



DOCUMENTO SULLE COMUNITA' TERAPEUTICHE e RESIDENZIALI
PER IL MINISTERO DELLA SALUTE BOZZA DA DISCUTERE

Le Comunità Terapeutiche e Residenziali per adulti - Indicazioni di Buone Prassi e Linee di Indirizzo - Milano luglio 2019

Premessa

Questo documento, in linea con l'**Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013 sulle Strutture residenziali** e con gli orientamenti e le linee di indirizzo del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 **Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza** (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana in data 18 marzo), intende essere un contributo e un approfondimento specifico e articolato dell'art.33 *Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali*, da sottoporre all'attenzione del Ministero. Queste indicazioni sono nate dall'esperienza e dalla riflessione maturata all'interno delle residenze private accreditate e pubbliche; sono quindi applicabili ad entrambe questi ambiti.¹ Specifichiamo anzitutto una definizione di Comunità terapeutica in negativo:

LA COMUNITA' TERAPEUTICA NON E' SINONIMO DI RESIDENZIALITA' O DI ABITAZIONE

LA COMUNITA' TERAPEUTICA NON UN'ISTITUZIONE TOTALE

LA COMUNITA' TERAPEUTICA NON E' UN AMBIENTE MEDICALIZZATO DI GRANDI DIMENSIONI (VEDI CLINICHE PRIVATE)

LA COMUNITA' TERAPEUTICA NON E' UN LUOGO SENZA TEMPI E RITMI

LA COMUNITA' TERAPEUTICA NON E' UN DEPOSITO ASSISTENZIALE IN DELEGA DEI SERVIZI

LA COMUNITA' TERAPEUTICA NON UN PARCHEGGIO IN ATTESA DI....

LA COMUNITA' TERAPEUTICA NON E' UN SISTEMA ISOLATO DAL CONTESTO TERRITORIALE E DALLA COMUNITA' LOCALE

LA COMUNITA' TERAPEUTICA NON E' UNO SPAZIO DESITINATO ALLA CRONICIZZAZIONE

¹ Mito&Realtà, è un' associazione costituitasi a partire dal Convegno Internazionale di Milano del 1996, con la partecipazione di esponenti del movimento culturale delle comunità terapeutiche nazionali ed internazionali e che da oltre venti anni ha come oggetto lo studio, la ricerca e la raccolta dati sul funzionamento delle Comunità Terapeutiche e promuove la formazione professionale per chi svolge un' attività in strutture a impronta comunitaria che si occupano della cura del disagio psichico grave. www.mitoerealta.org

Inquadramento storico

Il contesto storico in cui si è sviluppato il percorso della Salute Mentale e della Psichiatria è stato estremamente complesso dagli anni settanta ad oggi, ha visto la transizione da una cultura “manicomiale” radicata in luoghi di segregazione ai confini per lo più esterni alla vita delle città, ad una cultura delle Comunità Terapeutiche che promuove la cura, la riabilitazione, il reinserimento sociale e il tentativo di recupero delle risorse del soggetto finalizzato a una migliore qualità di vita (*Recovery*).

La possibilità di prendersi cura di persone affette da disturbi mentali gravi in ambiti e ambienti alternativi all’ospedale psichiatrico, a seguito dell’approvazione della legge 180, ha sviluppato negli anni ’80 le Comunità Terapeutiche in collegamento con la rete dei nuovi servizi territoriali, che hanno fatto riferimento, per quanto riguarda i modelli teorici e operativi, principalmente alle consolidate esperienze internazionali, anche se il carattere innovativo e anti-istituzionale delle prime comunità in Italia è stato totalmente autoctono.²

Il metodo di cura della “Comunità Terapeutica” trae le sue origini da quel movimento di rinnovamento della cultura sociale del dopoguerra, che vede lo sviluppo teorico-clinico della psicoanalisi di gruppo di Bion, la nascita della gruppoanalisi e delle Comunità Terapeutiche inglesi con pionieri quali Bion, Foulkes, Main e Jones, il modello psicodinamico francese di Racamier e Sassolas, le esperienze pilota della Menninger Clinic e dell’Austin Riggs Hospital negli Usa, solo per citare gli esempi più noti.

I principi fondamentali presenti nelle CT inglesi e rilevati dalla ricerca del sociologo/antropologo Rapaport negli anni ’50 sono rappresentati da:

- comunismo,
- democraticità,
- tolleranza
- confronto con la realtà.³

A questi principi fondativi attualmente il network di *Community of Communities*⁴ in Inghilterra ha aggiunto altri “*core standards*”, quali:

- attaccamento
- contenimento
- rispetto
- comunicazione
- interdipendenza

² In Italia le due esperienze di Diego Napolitani, precedenti la riforma psichiatrica, avevano aperto la via alla possibilità di applicazione di una tale modalità di cura, ma avevano anche mostrato i limiti di una strutturazione rigida che non permettesse modifiche e adattamenti in base all’esperienza. Ciononostante, varie iniziative importanti sono cominciate a nascere e si sono sviluppate e consolidate nel tempo.

³

- Communalism – (sharing of mutual tasks, close interdependency) promotes interaction with others, responsibility sharing, the abandonment of fixed social roles and attitudes, and the development of new relationships.
- Democratization – (flattened hierarchy, sharing of decision making) allows self-management to emerge and altruism to flourish as a patient (called a member) is allowed to contribute meaningfully to the treatment of others.
- Permissiveness – (difficult behavior is tolerated) allows for catharsis (ventilation), self-disclosure, and the assumption of self-responsibility.
- Reality confrontation – (presentation of behavior as it is seen by others) promotes self-awareness and the development of identity and self-concept, and encourages learning through interpersonal feedback.

⁴ Community of Communities promosso da: The Royal College of Psychiatrists’ Research Unit- London and Association of Therapeutic Communities, United Kingdom

- relazione
- partecipazione
- integrazione tra esperienze positive e negative
- responsabilizzazione (Clarke, Winship, Manning, 2017)⁵.

Molti di questi valori sono di fatto assunti nel metodo e nella pratica delle numerose Comunità Terapeutiche che si sono sviluppate largamente in Italia, soprattutto dopo la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici, declinando alcuni capisaldi storici in un modello specifico che ben si è adattato alla nostra realtà (Ferruta, Foresti, Vigorelli, 2012).

Le CT che hanno resistito sino a oggi adattandosi rafforzandosi ed evolvendosi rispetto ai cambiamenti interni (burnout, dinamiche gruppali distruttive, cambiamenti nei ruoli delle figure professionali) ed esterni (cambiamenti nel tipo di utenza, modificazioni normative, variazioni nella formazione e nella motivazione degli operatori) conservando l'obiettivo della cura della malattia mentale piuttosto che solo l'assistenza, sono proprio quelle che hanno saputo mantenere una struttura psicodinamica nella loro organizzazione e che hanno lavorato, impiegando a volte cospicue risorse in termini economici e di tempo, per la "manutenzione" dell'istituzione comunitaria e per la formazione delle loro équipe.

Fattori terapeutici delle comunità residenziali

- 1- La Comunità è una risorsa terapeutica globale, che cura con il suo *funzionamento psicodinamico integrato (dimensioni bio-psico-sociali)*, attraverso un programma individualizzato di interventi farmacologici, psicologici, psicoterapeutici, riabilitativi e di socializzazione, realizzati da una équipe multiprofessionale e multidisciplinare, in stretto collegamento con i Servizi Territoriali invianti del SSN, con i quali la CT instaura un rapporto continuativo di collaborazione, all'inizio, nel corso e alla conclusione del percorso del residente segnalato dai Servizi Psichiatrici come indicato per la cura comunitaria.
- 2- La Comunità offre ai pazienti una *dimensione ambientale e temporale definita*, con un'architettura terapeutica e organizzativa specifica, diversa dall'ospedale ma anche dall'abitazione familiare.
 - La Comunità costituisce un luogo in cui poter fruire di un *clima emotivo e sensoriale che nutra e sostenga le fragilità soggettive* creando gradualmente una sicurezza di base. È un luogo di incontro e confronto che predispone condizioni affettive favorevoli a esperienze di "transizione":
 - tra soggettività individuale isolata e condivisione con gli altri,
 - tra significati del mondo interno e stimoli del mondo esterno,
 - tra vissuti fantasmatici e aspetti organizzativi, tra dinamiche relazionali a livelli diversi.

La CT rappresenta uno spazio nel quale i residenti possono proiettare ed esprimere le loro emozioni e le loro fantasie in una condizione regolata, ma non rigidamente strutturata, in cui gli

⁵ ATTACHMENT: Healthy attachment is a developmental requirement for all human beings and should be seen as a basic human right. CONTAINMENT: A safe and supportive environment is required for an individual to develop, to grow, or to change. RESPECT: People need to feel respected and valued by others to be healthy. Everybody is unique, and nobody should be defined or described by their problems alone. COMMUNICATION: All behavior has meaning and represents communication which deserves understanding. INTERDEPENDENCE: Personal well-being arises from one's ability to develop relationships which recognize mutual need. RELATIONSHIPS: Understanding how you relate to others and how others relate to you leads to better intimate, family, social and working relationships. PARTICIPATION: Ability to influence one's environment and relationships is necessary for personal well-being. Being involved in decision-making is required for shared participation, responsibility, and ownership. PROCESS: There is not always a right answer and it is often useful for individuals, groups and larger organizations to reflect rather than act immediately. BALANCE: positive and negative experiences are necessary for healthy development of individuals, groups and the community. RESPONSIBILITY: Each individual has responsibility to the group, and the group in turn has collective responsibility to all individuals in it.

operatori, al di là dei loro ruoli specifici, si prestano a questa molteplicità di occasioni proiettive e significanti.

- 3- La partecipazione all'esperienza della Comunità Terapeutica è caratterizzata dalla possibilità interna di un *percorso evolutivo* in cui sviluppare potenzialità realisticamente valutate espresse in progetti personalizzati; gli obiettivi possono essere anche minimi, purché inseriti in una capacità di guardare al paziente come una persona che possa esprimere qualcosa di vitale, attraverso l'evidenziamento di bisogni e risorse, fragilità e punti di forza. Il *progetto terapeutico-riabilitativo conseguente* viene formulato in modo personalizzato per ciascun paziente con scansioni temporali e caratteristiche che ne possano favorire l'espressione personale.
- 4- Nel progetto terapeutico individualizzato si evidenzia anche il metodo comunitario, consistente nel favorire la costruzione della soggettività attraverso un dispositivo grupppale e la cui declinazione operativa è rappresentata dalla *condivisione della vita quotidiana* e dai modi nei quali questa viene organizzata: le cure del corpo e degli spazi comuni, la preparazione del cibo e i momenti di convivialità, le attività espressive, riabilitative e quelle che predispongono al sonno, al lavoro, alle amicizie e allo svago: "azioni parlanti" che assumono uno spessore simbolico se realizzate in modo umanizzato e relazionale.
- 5- L'*esperienza grupppale* è il metodo di lavoro fondamentale adottato dai curanti per attivare la vita psichica dei pazienti e per apprendere dall'esperienza del rapporto con loro, allo scopo di raggiungere comprensioni efficaci e di formulare progetti nelle diverse e molteplici riunioni (sia tra gli operatori che con i pazienti).
- 6- Il *percorso comunitario* si può articolare attraverso varie tappe utilizzando strutture con differenti livelli di intensità, di protezione e di attivazione riabilitativa (alta, media, bassa protezione) tenendo presenti i bisogni di cura, le risorse evolutive e le problematiche psicosociali del soggetto.
- 7- L'impostazione organizzativa è basata sulla *collaborazione e partecipazione di tutti i membri, operatori e pazienti*, coinvolti in prima persona e sull'importanza centrale delle riunioni del grande gruppo e dei piccoli gruppi.
- 8- L'*organizzazione della CT* deve garantire condizioni di sicurezza per operatori e residenti attraverso strategie che prevedano e/o sappiano gestire i *rischi* degli agiti auto ed etero lesivi, le fughe e gli eventi avversi.
- 9- La CT è anche uno *spazio aperto e connesso con le reti delle comunità locali e con le loro potenzialità di inclusione sociale e lavorativa*; il gruppo dei pazienti e gruppo dei curanti, in collaborazione con le famiglie e la rete sociale, costituiscono nel loro insieme il dispositivo di cura, senza privilegiare un aspetto della vita comunitaria nei confronti di un altro.

Specificità degli strumenti terapeutici utilizzati

A) ACCOGLIENZA E FORMULAZIONE DEL CONTRATTO TERAPEUTICO: DALL' INSERIMENTO ALLA CONCLUSIONE DEL PERCORSO CONCORDATO

Secondo gli studi internazionali pertinenti (Priebe, Gruyters, 1993; McCabe, Priebe, 2004) e le esperienze accumulate in innumerevoli anni di percorsi e dimissioni, il presupposto per raggiungere esiti favorevoli del percorso comunitario è rappresentato dalla *costruzione condivisa del progetto tra paziente, famiglia, Servizio inviante e Gruppo CT* e dall'alleanza terapeutica che si conquista dopo una fase preliminare di conoscenza della realtà comunitaria (luogo, curanti, metodo). Se qualcuno di questi attori è carente, per assenza e indifferenza, o ostacola l'inserimento, il "compito" di questo metodo di cura diventa da subito difficile e spesso destinato al fallimento (*drop-out*).

Quindi l'*accoglienza* è proprio la prima struttura portante grupppale che possibilmente deve tenere le fila di tutti gli attori in gioco; un servizio che nelle CT può prendere diversi nomi (accettazione, accoglienza, primo contatto, inserimenti) ed è basato su un'attenta valutazione multidimensionale e

di un periodo preliminare di osservazione (in alcuni casi anche partendo da un'alleanza al domicilio del paziente).

Successivamente, questa fase prosegue con un monitoraggio continuo (con l'uso di più strumenti) per valutare i progressi o regressi nelle diverse aree sia del funzionamento mentale, che delle reti relazionali e la qualità della vita dell'ospite e, dove è possibile, un follow up a uno o due anni. Data la gravità psicopatologica dei soggetti che si giovano di questo trattamento, il percorso comunitario può seguire un continuum dai livelli più elevati di protezione a quelli più orientati all'autonomia e all'inserimento sociale o l'indicazione di strutture specifiche.

B) VALORIZZAZIONE DELLE DIMENSIONI PSICOSOMATICHE DEI RESIDENTI

La dimensione corporea investe molteplici livelli dell'intervento comunitario: dalla cura dell'igiene personale e dell'alimentazione e più in generale della salute somatica, agli sport indicati e alle tecniche che facilitano l'integrazione corpo-mente (di rilassamento, posturali, ecc.) laddove la trascuratezza traumatica ha lasciato ferite profonde e aree dissociate nel soggetto. Dato che sia il corpo del paziente che quello dell'operatore entrano in gioco nel campo delle interazioni spontanee quotidiane della vita comunitaria, è sollecitato un ascolto e un'osservazione empatica delle comunicazioni non verbali, che forniscono importanti indizi degli stati interni di disagio e sofferenza, segnali sensoriali da comprendere per rianimare, contenere, regolare, al fine di favorire l'unità somatopsichica del corpo vissuto e pensato.

C) INTERVENTI INDIVIDUALI

Ogni CT deve proporre una gamma possibile di interventi che vanno dal semplice colloquio di ascolto e di sostegno o di gestione personalizzata della crisi, alla psicoterapia vera e propria che il residente può condurre all'interno o all'esterno della CT: psicoterapia orientata al supporto e alla vitalizzazione del Sé nelle psicosi e alla mentalizzazione e al contenimento degli acting per i pazienti borderline e doppia diagnosi.

Inoltre, in ogni caso è di fondamentale importanza una figura centrale (sostenuta da una microéquipe) costituita dall'*operatore di riferimento* del residente, nel linguaggio attuale *case manager*, con la funzione di filtro e intermediazione rispetto all'impatto del singolo verso il gruppo; a sua volta l'operatore di riferimento ha bisogno del gruppo allargato dell'équipe e dei pazienti come contenimento della relazione duale che, soprattutto nei casi borderline, può diventare troppo intensa e ingestibile.⁶ Un'altra funzione di questa figura è quella di sintesi e integrazione dei vari aspetti formali e informali che il residente esprime e proietta nelle svariate esperienze che vive in Comunità. Avendo nella mente la complessità in fieri, l'operatore di riferimento può interfacciarsi con competenza con gli invianti e i familiari, fornendo una rappresentazione dinamica ed evoluta del paziente con le acquisizioni realizzate nel corso del tempo, in parte nuova rispetto a quella cristallizzata iniziale, aiutando così il distacco e un modo nuovo di reinserimento nel contesto di provenienza, soprattutto laddove il residente non possa realizzare una completa autonomia.

D) INTERVENTI GRUPPALI

L'Assemblea

Fin dalle origini delle Comunità Terapeutiche in Inghilterra negli anni '50, l'assemblea di comunità ha costituito un momento centrale della vita di questo metodo di cura: in tutte le forme di Comunità

⁶ Correale sottolinea l'importanza di questo "doppio contenitore" per fronteggiare la potenza dell'ondata emotiva delle proiezioni gruppali.

Terapeutica ritroviamo la presenza di questo tipo di riunione. La visione stessa di Comunità, intesa come sistema strutturato nella quotidianità che coinvolge attivamente i residenti con tutte le figure professionali (compreso il giardiniere, gli amministratori e chi si occupa delle questioni finanziarie ecc.), elaborata da Tom Main e tuttora valida, indica l'assemblea come uno degli strumenti fondamentali per sviluppare il processo di *responsabilizzazione* collettivo, tramite l'auto-osservazione e la riflessione di tutte le sue strutture e dinamiche interne secondo il metodo della "culture of inquiry".

Essa consente la trasmissione della cultura, dei modelli relazionali e delle pratiche di comunità a diverse generazioni di pazienti, facendo convergere al suo interno tutti i trattamenti terapeutici e tutti gli altri incontri, casuali, informali e professionali; fornisce inoltre una base per creare il legame emotivo comune tra i suoi membri e per elaborare i conflitti promuovendo il senso di *appartenenza*⁷, sperimentando l'atmosfera prevalente e confermando i valori della vita di Comunità (Hinshelwood, 1982; Corulli, 1997; Vigorelli, Gravina 2015). Inoltre è all'interno della riunione di Comunità democratiche che sono discusse, definite e riconosciute *le regole* della Comunità, fondamentali per garantire la convivenza e la terapeuticità; qui vengono anche elaborate le modalità riparative per affrontare la loro violazione (agiti violenti, contro persone e oggetti, fughe ecc.), sono espressi differenti punti di vista e sperimentati processi decisionali con la guida di una leadership che coinvolga anche i residenti senior, per esperienza e senso di cooperazione. In questo ambito si condividono infine le notizie sulle dimissioni e l'accoglienza dei pazienti o su cambiamenti nello staff, si valuta l'andamento della partecipazione e il clima complessivo del momento.

Riunioni

Ogni Comunità sviluppa in modo proprio questi tipi di incontri ma con alcune costanti:

- *riunioni di tutto il personale*, nelle quali dare spazio alla cultura di ricerca, volta a capire gli episodi e le dinamiche terapeutiche, allo scopo di apprendere dall'esperienza e di favorire una effettiva capacità di cambiamento, e di decisionalità propria dei processi di maturazione degli organismi viventi;
- *riunioni organizzative per strutturare la vita quotidiana* della casa, che possibilmente coinvolgono tutti i residenti anche con compiti definiti e gli operatori in turno;
- brevi incontri giornalieri tra i terapeuti presenti, per avere uno spazio minimo per pensare e un monitoraggio delle emozioni nelle situazioni *di crisi*;
- *spazi informali di comunicazione*, spontanei ma previsti come parte integrante della cultura del gruppo, come coltivazione di un terreno inconscio di legami affettivi, e non come scissione e negazione di tensioni che non arrivano alla riflessione comune dello spazio per pensare (ad esempio mangiare insieme, prendere il caffè ecc.);
- *riunioni di supervisione/conferenza clinica/sostegno al ruolo professionale* con esperti esterni alla Comunità (vedi punto I).

Gruppi

Rinviamo per una completa mappa descrittiva e tecnica delle varie attività gruppali all'articolo "I gruppi in comunità terapeutica" di Corulli e Olivero comparso nella Rivista *Terapia di Comunità* nel 2011 che presenta:

⁷ Nell' articolo "How therapeutic communities work: Specific factors related to positive outcome", comparso nella Rivista online "*International Journal of Social Psychiatry*" del 20 Luglio 2012, Steve Pearce and Hanna Pickard (Oxford UK), riportando i dati delle recenti ricerche internazionali, sintetizzano i fondamentali fattori terapeutici delle CT in: belongingness (appartenenza) e responsibility (responsabilizzazione). Affermano: "L' appartenenza costituisce una fondamentale motivazione umana. L'ipotesi dell'appartenenza sostiene che: gli esseri umani hanno una spinta pervasiva nel formare e mantenere almeno per un minimo quantitativo di tempo relazioni interpersonali significative e positive. Soddisfare questa spinta coinvolge due criteri: in primo luogo c'è un bisogno di frequenti, affettivamente cariche e piacevoli relazioni con alcune persone, e in secondo luogo queste interazioni devono avvenire in un contesto temporale stabile e all'interno di una cornice duratura di preoccupazione affettiva reciproca per il benessere degli altri (Baumeister & Leary, 1995, p. 497).

- sull'accoglienza,
- gruppi di riabilitazione cognitiva,
- gruppi per la crisi,
- gruppi per capire la funzione psicofarmacologica,
- piccoli gruppi terapeutici,
- gruppi espressivi,
- gruppi seniores,
- gruppi sulla convivenza,
- gruppi di rilassamento e tecniche non-verbali,
- gruppi sportivi, weekend,
- di inserimento lavorativo,
- gruppi di auto-aiuto ecc.

Anche la *psicoterapia di gruppo*, rivolta a pazienti con disturbi di personalità ha uno spazio significativo, a partire dal modello di Bateman e Fonagy, efficace per sviluppare la capacità di mentalizzazione e la regolazione emotiva. Una particolare attenzione viene data al setting di questi momenti, alle finalità, e ai referenti che coinvolgono il più possibile i residenti anche nella gestione organizzativa.

E) INTERVENTI CON LE FAMIGLIE

Lo stato attuale di crisi e di evoluzione della famiglia tradizionale italiana, con le famiglie ricomposte, i nuclei monoparentali, le crisi delle famiglie adottive e il fenomeno migratorio che comporta lo sradicamento delle radici familiari, fa sì che sempre più i residenti delle comunità non abbiano riferimenti stabili a livello familiare o ne siano del tutto carenti; questi fenomeni rendono molto difficile progettare il dopo Comunità e stimolano a immaginare e ricercare un inserimento nella rete locale prossima alla CT sia dal punto di vista di un'occupazione lavorativa che per le possibilità abitative. Una menzione particolare meritano i fallimenti adottivi i cui figli spesso arrivano all'attenzione dei Servizi e delle Comunità presentando duplici abbandoni (famiglia biologica e famiglia adottiva) che esitano in gravi disturbi della personalità.

Quando invece questi legami sono ancora vivi, molto spesso avviene che il periodo di percorso comunitario rappresenti per i familiari una grande opportunità per poter finalmente comprendere le origini e la consistenza della sofferenza del congiunto e per poter apprendere nuove modalità di interazione e di comportamento; per alcuni addirittura può costituire una illuminazione sulla propria storia personale, sulla relazione di coppia e le traumaticità transgenerazionali che affliggono gran parte delle famiglie dei residenti (Nicolò, 1995, Nicolò Taccani 1999; Nicolò Trapanese 2005).

Le CT possono curare in vari modi questa problematica, attraverso:

- gruppi multifamiliari
- incontri periodici con la coppia genitoriale,
- gruppi multicopie di genitori (Robert 2015).

Tali attività possono facilitare anche una collaborazione costruttiva e, laddove è possibile, aiutare il sorgere di associazioni di familiari legati alla comunità ospitante, così da mettere a disposizione risorse abitative o lavorative e accogliendo con una forma di auto-aiuto le nuove famiglie che iniziano il percorso.

F) ATTIVITA' RIABILITATIVE

Le attività riabilitative comprendono:

- i laboratori di arte terapia che svolgono una funzione integrata con le altre attività psicoterapiche,
- le attività a carattere espressivo,
- i laboratori di piccola professionalizzazione
- le attività di autogestione.

L'intervento di arte terapia si pone come obiettivo il rinforzo delle funzioni egoiche con lo sviluppo delle funzioni di realtà e della stima di sé, ma anche quello di attivatore corporeo e espressivo-creativo e, parallelamente, della crescita delle capacità relazionali, interpersonali e di socializzazione, specie se queste attività sono svolte in gruppo. Le immagini, il movimento corporeo, la musica e il canto, la scrittura, la pittura, il teatro, in quanto utilizzano simbologie e rappresentazioni non prevalentemente o esclusivamente verbali, rappresentano un canale privilegiato di accesso ai contenuti e ai vissuti più profondi. L'attenzione specifica e l'elaborazione di tali contenuti agevola il processo terapeutico, facilita l'integrazione della personalità e mobilita le risorse più creative e produttive dell'individuo.

L'arte terapia fornisce ai partecipanti ai laboratori uno spazio dove il risultato viene creato insieme e "lo strumento" a volte utilizzato, anche se concreto, assume un significato simbolico, come prolungamento del soggetto stesso, diventa un "oggetto-intermediario" attraverso il quale il processo di interazione è facilitato prima ad un livello simbolico quindi ad uno più corporeo (si pensi al suono che poi può diventare movimento, disegno dei propri/altrui confini, esplorazione creativa nelle sue potenzialità relazionali) e poi espressione verbale.⁸

Le attività terapeutico - riabilitative che si svolgono in Comunità comprendono anche i laboratori di piccola professionalizzazione, le attività socioterapetiche, i programmi di inserimento sociale e lavorativo. Lo scopo di queste attività non è soltanto tanto quello di produrre o di ottenere un risultato utilizzabile nella vita quotidiana, ma di permettere l'espressione di vissuti interni con modalità che non siano unicamente verbali.

Fanno parte delle attività riabilitative anche le attività di autogestione. L'obiettivo del lavoro della Comunità Terapeutica non è unicamente quello di inserire gli affidati in cura in una "rete di relazioni", ma anche quello di stimolare, attraverso la loro collaborazione all'organizzazione della quotidianità, livelli di autonomia e responsabilizzazione.

In tutti i laboratori è possibile anche osservare dinamiche gruppali su cui poter lavorare negli appositi spazi terapeutici.

I laboratori, siano essi di conduzione delle attività quotidiane oppure di espressione e creatività, si svolgono sotto la guida di operatori esperti o maestri d'arte in grado di gestire, per formazione e tirocinio, le emozioni e i movimenti dinamici collegati all'impegno nelle attività.

G) INTERVENTI A LIVELLO DELLA RETE SOCIALE ESTERNA

Il trattamento comunitario persegue, come scopo generale, l'acquisizione di capacità individuali come l'autonomia psichica e di autogestione, tale da consentire ai residenti il reinserimento nel tessuto sociale non protetto. Nei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati della Comunità Terapeutica deve essere prevista anche la possibilità di attivare almeno un dispositivo di inclusione sociale e/o lavorativa. La Comunità deve tendere quindi ad utilizzare tutte le possibilità offerte dal territorio, compresi: centri di orientamento al lavoro, centri per corsi di formazione, centri culturali e ricreativi, commerciali, attività di volontariato, impianti sportivi, ecc. Qualora lo scopo del trattamento comunitario preveda il reinserimento nel territorio di origine e l'acquisizione della capacità di fruire delle risorse esistenti (ambulatori, centri diurni, case-famiglia, inserimenti in

⁸ La segnalazione dei partecipanti ai laboratori di arte terapia viene fatta in base a parametri che tengono conto, oltre che di fattori psicopatologici, anche di problematiche relazionali e delle potenziali risorse individuali, in modo da costituire gruppi il più possibile omogenei.

cooperative integrate ecc.), per questa finalità si stilano progetti individualizzati assieme ai Servizi di salute mentale invianti, in grado di attivare le risorse sul territorio e le Agenzie sociali a ciò delegate.

Per i corsi di formazione si individuano quelli che il residente vuole ed è in grado di sostenere e lo si supporta affinché metta in atto le pratiche burocratiche relative all'attuazione del progetto formativo, anche attraverso un'azione di coordinamento con i docenti; per quanto riguarda il reinserimento lavorativo, si individuano società disponibili, anche attraverso il ricorso ai Centri per l'orientamento lavorativo e per avviare tirocini di lavoro attraverso i Centri per l'Impiego di zona.

Le attività di socializzazione sono momenti di osmosi con l'esterno e di verifica con la realtà sulle proprie capacità e sul proprio processo di crescita. Proprio per questo motivo, durante il programma terapeutico in Comunità, si fa riferimento al medico di base territoriale, agli ambulatori territoriali per le visite specialistiche.

H) FUNZIONI DELLA LEADERSHIP DELLA COMUNITA' E DELLE FIGURE PROFESSIONALI DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Premesso che la Comunità Terapeutica è una organizzazione molto complessa dove diventa essenziale il continuo ricorso all'utilizzo del lavoro di gruppo, si richiede che al suo interno siano definite le varie funzioni e responsabilità. Si tratta di differenziare ed integrare nel gruppo allargato, costituito dall'intera istituzione comunitaria, i sottogruppi rappresentati dallo staff dei curanti, dai pazienti, dal sottogruppo che ha funzioni organizzative e di governo generale della struttura.

In genere l'organizzazione delle Comunità Terapeutiche prevede sempre una sorta di comitato direttivo e/o amministrativo rappresentato dai suoi organi statutari; una leadership con funzioni di garanzia dell'indirizzo clinico, amministrativo, scientifico e culturale dell'intera istituzione, conformemente alla sua storia e alla sua identità.

Ciascun gruppo deve saper mantenere un funzionamento prevalente secondo la modalità che Bion definisce "*gruppo di lavoro*" che si caratterizza per la capacità di "cooperazione" da parte di tutti gli individui che lo compongono per poter raggiungere gli obiettivi che il gruppo si è posto.

Il clima emotivo favorevole ai processi di sviluppo dell'intero gruppo comunitario - quello cioè formato dall'insieme integrato di tutti i sottogruppi e dagli individui che li compongono, leaders e followers - è sempre una funzione del gruppo di lavoro; pertanto i migliori leaders sono quelli che sapranno influenzare il funzionamento dei gruppi che conducono, al fine di mantenerli ad un livello di *funzionamento orientato al "compito terapeutico"*.

È compito della leadership della Comunità Terapeutica scegliere i collaboratori cui affidare la conduzione dei gruppi e delle attività che comportano l'assunzione di maggiori responsabilità. Inoltre, dovrà scegliere e formare anche le altre figure professionali dell'équipe multidisciplinare della Comunità al fine di renderle consapevoli delle loro principali caratteristiche e compiti. Le figure professionali necessarie per il buon funzionamento del dispositivo di cura comunitario sono: medici psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, infermieri, educatori, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, esperti di attività espressive e riabilitative, tecnici amministrativi, personale socio sanitario per la manutenzione quotidiana (pulizia, cucina, ecc.). Alcune normative regionali che sostituiscono le figure psicologiche con quelle di OSS non rispettano questi criteri e contribuiscono a invalidare la finalità terapeutica della comunità.

I) FORMAZIONE PERMANENTE DEGLI OPERATORI: SUPERVISIONE, CONFERENZE CLINICHE E SUPPORTO AL RUOLO PROFESSIONALE CON ESPERTI ESTERNI

Una dimensione che caratterizza il modello delle Comunità Terapeutiche riguarda la cura della formazione permanente degli operatori, necessaria sia per la specificità del dispositivo terapeutico che è effettuato dall'insieme coordinato degli interventi realizzati dal Gruppo Curante piuttosto che

da una singola individualità, sia per l'impegno richiesto dalla quotidianità del contatto emotivo con i residenti che comporta spesso una collusione con aspetti della patologia grave, che costituiscono un fattore di rischio di burnout per il coinvolgimento tecnico e personale.

Le attività formative sono sia continuative e inserite nel dispositivo predisposto (supervisioni regolari, riunione di équipe e microéquipe settimanali), sia specifiche intorno a particolari problematiche e con esperti invitati ad hoc in incontri programmati, a seconda delle esigenze della singola Comunità, sia con momenti di autoformazione, sia incluse nella stessa procedura di valutazione tra pari del Visiting come momento di auto-etero osservazione e riflessione sul funzionamento complessivo (vedi punto J)

La supervisione costituisce uno strumento di formazione permanente indispensabile per operatori continuamente sollecitati da dinamiche relazionali particolarmente potenti nella forma di:

1. supervisioni delle singole équipe per l'analisi delle situazioni proiettive in atto, delle problematiche dei pazienti e delle implicazioni emotive degli operatori e dei transfert multipli tra di loro e verso l'istituzione;
2. la supervisione sulle dinamiche del gruppo allargato degli operatori;
3. la supervisione sui casi clinici.

Le supervisioni vengono svolte da psicoterapeuti, esperti in psicopatologie gravi, nel lavoro di gruppo e nel lavoro nelle istituzioni, rigorosamente esterni al contesto quotidiano della Comunità per ridurre al minimo accecamenti emotivi.

La supervisione, assieme ai seminari di formazione previsti dal Programma Scientifico delle Comunità Terapeutiche, ha il compito anche di formare l'operatore all'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, alla relazione con i colleghi e con i Sanitari dei Servizi, al rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni, alla relazione con gli affidati in cura tenendo conto delle loro condizioni psicopatologiche. Essendo il modo di lavorare e di comunicare nelle Comunità Terapeutiche costantemente oggetto di osservazione, analisi e riflessione, gli operatori si avvalgono di questi strumenti a sostegno del loro lavoro per affinare la capacità riflessiva e accrescere la qualità della comunicazione allenandosi a leggere le dinamiche esplicite o implicite, reali o immaginarie che si sviluppano nel campo comunitario.

Oltre ai momenti di supervisione, gli operatori della Comunità Terapeutica usufruiscono di altri dispositivi formativi, quali Seminari con funzione di ricerca e approfondimento teorico della esperienza, Seminari di aggiornamento, con la partecipazione di esperti esterni sulle varie discipline e specializzazioni, seminari di autoformazione e di formazione su argomenti clinici o organizzativi.

Le Comunità Terapeutiche sono anche luoghi di formazione per tirocinanti provenienti dalle Università, dalle Scuole di Specializzazione in psicoterapia, dai Master.

J) VALUTAZIONE E RICERCA PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ'

La valutazione degli interventi residenziali è una necessità ormai sottolineata da diversi autori e dalle indicazioni regionali in vista della promozione di pratiche di cura efficaci, per conoscere i risultati e conferire *valore* a quello che si fa, per *confrontarsi* con altre esperienze simili uscendo dall'isolamento autoreferenziale e soprattutto per *migliorare la qualità* della cura e per apprendere e applicare *strumenti e tecniche innovative* (Donabedian, 1990; Migone, 1996; Roth&Fonagy, 1997; Seligman, 1995; Lees, Manning, Menzies, Morant, 2004; Di Nuovo, Lo Verso, 2005).

La complessità del dispositivo comunitario non rende semplice la valutazione complessiva, e questo spiega la scarsità di letteratura scientifica in questo campo⁹; oltre all'utilizzo periodico di strumenti

⁹ Le indicazioni della ricerca in questo campo vanno in queste direzioni: 1) confrontare un gran numero di CT così da evidenziare relazioni tra variabili (durata permanenza, patologia utenza ecc.) 2) studiare singoli aspetti che contribuiscono a creare un ambiente terapeutico (lavoro in gruppo, leadership, processi di responsabilizzazione ecc, contatto con i familiari, con l'esterno ecc. e influenza sulla terapia dei pazienti) livello di competizione o cooperazione fra gli operatori ecc. 3) mettere a fuoco le caratteristiche dei pazienti che più rispondono alla terapia di CT e definire che cosa sia miglioramento 4) studi sulle motivazioni del drop-out (Manning e Rawilings 1997-

validati e di follow up relativamente agli esiti dei trattamenti individuali, una proposta di valutazione specifica che coinvolge tutte le componenti della CT, proviene dal network di *Community of Communities*, che dal 2000 ha introdotto un progetto strutturato di “visite” per monitorare la qualità delle residenze (per adulti, minori e nelle carceri) e per ottenere l’accreditamento e il finanziamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale (ATC 2001).

Dal 2010 questo metodo di accreditamento tra pari è stato adattato da Mito & Realtà anche al contesto italiano, promuovendo la diffusione del *Visiting* tra terne di CT in un’ottica di forte collegamento tra formazione, valutazione e ricerca. Lo scopo è quello di favorire la conoscenza tra comunità attraverso un processo di valutazione dei fattori terapeutici e strutturali, composto da una fase di auto valutazione e una fase di etero valutazione tra pari, a partire da un manuale comune. Questa valutazione, finalizzata all’acquisizione di consapevolezza delle CT sui propri punti di forza e di debolezza, stimola un’azione immediata sulle criticità, attraverso la definizione di obiettivi di miglioramento annuali e la collaborazione con le altre CT coinvolte attraverso una trasmissione di “buone pratiche”.

Una ricerca finalizzata con l’approvazione del Ministero della Salute ¹⁰ si svolgerà nei prossimi anni a livello nazionale con il coordinamento di Giovanni de Girolamo sul tema: *“L’uso del tempo quotidiano, attività fisica, qualità delle cure e relazioni interpersonali in persone con disturbi dello spettro schizofrenico: uno studio multicentrico”* sarà un utile strumento di aggregazione di numerose comunità pubbliche e private e DSM e potrà offrire una panoramica significativa non solo dello stato attuale di “salute” dei pazienti, ma anche del funzionamento complessivo delle residenze italiane.

K) RAPPORTI DELLE COMUNITA’ TERAPEUTICHE CON I SERVIZI INVIANI E LE ISTITUZIONI GIUDIZIARIE

La selezione dei pazienti che iniziano il programma terapeutico della Comunità, è legata alla necessità dei Servizi di Salute Mentale di riferimento a condividere un progetto di cura.

La valutazione iniziale delle condizioni, dei bisogni di ciascun paziente, delle abilità e delle disabilità specifiche, degli aspetti legati alla vita di relazione per la determinazione della gravità e della complessità del quadro clinico e per la valutazione della compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, viene effettuata in primis dalle unità di valutazione dei Servizi invianti.

Il Servizio inviante propone quindi un Progetto Riabilitativo di trattamento con un dispositivo di cura comunitario. In base a questo la Comunità propone a sua volta al paziente e al Servizio un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato. Per l’elaborazione del PTRP e la sua durata, le Comunità Terapeutiche fanno generalmente riferimento a quanto previsto dal documento sulle Strutture residenziali psichiatriche della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 13 giugno 2013. Le Comunità quindi individuano al loro interno un *case manager* e nella famiglia del paziente il *caregiver* di riferimento che si interfacciano anche con il Servizio inviante.

Gli psichiatri che operano nelle Comunità collaborano con i sanitari dei Servizi di Salute Mentale invianti (specialmente nelle fasi di ingresso e di uscita o nella gestione di cambiamenti sostanziali della terapia) in quanto principali referenti dei loro pazienti ancorché inseriti nelle strutture comunitarie. A loro spetta il controllo periodico della terapia farmacologica che viene prescritta e monitorata, mirando ad una sempre maggiore consapevolezza e collaborazione del residente, con il

1999)

¹⁰ Lo studio è interamente finanziato, per una durata triennale, dal Bando della Ricerca Finalizzata 2018 (fondi 2016-2017) del Ministero della Salute (codice RF-2018-12365514).

criterio “dei dosaggi minimi efficaci” e al controllo periodico degli effetti collaterali derivanti dall’uso di psicofarmaci effettuato attraverso le analisi periodiche per tutti i residenti.

Le informazioni relative all’attuazione poi del piano assistenziale e terapeutico riabilitativo sono trasmesse nel corso delle riunioni periodiche (previste generalmente ogni 2–6 mesi) effettuate tra gli operatori referenti delle Comunità e quelli dei Servizi invianti al fine di osservare l’andamento del programma terapeutico concordato. L’incaricato dell’équipe della Comunità, generalmente ogni 6 mesi redige una relazione circa il percorso comunitario del residente, che viene inviata ai Servizi invianti insieme al PTRP, alla relazione psichiatrica, ai punteggi raccolti dal Responsabile delle Valutazioni attraverso la somministrazione delle scale di valutazione. L’analisi dei punteggi di tali scale di valutazione contribuisce alla stesura della formulazione del nuovo PTRP.

Il processo di dimissioni è messo a punto tramite riunioni programmate con: l’assistito, i suoi familiari, i referenti del Servizio inviante e l’equipe della Comunità. Tale processo porta alla stesura di un progetto di uscita che di norma prevede i tempi di realizzazione, le indicazioni terapeutiche psicofarmacologiche e psicoterapeutiche e le modalità di accompagnamento per rendere fattibile tale progetto. Le varie soluzioni comprendono la preparazione ad una autonomia esistenziale e abitativa; il rientro in famiglia, con il sostegno del Servizio di Salute mentale; il passaggio ad un’altra struttura terapeutico-riabilitativa a minore o maggiore intensità assistenziale o soluzioni miste da concordare in ogni caso specifico.

Inoltre la sentenza della Corte Costituzionale del luglio 2003, dichiarando la illegittimità dell’ art. 222 del codice penale (Ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario) e consentendo pertanto al Giudice si adottare in alternativa al ricovero in OPG un diverso provvedimento, ha fatto sì che attualmente nelle sedi della psichiatria residenziale siano ospitati un 25% dei pazienti che abbiano anche in corso provvedimenti giudiziari (ex OPG, arresti, affidi, messa alla prova ECC.). Infatti alcuni residenti con disturbi di personalità, che frequentemente hanno un quadro complicato dall’ uso di sostanze (comorbidità), hanno in corso provvedimenti giudiziari a seguito di comportamenti sociali pericolosi per la collettività, ma dei quali non possono considerarsi pienamente responsabili. E’ imprescindibile quindi il collegamento anche con l’istituzione giudiziaria e la possibilità di un dialogo e un progetto condiviso finalizzato a monitorare anche questi aspetti.

Bibliografia

ATC - Association for Therapeutic Communities (2001); *The Kennard - Lees Audit Checklist (Revised Edition: June 2001)*. www.therapeuticcommunities.org/klac.htm

BADARACCO, J. E. G. (1997). *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare* (Vol. 5). Franco Angeli.

BADARACCO, J. E. G. (2000). *Psicoanalisi multifamiliare*. Bollati Boringhieri.

BADARACCO, J. E. G., & NARRACCI, A. (2011). *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*. Antigone edizioni.

BARNÀ, C.A., ANTONINI, I., BONOMO, D., BRIGNONE, A., CASARANO, L., DECRESCENTE, M., TASSONI, G. (2002). *La supervisione delle comunità terapeutiche: processualità, limiti e potenzialità*, www.psychomedia.it, 7 giugno.

BASAGLIA, F. (1968). *L’istituzione negata*. Einaudi.

BASAGLIA, F., ONGARO, F. (1971). *La maggioranza deviante*. Einaudi.

BEEBE, B., & LACHMANN, F.M. (2003). *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Raffaello Cortina Editore.

BORGHETTI, S. (2012) in *Indagine sulle attività riabilitative in Lombardia. Un progetto della Società Italiana di Riabilitazione Psicossociale, sezione regionale (SIRP-LO) di Caterina Vigano**, Stefania Borghetti**, Raffaele Casamenti***, Serena Borsani*, Alessia Goffredi*, Alberto Parabiaghi****, Paolo

- Risso****, Luisa Tomasoni*****, Roberto Truzoli*, Antonio Amatulli***** Consiglio Direttivo SIRP- Lombardia, Errepiesse – Anno VI– n° 2 Agosto 2012
- BION, W.R. (1997). *Esperienze nei gruppi*. Armando Editore.
- BION, W.R. (2001). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Armando Editore.
- BION, W.R. (2009). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando Editore.
- BION, W.R. (2009). *Apprendere dall'esperienza*. Armando Editore.
- BION, W.R. (2010). *Attenzione e interpretazione*. Armando Editore.
- BUONO, G., GAGLIARDI, G. (2007). *L'agire terapeutico in comunità*. Edizioni Univ. Romane.
- CALTAGIRONE, C. (1998). Il mondo della formazione. In *Rivista Reverie* dic. 1998.
- CALTAGIRONE, C., QUINTILIANI, R. (2000). Cosa intendiamo oggi per comunità terapeutiche. In *Rivista Reverie* dic. 2000.
- CADEDU, G., CALTAGIRONE, C., D'ELIA, L., DI LEO, G., QUINTILIANI, R. (1996). L'affido terapeutico: il modello psicodinamico e la prassi operativa integrata della Reverie. In Atti convegno FENASCOP, Roma, suppl. n. 1/96 *Rivista Reverie*.
- CANCRINI, L. (1999). *La luna nel pozzo. Famiglie, comunità terapeutiche, controtransfert e decorso della schizofrenia*. Raffaello Cortina Editore.
- CLARKE, S., WINSHIP, G., CLARKE, J., MANNING, N. (2017). "Therapeutic communities" in CHAMBERS, M., ed, *Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring* p. 631-640, ch 57, Routledge.
- CORREALE, A. (1995). La funzione del gruppo dei curanti nel trattamento degli stati psicotici in frammenti. *Rivista di Psichiatria*, IV, n.2.
- CORREALE, A. (1998). I fattori terapeutici nelle comunità terapeutiche. In *Le comunità terapeutiche. Tra mito e realtà*. (a cura di) PEDRIALI, A. e VIGORELLI, M., Raffaello Cortina Editore.
- CORREALE, A., RINALDI, L., a cura di (1997). *Quale psicoanalisi per le psicosi?* Raffaello Cortina Editore.
- CORULLI, M. (1997). La riunione di comunità. In *Terapeutico e antiterapeutico: cosa accade nelle comunità terapeutiche?* (a cura di) CORULLI, M., Bollati Boringhieri.
- CORULLI, M., OLIVERO, M. (2011). I gruppi in comunità terapeutica. In *Psicoterapia di Comunità*. Rivista ufficiale online della comunità terapeutica IL PORTO Onlus, 11, 47, pp.1-35. Disponibile su <http://www.terapiadicomunita.org>.
- DE CRESCENTE, M. (2011) La politica delle comunità terapeutiche, Alpes, Roma.
- DE CRESCENTE, M. (2017) (a cura di) La paura, la noia, la rabbia, Alpes, Roma.
- DE CRESCENTE, M. (2018) 8° CURA DI Le dimensioni della perversione, della manipolazione e del controllo nel lavoro delle comunità terapeutiche, Alpes, Roma.
- DE LEON, G. (Ed.). (1997). *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings*. Greenwood Publishing Group.
- DI NUOVO, S.; LO VERSO, G. (2005) (a cura di) *Come funzionano le psicoterapie*. FrancoAngeli.
- DONABEDIAN, A. (1990). *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione*. La Nuova Italia Scientifica.
- FERRUTA, A., FORESTI, G., PEDRIALI, E., VIGORELLI, M., a cura di (1998). *La comunità terapeutica tra mito e realtà*. Raffaello Cortina Editore.
- FERRUTA, G., FORESTI, M., VIGORELLI, M. (2012) *Le comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti e minori*. Raffaello Cortina Editore.
- GRESPI, L. (1998) in ADAMO, S., POLACCO WILLIAMS, G., a cura di (1998). *Il lavoro con adolescenti difficili*, Idelson-Gnocchi Editori.
- GRIFFITHS, P. & HINSHELWOOD, R. (1995, July). A culture of enquiry: Life within a hall of mirrors. In *conference of the International Society for the Psycho-Analytic Study of Organisations, July ISPSO: London*.
- HAHN, A. (2017). La funzione dello stato mentale dell'analista nello sviluppo del processo psicoanalitico (The analyst's state of mind and growth in the psychoanalytical process). *Richard e Piggie*, 25(2), 137-144.

- HAIGH, R. (2002). Therapeutic community research: past, present and future. *Psychiatric Bulletin*, 26(2), 65-68.
- HOUZEL, D. (2017). Lo spazio di intimità. In *Rich&Piggle* 2017;25(2):124-136. Il Pensiero Scientifico Editore.
- HINSHELWOOD, R.D. (1989). *Cosa accade nei gruppi*. Raffaello Cortina Editore.
- HINSHELWOOD, R.D. (2002). Lagnanze riguardanti la riunione di comunità. In *Terapia di comunità*, Rivista bimestrale di psicologia, anno 2, n°9, febr. 2002, p.1-6.
- KLEIN, M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. In *Scritti: 1921-1958*, 409-434.
- LEES, J., MANNING, N., MENZIES, D., MORANT, N. (2007). *Una cultura dell'inchiesta. Prove della ricerca e comunità terapeutica*. Giovanni Fioriti Editore.
- MAIELLO, S. (2018). Point–line–surface–space: on Donald Meltzer's concept of one-and two dimensional mental functioning in autistic states. In: *Doing Things Differently* (pp. 35-55). Routledge.
- MAIN, T. (1975). "Some psychodynamics of large groups." In Kreeger, Lionel (ed) *The Large Group*. London: Constable. Tr. It Il gruppo allargato. 1978. Armando Armando editore. Reprinted in T.H. Main (1989) *The Ailment*. London: Free Association Books. Tr. It. La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici. 1992 Il Pensiero Scientifico Editore. Roma.
- MAIN, T., & DELL'OREFICE, F. F. (1992). *La comunità terapeutica e altri saggi psicanalitici*. Il pensiero scientifico.
- MARÀ, M. (1985). *Comunità per psicotici* (Vol. 101). La Nuova Italia Scientifica.
- MARÀ, M. (2003). *Terapia di comunità per psicotici. Contro la cronicizzazione* (Vol. 60). FrancoAngeli.
- MARÀ, M. (2017). *La meta è l'origine*. Alpes.
- MARTINI, S. (2017). Quando l'analisi prende corpo. Il controtransfert somatico e il processo terapeutico. In *Richard e Piggle*, vol 25, 1/2017. Il Pensiero Scientifico Editore.
- MASONI, P., BALDUCCI C., CORATTI C., HANSEN P., MELGIOVANNI, S. (2000). *Le comunità terapeutiche*. Edizioni Kappa.
- MELTZER, D., & WILLIAMS, M. H. (1989). *Amore e timore della bellezza: il ruolo del conflitto estetico nello sviluppo, nell'arte e nella violenza*. Borla.
- MELTZER, D. (1994). Sincerity: a study in atmosphere of human relations: 1971. In *Sincerity and other works: Collected papers of Donald Meltzer* (pp. 185-284).
- MELTZER, D. (1976). Temperatura e distanza come dimensioni tecniche dell'interpretazione. In BARUZZI, A. (a cura di), *La comprensione della bellezza*. Loescher, 1981.
- MIGONE, P. (1996). La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di ricerca, stato attuale sugli studi di risultato e di processo. In *Rivista Sperimentale di freniatria*, CXX, n. 2.
- MOOS, R. H. (1980/2012). Evaluating the environments of residential care settings. *The International Journal of Therapeutic Communities*. VOL. 33 NO. 2/3 2012, pp. 76-85.
- NARRACCI, A. (2015). *Psicoanalisi multifamiliare come esperanto*, Antigone.
- NARRACCI, A., RUSSO, F. (2017). Tra il dire e il fare. In *Il Vaso di Pandora* Vol.25, Erga Edizioni.
- NAPOLITANI, D. (1987). *Individualità e Gruppalità*. Bollati Boringhieri.
- NICOLO', A.M. (1995). Famiglie e psicosi: modelli di intervento. *Interazioni, Clinica e ricerca psicoanalitica su individuo-coppia-famiglia* 2, Franco Angeli.
- NICOLO', A.M., TACCANI, S. (1999). La terapia familiare di coppia: traversare le origini. *Interazioni, Clinica e ricerca psicoanalitica su individuo-coppia-famiglia* 2, Franco Angeli, p. 2-12.
- NICOLO', A.M. (2005). La famiglia e la psicosi. Un punto di vista psicoanalitico. In NICOLO', A.M., TRAPANESE, G. (a cura di). *Quale psicoanalisi per la famiglia (2005)*. Franco Angeli.
- NICOLÒ, A. M. (Ed.). (2009). *Adolescenza e violenza*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- PRIBE, S., GRUYTERS, T. (1993). The role of the helping alliance in psychiatry community care: a prospective study. In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(9), 552-557.

- PRIEBE, S., & REININGHAUS, U. (2011). Fired up, not burnt out—focusing on the rewards of working in psychiatry. *Epidemiology and Psychiatric sciences*, 20(4), 303-305.
- QUINTILIANI, R. (2013). Il processo di cambiamento nella Comunità Terapeutica Reverie. In *Gruppa-Duale* (a cura di) CORRENTE, G., Edizioni Magi.
- QUINTILIANI, R. (2009). La psicoterapia in una comunità ad orientamento psicoanalitico per tardo Adolescenti. In *Rich&Piggle* 2009;17(3). Il Pensiero Scientifico Editore.
- QUINTILIANI, R. (2013). Il paziente psicotico vuole davvero curarsi? Motivazione e cambiamento come processi nella terapia di comunità terapeutica. In *Psicobiattivo*, 2013 anno XXXIII, N.2, FrancoAngeli.
- QUINTILIANI, R. (2018). La comunità terapeutica: il setting, l'operatore, la cura. In AA.VV. *Le dimensioni della perversione, della manipolazione e del controllo nel lavoro nelle comunità terapeutiche*. Alpes Italia.
- RACAMIER, P.C. (1982). *Lo psicoanalista senza divano*. Raffaello Cortina Editore.
- RAPAPORT, R.N. (1960). *Community as Doctor. New Perspectives on a Therapeutic Community*. Tavistock Publications.
- RIVISTA REVERIE (1990-2018). Tutti i numeri. Reverie Edizioni.
- ROBERT, M. (2015). *Il setting multicoppie genitoriali in comunità terapeutica*, intervento al convegno Relazione al convegno a Roma: Cura e trattamento del disturbo di personalità: La comunità terapeutica tra Reverie, progettualità e lavoro in equipe. Roma, 13-14 novembre 2015.
- ROBERT, M. (2015). *L'affido terapeutico all'operatore e lavoro di gruppo. Gruppalità: tra fantasmi famigliari e oggetto nuovo*. Relazione al Convegno di Varazze Comunità a confronto: l'importanza del lavoro con e nei gruppi.
- ROTH, A., & FONAGY, P. (1997). *Psicoterapia e prove di efficacia*. Il Pensiero Scientifico.
- SELIGMAN, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American psychologist*, 50(12), 965.
- STARACE F e Mazzi F. Refocus. Promuovere la recovery nei servizi di salute mentale di comunità. AUSL Modena, 2013.
- STARACE F. Responsabilità professionale e Linee Guida. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, Vol. 15 - 10 Novembre 2017 (<http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/volume-15/responsabilita-professionale-linee-guida>)
- STARACE F. Analisi dei Sistemi Regionali per la Salute Mentale. Criticità e Priorità per la Programmazione. QEP 3/2018, ISBN 9788829511471. 2.
- STARACE F. 40 anni di Legge 180: dai principi alle pratiche. Rivista Sperimentale di Freniatria, 2, 121-134, 2018. 3.
- VIGORELLI, M., BIAGGINI, M., PISMATARO, C. P., MINGARELLI, L., (2012). Complessità del processo di valutazione in comunità terapeutica. In *Le comunità terapeutiche*, (a cura di) FERRUTA, A., FORESTI, G., VIGORELLI, M., Raffaello Cortina Editore.
- VIGORELLI, M., GRAVINA, L. (2015). L'assemblea di comunità. Breve rassegna internazionale e prospettive esperienziali. In *Terapia di Comunità*, Anno 15, n° 61, dicembre 2015, p. 1-15.
- VIGORELLI, M., MARTINI, S., SURACE, S., (2015). Ruolo dell'accreditamento tra pari nelle comunità residenziali: l'esperienza del Visiting in Italia. In *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, Rivista online di Psichiatria*, vol. 12, 29 dicembre 2015.
- VIGORELLI, M. (2017). Le Strutture portanti della comunità terapeutica: la dialettica tra individuo e gruppo, tra organizzazione clinica e vita quotidiana. In *Funzione Gamma*, 2, P. 24-32.
- VIGORELLI, M. (2017-2018). The Movement of Therapeutic Communities in Italy: Myth & Reality. In EIZIRIK, C. L., & FORESTI G. (Editors) *Psychoanalysis and Psychiatry. Partners and Competitors on the Mental Health Field*, Routledge.

Allegato 1

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza,

pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana in data 18 marzo

Art. 33.

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali

0 Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeuti-co-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche nei seguenti ambiti di attività:

- accoglienza;
- attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale, in collaborazione con il Centro di salute mentale di riferimento;
- visite psichiatriche;
- prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche;
- colloqui psicologico-clinici;
- psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- interventi terapeutico-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- interventi sulla rete sociale formale e informale;
- collaborazione con i medici di medicina generale.

2. In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario e socio-sanitario sulle 24 ore;
- b) trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. I trattamenti, della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;
- c) trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale.

In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in più moduli, differenziati in base alla presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata.

3. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da équipe multiprofessionali in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana.

4. I trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi di cui al comma 2, lettere a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti residenziali socio-riabilitativi di cui al comma 2, lettera c) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti semiresidenziali terapeutico-riabilitativi di cui al comma 3 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

5. Ai soggetti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono garantiti trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo ed estensivo nelle strutture residenziali di cui alla legge n. 9 del 2012 ed al decreto ministeriale 1 ottobre 2012 (residenze per l'esecuzione delle misure di

sicurezza). I trattamenti sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.