambiente destrutturato dal quale riceve molti stimoli e per cui può essere motivato nel trovare una propria routine e delle relazioni significative. L'inserimento nella comunità parte dall'aver una casa in un quartiere, per poter eliminare lo stigma ed evitare al soggetto di avere un ruolo di marginalità.

Per raggiungere i vari obiettivi sopra elencati, vi è la presenza degli educatori professionali che lo sostengono e lo seguono durante tutto il percorso. Bisogna ricordarsi che essendo un progetto, oltre alle varie mete da raggiungere, un ruolo importante lo hanno anche le scale di valutazione utilizzate dagli educatori professionali che dimostrano la validità di quanto fatto.

Il monitoraggio costante e continuo avviene attraverso strumenti standardizzati. Essi vanno a valutare le potenzialità, le resistenze al cambiamento e la stabilità clinica del soggetto. I dati, che poi saranno analizzati, servono per capire se il progetto messo in atto sia adatto all'utente oppure occorra una modifica, si vuole avere una descrizione dei progressi dal punto di vista clinico, controllando la costanza nella terapia e il numero di ricadute. Non viene tralasciata la parte assistenziale e tutelare, in quanto si deve sempre saper quanto e come gli operatori possono intervenire per il bene del paziente oppure se quell'evento possa essere troppo critico per loro. Un feedback di tali dati permette di capire quanto il servizio sanitario deve essere presente nella vita del soggetto. Infine, la parte riabilitativa è trattata utilizzando degli strumenti per favorire lo sviluppo di determinate competenze del soggetto per garantirgli un adeguato reinserimento nella società.

Gli educatori nel descrivere l'andamento della persona dovranno inoltre tener bene da conto gli indicatori di esito che sono di tre tipi:

- 1 Clinici: misurazioni fisiologiche e numero di ricoveri
- 2 Economici: costi sanitari diretti e costi sanitari indiretti

### 3 Umanistici: qualità della vita e soddisfazione del soggetto.<sup>4</sup>

Queste variabili servono a verificare l'andamento intrapreso. Quantificando i dati raccolti si può avere una visione più chiara della situazione. Anche se la residenzialità leggera ha come centro fondante il processo di recovery dell'utente, deve necessariamente considerare altri fattori per valutare l'efficacia del programma intrapreso rispetto ad altre possibilità offerte.

Avendo una maggiore consapevolezza della propria malattia e dei propri limiti, il soggetto riesce a diventare padrone della sua stessa vita e autorealizzarsi senza essere dipendente dai sintomi. Scopre sé stesso giorno per giorno, essendo stabilizzato nella terapia l'utente deve imparare a gestire la sua routine in modo tale da poterla mantenere. Tre fattori che influenzano molto positivamente gli indicatori clinici e quelli umanistici sono: il riconoscimento dei segni precoci di crisi e l'agire tempestivamente, l'evitare certe situazioni troppo stressanti o impararle a gestire infine avere il riconoscimento di un ruolo sociale nella comunità sia come cittadino attivo che come persona e non come malato. Gli indicatori clinici, legati aspetto sanitario, dimostrano che grazie alla residenzialità leggera il numero di ricoveri degli utenti è minore.

Gli indicatori umanistici sono influenzati non tanto dalla diagnosi o dalla cartella clinica, ma dall'autorealizzazione del soggetto, dal suo livello di autonomia, dalla gestione della sua routine e dalla propria autovalorizzazione.

Gli indicatori economici consistono in un bilancio tra quanto spende la sanità e quanto le famiglie. Il programma diminuisce i costi dello stato poiché non vi è una struttura da dover mantenere, la casa, le bollette e tutte le altre spese sono pagate dagli utenti. Quindi il fatto che il soggetto sia così indipendente comporta la diminuzione dei costi sanitari.

Comunque, se l'obiettivo generale è il raggiungimento del massimo livello di autonomia quello specifico è rivolto alla valorizzazione delle abilità del soggetto. Poiché la casa è il principale luogo di riabilitazione della residenzialità leggera, si inizierà a valutare quali sono le capacità da potenziare facendo sempre riferimento al contesto in cui si trova la persona. Queste capacità riguardano la vita globale del soggetto e si possono racchiudere in sei macrogruppi:

- Abilità relazionali:

---

<sup>4</sup> Da Progetto educativo "Residenzialità Leggera", L. Casoni e M. Conti

comprendono ad esempio le capacità di mediazione dei conflitti, di gestione dell'impulsività nelle relazioni, di comunicazione, ma anche si vuole lavorare per creare una rete sociale che comprende amici e parenti

- **Abilità domestiche:**  
riguardano le regole di convivenza, la gestione degli spazi comuni e quelle competenze per poter mantenere la casa come fare la spesa o pulire
- **Competenze della gestione economica:**  
ad esempio la gestione del denaro oppure la pianificazione delle spese mensile
- **Assertività e capacità di interfaccia con le risorse territoriali:**  
in questo caso è fondamentale la collaborazione tra gli educatori professionali e gli assistenti sociali per garantire all'utente i suoi diritti da cittadino, le sue possibilità nella comunità e le pratiche burocratiche che se riesce deve imparare a conoscere
- **Cura di sé e gestione della vulnerabilità allo stress:**  
le competenze di tale settore sono tutte rivolte al mantenimento della compliance farmacologica
- **Abilità lavorative:**  
se possibile l'utente cercherà di trovare e mantenere un lavoro, quindi dovrà imparare a scrivere un curriculum, oppure a parlare durante un colloquio di lavoro, così anche tutte le altre capacità legate a tale contesto<sup>5</sup>

Un ruolo importante è dato dagli educatori professionali che impostano i vari progetti per il raggiungimento degli obiettivi specifici attraverso i colloqui individuali o di gruppo con gli utenti e grazie alle attività che accompagnano il soggetto durante il suo percorso. Gli operatori diventano un supporto per gli utenti così come una fonte di stimoli per migliorare sempre di più. La relazione che si crea è basata sulla fiducia e il rispetto reciproco. Durante il loro percorso si vedrà come il distacco dagli operatori sia graduale. Questo per dare sempre più autonomia e responsabilità alla persona che non sta solo imparando a vivere da sola ma a ricostruirsi una vita conoscendo se stesso e non dipendendo dai sintomi del proprio disturbo. L'Educatore professionale deve favorire anche dei momenti di condivisione in un ambiente esterno per poter far esprimere al

---

<sup>5</sup> *Ibidem*

soggetto cosa pensa, come si sente, quali sono le sue difficoltà e quali piccoli obiettivi ha raggiunto quel giorno, oltre a ciò, deve saper vedere i piccoli miglioramenti quotidiani nell'utente che lo portano poi all'acquisizione di una competenza.

Più esperienze positive avrà più il soggetto, maggiore sarà l'autostima e l'autorealizzazione. Ciò comporta anche una maggiore motivazione che lo spinge a dare e fare sempre meglio. Gli errori e le sofferenze però sono anch'esse parte fondamentale del percorso perché insegnano al soggetto quali sono i suoi limiti o quali capacità deve potenziare, gli educatori in questi momenti negativi dovranno essere una fonte di sostegno e supporto per evitare recidive o regressioni troppo elevate nel percorso di recovery, facendo comprendere alla persona che è invitato a riprovare, dovrebbe affrontare il problema finché non trova la giusta soluzione per risolverlo.

## 1.2 La riabilitazione

Prima di trattare la riabilitazione psichiatrica è necessario fare una premessa al fine di comprendere al meglio quanto poi seguirà. L'Organizzazione Mondiale della Sanità negli anni '80 propose una serie di definizioni per facilitare la comprensione dei modelli teorici e operativi della riabilitazione psichiatrica. Questi erano:

- 1 Malattia o Disturbo intende una condizione fisica o mentale percepita come deviazione dallo stato di salute normale e descrivibile in termini di sintomi e segni.
- 2 Danno o Menomazione è inteso come danno organico e/o funzionale a carico di una struttura o funzione psicologica, fisiologica o anatomica.
- 3 Disabilità cioè la limitazione o perdita di capacità operative prodotta dalle menomazioni
- 4 Handicap ovvero lo svantaggio conseguente a una menomazione e/o una disabilità che limita o impedisce l'adempimento del o dei ruoli adeguati per ciascun soggetto, è riferito alla risposta dell'organizzazione sociale verso un soggetto con una disabilità.<sup>6</sup>

La riabilitazione psichiatrica e quella fisica trovano dunque un punto d'incontro nel momento in cui sono intese come l'insieme di interventi che mirano ad aumentare le Abilità e a diminuire l'Handicap. Esse però non possono avere altri punti in comune

---

<sup>6</sup> Benedetto Saraceno, La fine dell'intrattenimento, p 15

poiché se un intervento può favorire la diminuzione di disabilità o di handicap, una possibilità di miglioramento del danno sarà possibile in certi casi nella riabilitazione psichiatrica.

Quest'ultima appartiene a settore della salute mentale e si concentra sulla compromissione dell'abilità nello svolgere ruoli sociali. La sua finalità ultima è quella di aiutare la persona a guarire ovvero controllare i sintomi, rimuovere le barriere interpersonali e ambientali causate dalla disabilità, recuperare le capacità per vivere indipendentemente per socializzare, per gestire efficacemente la vita quotidiana e accettare i propri limiti.

Non esiste una definizione univoca della riabilitazione psichiatrica.

Secondo Wing e Morris è il processo per identificare, prevenire, ridurre le cause della disabilitazione e nel contempo aiutare l'individuo a sviluppare le proprie doti e capacità acquisendo fiducia e stima di se attraverso un'esperienza di successo nei ruoli sociali.

Per Anthony e Liberman ha come fine quello di assicurare alle persone con disabilità psichica la possibilità di utilizzare le risorse fisiche, emozionali, sociali e intellettuali necessarie per vivere, apprendere e lavorare con il minimo supporto assistenziale.

Strauss sostiene che la riabilitazione psichiatrica non può essere intesa riduttivamente come un aiuto protesico ai pazienti cronici per compensare i loro deficit ma è un importante metodo di trattamento che ha lo scopo di attivare processi di cambiamento interno e di recupero globale della salute.<sup>7</sup>

M. Spivak ritiene che sia una metodologia con lo scopo di aumentare l'articolazione sociale attraverso l'uso e l'apprendimento di quelle competenze sociali che permettono al soggetto di rispondere in modo adeguato alle richieste e ai bisogni impliciti ed espliciti proprio o di coloro con cui vivono.

In maniera simile si espone anche il Center for Psychiatric Rehabilitation dell'Università di Boston, secondo cui la finalità ultima della riabilitazione è aumentare il funzionamento sociale e lavorativo tanto da rendere le persone con disabilità capaci di svolgere un ruolo

---

<sup>7</sup> La luce oltre la porta, S. Ceccucci, capitolo 3

valido con soddisfazione nell'ambiente scelto richiedendo meno interventi professionali continuativi.<sup>8</sup>

Quindi che cosa si intende per riabilitazione psichiatrica?

È un processo di cambiamento il cui punto centrale è la persona in quanto tale. Non è più una malattia che deve essere diagnosticata e poi curata, ma un soggetto con una propria unicità che appartiene a un preciso contesto sociale. La presa in carico infatti è detta globale proprio perché si considera il soggetto nella sua interezza, non trascurando poi il tessuto sociale che lo circonda come amici e famiglia. La riabilitazione dà valore all'individuo e aspira ad aumentare la sua autonomia e indipendenza in un contesto di vita che permetta la sua autorealizzazione, in una comunità che non lo veda come un problema da allontanare, ma come un cittadino attivo e una risorsa. La riabilitazione psichiatrica ha come scopo quello di aumentare quelle competenze strumentali, interpersonali e intrapersonali utili, ovvero il saper gestire il proprio denaro, saper comunicare, avere relazioni, ma anche le sue capacità. Soprattutto però tale sviluppo del soggetto deve avere la quantità di supporto effettivamente necessaria, che sempre meno presente deve essere con il tempo, dando la possibilità al soggetto di avere la sua autonomia e aumentando la sua autostima. La riabilitazione psichiatrica è bene chiarire che non nega la presenza della malattia, bensì cerca attraverso i suoi vari interventi di dare gli strumenti più adeguati alle persone così che possano avere una migliore qualità di vita. Riconoscere i propri limiti permette all'individuo di poter svolgere molte esperienze.

La riabilitazione è un approccio che sviluppa autonomia e competenze del soggetto permettendo all'individuo la sua massima espressione di sé.

Nella riabilitazione psichiatrica vi sono quattro modelli fondamentali:

1 Modello Social skills training:

è un modello concettuale biopsicosociale ideato da Liberman, Anthony, Farkas, Bellack e Wallace. Parte dal presupposto che i sintomi psicotici vengono a essere generati nel momento in cui la vulnerabilità psicobiologica si attiva durante situazioni di vita particolarmente stressanti o improvvisi, oppure se l'individuo si

---

<sup>8</sup> Carozza Paola, Principi della riabilitazione psichiatrica, p. 95

trova per troppo tempo in un ambiente sociale, lavorativo o familiare ostile. In tali circostanze le abilità di coping vengono meno, quindi il soggetto non è in grado di rispondere adeguatamente alla situazione. Tale processo è influenzato da specifici fattori che hanno una funzione protettiva: abilità sociali, capacità di coping, sistema familiare e sistemi di supporto. Il social skills training cerca dunque di sviluppare e potenziare le abilità di coping e le competenze interpersonali, ovvero sono quelle capacità che ci permettono di comprendere e analizzare in contesto in cui ci si trova e rispondere ad esso attraverso dei comportamenti adeguati. L'attenzione è dunque posta sui comportamenti esterni dell'individuo che cercano di essere modificati attraverso l'apprendimento, l'esperienza e l'allenamento delle abilità sociali.

## 2 Modello Psicoeducativo:

è basato sugli studi condotti da Brown e Wing negli anni '60, questo modello concettuale ha come obiettivo principale la riduzione delle recidive, quindi sull'eliminazione dei sintomi, non considerando però la dimensione soggettiva e sociale della persona. Le ricadute nei pazienti schizofrenici e nel decorso della psicosi sono molto influenzate dall'emotività espressa ovvero ostilità, empatia, ipercoinvolgimento emotivo e commenti critici. Quindi tale intervento nel concreto si traduce attraverso una serie di azioni. Leff e Vaughn proposero un intervento a tre fasi: creare un programma di educazione per migliorare la comprensione della schizofrenia per i familiari svolto a domicilio, poi creare gruppi familiari dove ci si potesse confrontare e suggerire comportamenti più adeguati alle varie situazioni e infine si cerca di convincere il paziente o a frequentare i servizi psichiatrici oppure trovare un'attività che lo tenga impegnato. Falloon presentò invece un modello più comportamentista che prevede lo svolgersi di incontri educativi per informare e insegnare alla famiglia l'uso del metodo del problem solving. Altri studiosi hanno poi apportato modifiche e contributi sul metodo restando con un punto in comune, nel modello psicoeducativo è presente la famiglia come risorsa principale per prevenire le recidive.

## 3 Modello Spivak:

l'interesse di Spivak è concentrato prevalentemente sulla desocializzazione del paziente, i cui fattori più importanti sono le azioni e reazioni delle persone che vivono nello stesso ambiente, e del processo di cronicizzazione, ovvero un processo di allontanamento reciproco tra il paziente e gli altri. La riabilitazione ha dunque lo scopo di sviluppare quei comportamenti socialmente competenti deficitari che permettano al soggetto di vivere in modo adeguato ed efficace all'interno della propria comunità. Durante gli incontri si riproducono esperienze conformi alla realtà, così da permettere l'assimilazione di comportamenti e interazioni riproducibili nel contesto di vita e simili a quelle in cui il paziente si potrebbe ritrovare. Le dimensioni essenziali delle interazioni sono il supporto, cioè far sentire il paziente di essere accettato così com'è, la permissività, consente l'espressione dei comportamenti devianti, la non conferma delle aspettative devianti, la ricompensa dei comportamenti competenti.

#### 4 Modello Ciompi:

è un intervento basato sul reinserimento nella normale vita sociale e lavorativa del paziente. Per farlo divide il modello in due moduli: casa e lavoro, andando a identificare per ognuno quei comportamenti e funzioni su cui si dovrebbe porre attenzione. Un altro obiettivo è quello di modificare le attese di tutti, poiché secondo Ciompi il processo di cambiamento del paziente è influenzato dall'atteggiamento delle persone circostanti.<sup>9</sup>

La riabilitazione psichiatrica è dunque una sintesi di vari modelli teorici tutti aventi in comune la persona. Al soggetto vengono dati strumenti, competenze, abilità così che possa rispondere autonomamente ai suoi bisogni e possa raggiungere obiettivi, ma vengono anche valorizzate le sue emozioni, le sue angosce e paure. Si aiuta il soggetto ad affrontare le situazioni di crisi e di vivere in modo attivo nel contesto di vita. Esso diventa un fattore essenziale che non può essere tralasciato, ciò che permette l'affermazione dell'identità del soggetto è infatti il suo rapporto con il mondo esterno, che sin dalla nascita lo influenza.

Il centro della riabilitazione è la persona, su questa gli strumenti riabilitativi devono essere adatti affinché si possa potenziare l'autonomia e l'autodeterminazione. Viene ad

---

<sup>9</sup> B. Saraceno, la fine dell'intrattenimento

essere importante anche l'unicità della persona in quanto essere irripetibile che ha una propria soggettività, un proprio passato e delle aspirazioni.

Il nucleo della questione è il non vedere la malattia, ma il soggetto. Vi è una maggiore attenzione ai punti di forza piuttosto che ai sintomi, si cerca di lavorare non tanto sulla diminuzione di questi ultimi ma sulle abilità e competenze che permettano di svolgere efficacemente le azioni quotidiane sia sociali che lavorativa. Il ruolo sociale svolto dal soggetto è molto importante perché permette un'autovalorizzazione e autodeterminazione, l'obiettivo è dunque quello di ridurre i comportamenti devianti e incrementare i comportamenti socialmente utili. Essi sono strettamente legati al contesto di vita del paziente stesso. È inutile far apprendere determinate abilità se poi non sono adeguate al contesto in cui vive. L'ambiente in cui il soggetto vive è lo strumento di valutazione più forte per il soggetto stesso, perché la risposta data permette di vedere concretamente i suoi cambiamenti, di raggiungere effettivamente obiettivi. Diventare membro attivo della comunità permette al soggetto di essere considerato come una risorsa, ciò determina una maggiore inclusione sociale e affermazione del sé nel contesto di vita.

Nel processo riabilitativo il soggetto è al centro, ma lui per conseguire un cambiamento deve essere motivato e coinvolto, altrimenti non apprenderà mai nulla davvero e non ci saranno modifiche nella sua vita. Deve avere la forza e il coraggio di agire e superare quelle situazioni difficili. Ovviamente tali situazioni a cui è sottoposto vengono ad essere supervisionate dall'operatore che conosce i limiti e le potenzialità del soggetto per cui lo mette alla prova ma non rischia mai di fargli fare qualcosa che potrebbe comportare un passo indietro nel suo percorso, come una recidiva. Allora un altro concetto importante per la riabilitazione è il rapporto tra paziente e operatore, una relazione che deve essere basata sulla fiducia e il rispetto, consolidata con il tempo e con le esperienze. L'operatore dovrebbe diventare un punto di riferimento che stimoli il soggetto ad andare sempre avanti, ad evitare un processo di isolamento o cristallizzazione, cioè bloccato in quella fase di vita dove il soggetto non può realizzarsi. Le attività che propone sono basate sulla fiducia nella potenzialità di crescita del paziente, deve avere quindi la capacità non solo di individuare i punti di forza e di criticità, ma anche quella di prevedere quello che potrebbe fare e diventare nel momento in cui supera le resistenze o situazioni che non sapeva gestire. L'operatore però può solo cercare di convincere l'altro ad agire, è la

persona a dover scegliere. Le decisioni che deve prendere per la sua vita, per se stesso, per sentirsi bene con se stesso. Come la sua vita deve essere vissuta solo lui può deciderlo.

L'operatore quindi sin dall'inizio si trova accanto al paziente e con lui inizia un processo riabilitativo. Esso consiste essenzialmente in tre fasi: diagnosi riabilitativa, pianificazione degli interventi e attuazione degli interventi. Bisogna tenere sempre a mente gli obiettivi principali: reinserire il soggetto nel contesto di vita dandogli un ruolo sociale e ottenere il massimo livello possibile della qualità di vita. Per cui gli interventi nelle strutture della residenzialità leggera sono fondamentali perché permettono di apprendere una serie di norme e comportamenti utili al raggiungimento degli obiettivi, insegnando ai soggetti la convivenza con gli altri, saper gestire il loro spazio, organizzare il proprio tempo, capire come relazionarsi al meglio nelle varie situazioni e rispettare le regole. Si sviluppa anche il senso di appartenenza e la creazione di una routine che da stabilità e sicurezza, permettendo al soggetto di conoscere meglio se stesso. Però, le strutture di residenzialità leggera non sono una casa dove restare, sono un passaggio, un ponte per ritornare poi alla normalità. Quindi vivere in un appartamento proprio, lavorare, creare una famiglia, avere amici e coltivare interessi. Essere dunque autonomi e autosufficienti con i mezzi che ha appreso durante il tempo in struttura. Questo periodo transitorio deve essere tale poiché si potrebbe rischiare di compromettere il cambiamento e il miglioramento delle capacità del soggetto.

Il processo riabilitativo è dunque un processo di cambiamento che spinge il soggetto a migliorare costantemente, lungo e non facile, durante il quale però non si è mai da soli.

### 1.3 La recovery

La recovery è un termine inglese che non sta a significare propriamente guarigione, quanto più recuperare, ristabilizzarsi, anche se non sono termini adeguati.<sup>10</sup> Si presuppone così di voler riportare il soggetto a come viveva prima dell'esordio della malattia, e questo è impossibile. Il processo della recovery parte da tale concetto, non si può avere una vita come prima, ma si può avere una vita nuova che può essere sviluppata al meglio delle sue

---

<sup>10</sup> Maone M. (2015) Guarire dalla malattia o nonostante la malattia? in Maone M., D'Avanzo B. (a cura di) Recovery. Nuovi Paradigmi per la salute mentale, Raffaello Cortina Editore, Milano

potenzialità. Tale nuova vita ha nuove finalità e organizzazioni, tanto che i sintomi si possono gestire ed evitare che determinino ostacoli o effetti molto elevati. La persona che presenta una malattia mentale, secondo la recovery, può guarire anche se non è davvero guarita. Per cui si inizia questo viaggio che permetterà al paziente di conoscere la malattia di cui soffre, con tutti i vari segni che lo avvisano delle crisi, o situazioni che sa possono creare una particolare reazione, allo stesso tempo però il soggetto imparerà a conoscere se stesso, le sue abilità, le sue capacità, i suoi limiti e i suoi obiettivi. Verranno ad essere attivati i processi di empowerment, di socializzazione e di recupero delle aspettative positive.

La definizione più conosciuta e utilizzata fu data da Anthony che descrisse la recovery come un processo di cambiamento di atteggiamenti, valori, obiettivi, capacità e ruoli; in modo di vivere una vita soddisfacente, piena di speranze e in grado di dare un contributo agli altri, nonostante le limitazioni causate dalla malattia. Quindi è un percorso interiore che il soggetto svolge che lo porta a conoscere le sue potenzialità e a fargli capire e riavere il ruolo sociale che gli spetta per diritto.<sup>11</sup> Quindi si ha uno sviluppo contemporaneo di due dimensioni dell'identità, quella personale che determina un senso di identità positivo e quella sociale che afferma a se stesso il suo ruolo nel mondo. L'obiettivo principale è quello di riappropriarsi della propria vita, saper gestire la malattia in modo tale da poter fare ogni cosa e non esserne schiacciato.

Ovvio che diventa essenziale e implicito l'importanza della comprensione della malattia e il riconoscimento della persona come soggetto attivo in grado di decidere e quindi di poter gestire la malattia e il suo percorso. Nel primo caso è fondamentale che prenda consapevolezza dal punto di vista clinico di ciò che ha, lo fa accettando prima di tutto la malattia stessa, non negandola. Accettando e conoscendo la malattia dovrà però fare un passo in più, deve andare oltre e imparare a gestire la malattia in modo che non limiti la sua vita, ma che ne sia un fattore subordinante. La consapevolezza del proprio essere è uno strumento fondamentale per l'evoluzione del soggetto stesso. La recovery deve essere considerata come un processo di cambiamento nel rapporto con la malattia. Mira a sostenere l'empowerment e dare pari opportunità alle persone, poiché anche loro vogliono

---

<sup>11</sup> Slade M. (2015) La ricerca sulla recovery. Nuove risposte, nuove domande in Maone M., D'Avanzo B. (a cura di) Recovery. Nuovi Paradigmi per la salute mentale, Raffaello Cortina Editore, Milano

e possono riavere il controllo della loro vita, fare progetti in base alle loro capacità, avere opportunità sociali, sviluppare nuove competenze, essere responsabili di se stessi e avere una vita con un buon livello di qualità. È importante sottolineare che tale processo non è lineare, ma presenta periodi positivi, negativi e di stallo. Durante tale cambiamento ogni individuo può percepire la quotidianità in modo diverso quindi non vedendo sempre i passi in avanti compiuti; al contrario i periodi più forti per il soggetto sono quei momenti in cui acquista una nuova consapevolezza, prova emozioni inaspettate e improvvise oppure compie esperienze che non pensava di poter mai fare. Questi sono momenti dove il soggetto va oltre la malattia e percepisce il cambiamento, anche se l'operatore lo vede ogni giorno nella quotidianità, nel semplice fatto che agisce in modo da non dover essere succube alla malattia, bensì consapevole.

La recovery, quindi, è un processo di cambiamento dove è essenziale che vi sia il coinvolgimento e la partecipazione della persona, gli operatori possono coinvolgere i soggetti ma la motivazione può solo provenire dal paziente. La crescita del soggetto viva oltre la malattia mentale, si instaurano nuovi comportamenti che permettono lo svolgimento di attività quotidiane, di avere nuovi scopi e quindi una nuova vita. È però un percorso lungo e complesso, dove il soggetto deve acquisire nuove sicurezze e abilità, ma anche accettare i propri limiti. Si cerca di aumentare l'autostima e l'autonomia così che la persona possa avere un maggior valore e rispetto di se stesso, poiché non è la diminuzione del numero di crisi a determinare chi sia una persona. La recovery può avvenire senza un intervento elevato da parte dei servizi, sono molto utili però coloro che circondano il soggetto e sono fiduciose del suo cambiamento. Questo, infatti, si sentirà incoraggiato e supportato, per cui sarà stimolato indirettamente a intraprendere il percorso. I servizi messi in atto per il soggetto saranno quelli a lui più adeguati, serviranno per affrontare le difficoltà quotidiane anche attraverso l'uso di opportuni sostegni, così aumenterà anche la consapevolezza di sé e dei propri deficit.

Ovvio che un processo più efficace è meno vi sarà la presenza di sintomi o si avrà un minor numero di recidive. In caso però di riacutizzazione, il soggetto dopo tornerà ai livelli precedenti in tempi molto più brevi rispetto al suo passato. Questo accade proprio perché si riesce a gestire e controllare sempre meglio quelli che sono i sintomi della malattia mentale.

La recovery permette al soggetto di riappropriarsi della propria vita, ma non solo di essa. Si recupera anche i diritti e i doveri del cittadino, i ruoli sociali, le responsabilità, la capacità contrattuale nel prendere le decisioni.<sup>12</sup> Questi elementi si ottengono con la consapevolezza acquisita di sé e di quello che può o non può fare ed essere. Inoltre, attraverso i legami creati con altre persone e l'ambiente, si può avere una maggiore inclusione nella comunità, e ciò determina una maggiore autodeterminazione, un aumento sia dell'autostima che dell'autoefficacia, tutte dovute ai cambiamenti innescati dalla recovery.

La recovery si può dire che si svolge su un piano interno ed esterno, il primo riguarda l'Io del soggetto, quindi i suoi sviluppi emotivi e cognitivi, il secondo invece prevede il contatto con la realtà circostante, cioè quei cambiamenti più legati alle azioni conformi alla situazione e alle relazioni più importanti avute con altre persone.

La recovery, essendo un processo, ha anche una serie di fattori che possono agevolare l'evoluzione del soggetto. Prima di tutto la persona deve sentirsi come tale e non come un malato, deve andare oltre la malattia e staccarsi quell'etichetta che crede possa identificarlo. La possibilità di compiere scelte per la sua vita, per la gestione della sua malattia, per soddisfare i propri bisogni e autoaffermarsi. Strettamente collegato a ciò vi è l'autonomia, poiché l'esperienza compiuta è un ponte attraverso cui la persona comprende la sua unicità, le sue capacità e riesce ad autodeterminarsi. La speranza deve essere sempre presente, la speranza in termini progettuali ed esistenziali. Avere obiettivi permette di agire con un senso, di conoscere il rispetto per sé e per gli altri, la fiducia e un senso nuovo della vita. Le relazioni sociali e il supporto dei pari sono due cardini da considerare poiché le amicizie, la famiglia, il loro aiuto e supporto hanno influenza molto positiva per la persona. Anche per imparare quale sia il modo più adeguato a comunicare o agire nei diversi contesti di vita. Il sistema di servizi e gli operatori infine devono essere un punto fisso di riferimento. Poiché gli utenti che si sentono al centro del progetto, vengono aiutati se necessario con gli ausili più adeguati e se hanno un'opinione essa deve essere riconosciuta, tenuta di conto. Si ha tolleranza per la diversità che talvolta nelle

---

<sup>12</sup> Carlo Scovino, "I servizi di salute mentale tra recovery e resilienza", articolo pubblicato il 20.09.20 e aggiornato il 17.09.20 <https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/servizi-salute-mentale-recovery-resilienza.html>

comunità può essere incompresa e tenuta lontano, sentirsi accettati per ciò che si è e non isolati, ma allo stesso tempo viene messa in evidenza la loro unicità con i progetti individualizzati. Infine, il personale fa sperimentare al soggetto una relazione stabile e continuativa, dimostra disponibilità, ascolto, empatia, rispetto, autenticità, comprensione, interesse, umiltà e umanità, incoraggia la persona ad andare avanti nel processo di cambiamento.

Cosa si intende per processo di recovery?

Sono una serie di fasi che descrivono il percorso di cambiamento svolto dalle persone

1) Fase di shock:

consiste nell'esordio della malattia, che può essere più o meno acuto, ma comunque cambia le prospettive di vita del soggetto e di coloro che lo circondano

2) Fase di diniego:

la negazione di quanto accaduto può essere consapevole o meno, nel primo caso è una difesa al timore di essere etichettati e allontanati dagli altri o di essere invalidati dal sistema di servizi, nel secondo caso è una risposta di difesa verso la forte emotività che prevale, così si vuole credere che si ritornerà a come si era prima dell'esordio. La negazione però lascia poi spazio alla presa di consapevolezza della realtà e della malattia.

3) Fase della depressione, della disperazione e del lutto:

disperazione e sfiducia nel futuro, emozioni che dominano il soggetto che però possono trasformarsi in un'adeguata elaborazione del lutto con supporti validi. Gli utenti devono fermarsi ed elaborare la loro esperienza e capirla meglio. Presa consapevolezza del significato che assume la depressione si è sopraffatti dal dolore che si cerca di lenire attraverso una situazione di melanconia che al momento è ritenuta l'unica soluzione

4) Fase della rabbia:

la rabbia che segue la disperazione e la depressione può essere rivolta a diversi bersagli come la famiglia, la malattia, il sistema di salute mentale. Essa però è positiva poiché permette la nascita di una serie di insight, tra i quali quello che permette di capire che essa non è sintomo della malattia ma che origina dalle parti

sane di sé, dal recuperare il senso di ciò che è giusto e sbagliato e dalla necessità di migliorare la propria condizione

5) Fase dell'accettazione e del recupero di aspettative positive

Consiste nella capacità di accettare se stessi. All'inizio è molto fragile per cui è fondamentale la presenza di una persona di supporto che lo aiuti ad accettarsi. Si recuperano poi anche le aspettative positive e si riduce l'idea di essere senza aiuto. Tali consapevolezza sono anche rinforzata dallo svolgimento di attività utili per sé, per riavere fiducia in se e sviluppare una giusta percezione della realtà. Si ricostruisce così l'identità e una nuova vita, con nuovi progetti e obiettivi.

6) Fase del coping

Si prende consapevolezza di ciò che si può fare, delle proprie capacità, si riconoscono i propri limiti capendo quali esperienze si possono affrontare e cosa gli altri possono offrire. Questa fase insieme a quella della rabbia modifica il modo in cui il soggetto si sente, non vi è più il rifiuto di sé e della situazione né l'idea di essere onnipotenti

7) Fase dell'empowerment

Si prende atto della nuova identità che sta emergendo, allora si diviene più motivati nello svolgere attività e potenziare determinate capacità. Si ha la percezione di essere nel pieno di un profondo cambiamento nonostante le limitazioni presenti. È un punto di svolta che deve accompagnarsi ad azioni concrete, all'inizio semplici, ma coraggiose, che producano effetti positivi e allontanino l'angoscia. L'empowerment è quel processo che permette al soggetto di avere il controllo sulla sua vita ed esercitarlo.<sup>13</sup>

Tale processo però non esclude la presenza di dolori e di lotta, per poter ottenere una nuova vita con un progetto, una identità accettata, la recovery è un processo di cambiamento che da una situazione senza speranza o prospettiva tipica dell'angoscia si ha la sofferenza che porta a un senso di pace poiché si ha la consapevolezza di evolversi e vivere.

A questo punto però bisogna fare una distinzione per chiarire la differenza tra la riabilitazione psichiatrica e la recovery. Il processo di recovery è quello su cui dovrebbero

---

<sup>13</sup> Carozza Paola, Principi di riabilitazione psichiatrica, p. 366-367-368

basarsi i servizi di riabilitazione. La riabilitazione psichiatrica è un insieme di tecniche e servizi offerte affinché gli utenti imparino a adattarsi al contesto in cui vivono. La recovery è un'esperienza soggettiva che permette al soggetto di accettare e superare le disabilità causate dalla malattia mentale. La prima è più legata al mondo esterno mentre la seconda al mondo interno del soggetto.

I programmi di riabilitazione spesso sono troppo rigidi e non favoriscono la recovery, poiché sono pensati per percorsi più lineari e dopo dinamici, ma sono quelli basata maggiormente sulla cooperazione, attraverso cui le persone con disabilità si possono identificare con gli altri positivamente. I programmi di recovery sono unici per ogni utente e non seguono un percorso prestabilito e fisso, hanno criteri flessibili, sono modificabili in base al percorso che l'utente stesso sta vivendo in quel momento. Si può sbagliare e riprovare, finché non si raggiunge l'obiettivo, diventando uno stimolo se necessario per far acquisire al soggetto maggiore sicurezza e autostima una volta ottenuto un risultato positivo.

#### 1.4 L'empowerment nella salute mentale

L'empowerment è un processo evolutivo che avviene su due assi, quello individuale e quello della popolazione. Nel primo caso garantisce al soggetto la comprensione e il controllo di quei processi alla base dei rapporti sociali, presenza quattro dimensioni: autostima, partecipazioni alle decisioni, dignità e rispetto e appartenenza e contributo all'accrescimento della comunità.

Il processo di empowerment inizia con la definizione di aspettative e dei bisogni individuali, poi si concentra sullo sviluppo delle capacità individuali e di risorse che le supportino, per arrivare alla fine dove la persona conquista il controllo della propria vita superando lo stato di impotenza che prima la frenava come ad esempio un sintomo. Lo scopo è far ottenere all'individuo l'autodeterminazione e l'autonomia decisionale, per ottenere ciò e di conseguenza aumentare anche l'autostima e del proprio senso di valore personale, il soggetto deve compiere azioni concrete e nel quale si rifletta la sua scelta. L'empowerment di comunità invece riguarda l'aver un maggior senso di appartenenza alla comunità, diventare cittadino attivo in grado di prendere decisioni politiche e

sviluppare quelle capacità utili al raggiungimento dei propri obiettivi e al miglioramento della comunità, di cui può usare le risorse messe a disposizione.

Nella salute mentale l'empowerment, questo processo di acquisizione del potere decisionale, si riflette anche sul controllo e sulla gestione della propria vita. L'obiettivo prevede anche il superamento delle barriere create dalle ingiustizie sociali, che portano all'isolamento e allo stigma. Prendere consapevolezza del proprio potere e poter scegliere. In passato le persone non tale possibilità, pazienti e famiglie non venivano coinvolti nelle decisioni riabilitative, i servizi erano il principale rischio di esclusione. Nel momento in cui il soggetto viene privato del suo potere decisionale vi sono varie conseguenze:

- a livello sanitario le persone sono scarsamente informate e si affidano a operatori che non creano un rapporto di fiducia paritario, bensì una relazione asimmetrica dove a dominare non è il paziente, che non viene ascoltato né interpellato. Deve solo agire seguendo direttive a lui non chiare.
- a livello sociale interviene lo stigma presente nella società che porta il soggetto inevitabilmente all'esclusione, al sentirsi un peso, un soggetto fragile non da aiutare e sostenere ma rinchiudere e sistemare in qualche modo, qualcuno diverso con accezione così negativa da far allontanare gli altri a prescindere.
- a livello personale si perde l'autostima e l'identità stessa è bloccata, non potendo agire come meglio crede, pensare con senso critico il soggetto non sa più chi è. Non compie il processo di evoluzione, resta fermo perché non scegliendo non impara, non conosce se stesso e le sue potenzialità. La crisi d'identità lo caratterizza, poiché è un burattino che segue ordini di altri oppure è abbandonato a se stesso e non sa come muoversi.

Inoltre, la malattia, non conosciuta e non controllata, diventa parte centrale dell'esistenza dell'individuo, che deve trovare il modo per adattarsi ai sintomi. Si lascia trasportare da questi che prendono il sopravvento, soprattutto durante situazioni di stress.

Se il processo di empowerment viene ad essere seguito in modo giusto, con gli operatori a supportare le diverse situazioni, la persona con disabilità psichica riesce a gestire le situazioni di stress, vivere secondo una propria volontà, autorealizzandosi. I risultati

positivi che si ottengono sono: aumento del benessere psicologico ed emozionale, autostima, autonomia, motivazione e attuazione di strategie sempre più efficaci contro la malattia.

La presenza dei servizi è fondamentale, ma deve essere positiva, deve poter coinvolgere e stimolare il paziente al raggiungimento dei suoi obiettivi e della sua autodeterminazione, dare e avere fiducia in lui, supportarlo nei momenti più difficili e renderlo partecipe dei suoi miglioramenti, porsi come una figura di ascolto, informarlo sulla malattia che ha, sulle potenzialità che potrebbe sviluppare e sulle possibilità che può avere in quanto cittadino con dei diritti, infine renderlo responsabile e consapevole del contesto, ovvero la comunità, in cui si trova, quindi delle sue norme e delle sue regole. In questo modo altri risultati positivi saranno un maggior il senso di appartenenza e un maggior impegno nella società.

Come detto sin dall'inizio è bene tenere a mente che per realizzare il processo di empowerment non basta solo parlare di valori, occorrono azioni concrete che dimostrino al soggetto stesso in primis il suo cambiamento, le sue capacità e le sue risorse.

Ciò che favorisce l'empowerment è inoltre: il saper essere assertivi; avere più opzioni di scelta; poter esprimere le proprie idee; sviluppare un senso critico; fare parte di un gruppo; comprendere il diritto di avere dei diritti; produrre cambiamenti nell'ambiente e aumentare l'immagine positiva di se stesso.

L'empowerment dunque è quel processo che permette al soggetto di avere il controllo sulla sua vita ed esercitarlo. Nel processo di recovery, la fase dell'empowerment consiste nell'affermazione di sé, della propria identità e dignità, evidenzia quei percorsi soggettivi e strategie personali creati per affrontare la malattia. I due processi sono strettamente collegati tra loro e i risultati si vedono nel raggiungimento quotidiano di traguardi. Più risultati positivi si ottengono più aumenta il processo di empowerment e di conseguenza aumenta la capacità di agire e la fiducia in se stessi.

#### 1.5: L'orientamento della residenzialità leggera: prospettive e criticità

Riabilitazione, recovery, empowerment sono le tre parole che vanno ad essere i cardini fondanti del programma di residenzialità leggera. La recovery soprattutto poiché contiene

in sé l'empowerment ed è strettamente legata alla riabilitazione. Vengono messi in pratica i principi e gli obiettivi dei tre concetti in modo costante e quotidiano. La presenza dei servizi seppur ha un orario ridotto rispetto alle altre strutture residenziali offre un grande supporto. Questo programma permette al soggetto di poter rientrare nella comunità in modo graduale, allo stesso tempo viene stimolato e più progressi fa durante il suo percorso più i servizi si allontanano. Bisogna infatti ricordare che tali strutture residenziali sono pensate come fase transitoria prima del rientro in società del soggetto. Per poter vivere questa nuova vita servono strategie e tecniche che si possono acquisire attraverso dei progetti che propongono attività come il training metacognitivo, il cui scopo è imparare a conoscere e capire il proprio pensiero. Oppure il Social Skills Training che permette di imparare a gestire una comunicazione in modo adeguato, anche attraverso i roll play, esercizi di improvvisazione basati su esempi quotidiani, che avvengono durante gli incontri.

È una struttura che concede la massima libertà, poiché gli utenti vivono insieme in un appartamento su libero mercato, questo offre la possibilità di imparare a gestire il loro tempo, ma anche saper riconoscere i segni precoci di una crisi e agire di conseguenza. Ognuno trova poi le sue strategie per affrontare situazioni di stress, anche grazie l'aiuto degli educatori che lo sostengono e, come in altre circostanze, danno varie opzioni che possono scegliere. Il potere decisionale è alla base di ogni azione, questo ovvio che comporta anche molte responsabilità. Diventano cittadini attivi consapevoli dei loro diritti. L'inclusione nella comunità e la lotta allo stigma sono due pilastri per la recovery. Eliminare l'etichetta legata allo stigma della salute mentale può essere difficile. Ma il vivere in un appartamento piuttosto che in una comunità già garantisce al soggetto di non essere giudicato. Si affrontano le sfide quotidiane, con la presenza degli operatori, superando i propri limiti e conoscendo le proprie capacità. Ogni giorno si va avanti e si costruisce una propria identità personale e sociale, si trova un ruolo all'interno della comunità che possa soddisfare il soggetto. Gli eventi che poi rimandano all'utente un feedback positivo sono le più stimolanti perché aumentano la sua autostima, come ad esempio esercitarsi per un colloquio di lavoro e poi farlo molto bene nella realtà farà avere una prospettiva su sé molto propositiva. Alla base di questo esempio c'è anche la consapevolezza della malattia e il saperla gestire in modo adeguato. Un altro aspetto importante è che si realizza concretamente la capacità di controllo sui sintomi, poiché nel

vivere ogni giorno senza assistenza costante è una sfida. L'individuo ha accettato la malattia, ha capito che cosa comporta, ma non sarà certo quello a non permettergli di raggiungere i suoi nuovi obiettivi.

Un elemento che nella residenzialità leggere può essere molto positivo è il contratto terapeutico. È un accordo creato sin dall'inizio del progetto tra l'operatore e il paziente, basato sul consenso informato. Si attua un processo di negoziazione per i tempi e gli obiettivi da raggiungere durante il percorso. È costruito con la persona che prende consapevolezza di ciò che dovrà fare e lo accetta. Non riguarda solo il soggetto, che però diviene protagonista attivo del contratto. La famiglia e coloro rappresentano una figura significativa nella vita dell'utente faranno parte di esso, poiché la presa in carico del servizio è globale e allora nel contratto come nel progetto riabilitativo non si considera solo la persona ma anche tutto ciò che la riguarda. Il contratto terapeutico viene poi valutato, discusso e accettato dall'equipe multidisciplinare. Ogni mese dovrà essere riconfermato dagli operatori in base ai progressi del paziente. Eventuali cambiamenti dovranno essere comunicati all'utente. Il contratto è una promessa, una garanzia al raggiungimento di quella meta. Deve ovviamente stimolare l'autonomia e il senso responsabilità. Esprime in modo diretto le possibilità che la persona ha o che può raggiungere, determinando una forte motivazione e una spinta per seguire il percorso. È un documento dentro il quale vi sono:

- Gli obiettivi socioriabilitativi a medio e lungo termine
- Le competenze e le risorse attivate dall'equipe
- Le competenze e le risorse richieste sia all'utente che alla sua famiglia
- Le condizioni specifiche per orientare una modifica del programma terapeutico
- Il piano della gestione delle crisi<sup>14</sup>

Questi concetti sono il risultato di una formula più grezza di quello che sarà poi il progetto terapeutico riabilitativo, il quale prevede la scrittura anche di strumenti, metodi, risorse, modalità di valutazione, verifica e monitoraggio. Il contratto è come una bussola che indica il nord, tutti gli attori presenti nel percorso riabilitativo seguono quanto scritto perché li porterà alla meta da raggiungere. È anche sia una sorgente di speranza per il

---

<sup>14</sup>Da Amministrazione di sostegno e contratto terapeutico in ambito psichiatrico, C. Lubiato, [https://www.ariadne.bz.it/wp-content/uploads/2019/06/08-05-Lubiato\\_Cinzia.pdf](https://www.ariadne.bz.it/wp-content/uploads/2019/06/08-05-Lubiato_Cinzia.pdf)

paziente che acquista una nuova e diversa prospettiva del futuro, non è più legato alla malattia, ma a quello che con le sue competenze potrà diventare, sia una linea guida per gli operatori sulla quale poi basano i diversi progetti riabilitativi.

Il contratto terapeutico propone di lavorare su delle aree e delle abilità sociali:

- casa e ambiente di vita
- cura di sé e autonomia personale
- reddito, proprietà e uso del denaro
- lavoro e/o attività dotate di senso
- rete familiare
- rete sociale<sup>15</sup>

Queste aree dopo essere state valutate saranno disposte secondo la gerarchia delle necessità del soggetto, che però non sempre corrispondono ai suoi desideri.

Il contratto è orientato verso una prospettiva di cambiamento e di recovery, definisce così anche i singoli passi del percorso e le diverse fasi.

I vantaggi del contratto terapeutico sono:

- ☺ coinvolgimento degli utenti
- ☺ maggiore conoscenza della patologia
- ☺ ridimensionare la percezione della cura e della malattia
- ☺ aumentare la comprensione del disagio mentale
- ☺ maggiore inclusione sociale
- ☺ maggiore abilità nel comunicare
- ☺ benessere individuale bio-psico-sociale
- ☺ inserimento lavorativo
- ☺ autonomia abitativa

Ma le aree di intervento presenti all'interno della residenzialità leggera sono anche altre. L'area clinico psichiatrica comprende il monitoraggio periodico delle condizioni psichiche e patologiche per mantenere costante la stabilizzazione clinica.

L'area riabilitativa riguarda sia una supervisione da parte del personale sia un coinvolgimento attivo dell'utente nello svolgimento delle attività quotidiane.

---

<sup>15</sup> *Ibidem*

L'area di risocializzazione prevede tutte quelle attività che avvengono all'esterno come il volontariato o un corso per seguire una propria passione.

L'area del coordinamento, infine, intende gli incontri periodici con il CSM per monitorare il processo socioriabilitativo.

La residenzialità leggera si mostra adatta a coloro che hanno difficoltà nell'aspetto familiare, ambientale e relazionale, che non possono vivere nel contesto comunitario perché clinicamente stabili e già di per sé abbastanza autonomi, ma che non possono essere reinseriti nel loro ambiente a causa di differenti problemi come la difficoltà a vivere all'interno del proprio contesto familiare o l'assenza di una famiglia da cui poter tornare ad abitare. Alcuni casi invece non prevedono un reinserimento vero e proprio nella società con un distaccamento dal servizio, bensì l'utente raggiunge il massimo grado di autonomia e poi inizia ad essere monitorato periodicamente, ovvero continua a vivere nel suo appartamento e se occorre vi è l'intervento da parte degli operatori, anche se tale soluzione non è la più indicata in quanto essendo un percorso dovrebbe avere una durata di tempo limitata. Il programma, dunque, è per coloro che necessitano di un contesto sicuro e protetto. Lo scopo principale è il raggiungimento del massimo grado di autonomia e i programmi presentano anche obiettivi specifici definiti sulla base delle necessità del soggetto. È fondamentale per un progetto di residenzialità leggera che siano presenti le opportune soluzioni abitative, reperite attraverso forme di sostegno sociale e individuate con il concorso degli enti locali. La residenzialità leggera presenta una parte sanitaria e una sociale. La prima riguarda il programma riabilitativo, il lavoro di rete, la presenza di operatori in specifiche fasce orarie, mentre la seconda comprende vitto, alloggio, rispetto e uso dei diritti del cittadino. A differenza delle comunità permette di vivere una dimensione incentrata più sulla dimensione familiare e del quotidiano piuttosto che quella sanitaria. Il programma è focalizzato sulla routine, sul vivere una vita in modo indipendente, sul rendere il disturbo un fattore che non determini l'esistenza della persona. La parte sanitaria è presente ma in forma minore anche perché chi svolge questo progetto è stabilizzato dal punto di vista farmacologico. Si cerca di far ricreare o costruire dei rapporti significativi all'utente, che sia con la famiglia o con nuove persone. La continuità e la stabilità dei rapporti diventano importanti per vari motivi: il soggetto impara a conoscere se stesso anche rispecchiandosi negli altri, che possono diventare punto di riferimento; la rete sociale intorno a lui più diventa ampia e forte, minore è la

possibilità di essere escluso dal contesto comunitario; può scoprire nuove passioni, desideri e opportunità che prima non conosceva, ma di cui può usufruire essendo un cittadino e in conclusione durante i momenti di crisi avrà qualcuno che non lo lascerà solo e lo sosterrà.

L'inclusione sociale e l'abbattimento dello stigma sono due elementi molto forti nella residenzialità leggera. Spesso avere una patologia seppur lieve è un motivo per essere etichettati e allontanati, questo vale ancora di più per coloro che non riescono a inserirsi nel contesto oppure non rispettano precisi comportamenti e modelli di vita. Allora nel progetto di residenzialità leggera si cerca di insegnare ai pazienti come adattarsi alla realtà in cui vivono, però non cambiando se stessi, ma affinando quelle conoscenze e competenze utili per vivere secondo certe norme sociali. Si cercano tutte strategie per poter favorire l'inclusione nella comunità, che è favorito già in partenza dal fatto di vivere in un quartiere, quindi sentirsi parte di quel posto, riconoscerlo come casa, anche per le persone che ci abitano come l'utente. Nella comunità non è possibile un'inclusione simile perché la struttura o è costruita lontano dal centro oppure è identificata come luogo di cura per malati e chi vi vive dentro è automaticamente isolato.

Altri vantaggi della residenzialità leggera sono: l'autorealizzazione, la valorizzazione di una nuova vita e una nuova immagine di sé, l'indipendenza e la libertà.

Il principale vantaggio è legato al fatto che l'uomo diventa artefice del proprio destino, ovvero progetta un futuro, decide chi voler essere e inizia a lavorare su ciò, quando poi inizierà ad ottenere i risultati sperati e sentirà di aver raggiunto da solo i propri obiettivi e si sentirà completo. La sua vita sarà percepita come piena e soddisfacente, senza l'ostacolo della malattia psichiatrica.

Proverà sempre di più la sua autonomia e sentirà le sue responsabilità legate alla libertà di poter vivere da solo.

La residenzialità leggera però ha anche degli svantaggi. Bisogna fare molta attenzione nel selezionare i soggetti adatti al progetto, perché se non fossero in grado di gestire la loro autonomia allora potrebbero avere delle ricadute. Alcuni soggetti per quanto siano stabilizzati farmacologicamente necessitano di una struttura residenziale che possa dare loro delle regole e dirigere in modo più diretto la loro vita. Hanno bisogno di un luogo dove potersi sentire al sicuro, e questo può essere solo se ci sono norme da seguire. La

responsabilità e la libertà non sono facili da gestire per chiunque. I criteri sono per questo molto importanti, lo svantaggio è che il progetto stesso non può essere adatto per tutti.

Un problema invece che potrebbe essere risolto è nel contesto normativo. Le leggi a cui si deve far riferimento a livello nazionale sono delle linee guida che vengono poi adattate in ogni regione a seconda delle necessità. Questo comporta una visione molto frammentata della situazione, dove in certe regioni la disponibilità è migliore e maggiore; quindi, il programma tutt'ora presente vede caratteristiche diverse e tempi di sviluppo differenti.

La residenzialità leggera è comunque un valido progetto innovativo, che permette al paziente di sperimentare un contesto informale e che predilige più la dimensione del quotidiano. L'elemento chiave è la casa in tutte le sue accezioni. Infine, permette al soggetto la possibilità di reinserimento nella comunità graduale, con un distacco dai servizi proporzionato ai suoi miglioramenti.

## **CAPITOLO 2: Il concetto di casa**

### 2.1: La casa come spazio di appartenenza

In questo capitolo si andranno ad analizzare le varie accezioni che può avere il concetto di casa, soprattutto nel contesto della residenzialità leggera. È importante perché l'appartamento all'interno del quale il soggetto vive il programma è il principale strumento della riabilitazione. Questo perché è all'interno della casa stessa che inizia il processo di recovery, nel momento stesso in cui va a vivere insieme ad altre 4 persone si ritrova a dover condividere gli spazi e gestire certe responsabilità. Ma non solo, stando poi in un contesto urbano deve imparare ad affrontare le situazioni di stress con resilienza, sviluppare relazioni che permettano poi al soggetto di far parte della comunità, trovare un lavoro per poter mantenere l'appartamento e se stesso, avere consapevolezza delle proprie capacità e dei propri limiti. Molti altri fattori si inseriscono in questa situazione, tutto il progetto con gli obiettivi, le attività, gli strumenti riabilitativi, i fallimenti e i successi, tutto nasce con la casa.

Quest'ultima non è solo un tetto e delle mura dentro le quali si passa del tempo. È un concetto dalle mille sfumature, tutte legate al rapporto che si crea con il soggetto stesso. Nella lingua inglese si utilizza "house" per indicare la struttura fisica, una costruzione concreta, un luogo dove abitare, mentre "home" ha un significato più emotivo, intende un luogo familiare, affettivo, intimo, legato ai diversi sentimenti che nascono da coloro che vi abitano.<sup>16</sup> In italiano non si ha una distinzione simile, casa intende contemporaneamente sia un oggetto reale che un ideale.

Nella residenzialità leggera quindi, quando si introduce l'argomento della casa, bisogna ricordare che fa riferimento sia a tutte le problematiche ad essa collegate come ad esempio il pagamento per aggiustare le tubature in cucina o la lavatrice, sia al luogo dove vive il soggetto, ma anche a una dimensione più effimera che è la sintesi del legame che si crea tra i coinquilini e gli episodi avvenuti all'interno di quell'edificio. Come già detto l'appartamento su libero mercato che viene affittato è composto da un piccolo nucleo di

---

<sup>16</sup> La casa: molto più che un luogo fisico, Di Anna Galtarossa, <https://www.psychodesk.it/la-casa-piu-un-luogo-fisico/>

massimo quattro o cinque persone, ognuna con una propria storia e un passato che iniziano un nuovo percorso basato sulla recovery. Ciò che diviene importante è il fatto che gli utenti si ritrovano in una situazione dove la casa diviene un rifugio dall'esterno, sia per quanto riguarda i limiti fisici creati che emotivi poiché esclude l'esterno. Ma allo stesso tempo il soggetto non si sentirà mai davvero isolato poiché si ritrova a dover condividere determinate stanze. Con il tempo e soprattutto con le esperienze, il fatto di non essere mai davvero solo, crea nel soggetto un senso di appartenenza. Non è necessario che i coinquilini diventino per forza amici e passino ogni momento insieme, anche se nella maggior parte dei casi avviene così proprio perché ci si conosce ogni giorno sempre meglio e stando bene con l'altro si ricerca la sua compagnia, ma comunque per far nascere il sentimento di appartenenza alla casa è necessario che il soggetto la viva, giorno dopo giorno, abituandosi ai suoi difetti e scoprendo non solo se stesso ma anche l'altro. Si può creare una sorta di routine o anche una comunicazione per aiutarsi nello svolgere determinati lavori di casa. Vivendo sotto lo stesso tetto creare una connessione è inevitabile, in caso contrario comunque ci saranno gli educatori professionali che avranno il compito di favorire un buon clima all'interno dell'alloggio. L'appartenenza è quindi un sentimento che rappresenta un senso di inclusione, l'uomo si sente accettato e riconosciuto, prova un senso di conforto e sollievo nel comprendere di non essere solo. Si può dire che l'appartenenza nasce dalla identificazione, ovvero la persona accetta e condivide sia valori che cultura con il gruppo di cui fa parte. In questo modo avendo delle idee in comune inizia a nascere il senso del "noi".

La casa è uno spazio di appartenenza poiché è un contenitore di avventure ma anche di abitudini, di discussioni e di risate. È un insieme di oggetti che però nascondono molti ricordi ed emozioni. Inoltre, è il ricordo costante dei progressi che il soggetto sta vivendo nel suo percorso riabilitativo, le conquiste fatte e i fallimenti appresi. La casa ha una duplice valenza, la prima è rappresentata dal suo essere un oggetto reale e la routine che si crea o le abitudini che nascono, la seconda è legata al piano emotivo esperienziale. È dall'unione di questi due fattori che nasce il senso di appartenenza alla casa.

Nel pratico si possono fare vari esempi, nel primo caso è che si fa sempre colazione la mattina alle ore 9 in cucina tutti insieme, attorno al tavolo, dove ognuno occupa il proprio posto, ognuno ha la propria pietanza. Questa azione con il tempo diventa una abitudine che anche inconsapevolmente il soggetto svolge, perché dopo mesi anche

inconsapevolmente andrà a sedersi nella sedia che è diventata “sua”. Quel clima che si crea di familiarità, dell’esserci, di stabilità non si rispecchia solo nei movimenti e nel legame che tra loro si sviluppa, ma anche negli oggetti. Quella sedia di per sé non richiama nessun tipo di sentimento, può piacere o meno nell’aspetto ma di fatto nessun’altra emozione è coinvolta, eppure ogni volta che l’utente la vede la riconosce come sua, perché ha passato ogni mattina lì, insieme ai suoi coinquilini, in quella cucina a fare colazione e parlare, condividendo pensieri e valori. Questo è un esempio di appartenenza alla casa.

Perché però è così importante per l’utente abitare in un luogo a cui si sente di appartenere? Perché proprio la sua casa? Che benefici può dare al suo percorso?

L’appartenenza è uno degli elementi presenti nella piramide dei bisogni di Maslow. Questa è fondamentale per l’autorealizzazione del soggetto. Quando si tratta di bisogni di appartenenza si intende sia all’essere amato e amare, sia il sentirsi parte di un gruppo, sia il cooperare che il partecipare, in sintesi significa che in ogni soggetto vi è l’aspirazione a essere un elemento della comunità.<sup>17</sup>

Questo è uno degli obiettivi della residenzialità leggera, il reinserimento del soggetto. La casa diviene una fonte importante per questo processo perché è la prima dimensione sociale simile a un gruppo che l’utente incontra. Nel momento in cui va ad abitare con altri si deve creare una sorta di nuovo equilibrio affinché si possa perseguire il percorso. Questo è già un primo allenamento per quello che vivrà poi nel mondo esterno, solo che a differenza della realtà l’appartamento è un luogo controllato e protetto, ma soprattutto vi sono le figure degli educatori a cui si può far riferimento per ogni incomprensione, soprattutto all’inizio quando non ci si conosce ancora o quando alcune social skills non sono ben sviluppate.

La casa diviene quindi spazio di appartenenza perché si creano i primi legami che permetteranno al soggetto di provare per poi sviluppare le sue abilità, allo stesso tempo gli fanno capire come sia il dover condividere esperienze e compiti. È come se fosse

---

<sup>17</sup> Articolo la piramide dei bisogni di Maslow <https://www.psicologiadellavoro.org/la-piramide-dei-bisogni-di-maslow/>

inserito in una piccola comunità, dove ognuno ha il proprio compito, la propria vita, ma sono tutti legati tra loro. Quel legame nasce dalla casa dove vivono. Essa li unisce, permettendo loro di scoprire i punti di forza e di debolezza, costruendo un'armonia in grado di compensare le mancanze di alcuni con le qualità di altri. Ovvio che questo avviene con il tempo, con una forte relazione. Alla base di questo vi è il senso di appartenenza, ci si riconosce in quel gruppo.

La casa e il sentimento che porta con sé determinano nel soggetto una maggiore autostima, che nasce indirettamente. Infatti, è come se vi fosse una catena di eventi che si susseguono. Sentirsi parte di quella casa determina una maggiore fiducia in sé e negli altri, l'utente si sente meno solo e più compreso. Inoltre, riesce a far emergere le sue abilità ricavandosi un proprio ruolo o un contesto che lo contraddistingue rendendolo concretamente speciale, rendendo noto al soggetto in primis di essere molto più di un malato psichiatrico ma un uomo "in grado di", ovvero qualcuno che può e sa fare determinate cose, che può crescere e che ha molte potenzialità. Come ad esempio il cucinare. Se un utente si vedesse più predisposto nella cucina allora potrebbe diventare il cuoco della casa, imparando poi anche agli altri a fare certe cose.

Sentirsi parte di qualcosa da maggiore motivazione ad agire, inoltre migliora la qualità della vita riducendo l'isolamento sociale. Anche perché il soggetto è stimolato ad agire sia da parte degli operatori che dei coinquilini, i quali possono diventare una fonte di ispirazione o un braccio su cui appoggiarsi in momenti difficili.

La casa quindi si può definire come spazio di appartenenza per i motivi elencati, ed è importante sottolineare che non è un luogo poiché l'accezione che ha può essere sia reale che ideale, sia fisica che emozionale. Sentire di appartenere a un posto ci identifica, perché si comprendono meglio quali sono le caratteristiche e i limiti soggettivi, inoltre permette di avere un confronto con la realtà esterna e allo stesso tempo non sentirsi mai soli.

## 2.2: L'inclusione sociale e la lotta allo stigma

Una delle sfide che tutt'ora la salute mentale sta affrontando si svolge su due assi complementari: l'inclusione sociale e la lotta allo stigma. Prima di affrontare l'argomento all'interno del contesto della residenzialità leggera è necessario chiarire questi due concetti.

L'inclusione sociale è un concetto multidimensionale poiché riguarda ambiti culturali, politici, religiosi, sociali, relazionali ed economici. È un processo che si realizza nel momento in cui vengono fornite a tutti i cittadini delle possibilità il più eque possibili tanto da comportare sia il godimento dei loro diritti, sia l'annullamento delle disparità sociali o quanto meno la riduzione e l'accettazione sociale di queste ultime, sia il riconoscimento e la valorizzazione delle diversità.<sup>18</sup>

L'esclusione sociale al contrario è un processo che determina l'impossibilità ai soggetti di utilizzare le risorse, di avere le possibilità e di fruire dei diritti di tutti i cittadini.<sup>19</sup> Questo può comportare: l'impedimento alla partecipazione attiva alla vita di comunità, la limitazione di capacità e potenzialità, l'aumento delle disparità sociali e fenomeni causati dall'allontanamento dei soggetti diversi come la ghettizzazione, la marginalità o la stigmatizzazione.

Gli elementi che nelle persone determinano un impatto sul processo di inclusione ed esclusione sociale sono: la razza, il sesso, la cultura, la religione e la disabilità.<sup>20</sup> Si tratta di coloro che sono ritenuti anormali per i canoni di quella società. La normalità non è un fenomeno oggettivo ma rappresenta l'insieme di quei codici e modelli che la maggior parte di un gruppo ha deciso di seguire. Quindi anche per questo un altro fattore che determina l'inclusione o l'esclusione sociale è la collocazione geografica.

Un processo che avviene e che spesso si confonde con l'inclusione sociale è l'integrazione, ovvero si potrebbe definire come un processo di normalizzazione. Le persone anormali vivono all'interno della società, ma non sono valorizzate per la loro unicità. Questo comporta due soluzioni: la creazione di sottogruppi che decidono di rendersi semi-indipendenti poiché si sentono non accettati e quindi formano delle nuove

---

<sup>18</sup> Dispense della professoressa Maggi

<sup>19</sup> *Ibidem*

<sup>20</sup> <https://www.laessetv.it/2020/10/04/integrazione-e-inclusione-qual-e-differenza-nellambiente-di-apprendimento/>

piccole comunità che coesistono con quella che li racchiude, oppure si attua un processo che si potrebbe definire di normalizzazione, ovvero fornendo i mezzi e gli strumenti adeguati si cerca di cambiare il soggetto, renderlo il più possibile compatibile ai canoni sociali vigenti, non valorizzandolo.

Si deve partire dal presupposto che la società offre dei canoni e modelli da seguire che vengono ritenuti normali, questi rappresentano sia ruoli sociali che lavorativi. Quindi si creano due identità nella stessa persona, una viene ad essere mostrata in pubblico in base alle aspettative della società, mentre l'altra è più intima, perché rappresenta ciò che si è davvero. Nel momento in cui queste due identità sono tanto diverse da non poter coincidere si crea nel soggetto un'etichetta negativa che se mantenuta nel tempo diventa uno stigma.

Si possono attribuire tre importanti caratteristiche al concetto di stigma:

1. Non è un aspetto intrinseco di un individuo, ma è il contesto di occorrenza a determinare il responso altrui.
2. È una classificazione negativa che emerge dalle interazioni e dagli scambi tra individui o gruppi, dove uno ha il potere di classificare l'altro poiché possiede attributi giudicati socialmente indesiderabili.
3. Possiede una natura processuale perché assumere un'identità stigmatizzata è un processo mediato dalla società che ha luogo nel corso del tempo.<sup>21</sup>

In base a queste categorie si possono individuare tre tipologie di stigma:

- 1 Stigma per le deformazioni del corpo, come disabilità fisica, il colore della pelle, le calvizie, etc.
- 2 Stigma per imperfezioni caratteriali, come i disturbi mentali, la carcerazione o la tossicodipendenza.
- 3 Stigma tribale che prevede l'emarginazione sociale in base all'etnicità, la religione, convinzioni ideologiche o per la nazionalità<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Articolo "Stigmatizzazione: cos'è e come funziona", N. Manai

<sup>22</sup> *Ibidem*

La stigmatizzazione viene influenzata e nasce sia da pettegolezzi che soprattutto dall'ignoranza. Si esprimono dei giudizi senza conoscere la situazione completa e senza pensare a cosa quelle parole potrebbero comportare nel soggetto a cui sono riferite. I pregiudizi sono inconsapevolmente presenti nelle vite dei cittadini perché create dalla stessa società in cui vivono. Stigmatizzare un individuo può determinare il suo isolamento sociale, la diminuzione completa o parziale della sua autostima, un'eccessiva autovalutazione infine un forte senso di inadeguatezza e inutilità.

Lo stigma nell'ambito della riabilitazione e della salute mentale è un concetto riferito all'oppressione, ovvero quando si instaura un rapporto tra un gruppo dominante e un gruppo dominato, in cui il primo gruppo trae vantaggio dalla subalternità dell'altro. viene detto "mentalismo" poiché riguarda la disparità che si crea tra persone con disturbi psichiatrici e persone senza.

Esistono tre tipologie di stigma:

1. Stigma interno:

dove i soggetti con disturbi psichici vengono influenzati a tal punto dal gruppo dominante da vergognarsi di loro stessi e credere di valere meno degli altri. Deriva dalla società e dagli utenti stessi. Molti sono abituati a considerarsi deboli o fragili, senza potenzialità e con molti limiti. I loro obiettivi non vengono perseguiti e sono visti come irrealizzabili sia perché non sono sostenuti dalla società sia perché loro stessi per primi sono certi di non ottenere nulla

2. Stigma esterno:

riguarda le modalità con cui gli altri cercano di rafforzare e solidificare il pregiudizio da loro creato e dato ai soggetti che presentano un disturbo psichiatrico

3. Stigma istituzionale:

rappresenta l'insieme di quelle ideologie sociali, politiche e religiose che determinano il mantenimento delle persone con disabilità psichiatrica in uno stato di inferiorità <sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Carozza Paola, Principi di riabilitazione psichiatrica, p 81

Ora considerato quanto detto, bisogna tener presente che nella residenzialità leggera si vuole favorire l'inclusione sociale e abbattere lo stigma. Essi sono favoriti da varie caratteristiche e possibilità che il programma di residenzialità offre:

- 1 Vivendo in un appartamento su libero mercato all'interno di un contesto urbano lo stigma legato alla salute mentale, la paura del malato, viene ad essere meno percepita poiché non coincide come l'immaginario comune e la persona non vivendo dentro una struttura non è subito etichettata o giudicata per il suo disturbo
- 2 Gli educatori professionali e l'equipe che li segue ogni giorno li stimola e li spinge ad allontanarsi dal contesto dei servizi sanitari che gli utenti conoscono, cercano di coinvolgerli in attività come il volontariato o nel trovare un lavoro, per creare una nuova rete sociale all'interno della comunità. Inoltre, l'operatore insegna alla persona a difendere sé stessa e i propri diritti e imparando a fargli riconoscere quando il limite è da causato da sé stesso o da un ambiente stigmatizzato
- 3 Gli utenti sono molto autonomi, imparano a sapersi organizzare, a riconoscere i segni precoci di crisi, a comunicare e agire in modo adeguato in base alle situazioni grazie agli strumenti riabilitativi che gli educatori professionali utilizzano
- 4 L'obiettivo della residenzialità leggera è quello di permettere al soggetto di saper vivere in modo autonomo nella comunità per questo i servizi tendono, in caso di risultati positivi, ad allontanarsi. Tutti i traguardi raggiunti dai soggetti danno una maggiore autostima e una diversa percezione di sé, permettendo poi una costruzione di legami sociali con gli altri cittadini più veloce ed efficace.
- 5 Si cerca poi di abbattere lo stigma attraverso l'informazione, ovvero con seminari o eventi di sensibilizzazione, per modificare i pregiudizi verso coloro che hanno dei disturbi mentali, spiegando cosa sia davvero la salute mentale e quanto poco la si conosca davvero

Questi motivi rendono quindi la residenzialità leggera un programma molto valido nel favorire l'inclusione sociale e l'abbattimento dello stigma. Per raggiungere tali obiettivi è fondamentale superare i pregiudizi legati alle malattie psichiatriche e imparare a

valorizzare l'unicità di ogni persona, poiché essa è una risorsa a prescindere dalla sua condizione di salute.

### 2.3: La casa come spazio di sicurezza e identità

Sicurezza, dal latino *sine cura* ovvero senza preoccupazioni, intende quella condizione dove il soggetto ha la certezza di non correre nessun pericolo, né che le sue azioni potrebbero provocarne uno. In questo stato l'individuo si sente più rilassato e può ottenere molti benefici. Chi si sente sicuro si mette alla prova e scopre nuove capacità, oppure conosce nuove passioni. Le preoccupazioni o la paura spingono le persone ad essere sempre troppo prudenti o diffidenti, agendo come se ogni minimo rumore possa essere avvertito come un pericolo da cui difendersi. Le reazioni che si ottengono che influenza molto le modalità di comportamento sono la fuga o l'attacco. Questo possono portare all'isolamento sociale del soggetto per volontà propria o altrui andando a cristallizzare il senso di paura.

Nella residenzialità leggera il senso di sicurezza deve nascere in primis dall'appartamento in cui il soggetto abita. Lo deve percepire in tale modo sia fisicamente che psicologicamente. La casa, infatti, diventa la rappresentazione di un confine che può essere concreto per quanto riguarda le mura e ideale poiché permette al soggetto di separarsi dalla realtà esterna. L'utente percepisce il distacco dall'esterno, la casa diventa un rifugio dove potersi abbandonare e sentirsi protetti. Si allontanano i problemi o le situazioni difficili per poterle poi affrontare. La vita che la persona vive può essere piena di situazioni stressanti che determinano delle crisi o delle insicurezze, ma l'unico spazio dove si può sentire accettato è dove abita. Diventa quindi un punto di riferimento, un punto fisso che sarà sempre presente. Questa certezza è strettamente legata al bisogno di appartenenza poiché sentendo di far parte di qualcosa sente di essere al sicuro. La presenza di altre persone che hanno affrontato difficoltà simili alle sue o che possono capire le situazioni che vive permette al soggetto di non sentirsi solo. La sicurezza in questo caso deriva dalla loro presenza, dalla loro disponibilità all'ascolto e all'aiuto. Questo stato comporta nel soggetto, comunque, una maggiore autostima e se comprende di poter essere tranquillo in un luogo può cercare di risolvere ciò che ha causato

sofferenza. La casa, infine, è anche un luogo di riposo, poiché dopo aver vissuto fuori tutto il giorno, per lavoro o per commissioni, la casa ha la capacità di rilassare la persona perché sente di non avere degli obiettivi da raggiungere o compiti da svolgere.

Ma la casa non è solo uno spazio di sicurezza, può diventare anche uno spazio di identità. Avviene nel momento in cui l'utente inizia a scegliere l'arredamento, poiché decidendo i colori o le disposizioni dei mobili sta facendo valere la sua personalità. Il luogo in cui si abita non è mai neutro, indirettamente rimanda alle esperienze passate, alle proprie passioni, all'individualità di ognuno. Il soggetto proietta il suo mondo interno perché vuole riconoscerla come propria. Dipinta come un foglio bianco su cui disegnare la propria storia.

La casa racchiude in sé molteplici significati simbolici, è un contenitore di esperienze e di ricordi. Può essere anche un modo per esprimere se stesso e ciò che più preferisce. Cerca di rendere il luogo in cui abita confortevole, lo fa non soltanto rendendolo più accogliente ma rendendolo suo appendendo delle foto piuttosto che dei poster, postando i mobili invece che il letto. Ogni oggetto diventa quindi una sfumatura diversa del carattere e dei pensieri dell'utente. Infatti, quello è il suo mondo e come tale vuole identificarsi in esso.

Nella residenzialità leggera un piccolo gruppo di utenti abita in un appartamento su libero mercato. Hanno delle stanze in comune come la cucina, però ognuno ha la propria camera da letto. Questo aumenta la privacy del soggetto e allo stesso tempo gli consente di crearsi la sua zona sicura, dove poter esternare il suo Io. Ogni camera racconta la storia di quella persona, dai suoi sogni alle sue paure, se è una persona estroversa o introversa. L'arredamento e i colori indicano molto più di quanto sembra. Non solo è una scelta ma è una finestra in un mondo di cui alle volte è difficile parlare.

Strutturando le stanze lasciando la libera scelta, la casa diventa un luogo di vicinanza, dove ci si sente accolti. Si crea un senso di intimità quando si espone una parte del proprio carattere.

La casa permette anche di esprimere le proprie emozioni, perché vengono manifestate attraverso azioni come ribaltare un tavolo o lasciare tutto in disordine.

Gli educatori domiciliari quando vanno a visitare le abitazioni degli utenti controllano sempre la situazione, perché può essere un segno di allarme, soprattutto se si presentano delle stanze diverse rispetto ai giorni passati. All'inizio soprattutto dal modo in cui i soggetti arredano la casa e come si muovono dentro di essa è una grande fonte di osservazione per conoscere la persona.

Nella residenzialità leggera l'evoluzione del soggetto durante il processo della recovery è confermata anche dal cambiamento all'interno dell'alloggio. Più il soggetto conosce se stesso più la sua stanza inizierà a modificarsi secondo i propri tratti caratteriali. C'è un rispecchiamento della persona nel suo appartamento e soprattutto nel luogo dove dorme. L'utente vuole affermarsi, non solo scoprirsi e conoscersi, per dimostrarlo allora rende suo il posto in cui si sente al sicuro e a cui sente di appartenere. Vuole anche manifestare la sua cultura, le esperienze vissute, le tradizioni familiari e le proprie narrazioni individuali per aiutare se stesso a mantenere la propria dimensione storica personale. Non può farlo all'esterno perché sarebbe frenato dal giudizio altrui e dalle regole sociali, mentre nella sua stanza sente di poter far tutto allora lascia che gli oggetti esprimano il suo Io interiore.

La casa diventa uno spazio di identità quando gli oggetti diventano rievocazione dei ricordi, poiché essi permettono di riprovare emozioni, pensieri, relazioni, avventure, gioie, dolori, sconfitte e successi che hanno contribuito a creare la personalità del soggetto.

A differenza delle comunità, infatti, la casa nella residenzialità leggera viene percepita come un qualcosa di più soggettivo perché non è una struttura dove sono sempre presenti gli operatori o dove ci sono delle regole o dei limiti. In questo modo non solo si può includere meglio nella società in cui si trova ma può anche trasformare un posto manifestando se stesso.

Sicurezza e identità sono due concetti che in questo caso sono tra loro direttamente proporzionali. Quando aumenta il senso di sicurezza allora l'essere umano più predisposto a scoprirsi perché sa di non correre pericoli, così anche nel rapporto con la casa, non teme di manifestare se stesso se sa di essere protetto.

Al contrario più una persona inizia a comprendere il suo carattere, le sue passioni, allora si sentirà più sicuro di sé perché vede in se possibilità prima nascoste. La casa più viene vissuta e quindi modificata secondo la personalità di chi la vive, più diventerà un luogo sicuro dove poter abitare.

#### 2.4: La quotidianità: pratiche educative di orientamento all'autonomia, emancipazione ed indipendenza

La quotidianità è un insieme di azioni e situazioni che hanno la caratteristica di ripetersi ogni giorno, come ad esempio andare al lavoro. Non è detto che la ripetizione deve essere sempre uguale, può subire delle piccole differenze, riprendendo l'esempio appena scritto, ogni giorno si va al lavoro ma una volta con la macchina, una volta con l'autobus, una portando il pranzo e così via. La condizione di base è sempre la stessa, ma non è uguale. Questa continuità nelle persone dà stabilità e le rassicura, non solo perché sanno come impegnare il tempo, ma perché conoscono ciò che accade, è una costante della loro vita che hanno già affrontato, di cui non hanno paura né provano ansia. Spesso però i vari rituali giornalieri che scandiscono il tempo diventano tanto normali da essere dati per scontato, in altri casi invece provocano noia e desiderio di cambiamento.

L'uomo fin troppo spesso dimentica le piccole cose che in realtà sono davvero importanti. Nella quotidianità l'essere umano sceglie il suo percorso, decide in che modo rendere sicure le sue giornate e in che modo raggiungere certi obiettivi.

L'utente che entra nel progetto di residenzialità leggera nella maggior parte dei casi proviene da un'esperienza di comunità. Si trova a dover vivere in un nuovo ambiente, in una nuova abitazione, con nuove persone e ritmi diversi. Questo può provocare insicurezza, confusione o ansia.

Prima il tempo era ben scandito secondo il regolamento della struttura, dove ad esempio si trovava l'orario e il luogo della cena; quindi, il soggetto non ha mai potuto decidere come vivere la sua quotidianità, anche se aveva molte altre scelte come la partecipazione a certe attività.

Adesso però si ritrova a dover organizzare da solo il suo tempo e le sue giornate. Inizia un percorso per scoprire non solo chi è ma anche cosa vuole fare e come ottenere un certo

traguardo. Deve scoprire da solo la sua routine, trovare quelle abitudini che con il tempo ha perso. L'Educatore professionale lo deve accompagnare in questo viaggio alla ricerca della sua autonomia, della sua indipendenza e della sua emancipazione. Questi tre termini possono essere confusi tra loro, ma i loro significati determinano obiettivi differenti. Autonomia è una parola che deriva dal latino, *autos* ovvero "egli stesso" e *nomos* cioè "legge", intende quindi la capacità di una persona di vivere secondo le proprie norme, che sa regolare se stessa e la propria morale. Indipendenza letteralmente significa non dipendere (in *dependere* dal latino) e si realizza quando una persona non è asservita a qualcuno<sup>24</sup>. Emancipazione invece, se si considera in senso più ampio, è descritta come il processo che determina il distacco da una persona o un sistema oppressivo.<sup>25</sup>

Quindi l'operatore dovrà incoraggiare il soggetto a scegliere come programmare le sue giornate per dare un senso di stabilità e sicurezza alla persona. Lo fa proponendo dei progetti personalizzati a cui partecipare, come ad esempio la ricerca di un lavoro, il volontariato, il gruppo di scrittura. Questi progetti sono legati anche alle necessità e ai bisogni dell'utente. Sono delle attività che possono chiarire chi vuole essere in futuro e quali sono le sue passioni, tanto che una volta che il progetto sarà terminato il soggetto potrà scegliere se continuare, approfondire o cambiare il percorso intrapreso. Questo però dipende solo da lui a seconda di ciò che sente e pensa.

Le pratiche educative orientate all'autonomia vogliono sviluppare le capacità di comprendere i propri bisogni anche in relazione agli altri, rinunciare quindi a voler plasmare la persona ma lasciarlo libero di esplorare le sue potenzialità e di scegliere da solo ciò che vuole fare, dando però degli strumenti per farlo. In questo caso è importante il valore della relazione con l'altro perché permette un maggior contatto con la realtà e la scoperta sia di nuove possibilità, sia nuove capacità sia di nuovi interessi.

Le pratiche educative orientate invece all'indipendenza si basano sul fatto che l'utente deve abituarsi a contare sulle proprie forze, saper gestire da solo le situazioni sia positive che negative. Non deve aver bisogno di qualcuno perché è perfettamente in grado di fare tutto da solo, sempre nei limiti reali delle sue possibilità. Ad esempio, se vuole iniziare a

---

<sup>24</sup>La non sottile differenza tra autonomia e indipendenza, <https://portalebambini.it/la-differenza-non-sottile-tra-autonomia-e-indipendenza/>

<sup>25</sup> Treccani, <https://www.treccani.it/vocabolario/emancipazione/>

prendere l'autobus deve imparare a farlo da solo, certamente all'inizio l'operatore lo segue per aiutarlo, ma poi dovrà essere in grado di organizzarsi.

Le pratiche educative orientate all'emancipazione prevedono il distacco dalle persone significative come la famiglia perché permettono una crescita personale del soggetto. restare legati a persone che possono essere un limite o che condizionano le scelte non permette uno sviluppo. Allontanarsi da questi sistemi, che però per il soggetto sono fonte di certezza ora più che mai nella residenzialità leggera, può provocare all'inizio insicurezza e paura, ma poi scoprirà davvero chi è e le capacità che ha. Non è una questione di abbandonare le proprie radici, poiché resteranno sempre un punto importante dell'esistenza dell'individuo, ma piuttosto un avvicinarsi all'ignoto per conoscere se stessi senza l'influenza di altri.

Quindi la quotidianità di ogni persona è legata alla sua storia e alle sue speranze future. L'utente è un soggetto attivo che costruisce da solo la propria vita. Deve imparare anche ad assumersi le proprie responsabilità e accettare le conseguenze delle azioni compiute. All'inizio quando deve trovare un nuovo equilibrio la presenza dell'Educatore è fondamentale perché deve rassicurarlo e incoraggiarlo.

La casa e le mansioni che si svolgono al suo interno sono il primo tipo di abitudine che si crea per necessità. Questo nuovo stile di vita, che offre molte opportunità, può sembrare tanto vasto e incerto, ma la casa diventa il suo primo punto fermo, da lì inizia il percorso che andrà poi a sviluppare la sua quotidianità e quindi anche azioni che possano soddisfarlo e farlo sentire autorealizzato.

## 2.5: L'abitare come spazio di libertà

Nei paragrafi precedenti si è trattato della casa e delle sue molte accezioni. Essa può diventare uno spazio di sicurezza, un luogo al quale poter appartenere, un altro dove poter combattere lo stigma e facilitare l'inclusione sociale, oppure uno dove sentirsi se stessi proiettando la propria identità, ma anche un ambiente dove si sperimenta la quotidianità e le sue forme di autonomia, indipendenza ed emancipazione, dove le esigenze dell'utente trovano risposta. Manca però un elemento importante che chiude questo argomento. In

una casa l'individuo può stare o abitare. Questi due termini indicano una differenza semantica e psicologica molto profonda.

Il verbo stare è riferito a una situazione statica, la persona passa del tempo in quel luogo, ma non è libero di essere se stesso, né di creare una vera relazione con gli altri, resta il tempo che occorre e poi eventualmente se ne va. È una circostanza dove l'uomo è personaggio passivo, non ha alcun potere decisionale. Stare in un posto non implica sentirsi parte di esso anche perché è impossibile in quanto è preclusa la possibilità di agire e l'ambiente attorno viene percepito come freddo e distante.

Abitare invece parte dal presupposto che l'utente ha potere decisionale e prova piacere nel vivere lì. È un concetto più dinamico. Abitare a casa propria è una frase che nasconde emozioni come l'affetto, la gioia, ma anche la dolcezza e la stabilità. Il termine proviene dal latino "habitare", che ha sua volta trova una matrice nel verbo "habere", ossia avere.<sup>26</sup> Quindi nel momento in cui si utilizza tale lessico, con cognizione di causa, si sta parlando del fatto che quel luogo è di proprietà di quella persona non solo fisicamente ma anche emotivamente. Abitare una casa racchiude un significato implicito: il concetto di possedere, nel senso che chi vive al suo interno la sente come propria. La casa che non è solo una struttura viene ad essere considerata di proprietà dell'uomo, è sua perché è parte dello stesso soggetto.

La casa è ciò che rappresenta colui che la abita, inevitabilmente inizia a tenere ad essa per quello che ha vissuto e i ricordi che vi sono all'interno, perché si riconosce in essa. La sente sua anche perché è un rifugio, uno spazio che lo difende dalla realtà esterna.

Usando il verbo abitare si indica un potere di scelta e allo stesso tempo la presenza di un legame.

Vivendo nella propria casa, l'utente vive nel suo mondo, dove è accettato, accolto, non giudicato e libero di esprimersi. Non ci sono i limiti legati alle regole sociali che impongono un determinato comportamento, ad esempio può indossare i vestiti che preferisce. Decide in autonomia senza la paura del giudizio altrui. L'individuo quindi si trova a poter essere se stesso, non ci sono vicoli, nella sua casa si sente libero.

---

<sup>26</sup> Treccani [https://www.treccani.it/vocabolario/abitare\\_res-ec03dde3-000b-11de-9d89-0016357eee51/](https://www.treccani.it/vocabolario/abitare_res-ec03dde3-000b-11de-9d89-0016357eee51/)

La libertà è un concetto complesso utilizzato in molti campi con valori differenti, in senso lato significa avere il potere di scegliere.

La questione da chiarire è che la casa non può essere simbolo della libertà perché esistono luoghi che appartengono al soggetto ma che non li abita in quanto non manca la possibilità di scelta.

Nella salute mentale il manicomio è stato per molti anni la casa di qualcuno senza volerlo. L'ospedale psichiatrico annullava qualunque tipo di potere decisionale, ma non solo, disumanizzava la persona rendendolo un oggetto attraverso pratiche crudeli che venivano imposte. L'obiettivo era quello di rendere l'individuo inerme così da poter essere controllato. Era privato della sua dignità, del rispetto, inoltre creava una quotidianità alienante che anestetizzava le menti. I pazienti stavano lì, quella era la loro casa, ma non l'abitavano ne avevano libertà.

Nel corso del tempo, soprattutto dopo la legge Basaglia che ha determinato la chiusura dei manicomi, sono state create nuove case dove far stare i pazienti. Attraverso le nuove strutture come le comunità la persona viene rispettata, trattata da essere umano, ma ancora non del tutto libera.

La residenzialità leggera, al contrario delle altre tipologie di residenze sanitarie, ha come punto centrale la casa intesa come luogo dove poter abitare. L'utente va a vivere all'interno di un appartamento che con il tempo diventerà il suo rifugio dall'esterno, uno spazio dove essere se stesso e dove poter essere libero di scegliere in autonomia. In questa circostanza il rapporto con i coinquilini è fondamentale perché il soggetto si deve sentire accolto e accettato, poiché altrimenti non potrà mai vivere l'appartamento come casa. Il lavoro dell'Educatore professionale allora sarà quello di aiutare gli utenti a trovare un nuovo equilibrio e che vi sia il rispetto reciproco.

Nella società vi sono regole e modelli comportamentali da seguire, mentre nella casa l'utente può essere se stesso, libero e allo stesso tempo mantiene il diritto di scelta. In questo modo si andranno a creare delle abitudini legate all'ambiente in cui si trova, alla cultura e alla sua storia passata.

L'abitare può essere definito come uno spazio dove poter esercitare la propria libertà poiché in entrambi i casi vi è la presenza del potere decisionale che rende l'utente

autonomo, in grado di autorealizzarsi e autoaffermarsi, ma soprattutto permette al soggetto di conoscere se stesso.

## **CAPITOLO 3: Gli attori della residenzialità leggera**

### 3.1 I soggetti coinvolti e i criteri di inclusione

Gli utenti sono i principali protagonisti della residenzialità leggera. Il loro percorso è diverso rispetto a quello che avviene in un'altra struttura residenziale poiché vivono un livello di autonomia molto elevato. Come già scritto il programma prevede che vadano ad abitare in degli appartamenti su libero mercato. Per poter accedere a tale opportunità di percorso vengono selezionati secondo dei criteri ben precisi. È importante rispettare tali canoni per permettere la realizzazione di un processo di recovery.

Essi sono:

1. Gli utenti devono avere un'età compresa tra i 18 anni e i 65 anni
2. Gli utenti sono in grado di orientarsi nel territorio
3. Gli utenti dimostrano una discreta autonomia nelle autonomie di base (cura di sé) nella gestione economica
4. Gli utenti non presentano disabilità gravi
5. Gli utenti hanno un'entrata economica che gli permetta di mantenere un appartamento su libero mercato
6. Gli utenti devono essere in grado di riconoscere le situazioni di emergenza e chiedere aiuto di conseguenza
7. Gli utenti devono avere un minimo di capacità relazionali, seppur presentano problemi relazionali di gravità medie in ambito familiare e con gli amici
8. Gli utenti devono essere ritenuti stabili dal punto di vista clinico
9. Gli utenti hanno un'aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona<sup>27</sup>

Durante la selezione secondo tali criteri, bisogna mostrare particolare attenzione ai comportamenti, la capacità di relazione e di collaborazione. Questo perché corrispondono al criterio dell'inclusione e al rispetto delle regole della convivenza che nella residenzialità leggera sono fondamentali.

I soggetti, dal punto di vista clinico, devono essere considerati stabili. Nella maggior parte dei casi provengono da una pregressa esperienza in una struttura residenziale psichiatrica

---

<sup>27</sup> Progetto educativo "Residenzialità Leggera" L. Casoni, M. Conti

a 24 o 12 ore, conclusasi positivamente. Presentano bisogni riabilitativi legati alla pianificazione e svolgimento delle attività quotidiane, che vengono raggiunti attraverso un progetto individualizzato basato sul potenziamento e mantenimento della loro autonomia, per necessità gli operatori sono presenti solo in alcune fasce orarie diurne.

Le aree di intervento su cui si lavora con gli utenti per il raggiungimento degli obiettivi prevedono programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione. Queste sono:

- area clinico psichiatrica:  
riguarda il monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- area riabilitativa:  
dove non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; il personale svolge un'attività di supervisione ed è previsto il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione delle attività quotidiane della struttura;
- area di risocializzazione:  
le attività di risocializzazione avvengono fuori dalla struttura in raccordo con la rete sociale;
- area del coordinamento:  
di devono rispettare e confermare gli incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socioriabilitativo.<sup>28</sup>

La residenzialità leggera può diventare il completamento del percorso riabilitativo per coloro che hanno attraversato le diverse forme di residenzialità, anche quelle ad alta intensità riabilitativa. In altre circostanze può riguardare persone più giovani per i quali è indicato un tipo di intervento precoce e calibrato, evitando l'ingresso in comunità e quindi un processo più istituzionalizzante. Infine, vi sono soggetti che presentano uno stadio di cronicità tale per cui è indicata un'attività riabilitativa a bassa intensità.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Ministero della salute, le strutture residenziali psichiatriche,  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2460\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato.pdf)

<sup>29</sup>Psichiatria oggi, <https://www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2020/12/6-Dudek-CasaResidenzaPsichiatrica.pdf>

I benefici che gli utenti possono ottenere da tale percorso sono diversi. Fin da subito acquista il senso di responsabilità poiché si ritrova in un setting nuovo e per la prima volta è destrutturato; quindi, ha molta più libertà di azione. Le decisioni che compie devono essere ben calibrate, anche per questo è seguito da operatori in grado di motivarlo e sostenerlo. L'essere responsabili della propria vita attiva la persona nel fare delle scelte e nel prendere delle posizioni che permettono di sperimentare autenticamente la propria soggettività e la libertà individuale.

Un secondo beneficio è la riappropriazione del sé che si realizza grazie a quei talenti e da quelle risorse residue riconosciute ed auto-riconosciute come ancora presenti, nonostante quei vincoli, i limiti e le fragilità dettate dal proprio disagio. L'Educatore in questo caso ha un ruolo molto importante perché non offre solo un sostegno, ma deve essere in grado di costruire contesti esperienziali protetti, entro cui la persona possa non già assimilare semplici automatismi, ma divenire protagonista attiva della loro scoperta e di una nuova e differente sperimentazione. In questo modo il soggetto acquista la capacità di imparare dalla propria esperienza, diventando un soggetto che è in grado di trarre le conclusioni, esprimere un'opinione, scegliere autonomamente, ma soprattutto diventa consapevole di ciò che è e di ciò che può fare. La creazione di un contesto riabilitativo destrutturato, con un minor numero di regole e limiti, costituito da linguaggi, relazioni e abitudini, permette all'individuo di non diventare un attore passivo della propria vita, supera i rischi di oggettivazione tipici dei contesti istituzionali e comunitari. Si dà valore alla soggettività che diventa un elemento di incoraggiamento sia per gli utenti che gli operatori, è uno stimolo per voler costruire un contesto diverso da quello posto dal modello tradizionalista, dove le regole sono rigide e usate indistintamente per ogni persona. L'utente secondo quest'ultimo paradigma deve adeguarsi a una società che richiede specifici livelli di funzionamento. Il modello alternativo invece è alla base dalla residenzialità leggera vede il ruolo della società come fonte di aiuto per aiutare le persone per avere una qualità di vita migliore.

I soggetti coinvolti nel programma di residenzialità leggera hanno tra i vari obiettivi più importanti quello del reinserimento nella comunità, ovvero la riacquisizione di un ruolo sia sociale che lavorativo. Quando si usa il termine "ruolo" si vuole indicare la realizzazione di una funzione secondo quelle che sono le aspettative del contesto di appartenenza. Chi presenta una disabilità psichica se non seguito da un programma

riabilitativo adeguato può avere molti insuccessi, che possono determinare il suo isolamento sociale e un forte senso di inferiorità.

In molte occasioni gli utenti hanno dimostrato di non essere in grado di rispettare alcune semplici norme sociali sia sul piano interpersonale che intrapersonale, ciò ha comportato una distorsione di interpretazione del proprio e altrui comportamento. Il successo di un programma di inserimento sociale e lavorativo è lo sviluppo delle abilità comunicative, cognitive, interpersonali intrapersonali.

Quando però le persone ottengono dei successi soddisfano le loro aspirazioni lavorative e personali, realizzano una serie di obiettivi che si possono considerare indiretti, come l'aumento della propria autostima e una maggiore consapevolezza delle proprie capacità, ma anche si ottiene una maggiore probabilità di avere una qualità di vita buona, includendo anche la relazione positiva e priva di pregiudizi con gli altri. Vi è una reciproca dipendenza tra l'affermazione del proprio ruolo sociale, i processi di ripresa nell'ambito clinico e la trasformazione del senso di sé.

Esercitare un ruolo sociale permette di:

- Modificare la propria vita e quella degli altri
- Svolgere delle azioni utili in grado di rispondere alle aspettative con esiti positivi e diminuire l'idea fallimentare di sé
- Rendere più forte 'Io del soggetto stesso in grado poi di evolvere sempre più compiendo azioni e raggiungendo obiettivi

Ogni ruolo permette al soggetto di ottenere benefici differenti. Quello lavorativo può: ampliare i contatti sociali, dare uno stipendio, aumentare l'efficacia personale e diminuire il ricorso ai servizi psichiatrici. Un impiego soddisfacente diventa motivo di benessere perché gli utenti si sentono una fonte di produttività, inoltre da un ritmo, una quotidianità, un significato alla giornata. L'utente non è più un malato ma un lavoratore che contribuisce a favorire il miglioramento della comunità. Inoltre, il lavoro è il principale marker con cui la maggior parte delle persone misura la propria inclusione sociale, è una caratteristica fondamentale della identità, è la realizzazione di aspirazioni profonde inerenti alla persona. Nei programmi di residenzialità leggera viene proposto al soggetto un tipo di lavoro in base alla sua storia, tale decisione dipende dall'Educatore

professionale che lo ha preso in carico. È ovvio quanto diventi importante il rapporto con l'operatore, poiché se vi è una relazione basata sulla fiducia e il rispetto reciproco, l'Educatore potrà diventare una guida nel processo di inserimento lavorativo per poi lasciarlo proseguire da solo e renderlo autosufficiente. Nei momenti difficili, soprattutto all'inizio nella relazione con gli altri colleghi che possono essere giudicanti, diviene un supporto che può fornire degli strumenti per affrontare le situazioni più stressanti.

È necessario sottolineare come il prima ancora di acquisire un ruolo sociale o lavorativo, i soggetti da pazienti diventano coinquilini. Infatti, si ritrovano ad abitare in un piccolo nucleo di quattro persone circa dove devono condividere le sale comuni ma mantengono la privacy nella loro camera da letto. Il legame che si crea tra loro è molto importante poiché coloro che vivono lì da più tempo possono diventare un modello da prendere come esempio e allo stesso tempo sanno gestire meglio le situazioni di crisi. Si crea quindi una piccola comunità con delle regole e delle abitudini che rendono quell'appartamento una casa. Inoltre, la presenza di altre persone evita eventuali episodi di isolamento sociale. Inoltre, percepiti come gruppo di pari, gli utenti si sentono più accolti, non giudicati e ascoltati.

È importante aver un buon rapporto con gli operatori ma anche con coloro con cui si condivide la casa, poiché si potranno creare dei legami significativi che influenzeranno positivamente il processo di recovery.

### 3.2 Il ruolo dell'Educatore professionale

All'interno dell'equipe multidisciplinare vi è la figura dell'Educatore professionale che nella residenzialità leggera diventa fondamentale poiché è il cardine che collega l'utente al mondo esterno, avviando programmi di inserimento sociale, ma anche verso i servizi sanitari, che nonostante la presa in carico sono meno presenti nella vita dell'utente poiché il progetto è a bassa intensità riabilitativa.

Il ruolo dell'Educatore professionale è la promozione di percorsi di umanizzazione, basati sulla lavoro di condivisione, della vicinanza e del sostegno reciproco con la finalità di stabilire i legami che permettano di diminuire le disuguaglianze ed aumentare la libertà

individuale.<sup>30</sup> Basa la sua metodologia sull'approccio relazione proattivo, esso si conteezza con la pratica del "fare insieme" rispettando il principio di libertà, speranza e cambiamento.<sup>31</sup> Tutto è basato sulla relazione, sull'accettazione dell'altro e sulla vicinanza affettiva, allo scopo di proteggere il singolo dalla dimensione della solitudine e disadattamento sociale. L'Educatore deve diventare una base sicura su cui poter fare rifermento, ma anche una fonte di supporto e conforto. Seppur secondo delle fasce orarie lavora a diretto contatto con l'utente è sempre reperibile al telefono nel caso di emergenza. Accompagna durante tutto il percorso di recovery fino a che la sua presenza non è più necessaria poiché il soggetto ha raggiunto i suoi obiettivi. La presa in carico è globale, riguarda tutte le dimensioni dell'utente, sin dall'inizio valuta le varie aree e lavora per potenziare le sue capacità.<sup>32</sup> Presenta vari strumenti riabilitativi durante il programma della residenzialità leggera affinché il soggetto possa acquisire nuove competenze o incrementare capacità già presenti e possa scegliere liberamente di partecipare e che modalità apprese dagli interventi riabilitativi mettere in atto poi nella vita quotidiana. Si propone in aggiunta delle attività all'interno di progetti legati al programma di residenzialità leggera che sono personalizzati in base alle esigenze della persona e sono individualizzati. La progettazione educativa si pone l'obiettivo di prefigurare "il vestito su misura" per l'utente dell'azione educativa. L'intervento educativo considera la specificità e l'unicità dell'utente.<sup>33</sup>

L'Educatore professionale stimola costantemente la persona affinché sia motivato, nei momenti di fallimento è vicino a lui per non permettere una ricaduta e nei momenti di successo condivide la sua gioia. Osserva il cambiamento personale e interiore del soggetto, come si scopre pian piano e come imparare a gestire la sua vita. Fin da dubito dimostra l'importanza della libertà di scelta che ha il paziente nel fare o meno quello che gli propone. L'Educatore professionale, infatti, crea un contratto terapeutico che sarà condiviso e accettato.

Il vantaggio di questa figura è nel fatto di non essere riconosciuti in senso stretto come figure di ordine sanitario, pur collaborando nell'équipe dove sono presenti medici. Non

---

<sup>30</sup> Progetto educativo "Residenzialità Leggera" L. Casoni, M. Conti

<sup>31</sup> *Ibidem*

<sup>32</sup> Diapositive della professoressa Saltari

<sup>33</sup> Brandani Walter, Tomisich Manuela, La progettazione educativa. Il lavoro sociale nei contesti educativi.

utilizzano farmaci, non intervengono con misure coercitive a contenere stati d'angoscia intollerabili. Si pongono da un lato come compagni di percorso ma con il riconoscimento di un ruolo di persone accreditate di un sapere e di un'esperienza tali da poter supportare i pazienti nelle loro quotidiane difficoltà.<sup>34</sup>

È fondamentale che sia sempre positivo per quanto riguarda la riuscita del progetto poiché deve essere il primo a incoraggiare l'utente. Se dovesse dimostrare incertezza o sfiducia la persona in carico lo capirebbe subito e la sua certezza verrebbe meno comportando un'involuzione nel percorso.

Nella valutazione iniziale ha il compito di conoscere sia la storia passata che attuale del soggetto per poter poi determinare quale siano gli obiettivi da raggiungere, deve anche tener presente quali siano le sue esigenze. Le scale di valutazione che predilige utilizzare sono strumenti standardizzati che si concentrano sulle risorse della persona, le sue abilità, le sue potenzialità, le resistenze al cambiamento e la stabilità clinica. Lo scopo è quello appunto di trovare una risposta adatta ai bisogni specifici del soggetto, creati dalla correlazione di due livelli: quello assistenziale necessario e quello di intervento terapeutico riabilitativo.

Le tre scale di valutazione maggiormente usate sono il VADO, la HoNOS e il WHOQOL.

Il VADO, ovvero Valutazione delle Attività e Definizione degli Obiettivi, è specificamente orientato ad un approccio cognitivo-comportamentale, ma può essere utilizzato per tutti i tipi di interventi riabilitativi. Può essere usato da tutti gli operatori che lavorano nella riabilitazione psichiatrica. Lo strumento è diviso in due parti:

- quella relativa alla valutazione del paziente psichiatrico
- quella relativa alla pianificazione, conduzione e verifica del programma riabilitativo<sup>35</sup>

La valutazione per essere svolta richiede di indagare sul il funzionamento della persona negli ultimi 30 giorni e si ripete la valutazione a intervalli regolari - uno o tre mesi - al

---

<sup>34</sup> Residenzialità "Leggera", Il Chiosco, <https://www.korian.it/wp-content/uploads/Residenzialita-Leggera-Il-Chiosco.pdf>

<sup>35</sup> Scale di valutazione, <https://www.nurse24.it/studenti/scale-di-valutazione/la-valutazione-in-psichiatria-una-sfida-e-un-opportunita.html>

fine di monitorare nel tempo i progressi fatti e gli obiettivi raggiunti. Pone attenzione sia su eventuali problemi e limitazioni della persona sia sui punti di forza sulla base dei quali si può creare un progetto riabilitativo volto allo sviluppo e recupero delle funzioni più compromesse.

La scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) semplice e adattabile all'uso quotidiano, indaga gli aspetti clinici e sociali. È utile per vedere il miglioramento o il peggioramento del soggetto durante il progetto. Essendo uno strumento standard è affidabile rispetto a una scala di valutazione creata dall'operatore, inoltre permette di fare confronti per verificare eventuali cambiamenti nel percorso se necessari. Utile anche per dei fini amministrativi.

La scheda di valutazione è suddivisa in 4 aree:

- problemi comportamentali che hanno un impatto significativo sul soggetto e/o sugli altri, come la violenza auto e/o eterodiretta.
- deficit delle funzioni di base come il rallentamento psicomotorio e le compromissioni cognitive e fisiche con i loro effetti diretti sul funzionamento dell'individuo
- esperienze psichiche soggettive che disturbano o limitano il soggetto, come la depressione, l'ansia, le allucinazioni e le preoccupazioni.
- problemi ambientali (abitativi, occupazionali, economici, interpersonali e del sistema di supporto sociale) che possono limitare l'autonomia funzionale.

Ogni area ha poi al suo interno presenta 12 items che saranno poi oggetto di verifica:

- problemi comportamentali
  - 1- Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi ed agitati
  - 2- Pensieri o comportamenti deliberatamente autolesivi
  - 3- Problemi legati all'assunzione di alcol o droghe o altre dipendenze, ad esempio gioco d'azzardo
- Compromissioni cognitive e fisiche
  - 4- Problemi cognitivi: memoria, orientamento, comprensione e disorganizzazione del pensiero
  - 5- Problemi di malattie organiche e disabilità fisica

- Sintomi psichici
  - 6- Problemi legati ad allucinazioni e deliri
  - 7- Problemi legati all'Umore depresso
  - 8- Altri problemi psichici e comportamentali (ansia, dissociativi, sessuali, del sonno, alimentazione ecc.)
- Problemi ambientali
  - 9- Problemi relazionali sociali, coi conviventi, i familiari e il partner
  - 10- Problemi e autonomia nelle attività della vita quotidiana: semplici e/o complesse
  - 11- Problemi nelle condizioni di vita (abitazione, disponibilità di denaro, supporto familiare)
  - 12- Problemi nelle disponibilità di risorse per attività lavorative, studio, ricreative e attività lavoro-equivalenti.

Per quanto riguarda la valutazione è compilata dall'operatore dopo un'intervista semi-strutturata con il soggetto. Viene dato per ogni item un punteggio da 0 a 9 dove:  
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= Informazioni mancanti <sup>36</sup>

Ogni item deve poi contenere una spiegazione esauriente di ciò che deve essere o meno valutato. È importante ricordare che bisogna prendere in considerazione il livello di maggiore gravità raggiunto dal problema indagato nell'intervallo considerato e non la gravità media del problema nel periodo. Il tempo preso in esame è nelle ultime 72h. È una scala di valutazione semplice, facile da somministrare e condivisibile con l'equipe. È molto efficace per iniziare un percorso riabilitativo

---

<sup>36</sup> HoNOS, [file:///C:/Users/Lenovo/AppData/Local/Temp/1\\_musella\\_baraldi\\_kusmann\\_HoNOS%20.pdf](file:///C:/Users/Lenovo/AppData/Local/Temp/1_musella_baraldi_kusmann_HoNOS%20.pdf)

Infine, Il WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life) è uno strumento di valutazione che viene auto-somministrato oppure compilato dall'operatore solo se in presenza dell'utente. Al suo interno vi sono 100 item raggruppati in 24 sezioni, suddivise a loro volta in quattro macro-aree: area della salute fisica, area psicologica, area delle relazioni sociali e area dell'ambiente. Permette agli operatori 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.<sup>37</sup>

L'Educatore professionale utilizza quindi le scale di valutazione anche per il monitoraggio, ogni giorno così può verificare effettivamente i progressi fatti.

Uno dei tanti compiti dell'operatore è quello di costruire all'utente un ambiente sicuro nel quale poter vivere e migliorare, poiché deve sentirsi tranquillo di poter affrontare eventuali difficoltà sapendo di aver comunque una rete di protezione. Deve anche favorire il processo di recovery, quindi permettere al soggetto di conoscere se stesso e la sua malattia in modo che quest'ultima non sia un ostacolo per la realizzazione dei progetti futuri. Inoltre, deve incoraggiare l'utente all'autorealizzazione e valorizzare la sua unicità.

L'operatore propone quindi dei progetti, legati a quello principale della residenzialità leggera, che devono essere adeguatamente tarate al paziente. Essi di fatto rispecchiano gli obiettivi proposti e sono ad esempio i gruppi di Auto aiuto, dove soggetti che presentano lo stesso problema si uniscono per condividere le loro paure, le loro emozioni e trovare una soluzione, oppure attività di gruppo di lettura, per aumentare le capacità della memoria, l'attenzione, la concertazione, l'uso della logica, le abilità sociali e il recupero adeguato del rapporto con la realtà.<sup>38</sup>

La figura dell'Educatore professionale aiuta a rafforzare le parti sane ponendosi come contenimento delle parti più bisognose di accudimento.<sup>39</sup> Dall'iniziale coinvolgimento nell'elaborazione dei deficit più primitivi si passa poco alla volta alla loro presenza a fianco dei pazienti nell'organizzazione della loro quotidianità in spazi di autonomia

---

<sup>37</sup> Scale di valutazione, <https://www.nurse24.it/studenti/scale-di-valutazione/la-valutazione-in-psichiatria-una-sfida-e-un-opportunita.html>

<sup>38</sup> Progetto educativo "Residenzialità Leggera" L. Casoni, M. Conti

<sup>39</sup> Residenzialità "Leggera", Il Chiosco, <https://www.korian.it/wp-content/uploads/Residenzialita-Leggera-Il-Chiosco.pdf>

progressivamente riacquisita. Tale riacquisizione non ha carattere definitivo e necessita di frequenti, se non continue verifiche e messe a fuoco delle fragilità e criticità dei pazienti nel porsi davanti a problemi anche di ordine pratico.

Si occupa sia della dimensione sociale relazionale dando permettendo al soggetto di conoscere se stesso e le sue potenzialità, ma anche le modalità più efficaci di comunicazione con gli altri nei diversi contesti di vita, può altresì proporre delle soluzioni affinché la persona acquisti un ruolo lavorativo, iniziando un percorso dove può sviluppare determinate capacità utili per quel contesto. Inoltre, diventa un facilitatore per l'inserimento nel mondo lavorativo del soggetto che svolge diversi compiti: è un mediatore negli incontri tra l'utente e l'ambiente di lavoro, ascolta e cerca di risolvere le obiezioni del datore di lavoro riportandole all'utente e individua un referente interno che assuma la figura di tutor.<sup>40</sup>

Quindi i compiti dell'Educatore professionale nella residenzialità leggera sono sia di permettere al soggetto di raggiungere il suo massimo grado di autonomia, ma anche di favorire il reinserimento sociale ed eventualmente lavorativo, deve poi decidere quali siano gli obiettivi specifici da raggiungere e in che ordine di priorità debbano essere posti, trovando delle attività affinché essi si realizzino. Il suo lavoro, si basa sulla relazione con l'altro, che è fondata sul rispetto, la fiducia, l'ascolto, l'osservazione, l'empatia e l'accettazione incondizionata. L'Educatore professionale crea interventi educativi a sostegno continuo alla crescita, allo sviluppo e alla restituzione di senso della vita quotidiana.<sup>41</sup>

### 3.3L'equipe multidisciplinare la rete dei servizi

Nel paragrafo precedente si è trattato del ruolo dell'Educatore professionale. Tale figura professionale appartiene a un'equipe multidisciplinare che prende in carico il CSM. L'equipe è composta da:

- Lo psichiatra
- L'assistente sociale

---

<sup>40</sup> Carozza Paola, Principi della riabilitazione, p.190

<sup>41</sup> L. Pasqualotto, Educatori di professione oggi, p.10

- L'infermiere
- L'OSS
- Lo psicologo
- Il tecnico della riabilitazione psichiatrica

La presenza di diverse figure professionali permette alla persona in carico di essere sempre al centro di una progettazione della quale, per essere protagonista, deve possedere e conoscere con costanza e puntualità ciascun aspetto, potendola valutare in itinere. È rilevante, inoltre, che vi siano delle riunioni dove possano partecipare sia lo psichiatra sia lo psicologo sia l'Educatore professionale e anche l'utente affinché quest'ultimo possa esprimere il proprio vissuto e ciò che nel presente sta vivendo.

La metodologia di intervento è basata sulla recovery, quindi l'obiettivo primario è quello di rendere consapevole il soggetto delle sue capacità e conoscere il suo disturbo tanto da poter riconoscere eventuali segni precoci di crisi per garantirgli il miglior livello di qualità di vita possibile.

L'equipe ha il compito di scrivere il Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, che deve essere coerente con il piano terapeutico individuale e in accordo con il CSM. Al suo interno è descritto il percorso clinico-assistenziale che l'utente deve svolgere all'interno della struttura in cui è inserito. Il progetto si basa su dei criteri e delle informazioni:

- ☞ Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale
- ☞ Motivo dell'invio da parte del CSM, tratto dal Piano di trattamento individuale (PTI, che viene allegato)
- ☞ Osservazione delle problematiche relative a:
  - area psicopatologica
  - area della cura di sé / ambiente:
  - area della competenza relazionale
  - area della gestione economica
  - area delle abilità sociali
- ☞ Obiettivi dell'intervento

- ☞ Aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
  - Terapia farmacologica
  - Psicoterapia
  - Interventi psicoeducativi
  - Interventi abilitativi e riabilitativi
  - Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa
- ☞ Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato
- ☞ Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica.<sup>42</sup>

L'equipe multidisciplinare deve essere sempre aggiornata dal punto di vista professionale attraverso dei seminari o delle specialistiche o convegni. Non è però sufficiente lavorare solo sulla formazione individuale, è compito dell'intero gruppo operativo avere degli strumenti che permettano di ottenere livelli di performance omogenei, che mettano ogni l'operatore in grado di intervenire efficacemente e che valutino adeguatamente l'esito dell'intervento proprio e degli altri. Per non creare una tipologia di intervento frammentata e mantenere una continuità terapeutica è necessario che si effettuino dei corsi collettivi e dei corsi che vadano a informare le modalità di lavoro delle diverse figure professionali che creano l'equipe, così da poter proporre degli interventi partendo dalla propria preparazione di base per giungere poi allo scopo collettivo.

È importante che vi sia la comunicazione tra i vari professioni e che si ascoltino tra loro, ognuno può esporre le proprie idee, ma deve comunque accettare la decisione finale del gruppo e seguirla. Un fronte unito determina un miglioramento nel lavoro, inoltre l'utente percepisce una maggiore forza e si sente più sicuro. Ogni ruolo ha il suo valore e tutti sono sullo stesso livello, ma con competenze diverse, per garantire al soggetto un progetto adeguato alle sue esigenze.

---

<sup>42</sup> Ministero della salute, documento "le strutture residenziali psichiatriche"

L'equipe si riunisce periodicamente per trattare l'utente e dei suoi cambiamenti, per decidere se continuare l'intervento o meno. Ogni progetto proposto per essere eseguito deve prima essere proposto al team che ne discute e lo approva.

Nella residenzialità leggera il ruolo dell'Educatore diventa importante poiché è colui che trascorre la maggior parte tempo con l'utente e quindi è colui che segue meglio il processo. Allo stesso tempo è anche la figura professionale che meglio conosce i suoi bisogni e può quindi dare voce alle sue necessità. Diventa una figura attiva nella relazione privilegiata con l'utente.

L'equipe che si occupa della residenzialità leggera lavora sia nel privato che nel pubblico. In quest'ultimo caso si trova precisamente all'interno del Centro di salute mentale (CSM), ovvero un centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico che coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche.<sup>43</sup> Per decidere quale sia il percorso riabilitativo più adatto al soggetto il CSM deve redigere il piano di trattamento individualizzato. Il piano, formulato in relazione alla diagnosi psichiatrica, prevede, oltre a specifici interventi farmacologici, interventi psicoterapeutici di supporto; promuove nell'utente un cambiamento evolutivo finalizzato ad una maggiore consapevolezza di sé, della realtà esterna ed interna con sviluppo di modalità di coping funzionali e adattive. Il Piano terapeutico prevede inoltre la pianificazione degli interventi mirati a promuovere la motivazione e la disponibilità, laddove siano carenti, e ad agire sui deficit delle abilità e delle risorse rilevati, focalizzandosi sugli obiettivi più facilmente raggiungibili e sostenuti da una più elevata motivazione. La validità del progetto sarà verificata con cadenza semestrale andando a valutare l'andamento del paziente e gli obiettivi raggiunti. Prima di scrivere il piano però si effettuerà una valutazione riguardo la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, attraverso strumenti standardizzati, le risorse o le potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento e la stabilità clinica. In base a questi dati saranno poi orientate le decisioni che saranno di due tipologie: sull'intensità del trattamento riabilitativo e sul livello assistenziale e tutelare. L'obiettivo è quello di stabilire quali siano i bisogni specifici del

---

<sup>43</sup>La rete dei servizi per la salute mentale, articolo pubblicato 3.11.2006 aggiornato il 3.06.2021, <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

paziente e quale tra questi siano i primi da dover raggiungere. Questo può essere determinato da due livelli che si riferiscono ai due orientamenti precedentemente scritti:

- il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa;
- il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.

Gli interventi necessari, su cui si basano i bisogni specifici, sono l'insieme quelli che rientrano in programmi differenziati per intensità riabilitativa, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate. Infine, si decide la scelta della tipologia di struttura residenziale adatta al soggetto preso in carico.

In conclusione, il CSM si occupa dell'inserimento del soggetto nella struttura più adeguata alle sue esigenze. L'equipe che lo prende in carico effettua una valutazione generale per identificare i suoi bisogni e redigere un progetto da seguire nella struttura. Ogni operatore deve acconsentire ai vari cambiamenti che si effettuano. Due elementi nell'equipe sono importanti: il rispetto di ogni ruolo e la comunicazione. Essere informati sulle altre discipline presenti nella squadra può essere utile per poter aiutare l'altro e capire in che direzione si sta procedendo. Nella residenzialità leggera, infine, il ruolo dell'Educatore è importante perché dà voce ai pensieri del soggetto poiché è l'operatore con cui trascorre più tempo.

### 3.4 Il ruolo della famiglia

La presa in carico di un soggetto è definita globale perché oltre all'individuo nei piani per il progetto di riabilitazione bisogna includere tutte quelle persone che per lui sono significative, come la famiglia. All'interno della vita del paziente ha un grande peso e può diventare uno stimolo al miglioramento oppure un ostacolo. Il loro ruolo diventa dannoso in determinate circostanze:

- quando allontanano il parente con un disturbo psichiatrico, fino a dimenticarne l'esistenza
- quando diventano troppo presenti, quasi soffocanti per il paziente
- quando negano l'esistenza di una patologia
- quando si vergognano della situazione familiare attuale

In questi casi in particolar modo a soffrire è l'utente, il quale perde una parte importante e stabile della sua esistenza.

In altre circostanze invece possono diventare una grande risorsa poiché conoscono bene la persona presa in carico e possono aiutare gli operatori nello svolgimento dei progetti riabilitativi.

Molti familiari non sapendo come risolvere dei problemi chiedono consigli, indicazioni suggerimenti su come bisogna comportarsi. L'informazione è una delle soluzioni migliori che una famiglia possa avere, informarsi e sapere cosa si sta vivendo in quel momento. Avendo così anche l'idea di quello che potrebbe accadere e di come affrontare un'eventuale emergenza. Cercano così allora di migliorare i propri atteggiamenti a beneficio loro e di chi ha un disturbo psichico. In questo caso i servizi di salute mentale possono offrire diverse modalità di informazione e di ascolto.

Una famiglia prima di tutto dovrebbe accettare la patologia e non negare l'evidenza, altrimenti il rischio è quello di un peggioramento della situazione clinica e psicologica del soggetto e anche la nascita di molti conflitti intrafamiliari. Bisogna evitare i sensi di colpa, il risentimento, la vergogna o la rabbia, tutti sentimenti che creano criticità nel clima della famiglia. Una buona soluzione per poter esprimere quello che si vive e si prova è partecipare ai gruppi di Auto Muto Aiuto, perché bisogna anche evitare di isolarsi e portare forti emozioni represses all'interno. La condivisione di storie o pensiero è molto utile per chiarire i propri dubbi e sentirsi capiti da chi vive situazioni simili o le ha già vissute.

Nella residenzialità leggera la famiglia si trova vedere vivere in autonomia il loro parente. Qualcuno che prima dipendeva da loro. Ora invece non sentono più quell'obbligo di doverci essere e possono scegliere se far parte della vita del soggetto o meno. È interessante notare come la residenzialità leggera rende indipendenti non solo le persone ma anche i rapporti. Alcuni familiari abbandonano il soggetto tanto da non invitarlo nemmeno alle cene delle festività più importanti, come il Natale. Questo provoca un grande dolore all'utente che si sente non soltanto diverso ma anche non degno del loro affetto. Però può comunque ricreare dei legami all'interno della comunità o con i coinquilini. Altri invece riscoprono l'uomo dietro il disturbo cercando anche di far

conciliare i loro impegni privati per avere l'occasione di trascorrere del tempo assieme andando in un bar. Entrambi in questo caso possono crescere perché scoprono sempre più qualcosa dell'altro. l'utente scoprendo se stesso cambia la percezione che ha della realtà esterna e scopre nuovi lati positivi della propria famiglia. Così anche questa vedendo il cambiamento riesce a sentirsi meglio e riscoprire qualcosa come una passione in comune. Può anche accadere che vi siano delle ostilità tra loro, allora se da entrambe le parti ci è la volontà di riunirsi allora si può provare a intraprendere un percorso, come ad esempio i gruppi multifamiliari. questo tipo di intervento è uno strumento riabilitativo che costituisce una possibilità di incontro al fine di creare una rete sociale e di supporto al cambiamento. Sono gruppi di psicoanalisi che permettono sia ai familiari che all'utente di trovare le modalità migliori per poter comunicare e risolvere eventuali conflitti.

Nel momento in cui la patologia dell'utente si manifesta, la famiglia può subire un trauma nel vedere un cambiamento così grave nel loro caro. Possono avere nei momenti difficili, mentre stanno accanto al parente, delle incertezze sulla loro vita e su chi sono davvero. Il cambiamento del soggetto inevitabilmente colpisce anche la sua famiglia che nella maggior parte dei casi è il rapporto più forte e solido che ha creato nella sua vita. prendere consapevolezza della malattia che una persona a cui tieni manifesta, i sintomi che possono sorgere e capire che non sarà mai più come prima spezza l'equilibrio che si era creato. Però se c'è la possibilità di trasformare questa situazione così complessa in un'opportunità di cambiamento se si è disposti a lavorare e chiedere aiuto agli operatori della salute mentale, che elaboreranno un progetto per il paziente dove anche i familiari sono ovviamente inclusi, usando le potenzialità del nucleo familiare. Queste potenzialità sono risorse preziose, si possono presentare come legami durevoli e forti oppure come la capacità di provare soddisfazione per i successi degli altri componenti della famiglia. Questi saranno poi la base per un processo di crescita sia individuale che collettiva.

Come l'utente anche la famiglia vive il processo della recovery e può essere doloroso. All'inizio, quando vi è l'esordio della malattia, si cerca di minimizzare il problema o di spiegarlo in qualche modo come l'uso di sostanze o di alcool. Non si vuole affrontare la verità né la gravità della situazione. Bisogna inoltre evidenziare che la quantità di informazioni riguardo la salute mentale ed il disturbo manifestato sono minime, per cui non capendo la situazione o anche non riuscendo a capire quanto gli operatori cercano di

spiegare, si nega l'evidenza. La paura e l'incertezza sono ciò che domina il comportamento dei familiari. In un secondo momento prendono consapevolezza di ciò che accade. Sorgono allora i sensi di colpa, di vergogna, di perdita della propria vita che sta rapidamente cambiando. La speranza per il futuro in questo momento sembra un'illusione, poiché sanno che non sarà mai più come prima e progetti creati non è detto che si realizzeranno. I familiari come l'utente hanno un momento di crisi poiché le certezze che prima avevano sembrano distrutte. Poi però inizia la quotidianità, nonostante le recidive, e il percorso esistenziale nato precedentemente continua. Allo stesso tempo la famiglia deve sostenere e supportare l'utente allora si cercano delle strategie di coping. In questa fase del percorso la rabbia, la disperazione e le frustrazioni aumentano, si ridimensionano i pensieri su chi sia l'altro. le esigenze del soggetto con disabilità psichiatrica diventano primarie, ma questo porta solo a creare maggiore tensione anche se non si fa nulla per trovare una soluzione. Prendersi cura del proprio parente viene avvertito come un lavoro e un obbligo forzato, determinando poi atteggiamenti aggressivi e scontro si. Alla fine, i familiari acquisiscono una nuova consapevolezza di sé stessi. Comprendono che la disabilità è rimasta, ma loro non sono più come all'inizio, sentono di poter affrontare le difficoltà perché hanno degli strumenti e delle esperienze passate che permettono loro di essere più forti. Vedono i cambiamenti avvenuti e la prospettiva per un futuro ricomincia a crearsi. Prendono coscienza dei loro diritti e l'importanza di dover farli valere e difenderli. Questo impegnarsi è fondamentale poiché capiscono di poter influenzare alcuni livelli istituzionali, e quindi vedono come il loro agire porti a dei successi anche nel sistema sanitario. I familiari sanno di poter essere soggetti attivi che hanno delle scelte e possono agire per cambiare concretamente qualcosa, non sono più passivi e subordinati alla malattia del familiare. Si cerca quindi un nuovo equilibrio affinché tutte le esigenze sia rispettate. Si creano nuovi valori e significati nella vita dei familiari.<sup>44</sup>

Durante il processo di recovery sono tre i bisogni principali della famiglia:

1. essere informati
2. avere dei supporti

---

<sup>44</sup> Paola Carozza, Principi di riabilitazione psichiatrica, p. 324-325

### 3. acquisire delle abilità

Tutti e tre i bisogni sono soddisfatti durante il processo, permettono al familiare di non sentirsi solo in un contesto sconosciuto e avere maggiori conoscenze riguardo la modalità migliore per affrontare la situazione.

La famiglia infine deve scontrarsi con un fenomeno negativo che comporta rabbia, vergogna, senso di inferiorità, insicurezze e paure: lo stigma. Esso, infatti, si ripercuote anche sui familiari, che vedono cambiare il modo in cui la realtà esterna si comportava, questo provoca ancora più sofferenza. Lo stigma però può essere combattuto attraverso l'informazione. Più conoscenza hanno della malattia più sanno quanto il pregiudizio altrui sia basato sull'ignoranza. Acquistano maggiore forza e consapevolezza. Essendo poi più informati cercano di insegnare agli altri quanto in realtà sia poca la conoscenza che si ha verso la salute mentale portando anche la loro stessa esperienza. Quindi attraverso l'informazione i familiari si sentono più forti e riescono anche a far cambiare idea a coloro che li circondano insegnando a non aver paura del diverso.

## **CAPITOLO 4: Gli strumenti riabilitativi utilizzati**

### 4.1 Cognitive Adaptation Training (CAT)

Il Cognitive Adaptation Training (CAT) è uno degli strumenti riabilitativi usati nell'ambito della salute mentale. La sua finalità è il miglioramento del funzionamento personale e sociale dei pazienti nella vita reale, in particolare riguarda sia quelle capacità fondamentali per i rapporti interpersonali sia quelle competenze specifiche come la cura del sé oppure la gestione della propria casa. È un percorso individualizzato volto anche a potenziare le risorse dell'ambiente. Può essere definito come un intervento che vuole far acquisire alla persona dei comportamenti di tipo adattativo per compensare i deficit cognitivi.

Nel CAT si parte dal presupposto che le menomazioni delle funzioni esecutive nella schizofrenia portano a tre diversi stili di comportamento che si manifestano nella vita quotidiana:

1. Stile comportamentale apatico

Povertà di eloquio e di movimento, inabilità a iniziare e proseguire comportamenti che richiedano diversi passaggi in sequenza.

2. Stile comportamentale disinibito

Disorganizzato, facilmente distraibile, altamente guidato da stimoli e segnali provenienti dall'ambiente.

3. Stile comportamentale misto

Sia problemi ad iniziare un comportamento, sia tendenza a distrarsi facilmente durante un compito, compromettendo così il completamento di compiti funzionalmente rilevanti.

Il CAT è attuato nel contesto domiciliare. I beneficiari di tale intervento sono i pazienti affetti da schizofrenia che seguono un percorso basato sulla recovery, che hanno una malattia pregressa da molti anni e sperimentano problematiche in quasi tutte le aree del funzionamento come, ad esempio, una scarsa aderenza alla terapia farmacologia o una inadeguata gestione del denaro.

Per questo è anche un intervento strutturato su misura per l'utente che stimola l'attivazione del soggetto durante il proprio processo di cambiamento a seconda delle sue necessità.

Una delle sue principali caratteristiche è di essere attivato nell'ambiente di vita del paziente per fronteggiare quelle problematiche causate dall'apatia o dalla disinibizione proponendo delle strategie inserite all'interno della vita quotidiana di una persona che possano mantenersi nel tempo.

Utilizza i cosiddetti "supporti ambientali" ovvero strumenti integrati nella routine quotidiana e negli spazi di vita delle persone. Essi sono ad esempio delle liste per ricordare ai soggetti le azioni che devono fare nell'intero arco della giornata, aiutandole così anche a capire come gestire al meglio il loro tempo. Possono essere dei contenitori che permettono l'organizzazione della terapia farmacologica affinché essa sia seguita in modo adeguato senza ne errori ne bisogno di personale esterno che la gestisca. In questo modo si acquista anche una maggiore consapevolezza della propria malattia e una riduzione dei sintomi ad essa legati. Sono fondamentali l'ordine e l'organizzazione per poter avere una maggiore autonomia e indipendenza. I supporti ambientali però aiutano anche le problematiche relative al pensiero e alla motivazione che possono ostacolare il processo di recovery.

I soggetti grazie al CAT imparano a organizzarsi nel loro ambiente di vita e vivere in spazi più puliti, determina perfino dei grandi miglioramenti anche nella cura del sé in particolare per l'aspetto che riguarda l'igiene, quindi l'essere più puliti o vestirsi in modo adeguato, portando il soggetto a sentirsi meglio con il suo aspetto aumentando la sua autostima. È efficace anche per altri obiettivi come trovare e mantenere un hobby, fare volontariato, costruire nuove relazioni e avere così nuovi rapporti amicali oppure impegnarsi in un'attività lavorativa.

Tutto è incentrato sullo sviluppo dell'indipendenza del soggetto per permettergli di superare quei problemi causati dai sintomi della malattia. Nella residenzialità leggera poter ottenere tali strumenti o strategie e generalizzarli poi all'esterno in modo permanente può permettere al soggetto di migliorare notevolmente la qualità di vita che svolge, ma anche diventarne padrone e saper gestire poi gli eventi di ogni giorno.

Per decidere quale sia il percorso più efficace per il soggetto bisogna partire dai suoi punti di forza e quelli di debolezza.

Come già scritto in precedenza i pazienti affetti da schizofrenia sono coloro a cui è rivolto tale intervento. Essi, seppur devono superare grandi difficoltà, possono vivere una vita

che possa autorealizzarli e gratificarli, inoltre possono diventare cittadini attivi e dare un contributo alla comunità nella quale vivono.

i sintomi maggiormente presenti nella schizofrenia che possono causare danni nello svolgere una vita quotidiana sono essenzialmente tre.

1. I sintomi positivi:

comprendono allucinazioni e deliri. I primi sono esperienze sensoriali in assenza di stimoli esterni, per esempio il soggetto sente delle voci che nella realtà non esistono. I secondi invece sono delle false credenze, il soggetto pensa ad esempio di essere un personaggio famoso o storico. Quando tali sintomi sono gravi, compromettono le capacità del soggetto di svolgere le azioni quotidiane necessarie, come andare a fare la spesa o pulire o avere relazioni con gli altri.

2. I sintomi negativi:

riguardano la sfera dei comportamenti, in particolare l'isolamento sociale, la mancanza di motivazione, un appiattimento dell'affettività e una diminuzione dell'attività fisica. Essi ovviamente precludono ogni possibilità di svolgere la routine quotidiana e avere un sano rapporto con il mondo esterno. Molti compiti sono lasciati a metà, la persona diviene passiva e inattiva, il funzionamento stesso è compromesso, non perché il soggetto non ne abbia le capacità ma perché sente di non esserne in grado. Manca quella spinta, quello stimolo ad agire ad essere carico e attivo. I comportamenti manifestati nascono da problemi nel funzionamento del cervello.

3. Deficit cognitivi:

comprendono spesso difficoltà nel concentrarsi. L'attenzione fatica a restare focalizzata su una cosa sia se vi sono elementi di distrazione sia per un periodo di tempo prolungato. Si hanno anche spesso problemi di memoria, che impedisce di completare un'azione, soprattutto se essa prevede varie fasi per essere svolta.

Le funzioni esecutive sono quelle maggiormente compromesse e si riferiscono alla capacità di pianificare, iniziare un'attività, completare un compito ed eseguire passaggi di operazioni complesse.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup><http://www.riabilitazionepsicosociale.it/wordpress/wp-content/uploads/2017/08/Cognitive-Adaptation-Training-edizione-italiana-1.pdf>

Un altro aspetto importante, in base a quanto scritto, non può che essere una buona compliance farmacologica affinché si possano fronteggiare alcuni sintomi come i deliri, mentre per gli effetti causati sulla motivazione, la memoria, l'attenzione la terapia risulta meno utile. Il CAT diviene quindi un importante strumento per migliorare il funzionamento adattativo del soggetto, cioè l'insieme di quelle capacità che occorrono per svolgere le normali attività della vita quotidiana, che la schizofrenia ha più o meno compromesso. Se il funzionamento adattativo risulta essere deficitario, per il soggetto sarà difficile essere indipendente, sentirsi autorealizzato e condurre una vita produttiva. Il CAT propone strategie e strumenti per affrontare tali situazioni e far riprendere in mano al soggetto la propria esistenza.

L'intervento riabilitativo di cui si sta trattando parte dal presupposto che l'individuo può modificare l'ambiente circostante e può acquisire le abilità necessarie per aggirare i deficit cognitivi e i sintomi negativi. Trovando degli escamotage e incentivando i comportamenti funzionali, il CAT permette un miglioramento nelle persone affette da schizofrenia, ma comunque bisogna ricordare che i problemi restano, anche se vengono trattati in modo da poterli adattare alla vita del soggetto.

Il CAT è un intervento che prevede prima di tutto due test per verificare il livello di compromissione delle funzioni esecutive. Il Wisconsin Card Sorting Test (WCST-Nelson Modification) serve a rilevare i livelli di adattamento nella comunità, mentre il Verbal Fluency Test (CLF version) è correlato alla capacità di avviare spontaneamente dei comportamenti. Già dai dati ottenuti attraverso i due test si inizia a elaborare quali siano i supporti ambientali più adatti al soggetto e come progettare l'intervento. In aggiunta l'operatore deve compilare la Frontal Systems Behavior Scale (FrSBe), che si focalizza sulle attività di base che il soggetto riesce a eseguire e in che modo le svolge.<sup>46</sup>

Gli incontri poi vengono programmati a cadenza settimanale per circa nove mesi, ogni incontro dura dai 40 ai 50 minuti. Se necessario saranno attuate delle modifiche in base a come risponde il soggetto ai contenuti dei vari interventi. Durante l'attività si riprende quanto discusso in precedenza per affrontare poi un nuovo supporto ambientale e la strategia da utilizzare, infine si discute di quanto appreso e si programma il prossimo incontro.

---

<sup>46</sup> *Ibidem*

Poiché all'inizio ci sono molte criticità, l'Educatore professionale che svolge tale il CAT, deve creare una gerarchia dei problemi da affrontare così da poter decider da dove iniziare. È importante però che l'operatore condivida e discuta di tale elenco con il soggetto interessato, che deve essere d'accordo sull'ordine stabilito.

La scelta della gerarchia dei problemi è un momento rilevante, in quanto il soggetto può prendere consapevolezza dei suoi problemi, ma anche esporre quelli che sono i suoi bisogni o desideri. Iniziare un percorso, partendo da obiettivi che possano stimolare la sua motivazione e che lo coinvolgano e lo incoraggino ad attivarsi, è una soluzione efficace ma non sempre il primo obiettivo coincide con una necessità del paziente, per questo il dialogo, la collaborazione e il rispetto instaurate con la relazione, assumono un ruolo fondamentale.

Infine, si iniziano ad attuare le strategie di CAT specifiche in base alla valutazione ottenuta e gli obiettivi selezionati.

L'intervento riabilitativo sarà individualizzato, creato per garantire un miglioramento della qualità di vita del soggetto.

#### 4.2 Social Skills Training

Il social skills training è una tecnica riabilitativa di gruppo finalizzata al potenziamento delle abilità socio-emotive e comunicative che in soggetti affetti da un disturbo psichiatrico possono essere mancanti o deficitarie. Gli obiettivi finali sono quelli di generalizzare all'esterno le abilità sociali apprese per gestire efficacemente le proprie relazioni interpersonali e di diminuire le recidive, in particolare per i pazienti schizofrenici.

Le abilità sociali sono quelle capacità cognitive che prima permettono sia di analizzare che di comprendere il contesto sociale e le relazioni interpersonali del soggetto, successivamente si elabora una risposta comportamentale adeguata e congrua al tipo di situazione. Le abilità sono strettamente legate all'ambiente di riferimento poiché riguardano delle regole e dei modelli sociali che dipendono dai fattori culturali, per cui non sono universali.

Le abilità sociali sono di due tipologie. Ci sono quelle di base, utili a tutti che sono:

- ascoltare gli altri:  
che consiste nel mantenere il contatto visivo, annuire con la testa o verbalmente e chiedere conferma riformulando quanto detto dall'interlocutore
- fare richieste in modo costruttivo:  
ovvero guardando l'altro negli occhi, dicendo esattamente cosa si vuole che la persona faccia e dicendo all'altro le emozioni che si potrebbero provare
- esprimere emozioni positive:  
mentre si ha un contatto visivo con l'altro, dicendo esattamente cosa è stato piacevole e cosa si è provato
- esprimere emozioni spiacevoli:  
guardando la persona con calma e fermezza, dicendo in modo chiaro e preciso cosa ha provocato il turbamento, quali emozioni sono scaturite e qual potrebbe essere una soluzione per evitare di ripetere l'accaduto.<sup>47</sup>

Poi ci sono le abilità sociali specifiche che sono determinate in base ai bisogni dei soggetti e sono l'abilità di conversare, di gestione dei farmaci, di assertività, di gestione dei conflitti, di gestione della vita quotidiana, di amicizia e corteggiamento e infine di qualificazione professionale e lavorative.

L'intervento è pensato per coloro che provano ansia nelle relazioni sociali, con livelli più o meno elevati di ritiro sociale e che problemi nei rapporti interpersonali. La paura del giudizio altrì, il sentimento di ansia e imbarazzo provato nelle interazioni sociali, il senso di vergogna e di inadeguatezza porta la persona a voler evitare gli altri e percepire le situazioni sociali come spiacevoli. Il social skills training viene usato per tutti i pazienti, ma in maniera particolare è adatto ai soggetti affetti da schizofrenia, disturbo d'ansia, disturbo di personalità borderline, disturbi affettivi maggiori o deficit di attenzione.

Il social skills training è basato sul gruppo che acquista vari significati. Diviene un allenamento delle abilità che l'individuo possiede al fine di sviluppare e mettere in pratica quelle abilità per consentire una migliore qualità delle relazioni interpersonali. È un'occasione per esporsi a situazioni nuove in un contesto protetto. Inoltre, permette al

---

<sup>47</sup> Social Skills Training, Training delle abilità sociali, di Dr Ettore Zinzi <https://www.psicologo-taranto.com/2017/07/05/social-skills-training-training-delle-abilita-sociali/>

soggetto di ridurre l'isolamento sociale poiché appartenere a un gruppo e condividere le proprie difficoltà diminuisce il senso di diversità spesso sperimentato. Si sperimentano nuove modalità dello stare con gli altri.

Chi si trova in difficoltà nel relazionarsi con gli altri può provare un forte senso di disagio perché la persona in primis sente di essere diversa oppure sono gli altri a fargli notare di non sapersi integrare in quanto manifestano comportamenti e delle modalità di comunicazione poco efficaci o adatti alla situazione che si sta vivendo. Il soggetto è allora intenzionato a volersi allontanare dal mondo esterno perché sente di non poterne far parte, manca quel senso di appartenenza a un gruppo causato dal senso di inadeguatezza ed estraneità. Diventa allora sempre più difficile allenare quelle abilità per poter imparare a comunicare in modo efficace, anche se il soggetto desidera apprenderle.

Nei disturbi mentali le abilità sociali come scritto in precedenza sono poco sviluppate o inesistenti. Attraverso gli incontri si vuole far apprendere, grazie all'esperienza e all'allenamento, quei comportamenti sociali necessari nelle situazioni interpersonali. In genere si propongono strategie di contenimento per le condotte problematiche, così però non si offre la possibilità alle abilità sociali di modificarsi, sostituendole con modalità adeguate. Al contrario molti studi dimostrano che lavorare sulle capacità sociali permette di ottenere molti risultati positivi in contesti familiari, scolastici, lavorativi e sociali.

Il social skills training ha vari obiettivi:

1. Imparare a conoscere meglio se stessi, i propri comportamenti e quelli altrui
2. Intelligenza emotiva: imparare a riconoscere gestire le proprie ed altrui emozioni
3. Comunicare con gli altri in modo più competente ed efficace, incrementando le proprie abilità interpersonali
4. Affrontare con maggior fiducia le situazioni problematiche
5. Sviluppare un comportamento equilibrato e costruttivo e migliorare il senso di autoefficacia
6. Acquisire le strategie per utilizzare modalità comunicative che rendano altamente probabili risposte competenti nei diversi contesti relazionali

## 7. Gestire gli insuccessi<sup>48</sup>

L'intervento riabilitativo è di matrice cognitivo-comportamentale e si fonda sulla teoria dell'apprendimento secondo cui l'acquisizione dei comportamenti avviene in primo luogo grazie all'osservazione e all'imitazione dei comportamenti degli altri, poi in base al feedback ricevuto delle proprie e altrui azioni si decide se riutilizzarle o meno. La teoria dell'apprendimento viene utilizzata durante gli incontri di social skills training e si basa su cinque principi: il modeling, ossia l'apprendimento attraverso l'osservazione degli altri; il rinforzo, cioè una ricompensa, che può essere o positiva, quindi gratificante, oppure negativa, intesa come una punizione; lo shaping, un tipo di rinforzo specifico e progressivo dei piccoli cambiamenti che si avvicinano al raggiungimento dell'obiettivo prestabilito; l'automatizzazione, l'azione di riprodurre un comportamento tante volte e per un tempo continuato così da renderlo automatico, infine la generalizzazione, vale a dire quel processo dove dopo aver acquisito un'abilità durante gli incontri essa viene poi riutilizzata in altri contesti di vita quotidiana.<sup>49</sup>

Il gruppo è piccolo e svolge un incontro a settimana per circa sei mesi. Prima di iniziare ogni membro viene sottoposto a un colloquio educativo per valutare le specifiche difficoltà del soggetto e se il suo inserimento potrebbe favorire un miglioramento nel suo percorso e in quello degli altri. Il social skills training è organizzato in tre moduli. Il primo mira sia a sviluppare la conoscenza e il riconoscimento delle emozioni in persone spesso molto confuse nel definire le proprie emozioni e nel cogliere quelle degli altri che aumentare i momenti di benessere diminuire l'intensità delle emozioni negative. Il secondo riguarda le diverse modalità di entrare in relazione con l'altro, andando anche a scoprire quei significati nascosti nei vari atteggiamenti. Si affronta il tema della condivisione, volto a comprendere quanto esporsi con l'altro, in che modalità e circostanze, ricordando che nella relazione vi è un dialogo per cui si deve anche ascoltare l'altro senza imporsi. Si tratta quindi anche di abilità come la gestione del conflitto e delle diverse opinioni. Il terzo e ultimo modulo ha come scopo quello di migliorare la capacità di osservare e ragionare sugli stati mentali propri e altrui. Vuole aumentare la

---

<sup>48</sup> *Ibidem*

<sup>49</sup> *Ibidem*

consapevolezza del pensiero del soggetto stesso e delle aspettative relazioni in base alla conoscenza dell'altro, ma anche capire gli stati d'animo dell'altro.

Durante ogni incontro si avrà una prima parte più teorica dove si spiegano le abilità specifiche che si tratteranno, in che cosa consistono, in che ambiente e con chi si possono utilizzare. Poi ci sarà un momento di discussione di gruppo per esprimere i propri pensieri riguardo quanto detto e dopo vi sarà una parte più "pratica" in cui quanto ascoltato viene messo in atto attraverso simulazioni, role play o visione di alcuni video.

È evidente l'importanza di tale strumento riabilitativo nel contesto della residenzialità leggera in quanto permette di acquisire quelle abilità sociali che hanno lo scopo di garantire la comprensione e l'analisi del contesto in cui ci si trova, ma anche di capire quale sia il comportamento migliore da utilizzare affinché la persona possa sentirsi parte del contesto in cui vive. Ogni situazione è differente, ogni società o comunità è diversa e presenta dei modelli da seguire che dipendono da una serie di fattori tra cui la storia, la cultura, l'economia e molti altri. L'ambiente nel quale il soggetto andrà a vivere ha un proprio codice. Coloro che sono senza nessuna disabilità psichica imparano a adattarsi inconsapevolmente e autonomamente, poiché mantengono certe abilità che gli permettono un inserimento adeguato al contesto, chi invece presenta un disturbo psichico avendo dei deficit più o meno gravi che rendono le abilità sociali parzialmente o totalmente inutilizzabili, non riescono da soli a decodificare i modelli di comportamenti proposti dalla società. Questo porta la persona a provare una grande sofferenza e un senso di inferiorità al punto che talvolta, sentendosi troppo diverso, preferisce isolarsi.

Il social skills training è stato creato con l'obiettivo di far sviluppare quelle abilità necessarie a vivere nel contesto di origine. Questo modificare i comportamenti inadeguati avviene grazie all'esperienza, all'apprendimento e all'allenamento delle abilità sociali. Ogni progetto è individualizzato, creato appositamente per l'utente affinché possa raggiungere i propri obiettivi. Gli incontri devono stimolare, attraverso degli esercizi, un preciso comportamento che si dovrà ripetere fino a che non diventerà automatico. Il reinserimento nella società è possibile, bisogna solo allenarsi molto per sviluppare certe capacità che per altri sono scontate.

#### 4.3 Trattamento psicoeducativo integrato

L'intervento psicoeducativo integrato ha come scopo quello di diminuire il numero delle ricadute del paziente e di ridurre lo stress di quest'ultimo e della sua famiglia. La particolarità di tale strumento riabilitativo e il motivo per cui fu creato risiede nel voler dare ai familiari quelle tecniche e informazioni necessarie ad affrontare le situazioni che possono sfavorire una condizione di benessere. La famiglia, infatti, è l'elemento che più frequentemente si occupa del soggetto affetto da malattia psichiatrica, convivendo con lui si creano spesso delle conflittualità causate dalle diverse esigenze e richieste. Questi continui conflitti possono determinare un rapporto logorante ed essere fonte elevata di stress. Se però viene data la possibilità ai familiari di diventare una risorsa e non solo uno dei tanti attori che ruotano attorno al soggetto, ciò può favorire lo sviluppo positivo dell'utente poiché vive in un ambiente dove si sente accettato e sicuro, inoltre i parenti stessi riescono a gestire emotivamente meglio ogni circostanza. Si è così sviluppata l'idea di insegnare al nucleo familiare come e con che tecniche o strumenti utilizzare per risolvere i problemi derivanti dalla malattia mentale e per aiutarli a trovare una migliore modalità di convivenza, che comportano anche un miglioramento della qualità di vita.

Le caratteristiche principali dell'intervento educativo integrato sono:

- La valutazione dei punti di forza e dei lati deboli del nucleo familiare e la definizione di obiettivi di ciascun membro e della famiglia nel suo insieme;
- Il fornire informazioni approfondite sul disturbo; psichiatrico in questione e sul suo trattamento;
- L'insegnamento di abilità di comunicazione;
- L'insegnamento di un metodo strutturato di soluzione dei problemi;
- L'uso di strategie specifiche per rispondere ad esigenze particolari (ad esempio la difficoltà ad assumere i farmaci);
- L'integrazione del metodo psicoeducativo con quello riabilitativo e farmacologico
- L'identificazione dei segni precoci di crisi per poterne bloccare tempestivamente lo sviluppo.

Gli obiettivi dell'intervento sono altresì quelli di migliorare le abilità comunicative tra i componenti della famiglia così da poter risolvere insieme i conflitti e discutere in modo costruttivo riguardo quanto successo. Ciò avviene durante gli incontri attraverso una prima parte più teorica e una seconda che riguarda simulate o dimostrazioni pratiche.

Un'altra caratteristica importante è il voler coinvolgere i membri della famiglia nel trattamento e allo stesso tempo lavorare con loro affinché possano realizzare i loro obiettivi personali. Questo un parente non può annullare completamente la sua vita a favore della persona di cui si occupa, ma deve riuscire a saper conciliare le due cose, deve imparare a trovare del tempo per se stesso, per le sue passioni e per i suoi desideri.

È doveroso però specificare che per famiglia o parenti o familiari si intendono persone che vivono insieme e si considerino un gruppo coeso con obiettivi comuni oltre che individuali ed eventualmente che hanno anche un vincolo di parentela.

L'intervento psicoeducativo integrato viene utilizzato come strumento riabilitativo nella residenzialità leggera poiché a beneficiarne non è solo la famiglia. L'utente difatti acquista una maggiore conoscenza e consapevolezza della propria malattia, così da imparare a riconoscere i segni precoci di crisi e come comportarsi di conseguenza. Sviluppa la capacità del problem solving, ossia un metodo per trovare delle soluzioni in momenti difficili. Apprende come il fare una richiesta di aiuto, in che modo dire agli altri cosa gli piace fare o meno e che emozioni prova. Imparare poi a gestire situazioni di stress e ansia fornendo diverse modalità di risposta che sarà poi lui scegliere quale usare.

L'operatore, quindi l'Educatore professionale, che svolge tale intervento ha come compito più importante quello di far aumentare la sua compliance farmacologica e l'aderenza terapeutica. È necessario poiché se il soggetto non riesce a essere stabile e costante nell'assunzione della terapia non potrà vivere una vita al massimo delle sue potenzialità poiché ad influire sui suoi comportamenti o pensieri ci saranno i sintomi non del tutto controllati. Questo può portare una grande compromissione nel processo di recovery e conoscere quelli che sono i segnali anticipatori di una crisi non sempre potrebbero essere percepiti. In un simile contesto diventa quindi un cardine centrale la relazione che si crea tra l'Educatore professionale e l'utente che deve basarsi sulla fiducia e il rispetto reciproci.

Gli incontri del trattamento psicoeducativo integrato vengono gestiti nel rispetto dei tempi della persona e della famiglia, in maniera graduale e con il giusto contenuto di informazioni riguardo la patologia, così da permettere l'interiorizzazione degli argomenti. Si possono ripetere quei temi più complessi. Ogni volta l'Educatore professionale che conduce il gruppo, valuta il grado di apprendimento attraverso delle domande. Dopo una

prima fase teorica dove si spiegano dei concetti e delle tecniche per rispondere a una di stress, si passa a una seconda fase dove si applica quanto appreso grazie a giochi di ruolo e role playing.

L'intervento psicoeducativo presenta tre moduli:

1. Modulo informativo:  
nel quale viene ad essere descritto il disturbo, i segni precoci di crisi, il trattamento farmacologico, strategie per controllare alcuni sintomi e per aumentare l'aderenza alla terapia farmacologica
2. Modulo d'insegnamento di abilità di comunicazione:  
si vuole far acquisire al soggetto le capacità e di esprimere i sentimenti positivi e negativi, fare richieste e ascoltare in modo attento e concentrato
3. Modulo di problem solving:  
questa tecnica di risoluzione delle questioni consiste nell'identificare un problema, poi elencare possibili soluzioni, dopo averne valutato i vantaggi e gli svantaggi di ognuna di quelle proposte, si sceglie quella migliore, di conseguenza si progetta un piano d'azione e infine si verifica la sua efficacia mettendolo in atto e analizzando i risultati ottenuti.

L'obiettivo dell'intervento riabilitativo non è solo quello di fornire una maggiore conoscenza della malattia alla famiglia, ma soprattutto quello di accrescere nell'utente una capacità di autogestione del disturbo mentale, poiché è il soggetto stesso a essere il migliore esperto di sé e quindi anche della sua malattia con i sintomi annessi.

L'intervento psicoeducativo integrato, facendo apprendere alla persona e alla sua famiglia la sua situazione clinica, vuole rendere maggiormente consapevole della situazione e quindi anche delle possibilità e dei limiti in cui ci si trova. Tutto questo è per evitare che la malattia trattata non sia l'etichetta che identifica l'individuo. Il ruolo sociale e il modo di vivere che ha il soggetto non sono collegati alla patologia psichica. Si vuole anche scardinare quella concezione dove finché il paziente non viene completamente guarito o non torna ad essere come prima dell'esordio del disturbo allora non può avere una propria vita in autonomia dove sentirsi realizzato.

L'intervento psicoeducativo integrato si basa sulla teoria stress-vulnerabilità. Quest'ultima è un modello teorico che riguarda la patogenesi dei disturbi mentali secondo cui la vulnerabilità e fattori stressanti possono portare la persona a vivere una crisi e se supera la soglia individuale di adattamento biopsicosociale si manifestano i sintomi della malattia.

Si ritiene che la vulnerabilità possa essere congenita, ma a influenzare tale predisposizione vi sono altri fattori come la personalità, la capacità di risposte cognitive, le anomalie nel metabolismo, i fattori psicologici o le esperienze passate.

Uno dei fattori più importanti però è lo stress, di cui esistono due categorie:

- quello quotidiano: suscitato dai problemi della vita quotidiana composto da stress familiare, sociale e lavorativo
- quello legato a eventi improvvisi: eventi della vita limitati nel tempo, acuti e inaspettati, determinano l'insorgere della depressione, disturbo d'ansia, di schizofrenia e di mania.<sup>50</sup>

La logica secondo cui si muovono questi fattori stressanti non è ancora chiara, ma si sa che sono importanti le modalità personali e interpersonali di attribuzione del significato degli eventi e la percezione della propria capacità di far fronte alle conseguenze.

Quando si stanno per manifestare dei sintomi gravi è necessario sapere che il corpo stesso avverte il soggetto di quello che sta per accadere. Prima di ogni crisi la persona vive dei segni aspecifici come disturbi del sonno e dell'alimentazione, dolori muscolari, irritabilità, tendenza a isolarsi. Non sono universali, quindi in alcune persone si manifestano in un modo diverso rispetto ad altri, ma comunque ci sono. Esistono dei segni precoci di crisi, che avvertono la persona a livello inconscio. È fondamentale dunque conoscerli e sapere come bisogna agire una volta riconosciuti. L'intervento tempestivo può favorire il decorso della malattia, evitando di avere recidive.

L'intervento psicoeducativo integrato permette quindi di apprendere non solo le informazioni sul disturbo, ma anche prevenire nel miglior modo possibile una crisi. In

---

<sup>50</sup> Intervento psicoeducativo integrato, [https://www.terapiacognitiva.eu/cpc/dwl/SFO\\_978-88-7946-082-8\\_Intervento-psicoeducativo-integrato-in-psichiatria.pdf](https://www.terapiacognitiva.eu/cpc/dwl/SFO_978-88-7946-082-8_Intervento-psicoeducativo-integrato-in-psichiatria.pdf)

questo modo l'utente non ha paura di dell'esterno perché conosce bene se stesso e i suoi limiti.

#### 4.4 Training metacognitivo

Il training metacognitivo è un intervento riabilitativo sia individuale che di gruppo. La metacognizione letteralmente significa “pensare il pensiero”, consiste nel capire come agisce la mente, ovvero quali siano i meccanismi che portano a un determinato pensiero o comportamento. Il training ha lo scopo di aumentare la consapevolezza personale del proprio stato psicofisico delle proprie capacità cognitive e di pensiero, per questo propone una serie di strategie che hanno lo scopo di modificare i deficit cognitivi che caratterizzano i soggetti con disturbo psicotico, il disturbo d'ansia, della depressione e della personalità. I beneficiari di tale strumento riabilitativo sono persone aventi un disturbo appartenente allo spettro schizofrenico che hanno avuto o hanno tutt'ora una sintomatologia delirante. Può essere utilizzato per coloro che hanno anche altre patologie purché mostrino sintomi psicotici come i deliri. È importante sottolineare che l'utente ha la libertà di scelta se vuole o meno partecipare al training.

Gli obiettivi principali dell'intervento sono quelli di modificare la struttura cognitiva da cui origina l'idea delirante insinuando il dubbio rispetto alle proprie convinzioni. Si rendono così più consapevoli i soggetti dei loro pregiudizi (bias) cognitivi e delle conseguenze che ne comportano, ad esempio la distorsione della percezione della realtà può portare ad agire in modo eccessivo o impulsivo nella vita quotidiana. È un tipo di intervento basato sul dialogo poiché ritiene che sia il confronto la modalità migliore per raggiungere i fini trattati.

Il training metacognitivo è stato creato ad Amburgo dallo psichiatra Steffen Moritz nel 2007. È stato creato per rispondere alla necessità di trovare una soluzione alternativa alla terapia farmacologica, che per alcuni paziente era inefficace. È un intervento basato sulla recovery, su alcune terapie cognitivo comportamentali, sulla pratica psicoeducazionale e psicosociale.

Il training è diviso in otto moduli che si ripetono per due volte. L'obiettivo è quello di migliorare la riflessione critica verso quei bias cognitivi sbagliati che alterano il pensiero e la percezione della realtà, ma anche conoscere le modalità più frequenti di risoluzione dei problemi nella schizofrenia. In questo modo si agisce in maniera trasversale sul delirio e può essere preventivo verso le ricadute. Si spiega quindi come si viene a verificare un delirio, ovvero quando gli errori cognitivi e le tendenze si trasformano in false credenze per poi diventare delle certezze che però interpretano una realtà alterata.

Ogni incontro si svolge in una stanza dove vi deve essere un computer o un proiettore da cui poter vedere le slide in cui vengono esplicitati i vari moduli. La durata è di circa 45 minuti, si può somministrare sia a un piccolo gruppo di 5 persone massimo o in maniera individuale. È importante che l'Educatore osservi le reazioni dell'utente non solo per vedere se ha davvero compreso quanto detto, ma soprattutto per smettere l'incontro nel momento in cui l'attenzione diminuisce, poiché è inutile insistere e sovraccaricare la persona di informazioni.

Gli incontri sono strutturati in parti che seguono una sequenza ben precisa. All'inizio vi è una parte più teorica dove si spiegano i bias cognitivi e le false interpretazioni, andando a descrivere anche le eventuali conseguenze di queste distorsioni nella vita quotidiana. La seconda parte tratta del rapporto tra i bias e la malattia mentale, in particolare trattando la psicosi. Successivamente si iniziano a svolgere degli esercizi che sottolineano quanto possano essere disfunzionali i bias cognitivi. Si ha poi la sintesi di quanto fatto e la discussione degli obiettivi ottenuti da quanto appreso. Infine, si ha l'esempio di un caso legato al tema centrale del modulo.

Durante l'attività attraverso numerosi esempi ed esercizi si introduce il tema dell'incontro. È inevitabile poi trattare poi della realtà e di come la si interpreta in modo sbagliato. Altri argomenti riguardano anche i casi estremi che si possono verificare. Si cerca anche di trovare dei momenti dove poter dialogare, dove si condividono pensieri ed esperienze. È importante che la persona si senta coinvolta da quanto detto e capisca quanto lo riguarda, tale riflessione lo spingerà poi a comportarsi in modo diverso perché apprende nuove informazioni. Le distorsioni del pensiero portano a gravi problemi e conflitti nella vita quotidiana, per chiarire il concetto si propongono molti esempi. L'uso

di questi ultimi appare più efficace della teoria poiché i soggetti riescono a mentalizzare meglio un concetto concreto piuttosto che una serie di nozioni sottoforma di parole. Durante l'attività vengono infine anche illustrate strategie di coping disfunzionali e modalità più adeguate a risolvere tali problemi. Ogni utente può scegliere la modalità che predilige, ma deve comprendere prima quando in lui si verificano quei pensieri e atteggiamenti disfunzionali.

Ovvio che se uno o più soggetti dimostrano di non aver compreso il contenuto del modulo esso si deve ripetere, utilizzando parole più semplici o esempi diversi.

I moduli come già scritto riguardano i bias cognitivi e le tendenze, errori di pensiero più frequenti. Questi presi singolarmente o insieme, possono cristallizzarsi nella mente a tal punto da trasformarsi in deliri. Sono quindi disturbi metacognitivi proprio perché coinvolgono le capacità cognitive, della memoria, dell'attenzione e della pianificazione operativa.

Ogni incontro è basato su uno degli otto moduli. Questi a loro volta descrivono dei concetti che spiegano i bias cognitivi disfunzionali e sono:

#### 1- Attribuzione:

un errore spesso frequente è quello di attribuire a oggetti o persone le cause degli eventi infausti (incolpare o prendersi il merito). In questo modulo si presta attenzione a questo bias spiegando che spesso non vi sono inferenze mono-causali, e che sarebbe positivo valutare anche spiegazioni alternative.

#### 2. Saltare alle conclusioni (JTC):

spesso si osserva che i pazienti schizofrenici siano precipitosi nel processo di decision making. Contribuiscono in ciò la scarsa memoria e la mancanza di motivazione al ragionamento. Tramite esercizi e focalizzandosi sulla consapevolezza si rende attenti su queste modalità e la loro pericolosità. Questo bias è trattato in due moduli differenti.

#### 3. Cambiare le credenze (BADE):

l'incorreggibilità è una caratteristica dei deliri, anche di fronte a motivazioni logiche e razionali. Questa inflessibilità nelle proprie convinzioni si rileva anche al rientro dalla fase acuta in certi casi. Questo modulo si focalizza sull'importanza di ricercare ulteriori informazioni prima di giungere a giudizi affrettati e decisivi; mantenere una mentalità aperta permette di correggersi quando si incontra una smentita.

#### 4. Teoria della mente (TOM):

la teoria della mente si occupa di descrivere aspetti conoscitivi sulle relazioni sociali, le "regole non scritte" che riguardano la vita con altre persone, la competenza sociale, il riconoscimento delle emozioni e il ragionamento sociale. Deficit in questo senso sono spesso rilevati nei pazienti con psicosi. Per cui, per questo aspetto (presentato in due moduli), si trattano le prime due fasi della TOM: l'empatia e il riconoscimento delle emozioni altrui dall'esterno (dedurre cosa pensa una seconda persona di una terza in base al comportamento).

#### 5. Memoria:

le alterazioni mnemoniche sono comuni nei disturbi psicotici e contribuiscono negativamente nella funzionalità globale e nella gravità della sintomatologia. Tuttavia, i pazienti spesso non sono consapevoli di queste alterazioni, sono al contrario iperconfidenti negli errori. Questa confidenza è dimostrata come non-delirante e rappresenta un fattore di rischio e non una conseguenza della sintomatologia paranoide. Vengono fornite durante il modulo strategie mnemoniche che possono aiutare il paziente a richiamare informazioni aggiuntive, puntualizzando le falle della memoria umana. I pazienti così imparano a dubitare dei propri ricordi e raggruppare maggiori informazioni per una resa più vivida dell'evento.

#### 6. Autostima:

è considerato che due pazienti schizofrenici su quattro presentano una bassa autostima, fattore che può essere correlato a sintomi depressivi e a un più alto rischio di suicidio (5%-15% nei pazienti schizofrenici). Gli obiettivi di questo modulo sono demistificare gli schemi depressivi tipici, strategie di coping inefficaci, sottolineando con intento

psicoeducazionale i sintomi depressivi e le conseguenze di una bassa autostima. È necessario fornire strategie di coping più attendibili e realistiche e incentivare l'utilizzo di pratiche come la mindfulness.<sup>51</sup>

Durante la mia esperienza del tirocinio del terzo anno presso il Centro di Salute Mentale in Ancona ho partecipato sia al training metacognitivo di gruppo che quello individuale, di quest'ultimo ho scritto, valutato e seguito il percorso.

Nel primo caso il training è stato creato per soggetti con disturbi psicotici: è stato rivolto a tre persone che stavano svolgendo il progetto della residenzialità leggera già da qualche anno, per cui si conoscevano ed il clima che si era creato nel gruppo era positivo. L'idea di svolgere questi incontri provocava molta curiosità, infatti ascoltavano e intervenivano con esempi, domande o esperienze passate. La concentrazione e l'attenzione non sempre erano durature, ma permettevano di esporre gli argomenti e fare gli esercizi. L'Educatore professionale gestiva in qualità di conduttore l'incontro e proiettava delle slide nelle quali si potevano leggere la teoria oppure dei giochi creati per comprenderla meglio. Il lessico che veniva utilizzato era semplice, chiaro e il più concreto possibile affinché potessero capire gli argomenti e generalizzarli nella loro vita attuale, riflettendo anche sul passato.

Il training individuale è stato il mio progetto di tirocinio. Nella prima fase sono stati effettuati dei colloqui educativi così che si potesse conoscere l'utente e reperire informazioni sulla sua vita. Per la valutazione è stata utilizzata la scala di Funzionamento personale e sociale e la scheda delle Aree Riabilitative del VADO, che ha permesso di descrivere le aree disfunzionali del soggetto. È stato deciso di proporre un training metacognitivo poiché era un soggetto borderline con deficit dal punto di vista sociale e relazionale con tendenze all'isolamento. Durante la durata del training è arrivato sempre puntuale ed era molto collaborativo nello svolgere gli esercizi. Si è visto il cambiamento nel porsi con il passare del tempo e l'acquisizione di una maggiore fiducia verso l'Educatore professionale. All'inizio di ogni incontro prima di iniziare a introdurre dal punto di vista teorico l'argomento, si parlava di ciò che era successo nella settimana. Alle volte spiegava come i concetti lo avevo fatto riflettere su quanto avveniva e su come

---

<sup>51</sup> Tesi di laurea "Sviluppare coscienza sull'auto-consapevolezza; l'effetto del Metacognitive Training sull'insight dei pazienti schizofrenici: analisi di un insight-oriented therapy", di Samed Kuc <https://tesi.supsi.ch/3455/1/Kuc%20Samed.pdf>

avesse provato a riproporli nella vita quotidiana. I moduli dove aveva mostrato maggiore difficoltà nello svolgimento degli esercizi erano: l'attribuzione e il cambiare le credenze. Alla fine dell'attività è stato svolto un secondo colloquio educativo per poter poi confrontare i cambiamenti rispetto all'inizio, utilizzando sempre lo stesso strumento valutativo. La verifica è stata buona, il training è stato efficace perché ha creato nel soggetto una serie di dubbi che hanno poi modificato la percezione di sé e dell'altro, soprattutto nelle situazioni che riguardano l'utente.

Questi sono due esempi del training metacognitivo, che lavora sulla consapevolezza del proprio pensiero con l'obiettivo di modificare la struttura cognitiva su cui poi nascono le idee di riferimento, i deliri o psicosi. Attraverso il dialogo e il confronto si vuole far maturare il soggetto e fargli comprendere che alle volte delle verità assolute in realtà sono una distorsione della mente che inganna la percezione della realtà. Quindi bisogna fare attenzione a non lasciarsi coinvolgere, ma avere sempre un pensiero critico, anche su quello che si pensa. Bisogna essere scettici su tutto e confrontarsi per avere delle certezze. Nella residenzialità leggera è efficace il training perché permette di rendere consapevole il soggetto di certi ragionamenti e fermarli prima che diventino una minaccia per la quotidianità.

#### 4.5 IPS (Individual placement and support)

L'Individual Placement and Support è un intervento riabilitativo che ha come scopo il supportare e affiancare il soggetto nella ricerca diretta di un lavoro, un impiego su libero mercato. Il modello IPS e di conseguenza anche il manuale per la formazione degli operatori, nasce nel 1993 dalla dottoressa Beckere e dal dottor Drake negli Stati Uniti, presso il New Hampshire Dartmouth Psychiatric Research Center a Rochester.

Lo sviluppo di tale progetto innovativo, rivoluzionario rispetto ai modelli tradizionali precedenti, è stato una risposta al bisogno di lavorare degli utenti dei servizi psichiatrici. Essi, infatti, a causa di vari fattori, che potevano trovarsi sia nel soggetto stesso affetto da un disturbo e che quindi presentava deficit cognitivo-relazionali, ma anche nella comunità stessa che aveva paura e allontanava chi percepiva come diverso.

L'IPS è rivolto a coloro che presentano gravi disabilità di origine psichiatrica. In particolare, è stato creato per chi è affetto da schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi bipolari, disturbi della personalità.

L'IPS è una metodologia per l'introduzione nel mondo del lavoro competitivo, senza corsi di formazione preliminari in tempi rapidi. È una parte del percorso riabilitativo nel quale è previsto un inserimento lavorativo. Consiste in un approccio centrato sulla persona senza criteri di esclusione basato sul progetto che è individualizzato, flessibile continuato nel tempo e con un univo referente. Uno dei principi generali più importanti è la ricerca del lavoro senza una formazione dell'impiego in tempi il più brevi possibili.

Essendo un progetto il modello IPS presenta un iter da seguire. La presa in carico è il primo passo fondamentale. Essa avviene seguendo dei criteri di scelta. Il paziente deve essere disoccupato oppure occupato ma richiede sostegno lavorativo per mantenere il lavoro o al fine di cercare un'altra occupazione. Mentre svolge tale percorso non può far parte di altri progetti che hanno l'obiettivo di ottenere un impiego o progetti tutelati ovvero che prevedono una formazione. Il processo (d'invio) di presa in carico deve essere semplice e rapido. Successivamente è necessario creare una relazione di fiducia tra l'operatore IPS e l'utente, stabilendo luoghi d'incontro, la frequenza, la durata, il setting con le regole in base alla disponibilità dei soggetti coinvolti. Vi deve essere anche il coinvolgimento dell'equipe multidisciplinare e della rete sociale che ruota attorno al paziente, come familiari, amici, ex datori di lavoro, ecc. L'operatore poi, durante una valutazione professionale, raccoglie i dati personali, inclusi anche obiettivi, attitudini, interessi, desideri, competenze lavorative formazione scolastica e lavorativa, esperienze lavorative e cause di precedenti licenziamenti e storia clinica. Questi poi sono vengono confrontati per verificare l'attuabilità degli obiettivi e se vi possono essere delle potenzialità e capacità. Dopo aver raccolto tali dati si può creare un piano d'intervento individualizzato. Scrive un profilo personalizzato che contiene obiettivi realistici, punti di forza del soggetto e i suoi limiti. Si descrivono poi le modalità attraverso cui il paziente potrà raggiungere i propri scopi e si definisce il tipo di sostegno che necessita, se diretto o indiretto, quindi, se la presenza dell'Educatore professionale è più legata alla ricerca o al fornire delle strade per essa.

La ricerca dell'impiego è il momento centrale del progetto, e deve avvenire il prima possibile da quando si effettua la presa in carico. Si individuano le aree di interesse, le mansioni e le aspirazioni del soggetto e in base ad esse si cerca un lavoro attraverso tanti e diversi canali di ricerca che possono essere le conoscenze, i social network, gli annunci, volantini esposti in bacheche o su giornali o in negozi, centri per l'impiego, inserzioni su siti specifici, ecc. In questa fase si decide se rivelare o meno la propria disabilità al datore di lavoro e se al fianco del soggetto vi è o meno la presenza dell'operatore IPS durante la ricerca attiva di occupazione.

Come detto in precedenza il supporto all'utente ha un tempo illimitato, è costante e continuativo. La presa in carico può durare massimo 12 mesi, così come il monitoraggio post-assunzione, questo nella maggior parte dei casi.

Il progetto può essere interrotto in tre circostanze: se vi sono episodi di recidiva, se vi è richiesta esplicita del soggetto o una valutazione scritta dall'operatore IPS e l'equipe multidisciplinare.

Un fatto da evidenziare è che le condizioni per cui si possono dare le dimissioni dall'impiego trovato. Vi può essere una esplicita richiesta dell'utente, quando i criteri di inclusione non sono più rispettati e manca ad esempio la motivazione, allora si crea una valutazione condivisa sia dal soggetto che dall'equipe di inadeguatezza al proseguimento del progetto.

L'IPS è un modello che permette di stabilire insieme al cliente le modalità di avvio della ricerca del lavoro, così da rispettare sia i suoi limiti che le sue aspirazioni, evidenziando le sue capacità. L'operatore dovrebbe orientare costantemente il cliente per conseguire la scelta più opportuna, ma non può imporre nessun lavoro. Per questo diventa fondamentale il dialogo e la relazione, poiché senza fiducia il progetto non sarà mai davvero realizzato, si perderà tempo e occasioni.

È importante ascoltare le esperienze lavorative che il soggetto vuole affrontare e valutare la concreta realizzabilità, per capire al meglio quali siano le mansioni a lui più idonee e in che ambito iniziare la ricerca. Ogni passo è fondamentale che sia compreso dall'utente e non deve essere solo informato di eventuali modifiche nel progetto, ma deve anche essere d'accordo con tali scelte. Reciproco rispetto e fiducia sono le basi per permettere

cambiamenti e progressi durante l'intervento. L'operatore si trova a dover confrontare i bisogni e le aspettative personali del soggetto con le condizioni del libero mercato del lavoro. Bisogna trovare una congiunzione adatta che possa essere valida per ambe le parti.

Essendo un intervento di supporto oltre che di ricerca di lavoro, l'operatore è fondamentale che sostenga emotivamente il paziente durante il percorso. Aiutarlo nelle difficoltà in maniera concreta anche sul posto di lavoro se necessario, perché comunque la centralità è il soggetto ed il suo benessere. Se dovesse esserci la perdita dell'impiego, si attraversa un periodo per elaborare l'accaduto con l'obiettivo di creare un nuovo progetto. La motivazione e l'autostima anche se danneggiate devono essere ricostruite più forti per poter proseguire fino a che non si raggiunge la meta. Ogni sforzo e sfida affrontata servono a rendere il soggetto più forte, lui in primis deve poter credere in se stesso, così otterrà ciò per cui ha lavorato.

Il ruolo lavorativo che il soggetto potrà andare poi a esplicare nella comunità assume una forte importanza sia perché permette alla persona di poter contribuire alle proprie spese e diventare indipendente, sia perché così si sente parte della comunità stessa vivendo in primis la cosiddetta inclusione sociale, sia perché così riesce a trovare una sua identità. Il lavoro è da considerare come la realizzazione delle aspirazioni della persona.

L'IPS si basa su otto principi:

1. Obiettivo lavoro competitivo

Gli operatori IPS cercano di far ottenere all'utente un lavoro competitivo ovvero con uno stipendio uguale a quello che ricevo gli altri che fanno il suo stesso lavoro in un contesto senza discriminazioni sia da parte dell'ambiente fisico sia da parte degli altri lavoratori. Stare assieme a individui senza disabilità favorisce il processo di riduzione dello stigma.

2. Sostegno integrato con il trattamento della patologia mentale

Gli operatori IPS appartengono ai servizi di salute mentale, in particolare sono un'equipe multidisciplinare che si riunisce secondo delle tempistiche stabilite per verificare il procedimento del progetto, condividono i progressi fatti e decidono come agire di conseguenza per il raggiungimento degli obiettivi. Quindi la dimensione sanitaria è molto presente in tale situazione.

3. Zero exclusion

Il soggetto non deve rispettare dei criteri di inclusione per aderire all'IPS, al contrario su libera scelta chiunque abbia una disabilità psichiatrica può far parte del progetto perché nessuno può essere escluso e ogni persona può trovare un lavoro competitivo senza una precedente formazione. Tutti i professionisti della salute mentale dovrebbero incoraggiare i pazienti a valutare l'inclusione lavorativa.

4. Attenzione alle preferenze del cliente

La scelta dall'impiego non dipenderà dagli operatori, ma di dovrà discutere insieme all'utente su che tipo di lavoro e di mansione intende svolgere e trovare una soluzione adeguata

5. Consulenza sulle opportunità economiche:

gli operatori che si occupano del progetto non devono solo trovare un impiego che permetta all'utente di avere un guadagno, ma devono anche aiutarlo a conoscere e mantenere i benefici sociali ed economici dovuti alla disabilità psichiatrica

6. Rapida ricerca del lavoro

Gli operatori fin dall'inizio del progetto, dopo aver conosciuto il soggetto e parlato del suo futuro, iniziano a cercare direttamente un lavoro

7. Lavoro sistematico di sviluppo professionale

Gli operatori devono essere dei facilitatori tra l'utente e l'ambiente lavorativo per poter risolvere eventuali incomprensioni o per attuare degli adattamenti a seconda delle esigenze dell'utente, devono quindi relazionarsi con il datore di lavoro, lo devono conoscere anche per favorire la crescita del soggetto sia attraverso le varie opportunità lavorative sia attraverso il contesto in cui si svolgono. Comunicare con il responsabile del lavoro

8. Sostegno a tempo illimitato

Il periodo di tempo per cui si attua il progetto dipende da ogni caso poiché riguarda la realizzazione del progetto. Ovvio che l'obiettivo dal punto di vista tempistico è quello di trovare un impiego il più velocemente possibile e rendere così economicamente indipendente il soggetto. se dovesse trascorrere troppo tempo

senza aver ottenuto dei risultati positivi allora l'equipe e l'operatore dell'IPS possono valutare l'idea di interrompere il progetto perché inefficace.<sup>52</sup>

L'Educatore professionale per diventare un operatore specializzato nell'intervento dell'IPS deve svolgere un corso di formazione teorico, successivamente svolge un periodo di tempo dove lavora come dipendente prima affiancato da un tutor poi in autonomia.

I programmi dell'IPS permettono al soggetto di abbattere lo stigma esterno, ovvero l'insieme di quei pregiudizi che nascono dagli altri, poiché permette al soggetto di diventare una risorsa per la comunità, ma anche perché vengono ad essere eliminate tutti i giudizi sull'impossibilità di lavorare per un soggetto con un disturbo psichico causato dai vari motivi, tra cui il non rispetto delle norme legislative, comportamentali e sociali. Dimostra di sapersi adattare e di avere le capacità per lavorare, questo permette ai colleghi di vedere non più la patologia ma un lavoratore serio che rispetta la propria mansione. L'utente sentendosi poi autorealizzato e soddisfatto del suo agito sarà più sicuro di sé e delle sue capacità.

---

52 L'Individual Placement & Support (IPS) e la crisi italiana, Angelo Fioritti, Miles Rinaldi & Simone Bruschetta, <https://ipsilonitalia.org/wp-content/uploads/2020/08/A-Fioritti-IPS-nel-libro-AIRSAM-5.pdf>

## CONCLUSIONI

Ho scelto il tema della residenzialità leggera grazie all'esperienza che ho avuto durante il tirocinio del terzo anno. Il filo rosso che ha condotto la mia tesi è stata la domanda: "Quali sono gli elementi che caratterizzano e rendono innovativa la residenzialità leggera?"

Prima di poter esporre la risposta a tale quesito era necessario descrivere che cosa fosse la residenzialità leggera, è stata così descritta prima la normativa che la riguardava, in che cosa consisteva il programma considerando anche gli obiettivi, in seguito è stato descritto l'orientamento basato sulla recovery, senza tralasciare la riabilitazione e l'empowerment, altri due concetti fondamentali. Sono stati esposti infine, i vantaggi e le criticità riscontrate nel programma.

Introdotta l'argomentazione dell'elaborato, si è poi potuto rispondere alla domanda iniziale. Il primo elemento fondamentale è "la casa" nelle sue diverse accezioni, sfumature e benefici, si spiega quindi il perché la casa può diventare uno spazio sia di appartenenza, sia di sicurezza sia di identità, andando poi ad affrontare i temi dell'inclusione sociale e lo stigma, della quotidianità e dell'abitare inteso come libertà. Ogni paragrafo argomenta suddetti pensieri per motivarli, restando sempre ancorati al contesto della residenzialità leggera.

Il capitolo successivo è rivolto agli attori coinvolti nella residenzialità leggera. Sono illustrate e approfondite l'utente, l'Educatore professionale, l'equipe, i servizi sanitari (CSM) e la famiglia. Ogni ruolo ha le proprie peculiarità e obiettivi. Ognuno segue un percorso determinato che si interseca con quello degli altri. Nel contesto della residenzialità leggera è innovativo vedere come cambiano le funzioni dei diversi ruoli.

Nell'ultimo capitolo sono elencati i principali interventi riabilitativi utilizzati nella residenzialità leggera. Tutti i paragrafi presentano una descrizione degli strumenti e i loro obiettivi, spiegando il perché sono positivi in questo determinato contesto. Il capitolo riporta anche la mia esperienza di tirocinio, descrivo infatti le due tipologie di Training metacognitivo a cui ho assistito, spiegando il percorso svolto e alcune condizioni osservate.

Quindi dopo aver discusso ampiamente di quelli che sono gli elementi più importanti della residenzialità leggera possono concludere che seppur sia un programma ancora

nuovo è innovativo e comporta molti benefici. La residenzialità leggera è un percorso che permette all'utente di conoscere meglio se stesso e la sua malattia, di coltivare la sua autonomia e indipendenza, di favorire l'inclusione sociale e abbattere lo stigma. È un'occasione per scoprire nuove capacità, per cambiare la percezione del mondo esterno e di pianificare un futuro. Sono rimasta particolarmente legata a questo tipo di intervento riabilitativo perché nel concreto ho osservato il reinserimento sociale nella comunità, una speranza che le comunità o altre strutture residenzialità psichiatriche non possono dare, poiché ancora troppo legate ai falsi pregiudizi.

## **BIBLIOGRAFIA**

Brandani Walter, Tomisich Manuela, La progettazione educativa. Il lavoro sociale nei contesti educativi. Carocci Faber, 2021

Carozza Paola, Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione, Franco Angeli, Milano, 2006

Maone M. (2015) Guarire dalla malattia o nonostante la malattia? in Maone M., D'Avanzo B., (a cura di) Recovery. Nuovi Paradigmi per la salute mentale, Raffaello Cortina Editore, Milano

Pasqualotto Luciano, Educatori di professione oggi. Letture oblique dell'esperienza e orientamenti per il futuro, Unicopli, 2016

Saraceno Benedetto, La fine dell'intrattenimento. RCS, Milano. 1995

Slade M. (2015) La ricerca sulla recovery. Nuove risposte, nuove domande in Maone M., D'Avanzo B. (a cura di) Recovery. Nuovi Paradigmi per la salute mentale, Raffaello Cortina Editore, Milano

Dispense della professoressa Maggi

Progetto educativo "la residenzialità leggera", Educatrice professionale L. Casoni, Educatrice professionale M.Conti

## SITOGRAFIA

Le strutture residenziali psichiatriche, ministero della salute, [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2460\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato.pdf)

Riabilitazione psicosociale, <http://www.riabilitazionepsicosociale.it/wordpress/wp-content/uploads/2017/08/Cognitive-Adaptation-Training-edizione-italiana-1.pdf>

Scale di valutazione <https://www.nurse24.it/studenti/scale-di-valutazione/la-valutazione-in-psichiatria-una-sfida-e-un-opportunita.html>

Residenzialità “Leggera”, Il Chiosco, <https://www.korian.it/wp-content/uploads/Residenzialita-Leggera-Il-Chiosco.pdf>

La differenza non sottile tra autonomia e indipendenza <https://portalebambini.it/la-differenza-non-sottile-tra-autonomia-e-indipendenza/>

Stigmatizzazione: cos'è e come funziona, Nicolò Manai, <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi01dz32sHzAhXM66QKHUk4CKAQFnoECAsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.frammentirivista.it%2Fstigmatizzazione-cosa-e-come-funziona%2F&usg=AOvVaw38zGdGh0GrEZTNXYJMgtIC>

La casa: molto più che un luogo fisico, Di Anna Galtarossa, 16.10.2021 <https://www.psychodesk.it/la-casa-piu-un-luogo-fisico/>

Amministrazione di sostegno e contratto terapeutico in ambito psichiatrico, Cinzia Lubiato 28.05.2019 [https://www.ariadne.bz.it/wp-content/uploads/2019/06/08-05-Lubiato\\_Cinzia.pdf](https://www.ariadne.bz.it/wp-content/uploads/2019/06/08-05-Lubiato_Cinzia.pdf)

Tesi di laurea “Sviluppare coscienza sull’auto-consapevolezza; l’effetto del Metacognitive Training sull’insight dei pazienti schizofrenici: analisi di un insight-oriented therapy”, di Samed Kuc <https://tesi.supsi.ch/3455/1/Kuc%20Samed.pdf>

Intervento psicoeducativo integrato, [https://www.terapiacognitiva.eu/cpc/dwl/SFO\\_978-88-7946-082-8\\_Intervento-psicoeducativo-integrato-in-psichiatria.pdf](https://www.terapiacognitiva.eu/cpc/dwl/SFO_978-88-7946-082-8_Intervento-psicoeducativo-integrato-in-psichiatria.pdf)

Social Skills Training, Training delle abilità sociali, di Dr Ettore Zinzi  
<https://www.psicologo-taranto.com/2017/07/05/social-skills-training-training-delle-abilita-sociali/>

L' Individual Placement & Support (IPS) e la crisi italiana, Angelo Fioritti, Miles Rinaldi & Simone Bruschetta  
<https://ipsilonitalia.org/wp-content/uploads/2020/08/A-Fioritti-IPS-nel-libro-AIRSAM-5.pdf>

Tesi di Laurea di Sara Ceccucci “La luce oltre la porta. Il Day Hospital Psichiatrico tra passato presente e futuro” <http://www.psychomedia.it/pm-thesis/ceccucci/cap3.htm>

Health of the Nation Outcome Scales HoNOS V. Musella, S.Baraldi, F. Kusmann,  
[file:///C:/Users/Lenovo/AppData/Local/Temp/1\\_musella\\_baraldi\\_kusmann\\_HoNOS%20.pdf](file:///C:/Users/Lenovo/AppData/Local/Temp/1_musella_baraldi_kusmann_HoNOS%20.pdf)

Treccani, <https://www.treccani.it/vocabolario/emancipazione/>

Integrazione e inclusione quale differenza nell'ambiente dell'apprendimento, redazione LAS, 04.10.2020, <https://www.laessetv.it/2020/10/04/integrazione-e-inclusione-quale-differenza-nellambiente-di-apprendimento/>

Giorgio Cerati , Panfilo Ciancaglini , Luigi Ferrannini , Dagmar Merckling, articolo “I programmi di residenzialità leggera tra recente normativa nazionale ed esperienze”, 10.12.2015,  
<http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/attachments/article/140/NRSP-Vol.12-13-I-programmi-di-residenzialita-leggera-tra-recente-normativa-nazionale-ed-esperienze.pdf>

Carlo Scovino, “I servizi di salute mentale tra recovery e resilienza”, articolo pubblicato il 20.09.20 e aggiornato il 17.09.20  
<https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/servizi-salute-mentale-recovery-resilienza.html>

Articolo la piramide dei bisogni di Maslow <https://www.psicologiadellavoro.org/la-piramide-dei-bisogni-di-maslow/>

La rete dei servizi per la salute mentale, articolo pubblicato 3.11.2006 aggiornato il 3.06.2021,

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

Psichiatria oggi, <https://www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2020/12/6-Dudek-CasaResidenzaPsichiatrica.pdf>

Treccani, [https://www.treccani.it/vocabolario/abitare\\_res-ec03dde3-000b-11de-9d89-0016357eee51/](https://www.treccani.it/vocabolario/abitare_res-ec03dde3-000b-11de-9d89-0016357eee51/)