

# Quaderni di Parma

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche

Ausl di Parma

## Quaderno n.10 -2024

La casa della persona come primo luogo di cura. Servizi di  
Comunità e Prossimità

*Quaderno dedicato a Vincenzo Tradardi medico, professore universitario di fisiologia umana, colto, riservato e silenzioso, costruttore della sanità pubblica e universale come progetto politico fondato sui diritti, la responsabilità e l'emancipazione dei più deboli sempre sostenuto dall'impegno nello studio e nella ricerca.*

## Presentazione

Il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Parma ha sempre coltivato le collaborazioni con tutte le associazioni, scuole, università e movimenti che operano a diverso titolo nell'ambito della salute mentale. Questo incontro con sguardi e posizioni diverse è molto importante per il miglioramento della qualità che si avvale degli strumenti del governo clinico, la valutazione dei processi e degli esiti, della soddisfazione degli utenti e delle famiglie, la costante attenzione alla formazione e supervisione di tutti i professionisti. Sono essenziali anche la didattica, la ricerca e la comunicazione dei risultati raggiunti nelle sedi scientifiche e all'opinione pubblica. Una visione critica accompagna l'operatività quotidiana e crea una propensione al cambiamento delle pratiche ed a sperimentare soluzioni innovative.

Questo approccio si avvale dell'apporto di tanti singoli contributi e, al fine di evitarne la dispersione, si è ritenuto di raccogliergli in un nuovo formato al quale abbiamo dato il nome di "Quaderni di Parma": "Quaderni" per richiamare l'agilità e l'informalità del materiale frutto del lavoro; "di Parma" per sottolineare come i singoli temi siano parte della cultura e dell'elaborazione di un territorio ricco grazie ad una consolidata tradizione etica e tecnica, espressione di un ampio movimento per la salute mentale, il rispetto e l'accoglienza delle diversità rappresentato dai valori di Mario Tommasini e Franco Basaglia. In questo quadro s'iscrive il Quaderno n. 10, dedicato al tema della casa della persona come primo luogo di cura. Portare a casa le persone ricoverate in manicomio era il primo grande imperativo umano, morale e politico di Mario Tommasini, molto prima dell'approvazione della legge 180 del 1978, del superamento degli Ospedali Psichiatrici e, più recentemente, anche di quelli Giudiziari.

Qualcosa che precede come rilevanza l'approccio medico scientifico nel rapporto con la persona: è la comunità che "si prende cura". Quella stessa comunità che aveva saputo liberarsi della dittatura e poteva promuovere la libertà di tutti, dando realizzazione ai diritti previsti dalla Costituzione. Una linea politica che porterà anche alla Riforma sanitaria del 1978, per la quale molto si è impegnato il prof. Vincenzo Tradardi. Dall'occupazione dell'Ospedale Psichiatrico di Colorno ai nuovi servizi nati dalla 180, Vincenzo Tradardi è sempre stato un riferimento, lucido e pacato quanto radicale, nel vedere rispettati i diritti delle persone, a partire dal diritto alla casa.

La creazione di un sistema di salute mentale di/nella comunità non è qualcosa di semplice e spontaneo ma richiede diversi interventi e strumenti. Sono così stati sperimentati i progetti personalizzati, il Budget di Salute, l'automutuoaiuto, il fare assieme, le attività con le famiglie, varie azioni volte all'inclusione sociale, lavorativa, abitativa. Questa si fonda anche su una visione politica e programmatica regionale che in questo periodo sta elaborando il nuovo Piano Sociale e Sanitario. I contributi del presente Quaderno nel promuovere la casa della persona come primo luogo di cura cercano di dare attuazione a quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal DM 77/2022 e intendono delineare i Servizi di Comunità e Prossimità mediante la riconversione dei servizi del welfare, in particolare delle Residenze psichiatriche, delle Case Residenza Anziani e delle strutture per la disabilità.

Pietro Pellegrini

Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Parma.

## Indice

Salute mentale e benessere di Comunità in Emilia Romagna: 2022-2030	pag. 4
La casa della persona come primo luogo di cura	pag. 21
Servizi di Comunità e Prossimità: fondamenti	pag. 33
Servizi di/nella Comunità: ipotesi	pag. 39
La Salute Mentale nella Rete dei Servizi Sanitari di Comunità	pag. 44
Progetto Recovery e Multicomplessità	pag. 47
Un Servizio di cura e giudiziario di Comunità per la Recovery	pag. 54
Verso un sistema di cura e giudiziario di comunità	pag. 59
Funzioni della UO Psicopatologia Forense	pag. 67
Progetto sperimentale “Recovery House”	pag. 71
Gruppi per familiari e cura di comunità	pag. 75
Questionario su condizioni sociali: Bisogni e Risorse	pag. 86
Deistituzionalizzazione	pag. 93
Scala di Parma	pag. 97
Indicatore 180	pag. 109
Criteri per la Multicomplessità	pag. 114
Scheda per la stratificazione del rischio	pag. 117
Scheda per la pianificazione condivisa delle cure	pag. 119
Allegati	pag. 127

# Salute mentale e benessere di Comunità in Emilia Romagna: 2022-2030

Pietro Pellegrini<sup>1</sup>

## Introduzione

Negli ultimi due anni si è evidenziata la necessità di addivenire ad un nuovo Piano per la salute e il benessere di comunità nella Regione Emilia Romagna e di aggiornare la programmazione partendo dalle pratiche reali e dallo stato dei diversi progetti. L'obiettivo è cogliere tutte le difficoltà e contraddizioni e di comporle inserendole in una visione unitaria.

La pandemia da Covid 19 ha evidenziato la rilevanza del **welfare pubblico universale** e la funzione strategica dei servizi di comunità, dei quali sono parte rilevante quelli dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP).

Nel corso del 2021 si sono tenute due importanti conferenze nazionali, per la salute mentale e per le dipendenze patologiche, alle quali hanno partecipato con ruoli di rilievo diversi professionisti e associazioni della Regione. Alla luce delle linee emerse, che richiedono innovazioni e sperimentazioni in molti casi sviluppatasi proprio in Emilia Romagna, è utile una revisione della programmazione regionale a partire dalla valutazione degli esiti dell'ultimo documento organico, il Piano Attuativo Salute Mentale (PASM) 2009-2011 (DGR 313/2009), di fatto implicitamente prorogato fino ad oggi.

Il PASM ha segnato una svolta molto significativa, ordinando un sistema che, dopo l'approvazione della legge 180, aveva avuto, specialmente nel territorio, uno sviluppo notevole ma un po' frammentario e localistico e ciò ha richiesto un'azione di riordino in un quadro generale.

Va tenuto presente che il lungo periodo di tempo intercorso fra la legge 180 (1978) e l'effettiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici (OP), avvenuta nel 1997, ha condizionato la crescita del sistema di comunità chiamato al contempo a farsi carico di tutta la nuova utenza.

L'attività negli Istituti di Pena, iniziata dai SerD fin dagli anni '90, dopo la riforma del 2008 (DPCM 1 aprile 2008) si è estesa a tutta la sanità. A seguito della chiusura nel 2015 anche degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) si è determinata un'ampia area operativa con un forte impatto sul sistema di welfare, sulle risorse, gli strumenti e la responsabilità professionale.

Va tenuto presente che il superamento di OP e OPG mediante il sistema di welfare di comunità ha raggiunto l'obiettivo per nulla scontato di curare a domicilio oltre il 97% dei pazienti. Un risultato da mantenere e sviluppare, senza dimenticare i rischi, sempre presenti, di involuzione e di neo-istituzionalizzazione/abbandono di pazienti ancora ospiti di residenze sanitarie, comunità alloggio e gruppi appartamento. Una rete importante che comporta un significativo investimento e richiede una riforma. Un problema che riguarda, seppure con aspetti diversi, anche NPIA e SerD.

Conviene ricordare come la chiusura degli OP sia avvenuta in un clima di emancipazione e di affermazione dei diritti con un forte coinvolgimento delle comunità, degli Enti locali, del Servizio Sociale e Terzo Settore che hanno garantito accoglienza e percorsi più specifici a disabili, dementi, anziani, alcolisti e tossicodipendenti (la legge 685 del 1975 ne proibiva il ricovero in OP), nonché ad emarginati che pure erano ospiti degli OP.

La crescita di servizi dedicati è stata contestuale a quella dei servizi psichiatrici territoriali.

---

<sup>1</sup> Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

Fenomeno simile si è avuto con la chiusura di scuole speciali, orfanatrofi e brefotrofi, incentrando le attività nella scuola di tutti e per tutti e sostituendo gli Istituti per minori con l'affidamento familiare ed a piccole strutture (Gruppi Appartamento).

Un insieme di percorsi che spesso si è sviluppato in parallelo, senza reciproche comunicazioni e che, nella fase espansiva, ha funzionato bene.

Nel tempo si sono evidenziati alcuni limiti organizzativi e di competenze ma anche la carenza di politiche di investimento in grado di sostenere i processi di inclusione dei nuovi utenti e di affrontare i determinanti sociali della salute.

Il rapporto tra sociale e sanitario (e quello istituzionale tra Comuni e Ausl) e la specificità dei percorsi di cura vanno rivisti alla luce di un rinnovato "patto sociale" nonché delle competenze necessarie, del ruolo degli operatori e delle attese di utenti, familiari e contesti.

## **Il Piano Attuativo Salute Mentale (PASM) 2009-2011.**

### **Parte I: Annotazioni sulla parte generale**

Dalla sua approvazione, in questi 11 anni, i DSM-DP hanno fatto molto per la realizzazione del PASM, tenendo conto delle diverse norme nel frattempo intervenute, come ad esempio quelle sulle Case della Salute (ora della Comunità), il Piano della Prevenzione, il Piano Sociale e Sanitario, sui LEA.

Un impianto che schematicamente verrà passato in rassegna.

a) Il PASM risulta ancora attuale nei **Principi, valori, visione ed obiettivi**. "Obiettivi generali della politica di salute mentale in Emilia-Romagna sono: la promozione del benessere psichico e sociale dei cittadini e dei residenti nel proprio territorio, la tutela del diritto alla salute, dei **diritti** di cittadinanza delle persone affette da malattie mentali e dipendenze patologiche, **di ogni tipo e gravità, in ogni età della vita.**"

Si rileva come l'integrazione istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale, prevista dal Piano Sociale e Sanitario, sia ancora da completare. Le diverse culture professionali, i differenti riferimenti legislativi, la molteplicità delle ASP, in molti casi nemmeno distrettuali, la frammentazione dei Servizi Sociali non ha facilitato l'integrazione, ha moltiplicato i "tavoli" e reso farraginosi i percorsi per le decisioni.

Con l'idea che esista un'organizzazione loro dedicata si è diffusa la tendenza (purtroppo intrinsecamente manicomiale) ad escludere le persone con disturbi mentali e dipendenze patologiche dai servizi del FRNA e talora persino dai diritti sociali. Come se l'essere curati nel DSM-DP potesse comportare la perdita di diritti o che questi debbano essere garantiti dal solo DSM-DP.

Il PASM indica i **valori fondanti** (de-stigmatizzazione, partecipazione, continuità assistenziale, innovazione, verificabilità) e gli **attori** (Regione, Enti Locali, Ausl, Azienda Ospedaliera, Università, Scuola, Autorità Giudiziaria, Utenti, Familiari e Associazioni, sistemi produttivi ecc.) in una logica pubblica universale secondo lo spirito della Costituzione.

La carenza di sedi unitarie di programmazione e gestione ha portato ad interventi per ambiti, settori o per specifiche emergenze (minori, migranti, difesa delle donne vittime di violenza, tratta ed al.) che non ha favorito un utilizzo razionale delle risorse, il coinvolgimento delle Fondazioni e del mondo produttivo, e la partecipazione della società civile.

b) Il PASM prevede la **Partecipazione democratica** mediante l'istituzione del CUF/CUFO<sup>2</sup> e la Consulta Regionale Salute Mentale che hanno avuto realizzazione in tutte le Ausl. Essi hanno mostrato una buona vitalità e costituiscono punti di riferimento da confermare e valorizzare.

Occorre aggiornare la composizione della Consulta Regionale e diffondere la cultura dell'automutuoaiuto di utenti e familiari, riconoscendo il loro ruolo nelle fasi di programmazione, monitoraggio e verifica delle politiche e dei progetti, nella qualità, governo clinico e gestione dei servizi. In più occasioni è stata rimarcata la distanza dal Sociale e dal sistema di comunità, l'esclusione dai Piani di zona, dal diritto alla casa e al lavoro.

Per la tutela dei diritti (autodeterminazione e "dopo di noi") va migliorato il coinvolgimento di Amministratori di sostegno (formazione e forme di remunerazione) e del notariato: in ogni ambito territoriale dovrebbe esservi uno Sportello dedicato a questo tema.

c) Nelle **Coordinate del sistema di comunità per la salute mentale il PASM prevede:** "L'integrazione deve [...] svilupparsi non solo sul terreno della programmazione e della gestione dei sistemi, ma anche sulla definizione dei percorsi individuali degli utenti." Una previsione che è ancora molto attuale alla luce anche dei **Diritti, LEA e LEPS**.

In particolare, va confermata la rilevanza degli ambiti di azione del sistema di comunità per la salute mentale, che si esplicano soprattutto in ambito territoriale con: 1) Sostegno al reddito; 2) Politiche abitative; 3) Inserimenti lavorativi; 4) Assistenza domiciliare; 5) Promozione della Salute Mentale; 6) Sussidiarietà orizzontale; 7) Prevenzione.

Lo stato di attuazione di questo punto richiede analisi a livello aziendale e distrettuale, in particolare tenendo presenti punti critici come reddito, sfratti, disoccupazione, NEET e abbandono scolastico.

Inoltre occorre verificare come questo si è realizzato a fronte di minori e famiglie in povertà, migranti, senza fissa dimora, soggetti privi di documenti e apolidi.

L'impressione è che le persone con disturbi mentali, pur protette dai DSM-DP, siano state marginali nelle politiche sociali e ancora insufficiente sia l'aiuto che ricevono per raggiungere il "minimo vitale" per la vita autonoma, e ancora si debba operare per un pieno accesso (anche facilitato) ai diritti.

d) Nell'ambito semiresidenziale e residenziale va rilevata la mancata attuazione dei LEA residenziale sociosanitario.

Per l'epoca in cui è stato stilato, cioè a pochi anni dall'effettiva chiusura degli OP, il PASM evidenzia come sia cresciuta una rete socio sanitaria in modo non sempre programmato e che i DSM abbiano provveduto ad inserire pazienti nelle strutture per anziani e disabili. Dall'indagine effettuata al 31 dicembre 2007, nel segmento sociosanitario risultavano 1.075 ospiti di cui 619 ospiti di strutture sociosanitarie (Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento) e 456 (42%) in strutture per anziani e disabili.

Una prassi comprensibile alla luce della necessità di chiudere definitivamente gli OP, che richiedeva una regolamentazione secondo principi di appropriatezza ai bisogni. Per questo il PASM prevede procedure e (ri)valutazione UVG ("La gestione degli inserimenti individuali e la continuità con il settore anziani e disabili").

Una regolamentazione utile che nell'operatività ha visto livelli di collaborazione e disponibilità molto diversi. Tuttavia sembra diffusa la tendenza a non accogliere le persone anziane e disabili,

---

<sup>2</sup> CUF Comitato Utenti Familiari; CUFO Comitato Utenti Familiari Operatori

anche se non autosufficienti, se solo all'anamnesi risulta presente un disturbo mentale. Questo non solo per il persistere di pregiudizi (pericolosità, ingestibilità) ma anche per questioni di budget economico.

Al contempo è emersa anche la necessità di prevedere **soluzioni innovative** per la parziale non autosufficienza da disturbi organici e neurologici, il deterioramento mentale e le demenze presenili. Vi sono per altro condizioni di multimorbilità e multicomplexità per le quali è necessario predisporre soluzioni personalizzate, altamente qualificate, superando, se necessario, i vincoli tariffari dell'accREDITAMENTO.

Per i disabili serve un ripensamento delle capacità di risposta ai bisogni delle persone con disturbi del neurosviluppo implementando la domiciliarità e il Budget di Salute. Si è evidenziato anche il limite in termini di sicurezza e diritti del sistema residenziale anziani.

Tutti temi che rimandano alla necessità di un ripensamento complessivo del sistema residenziale e all'adozione di nuovi approcci e strumenti come il Budget di Salute.

Il PASM per inserimenti in **strutture sociosanitarie** prevede la valutazione UVM, che non pare avere trovato una diffusa applicazione.

Il PASM ha chiarito la gratuità degli interventi residenziali sanitari mentre non si è avuta una regolamentazione regionale **della compartecipazione degli utenti** nel segmento socio sanitario.

Né si è realizzata la previsione prevista dal PASM: "per quanto attiene al finanziamento esso verrà posto a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per l'85% con una quota di compartecipazione a carico dell'utente pari al 15% del costo. Tale ripartizione dovrà essere applicata uniformemente in tutto il territorio regionale entro la fine del 2009."<sup>3</sup>

Va detto anche che a seguito delle valutazioni effettuate sul sistema residenziale, su sollecitazione della Consulta Regionale, è nato il **Programma Regionale Budget di Salute** che mira sia ad una riconversione che ad una diversa concezione degli interventi e dell'utilizzo delle strutture sociosanitarie come Servizi di Comunità.

Il PASM ha definito obiettivi di **Programmazione** sia per il segmento sanitario (RTI-RTP 2 posti/10mila ab. RSR 1 posto/10 mila ab.) che per le strutture sociosanitarie (CA e GA di 2 posti ogni 10 mila ab.), parametri che andrebbero verificati anche alla luce del programma sul Budget di Salute.

Il PASM qualifica le Case di Cura prevedendo i "Servizi Psichiatrici Ospedalieri Intensivi" (SPOI) a completamento della rete dell'E-U, vista la dotazione di posti in SPDC al di sotto del parametro di 1 posto ogni 10mila abitanti.

La Residenzialità ospedaliera prevede, oltre a RTI e RTP, anche Residenze Terapeutiche Specialistiche (DCA, Doppia diagnosi, Disturbi da Alcool, Psicogeriatrics) facilitando risposte più adeguate nella direzione della formulazione dei PDTA.

e) Il PASM prevede un capitolo su **Formazione e Ricerca che deve essere aggiornato.**

---

<sup>3</sup>Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (LEA 2017) art. 33: "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."

Corsi specifici regionali e di perfezionamento con le Università hanno accompagnato le Linee di indirizzo ed i diversi percorsi/PDTA (Esordi Psicotici, Disturbi Gravi della Personalità, Percorsi giudiziari, Autismo). L'integrazione con Università ha migliorato la qualità della formazione; tuttavia si avverte la necessità di un maggiore coinvolgimento dei professionisti in formazione nei DSM.

Alcune figure relativamente nuove come i Tecnici della Riabilitazione Psicosociale (TeRP) hanno rappresentato un arricchimento dei DSM. Vanno qualificate formazione e attività di tutti i professionisti sia per il lavoro di equipe che per il case management, in vista di una nuova articolazione delle responsabilità professionali e gestionali.

La pubblicazione di *Sestante* ha dato una rappresentazione delle attività regionali. Si avverte tuttavia la necessità che le diverse sedi universitarie, le Ausl, l'Agenzia Sociale e Sanitaria possano meglio rappresentare, collegare e sostenere la ricerca in un'ottica internazionale, volta a valorizzare le esperienze e i professionisti, in particolare i giovani.

Occorre prevedere l'inclusione del sistema di formazione e aggiornamento di utenti, familiari e operatori anche del Terzo settore e servizi sociali mediante nuovi strumenti, come il Recovery College.

## **Parte II: Considerazioni su sistema di Comunità e sistema di Cura**

Il confronto con il PASM consente di rileggere la situazione di oggi individuando alcune linee di tendenza.

Esse riguardano: i dati epidemiologici, il sistema di comunità e il sistema di cura.

### **I dati epidemiologici**

Dalla tabella emerge come in 10 anni si è avuto un incremento importante dell'utenza in carico. Questo è particolarmente rilevante per la NPJA.

Anno	SerD	Npia	Csm	Totale
2011	26.598	41.012	76.175	143.785
2015	27.711	52.132	78.884	158.727
2018	32.628	59.897	81.425	173.950
2019	33.643	62.353	82.041	178.837
<b>Variazione 2019-2011</b>	<b>+26,5%</b>	<b>+52%</b>	<b>7,7%</b>	<b>24,4%</b>

(dati SISM, Sestante n. 9/2020)

Questi dati, da approfondire nelle diverse sedi, aprono domande importanti relative alla salute mentale, al modo di prevenire e curare i disturbi. Quanto influiscono la diagnostica e la propensione agli interventi precoci ad intercettare meglio i disturbi? Vi è una tendenza alla patologizzazione e alla cronicizzazione dei disturbi da parte di un sistema di cura poco orientato alla recovery? E' in atto un processo di sanitarizzazione del disagio? Vi è una più ampia crisi sociale, familiare e dei

contesti sociali? La competitività e il benessere regionale non raggiungono determinate fasce della popolazione? Quanto contano i determinanti sociali?

Il PASM delinea due sistemi: sistema di Comunità e sistema di Cura.

### **Il sistema di Comunità**

#### a) Sistema di (nella/attraverso la) comunità

Il Sistema di comunità è fondamentale in quanto non solo tutta l'attività di cura si svolge nella comunità, ma **attraverso la comunità**. Attuare interventi di comunità significa, in ogni momento, testare lo stato di salute e di benessere/malessere della stessa. **Ogni persona va sempre considerata membro della comunità e ciò costituisce un requisito fondamentale della salute mentale** (non c'è bambino senza chi se ne prende cura ecc.). Molto rilevante è il ruolo dei **determinanti sociali della salute** e riconosciuto è l'effetto patogeno di isolamento, solitudine non scelta e abbandono.

#### b) Conoscere le comunità e i territori

L'impostazione di fondo è che la **comunità esista** (non è una semplice aggregazione di persone) e che con essa si possa e si debba operare. Un tema che va approfondito in quanto le comunità locali sono molto diverse e anche in Emilia Romagna si verificano i fenomeni abbandonici tipici della "società liquida" e del "terzo escluso", che portano alla non partecipazione alla vita sociale. Un territorio per tradizione e cultura solidale ed inclusivo si trova a fronteggiare **fenomeni metropolitani** (senza tetto, microcriminalità, uso di sostanze, deserti relazionali ecc.) e di **isolamento abbandonico** nelle aree montane o rivierasche. Vi è una **multiculturalità di prossimità** che va compresa con nuovi interventi volti alla coesistenza prima ancora che all'inclusione.

La composizione e le tante diverse **tipologie di famiglie, l'invecchiamento della popolazione**, le migrazioni, le variazioni nella produzione, nel diritto al lavoro (abbandono scolastico, NEET, tasso di disoccupazione, sottooccupazione/precariato, occupazione femminile) e alla casa (sfratti esecutivi, liste di attesa case ERP, emergenze abitative), **povertà** economiche, educative e culturali hanno determinato scenari molto diversificati con impatti sulla salute mentale di comunità e forti difficoltà dei servizi ad intervenire.

L'alto livello di **inquinamento atmosferico e il dissesto idrogeologico** connotano pesantemente la pianura padana e le aree montane con conseguenze sulla sicurezza, sui collegamenti, sulla possibilità di fruizione dei servizi. **Non si può produrre salute in un ambiente malato.**

#### c) La comunità dei minori e il genere

L'**area 0-6 anni** vede la massima iniquità e difficoltà a fruire di servizi (come ad esempio di asili nido) e di interventi di sostegno.

La salute della donna, della gravidanza e i primi anni di vita hanno un alto impatto sulla salute mentale attuale e futura della persona. Le azioni preventive e di intervento precoce dovrebbero vedere convergere in questo ambito gli interventi delle diverse istituzioni. Ai problemi tipici dello sviluppo in adolescenza si evidenziano derive individualistiche, narcisistiche e psicopatiche, fenomeni come bullismo, stalking e baby gang.

La **questione di genere** è rimasta nell'ombra: deve ancora essere sviluppata una medicina di genere, attenta alle specificità che esistono anche in ambito psicopatologico e farmacologico. Occorre una forte azione preventiva rispetto a violenze e femminicidi.

#### d) L'integrazione sociosanitaria

L'integrazione sociosanitaria, incentrata sui Piani di Zona, non è stata sufficientemente inclusiva e spesso ha visto la salute mentale come un ambito marginale. Nonostante l'impegno di tanti operatori, si sono rilevati i limiti di una integrazione solo professionale e non istituzionale. Ciò ha comportato limiti nella programmazione (ad esempio la scarsa definizione delle competenze, compreso il budget per l'organizzazione dei servizi per i disturbi del neurosviluppo e l'autismo) e nell'utilizzo del FRNA, dal quale si tende ad escludere le persone con disturbi mentali. Questo ha inciso anche sull'applicazione della legge sul "dopo di noi". In altre parole, pur tenendo conto della complessità e delle specificità locali, la programmazione è risultata frammentaria, farraginosa e nel complesso poco efficace nel soddisfare le attese. Il concetto di integrazione va superato in favore di quello di unitarietà degli interventi costruiti con la persona e, se possibile, con la sua rete familiare, prevedendo un solo soggetto di programmazione e gestione.

Le politiche per reddito, abitazione e formazione lavoro vanno qualificate, nella loro traduzione operativa, secondo i bisogni delle persone disabili.

#### e) Rischi di neo istituzionalizzazione ed emarginazione/abbandono

L'insieme delle norme di riferimento nazionali e degli strumenti a disposizione appare molto frammentato. A fronte di un forte invecchiamento della popolazione e delle gravi disabilità, al di là delle affermazioni di principio in senso opposto, nelle pratiche tendono a prevalere le richieste di soluzioni istituzionalizzanti. Tale fenomeno di neo-istituzionalizzazione rischia di investire tutti gli ambiti, dai minori, ai pazienti psichiatrici, ai tossicodipendenti, come esito di un disinvestimento nella persona e di una crisi di famiglie, scuola e comunità che non riescono ad affrontare le sofferenze, i problemi comportamentali, le gravi difficoltà gestionali, la solitudine e le contraddizioni con nuovi investimenti e soluzioni evolutive incentrate sulle persone piuttosto che sulla creazione di nuovi contenitori separati.

L'incompleta realizzazione della 328/2000, dei LEPS e dei LEA rappresenta un ulteriore elemento critico. La fruizione di sostegni (pensioni, REI, Reddito di cittadinanza ecc.) richiede azioni di accompagnamento e supporto dell'utenza. Anche la transizione digitale, se non accompagnata, rischia di produrre nuove forme di emarginazione e abbandono.

La crisi della comunità e la contestuale privatizzazione della sofferenza (si pensi al badantato) ha portato a visioni individualistiche di welfare familiare poco sostenuto dai servizi.

### **Il sistema di cura**

#### a) La struttura dipartimentale

Nel PASM il Sistema di Cura viene pensato come unitario e dipartimentale, in cui sono presenti NPIA, Psichiatria e Dipendenze Patologiche<sup>4</sup>, in grado di coniugare territorialità/prossimità e specializzazione.

Le linee attuative del PASM sono state declinate nella **definizione dei processi programmi, PDTA** con l'obiettivo di aumentare la trasversalità e superare il funzionamento "a silos" delle aree disciplinari.

---

<sup>4</sup> Nel 2016 l'Azienda Ausl della Romagna ha escluso la Npia dal dipartimento di salute mentale dipendenze patologiche aziendale. Questo con una popolazione di 1,2 milioni di abitanti risulta essere uno dei più grandi di Italia. Una situazione che verrà superata nel 2022 con la ricostituzione di 4 dipartimenti di salute mentale e il reintegro della NPIA.

La visione unitaria è facilitata e implementata dal sistema informativo CURE e dalla possibilità di interfacciarsi con il Fascicolo Sanitario Elettronico.

#### b) Processi e Percorsi

L'accesso ai servizi resta ancora un punto cruciale e si va da quello libero a quello programmato tramite CUP. Vi sono anche, specie nelle Dipendenze, accessi facilitati da interventi di prossimità, Unità di Strada, servizi di bassa soglia. Vi sono esperienze interessanti di intercettazione nei PS e di rapporti con la psicologia scolastica.

Il PASM ha dato un indirizzo chiaro nei Percorsi di E-U e nell'ambito della Residenzialità, che richiedono ancora di essere completati

Nella sua realizzazione i **percorsi di E-U**, previsti come unitari a livello dipartimentale, sono stati affinati mediante circolari sulla Contenzione e dalla revisione dei Protocolli per i TSO (DGR 1928/2019).

La visione dei servizi di E-U come dipartimentali resta ancora un obiettivo; va rilevato come ancora non siano completati per la NPIA e persistano alcune difficoltà nella gestione nei PS delle persone con intossicazione acuta. La qualità e gli spazi per le consulenze psichiatriche in PS e più in generale nell'E-U richiede la definizione di requisiti minimi, anche relativi alla sicurezza.

Il Programma Leggieri, sviluppato da circa 20 anni per favorire la collaborazione professionale tra MMG e psichiatri, deve essere aggiornato alla luce delle Case della Salute e della strutturazione del Dipartimento delle Cure Primarie. Con quest'ultimo, nella comune ottica territoriale, vanno viste tutte le possibili interazioni e integrazioni, con il coinvolgimento di pediatri per minori e adolescenti. Tale ambito dovrebbe essere sviluppato anche per le Dipendenze (alcool, gioco, ecc.). La diversa strutturazione degli accessi-accoglienze e dei percorsi di consultazione-consulenza, secondo la stepped care, potrebbe essere la base per la sperimentazione di un nuovo assetto dei CSM (CSM 2.0): consultazione-consulenza nelle Cure Primarie e presa in cura, in particolare secondo PDTA, nelle sedi dei CSM.

L'ambito della **Residenzialità**, pur riordinata dal PASM e strutturata secondo l'accreditamento, ha evidenziato limiti nell'appropriatezza, efficacia e soddisfazione che dalle rilevazioni non risultano adeguate, specie sul lungo periodo nel quale le strutture diventano luoghi di vita delle persone. È emersa la questione della qualità delle collaborazioni tra CSM, RTI e RTP gestite dalle cooperative e delle difficoltà progettuali. Viene da chiedersi se non debbano essere migliorati il contratto iniziale, la tipologia dei progetti e la loro differenziazione, prevedendo anche percorsi di accompagnamento gestiti dalle stesse cooperative, successivi alla esperienza residenziale, e modelli di intervento differenziati, in grado di contrastare la tendenza alla cronicizzazione e regressione. Vi è anche la necessità di qualificare i percorsi per determinate tipologie di pazienti (giovani, migranti, disturbi gravi della personalità, psicopatia, uso di sostanze) che non traggono beneficio e danno problemi gestionali nelle tradizionali residenze pensate per pazienti psicotici gravi.

Vi è bisogno di comprendere come riarticolare l'assistenza di comunità.

Per affrontare questi temi (e non solo) l'approccio e lo strumento sviluppato in ambito regionale è il **Budget di Salute**. Questo ha trovato un ampio utilizzo (sono circa 3.000 i progetti attivi) e va portato a regime prevedendo appropriati e coordinati strumenti tecnici psichiatrici e amministrativi.

In questi dieci anni si è qualificata l'attività mediante lo sviluppo di Linee di indirizzo e di **Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)** idealmente trasversali agli ambiti disciplinari: DCA, Esordi Psicotici, Disturbi Gravi della Personalità. Pur non sempre formalizzati come PDTA,

uno sforzo in questo senso è avvenuto per Autismo, Disturbi Specifici Apprendimento, Disturbi da Alcool, da Eroina, Tabagismo, Gioco Patologico.

Sono state emesse Circolari per la prevenzione del suicidio in ospedale e nel territorio e, dopo un ampio audit, le Linee di indirizzo per l'utilizzo dei farmaci antipsicotici nelle quali, oltre alla tutela della salute fisica, si inizia a trattare della DAT e della deprescrizione.

L'ambulatorio infermieristico e la cura della salute sono sempre più trasversali.

Per i DCA è stata completata la rete residenziale con l'apertura di due strutture a Parma (In Volo) e Bologna (Fondazione Gruber).

I PDTA hanno una struttura trasversale alle aree del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e ad altri dipartimenti, ambiti ospedalieri, Servizi Sociali e associazioni: si viene quindi ad intercettare e coinvolgere il Sistema di Comunità.

Si evidenzia così il duplice movimento: da una lato la cura di/nella/tramite la comunità come prerequisito e dall'altro come una richiesta di accesso alla cittadinanza da parte di persone malate di mente, che riemergono alla socialità attraverso la terapia, la riabilitazione e i necessari accompagnamenti.

La sfida è lo sviluppo di **PDTA della persona e non della patologia, in grado di essere adeguati alle diversità (genere, età, fase specifico, cultura, contesto) e trasversali alle aree e organizzazioni.** Questo implica anche nuove strutturazioni delle professioni, case manager, project manager, referenti dei percorsi.

I PDTA incidono su organizzazioni incentrate su un modello che deve tenere insieme, con le possibili difficoltà e contraddizioni, l'approccio di prossimità (territoriale) con quello specialistico, tipico di una organizzazione a matrice. Nell'ambito dei PDTA va ripensato il ruolo degli Ospedali Privati Accreditati per dare specificità a percorsi che potranno anche vedere ambiti dedicati (Centri, Residenze ecc.).

c) Accreditamento, sviluppo di Qualità e Governo Clinico

L'Accreditamento istituzionale ha rappresentato un punto significativo di riferimento per migliorare la qualità dei servizi. Al tempo stesso in alcuni ambiti (socio-sanitario, disabilità) ha finito per ingessare il sistema, non consentendo adeguati processi di personalizzazione degli interventi ed un'evoluzione delle risposte.

Al momento le diverse aree del dipartimento si trovano in condizioni diverse. Mentre il sistema delle Dipendenze Patologiche è in larga parte accreditato, per la Psichiatria è accreditata la parte ospedaliera e residenziale sanitaria mentre non lo sono le Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento. Lo stesso vale per quanto attiene gli interventi con Budget di Salute.

L'area della NPIA vede poche strutture sanitarie (DGR 911/2007) ed una molteplicità di strutture socioeducative non accreditate ma solo autorizzate, talora poco conosciute dai servizi.

Occorre fare il punto sul sistema dell'accREDITamento e sulle reti da sviluppare e collegare. L'ambito non accreditato di psichiatria e NPIA costituisce una grande occasione di sperimentazione validata a livello regionale e di innovazione della cultura e delle prassi, facendosi carico anche delle difficoltà connesse al cambiamento dei diversi gestori.

Un punto di forza dell'attività regionale è stato quello di utilizzare le criticità per sviluppare azioni di miglioramento, utilizzando gli strumenti del governo clinico.

Ne è derivata la programmazione di nuovi percorsi e strutture (ad esempio, Sadurano per i percorsi giudiziari nel 2007; le direttive sulle contenzioni dopo un grave incidente a Forlì; l'apertura di RTI Minori di San Polo seguito di un'inchiesta per maltrattamenti a Pellegrino Parmense; l'audit sugli antipsicotici).

#### d) Realizzazioni

##### 1) Rapporti tra le aree

L'integrazione organizzativa tra Psichiatria Adulti, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Dipendenze Patologiche fino ad ora realizzata può essere confermata. Devono essere affrontate alcune criticità:

- criticità E-U minori, ovvero un preoccupante utilizzo dei SPDC per i minori. La necessità di una Procedura in ogni Ausl è stata più volte evidenziata e vi sono proposte concrete. A questo si aggiunge la strutturazione di un'adeguata rete ospedaliera e residenziale sanitaria;
- continuità/discontinuità di cura al passaggio alla maggiore età;
- ambito adolescenziale-giovane adulto come ambito di lavoro congiunto tra tutte le aree disciplinari e non "a staffetta".

Resta il tema dell'adulità (18 anni, 16 anni?), dei riti di passaggio, dei diritti, di garantire forme di accesso/accoglienza adatte all'età e modelli di risposta che siano psicologici e socioeducativi. Le risposte predisposte nei territori hanno visto le attività sviluppate tra Spazi Giovani ed altri servizi di prossimità da un lato e NPIA e CSM dall'altro.

Il tema dell'uso di sostanze, problemi comportamentali e disturbi mentali vede collaborazioni/interazioni ancora problematiche, a volte con raddoppio delle attività e degli operatori impegnati. Questo per l'uso di cannabis nell'adolescenza, per la "Doppia diagnosi", i percorsi giudiziari, la parziale non autosufficienza.

Lo spostamento del problema dalla sostanza al sostegno/trattamento (educativo e psicologico) della famiglia e della personalità del minore potrebbero essere i nuovi focus degli interventi, superando le tendenze all'evitamento basate sul sotto-soglia.

L'approccio preventivo potrebbe essere comune alle diverse aree.

Va rivisto il rapporto con i Programmi/UO di Psicologia Clinica e di Comunità, talora afferente al DSM-DP talora alla Direzione Sanitaria, onde organizzare in modo coordinato le attività nelle Cure Primarie. Resta aperto il tema dell'offerta di psicoterapia e interventi psicosociali da parte del sistema pubblico (DCP e servizio sociale) e del DSM-DP sia per utenti che per le famiglie

##### 2) Infanzia e adolescenza

L'articolazione della risposta richiede il passaggio da un'organizzazione ambulatoriale ad una di comunità, incentrata su livelli diversi di intensità di cura, differenziazione dei percorsi, capacità di azioni in prossimità e domiciliari. La creazione di RTI per minori (Nespolo a Modena, San Polo di Torrile) ha dato una prima risposta ad un ambito regionale.

Un'articolazione delle attività è iniziata attingendo e contaminando le esperienze e le pratiche delle aree disciplinari piuttosto che, come ipotizzato nella fascia 14-25 anni, tramite l'attuazione di organizzazioni dedicate difficili da realizzare nei singoli territori senza una significativa immissione di nuove risorse.

L'attenzione all'adolescenza, ambito trasversale a tutte le aree del dipartimento e non solo, e l'attivazione di diversi tavoli hanno prodotto diversi documenti rilevanti (DGR, PIA) che tuttavia non ha ancora portato ad una revisione dell'organizzazione. La programmazione "esortativa" che rimanda ad aziende e territori da un lato rispetta le diversità, ma dall'altro ha finito spesso con il dissimulare le difficoltà relazionali, di risorse e di prospettive.

Molta attenzione è stata riservata al tema dell'Autismo e alla questione dell'abuso, maltrattamento dei minori e del loro allontanamento dal contesto familiare. L'applicazione della DGR 1102/2014 è stata l'occasione (mancata) per un diverso livello di collaborazione interistituzionale e non ha prodotto una linea operativa nuova nell'interesse degli utenti, nonostante i comuni riferimenti (es. progetto P.I.P.P.I). Anche la DGR 1627/2021 sulle equipe di secondo livello, pur con aspetti interessanti, non pare in grado di produrre la necessaria innovazione.

Il Sistema residenziale per minori va declinato nell'ottica di comunità e prossimità per minori e famiglie, anche attraverso Cruscotti gestionali e un'organizzazione di tutte le aree disciplinari per la prevenzione (figli di pazienti, genitorialità problematiche ecc.).

Presenze e convergenze operative sociosanitarie sono necessarie per la continuità di cura delle persone con disturbi del Neurosviluppo che necessitano di risposte, non solo sanitarie ma soprattutto di vita.

### 3) Innovazioni

Dall'approvazione del PASM, con un metodo ampiamente partecipato, sono state realizzate:

- politiche attive del lavoro, IPS e al.;
- nuove forme dell'abitare (Housing First, convivenze, IESA/ospitalità familiare, ecc.);
- Budget di Salute
- reti psicosociali: Teatro rete regionale, Stili di vita;
- protagonismo degli Utenti (automutuoaiuto, Orientatore sociale).

### 4) Chiusura degli OPG

In attuazione della legge 81/2014 nel 2015 è stata attuata la chiusura dell'OPG di Reggio Emilia. La scelta di avere 24 posti REMS provvisori (Bologna e Casale di Mezzani PR) e 30 definitivi a Reggio Emilia (1 ogni 185 mila ab. la metà rispetto alla media nazionale 1/90.000) ha portato ad avere un alto utilizzo della rete residenziale, dove è collocato circa il 70% dei pazienti (stimati in circa 350) seguiti sul territorio. Nel PASM si parlava di 50 emiliano-romagnoli in OPG e ciò conferma a posteriori come il sistema dei DSM svolga azioni preventive e di inclusione sociale di questi utenti. Va pertanto prevista la costituzione delle Unità di Psichiatria Forense in ogni DSM-DP ed inoltre va puntualizzata l'assistenza nelle carceri e presso le ATSM.

### 5) Sistema di partecipazione

La Regione ha istituito un sistema di partecipazione che si articola a livello aziendale nei CUF/CUFO e a livello regionale nella Consulta Regionale per la salute mentale. La partecipazione degli Utenti Esperti rappresenta una nuova risorsa per i Dipartimenti e per il sistema di welfare pubblico.

## **Parte III: La salute mentale: un riferimento comune**

È a tutti nota la definizione di salute mentale dell'OMS (1948): uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia. Tuttavia la salute non è una

condizione ideale ma un mezzo finalizzato ad un obiettivo e, in termini operativi, la si può considerare una risorsa che permette alle persone di condurre una vita “produttiva” sul piano individuale, sociale, culturale ed economico.

La salute è quindi una risorsa per la vita quotidiana e non lo scopo dell’esistenza. Si tratta di un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali (OMS, 1986). Pertanto si tratta di uno stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità (OMS, 2001), della quale è sempre parte.

Sul piano giuridico, per l’OMS, la salute è un diritto umano fondamentale e non è collegato al reddito.

La Carta di Ottawa (1986) mette in evidenza alcuni **“pre-requisiti necessari per la salute**: la pace, risorse economiche adeguate, il cibo e l’abitazione, un eco-sistema stabile ed un uso sostenibile delle risorse. Il riconoscimento di questi pre-requisiti sottolinea i complessi legami esistenti tra le condizioni sociali ed economiche, l’ambiente fisico, gli stili di vita individuali e la salute”.

Questi legami forniscono la chiave per una comprensione olistica della salute, di cui viene riconosciuta anche la dimensione spirituale. **“Non c’è salute senza salute mentale”** ed oggi si utilizza come riferimento l’approccio **“One Health”** riconoscendo, sempre e in ogni ambito (non solo sanitario e sociale), la rilevanza centrale della salute fisica e mentale senza la quale, come la pandemia da Covid 19 ha dimostrato, non vi è possibilità di una sana vita economica, sociale e culturale. Questo implica che tali compiti riguardino tutte le persone.

Tutti i sanitari, a prescindere dalla specializzazione, devono occuparsi sempre della salute fisica e mentale insieme, ciascuno con il proprio livello di competenze. In questo quadro la specializzazione si esplica sia nella elevata competenza specifica ma anche nella capacità relazionale collaborativa. Non quindi un campo chiuso di esercizio esclusivo ma un campo aperto nel quale possono strutturarsi percorsi e setting diversi, ciascuno in grado di comprendere le reciproche interazioni.

Essendo un diritto umano fondamentale, tutte le persone dovrebbero avere accesso alle risorse basilari per la salute. Una visione globale della salute implica anche che tutti i sistemi e le strutture deputate a governare le condizioni socio-economiche e l’ambiente fisico debbano agire considerando l’impatto che il loro operato avrà sulla salute e sul benessere dei singoli individui e dell’intera comunità (OMS, 1986).

Nella nozione di disabilità ed handicap rientrano a pieno titolo le persone con disturbo mentale.

Riepilogando per punti chiave:

- Salute come diritto umano fondamentale;
- Salute come stato/condizione dinamica/risorsa per realizzare obiettivi di vita;
- Salute come bene individuale, familiare, relazionale e sociale;
- Salute come prodotto/percorso;
- Salute come costruzione sociale allargata;
- Salute e suoi prerequisiti.

Quando ci riferiamo a “salute” non facciamo specificazioni e in genere, implicitamente, ci riferiamo a più caratteristiche. Salute e benessere a volte si sovrappongono e possono anche coincidere, altre volte no. Lo stesso vale per il livello di funzionamento psicosociale, la qualità della vita, la soddisfazione soggettiva, che possono correlare in modo molto variabile con la salute e tra di loro.

Un altro concetto fondamentale: la salute non è un prodotto spontaneo ma va costruita (preservata e ripristinata) con una serie di interventi a più livelli: cure parentali, educazione, cultura, sport, dalla programmazione dell'ambiente urbano alle forme di convivenza, politiche del lavoro fino agli interventi sanitari.

Come è noto la salute è determinata/condizionata da fattori socio ambientali e da fattori sanitari. Agire positivamente sui fattori socio-ambientali modificabili, riducendo i rischi e creando opportunità, dovrebbe migliorare le condizioni di salute. Quindi vi è ampio spazio per una costruzione sociale della salute.

Il punto di vista della persona è centrale nella costruzione della salute attraverso l'autodeterminazione nell'ambito delle leggi che regolano il patto sociale e normano accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, le forme di tutela e di sostegno delle persone con ridotta capacità di agire, le disposizioni sul fine vita.

In questo hanno un ruolo le aspettative delle persone e delle famiglie, la cultura, il livello di istruzione, il sentire comune e gli aspetti religiosi ed etici. È importante sottolineare che il diritto alla salute appartiene all'autodeterminazione della persona e non allo Stato (o alla società) e/o alla religione.

I fattori sociali sono al contempo prerequisiti e aspetti rilevanti nella costruzione della salute del singolo e della comunità.

La forza dell'art.32 della Costituzione consiste nell'idea di collegare il diritto alla salute della singola persona con l'interesse della comunità. Questa è premessa al welfare pubblico e universalistico e non a quello a domanda individuale. Quindi la norma regola i LEA sociosanitari e LEPS.

Nel momento in cui ci si rapporta con il sociale occorre essere consapevoli che la comunità va presa per quello che è, con i suoi punti di forza, debolezza, sensibilità, interessi. L'interazione fra servizi sanitari e comunità è dinamica e di reciproca continua influenza, pertanto occorrono conoscenze approfondite (epidemiologia, studi sociologici ecc.) per politiche attive da parte della sanità, se questa non vuole essere determinata solo dalle pressioni esterne sociali o dei sottogruppi.

Questo sia per quanto riguarda l'applicazione della legislazione (ad esempio la legge 180) sia per dare risposte che siano fondate su prove di efficacia.

Le buone pratiche devono riferirsi all'equità (esigibilità) e all'appropriatezza ed essere in grado di rappresentare gli interessi di chi non ha voce, di chi non chiede, di chi non appare, che spesso è portatore di maggiori bisogni.

La permanenza a domicilio dipende dai fattori extra clinici, quali l'aver o meno casa, famiglia, care givers, risorse (economiche, culturali, relazionali), cioè da determinanti di tipo socio-familiare che condizionano anche accesso alle cure e relativi esiti.

Occorre conoscere in modo dettagliato, caso per caso, i fattori che possono essere essenziali per la piena riuscita di un progetto di cura. In questo, nuovi strumenti come il Budget di Salute possono aprire ad importanti innovazioni.

Fra i fattori che possono migliorare le cure vi è l'abbattimento delle barriere organizzative (inutili per il cittadino) tra Ospedale e Territorio, tra Sociale e Sanitario, tra Distretto e Distretto, tra una Casa della Salute e l'altra.

La partecipazione al DSM-DP e il senso di appartenenza per fasce a rischio di abbandono è molto rilevante.

La salute dipende in larga misura dalla persona/paziente, dalla sua attivazione, responsabilizzazione e partecipazione. Il protagonismo dei fruitori nel processo di cura è una delle risorse più importanti da attivare/utilizzare.

### **Organizzazioni di comunità**

Un sistema di comunità implica la collaborazione di tutti i dipartimenti territoriali e ospedalieri. In questa ottica l'ospedale è parte della comunità.

In questo modo si può organizzare un'attività sanitaria per intensità di cura che vada dal cittadino e dalle pratiche di autocura fino a quelle di altissima specializzazione.

Il modello delle Case di Comunità prevede un passaggio dalla relazione medico-paziente tradizionale, individuale e mono professionale, alla presa in cura grupppale e multi professionale.

La Casa della Comunità rischia di essere un contenitore separato e isolato quanto il poliambulatorio e l'Ospedale, se non adeguatamente connessa con la casa della persona e senza una serie di stazioni intermedie sanitarie (ambulatori medici e infermieristici) e sociali (microzone, portinerie ecc.).

Non è definita quale debba essere la presenza nelle Case della Comunità dei DSM-DP, ma si tratta di un punto cruciale per evitare che il sistema delle Dipendenze e della Salute Mentale resti un mondo a parte.

Il collegamento con le Case della Comunità è fondamentale per la definizione dei percorsi PDTA e il lavoro per progetti condivisi (e non per centri separati) possono essere gli strumenti che consentono di dare continuità tra Ospedale e Territorio, fra una Casa della Salute e l'altra, fra Servizi locali e centri di eccellenza.

La continuità e i collegamenti devono essere costruiti con metodo (e non in modo estemporaneo) fra sistemi aperti e cooperativi, con percorsi per intensità di cura.

Certo vi sono differenze contrattuali (nella Casa della Comunità convivono operatori con diversi contratti), normative, appartenenze, abitudini. L'interazione fra Dipartimenti diviene essenziale per la prevenzione la consultazione-consulenza e presa in cura.

In ogni organizzazione una parte del lavoro è entropica, cioè finalizzata al suo mantenimento e non è energia spesa per gli utenti. Per questo occorre pensare a come rendere più funzionali ed efficaci gli interventi.

Con il Servizio Sociale è necessario un passaggio dalla collaborazione all'integrazione professionale, organizzativa e istituzionale. Questo è urgente ad esempio per la programmazione degli interventi nei Disturbi del Neurosviluppo, ove le offerte in essere sociali (incentrate sulla disabilità) e sanitarie psichiatriche (organizzate sul paziente psichiatrico psicotico) non risultano in grado di fornire risposte adeguate.

La Casa della Comunità può essere la sede di questa nuova unitarietà degli interventi.

Una Casa della Comunità dove convergano, già in fase di accoglienza o per programmi specifici, tutti gli operatori, compresi quelli con una professionalità di tipo sociale.

Il lavoro su popolazioni target secondo la *stepped diagnosis* richiede che in primis si affrontino nell'ambito sociosanitario, secondo i principi della rilevabilità e modificabilità, le condizioni pre-

diagnostiche riferibili a categorie generali (quali povertà, non autosufficienza, vulnerabilità/fragilità, violenza, evolutività e bisogni di tutela), condizioni di vita che possono essere comuni ad una molteplicità di condizioni cliniche.

È su questi fattori che la sanità e il sociale, con strumenti diversi e specifici, possono e debbono concorrere, negoziare e integrarsi.

Non si tratta di rinunciare alle specializzazioni: al contrario, nella collaborazione professionale incentrata sulla persona si esprime il massimo grado della specializzazione.

La risposta ai bisogni va costruita in primo luogo con la persona coinvolgendo la rete familiare, la rete informale, il volontariato e favorendo forme innovative di partecipazione (ad esempio: facilitatore sociale, servizi di portierato, attivazione di commercianti, artigiani, baristi ...).

Nella costruzione della salute e del benessere sono importanti la rete informale, il vicinato, l'automutuoaiuto, un insieme di relazioni e beni immateriali. Elementi naturalmente presenti o attivabili, ricostruibili. La sanità può concorrere a questo coinvolgendo, aprendosi, chiamando a collaborare.

Una diffusa "sanitarizzazione" dei bisogni sociali non è auspicabile in quanto potrebbe essere pericolosa; tantomeno risulterebbero efficaci azioni che non tengano conto del livello di partecipazione e delle pratiche dei professionisti, a partire dai MMG/PLS. Azioni di prevenzione primaria vanno sviluppate secondo metodologie precise, evitando azioni che non siano di sistema e/o estemporanee. È un'occasione importante per attivare e mobilitare le risorse della Comunità, tenendo conto che il punto di vista degli utenti e la loro collaborazione rappresenta un elemento innovativo del sistema.

La definizione di obiettivi di salute congiunti, sia nell'ambito della prevenzione che della cura, può rappresentare un metodo che qualifica il lavoro sanitario e sociale nella Comunità.

I progetti formativi dei professionisti possono essere incentrati non tanto sulle singole Case della Salute ma sui progetti o i PDTA.

Lo studio dei determinanti sociali della salute nel contesto della nostra regione può fornire le basi per azioni innovative e sperimentali.

#### **Parte IV: Riferimenti comuni e trasversali per una nuova programmazione**

##### **a) Psicopatologia evolutiva**

Fattori biologici, psicologici, sociali, culturali ed educativi sono sempre presenti, coesistenti e interagenti. Genetica/Epigenetica e le evidenze delle neuroscienze (plasticità cerebrale, neuroni specchio ecc.) indicano quanto la salute mentale sia evolutiva (sec. Definizione OMS) e dipenda dalla salute della gravidanza, da condizioni ambientali (pace, alimentazione, ambienti sani, sicuri e confortevoli), sintonizzazione, attaccamento, autoregolazione, sviluppo della funzione riflessiva e quindi dalla qualità delle relazioni di accudimento e dalle successive esperienze educative riparative e compensative. Da queste prime fasi dipende la salute (non solo quella mentale) dell'adulto e si attivano diverse traiettorie evolutive, anche psicopatologiche. Quindi l'ambito 0-10 anni è quello della prevenzione e degli interventi precoci, del sostegno alla crescita del bambino e delle competenze genitoriali.

##### **b) Determinanti sociali: conoscenza e protagonismo dei contesti (Cura di comunità).**

- Prevenire povertà multidimensionali, abusi, abbandono scolastico, NEE, allontanamento di minori

### c) Diritti e doveri della persona con disturbi mentali

- Considerare la Persona sempre inserita nella comunità, rifiutando soluzioni neo-istituzionalizzanti o abbandoniche e promuovendo la Cura nella Comunità
- Prevenire e ridurre i rischi di istituzionalizzazione.
- Lottare contro stigma e discriminazioni

### **Azioni di intervento trasversali**

#### 1) Prevenzione, interventi precoci e cure (età, genere, fase, contesto-cultura specifici)

- Orientamento alla guarigione (recovery)
- Processi e PDTA trasversali alle aree disciplinari

#### 2) Sociosanitario di comunità

La frammentazione dei gestori dei Servizi Sociali non ha aiutato a creare visioni comuni, né ad avere organizzazioni più funzionali e professionalmente più competenti. Su questo si aprirebbero importanti riflessioni e un'analisi approfondita potrebbe mettere in rilievo i punti di forza delle gestioni dei servizi sociali delegate alle Ausl. Il tema è di competenza della Politica locale, nei diversi ambiti (educativo, produttivo, ambientale ecc.), perno di un possibile cambio di rotta dei servizi sociali (e più in generale del welfare, se a livello nazionale i diversi strumenti verranno ad avere una impostazione più unitaria) in grado di concorrere alla costruzione della salute. I Servizi e il Terzo Settore vanno considerati come attivatori della comunità, come ponte fra realtà produttive e contesti, produttori di beni relazionali e non solo di prestazioni o oggetti. Se alla sanità restano competenze professionali specialistiche ben definite, la realizzazione di percorsi di salute apre lo spazio a molteplici altri fattori attivabili mediante strumenti quali il Budget di Salute.

La Salute Mentale deve agganciare le politiche sociali:

- LEPS;
- legge delega sulla disabilità;
- D.D. n. 450 del 09.12.2021 emanato dal Ministero del Lavoro, relativo al PNRR, Missione 5 "Inclusione e coesione".

Sono previste progettualità per l'implementazione di investimenti per:

- il sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti;
- i percorsi di autonomia per persone con disabilità;
- housing temporaneo e stazioni di posta.

### 3) Il Sistema di Cura

Il sistema di cura si articola secondo i punti di seguito riportati in tabella:

- Accesso/Accoglienza
- Consultazione-Consulenza. Definire l'interazione/partecipazione alle Case di comunità
- Percorsi di E-U Dipartimentali
- PDTA per intensità di cura, con fasi anche ospedaliere e residenziali a termine ma orientati alla domiciliarità
- Approcci abilitativi specifici e precoci
- Innovazioni di sistema
- Dirette e tramite Coop, Enti Accreditati, Aiop per le forme di disturbo protratto (cronico) orientando la Residenzialità sociosanitaria verso Servizi di Comunità e Prossimità superando Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento
- Nuovi strumenti (Budget di Salute), inclusione sociale e servizi di comunità Superamento delle pratiche
- Percorsi Giudiziari (Unità di Psichiatria Forense che dia unitarietà a tutti i percorsi in tutte le aree)
- Partecipazione degli utenti e familiari
- Formazione e professioni
- Governo clinico e Orientamento alla ricerca (a partire dalle pratiche)

## La casa della persona come primo luogo di cura

Pietro Pellegrini<sup>5</sup> e coll.<sup>6</sup>

### Introduzione

Dopo due anni e mezzo di pandemia il futuro del sistema di welfare pubblico e universale viene delineato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare mediante le missioni 5 e 6 attraverso le quali vengono poste le basi per lo sviluppo del sistema sociale e della sanità territoriale.

Anche se la missione 6, delineata da Agenas e poi definita nel DM 77/2022, ha tracciato una linea, persistono alcune questioni di fondo ancora irrisolte che rischiano di compromettere l'intero disegno riformatore.

Infatti, per quanto siano stati fatti sforzi per una riforma del sistema sociale<sup>7</sup>, manca una visione unitaria degli interventi, essenziale per affrontare la sfida della gestione nel territorio della cronicità e delle fragilità.

In ambito sanitario, ospedaliero e territorio andrebbero visti insieme al fine di delineare, in relazione ad equità ed intensità di cura appropriata, i percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza. Infine permangono steccati culturali, organizzativi, tecnico-scientifici e professionali connessi anche alla disponibilità di medici e infermieri e alle diverse tipologie di contratto (dipendenti, MMG e PLS). I temi delle risorse professionali e del lavoro in gruppo, unito a quello della partecipazione dei cittadini, sono ineludibili e andranno affrontati per evitare che il nuovo sistema risulti costituito da contenitori sostanzialmente vuoti.

Pur con questi limiti, nell'ottica di una realizzazione graduale della riforma, va valorizzata la visione che vede l'attività territoriale incentrata su Casa della Comunità, Ospedale di Comunità e Casa della Persona come "primo luogo di cura". Questi luoghi devono essere tra loro fortemente interconnessi e al contempo collegati con i servizi distrettuali, aziendali, di area Vasta, regionali, nazionali e internazionali.

Questo rappresenta un cambio di prospettiva, al fine di creare un sistema innovativo in grado di assicurare risposte adeguate rispetto ai bisogni di salute dei cittadini partendo dal loro punto di vista. Occorre organizzare la Casa della Comunità affinché questa possa essere accessibile ad ogni persona.

Focalizzare l'attenzione sulla Casa della Persona come primo luogo di cura può essere il punto d'incontro di diverse azioni politiche e delle attività tecnico-scientifiche. La casa non è solo un luogo ma ha in sé un valore psicologico<sup>8</sup>, sociale e culturale per la persona e le sue relazioni.

### Tra mondo interno e mondo esterno

---

<sup>5</sup> Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

<sup>6</sup> Gilberto Gerra, Emilio Cammi, Lorenza Dodi,

<sup>7</sup> La Legge 30 dicembre 2021, n. 234 (c.d. "Legge di Bilancio per l'anno 2022") ha disciplinato, tra l'altro, una serie di interventi diretti a garantire la universalizzazione e razionalizzazione degli ammortizzatori sociali per fronteggiare le instabilità del mercato e supportare le transizioni occupazionali.

La legge 20 dicembre 2021, n. 227/2021 recante una delega al Governo in materia di disabilità.

<sup>8</sup> Bianchi L.F., Conti P. (a cura di) Abitare una casa. Il lavoro clinico con gli adolescenti nei servizi di neuropsichiatria. Mimens, 2022

Per abitare il mondo è necessaria una “base sicura” che si realizza mediante la relazione di attaccamento, la quale permette, attraverso esperienze vissute, di costruire nel mondo “interno” una casa che aiuti a sopportare senza angoscia gli spazi aperti e a diventare abitanti del mondo “esterno”.

La relazione duale viene prima del processo di separazione e individuazione. I modelli e gli schemi dell’esserci-con-l’altro e con il mondo dipendono dalla casa “relazionale” che abbiamo abitato, dalle esperienze psicofisiche che il nostro corpo ha avuto o meno già nelle prime fasi della vita lasciando una traccia indelebile<sup>9</sup>. Di conseguenza, la mancanza dell’esperienza di calore e intimità vissute primariamente nella casa determina una grave compromissione della possibilità di soggettivazione e della capacità di dare un senso all’Essere nel mondo.

Lo si vede, ad esempio, nell’adolescente con attaccamento disorganizzato o insicuro che è carente di sintonia, di capacità di autoregolarsi, di armonia nel rapporto con l’altro: la costruzione di un mondo interiore, di parole che possano esprimerlo, diviene possibile nella misura in cui, contemporaneamente, si crea una struttura, un apparato per denominare il sentire e pensare, elementi che altrimenti restano nel vuoto, irrazionali, incomprensibili, inquietanti e inesprimibili se non con atti.

Il paziente grave vive la sensazione precaria e discontinua di essere sempre su un terreno insicuro e franante e ciò emerge non tanto nelle parole quanto nella comunicazione non verbale. I sintomi e ancor più il controllo e la rigidità diventano necessari per placare l’angoscia di crollare e frammentarsi. Il paziente grave non ha avuto un corpo-presenza/corpo-relazione rispetto al quale sperimentarsi e individuarsi e non si è costruito un confine tra Sé e il mondo, tra Sé e l’altro, non ha costruito dentro di sé il senso di integrità/individualità. Il ridare casa, attraverso l’accoglienza non giudicante, mediante l’esserci dell’Altro costruirà lentamente, con pazienza, quell’accoglienza al mondo interno e le sicurezze di base che riaprono alla speranza, al futuro, alla partecipazione al mondo esterno.

Attraverso la presenza dell’altro si ricostruisce un percorso interrotto dentro una relazione contenitiva che ne riconosce l’umanità, dà sicurezza e possibilità di crescita. Una relazione aperta, paziente e flessibile può essere in grado di sostenere la partecipazione e la soggettivazione verso l’autonomia possibile. La base sicura evita lo sprofondamento ed apre alla leggerezza dell’esistenza possibile. Per questo la casa deve appartenere, essere propria “della persona”, un luogo sicuro per il corpo, i vissuti, i pensieri, le relazioni. È così fin dalla nascita, pertanto è facile capire quanto sia traumatico non avere casa, o perderla, venire privati ed essere costretti a vagare diventando stranieri a se’ stessi. “Avere la casa”, nelle diverse accezioni, è premessa per poterla usare<sup>10</sup> e al contempo far funzionare la mente.

### **Casa e salute**

Nel corso degli ultimi 50 anni, nelle società occidentali la casa non è più il luogo di nascita e, sempre meno, è quello della morte. Ambiti specifici di tipo ospedaliero l’hanno, per diverse ragioni,

---

<sup>9</sup> Ammaniti M, Ferrari PF. Il corpo non dimentica. L’io motorio e lo sviluppo della relazionalità, Cortina Ed, 2020 di Massimo Ammaniti, Pier Francesco Ferrari, e al.

<sup>10</sup> La base sicura è necessaria sia nelle società, come quella italiana, dove vi è una concezione proprietaria della casa sia nelle società del nord Europa e americana in cui è presente una cultura d’uso della casa, ma anche nelle società nomadi.

sostituita. Un processo che tende ad estendersi ad altri periodi della vita<sup>11</sup> nei quali le patologie possono ridurre le autonomie. Come se nella quotidianità la casa fosse per i sani o per i malati autonomi o assistibili dai care giver naturali, mentre per le patologie, specie croniche e disabilitanti, debbano esistere istituzioni dedicate.

In effetti, senza averlo troppo esplicitato nelle premesse e valutato nelle conseguenze, nelle società occidentali si sta andando in questa direzione per le seguenti ragioni:

- a) invecchiamento della popolazione (e forte modifica della piramide demografica) e differenziazione della popolazione anziana portatrice di bisogni diversi (giovani anziani/anziani care giver oppure anziani che necessitano di care giver);
- b) solitudine (40% di famiglie con un solo componente, e 30% di due);
- c) aumento di patologie croniche e disabilitanti che richiedono cure e assistenza;
- d) dimensioni, fragilità delle famiglie (quando presenti);
- e) denatalità: in Italia la riduzione dei giovani (che determina indici di vecchiaia<sup>12</sup> molto elevati) porterà ad una diminuzione della popolazione (in Italia da 59,6 a 58 milioni nel 2030) e ad un aumento degli anziani.

A questi fenomeni si associano:

- a) tendenza all'urbanizzazione della popolazione e spopolamento delle aree montane e di campagna, cui si affianca il tema delle periferie degradate, dell'underground, dei senza fissa dimora, dei rischi di sovraffollamento, infezioni, stress, uso di sostanze, disturbi mentali, condotte antisociali e microcriminalità;
- b) consumo di suolo da un lato e abbandono di campagne e montagne dall'altro, con conseguente dissesto idrogeologico, desertificazione relazionale, forte riduzione dei giovani e delle persone in età lavorativa (scenderà in 30 anni dal 63,8% al 53,3% del totale) con ripercussioni su welfare, attività produttive e vita sociale;
- c) rischio di abbandono delle persone, spopolamento dei quartieri, alloggi vuoti, riduzione della socialità da un lato e neo-istituzionalizzazione dell'altro, specialmente di anziani e disabili, in una visione che privatizza la sofferenza, riduce il senso delle responsabilità e della solidarietà familiari e parentali, con rinunce sofferte (disperante impossibilità ad occuparsi direttamente dei propri cari) e/o abbandono delle funzioni educative e di cura, delegate pressoché totalmente alle istituzioni, in modo non contrattuale, ma abbandonico o talora sospettoso o ipercontrollante.

La casa come simbolo della comunità umana, la famiglia, non è più stabile per generazioni e in grado di assicurare l'identità della persona; al contrario si svuota, non è più abitata, si sgretola, si confonde ed è sostituita da luoghi anonimi per mangiare e dormire, talvolta degradati, pericolosi, freddi, umidi, fonti di disagio e patologia. Le comunità solidali educanti e curanti vanno sempre più attivamente costruite in relazione alla riduzione del vicinato e delle connessioni informali, al fine di prevenire il crearsi di comunità frammentate, discriminanti, abbandoniche e indifferenti.

---

<sup>11</sup> Questo ha portato ad estendere i compiti della medicina, da quelli preventivo, diagnostico-terapeutico-riabilitativi, a quelli di tipo medico legale e giuridico con risvolti burocratici e amministrativi (certificare), etici e filosofici con sempre maggiore attenzione alla dignità della persona ecc. fino a configurarsi di nuovi "riti laici".

<sup>12</sup> Indice di vecchiaia: Rapporto tra numero di persone con più di 65 anni e numero di persone con meno di 15 anni, moltiplicato per 100.

## Una diversa prospettiva

Quanto si sta delineando, una società dei sani, o presunti tali, dove senza problemi si realizzano produzioni e commerci, che espelle in specifici contenitori i membri disturbanti, devianti, improduttivi, disabili e anziani, rappresenta una deriva molto pericolosa sia per la salute delle persone che per il benessere della società. Una prospettiva di questo tipo deve tenere conto dei seguenti aspetti:

a) secondo l'OMS (ICD-10<sup>13</sup> e ICF<sup>14</sup>) il funzionamento e la disabilità sono associati alle condizioni di salute, la convivenza di salute con condizioni di patologie croniche caratterizza una quota crescente della popolazione e riguarda una sempre maggiore percentuale degli anziani, senza per altro dimenticare la cronicità che è di origine genetica o insorge nell'età evolutiva e accompagna l'intera vita della persona;

b) le politiche di welfare si sono orientate a mantenere il più possibile a domicilio le persone, riservando l'inserimento in strutture socio-assistenziali alle situazioni più gravi, di difficile gestione, o per periodi di "sollievo". Una linea che si confronta con il problema della sostenibilità economica ma anche con le conseguenze negative e i fenomeni regressivi derivanti dall'istituzionalizzazione. Quando la permanenza a domicilio non è possibile, in diversi Paesi del Nord Europa, per esempio, la residenzialità istituzionale è stata sostituita da modelli alloggiativi, nei quali la persona può ricreare la propria dimensione domestica;

c) la permanenza a casa di norma è la soluzione preferita dalla persona malata, perseguibile sul piano tecnico mediante i modelli per la gestione della cronicità (Chronic Care Model) e conveniente anche sul piano economico gestionale. Questo consente di curare a domicilio tutte le persone con patologie croniche e di preservarne la "restanza"<sup>15</sup>, il legame con il paese, "luogo spaziale-temporale-mentale presente in ogni parte del mondo" (Teti, 2022). Una medicina che va a casa e che non attende il paziente in ambulatorio. Una casa che mantiene le relazioni con la presenza di immagini, simboli dai forti connotati emotivi, percorsi, abitudini. Per questo motivo Franco Basaglia fece ripristinare i comodini a fianco del letto: un mobiletto che contiene, seppure in un piccolo spazio, le cose di casa e il rispetto per l'identità.

Un nuovo modello di prossimità vede nell'approccio "One health" e "Planetary health" la chiave per ripensare i Servizi sul territorio, delineando un concetto di salute unitario che si estende agli stili di vita nonché alla qualità del benessere della famiglia e della comunità. Non si tratta di un semplice assemblaggio di interventi specialistici a domicilio, bensì di un team di professionisti che rappresentano la comunità, fanno provare cosa significa non essere abbandonati ed esclusi, e che assicura la partecipazione alla comunità, il diritto ad uscire e alla libertà (nessuna reclusione in casa).

Un modello che pone in primo piano la questione di genere e deve prevedere politiche di emancipazione femminile di sostegno alle funzioni genitoriali e al lavoro.

La Carta di Ottawa (OMS, 1986) individua come prerequisiti per la salute la pace, l'istruzione, l'abitazione, il cibo, un ecosistema stabile; ne deriva che sono diversi i fattori (politici, economici,

---

<sup>13</sup> WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10° rev., ICD 10 Masson Ed., 1992

<sup>14</sup> WHO International classification of functioning, disability and health: ICF, Erikson, 2001

<sup>15</sup> Teti V. La restanza, Einaudi Ed. 2022. "La restanza, al contempo, è il sentimento di chi è ancora il suo corpo ad un luogo e fa diaspora con la mente".

culturali, ambientali) possono favorire o danneggiare la salute. In una logica multi-prospettica e multi-dimensionale attraverso la sinergia collaborativa tra Aziende sanitarie e i Comuni si può delineare un sistema che espliciti le condizioni per la salute e per fare della casa il primo luogo di cura, realizzando un modello di welfare che responsabilizzi la persona, la famiglia e ogni parte della filiera della cura e dell'assistenza, e al contempo delinea un sistema di comunità educante e curante in grado di promuovere la qualità della vita, il benessere e l'armonia con l'ambiente<sup>16</sup>.

Nella provincia di Parma, a domicilio, operano i Dipartimenti di Cure Primarie e di Salute Mentale e si sono sviluppati progetti come Emocasa per la cura domiciliare di pazienti oncoematologici, l'ossigenoterapia, le cure palliative, la cura e il monitoraggio di diabete, le terapie anticoagulanti, la cura domiciliare di pazienti affetti da sclerosi multipla, delle persone affette da disturbi cognitivi. Si sono realizzati a casa i prelievi per esami, è stata avviata la radiologia a domicilio e si sta lavorando per realizzare l'Ospedalizzazione domiciliare.

Un processo complesso nel quale dobbiamo sempre includere le persone che soffrono. Ciò può avvenire mediante il coinvolgimento dei Pazienti Esperti che possono produrre forme di supporto tra pari, auto-mutuo-aiuto, formazione, comunicazione e nuove narrazioni. In questo quadro il Recovery College è un metodo di formazione e uno spazio di condivisione la cui peculiarità consiste nell'apprendimento continuo reciproco tra soggetti che sono sempre, al tempo stesso, discenti e docenti.

Tali sono sia gli esperti con formazione tecnico-professionale sia coloro che hanno vissuto e vivono in prima persona la sofferenza, come gli utenti e i familiari. A questi si aggiunge il sapere comunitario inteso come un qualificato apporto dei suoi tanti componenti: volontari, studenti, cittadini interessati alla salute compresa quella mentale, in tutti i contesti sociali, produttivi, scolastici, artistici, sportivi. La salute mentale e il benessere sono fondamentali per la convivenza e la realizzazione delle diverse attività, la soddisfazione delle persone ed un rapporto positivo con l'ambiente. I determinanti politici e commerciali della salute rendono essenziale il contributo delle istituzioni e delle organizzazioni: un metodo per affrontare e decostruire le contraddizioni ed evitare i rischi di ritorno a visioni neo-istituzionalizzanti o abbandoniche.

Si tratta di un laboratorio, in quanto nell'incontro tra queste realtà, tra gli "esperti per professione" (operatori) e gli "esperti per esperienza" (utenti e familiari), il sapere comunitario diviene il metodo per approfondire i temi proposti così da fornire una visione più ampia, profonda e libera da pregiudizi, che può essere la base per creare, nella "connettanza", nuove proposte e soluzioni per il futuro.

### **Casa come diritto**

Il valore della casa come diritto e componente essenziale della salute è presente nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, nella Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali art. 31, nel Trattato di Lisbona art. 34.3, Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità (art 28) ratificata con la legge n. 18/2009, Carta sociale europea articolo 31, Costituzione art.47, art. 14<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup>Lingiardi V. *Mindscape. Psiche nel paesaggio*, Raffaello Cortina Ed. 2017

<sup>17</sup> Art 14 "Il domicilio è inviolabile. Non vi si possono eseguire ispezioni o perquisizioni o sequestri, se non nei casi e modi stabiliti dalla legge secondo le garanzie prescritte per la tutela della libertà personale [cfr. artt. 13, 111 c. 2]. Gli accertamenti e le ispezioni per motivi di sanità e di incolumità pubblica o a fini economici e fiscali sono regolati da leggi speciali."

Diverse sentenze della Corte Costituzionale trattano il tema della casa. "Il diritto all'abitazione rientra infatti, fra i requisiti essenziali caratterizzanti la socialità" (Corte cost., sent. n. 217/1988) e "indubbiamente l'abitazione costituisce, per la sua fondamentale importanza nella vita dell'individuo, un bene primario che deve essere adeguatamente e concretamente tutelato dalla legge" (sentenza n. 252/1983). "Il diritto a una abitazione dignitosa rientra, innegabilmente, fra i diritti fondamentali della persona" (Corte cost. sent. n. 119 del 24 marzo 1999). Ne deriva che "è doveroso da parte della collettività intera impedire che delle persone possano rimanere prive di abitazione" (n. 49/1987).

"Creare le condizioni minime di uno Stato sociale, concorrere a garantire al maggior numero di cittadini possibile un fondamentale diritto sociale, quale quello all'abitazione, contribuire a che la vita di ogni persona rifletta ogni giorno e sotto ogni aspetto l'immagine universale della dignità umana, sono compiti cui lo Stato non può abdicare in nessun caso" (Corte cost. sent. n. 217 del 25 febbraio 1988). Le sentenze 310/03 e 155/04 regolano il blocco degli sfratti, giustificato solo in quanto transitorio e per "esigenze di approntamento delle misure atte ad incrementare la disponibilità di edilizia abitativa per i meno abbienti in situazioni di particolari difficoltà", senza che esso possa tradursi in una eccessiva compressione dei diritti del proprietario.

Secondo il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali, gli aspetti del diritto alla casa includono: la sicurezza legale del possesso; la disponibilità di servizi, materiali, strutture e infrastrutture; l'accessibilità; l'abitabilità; l'adeguatezza della posizione e della cultura.

*The Right to adequate Housing*<sup>18</sup> prevede il diritto alla protezione dell'individuo e della sua famiglia contro gli sfratti eseguiti con la forza e contro la distruzione arbitraria o la demolizione della propria casa; il diritto alla protezione della privacy e della propria vita privata e familiare; il diritto di scegliere il luogo della propria residenza, l'ambiente nel quale vivere ed il diritto alla conseguente libertà di movimento.

I diritti connessi al diritto ad una abitazione adeguata si qualificano come diritti fondamentali – nel senso di diritti di libertà<sup>19</sup>, non ancora anche di diritti sociali<sup>20</sup>. La residenza anagrafica è presupposto per fruire di interventi sociali. Il crescente numero di overdose, in particolare da sostanze prescrittibili nei paesi ad alto reddito, la prevalenza di HIV HCV, l'esperienza del carcere colpiscono in modo sproporzionato le persone senza casa.

---

<sup>18</sup> Ginevra 09, 14883, novembre 2009, 9, p. 245.

<sup>19</sup> A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale*, Padova, Cedam, 2003, p. 1 ss., p. 59 ss. nonché, da ultimo, in ID., *Dai diritti del cittadino ai diritti fondamentali dell'uomo*, in Riv. Ass. it. costituzionalisti, n. 0/2010, [www.associazionedeicostituzionalisti.it/rivista](http://www.associazionedeicostituzionalisti.it/rivista).

<sup>20</sup> F. MODUGNO, *I "nuovi diritti" nella giurisprudenza costituzionale*, Torino, Giappichelli, 1995, p. 61 ss.

**Funzioni della casa e dei luoghi significativi (piazze, chiese, cimiteri, fiumi, boschi ecc.)**

Accoglienza, protezione, sicurezza, intimità, dignità, nudità (spogli dei ruoli sociali)

Memoria, identità, spiritualità

Mito, poesia e cultura (feste, tradizioni, cerimonie e riti)

Dare senso, testimonianza e speranza.

La libertà, l'educazione, l'istruzione, il lavoro, la famiglia, la salute, la sicurezza fisica ed il benessere trovano infatti nel diritto all'abitazione un necessario presupposto<sup>21</sup> costitutivo dell'identità e della memoria, base sicura della persona che è nella comunità e realizza la propria personalità nelle relazioni sociali. La casa rappresenta un diritto inalienabile che non può essere reso secondario rispetto alle esigenze di cura o burocratiche, se non per limitati e giustificati periodi di tempo. La tendenza a considerare l'abitazione una mera opportunità, averne condizionato il diritto alle compatibilità economiche, crea situazioni di precarietà non solo lesive della dignità della persona, ma anche pericolose per quanto attiene alla salute. Lo stigma del senza tetto, senza fissa dimora, dell'essere apoliti diviene spesso auto-stigma, perpetrando la spirale dell'emarginazione. La casa è quindi da pensare nell'ambito di una politica di welfare pubblico, che sostenga la persona nell'intero ciclo di vita e consenta la realizzazione della sua personalità fronteggiando i rischi.

**Fare della casa il primo luogo di cura e di vita**

La casa è un diritto ma non è di per sé il luogo di una buona cura: occorre renderlo tale con interventi mirati, riconoscendo problemi e rischi correlati, come riportato in tabella:

**I rischi della/nella casa**

Casa come luogo degli incidenti domestici, violenze, abusi, azioni criminali ecc.

Casa come rifugio "inaccessibile" (NEET, Hikikomori, accumulatori)

Casa come luogo abbandonico, degradato, manicomiali

Casa come luogo dell'isolamento, disperazione, solitudine, abbandono e morte (morti in solitudine, scoperte dopo vari giorni).

Barriere architettoniche

Casa come rischio: crolli, incendi, fonte di inquinamento e malattia<sup>22</sup>, pericolo per accumulo di materiali

Casa come luogo di nudità (spogli dei ruoli sociali)

Condizioni per fare della casa il primo luogo di cura:

a) esistenza di una casa adeguata, sicura;

<sup>21</sup>Bilancia F. Brevi riflessioni sul diritto all'abitazione

[https://www.regione.emilia-romagna.it/affari\\_ist/Rivista\\_3\\_4\\_2010/Bilancia.pdf](https://www.regione.emilia-romagna.it/affari_ist/Rivista_3_4_2010/Bilancia.pdf)

<sup>22</sup> "Uno studio in Messico ha esaminato l'impatto sulla salute dei bambini e sul benessere degli adulti di un programma su larga scala volto a sostituire i pavimenti in terriccio con quelli in cemento. Da questo studio è emerso che pavimentare con il cemento le abitazioni produceva un miglioramento nella salute dei bambini, in termini di riduzione dell'incidenza delle malattie e delle infezioni, contribuendo anche a migliorare lo sviluppo cognitivo dei bambini stessi. Inoltre, lo studio ha rilevato miglioramenti significativi nel benessere degli adulti in termini di aumento della qualità della vita, dovuto a migliori condizioni abitative e livelli ridotti di depressione e di stress". Pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Salute nel 2014 con il titolo Social determinants of mental health. I determinanti sociali della salute mentale Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS, 2017Doors

b) reddito;

c) presenza familiari /care giver;

d) possibilità di portare a domicilio assistenza, interventi sociali e cure sanitarie appropriate, adeguando gli strumenti disponibili (telemedicina, diagnostica a domicilio, EGC, ecografie; terapie a domicilio in condizioni di sicurezza per il paziente e la famiglia; Budget di salute...);

e) diritto della persona all'autodeterminazione rispetto alla propria vita, salute, al dove, con chi, come vivere.

### Obiettivi

1) Collegare Casa della Persona, come primo luogo di cura, e Casa della Comunità attraverso portinerie, stazioni intermedie, vicinato, microzone, punti di comunità, associazioni solidali, nuove tecnologie sempre associate a presenze umane, professionali e volontariato. Una casa in un contesto ricco, solidale e di qualità. Si ha così lo sviluppo della “**connettanza**”, cioè delle relazioni reciproche reali rispetto a quelle potenziali.

È necessario riconoscere alla “Comunità” lo status di entità autonoma, che nasce e si costituisce non in modo spontaneo bensì come sintesi di un lavoro collettivo, che necessita anche della mediazione di professionisti dei legami sociali, di mediatori e facilitatori di connessioni, non demandando solo alla responsabilità del volontariato. In tal modo si evita che il passaggio dalla “Casa della Salute” alla “Casa della Comunità” sia solo nominale.

2) Valorizzare la funzione del Terzo settore nella co-programmazione e co-progettazione, capace di innovazione e inclusione, creazione di lavoro e socialità.

3) Favorire la riconversione della residenzialità a “**servizi di comunità**”: creare imprese sociali e culturali, per rianimare persone e territori, unire welfare, produzione, cultura, socialità e favorire lo sviluppo di “**Servizi di prossimità**” (portinerie, microzone ecc.).

4) **Tutti sono dimissibili** dalle residenze e assistibili con modelli incentrati sull'abitare una casa. Servono modelli che non siano ospedalieri o alberghieri. Mappare i territori, il numero e la qualità delle abitazioni e dei servizi è importante, ma non basta. Occorre creare “scivoli” psicosociali per rendere possibile la partecipazione, che è prioritaria rispetto all'abilità e che cresce proprio nelle relazioni e nei contesti, tramite gli erranti cammini della vita.

Sul piano delle risorse vanno unite quelle messe a disposizione dalle istituzioni (indennità, pensioni, reddito cittadinanza ecc.) e quelle personali, dando rilievo alle risorse immateriali (accoglienze, gentilezza, speranza, creatività e innovazione ecc.) e a quelle del vicinato e del volontariato.

5) **Diritto alla vita indipendente**, per la cui realizzazione si rimanda alle specifiche linee di indirizzo.<sup>23</sup>

### Assicurare una casa

Il diritto alla casa è inalienabile. Per ogni persona occorre individuare le criticità al rientro a casa (ruolo di Bed manager, Assistenti sociali, UVG, UVM), sviluppare Piani Assistenziali Individuali e applicare strumenti e metodologie secondo modello del Budget di Salute.

Occorre:

---

<sup>23</sup> Linee di indirizzo per i Progetti di Vita indipendente. Gazzetta Ufficiale 4 febbraio 2020

- mantenere in primo piano la volontà e i desideri della persona, orientarsi da quelli per superare ostacoli e limiti, adattando le cure ai suoi bisogni;
- affrontare le tematiche di genere e la questione dei care giver, essendo questi ultimi prevalentemente di sesso femminile (sostegni economici, servizi per i figli, aiuto domestico, trasporti ecc.) e promuovere la cultura della Responsabilità reciproca (doveri, alimenti);
- rendere adeguata la permanenza in ambito ospedaliero, prevenire la lungodegenza per ragioni sociali e assistenziali;
- rendere residuali gli accessi in CRA e altre strutture anche temporanee, per evitare gli effetti negativi dello sradicamento e dell'istituzionalizzazione, e sviluppare modelli alternativi con le ASP ed Enti del Terzo Settore;
- prendersi cura della casa, come base sicura, luogo di accoglienza, sicurezza, bellezza, in armonia con i vicini e l'ambiente.

Al fine di contrastare l'isolamento e il vissuto di solitudine, occorre migliorare il funzionamento e le autonomie, strutturare il tempo e dare senso alla vita, attraverso:

- Aree verdi, orti, percorsi salute, attività di condominio/quartiere (rete relazionale)
- Home care technology
- Servizi per l'adattamento dell'alloggio
- Telemedicina
- Utilizzo di App per monitoraggio, aderenza terapie, stili di vita
- Occasioni di convivialità
- 

#### Politiche della casa e salute

- ACER; riutilizzo patrimonio pubblico; garanzie pubbliche per acquisire alloggi; ruolo di fondazioni e privato
- Senza tetto (relazioni, team dedicati, soluzioni alloggiative); Housing First (costruire rete dedicata)
- Prevenire sfratti e distacco delle utenze (per morosità)
- Famiglie con minori (case e cortili a misura di bambino)
- Migranti (convivenze forzate, centri di accoglienza)
- Presenza di minori, separazioni familiari obbligate, nel sistema di accoglienza.
- Il diritto alla casa e le politiche di housing sociale
- Adattamento degli alloggi (fondi dedicati)
- La casa come risorsa relazionale (co-housing; nei servizi costruire rete dedicata)
- Casa sicura in caso di violenza di genere
- Casa come base di un progetto di vita post/alternativo alla detenzione; recupero beni confiscati alla criminalità
- Casa come potenzialità di un territorio che si sostengono reciprocamente e danno origine a nuovi stili di vita e culture (affidamento minori, accoglienze temporanee di adulti, ecc.)
- Presenza di animali (convivenza con disabili, bambini, anziani)
- **Ripristino del verde pubblico**
- Ridurre consumi
- Rapporti strutturati con supermercati, negozi di vicinato
- Abbattere inquinamento domestico

## Reddito

- Valutare bisogni e risorse (strumento specifico)
- Pensioni, Accompagnamento, Assegni di cura
- Budget di salute
- Sostegno al progetto di vita
- Povertà

## Servizi sanitari e sociali a domicilio

### Rete professionale:

- Cure Primarie MMG/PLS, Infermiere di Famiglia e Comunità, Servizi Domiciliari (medicina di iniziativa, prossimità, “andare a casa”)
- Specialistica a domicilio (SUMAI e rete dei privati accreditati; quota di budget destinato ad attività a domicilio) per cura malattie ematologiche, oncologiche, BPCO, diabete ecc.
- Farmacie e altri servizi e strumenti che permettano di collegare la casa della persona alla Comunità, in una visione unitaria di salute e benessere (a casa si possono fare ECG, holter, ecografie ecc. e i dati possono essere trasmessi a distanza)
- Ospedale a domicilio (equipe mobili): continuità e multicomplexità
- Semi-residenzialità, Centri diurni, CD diffusi collegati alle case
- Servizi sociali, ASP, definizione dei Piani assistenziali individuali (assistenza diretta, grupppale, a distanza)

### Rete sociale e ambientale:

- ETS e Associazioni, valorizzazione auto-mutuo-aiuto (vicinato solidale, gruppi, utenti/familiari esperti, forme di attività di accoglienza, trasporto, banche tempo, centri per riuso, orientamento sociale)
- Biblioteche (Biblioteca dei libri viventi ecc.)
- Negozi di vicinato
- Parrocchie, oratorio
- Dimensione spirituale
- Coop di Comunità; Comunità energetiche
- Funzione mitica, identitaria e culturale dei luoghi (Enti di promozione, cammini, ostelli, “alberghi diffusi” ecc.)
- Musei locali; arte povera; raccontare storie scambi culturali
- Il verde come elemento di salute (bosco, cammini, ecc.)
- L’ambiente verde sicuro, a dimensione umana e privo di pericoli, multisensoriale

## Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi di prossimità<sup>24</sup>

- Passaggio dalle prestazioni alla logica della “salute di comunità, con al centro la persona, a partire da quella più fragile”
- Inclusione sociale e welfare generativo e politiche specifiche per Anziani, Donne, Giovani, Aree sicure a dimensione di bambino

### **Nuove politiche di welfare**

Occorre promuovere una visione unitaria degli interventi sociosanitari e riconoscere il ruolo rappresentato dalla comunità; ovvero una visione unitaria dei servizi sociosanitari comunitari, sviluppando i punti indicati in tabella:

- Forme di governo e gestione unitarie, partecipate, co-costruite e rendicontate.
- Ufficio /Sportello per i Progetti di vita ed Equipe da attivare (albo amministratori di sostegno, esperti, volontari, professionisti ecc.)
- Cambiare la residenzialità (RSA, Residenze ecc.) a servizi di comunità che seguano persone a domicilio ed organizzano i Servizi di prossimità progettati per un territorio definito, preciso e con il coinvolgimento di tutti gli attori mediante la co-programmazione e co-progettazione (DM Ministero del lavoro 72/2021):
- Portineria di frazione/comune/quartiere
- Cooperative di comunità, comunità energetiche per un diverso rapporto con ambiente e sua tutela.
- Promuovere e valorizzare le sperimentazioni (Tiedoli, microzone, servizi diffusi e collegati)
- Care-giver (auto-mutuo aiuto, sostegni, sollievo, corsi di formazione, supervisione)
- Badantato di gruppo, condominio
- Microzone (individuare aree definite, di frazione, paese, parte di quartiere)
- Servizi a domicilio (spesa, pulizie, manutenzioni, farmaci)
- Coinvolgere Amministratori di condominio
- Valutare l’istituzione di volontari referenti di frazione (monitoraggio > 65 anni, disabili gravi)
- Sostenibilità, Rispetto ambiente e Km 0.
- Servizi per la mobilità non solo di cura
- Individuare nel FRNA fondi per BdS previsti dal DM 77/2022 per i Percorsi di salute complessi. Applicazione metodologica
- Home care technology (strumenti, presidi, allarmi, app ecc.)
- Fascicolo Sanitario Elettronico (facilitazioni ecc.)

---

<sup>24</sup> Ministero della Salute Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità. Ai sensi dell’art. 1 comma 4 bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n.77.

### **Progettare la casa come primo luogo di cura (architetti e cittadini) nell'ambiente:**

- Rigenerazione urbana
- Abitare in bellezza
- Casa sicura e accessibile Mobilità (ascensori e scale)
- Casa che cura (musica, aromi, odori, audiolibri, libri viventi, multisensoriali, paesaggi)
- Arredamento e strumenti

### **Diritti sostenuti dalla presenza dell'altro**

- Ruolo delle istituzioni, di familiari, associazioni, amministratori di sostegno, notai ecc.
- Sportelli dei Comuni per i Progetti di Vita, BdS
- Giustizia di prossimità
- Coinvolgere tutti perché come dice il proverbio africano “Per crescere un bambino serve un intero villaggio”.
- “Garantire che nessuno sia lasciato indietro” e “Raggiungere innanzitutto chi sta più indietro” (OMS,/ONU dichiarazione congiunta 27 giugno 2017. Agenda 2030)

*“Poveri siamo un po’ tutti, perché la povertà è soprattutto non contare niente. Non è tanto essere senza denari, ma piuttosto essere senza potere, senza ascolto, senza confidenza”. Ecco perché aggiungeva: “Ciascuno deve tirar fuori con coraggio la sua povertà e saper guardare agli altri a partire da questo punto di osservazione”. (Carlo Maria Martini)<sup>25</sup>*

---

<sup>25</sup> Roberto Zuccolini (a cura di) La Parola e i poveri. Storia di un’amicizia cristiana, Carlo Maria Martini e la Comunità di Sant’Egidio, Ed. San Paolo, 2022

## Servizi di Comunità e Prossimità: fondamenti

Pietro Pellegrini<sup>26</sup>

Siamo in una fase che richiede la progettazione dei Servizi di Salute Mentale per il futuro.

Sulla base della legge 180/1978 è stata realizzata, nel 1999, la chiusura degli Ospedali Psichiatrici e in applicazione della legge 81/2014 anche di quelli Giudiziari (2017). Dagli anni 70 si è sviluppata una rete dei Servizi in larga parte territoriali, Centri di Salute Mentale, Residenze e Semi-residenze ed una parte più limitata di tipo ospedaliero, SPDC, SPOI e con Ospedalità Privata Accreditata.

Dal 1997 si sono sviluppate collaborazioni con le Coop Sociali sia per chiudere OP e OPG sia per promuovere interventi con Budget di Salute. Dopo anni di proroghe degli affidamenti diretti, nel 2015 è stato deliberato l'Accordo Quadro, con scadenza 30 giugno 2024. A fine 2022 si è attivato il processo di co-progettazione che ha portato alla costituzione dell'Albo degli ETS. Alcune co-progettazioni sono state attivate nel corso del 2023 (Centro Formazione e Inclusione di Vigheffio, Fornovo e Parma). Ad oggi completare la co-progettazione 2024 e porre le basi per i prossimi 10 anni.

La prospettiva che può essere tracciata è quella di avere Servizi ospedalieri per E-U, diagnosi e trattamenti intensivi, di articolare la cura secondo PDTA che possono anche prevedere fasi ospedaliere o residenziali (come ad esempio nei DCA, dipendenza da eroina, ed al.) ma sempre in forte connessione con i CSM e con i **Servizi di Comunità e Prossimità**, da costruire per il futuro, almeno uno per ogni Distretto ( 2 per Parma), oltre a continuare a sviluppare i **Progetti Personalizzati con Budget di Salute**.

La sfida è la trasformazione del mandato della residenzialità sociosanitaria che, pur essendo stata importante per il superamento degli OP, oggi vede sempre più limiti specie nel dare risposte ai nuovi bisogni. Un processo che è in parte già in atto con una interpretazione nuova dell'abitare e con i progetti con Budget di Salute.

In questa prospettiva va orientata larga parte della residenzialità (**recovery istituzionale**), passando dal modello alberghiero-gruppale, regressivo-invalidante con diritti diminuiti/limitati a quello della vita indipendente, personalizzato, evolutivo-capacitante basato sul diritto alla casa, come primo luogo di cura e di vita, all'autodeterminazione del progetto di vita nella comunità, chiamata attivamente a sviluppare il capitale sociale per prendersi cura, educare, abilitare.

**Questa linea è resa necessaria sia dai nuovi bisogni della salute mentale che dalle variazioni sociali** (aumento delle famiglie monocomponenti, della solitudine e isolamento-abbandono, multiculturalità). Elementi che sono resi ancora più evidenti dall'attuale fase pandemica, nella quale le diverse crisi portano a frammentazione dei legami sociali, a problemi della convivenza in ambito familiare, a crisi della partecipazione ai processi democratici.

**Sul piano dell'epidemiologia psichiatrica**, ad una relativa stabilità delle psicosi classiche si assiste ad un aumento delle dipendenze patologiche e comportamenti auto e etero aggressivi; incremento dei disordini di personalità; tentativi di suicidio soprattutto nelle nuove generazioni ma soprattutto ad un aumento della complessità, tanto da parlare di **multicomplexità**, nella quale coesistono e si influenzano reciprocamente patologie croniche, disturbi mentali, problemi relazionali e dei care

---

<sup>26</sup> Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma.

giver, disagio sociale, abitativo, lavorativo e talora anche misure giudiziarie. D'altra parte il **Chronic Care Model** evidenzia che tutta la cronicità può essere gestita a domicilio o comunque con interventi incentrati sull'abitare un alloggio personalizzato. Un cambio di paradigma fondamentale per la cura, ma anche per il rispetto dei diritti.

In questo quadro occorre passare dall'inadeguato modello domanda-offerta, applicabile dove è possibile la standardizzazione, a quello fondato su **bisogni-risorse** e **sulla coprogettazione**, la personalizzazione nella comunità. Questo dà alla persona il riconoscimento dell'identità e il senso di appartenenza ed è alla base di un orientamento secondo il quale nessuno deve essere abbandonato o allontanato dalla comunità, che con tale impegno evidenzia la sua qualità e competenza di fronte ai problemi che la riguardano e di tutte le persone che la compongono. Le persone e le comunità sono co-produttori della salute e del benessere, piuttosto che essere recettori dei servizi; questo potenzia o rafforza, di conseguenza, la capacità delle comunità di controllare e determinare il loro futuro. Per rendere effettiva accoglienza, appartenenza e partecipazione occorre leggere in modo congiunto i bisogni e definire insieme le risorse.

**La coesistenza dei diversi bisogni è alla base di una visione che implica una responsabilizzazione di tutti i servizi e delle diverse agenzie e al contempo chiama la persona ad essere protagonista e responsabile del proprio progetto di vita nella comunità.** Persona che è molto di più e di diverso dai suoi disturbi. Occorre focalizzarsi sui punti di forza, le potenzialità, piuttosto che sui limiti, le disabilità, le carenze e i deficit. Su come insieme si può costruire benessere e dare senso alla vita nonostante la malattia (recovery).

**Definire insieme le risorse vuol dire che la costruzione del budget non è predeterminata ex ante ma rappresenta un processo dinamico ed evolutivo nel quale ciascuno concorre alla sua definizione e costituzione,** compresa la persona, al fine di realizzare per il proprio progetto di vita.

La principale risorsa è costituita dalle persone con le loro relazioni, a partire da quelle familiari, convivenze ed al. Altre risorse sono attivabili nel contesto sociale promuovendo il capitale sociale, mappato e misurato con strumenti specifici. Questo contrasta con il processo di perdita di ruolo, desocializzazione, povertà e invalidazione che talora accompagna o è associato al disturbo mentale.

Le risorse per i Servizi di Comunità e Prossimità, oltre a quelli istituzionali, possono aumentare mediante la connettanza, la deistituzionalizzazione, la coproduzione.

**La Connettanza** è quel fenomeno per il quale il collegamento reciproco tra due nodi può creare contatti più intensi ed efficaci, può costruire nuove connessioni, può promuovere nuove aggregazioni cioè nuovi nodi. La trama può svilupparsi anche in modo creativo, inventivo e sperimentale.

**La salute mentale è competenza di tutti:** dai sanitari, a partire dal medico di base fino ai diversi specialisti (si pensi all'importanza in cardiologia, oncologia ecc.) ai servizi sociali, le scuole, università, i luoghi di lavoro e così via, compresi gli istituti di pena, la strutture per anziani, per migranti. Talora le loro condizioni contrastano con la dignità e i bisogni di base necessari per la salute mentale, quando non arrivano ad avere effetti patogeni. Sono elementi critici che vanno rilevati onde evitare di assumersi il compito impossibile di creare salute in contesti altamente invalidanti, discriminanti e patogenetici.

**La deistituzionalizzazione** rappresenta la via non solo per una redistribuzione delle risorse ma per un loro utilizzo più efficace. Le istituzioni totali, oltre a ledere i diritti, sono anche molto costose.

La partecipazione in questa ottica è sia diritto che risorsa. Questa linea viene sostenuta dalla legge 180 e recentemente anche dalle Linee Guida delle Nazioni Unite.<sup>27</sup>

**La co-progettazione e co-produzione** è un aspetto fondamentale per il futuro e si sviluppa se c'è condivisione tra tutte le parti sulla costruzione di un sistema fortemente radicato nel territorio. I principi che sono alla base della co-produzione sono l'essere, l'appartenere e il fare assieme. Essere riconosciuto come persona nella comunità dà al tempo stesso identità e senso di appartenenza.

Questo approccio rilegge bisogni e risorse ed evita la privatizzazione della sofferenza, portando a riconoscerne la valenza pubblica e il valore sociale. La sofferenza mentale non è un fattore che riguarda solo la persona che ne soffre o la esprime o la famiglia che è coinvolta, ma è qualcosa che riguarda tutta la comunità. Quest'ultima, se non coinvolta e resa protagonista, sulla base della paura e dello stigma, può attivarsi chiedendo espulsioni, allontanamenti, emarginazioni in un processo di desertificazione relazionale e impoverimento interiore che rischia di essere pericoloso per le persone, oltre ad alimentare il processo di neo-istituzionalizzazione. Questa potrebbe essere la via che si alimenta, visto che già oggi in Italia vi sono circa 415 mila posti residenziali.

Invece, favorire la partecipazione responsabile non solo istituzionale ma nella prossimità e nelle singole situazioni può sviluppare un atteggiamento solidale della comunità, può portare ad utilizzi innovativi delle risorse disponibili, a riarticolare le competenze e le capacità già esistenti, comprese quelle degli utenti. Fare assieme è una parte essenziale della co-produzione e consente di creare una rete di contatti cui tutta la città prende parte, con lo spirito di lavorare "con" le persone e non "sulle" persone. In questo si sostanzia la cura di/nella comunità nella città abilitante. A tal fine il sistema può acquisire risorse mediante bandi, utilizzo di beni pubblici inutilizzati, raccolte fondi, progetti di rigenerazione urbana, culturale e sociale.

Alla base dell'intervento vi è il **modello biopsicosociale, ambientale e culturale**, nel quale i diversi fattori s'influenzano reciprocamente, anziché approcci riduzionisti e neopositivisti.

Questo significa cogliere tutte le componenti della salute e del benessere, prendendo in considerazione gli aspetti biologici, genetici/epigenetici, quelli psicologici e sociali, compresi i determinanti sociali della salute.

Un approccio basato sulla complessità e **una visione olistica** (One Health, Planetary Health) richiede una visione d'insieme nella quale sono inclusi e coesistono i diversi interventi, compresi quelli biologici fondati sulla responsabilizzazione, sulla partecipazione degli utenti, delle loro famiglie e degli operatori alle scelte nei e dei processi di cura. In questo sono importanti alcuni approcci già sperimentati, quali il Budget di Salute, la comunità terapeutica democratica, il dialogo aperto, i gruppi multifamiliari, le esperienze di inserimento lavorativo, di automutuoaiuto e di coinvolgimento delle famiglie.

**I presupposti per i Servizi di Comunità e Prossimità sono la cultura, le prassi democratiche e dialogiche**, la promozione della cooperazione anziché della competizione. Sono fondamentali la fiducia e la speranza, le quali sono alla base della recovery e della resilienza. I Servizi di Comunità e Prossimità possono sviluppare la cultura della salute e del benessere sociale nella comunità locale e far crescere il patrimonio comunitario e una visione di insieme che eviti la frammentazione dei servizi e della società stessa.

---

<sup>27</sup> Nazioni Unite Comitato sui diritti delle persone con disabilità Linee guida sulla deistituzionalizzazione, anche in caso di emergenza. Adottato nella ventisettesima sessione 15 agosto 9 settembre 2022.  
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/2023-10/Guida-sulla-deistituzionalizzazione-Italian.pdf>.

In questo quadro è necessaria una **trasformazione anche del Sistema di Salute Mentale** che non può continuare a funzionare in modo ripetitivo secondo modalità fisse e rigidi confini in base a un'organizzazione scaturita dalla legge 180. L'assetto dei Servizi è storicamente determinato ed oggi occorre superare barriere e muri difensivi, che di fatto sono sempre facilmente scavalcati, visto che la sanità ha, tra tutti i sistemi, la più bassa soglia (il Pronto soccorso). Serve la capacità di considerare l'organizzazione come dinamica, modificabile per raggiungere nuovi obiettivi. Serve uscire dall'isolamento e dall'autostigma anche dei Servizi.

La Salute Mentale di comunità si basa su un pensiero che si riferisce alla “**teoria del campo**” dove tutto è connesso e interrelato. In questo tutti, compresi i servizi del welfare, devono porsi il tema della conoscenza della comunità e di come interagire e integrarsi.

Una relazione nella quale ciascuna Organizzazione (ETS) ha proprie competenze e, sulla base del rispetto reciproco, si sviluppano relazioni paritarie. Anche con le persone con disturbi mentali, alle quali va sempre riconosciuta libertà, autodeterminazione, la capacità di prendersi responsabilità e di costruire insieme programmi di cura e progetti, piuttosto che pretendere accondiscendenza passiva o la dipendenza che i servizi, a volte, incoraggiano.

**Vanno praticate le relazioni per la connettività**, dove oltre l'aspetto terapeutico con il paziente vi è l'obiettivo di raggiungere la comunità. Ogni caso complesso è un problema ma anche una straordinaria occasione per costruire il nuovo, cambiare creativamente il Sistema confrontandosi con il Progetto di vita di quella specifica Persona e della sua famiglia. È la misura di come rispetto ad essa i vari settori si relazionano e comunicano tra di loro ad ampliare la partecipazione e la capacità di rispondere.

Diventano quindi cruciali, come fattori terapeutici, le fragilità, le incertezze, le relazioni dei Servizi di Salute Mentale con i Servizi Sociali e abitativi dei Comuni, il volontariato, le comunità, le associazioni di utenti e familiari ma anche altri partner, imprenditori, sindacati, fondazioni, iniziative culturali e sportive... Tutti sono chiamati a partecipare all'esperienza di costruire salute e benessere.

**Tutti possono/devono partecipare alla costruzione della salute**, sia mentale che fisica: si tratta di una responsabilità di tutti, non soltanto di un individuo o di un servizio. “Il coinvolgimento di tutti dà anche un senso di responsabilità e di appartenenza, aiuta a cambiare il senso, il modo di pensare rispetto alla salute mentale, che tante volte rende la persona incapace di prendere decisioni per la propria vita. Al contrario l'obiettivo è rendere la persona capace di prendere decisioni per sé e contribuire alla vita di tutti.” (..) Per fare questo occorrono: “Primo: costruire relazioni positive con facilitazione della connessione sociale e quindi la pratica relazionale come trattamento in se stesso; costruire relazioni tra individui. Secondo: il bisogno di avere un proposito, di avere uno scopo nella vita. La visibilità per gli utenti, di avere un senso di appartenenza e di sapere che vale la pena di vivere. Cos'è che li ha aiutati? Li ha aiutati l'idea della co-produzione come trattamento, quindi fare le cose insieme e offrire quello di cui si è capaci, i valori, le capacità che sono innate e le risorse esistenti negli individui. Terzo: il programma centrato sui bisogni dell'individuo e i trattamenti psicosociali scelti sono basati sui dati già comprovati e su studi svolti. Quindi ci sono delle evidenze che dimostrano che questi hanno degli effetti positivi sugli utenti.”<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Barone R. Volpe A. Embrace e co-produzione. La comunità terapeutica democratica come ambiente abilitante nella comunità locale. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. Vol, N 24, 9 settembre 2022.

<https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-24/embrace-coproduzione-comunita-terapeutica-democratica>

Elemento fondamentale per co-costruire un percorso di cura è quello **motivazionale**. Per questo, oltre all'approccio basato sul riconoscimento del disturbo e le necessità di trattamento (*insight* e adesione alle cure) seppure sostenuto mediante lo *sharing decision making*, è necessario sviluppare un approccio basato sul progetto di Vita, di benessere, di senso della vita della Persona, delle sue relazioni e attività, in cui inscrivere anche il disturbo letto in modo complesso, comprendendone sia la sofferenza, sia gli aspetti protettivi e (mal)adattativi, sia i risvolti funzionali sul mondo interno e nelle relazioni. Disabilità, stigma e autostigma si alimentano anche attraverso i ripetuti fallimenti terapeutici e sociali. Per questo occorre essere riconosciuti, accolti e accompagnati, restare a fianco, per dare senso alla vita, promuovendo diritti e rispetto dei doveri.

In questo possono essere molto importanti l'automutuoaiuto, il dialogo aperto, gli approcci multifamiliari, il Budget di Salute, i programmi sociali e di gruppo, il coinvolgimento degli esperti per esperienza o orientatori sociali a supporto degli utenti e delle strutture. Altre iniziative sono rilevanti: *Social prescribing*, Recovery College, Visiting.

La "connettanza" consiste nello sviluppare e mappare le relazioni, rendere fruibile quanto è esistente e vedere insieme come sviluppare nuovi legami, connessioni, nodi, come approfondire e migliorare le relazioni.

Se la casa diviene il primo luogo di cura, il programma "Abitare in sicurezza, bellezza e armonia" risulta fondamentale per prevenire gli incidenti domestici, anche con l'ausilio delle nuove tecnologie, oltre che l'abbandono, il degrado e la solitudine. Questo significa affrontare i rischi, dividerli e imparare a gestirli. Accogliere il punto di vista dell'altro richiede di accettare il conflitto e il dissenso. Ed è all'interno della relazione di cura e nel contesto che si genera senso e maturano le decisioni, anche quelle più complesse e difficili.

**Per questo il Servizio di Comunità e Prossimità deve essere un punto di riferimento** che dia sicurezza e crei il campo dove si attiva e prende vita la Comunità, le sue articolazioni, i suoi cittadini. Così vengono poste le basi affinché la co-produzione si possa sviluppare creando accoglienza, formazione, lavoro, cultura, relazioni, non solo per i malati ma per tutti.

La Salute Mentale è un diritto ed un bene comune che va continuamente promosso, tutelato, mantenuto, ripristinato. È un bene prezioso, essenziale ma fragile, che affonda le radici nell'umanità e nella cultura. Un bene che si sviluppa lentamente e può regredire, perché soggetto non solo a patologie ma anche a condizioni sociali, a condizionamenti, a stimoli (si pensi alle tecnologie), alle nuove culture.

La co-progettazione e la co-produzione sono un processo continuo che va periodicamente rinnovato, ogni anno, per creare e mantenere il campo fertile e creare innovazioni e sperimentazioni, utilizzando anche nuovi strumenti (coop di comunità, comunità energetiche, *home care technology*).

La connettanza è al tempo stesso risultato e premessa di percorsi circolari di co-progettazione e co-produzione. In altre parole, a partire dall'esistente essa può creare il senso di auto-iniziativa, il senso di efficacia, un incremento progressivo dei ruoli di responsabilità all'interno della comunità; l'attivazione di altre risorse. Ogni ETS quindi diviene un produttore di salute e benessere mediante lo sviluppo di una serie di alleanze, la valorizzazione del contributo degli utenti che possono diventare esperti per esperienza e orientatori sociali, e quindi assistere i nuovi utenti, ma anche diventare operatori degli ETS e offrire servizi alla Comunità. Persone come risorsa. Nessuno è così malato o così malvagio da essere escluso dal contesto umano.

Per sostenere questi processi è fondamentale la cultura e la formazione in tutte le sedi, mediante la metodologia del Recovery College, dell'apprendimento vivendo l'esperienza (*Living and Learning*) anche nei momenti informali, di gioco, di divertimento, nel trascorrere il tempo insieme.

È essenziale la cultura critica della valutazione, del visiting, della ricerca.

Occorre promuovere la condivisione del processo decisionale e la responsabilità nel rispetto delle regole e dei limiti a partire dalla quotidianità. Occorre dare centralità alle relazioni umane con gentilezza, accoglienza, ascolto, compassione per realizzare la qualità dei progetti di Vita mediante l'Ufficio per Progetti di Vita, i progetti per il Quality Right e il Questionario per la Deistituzionalizzazione.

## Servizi di/nella Comunità: ipotesi

Pietro Pellegrini<sup>29</sup>

I Servizi di Comunità hanno la funzione di collegare la Casa della Persona come primo luogo di cura, la Casa della Comunità<sup>30</sup> e i servizi del DSM-DP, in primis i Centri di Salute Mentale, SerD e CNPIA; al contempo hanno l'obiettivo promuovere l'inclusione lavorativa e sociale, attivando anche la rete informale, di vicinato e del volontariato. Hanno la caratteristica di essere servizi di prossimità.<sup>31</sup>

Il riferimento è l'approccio "*One health*" che prevede il superamento delle divisioni/barriere tra sociale e sanitario, tra cure primarie e specialistiche, e richiede di dare continuità ai percorsi tra ospedale/residenze e la casa della persona, tutti nella Comunità.

La Persona, sempre parte della Comunità, è considerata la prima risorsa, protagonista del programma di cura e titolare del progetto di vita. L'orientamento alla recovery richiede di andare oltre la logica prestazionale in favore di una presa in cura di/nella/con/tramite la comunità, della persona e della sua famiglia, assicurando diversi livelli di intensità di cura plurimodali e integrati, in grado di connettere gli interventi di prossimità con quelli altamente specialistici di 2-3 livello.

Questo migliora l'appropriatezza di tutti gli interventi, da quelli ospedalieri, riservati ai soli pazienti acuti, a quelli rivolti ai pazienti altamente complessi, per i quali i servizi riabilitativi devono essere capacitanti, in grado di superare logiche di intrattenimento e cronicizzanti. Come noto l'Ospedale Psichiatrico portava alla sindrome istituzionale, alla perdita di ruolo e identità: un rischio che permane anche nei servizi residenziali e semiresidenziali attuali, dove le attività non sono orientate alla recovery e alla piena soggettivazione.

Occorre quindi riflettere sulle possibili contraddizioni senza mettere in discussione il diritto della persona all'autodeterminazione della propria vita, alla libertà.

In questa prospettiva la questione dell'abitare diviene centrale. La casa: un luogo identitario e mitico, fondativo e strutturante, ma anche uno spazio di solitudine, abbandono, degrado, violenza, neo-manicomializzazione. La casa e le relazioni delle persone assumono quindi un ruolo che va ridefinito nell'attuale fase dei Servizi di Salute Mentale.

A fronte delle difficoltà economiche e sociali, della scarsa qualità della vita, di limitate o assenti relazioni c'è chi vede in nuove/vecchie soluzioni asilari il futuro dei Servizi. C'è bisogno di prendersi cura, piuttosto che di residenze, modelli di convivenza comunitari di lungo termine. Un prendersi cura che deve prevedere il giusto equilibrio tra socialità, vita in comune e spazi di soggettività, privacy.

I Servizi di Comunità, come evoluzione della Residenzialità psichiatrica sociosanitaria, si inseriscono tra i progetti anche sperimentali che vanno nella direzione di creare una Comunità curante ed educante. Ciò permette da un lato l'incremento del capitale sociale, del benessere di

---

<sup>29</sup> Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl Parma

<sup>30</sup> Ministero della Salute DECRETO 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

<sup>31</sup> Ministero della Salute "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità", ai sensi dell'art. 1, comma 4 bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n.77.

comunità e contestualmente un miglioramento della qualità della vita delle persone; dall'altro un uso ottimale delle risorse e delle competenze del territorio rispetto ai loro bisogni.

Servizi di comunità possono nascere nell'ottica della co-programmazione e co-progettazione in modo tale che una specifica area territoriale, in base alle sue specifiche caratteristiche sociali, orografiche ecc. preveda come assicurare i servizi di prossimità e al contempo quelli altamente specialistici.

Le progettazioni prevedono la collaborazione di Comuni e Asp distrettuali, tutti co-partecipi e corresponsabili nel generare benessere all'interno della comunità di riferimento. I Servizi di Comunità possono connettere non solo i servizi pubblici ma anche il welfare privato, assicurato da aziende e fondazioni, nonché le forme del volontariato.

Le modalità procedurali prevedono:

- laboratori comunitari di studio e ricerca per lo sviluppo di “interventi di welfare di comunità” secondo una programmazione triennale;
- modalità per affrontare le singole situazioni tramite la partecipazione e il “dialogo aperto” al fine di mantenere la Persona sempre nella sua Comunità, possibilmente nella sua abitazione o in altra da lei scelta, secondo il modelli di gestione della cronicità, prevenendo ogni forma di istituzionalizzazione e abbandono.

Le progettazioni sono volte quindi a promuovere coesione sociale, a generare benessere e salute all'interno della Comunità.

Il DAI-SMDP organizza una propria Equipe di coordinamento degli Interventi Psicosociali Intensivi e Integrati in collaborazione con gli Enti del Terzo settore

Servizi

- Servizio di riferimento (hub) aperto 24 ore e reperibilità per tutti i progetti;
- Alloggi per accoglienze temporanee (fino ad un massimo di 6) presso l'hub o alloggi vicini;
- Attivazione prevista, mediante lo strumento del Budget di Salute, di:
  - 6 progetti ad alta intensità
  - 6 progetti a media intensità
  - 12 progetti a bassa intensità
  - 10 progetti per progetti saltuari/a domanda (senza ore dedicate)

Totale 40 progetti

Ciascun PTRI, pur nella massima personalizzazione delle attività previste nei diversi assi (abitare, formazione lavoro, socialità e ambiente), potrà prevedere i seguenti interventi inseriti nella Carta dei Servizi:

- Servizio di Prossimità /domiciliare e Progetti per l'abitare in sicurezza
- Servizi per l'abilitazione “all'abitare in sicurezza, bellezza e armonia”: si tratta di un percorso rivolto a persone adulte affinché possano vivere la casa come dimensione interiore fondante la sicurezza di base e possano acquisire, sviluppare e potenziare abilità che mirino ad una autonomia

abitativa. Si intende offrire all'utente la possibilità di sperimentare un percorso di autonomia legata all'abitare, nel contesto in cui la Persona vive, in primis presso la propria abitazione o in affitto, in co-housing, in appartamenti messi a disposizione dal Comune o altri enti.

- Attivazione servizio di portineria e azioni di vicinato
- Consulenze orientate all'inclusione sociale, cultura, sport, attività artistiche (nell'ottica della facilitazione della fruizione, link-worker) e cura dell'ambiente
- Programmi formativi con Enti di formazione
- Programmi lavorativi (IPS, Budget di Salute,) con l'impegno ad attivare proposte di produzione con Coop di tipo B, associazioni volontariato APS ecc..
- Punti d'incontro (sedi della comunità sociale ove gli utenti possono ritrovarsi e incontrare altri)
- Automutuoaiuto (almeno 1 fino a 12 partecipanti) per utenti e familiari
- Gruppi multifamiliari
- Recovery college
- Apertura di una portineria ore/ con alloggi di riferimento
- Apertura di una alloggio multiservizio
- Piano di conversione Gruppo Appartamento o Comunità Alloggio
- Progetto di supporto alla Recovery
- Progetto per la "prescrizione sociale"

Per situazioni di particolare complessità sono previsti interventi ad intensità eccezionali per un monte ore settimanale e durata stabiliti nel progetto personale.

Il progetto deve prevedere anche il coinvolgimento di almeno 6 Facilitatori.

#### **Piano economico di massima**

- 6 operatori per Hub 180 mila euro/anno
- 6 posti di accoglienza temporanea in spazi dell'hub o alloggi vicini: 60 euro/die per ciascun ospite. Tot. 131.400 euro
- 6 progetti BdS ad alta intensità 90 euro/die per ciascun ospite: 200 mila euro
- 6 progetti a media intensità 60 euro/die per ciascun ospite 131.400 euro
- 12 progetti a bassa intensità 30 euro/die per ciascun ospite 131.400
- 10 progetti a domanda 10.000
- 25 Progetto di supporto alla Recovery per utenti in cura al servizio di salute mentale 1.000 caso/anno

Impiega 20 operatori e 6 facilitatori

**Il progetto di supporto alla recovery** sostiene persone in carico ai servizi del DAI-SMDP in condizioni di vulnerabilità e disagio socioeconomico, di multiproblematicità attraverso un intervento diretto a semplificare e accelerare l'accesso alla tutela dei diritti di base, e a valorizzare

sia il sistema pubblico sociale, sanitario e educativo, sia “l’infrastruttura sociale” creando condizioni per l’abitare, la formazione lavoro e la socialità.

Si prevedono:

- un referente per ogni Distretto (e 2 per Parma) che collaborano con i servizi del DAI-SMDP per la valorizzazione della persona nella comunità;
- colloqui di accoglienza, informazione per identificare bisogni/risorse, orientamento ai servizi e alle opportunità della rete sociale di comunità;
- mappatura delle risorse relazionali e di comunità;
- sviluppo delle azioni di supporto e accompagnamento (“scivolo psicosociale”);
- utilizzo della metodologia del Budget di Salute e della valutazione di bisogni e risorse;
- accompagnamento ai servizi sociali, sanitari ed educativi, con una particolare attenzione al perfezionamento delle prese in carico sociosanitarie ed educative integrate, nei casi multiproblematici (riguardanti i nuclei familiari) e della multicomplexità;
- collaborazione con i servizi sociali, INPS, agenzie per la casa per i diritti e supporto alle pratiche, automutuoaio;
- sviluppo delle attività antistigma e per l’inclusione delle diversità;
- collaborazione con Dipartimento di Cure Primarie e Case della Comunità (Medici di medicina generale, del pediatra di libera scelta, Infermiere di famiglia e Comunità) per il supporto alle attività sanitarie, lo sviluppo di competenze per l’autocura e la formazione di Utenti Esperti (modello Stanford);
- accompagnamento a servizi gratuiti o a tariffe agevolate per supporto legale, linguistico, di orientamento amministrativo e fiscale, anche mediante l’attivazione dell’Amministratore di Sostegno.

Il progetto può inoltre prevedere:

- il supporto per l’accesso alla casa o a forme di co-abitazione, a generi di prima necessità e ad altri servizi.
- il supporto alle domande per sostegno economico per esigenze non differibili e per le quali non esistono alternative gratuite erogabili nei tempi necessari (acquisto generi di prima necessità, pagamento utenze, rate locazione, servizi, ticket sanitari, farmaci e presidi sanitari).

I referenti per la Recovery di Comunità sono il punto di riferimento per la persona e la micro-comunità (condominio, quartiere, paese) e intervengono favorendo la creazione di reti di supporto alle persone e ai nuclei familiari. In questo modo si mette a sistema una metodologia per la presa in carico sociale precoce e integrata delle persone con disturbi mentali altamente vulnerabili e delle loro famiglie.

### **"Social prescribing" o "prescrizione sociale"**

Nelle esperienze straniere (Regno Unito), la prescrizione sociale viene effettuata da un medico (in genere il MMG) ma per realizzarla è fondamentale l’attività di "*community orientation*" che può essere svolta dagli Enti del Terzo Settore con il supporto di facilitatori e orientatori sociali.

Si tratta di un mezzo per indirizzare i pazienti ad attività all’interno della loro comunità che potrebbero migliorare la loro salute e il loro benessere. La prescrizione sociale è infatti un approccio volto a migliorare salute e benessere collegando le persone a servizi e supporti non clinici che rispondono ai bisogni sociali, in particolare solitudine, isolamento e a problemi di salute mentale.

A livello della persona, la prescrizione sociale può dare agli individui la conoscenza, le abilità, la motivazione e la fiducia necessarie alla gestione della propria salute e del proprio benessere. Si dimostra utile per lo sviluppo personale degli individui e offre un beneficio per la salute misurabile in termini di riduzione di visite mediche e accesso ai servizi.

Le attività sono "strutturate", di gruppo e condotte da un operatore/volontario/orientatore/ESP; possono essere di tipo motorio, sportivo, gruppi di artigianato, programmi di esercizi, danza, fotografia, giardinaggio, artistiche, teatro, gioco, scacchi, orti, viaggi, escursioni, automutuoaiuto etc. e vengono scelte dalla Persona su base vocazionale.

A livello di società, può facilitare la collaborazione tra Salute, Sociale e Comunità per promuovere l'assistenza integrata e andare oltre il tradizionale modello biomedico di salute.

Vantaggio indiretto della prescrizione sociale sembra essere un aumento del capitale sociale.

Per questo servono un orientamento comunitario e una mappatura dell'offerta presente in un territorio; occorre definire un "prontuario" (ciò che è effettivamente fruibile) in base al quale poter effettuare una "prescrizione" (a cura del professionista referente del DAI-SMDP) in condivisione del percorso e con precisazione delle modalità di accesso personalizzato (c.d. "scivolo psicosociale") al fine di superare le difficoltà specifiche e le resistenze alla partecipazione.

Ogni servizio/comunità avrà quindi un proprio "prontuario" con i programmi e le attività per la prescrizione sociale, per facilitare l'accesso e lo svolgimento dell'attività, sostenendo la motivazione. Occorre prevedere anche l'uso di nuove tecnologie ed integrazioni con altre attività già presenti nel sistema.

## La Salute Mentale nella Rete dei Servizi Sanitari di Comunità

Giancarlo Breviario, Raffaella Signifredi, Susanna Arcari, Lorenzo De Donno, Ivonne Conforti, Mauro Mozzani, Paolo Ampollini

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il DM 77/2022 prevedono la riorganizzazione delle Cure Primarie attraverso la creazione di:

a) una Rete di **Case della Comunità** organizzate secondo il modello “HUB and Spoke”

b) **Ospedali di Comunità (OS.CO)**

c) **Centrale Operativa Territoriale (COT)** (per distretto)

A questi si aggiungono altri due punti, costituiti dai **Servizi di Prossimità** e dagli interventi per rendere la **Casa della Persona** il primo luogo di cura e di vita.

Un insieme complesso di interventi che si realizzerà per riconversione, trasformazione e creazione di servizi e nuove edificazioni. Il percorso di realizzazione avverrà gradualmente, dovrebbe concludersi entro il 2026 e con i necessari adeguamenti in itinere.

È importante far conoscere il progetto complessivo e vedere come interagire con il nuovo sistema di Cure Primarie, sia per i percorsi sia per i problemi di sedi e collocazioni dei Servizi del DAI-SMDP. Occorre cercare di rimediare all'assenza della Salute Mentale dal PNRR e DM 77/2022.

La trasformazione delle Case della Salute in Case della Comunità non dovrebbe essere solo terminologica ma garantire una visione unitaria del welfare di base (previsti gli Infermieri di famiglia e comunità, assistenti sociali ecc.), collegando PLS/MMG e Servizi Sociali, MMG e specialisti territoriali e ospedalieri. L'idea è di portare nelle Case della Comunità e a casa della persona tutte le competenze e attrezzature ora centralizzate in particolare in ospedale.

La Casa della Comunità dovrebbe essere anche una sede di partecipazione ai fini di sviluppare le competenze dei cittadini. Il funzionamento si rifà alla *stepped care* e introduce il Budget di Salute per i Progetti di cura complessi.

L'esperienza del DAI-SMDP è molto importante per dare applicazione a questa parte coinvolgendo e orientando l'attività degli Enti del Terzo Settore, verso la creazione dei Servizi di prossimità e le attività a domicilio. Una linea che può intercettare oltre il Servizio sociale professionale anche tutte le opportunità della Comunità sociale (Punti di Comunità, volontariato, associazioni utenti e familiari ecc.). Inoltre vi sono gli interventi sociali per i minori, sull'Housing, le stazioni di Posta ecc. che dobbiamo e possiamo agganciare sostenendo i diritti dei pazienti e dei care giver a non essere ingiustamente esclusi.

Le Case della Comunità, organizzate in rete Hub e Spoke, devono collegare da un lato Servizi di continuità assistenziale, ambulatori MMG/PLS, farmacie, punti prelievo, assistenza pubblica ecc. e dall'altro la rete ospedaliera, il Dipartimento/Servizi della Continuità e Multicomplexità.

Il DAI-SMDP ha una rete territoriale (CSM, CNPIA, SerD) e Residenziale sanitaria (RTI e RTE) nonché una componente ospedaliera, articolata in SPDC, SPOI, DH e Servizi di consultazione che deve conoscere come si stanno articolando le Cure Primarie e operare per sviluppare competenze, specializzazione, nuova articolazione delle attività specialistiche (es. alcolologia, esordi ecc.)

Occorre andare oltre il programma Leggieri per costruire, nella relazione con i diversi Dipartimenti, un nuovo assetto ispirato alla *stepped care* e alle risposte per intensità di cura e complessità.

Ciò è tanto più rilevante alla luce dell'andamento demografico, del cambiamento delle manifestazioni psicopatologiche e delle contraddizioni che rischiano di restare solo della psichiatria, se questa non rilancia la questione dei determinanti sociali della salute.

Formulare proposte innovative nella nostra organizzazione è quindi fondamentale.

Gli OS.CO sono a gestione infermieristica e questo rimanda alla necessità di una collaborazione orizzontale tra infermieri qualificati nell'assistenza anche specialistica e non primariamente medico centrica. È una sfida che va raccolta strutturando protocolli, percorsi, organizzazione e formazione. Resta ovviamente possibile la richiesta di consultazione-consulenza del medico referente dell'OS.CO con gli specialisti, psichiatra compreso. Gli OS.CO dovranno essere accessibili anche ai pazienti con disturbi mentali.

Anche la COT si sta strutturando e in essa confluiranno vari servizi, in particolare lo SPOC "Specialista on call". Si prevede anche l'attivazione del numero unico 116117.

Di seguito uno schema delle Casa della Comunità HUB collegate con quelle SPOKE e suddivise per Distretto.

Ai sensi della DGR 2128/2016 vi era l'indicazione ad avere i servizi del DAISM-DP almeno nelle Case della Salute Hub. Da vedere infine la relazione con gli psicologi che opereranno nelle Case della Comunità.

L'organizzazione degli Spoke non coincide pienamente con la organizzazione dei CSM. Al momento i CSM sono presenti nelle Case della Comunità Hub e Spoke come da tabelle.

#### **Distretto di PARMA**

- 1) **CASA DELLA COMUNITÀ PINTOR** (Parma), Via Pintor 1/A (HUB)
  - Presenza DAI-SMDP: SI
  - Casa della Comunità Spoke
  - Cittadella –Montanara: SI
  - Pablo: Presenza DAI-SMDP: SI
- 2) **CASA DELLA COMUNITÀ CENTRO** (Parma), Largo N. Palli 1/A
  - Presenza DAI-SMDP: SI
  - Casa della Comunità Spoke
  - Lubiana-San Lazzaro: Presenza DAI-SMDP: SI
  - San Leonardo: Presenza DAI-SMDP:NO (previsto nella nuova CdC)
- 3) **CASA DELLA COMUNITÀ COLORNO-TORRILE**, Via Suor Maria 3 – Colorno
  - Presenza DAI-SMDP: SI
  - Case della Comunità Spoke
  - Sorbolo (da attivare) Presenza DAI-SMDP: NO
- 4) **CASA DELLA COMUNITÀ PER IL BAMBINO E L'ADOLESCENTE** (Parma), V.le Fratti 32/1
  - Presenza DAI-SMDP: SI

### **Distretto di FIDENZA**

- 5) **CASA DELLA COMUNITÀ FIDENZA**, Via G. Mazzini 6/D
- CASA DELLA COMUNITÀ PIAZZETTA DELLA SALUTE, Via B. Bacchini 18, Fidenza
  - Presenza DAI-SMDP: da attivare
  - Casa della Comunità Spoke
  - Salsomaggiore: Presenza DAI-SMDP: SI
- 6) **CASA DELLA COMUNITÀ SAN SECONDO PARMENSE (PR)**, P.zza Martiri della Libertà 24
- Presenza DAI-SMDP: SI
  - Casa di Comunità Spoke
  - Trecasali: Presenza DAI-SMDP: NO
  - Soragna: Presenza DAI-SMDP: NO
  - Fontanellato: Presenza DAI-SMDP: SI
  - Noceto: Presenza DAI-SMDP: SI
  - Busseto: Presenza DAI-SMDP: SI

### **Distretto SUD EST**

- 7) **CASA DELLA COMUNITÀ LANGHIRANO**, Via Roma 42/1
- Presenza DAI-SMDP: SI
  - Casa della Comunità Spoke
  - Monchio Presenza DAI-SMDP: NO
  - Corniglio Presenza DAI-SMDP: NO
  - Lagrimone Presenza DAI-SMDP: NO
- 8) **CASA DELLA COMUNITÀ COLLECCHIO**, Via E. Berlinguer 2
- Presenza DAI-SMDP: SI
  - Casa della Comunità Spoke
  - Felino: Presenza DAI-SMDP: NO
  - Sala Baganza: Presenza DAI-SMDP: NO
- 9) **CASA DELLA COMUNITÀ TRAVERSETOLO**, Via IV Novembre 33
- Presenza DAI-SMDP: SI
  - Casa della Comunità Spoke
  - Monticelli Presenza DAI-SMDP: NO

### **Distretto VALLI TARO E CENO**

- 10) **CASA DELLA COMUNITÀ FORNOVO DI TARO**, Via Solferino 37
- Presenza DAI-SMDP: SI
  - Case della Comunità Spoke
  - Berceto Presenza DAI-SMDP: NO
  - Varsi Presenza DAI-SMDP: NO
  - Medesano Presenza DAI-SMDP: SI
  - Bardi (da attivare)
- 11) **CASA DELLA COMUNITÀ BORGO VAL DI TARO (DA ATTIVARE)**
- Presenza DAI-SMDP: SI
  - Casa della Comunità Spoke
  - Bedonia Presenza DAI-SMDP: SI

## Progetto Recovery e Multicomplexità

Giuseppina Paulillo, Emanuela Leuci, Lorenzo Pelizza, Patrizia Ceroni, Pietro Pellegrini

### Introduzione

Il modello di REMS, nell'ambito del sistema di welfare di comunità, è stato utile per dare attuazione alla legge 81/2014 e giungere alla chiusura degli OPG ma non risulta adeguato per rispondere ai nuovi bisogni.

In questo quadro deve essere tenuto presente il rischio di una possibile regressione del sistema delle REMS, la riproposizione di mini OPG, dove l'isolamento e le valenze custodiali vengono a prevalere, senza spinte propulsive e riabilitative, il che porta ad una riduzione/blocco del turnover, alla saturazione dei posti, ad una tendenza al sovraffollamento (specie se viene forzato il numero chiuso) ed alla costante richiesta di nuovi posti. Se si vuole evitare una regressiva dinamica uroborica occorre strutturare un sistema giudiziario e di cura di comunità, in grado di superare stigma e pregiudizio relativi alla pericolosità del malato mentale in favore di una corretta valutazione dei rischi<sup>32</sup> creando, di conseguenza, le risposte appropriate e i più adeguati interventi preventivi.

Si registra una significativa riduzione degli omicidi, passati dai 716 del 2003 ai 319 nel periodo 1 agosto 2021-31 luglio 2022. Resta invece drammaticamente alto il numero dei femminicidi, relativamente stabile intorno ai 120-130 casi all'anno, in larga parte dovuto a relazioni affettive e intrafamiliari. A questo va aggiunto che nei 20 anni vi sono stati 472 minori uccisi per mano dei genitori.

La percentuale di reati gravi commessa da persone con disturbi mentali sembra piuttosto limitata. In base alla lista di attesa (Sentenza Corte Costituzionale 22/2022 punto 5.4) su 563 soggetti 12 sono i casi di omicidio consumato semplice o aggravato e 20 casi di tentato omicidio (3,5%), 27 casi (4,7%) di violenza sessuale tentata o consumata. Di gran lunga prevalenti i maltrattamenti in famiglia (141 casi), atti persecutori (50 casi), lesioni personali tentate o consumate (46) e resistenza a pubblico ufficiale (56).

Le tipologie di reato (femminicidi, violenze intrafamiliari, stalking, sex offender) sembrano spingere il sistema verso lidi nuovi, percorsi di prevenzione e intervento precoce di cui il ricorso alle misure provvisorie sarebbe una manifestazione epifenomenica. A questo si aggiunge, di fronte a questi problemi, la consapevolezza dell'inadeguatezza e della relativa inefficacia della tradizionale misura giudiziaria detentiva.

In termini generali ed in particolare per il malato psichico, sembra che il sistema si stia spostando dalla necessità di assicurare l'esecuzione di una misura di sicurezza al termine di un percorso processuale che esita nel proscioglimento (valutazione della non imputabilità, riconoscimento della pericolosità sociale, definizione della misura) ad una visione di tipo preventivo. Già nella fase delle indagini, o comunque prima del processo, si cerca di assicurare interventi terapeutici e sociali con le

---

<sup>32</sup> Un po'provocatoriamente si può dire che l'attività umana che mette a maggiore rischio la salute e la vita è respirare: l'Agenzia Europea dell'Ambiente stima che nel 2019 in Italia vi siano stati 64 mila morti evitabili dovute alla qualità dell'aria (particolato PM 2,5 e 5, Biossido di azoto, ozono); poi vi sono le morti per come beviamo circa 17 mila morti per alcool/anno; a seguire noi stessi siamo il pericolo, visto che vi sono circa 4mila suicidi/anno; seguono gli incidenti stradali 2.875 morti nel 2021 e poi quelli sul lavoro circa 1.200 anno. Quindi spostarci e lavorare possono essere molto pericolosi.

risorse del sistema di welfare ritenute più appropriate, evitando così, al contempo, inutili o dannose esperienze detentive e complessi iter processuali.

Tale evoluzione richiede di affrontare le contraddizioni affinché il sistema possa essere strutturato, completato o ripensato prevedendo “centomila” percorsi, tanti quanti sono le persone. Diviene quindi centrale la questione di come assicurare il diritto alla salute a prescindere dalla condizione giuridica.

Serve una visione di insieme a partire dalla constatazione che l'autore di reato, se affetto da disturbi mentali, in relazione alla sua condizione clinica non necessariamente sia non imputabile. Il concetto di infermità mentale è di tipo giuridico e non riguarda molte delle persone ristrette negli Istituti di pena. Queste possono avere disturbi mentali o dipendenze patologiche pur essendo imputabili e condannate.

È quindi necessario, da un lato, capire come si possano curare i disturbi mentali e al contempo promuovere salute e benessere in un ambiente riconosciuto come di per sé stressante e in molti casi patogeno; dall'altro occorre comprendere come dare realizzazione all'art. 27 della Costituzione, che attribuisce alla pena una funzione retributiva ma anche di recupero e inclusione sociale.

### **Percorsi personalizzati di comunità**

Come abbiamo visto diverse questioni (adolescenti e reati, femminicidi, violenze di genere, stalking, piccola criminalità) richiedono risposte nuove. Molta sofferenza è sommersa o poco in evidenza. L'emarginazione, l'abbandono, lo stigma nascondono, allontanano. Quindi occorre operare sul patto sociale e creare sensibilità per prevenire incidenti e morti sul lavoro, suicidi, mortalità e morbilità da inquinamento ambientale.

Occorre anche una ripresa della presenza sociale nella gestione del dissenso/confitto/devianza/violazioni, con particolare attenzione alle povertà, all'uso di sostanze e alcool, agli stili di vita. Divengono cruciali Patto Sociale e le politiche di accoglienze-inclusione, rispetto ai rischi sempre presenti di istituzionalizzazione/coercizione da un lato, e di abbandono/solitudine e isolamento dall'altro. Una questione complessa, dove la prevenzione di nuovi reati e la sicurezza dei cittadini deve trovare un accomodamento ragionevole con la necessità di assicurare le condizioni della cura, che può avvenire solo in presenza di consenso, libertà, partecipazione e motivazione. Per questo va superata la “posizione di garanzia” dello psichiatra in favore del “privilegio terapeutico”.

In questo quadro il modello della Regione Friuli Venezia Giulia, con le sue “REMS diffuse”, è tra quelli più avanzati nel percorso di creazione di un moderno Sistema di Salute Mentale di Comunità in grado di costruire insieme percorsi personalizzati con Budget di Salute che portino a superare il bisogno delle stesse REMS.

Vanno in questo senso la legge 69/2019 (c.d. Codice Rosso), che già nelle fase delle indagini prevede l'accesso ai servizi, il diritto minorile e la recente riforma in ambito penale<sup>33</sup>, che hanno importanti ricadute per i servizi sociali e sanitari. Infatti viene previsto un ampliamento dei riti alternativi (patteggiamento, giudizio abbreviato, decreto penale di condanna, giudizio immediato, messa alla prova) e del lavoro di pubblica utilità (che può essere applicato in sostituzione di pene detentive inflitte fino a tre anni). Viene realizzata una riforma organica e di sistema delle pene

---

<sup>33</sup> Ai sensi della Legge 27 settembre 2021, n. 134 recante “Delega al Governo per l'efficienza del processo penale nonché in materia di giustizia riparativa e disposizioni per la celere definizione dei procedimenti giudiziari”.

sostitutive e delle pene detentive brevi, dando risposta al problema dei cosiddetti “liberi sospesi”, migliaia di condannati a pene inferiori ai 4 anni che hanno già accesso alle misure alternative al carcere, ma che solo dopo anni scontano la pena disposta dai Tribunali di sorveglianza. Per rendere effettive e tempestive le condanne, ora sarà il Giudice di Cognizione ad applicare subito le nuove pene sostitutive alle pene detentive brevi (pena pecuniaria, lavoro di pubblica utilità, detenzione domiciliare e semilibertà). Viene ampliato l’ambito di applicazione della sospensione del procedimento con “messa alla prova” per reati puniti con pena non superiore a sei anni. Viene esteso il regime di procedibilità a querela per alcuni reati contro la persona e contro il patrimonio, per favorire il risarcimento del danno, la riparazione dell’offesa e la definizione anticipata dei procedimenti, con remissione della querela. Sulla giustizia riparativa viene creata una cornice normativa.

### **Quale quadro?**

Con questo quadro contrasta la Corte Costituzionale, che nella sentenza 22/2022 5.3 scrive: “La natura “ancipite” di misura di sicurezza a spiccato contenuto terapeutico che l’assegnazione in REMS conserva nella legislazione vigente comporta, per altro, la necessità che essa si conformi ai principi costituzionali dettati, da un lato, in materia di misure di sicurezza e, dell’altro, in materia di trattamenti sanitari obbligatori”. Ne consegue la necessità che la legge preveda anche i “modi”, oltre che i “casi”, in cui un simile trattamento (lo stesso articolo 32 Cost., secondo comma, esige sia “determinato”, e dunque descritto e disciplinato) può essere eseguito contro la volontà del paziente.”

Appare evidente come questo passaggio sia in contrasto con le caratteristiche della REMS previste dal DM 1 ottobre 2012, ma soprattutto con la legge 180 e con l’evidenza clinica che non c’è cura senza consenso e partecipazione della Persona, senza rispetto di diritti e doveri. Inoltre viene da chiedersi perché per il malato mentale autore di reato non dovrebbero valere la legge 219/2017 sul consenso informato e la legge 18/2009 che ratifica la Convenzione dei diritti delle persone con disabilità.

Invocare nuove strutture a carattere custodiale e coercitivo sembra non prendere atto della crisi dei modelli di cura *restraint* e della scarsa efficacia dell’esecuzione penale in carcere. I modelli trattamentali sono molto limitati e con una ridotta capacità di presa in carico biopsicosociale, culturale, ambientale. Se si vuole perseguire questa via occorre prendere atto delle sue finalità prettamente custodiali e non terapeutiche.

Occorre percorrere piuttosto una strada fondata su collaborazione e capacità di innovazione, sostenuta da adeguati investimenti per costruire un sistema di cura e sicurezza di comunità.

Per determinate situazioni, sex offender e uomini violenti andrebbero previsti piani di cura specifici. Occorrono investimenti per evitare che la crisi della Psichiatria di Comunità, spesso lasciata sola da Sociale e dalle altre Istituzioni, finisca con il determinare una crisi dell’intero Welfare di Comunità, una situazione dove non si riesce a far fronte né ai diritti né ai bisogni generando insoddisfazione di utenti, famiglie e contesti, incapacità di mediazione e costruzione di coesistenze e convivenze. Questo spinge verso la richiesta di strutture che abbiano forti valenze custodiali per rispondere all’exasperazione dei cittadini. Serve quindi una chiarezza di mandati, collocati in una visione unitaria dell’intero sistema sociosanitario a partire dalle prassi concertate tra giustizia e psichiatria sulla necessità di assicurare i diritti (compito di tutti e non solo della Sanità, su cui ricade la pressione e la pretesa di soluzioni). Tempi condivisi, armonizzati mediante strumenti quali i protocolli e i tavoli di concertazione.

La riforma richiede un lavoro gruppale, condiviso, non fatto di decisioni solitarie, unilaterali, magari comunicate in modo perentorio, talora tardivo e incomprensibile o vago nella possibilità di effettiva attuazione. L'incontro tra giustizia e sanità è l'occasione per un'innovazione delle prassi, per una collaborazione più proficua.

Delineare un sistema unitario della Salute Mentale significa: responsabilizzare tutte le persone; fare prevenzione riducendo gli accessi in carcere; proteggere e sostenere le persone, preservando le relazioni significative (anche tramite le nuove tecnologie, sapendo quanto sia patogena la privazione affettiva e sensoriale); migliorare l'assistenza psichiatrica.

Occorre un "doppio patto" della persona con la psichiatria per la cura e la giustizia per quanto attiene la prevenzione di nuovi reati. Il mandato di cura va preservato vedendo in un'ottica unitaria gli interventi in tutti i contesti: Istituti di Pena, ATSM, REMS, sistema dei DS, sistema del welfare.

In ogni DSM servono investimenti per organizzare le **Unità funzionali di Psichiatria Forense, gestire Cruscotti in grado di monitorare tutti i pazienti con misure giudiziarie.**

Le Unità Funzionali di Psichiatria Forense possono essere il riferimento di tutti i soggetti chiamati a collaborare: magistrati, Amministrazione penitenziaria, periti, avvocati, altri DSM, servizi sociali, Garanti, Prefetture, associazioni. L'Unità Funzionale può fornire dati, promuovere la formazione congiunta (sono importanti i Protocolli d'intesa con Magistratura e Forze dell'Ordine) ed essere punto di riferimento anche di REMS, residenze e di tutti i soggetti che si prendono cura di pazienti con misure giudiziarie. Può essere anche il riferimento per il miglioramento dell'offerta di cura mediante moduli di trattamento per uomini violenti, prevedendo ad esempio forme di accoglienza per autori di reato, persone che fanno uso di sostanze, sex offender etc. anche mediante forme di sperimentazione. Ovviamente vanno assicurati tutti i supporti e interventi per le vittime.

**Occorre andare oltre le REMS e sviluppare programmi di cura di comunità con Budget di Salute individuali e di comunità.**

Questo vale anche per gli autori di reati gravi, dove la misura di comunità dovrà essere articolata in modo diverso, e sarebbe favorita dal superamento del "doppio binario". Una visione più unitaria dei percorsi potrebbe essere la chiave per una maggiore efficacia della cura e della misura giudiziaria.

Serve anche lo sviluppo di una psicopatologia evolutiva in grado di cogliere le traiettorie e poter operare in termini preventivi.

**Sono importanti gli strumenti valutativi** e la testistica, passando dal concetto di pericolosità a quello di gestione dei fattori di rischio e protezione.<sup>34</sup> È tempo della responsabilità come riconoscimento reciproco e non del proscioglimento, dell'incapacità di intendere e volere, che annulla la persona facendola diventare un pericolo da temere e controllare.

Come scrive il Garante, serve un avanzamento culturale nell'intendere la funzione della pena, vista non solo come espiazione, rieducazione e integrazione sociale, ma anche come possibile riparazione e riconciliazione.<sup>35</sup> Una visione che è utile ad affrontare i problemi nella loro complessità e unitarietà, visti nella loro co-esistenza, relazione dialettica, contraddittoria, antitetica, ma capace di

---

<sup>34</sup> Pelizza L, Paulillo G., Maestri D., Paraggio C., De Amicis I., Mammone E., Scarci M, Leuci E., Pupo S, Pellegrini P., Psychometric properties of the Parma Scale for the treatment evaluation of offenders with mental disorder: A new instrument for routine outcome monitoring in forensic psychiatric settings. *International Journal of Law and Psychiatry*, Volume 84, September–October 2022, 101828 <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2022.101828>

<sup>35</sup> Cartabia M., Cerretti, Un'atra storia inizia qui. Bompiani, 2020

sintonie, conciliazioni in relazioni profondamente umane, nate anche laddove sembra svanita ogni speranza.<sup>36</sup>

La forza di questa impostazione sta nel vedere le diverse criticità da una diversa prospettiva, dove i problemi, pure puntualmente citati, vengono considerati alla luce di una fiducia di fondo nelle qualità umane di tutte le persone ancor prima della loro professionalità, etica, cultura e fede. L'incontro e le relazioni cambiano se si ha la capacità e la pazienza del dialogo.

La polarizzazione del dibattito sulle REMS non evidenzia lo sforzo in atto per creare un sistema in grado di assicurare il diritto alla salute della persona a prescindere dalla posizione giuridica; ciò interroga la Giustizia sulla funzione della misura giudiziaria, su come trova realizzazione e come garantisce diritti e qualità degli interventi.

### **Fare assieme**

Laddove si è sviluppato il lavoro congiunto tra Giustizia e Servizio Sanitario, tra Magistratura e Dipartimento di Salute Mentale, come auspicato dal Consiglio Superiore della Magistratura, la situazione tende ad essere migliore. Un lavoro fatto di relazioni, di dialogo, più che dei pur necessari protocolli, accordi, atti ufficiali. Si è creato un significativo movimento interistituzionale, diffuso, motivato, capace di affrontare e risolvere i diversi problemi.

La collaborazione interistituzionale è stata promossa dall'istituzione, nel luglio 2021 presso Agenas, della Cabina di Regia per problematiche inerenti i soggetti ristretti in attesa di internamento in REMS, che ha proficuamente affrontato il problema dei detenuti sine titolo e predisposto importanti proposte per risolvere il problema delle liste di attesa.

La costituzione da parte del Ministero della Salute<sup>37</sup> dell'Organismo di coordinamento relativo al processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, dopo la fondamentale attività effettuata nel 2016-17 del Commissario Franco Corleone, ha ridato un significativo riferimento nazionale e al contempo può permettere un confronto tra Ministeri della Salute, della Giustizia e delle Regioni.

A questi si aggiungono i Tavoli attivati dalla Conferenza delle Regioni. Tale pluralità di iniziative suscita speranza e la loro efficacia dipende non solo dalla possibilità di facilitare la collaborazione tra Istituzioni ma ancor più dalla capacità di mettersi in sintonia con le pratiche e i soggetti in prima linea, Magistratura e Psichiatria, con attenzione a utenti e famiglie.

La legge 81, come del resto la 180, è una legge di principi, insatura, che va riempita di prassi in una dinamica che sposta in avanti le coordinate del sistema, sganciandole dalla routine. Un esempio è la gestione delle liste di attesa, un tema che la Giustizia vive male perché non vi è abituata. Una giustizia con prassi a velocità variabile, che oscilla tra un attendere con scadenze sempre prorogabili, quasi senza tempo, alle quali ci si rassegna, e tra un "fare subito" perentorio, "senza se e ma", in nome della legge. Le liste di attesa, abituali in sanità, potrebbero invece essere una grande occasione per aumentare appropriatezza, qualità, efficienza dei percorsi di cura e giudiziari.

Sul piano delle prassi occorre un coordinamento tra giustizia e psichiatria che realizzi forme di collaborazione strutturate a livello regionale e coordinata dall'Organismo nazionale. Una Consensus Conference nazionale potrebbe portare all'individuazione delle "buone prassi" e alla loro diffusione.

---

<sup>36</sup>Fassone E. Fine pena ora, Sellerio Ed, 2015

<sup>37</sup> Decreto del Ministero della Salute 22 settembre 2021

Una Consensus Conference per definire i criteri di priorità, assicurare i diritti e gestire in modo efficace la lista di attesa potrebbe essere molto utile e superare il mero criterio temporale, introducendo altri elementi come la tipologia del reato o la gravità del quadro clinico, la sua trattabilità, i bisogni di sicurezza e controllo. Questo lavoro potrebbe portare ad armonizzare i tempi di giustizia e psichiatria, curare non solo la disposizione dei provvedimenti ma anche la loro effettiva esecuzione. I diritti vanno assicurati insieme.

Ridurre al minimo o abolire il ricorso a misure di sicurezza detentive provvisorie e concertare i tempi potrebbe risolvere larga parte dei problemi. La misura di sicurezza detentiva provvisoria anche in assenza di una norma specifica potrebbe essere molto limitata o azzerata adottando prassi collaborative tra magistratura e psichiatria. Queste dovrebbero essere fondate su protocolli e procedure gestionali condivise (cruscotti, tavoli regionali) e sulla necessità di mantenere residuali Istituti di Pena e le REMS.

Un lavoro congiunto tra magistratura, avvocatura, DAP, UEPE, periti, servizi sociali, psichiatria, Sindaci con il coinvolgimento di utenti, familiari, società civile e Garanti può essere la base per una crescita culturale e al contempo la migliore condivisione dei percorsi e la definizione delle migliori condizioni per la loro realizzazione.

In questo quadro possono trovare spazio le competenze del Ministero della Giustizia, la questione del Regolamento unico delle REMS<sup>38</sup>, inteso come una cornice per i diritti/doveri, e la declinazione dei contenuti di ogni misura giudiziaria e degli interventi sanitari. Questi richiedono consenso (“nulla su di me senza di me”)<sup>39</sup>, protagonismo, responsabilità e speranza: non vi può essere cura nella coercizione e nella privazione della libertà. Questo è un dato questo ineludibile, del quale anche la giustizia deve tenere sempre conto. Infatti, se la misura penale si può in un qualche modo imporre, non è così per la terapia. Sono sempre più numerose le esperienze volte a responsabilizzare, mediare, promuovere patti, mettere alla prova.

Occorre vedere il tempo come co-esistenza di vissuti, la relazione con l’altro come parte di se stessi. Vedere tra le righe delle carte i volti e le vite delle persone, cogliere il loro vissuto, l’angoscia dell’attesa di un provvedimento, di una diagnosi, di un’ordinanza. “Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura” (legge 219/2017), è un’affermazione che dovrebbe valere per tutti coloro che si prendono cura.

## **La bussola dei diritti e doveri: tra passato e futuro**

---

<sup>38</sup> La REMS è una struttura del DSM che è già andata oltre il proprio mandato (esecuzione delle misure di sicurezza) assumendo una funzione di cura di comunità che deve evolvere in percorsi di inclusione. Una struttura che deve superarsi per non involvere.

Non può essere posta al centro del sistema, né assumere funzioni custodiali di lungo termine (30 anni) come indicato dalla recente sentenza Maran di Trieste. Né deve essere l’oggetto del desiderio, l’unica soluzione in quanto è proprio dal riconoscimento della sua residualità possono nascere le alternative. Percorsi di Recovery che vanno coltivati, fatti maturare, censiti, monitorati.

A questi va aggiunto la possibilità che al pari di ogni luogo di cura, ammissioni e dimissioni siano decise dagli psichiatri. Strutture che rispettano il consenso ed attuano i TSO nelle sedi previste dalla legge, cioè i SPDC. Un sistema di comunità e non un “net widening”, un doppio circuito uno per i sani e l’altro per i malati

<sup>39</sup> Convenzione ONU Diritti delle persone con disabilità (2006) ratificata con la Legge 18/2009

Se la 180 ha reso i malati mentali cittadini, ancora molti sono i diritti violati.<sup>40</sup> Il doppio binario, la pericolosità sociale (un costrutto assai discutibile sul piano scientifico), le misure di sicurezza detentive provvisorie, spesso peggiori della detenzione e di fatto cautelari applicate senza certezza dei tempi e senza garanzie di difesa, la libertà vigilata prorogata sine die anche per reati bagatellari... Queste ingiustizie, che si leggono nei volti, entrano nella profondità dei mondi mentali, fanno male, si radicano nel tempo vissuto.

Perché non siamo in grado di rimuoverle? Si tratta di un dolore evitabile come quello che deriva dall'ingiusta detenzione e dall'abbandono.

Occorre riportare anche nella privazione della libertà il tema del diritto a scegliere, all'affettività e alla sessualità; assicurare i diritti di cittadinanza (reddito, lavoro, casa) mediante il coinvolgimento degli Enti locali, Prefetture, società civile, Garanti nazionale e regionale.

Il legislatore dovrebbe realizzare una riforma organica del Codice Penale o per lo meno abolire la misura di sicurezza detentiva provvisoria. La via maestra è il superamento del doppio binario e in questo senso va la proposta a prima firma dell'On. Magi 2939/2021.

Mantenendo il doppio binario si potrebbe per lo meno adeguare il Codice Penale e la Procedura Penale nei punti più critici: abolire le misure di sicurezza detentive provvisorie; assicurare le alternative previste dalla legge 67/2014 alla misura di sicurezza detentiva; riformare la legge sulle droghe; favorire le politiche alternative alla detenzione.

In attesa del legislatore, in via ordinaria, operativa, quotidiana si possono rendere viventi diritti e doveri come base per il riconoscimento delle Persone per la loro partecipazione responsabile ad una Comunità democratica.<sup>41</sup> La prima risorsa sono le persone; altre possono derivare da percorsi di riconversione, adattamento, miglioramento tecnico-professionale.

Chiudere gli OPG non era né facile, né scontato: è stato fatto e il sistema, ancora acerbo, mostra molti segni di possibile maturazione. Non mancano le preoccupazioni, accentuate dalla mancanza di dialogo, da atteggiamenti difensivi e proiettivi che frammentano e indeboliscono il sistema. Al contempo deve essere evitato un irrigidimento delle REMS, una loro definitiva stabilizzazione nell'ambito di un percorso che porta ad una nuova pericolosa istituzionalizzazione. Le REMS hanno il compito di superare sé stesse. Affrontare i diversi ostacoli, gli stigmi, le contraddizioni è un compito di tutto il sistema, che può assolverlo nel dialogo, tramite collegamenti, collaborazioni virtuose di ogni istituzione chiamata a collaborare ma anche di tutti i cittadini. Una cura ed una giustizia "partecipata" può far sì che i limiti possano diventare risorse e punti di forza, attivando risorse inespresse.

Occorre trovare un nuovo punto d'incontro, incentrato non su luoghi ma sui percorsi delle Persone nella Comunità, sul loro tempo vissuto, restando prossimi ed accompagnandoci reciprocamente nelle esperienze, nei cammini erranti della vita. "Se il malato si trattava diversamente, anche la malattia si modificava" (Mario Tommasini).

---

<sup>40</sup> Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Cecilia Paraggio, Clara Pellegrini, Lorenzo Pelizza, Emanuela Leuci Persone con disturbi mentali in ambito penale. Diritti e doveri: molto resta da fare! L'Altro, Anno XXIV, n. 2 Luglio Dicembre 2021/Gennaio-Giugno 2021, 25-30

<sup>41</sup> Barone R (a cura di) Benessere mentale di comunità. Teorie e pratiche dialogiche e democratiche, Franco Angeli Ed. 2020

## Un Servizio di cura e giudiziario di Comunità per la Recovery

Giuseppina Paulillo, Emanuela Leuci, Lorenzo Pelizza, Patrizia Ceroni, Pietro Pellegrini

Fin dal 2019, dopo l'esperienza della REMS di Casale si era progettata una struttura che potesse rispondere ai bisogni emergenti nel DAI-SMDP. Con riferimento ad AVEN, si era studiata l'ipotesi di dedicarla a persone adulte con Disturbi del Neurosviluppo e successivamente ad adolescenti e giovani adulti con disturbi esternalizzanti in parte già in carico alla NPIA.

In entrambi i casi, gli elementi di continuità con la REMS andavano integrati con altri, di discontinuità, più specifici e collocati nell'ambito di una concezione di rete dei servizi, riportando al centro la casa come primo luogo di cura.

Il 27 ottobre 2021, al momento dell'effettiva chiusura della REMS, date le carenze di personale e in assenza di una formale autorizzazione regionale, si è determinata una discontinuità che da un lato ha permesso agli operatori di effettuare nuove esperienze e dall'altro ha evidenziato gli elementi innovativi necessari per il nuovo progetto. L'attenzione si è spostata dalla Residenza post REMS al progetto Recovery e della Multicomplessità.

A febbraio 2022, giunta l'autorizzazione regionale, dalla verifica sul personale del DAI-SMDP è chiaro che solo dall'autunno sarà possibile formare un'intera equipe per un servizio 24 ore, alla luce della possibilità di reperire alcuni profili professionali. Al contempo, essendo rimaste sostanzialmente invariate le carenze di personale rilevate ad ottobre 2021, alcuni operatori esprimono interesse a restare stabilmente nelle nuove sedi operative.

Se da un lato il nucleo di 9 operatori disponibili è insufficiente ad attivare un turno stabile sulle 24 ore, dall'altro grazie alle diverse qualifiche (**4 infermieri + 1 OSS sulle H24 + 4 TRP sulle H 12**), si è in grado di creare il necessario mix fra gli elementi di continuità con le precedenti esperienza della REMS e quelli necessari per costruire percorsi di Recovery. Questo diviene il nuovo mandato dell'equipe.

Si propone di attivare il Progetto Recovery con sede a Casale di Mezzani, articolato con le altre strutture residenziali e con gli alloggi.

L'orario è dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 18:00 (week recovery). Per la notte e i festivi, i pazienti del Progetto Recovery rientreranno a domicilio oppure presso le Residenze (Santi, I maggio, altre residenze e alloggi) che metteranno posti a disposizione. Il personale dell'equipe ruoterà a turno presso le Residenze che daranno disponibilità per notti e festivi.

L'obiettivo del progetto Recovery è quello di essere un'esperienza pilota per favorire la trasformazione della Residenzialità verso servizi e laboratori per una Salute Mentale di Comunità, attivando per utenti giovani interventi ad alta intensità, come previsto dal PDTA multicomplessità e dalle linee per il trattamento dei disturbi esternalizzanti (e psicopatia).

Questo significa mettere in atto azioni innovative su diversi livelli: salute, stili di vita, formazione, lavoro, relazioni familiari e sociali, tempo libero, mantenendo centrale il concetto di "persona nella comunità" La persona viene considerata portatrice di bisogni e risorse, per costruire in modo condiviso un programma di cura e al contempo un progetto di vita. Divengono quindi fondamentali il Programma "Abitare in sicurezza, armonia e bellezza", l'approccio del Dialogo Aperto e la formulazione del contratto di cura mediante processi di responsabilizzazione continua.

Nell'ottica della Salute Mentale in quanto "bene comune", in cui ciascuno è protagonista della propria salute e del proprio benessere, si prevedono interventi individuali, di gruppo e di comunità. Occorre creare spazi e occasioni in cui coltivare il processo di recovery, contribuendo a generare una società più inclusiva e attenta ai bisogni di tutti. In questo quadro assumono particolare rilevanza l'automutuoaiuto, l'apporto degli Esperti per Esperienza e delle Associazioni. Ogni persona deve avere l'opportunità di costruire, insieme ai propri operatori di riferimento, un progetto individuale che riassume gli impegni, le risorse e gli strumenti utili per il proprio percorso di cura.

## **Azioni**

a) **Creare uno spazio per la progettazione della Recovery** della persona nella comunità mediante la costituzione di un **Gruppo Progetto Recovery** che metta a disposizione risorse per il Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale ed alimenti la speranza superando eventuali vissuti traumatici, di disintegrazione, anomia e perdita di identità. La Recovery si fonda sulla constatazione che, anche davanti a patologie che cambiano la vita, come i disturbi mentali più gravi, per ogni persona c'è uno spazio da esplorare, aperto alla possibilità di vivere in modo pieno e soddisfacente nonostante le limitazioni dovute alla malattia.

La persona è sempre qualcosa di più e di diverso dalla malattia e dell'eventuale reato commesso.

b) **Misurare la rete dei "significativi"**, cioè degli altri individui e risorse che le persone possono attivare in caso di bisogno

c) **Carta dei servizi** che affronti come si opera nei seguenti ambiti:

- Bisogni di base
- Abitare in sicurezza, armonia e bellezza
- Formazione
- Lavoro
- Inclusione sociale
- Auto-mutuo-aiuto
- Partecipazione e collaborazione ad attività sportive, culturali, sociali, ricreative del territorio

Il Progetto Recovery è unitario e prevede:

- Recovery College
- Recovery House e Recovery a casa (Progetto Abitare in sicurezza, bellezza e armonia)
- Centro diurno diffuso
- ReGIA
- Attività per la Recovery
- IPS
- Budget di Salute.

Nell'ambito della recovery rientrano:

- Percorsi giudiziari (Team territorio, II.PP., REMS, utenti presso residenze, alloggi, cruscotto)
- Multicomplexità, che si impenna su CSM 24 ore (RTI Santi e Centro Diurno)
- Casa della Persona con Budget di Salute
- Servizi di prossimità e rete degli alloggi
- Politiche per acquisizione di risorse mediante auto-mutuo-aiuto, reti di comunità, famiglie

#### **d) Costruzione partecipata e dinamica della rete per la recovery**

Le persone sperimentano spesso un'assenza/perdita di ruolo e di relazioni, venendosi a creare condizioni di solitudine, isolamento, vissuti di disperazione ed esperienze di abbandono.

È fondamentale mappare la rete, attivarla e costruire percorsi per renderla fruibile mediante un operatore specializzato o un utente esperto.<sup>42</sup>

La rete è costituita dai servizi di Ausl, Comuni, Cooperative sociali, Enti di formazione, Scuola, Università, rete imprenditoriale, associazioni sportive, culturali, di familiari ed utenti.

L'obiettivo è la costruzione di una comunità locale sensibile e concretamente attiva nel promuovere la salute mentale di ciascuno e il benessere sociale, attraverso un sistema di opportunità, diritti e doveri cui ogni persona può contribuire efficacemente, per dare senso al tempo e alla propria esperienza di vita.

Uno strumento di partecipazione può essere la promozione di Community-Lab per la Salute Mentale: uno spazio fisico sperimentale fuori dai luoghi istituzionali dei Servizi per la Salute Mentale. Questi laboratori territoriali potrebbero favorire l'attivazione e sperimentazione di percorsi di cura, iniziative e servizi innovativi che seguano i principi della Recovery e che siano co-prodotti da utenti, familiari, operatori e cittadini, promuovendo azioni anti-stigma e antidiscriminazione.

#### **e) Mappatura dinamica delle risorse**

La mappatura è dinamica in quanto è una componente costante e continuamente aggiornata delle attività di un territorio che possono essere utilizzate dagli utenti o messe a disposizione per modificare routine di vita poveri di relazioni, marginali.

Nel tempo possono infatti cambiare sia bisogni e desideri delle persone, sia le risorse presenti sul territorio, anche per un'azione attiva degli stessi utenti e associazioni.

Il gruppo di lavoro per il Progetto Recovery è composto da operatori sanitari, sociali, del Terzo Settore, familiari ed eventuali utenti esperti, pazienti, volontari e cittadini.

Il coordinamento del Gruppo di lavoro, le attività di formazione e di valutazione relative alle attività di mappatura, la messa a punto degli strumenti e dei prodotti si avvale dei servizi del DAI-SMDP.

La mappatura è una attività partecipata che mira allo sviluppo della "comunità locale per la salute mentale".

Si tratta di individuare spazi per percorsi di inclusione al di fuori e oltre i servizi consolidati, attraverso il confronto creativo tra gli sguardi diversi di questi soggetti; produrre e mettere a disposizione repertori e documentazione utili a far circolare le conoscenze acquisite e via via

---

<sup>42</sup> Il social prescribing è uno strumento che prevede che i medici di medicina generale, gli psichiatri possano "prescrivere" agli utenti, oltre a farmaci e interventi specialistici, anche attività presenti sul territorio, riconoscendo il loro ruolo nel promuovere il benessere (all'attività fisica per la depressione, la meditazione per i disturbi d'ansia, le attività artistiche per fronteggiare la solitudine,...). Un operatore o un facilitatore (link-worker) farà da raccordo con le opportunità del territorio, favorendo il coinvolgimento dei partecipanti in attività sociali, sportive e culturali (mappate) superando insieme tutte le difficoltà per accedervi (trasporti, costi, attrezzature ecc.) costruendo il c.d. "scivolo psichico".

aggiornate; favorire i contatti e le relazioni fra tutti gli attori di un territorio proprio a partire dalle risorse individuate come tali.

La prima fase del lavoro prevede di raccogliere su una **apposita scheda i recapiti e le informazioni** relativi a ciascuna risorsa del comune o territorio scelto dal gruppo, informazioni utili a descriverne caratteristiche e potenzialità.

Si organizzano visite in loco, si osservano le attività, si incontrano i responsabili e i frequentatori. Il tutto viene poi riordinato, commentato e valutato all'interno del gruppo, in merito alle caratteristiche che ne fanno una risorsa utile, o potenziale, per la salute mentale. È molto importante la valutazione soggettiva su diversi aspetti ritenuti importanti, come l'accoglienza, il clima tra le persone presenti, l'organizzazione delle attività ecc., sia nel caso risultino soddisfacenti sia nel caso in cui siano giudicati insoddisfacenti dai partecipanti, che siano pazienti, operatori o familiari. Oltre alla valutazione si forniscono suggerimenti e proposte per rendere effettiva, o migliore, la risorsa in questione.

La tappa successiva consiste nel prendere contatto formalmente con i responsabili delle diverse risorse, in primis quelle che secondo la valutazione del piccolo gruppo potrebbero essere migliorate e potenziate nella loro funzionalità di risorsa. L'obiettivo del colloquio è quello di una miglior conoscenza reciproca, di un confronto sulla filosofia della recovery, di una verifica sulle possibilità di collaborazione.

Ulteriori passi prevedono scambi e iniziative congiunte tra gli utenti e i soggetti del territorio con cui si sono stabiliti contatti proficui (eventi teatrali, conferenze, progetti sportivi e culturali), e la realizzazione di tavoli locali di confronto e proposta rivolti ad operatori e cittadini.

#### **e) Attività per la recovery**

Forme espressive che permettono di riconoscere e “liberare” sentimenti ed emozioni e, allo stesso tempo, consentire e facilitare la rielaborazione personale e la rilettura delle proprie dinamiche interiori e relazionali. È un ri- guardarsi e ri- conoscersi sotto nuove angolazioni. Questo permette di recuperare fiducia e stima di sé attraverso l'auto-attivazione personale (*agency*) e al contempo di costruire nuove relazioni con gli altri e l'ambiente:

- Teatro
- Shiatzu
- Circolo culturale Basaglia (Il laboratorio di scrittura, Biblioteca Vivente ecc.)
- Musica
- Banca del tempo
- Centro per il Riuso

#### **f) Innovazione di approcci e tecniche**

- Questionario Bisogni/Risorse
- PTRI
- Favorire il lavoro: IPS (Individual Placement and Support)
- Recovery College
- Rimedio cognitivo
- ESP Percorso formativo per utenti esperti nel supporto fra pari nei servizi di salute mentale,
- Interventi per le famiglie

#### **g) Rendicontazione, formazione e ricerca per una Comunità di pratiche**

Questa azione intende promuovere report e confronti formativi per sostenere le buone prassi orientate alla recovery studiando gli esiti dei percorsi e misurando quanto i servizi e le organizzazioni siano cambiati o abbiano la propensione a cambiare il proprio agire in direzione dei concetti di recovery e di creazione di servizi di comunità.

## Verso un sistema di cura e giudiziario di comunità

Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Emanuela Leuci, Lorenzo Pelizza<sup>43</sup>

### Introduzione

La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) è avvenuta tramite una collaborazione interistituzionale che ha visto in primo piano i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) al cui interno, dall'aprile 2015, hanno iniziato ad operare le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Come noto, il processo riformatore è rimasto incompleto. Infatti, non è stata realizzata una riforma organica del Codice Penale in merito ad imputabilità, pericolosità sociale, misure di sicurezza, né si è operato per armonizzare i diversi articoli con il paradosso che rimane il ricovero in OPG (art.222 c.p.) senza più OPG.

Molte prassi sono rimaste invariate. Non si sono ridotte fino ad abolirle le misure di sicurezza detentive provvisorie che sono alla base dei problemi delle liste di attesa e riguardano circa il 40% delle persone ospiti delle REMS. Queste, avvertite come meno stigmatizzanti e di maggiore qualità terapeutica rispetto ad OPG e carcere, sono diventate l'oggetto del desiderio, l'ambito nel quale, secondo una superficiale analisi, dovrebbero trovare risposte tutti i problemi non solo dei prosciolti, ma anche di tutti gli altri autori di reato con disturbi mentali o uso di sostanze, in ogni fase del procedimento penale, in particolare se detenuti.

Come in un pendolo, si è avuta un'oscillazione tra la legge 9/2012 (REMS come sostituto dell'OPG) e la legge 81/2014 la quale, invece, mette in primo piano i DSM e sancisce la residualità e temporaneità delle REMS.

In ogni caso si è verificato un aumento dei compiti e delle aspettative nei confronti dei DSM i quali hanno visto un forte incremento delle persone con misure giudiziarie seguite nel territorio (circa 6.000 di 4.000 in strutture residenziali)<sup>44</sup>. Di fronte a richieste crescenti di prese in cura occorrono investimenti nella psichiatria di comunità se si vuole evitare una situazione dove non si riesce a far fronte né ai diritti né ai bisogni generando insoddisfazione di persone ingiustamente detenute, famiglie e contesti, magistrati e avvocati. La lista di attesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive non si risolve con un maggiore numero di REMS ma con programmi personalizzati che siano in grado di produrre qualità degli accessi, migliorare turnover recovery e al contempo siano capaci d'inclusione e di mediazione nella costruzione di convivenze familiari e sociali.

L'incontro tra giustizia e welfare è l'occasione per un'innovazione delle prassi e per una collaborazione più proficua al fine di assicurare i diritti (compito di tutti e non solo della sanità su cui ricade la pressione e la pretesa di soluzioni) e adeguati percorsi fondati su modi e tempi condivisi, armonizzati mediante protocolli e tavoli di concertazione.

Una psichiatria "dell'ubbidienza giudiziaria" ispirata da un mandato normativo/adattativo di esecuzione della misura di sicurezza che finisce con il coincidere con il programma di cura rappresenta un modello di superato, di dubbia efficacia terapeutica e distante da prassi di cura incentrate sulla ricerca di soggettivazione e dell'inclusione sociale. Una psichiatria tanto più attratta dalle certezze della custodia e della coercizione quanto maggiori sono le difficoltà e i dubbi con il rischio di determinare una regressione delle REMS a mini OPG, un'evenienza da nessuno

---

<sup>43</sup> Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl Parma

<sup>44</sup> Si stima che i pazienti con misure giudiziarie assorbano circa il 15-20% delle risorse economiche dei DSM.

auspicata. A partire dalle esperienze maturate in questi anni, psichiatria e giustizia possono trovare nuovi e più avanzati punti d'incontro se sono in grado di sviluppare relazioni dialettiche e metodi che portino alla costruzione con la persona di un "doppio patto", uno per la cura e l'altro per la prevenzione di nuovi reati, il primo con sanità, sociale, sistema di welfare e il secondo con la giustizia (magistratura, UEPE) e la collaborazione delle Forze dell'Ordine. Un doppio patto che deve essere chiaro e dotato di adeguate autonomie, in modo tale che la persona senta la presenza e la parola autorevole della legge e al contempo la rilevanza, il valore della relazione di cura e del percorso terapeutico basato sul consenso.

Riconoscere reciproche autonomie istituzionali significa far sì che ammissioni e dimissioni dalle strutture psichiatriche, REMS comprese, siano nelle competenze degli psichiatri in grado di indicare, in relazione ad un sistema sempre più organizzato per intensità di cura, dove è più appropriato effettuare la terapia. Il diritto alla salute si realizza se contestualmente vengono assicurati anche i diritti di cittadinanza.

La psichiatria è vitale se mantiene alta la dialettica con la magistratura, se cioè in ogni ambito difende il mandato di cura, se tematizza le sue condizioni del "doppio patto", evitando che la misura giudiziaria sia appiattita o coincida in toto con gli interventi sanitari. La vitalità dei sistemi istituzionali sta nella capacità dialogica di confronto rispetto alle contraddizioni, ad interessi e diritti conflittuali.

La terapia è frutto di un lavoro di accoglienza non giudicante (né giustificante), di comprensione dei sintomi, della loro funzione e del loro senso, inscrivendo sempre la malattia dentro la salute e la vita.

Occorre andare oltre la psichiatria biologica, positivista, lineare, oggettivante e sostanzialmente farmacologica e praticare una psichiatria "gentile" basata su incontro con la persona e senso della psicopatologia, su modelli più complessi, biopsicosociali, culturali e ambientali, in grado di affrontare i determinanti sociali della salute e di mettere al centro la relazione e le potenzialità della persona. Serve anche lo sviluppo di una psicopatologia evolutiva in grado di cogliere le traiettorie e poter operare in termini preventivi sul piano familiare e sociale.

### **Appunti per un sistema unitario**

Delineare un sistema unitario della salute mentale per i soggetti autori di reato significa responsabilizzare tutti gli attori e l'opinione pubblica, cercare di fare prevenzione, riducendo gli accessi in carcere, proteggere e sostenere le persone preservando le relazioni significative (anche tramite le nuove tecnologie) sapendo quanto è patogena la privazione della libertà e di conseguenza la deprivazione (relazionale, affettiva e sensoriale). Questa visione potrebbe essere la chiave per una maggiore efficacia della cura e della misura giudiziaria. Delineare un sistema unitario implica che venga affrontato il nodo delle REMS, rispetto alle quali, sul piano organizzativo, si evidenziano due linee:

a) la tendenza a stabilizzare e differenziare le REMS (per osservazione-diagnosi, terapeutico riabilitative, "intensive" e "riabilitative"), di solito uniche regionali e quindi piuttosto distanti dai singoli DSM. Una distanza fisica che spesso si associa ad una distanza emotiva (evitamento, abbandono), di approcci e risorse (elevate nelle REMS, basse nel territorio), gap che possono risultare talmente grandi da ostacolare il passaggio sul territorio dove debbono svilupparsi i progetti di riabilitazione;

b) la tendenza ad andare oltre le REMS, marcandone la residualità e temporaneità, per sviluppare una rete di residenze, comunità e alloggi formata nella gestione dei pazienti con misure giudiziarie e

costruire programmi di cura di/nella comunità sostenuti con Budget di Salute ecc. e le risorse sociali, familiari e personali.

Lo sviluppo di queste linee dipende anche dagli orientamenti della magistratura sia nel dare valore ai programmi territoriali sia nel riservare le misure di sicurezza detentive definitive ai reati più gravi.

La legge 81/2014 ha portato ad un riavvicinamento della psichiatria clinica e di quella forense<sup>45</sup> e la collaborazione dei periti con i DSM è fondamentale al fine di passare dalla cura ideale a quella possibile, tenendo conto sempre del punto di vista del paziente e del suo ambiente.

Una linea che permette di migliorare l'assistenza psichiatrica, preservando il mandato di cura che si sviluppa in un'ottica unitaria mediante interventi in tutti i contesti: Istituti di Pena, ATSM, REMS, DSM, sistema del welfare territoriale fino alla casa della persona. Un modo per assicurare il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico della persona e per affrontare i determinanti sociali della salute mediante le azioni sociali, educative e ambientali necessarie. Per dare realizzazione a questo approccio è necessaria una strutturazione organizzativa dei DSM.

1) In ogni DSM servono investimenti per organizzare le **Unità funzionali di Psichiatria Forense in grado di raccordarsi con il “Punto Unico Regionale (P.U.R.)”** previsto dal recente Accordo della Conferenza Stato Regioni.<sup>46</sup>

Le Unità Funzionali di Psichiatria Forense sono di supporto ai Centri di Salute Mentale e SerD.

Sono il riferimento di tutti i soggetti chiamati a collaborare: magistrati, Amministrazione penitenziaria, periti, avvocati, altri DSM, servizi sociali, Garanti, Prefetture, associazioni. Avendo conoscenza delle persone (il 70% degli autori di reato è noto ai servizi di salute mentale) e della rete possono fornire dati, promuovere proposte e prassi operative, nonché costruire una rete operativa e una cultura condivisa. Per questo sono importanti, oltre ai Protocolli d'intesa con Magistratura e Forze dell'Ordine, tutte le attività che portano alla conoscenza reciproca.

Vanno assicurati tutti i supporti e gli interventi per le vittime e la giustizia riparativa. A tal fine servono collegamenti con **consulenti giuridici, avvocati e mediatori. Ciò anche per** assicurare una migliore difesa alle persone private della libertà e un pieno accesso ai diritti. Un ruolo importante è anche quello dei Garanti delle persone private della libertà. In particolare per le persone con disturbi mentali occorre valutare come vengono attuate la misura della libertà vigilata (ad esempio la tendenza ad associarvi l'obbligo di permanenza in una residenza) e le proroghe, specie quando superano la durata della pena edittale massima che dovrebbe essere indicata nei provvedimenti. Di ogni proroga dovrebbe essere informato il Garante.

L'Unità Funzionale di Psichiatria Forense ha anche la funzione di mobilitare sul tema tutti i soggetti, Enti del Terzo settore, associazioni, comitati di utenti e familiari, e creare una rete per l'inclusione, lavorativa e sociale.

2) In ogni DSM, l'Unità Funzionale di Psichiatria Forense dovrà gestire un **“Cruscotto”** in grado di monitorare tutti i pazienti con misure giudiziarie del territorio di competenza.

---

<sup>45</sup> Pellegrini P., G Paulillo, Pelizza L., Pellegrini C., Scarpa F., Cozza M., Barone R., Imperadore G., Castelletti L.

Applicazione della legge 81/2014: alcune note di orientamento per i Periti Psichiatri, L'Altro, Anno XXIV, n. 1 Gennaio-Giugno 2021, 28-34

<sup>46</sup> Accordo 30 novembre 2022 della Conferenza Stato Regioni “sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di collaborazione interistituzionale inerente la gestione dei pazienti con misura di sicurezza”.

3) L'Unità Funzionale di Psichiatria Forense sarà dotata **di un'equipe mobile** che possa supportare i servizi territoriali (CSM, SerD); per ogni paziente va prevista la presenza di un case manager, individuato di concerto con il servizio territoriale competente.

4) Promuovere formazioni congiunte, supervisioni, master e ricerche su processi ed esiti.

5) Sul piano tecnico si evidenzia la necessità di acquisire strumenti valutativi e sviluppare forme strutturate di programmi di cura.

### **Strumenti valutativi**

Nel contesto psichiatrico italiano la prassi valutativa è prevalentemente basata su osservazione e colloquio con un utilizzo limitato della testistica. L'applicazione della legge 81 in diversi DSM ha portato all'adozione nelle pratiche di routine di test clinici e di strumenti valutativi specifici.<sup>47</sup> Non è questa la sede per passarli in rassegna<sup>48</sup> ma si rileva come oltre alla pericolosità si sia passati a valutare i bisogni<sup>49</sup>, i fattori di rischio e protezione<sup>50</sup> e le progettualità nel contesto italiano.<sup>51</sup>

Si sta facendo strada una valutazione, meno oggettivante e più relazionale e dinamica, che tende a sviluppare la responsabilità come riconoscimento reciproco, infondendo speranza e fiducia. I fattori significativi per la persona vengono affrontati secondo i principi della rilevabilità e modificabilità al fine di promuovere il senso di protagonismo e la recovery. Questa va promossa sostenendo i diritti, con azioni capacitanti in grado di affrontare i bisogni delle persone e dare prospettive di vita (formazione, lavoro, socialità).

Un percorso abilitativo ben diverso rispetto a quello conseguente al proscioglimento derivante dal riconoscimento dell'incapacità di intendere e volere, che assume un significato invalidante, annulla la persona facendola diventare un pericolo da temere e controllare, in balia del disturbo mentale.

Nel nuovo approccio hanno assunto rilevanza i fattori familiari e la presenza in anamnesi di elementi traumatici, violenze, abusi, neglect, importanti ai fini dei vissuti e delle condotte presenti e future<sup>52</sup>.

Parallelamente è stato dimostrato che i programmi di intervento multimodale con un focus aggiuntivo sull'ambiente (forme di sensibilizzazione, terapia multisistemica, terapia familiare multidimensionale), in quello che abbiamo definito "intervento bifocale", sono più efficaci nel

---

47 Carabellese F. Il malato di mente autore di reato socialmente pericoloso dopo la chiusura degli opg: gli strumenti diagnostici dalla valutazione psichiatrico-forense alle pratiche trattamentali Rassegna Italiana di Criminologia XI 3/2017, 173-181 Pensa MultiMedia Editore – ISSN 1121-1717 (print) – ISSN 2240-8053 (on line)  
DOI: 10.7347/RIC-2017-p173

48 Si rimanda a Pellegrini P. Per una psichiatria senza ospedali psichiatrici giudiziari, Franco Angeli, 2015, 71-72

49 Thomas S., Harty M.A., Parrott J., McCrone P., Slade M., Thornicroft G. (2003). CANFOR:

Camberwell Assessment of Need – Forensic Version. London: Gaskell (Versione italiana a cura di Luca Castelletti e Antonio Lasalvia, 2010).

50 Zara G. TRA IL PROBABILE E IL CERTO La valutazione del rischio di violenza e di recidiva criminale, Diritto Penale Contemporaneo,

51 Pelizza L, Paulillo G., Maestri D., Paraggio C., De Amicis I., Mammone E., Scarci M, Leuci E., Pupo S, Pellegrini P., Psychometric properties of the Parma Scale for the treatment evaluation of offenders with mental disorder: A new instrument for routine outcome monitoring in forensic psychiatric settings. International Journal of Law and Psychiatry, Volume 84, September–October 2022, 101828 <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2022.101828>

52 De Zulueta F. Dal dolore alla violenza - Le origini traumatiche dell' aggressività, Cortina Ed .2009

ridurre i problemi di condotta rispetto ai programmi che non tengono conto dell'ambiente di un individuo.<sup>53</sup>

La valutazione dei tratti psicopatici e l'uso di sostanze, al di là della diagnosi principale, costituisce un fattore “trasversale” di grande rilevanza per il trattamento e gli esiti, sui quali influiscono anche insight, collaborazione ai trattamenti e opportunità sociali. La resilienza di fronte al peso del reato, al senso di colpa e di disperazione, l'assenza di futuro e di speranza sono molto rilevanti ai fini della riduzione del rischio di suicidio e di atti auto ed etero-aggressivi. Questi spesso sono anche un modo per essere vitali, per evitare la noia mortale, il vuoto senza senso, per obbligarci a prendersi cura, perché per certe persone nulla è più doloroso dell'essere ignorati e diventare insignificanti.

### **Approcci tecnici**

La chiusura degli OPG è avvenuta tramite un insieme di saperi e tecniche sviluppate in oltre 50 anni di psichiatria di comunità. Nessuna è stata ideata per la persona autrice di reato. La domanda attuale è se debbano esservi approcci più specifici e quale sia il senso e ruolo del reato nel mondo interno della persona.

In linea generale si può dire che gran parte degli strumenti utilizzati ordinariamente nei DSM (colloqui, farmaci, psicoterapia individuale, gruppo e familiare, interventi psicosociali) possano essere utilmente applicati anche con i pazienti autori di reato. Questi spesso presentano una molteplicità di problemi clinici, familiari e sociali per i quali nella nostra Ausl abbiamo sviluppato il PDTA Multicomplessità. Si possono adottare linee ispirate a “contenzioni zero” e più in generale al “no-restraint”.

Quanto al reato e al senso che esso assume per la persona, oltre alla psicoterapia e ad altri interventi mediati dal corpo, è risultato utile un approccio incentrato su approcci filosofico- religiosi (l'esperienza della Stanza del Silenzio e dei culti) e lo sviluppo di forme di auto-mutuo-aiuto, mediazione, riparazione, riconciliazione.

Rilevante sul piano anamnestico è il rilievo del trauma e di forme di attaccamento disorganizzato e instabile.

Alla luce di questo, nell'esperienza dell'Emilia Romagna, si è provato ad utilizzare il Protocollo di Fernet, Trauma informed care, Narrative Exposure Therapy for Forensic Offenders Rehabilitation (Hecker et al. 2015).<sup>54</sup>

Questo è strutturato per autori di reato con storie traumatiche o per vittime di traumi che manifestano problematiche collegate all'aggressività e al discontrollo degli impulsi. Il protocollo ha l'obiettivo di ridurre sia i sintomi post-traumatici sia di favorire la gestione dei comportamenti aggressivi e violenti. Segue la logica della Narrative Exposure Therapy (NET)<sup>55</sup> con un'enfasi sugli atti violenti perpetrati nel passato e su quelli potenzialmente agibili in futuro.

---

53 Kersten L, ed al. (2017) Community Violence Exposure and Conduct Problems in Children and Adolescents with Conduct Disorder and Healthy Controls. *Front. Behav. Neurosci.* 11:219. doi: 10.3389/fnbeh.2017.00219

54 Hecker T, Hermenau K, Crombach A, Elbert T. Treating Traumatized Offenders and Veterans by Means of Narrative Exposure Therapy. *Front Psychiatry.* 2015 Jun 22;6:80. doi: 10.3389/fpsyt.2015.00080. PMID: 26157395; PMCID: PMC4475792.

55 In Italia vedasi: <https://www.sisst.it/net/>

Interessanti sono la Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP)<sup>56</sup> e le Esperienze somatiche nella risoluzione del trauma.<sup>57</sup>

Le correlazioni neurobiologiche ed epigenetiche dell'aggressività appetitiva e del trauma sono in corso di approfondimento mediante diversi studi (ad es. del DNA, in particolare dei modelli di metilazione).

Un'altra linea di intervento è quella basata sui bisogni, come ad esempio il Good Lives Model (GLD)<sup>58</sup>. Esso si basa sull'assunto che i bisogni, beni e valori primari (*human goods*) di tutti gli individui siano simili e che al fine di ridurre le probabilità di recidiva sia necessario aiutare il reo ad acquisire strumenti utili a soddisfare i propri desideri e a costruirsi una vita migliore<sup>59</sup>.

Questo modello si concentra sull'implementazione del progetto di vita piuttosto che sulla gestione dei rischi considerati come ostacoli alle possibilità di cambiamento, che dipendono da fattori sia interni (responsabilità, capacità) sia esterni (opportunità e forme di supporto).

Nel contesto dell'Emilia Romagna, anche nei percorsi giudiziari è stato utilizzato lo strumento del Budget di Salute che opera attraverso un approccio capacitante, di forte responsabilizzazione della persona e che tramite una logica pattizia mira ad operare nei diversi ambiti (formazione e lavoro, abitare, socialità) al fine di creare partecipazione della persona, sviluppo del welfare di comunità e quindi del capitale sociale. Un approccio che è in sintonia con pratiche di comunità incentrate sulla recovery (Dialogo Aperto, Comunità Terapeutica Democratica ed al.).

L'ampio utilizzo della rete residenziale dei DSM per pazienti con misure giudiziarie, richiede una qualificazione degli interventi (inquadramento, "profilazione", programmi a termine, Interventi precoci per Esordi, attenzione agli aspetti culturali/linguistici ecc.) e delle strutture (Residenze per "profilazione", Residenze per Giovani Adulti, Programmi Recovery), formando il personale e predisponendo percorsi adeguati per l'inclusione nella società evitando permanenze sine die.

### **Nuovi target di utenza**

Con l'approvazione della legge 69/2019 (c.d. codice Rosso), la sentenza 99/2019 della Corte Costituzionale e la recente riforma della giustizia, i servizi sanitari e sociali sono investiti di compiti già nella fase delle indagini, ancor prima cioè che si possa avere il completamento dell'iter giudiziario che tradizionalmente portava alle misure di sicurezza detentive definitive.

Questi nuovi compiti non sono pienamente esplicitati sotto il profilo procedurale e operativo e ricadono in modo "imprevisto" sui DSM determinando talora dibattiti sulle competenze. Tutto questo rimanda alla necessità di migliorare i percorsi e l'offerta di cura per soggetti imputabili liberi, che talora vengono in contatto con i servizi al momento stesso del reato. Occorre quindi comprendere come fare fronte anche a questa domanda. L'esperienza di questi anni ha dimostrato che occorrono percorsi dedicati e che le REMS non sono adeguate per soggetti con psicopatologia o uso di sostanze, per altro di solito imputabili ma fortemente disturbanti e problematici in ambito penitenziario.

---

<sup>56</sup> Simone M. de la Rie,<sup>a</sup> Antoine van Sint Fiet,<sup>a</sup> Jannetta B. A. Bos,<sup>a</sup> Nora Mooren,<sup>a</sup> Geert Smid,<sup>a,b</sup> and Berthold P. R. Gersons,<sup>c</sup> Brief Eclectic Psychotherapy for Moral Trauma (BEP-MT): treatment protocol description and a case study Eur J Psychotraumatol. 2021; 12(1): 1929026.

Published online 2021 Jul 5. doi: 10.1080/20008198.2021.1929026

<sup>57</sup> Levine P., Somatic Experiencing. Esperienze somatiche nella risoluzione del trauma, Astrolabio Ubaldini Ed. 2014

<sup>58</sup> Ward, T. (2002). The management of risk and the design of good lives. Australian Psychologist, 37, 172-179.

<sup>59</sup> A.C.BALDRY,A.RODONTINI, L'intervento terapeutico in ambito penitenziario: limiti e opportunità con detenuti sex offender, in Rassegna Italiana di Criminologia, XII, 1, 2018,

Occorrono quindi moduli di trattamento, anche sperimentali, per persone con psicopatia, uso di sostanze, prevedendo anche forme di accoglienza per autori di reato. Sono da sperimentare nuove forme di cura specifiche per sex offender, uomini violenti<sup>60</sup>.

A tal proposito è prevista la creazione di “Centri per Uomini autori o potenziali autori di violenza di genere (C.U.A.V.). “Sono strutture il cui personale attua i programmi rivolti agli autori di atti di violenza domestica e sessuale e di genere, per incoraggiarli a adottare comportamenti non violenti nelle relazioni interpersonali, al fine di modificare i modelli comportamentali violenti e a prevenire la recidiva. Tali programmi possono essere realizzati sia all’interno sia all’esterno delle mura penitenziarie.”

L’accordo prevede i requisiti dei CUAV (che possono essere pubblici o privati) e definisce una durata minima dei trattamenti “di 60 ore, su un arco di almeno 12 mesi.” Quindi si prefigura una risposta che si basa su una valutazione “svolta con gli strumenti tipici di ogni figura professionale e con strumenti di valutazione del rischio, avrà come oggetto la qualità ed il livello della motivazione, la presenza di condizioni non trattate ostative l’intervento (dipendenze patologiche, disturbi psichiatrici, deficit psicofisici inabilitanti la soggettività ecc..), l’intenzione e la concreta possibilità di partecipare agli interventi proposti per tutta la durata del programma” (art 5, punto b).

Le dipendenze patologiche e i disturbi psichiatrici se non trattati possono costituire condizioni ostative all’intervento dei CUAV. Questo rimanda la questione ai DSM, chiamati a curare queste persone e poi ad inviarle ai CUAV oppure, in alternativa, a collocare i conflitti intrafamiliari, le difficoltà relazionali e le violenze all’interno di uno strutturato programma di cura. Un tema molto delicato, che tra l’altro vede da un lato l’incremento delle denunce e dall’altro un sempre maggiore affidamento di queste situazioni ai servizi di salute mentale.

## **Conclusioni**

La psichiatria di comunità italiana si è assunta il pesante onere di curare le persone senza Ospedali Psichiatrici civili e giudiziari con l’obiettivo di migliorare la salute, il benessere sociale e sicurezza riducendo le recidive. Una condizione sostanzialmente unica al mondo. Un’impresa che va sostenuta, monitorata nei processi e negli esiti. Un cambiamento epocale che è ancora incompleto sul piano legislativo in quanto servirebbe una riforma del codice penale in tema di imputabilità. Vi è una carenza di risorse rispetto a quelle necessarie per completare il sistema. Tenendo conto di questi aspetti, la via da intraprendere in questa fase dovrebbe tendere, più che a stabilizzare e differenziare le REMS (ripensandone distribuzione e con equilibrio i compiti), al completamento di un sistema di cura e di giustizia di comunità. Questo vede già un’ampia quota di utenti e potrebbe, se adeguatamente potenziato, portare al superamento delle stesse REMS, declinate a Servizi di comunità.

Un approccio strategico che dovrebbe contrastare la deriva custodiale e di istituzioni chiuse delle REMS, dando un’altra risposta ed altri contenuti all’esecuzione della misura giudiziaria.

Tre punti chiave per concludere:

a) Gli interventi sanitari richiedono consenso della persona (“nulla su di me senza di me”), motivazione, protagonismo, responsabilità e speranza. Sappiamo che non vi può essere cura nella

---

<sup>60</sup> Conferenza Stato Regioni Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti minimi dei centri per uomini autori di violenza domestica e di genere. Repertorio atti n. 184/CSR del 14 settembre 2022

coercizione e nella privazione della libertà. Se la misura penale si può in un qualche modo imporre, così non è per la terapia.

b) la persona ha bisogno di essere giudicata per quanto ha commesso, per poter elaborare l'evento stesso. Il proscioglimento crea condizioni di incomprensibilità di un evento che comunque resta profondamente presente nel mondo interno della persona. Sono quindi da promuovere, anche con il "doppio binario", le esperienze volte a responsabilizzare, mediare, costruire patti, mettere alla prova. L'autorevole parola della legge deve essere accompagnata da un proprio programma di trattamento, lasciando agli psichiatri i compiti di curare, di ammettere e dimettere dalle strutture sanitarie, organizzate per intensità di cura e per percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA).

c) Gli sforzi in atto richiedono il superamento della "posizione di garanzia" della psichiatria in favore del "privilegio terapeutico" che consenta di dare sicurezza agli operatori, di gestire i rischi.

## **Funzioni della UO Psicopatologia Forense**

Giuseppina Paulillo, Pietro Pellegrini

### **Introduzione**

Nel 2016 è stata istituita la UOC “Residenze Psichiatriche e Psicopatologia Forense” (d’ora in poi UOC) che integra la SS Salute Mentale Dipendenze Patologiche negli Istituti Penitenziari” e la Residenza per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza” (REMS) di Casale di Mezzani.

L’evoluzione normativa (DPCM 1 aprile 2008, leggi 9/2012, 81/2014) ha sancito che la persona abbia il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico. Questo implica che vengono assicurati adeguati interventi sia negli Istituti di Pena, nelle ATSM, nelle REMS, nelle Residenze Sanitarie e Sociosanitarie, nel territorio.

Una disposizione che deve trovare una piena applicazione a seguito dei decreti applicativi della legge 103/2017, delle Sentenze 99/2019 della Corte Costituzionale,

L’applicazione della legge 81/2014 ha portato alla chiusura degli OPG e alla creazione per il paziente psichiatrico autore di reato prosciolto, o al fine della pena se seminfermo, di un sistema di cura e giudiziario di comunità. Sono anche aumentate le misure di sicurezza non detentive provvisorie e le misure alternative al carcere, sia come arresti che detenzione domiciliare (o in luogo di cura) applicate a persone in cura che dal punto di vista giuridico non hanno ancora avuto pronunciamenti in merito all’imputabilità.

### **Obiettivo**

L’obiettivo di questo documento è normare le funzioni della UOC “Psicopatologie Forense” sia rispetto al sistema dipartimentale (Direzione, Centri di Salute Mentale che alla rete Ospedaliera e Residenziale) sia nelle relazioni esterne, in particolare con l’Autorità Giudiziaria.

Si avverte la necessità gestionale e operativa di portare ad una visione unitaria e ad una prassi più omogenea un insieme di interventi che attualmente sono un po’ frammentati, discontinui, approssimativi. Questo può causare inefficienze, omissioni, carenze progettuali e interventi poco appropriati. Questa necessità di intervento va resa coerente con la previsione in base alla quale la persona è sempre titolare del diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico e pertanto il riferimento per la diagnosi e la presa in cura dovrebbe essere il CSM di riferimento territoriale.

Per rendere effettivo questo orientamento occorre prendere atto che alcune collocazioni della persona, quali quelle negli Istituti di Pena, alla REMS o in stato di arresto/detenzione, richiedono competenze non solo di tipo psichiatrico ma anche normative e interazioni con la magistratura che è utile realizzare mediante Competenze dedicate, una funzione esperta, che possa supportare il personale dei CSM.

Attualmente la UOC dispone di personale con competenze clinico psichiatriche, psicologiche e criminologiche, assistenziali, giuridiche e amministrativo tali da poter operare a fianco dei servizi territoriali, con i pazienti autori di reato che siano collocati in ambito penitenziario, REMS, territorio, dei quali provvede a tenere uno specifico Cruscotto. La UOC può rappresentare lo snodo e la regia del sistema sin dalle prime fasi di un percorso giudiziario. Il raccordo con l’attività del perito (del PM o del GIP) e poi con lo stesso Magistrato rappresenta, oltre ad un supporto per la delicata attività decisionale in materia di non imputabilità, un vero cardine del percorso terapeutico riabilitativo; si riesce così ad immaginare un solco che sia continuo e non risenta dei passaggi di

competenza quando il paziente transiterà le diverse fasi dell'iter giudiziario. L'UOC può rappresentare quella continuità tra la fase del processo di Cognizione (più attenta agli aspetti della non imputabilità” e quindi “diagnostici”) e quella della Sorveglianza (più attenta agli aspetti di cura e riabilitazione). L'obiettivo è accompagnare le decisioni del Magistrato della Cognizione, che non si sta più limitando al giudizio su imputabilità e pericolosità ma che, come viene chiesto di frequente già nello stesso quesito peritale, formula anche un percorso appropriato di cura. La qualità delle valutazioni formulate nel loro complesso dai periti, dagli operatori del DAISM-DP, dal Privato, dalla REMS, diventano sempre più determinanti in un momento nel quale la volontà è di non ricorrere alle misure detentive quando esista anche una sola via alternativa. Si aprono sfide che richiedono coraggio, rigore, precisione, puntualità, professionalità dei diversi operatori coinvolti portando con sé le difficoltà di tutto ciò che si muove su percorsi ancora nuovi e poco sperimentati.

### **Tipologie**

Nel Cruscotto sono registrati tutti gli utenti psichiatrici che siano oggetto di provvedimenti giudiziari e la UOC è responsabile anche della corretta tenuta dello SMOP e degli adempimenti richiesti dall'Autorità Giudiziaria.

Al fine di un corretto funzionamento si distinguono le seguenti eventualità:

a) **persona non nota ai servizi.** La UOC, d'intesa con i responsabili di CSM o SERD, provvede alla raccolta delle informazioni, alla valutazione e alla presa in cura e si raccorda con la magistratura per la definizione del programma di cura che è utile orientare fin dal primo momento secondo criteri dell'appropriatezza.

b) **paziente già in carico al CSM.** In questo caso il Responsabile del CSM e il Direttore della UOC provvederanno a concordare la micro-equipe e il responsabile della presa in cura, alla luce anche del percorso giudiziario che viene coordinato funzionale dalla UOC.

La micro-equipe potrà vedere una composizione congiunta di professionisti della UOC e del CSM o SERD designati dai rispettivi responsabili. A quest'ultima competono anche i rapporti con Enti Locali e le altre agenzie sociali, previdenziali e giudiziarie in ambito civile (amministrazione di sostegno).

Per entrambe le modalità sopradescritte la presa in carico diretta della UOC continua fino alla collocazione stabile o alla definizione del programma da parte del CSM.

A questo punto il paziente è in carico al CSM che mantiene la titolarità del caso e la UOC Psicopatologia Forense provvederà al coordinamento funzionale e a supportare il CSM nei rapporti con la Magistratura, curando l'invio delle relazioni, il rispetto delle scadenze, le variazioni progettuali e l'interfaccia con tutti i soggetti del sistema giudiziario.

### **Competenze funzionali della UOC**

Per quanto attiene agli aspetti giudiziari, il coordinamento è della UOC da parte del Direttore, coadiuvato dall'Assistente sociale.

La UOC è anche l'interfaccia per Periti e Consulenti di Parte, Avvocati, Garanti e altri soggetti che esercitano funzioni di vigilanza e tutela dei diritti. In questo quadro la UOC cura accessi agli atti, relazioni cliniche, attività informative e comunicative.

La UOC provvede alla gestione del Cruscotto dove vengono registrati tutti i soggetti residenti nell'Ausl di Parma, o comunque di sua competenza, che siano oggetto di misure giudiziarie

specificando, oltre ai dati anagrafici, tipo di misura, collocazione e scadenze. Viene effettuato il monitoraggio mensile di tutti i programmi di cura, il report del Cruscotto è inviato ogni due mesi ai Responsabili di CSM e a cadenza bimensile viene tenuta una riunione del direttore della UOC con i Responsabili dei CSM o loro delegati.

Annualmente il Direttore della UOC provvede alla stesura della Relazione annuale sull'andamento del Cruscotto nella quale espone i dati, l'attività svolta, i risultati, le criticità e le proposte di miglioramento, in ambito di governo clinico, formazione, organizzativo-gestionale e di valutazione degli esiti.

La UOC, nell'ambito del Cruscotto e d'intesa con i responsabili dei CSM, cura la corretta tenuta della documentazione clinica e giudiziaria di propria competenza. La tenuta dovrà prevedere sia quella presso il Cruscotto sia in Cartella clinica.

Nell'operatività la gestione del Cruscotto da parte della UOC prevede che, d'intesa con il responsabile del CSM/SERD e per quanto di competenza con la UO Interventi Psicosociali Intensivi e Integrati, vengano formulati programmi di cura da proporre alla Magistratura di Sorveglianza volti allo sviluppo della responsabilità della Persona, orientata all'autonomia e alla recovery, nonché alla possibile riduzione delle limitazioni della libertà, sostenendo i diritti e favorendo le opportunità.

La UOC, d'intesa con diversi soggetti del territorio, sviluppa anche azioni volte al recupero della disponibilità del contesto, della famiglia e nell'ottica di favorire interventi riparativi.

Favorisce lo sviluppo delle competenze, l'acquisizione degli strumenti valutativi standardizzati sia clinici, sia relativi alla gestione del rischio.

In applicazione della DGR 1315/2015 e DGR 767/2018 (Approvazione dello Schema di Protocollo Operativo tra Magistratura, Regione Emilia-Romagna e Ufficio Esecuzione Penale Esterna per l'applicazione della legge n.81/2014) la UOC collabora con la Magistratura in tutte le fasi del procedimento giudiziario e a tal fine:

- mantiene, d'intesa con i Servizi Ospedalieri o Residenziali o Territoriali ove si trovi la Persona, le relazioni con l'Autorità Giudiziaria;
- in relazione al programma di cura, acquisite le necessarie disponibilità nel caso di accesso all'OPA Maria Luigia, o da altri soggetti responsabili della Cooperazione Sociale, provvede a fornire proposte di collocazione della persona utilizzando la specifica modulistica;
- ai sensi della legge 81/2014, opera al fine di prevenire l'applicazione di misure di sicurezza detentive formulando proposte alternative;
- tiene i rapporti con la REMS e provvede, d'intesa con il Responsabile del CSM, alla stesura del PTRI e al suo caricamento nel sistema SMOP nei termini stabiliti;
- favorisce, d'intesa con la Magistratura, le collocazioni alternative alla REMS o alla detenzione;
- tiene un monitoraggio dei progetti e degli esiti.

La UOC inoltre:

- cura l'attività formativo-didattica e comunicativa con specifiche proposte da inserire nei rispettivi Piani Annuali; dette attività dovranno essere rivolte anche a tutti i soggetti afferenti a OPA Maria Luigia e Coop sociali;
- formula proposte di ricerca e innovazione;

- partecipa alle attività di Coordinamento della Regione Emilia Romagna. In questo ambito, d'intesa con la Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA), opera anche il necessario raccordo con la Giustizia Minorile per l'applicazione della specifica normativa.

### **Composizione Equipe**

Psichiatra, Coordinatore, Assistente sociale, Psicologo, Infermiere/operatore TRP o Educatore, Assistente amministrativo. Per i singoli casi l'Equipe potrà/dovrà essere integrata con il Responsabile del CSM o delegato.

## **Progetto Sperimentale “Recovery House” per giovani adulti fragili con esordio psicotico o a rischio di psicosi**

Lara Lori<sup>61</sup>, Barbara Carillo, Patrizia Ceroni, Emanuela Leuci

La Cigno Verde è una Società cooperativa sociale di tipo B sub A, che ha come scopo l’inserimento lavorativo di persone svantaggiate o con fragilità (come da Legge n. 381, 8 novembre 1991 "Disciplina delle cooperative sociali") e l’attività socio-educativa abilitativa e riabilitativa. La cooperativa è associata al Consorzio Solidarietà Sociale (CSS) di Parma e ne fa parte partecipando ai coordinamenti di settore d’intervento, quali luogo di condivisione strategica e di nuove progettualità. Il CSS è titolare dell’Accordo Quadro con l’Azienda USL e la cooperativa ne riceve in gestione i progetti individualizzati e servizi socio-educativi abilitativi e riabilitativi.

### **Ambito progettuale**

Il progetto prevede interventi abilitativi e riabilitativi in particolare nell’ambito dell’abitare in autonomia, a favore di giovani in Esordio Psicotico ed è basato su un modello di intervento precoce, secondo linee guida internazionali e nazionali recepite anche dal PDTA aziendale dell’AUSL di Parma, rivolto alla persona ed al suo contesto di riferimento in un approccio di tipo inclusivo e comunitario.

Ha radici dal progetto consortile RETE PER LA RECOVERY, proposto da CSS Parma all’attenzione di Fondazione Cariparma nel Bando Inclusione del 2022. Nello specifico, l’idea progettuale raccoglie gli stimoli del Progetto proposto dall’Azienda USL “Nuovi Orizzonti – una presa in carico precoce” che prevede l’inserimento in un alloggio di un gruppo ristretto di giovani in coabitazione (3 progetti di HOUSING), e il coinvolgimento di altri al proprio domicilio (fino a 7 progetti SATELLITI), per interventi riabilitativi sulle diverse aree fragili emerse in fase di valutazione. Ogni persona è titolare di un progetto BdS con il PTRI che declina bisogni, risorse, obiettivi e tempi di verifica per ciascuno.

### **Bisogni rilevati**

- protagonismo ed empowerment della persona
- orientamento alla Recovery personale
- rispetto dei diritti e della dignità della persona
- responsabilizzazione della persona
- autonomia abitativa in un contesto accogliente e sicuro
- azione anti istituzionalizzante
- promozione della partecipazione attiva alla comunità e sviluppo di reti sociali
- prevenzione del ritiro sociale e dell’abbandono
- coinvolgimento attivo della famiglia negli obiettivi di cura e di vita

### **Proposta progettuale e finalità**

La cooperativa sociale Cigno Verde ha l’opportunità di disporre di un appartamento con tre stanze singole, in affitto, situato in una zona della città comoda a Servizi e infrastrutture (vicino alla sede della cooperativa e nella zona della Stazione di Parma), utilizzando il quale è possibile avviare un progetto di Recovery House, come forma innovativa della così detta “residenzialità leggera”, dove

---

<sup>61</sup> Coop. Cigno Verde

ospitare 3 giovani utenti psichiatrici che siano nella condizione di sperimentare una situazione abitativa supportata, applicando il modello del Budget di Salute con un PTRI per ogni ospite. Il progetto potrà avvalersi anche della collaborazione di utenti esperti nella facilitazione tra pari ESP.

Il progetto di Housing (dando attuazione al Progetto proposto all'interno della RETE PER LA RECOVERY) prevede l'attivazione di progetti di autonomia abitativa in condizioni protette ma non "istituzionalizzanti", rivolto a giovani utenti psichiatrici (giovani adulti con esordio psicotico o con alto rischio di psicosi), al fine di:

- favorire una recovery più ampia e precoce possibile;
- ridurre lo stigma personale e sociale associato alla malattia e favorire l'inclusione sociale attraverso lo sviluppo di reti sociali e comunitarie;
- facilitare l'accesso ad interventi specifici e appropriati, basati su evidenze scientifiche e implementati sviluppando una metodologia di lavoro, omogenea, mirata e coesa, come da PDTA dell'AUSL di Parma, coerente con le Raccomandazioni Regionali per la Promozione della Salute e del Benessere in Persone all'Esordio Psicotico;
- offrire prove di autonomia e di presa di responsabilità;
- consentire un periodo di "pausa dalla quotidianità" e di "allontanamento" del contesto familiare, per allentare dinamiche disfunzionali che interferiscono con gli obiettivi personali della riabilitazione;
- contrastare ogni rischio di cronicizzazione e di neo-istituzionalizzazione;
- favorire il protagonismo degli utenti;
- favorire la partecipazione attiva dei famigliari nel percorso di cura e nel progetto di vita.

Il personale della cooperativa Cigno Verde (educatori professionali, psicologi, operatori esperti e volontari) fungeranno da punti di riferimento e supporto educativo per tutte le problematiche, le criticità e le evoluzioni possibili, legate alla quotidianità di vita di ogni persona ed alla co-abitazione in piccolo gruppo.

Le azioni vengono svolte in sinergia con tutti gli altri interventi previsti nel progetto "Nuovi Orizzonti" in collaborazione con il DAISM-DP.

È previsto l'utilizzo della Mentale Haast Ricoveri Star: strumento per misurare i processi di recovery nell'ambito della salute mentale.

Il monte ore di impegno educativo per ogni singola persona inserita nel nucleo abitativo viene stimato pari a minimo 20 ore al mese, da declinare sulla base degli obiettivi specifici del progetto di recovery personale di ciascuno, che deve prendere necessariamente in considerazione, oltre all'asse dell'abitare, anche tutti gli altri assi (formazione e lavoro, socialità e relazioni) della riabilitazione psicosociale. Per gli eventuali progetti territoriali satelliti, ciascuno attivato con PTRI sostenuto da Budget di Salute, fino ad un massimo di 7, che si possono appoggiare al piccolo gruppo in coabitazione, viene invece stimato un impegno mensile minimo di 8 ore per ciascun progetto territoriale.

L'attivazione del progetto Recovery House comporterà la redazione della Carta dei Servizi, che esplicherà l'offerta complessiva e i relativi costi, e del Patto di Convivenza che ogni ospite dovrà sottoscrivere.

## **Tempi**

Possibile avvio a novembre 2023. Vengono predefiniti i tempi di verifica a 6 mesi-12 mesi-18 mesi per i progetti in coabitazione. Per tutti i PTRI con BdS i tempi previsti di verifica debbono consentire la definizione e la condivisione di obiettivi calibrati sulle singole persone. La permanenza nel gruppo di coabitazione non potrà comunque superare i 24 mesi.

### **Azioni a sostegno del progetto di comunità e prossimità**

1. Disponibilità ad estendere le attività educative coinvolgendo sul territorio anche altri utenti con bisogni simili (satelliti), rivolte all'inclusione sociale ed al potenziamento delle autonomie nell'ambito dell'abitare, ma anche in altri ambiti, come la ricerca attiva del lavoro, il sostegno allo studio, la costruzione di una rete sociale, l'individuazione di interessi per il tempo libero e l'accompagnamento alla loro realizzazione.
2. Prosecuzione dell'attività psico-educativa attraverso il Gruppo CondiMenti, sulle strategie di fronteggiamento delle problematiche quotidiane (T-group per utenti e care-giver).
3. Formazione congiunta su temi legati agli esordi psicotici e su problematiche emergenti. Il dato relativo ai giovani adulti in carico ai Centri di Salute Mentale rimanda ulteriormente alla responsabilità dei sistemi d'intervento per una presa in carico che eviti la cronicizzazione e per contro che promuova percorsi di crescita e di consolidamento delle autonomie personali. Partecipazione alla formazione residenziale "Ricette per un recovery ben fatto" in data 26 e 27 settembre 2023.
4. Partecipazione alle attività integrate con il DAISM-DP quali gli incontri di coordinamento mensile e di intervizione, vista la necessità di integrare tutti gli interventi educativi e riabilitativi e le altre azioni di sistema, a sostegno del progetto di Recovery House in fase di sperimentazione.
5. Coinvolgimento attivo nelle iniziative di facilitazione comunicativa attraverso gruppo WhatsApp e mailing list dedicata, anche per garantire pronta reperibilità ed interventi a distanza.

### **Quadro di sostenibilità**

#### Cofinanziamento

Attraverso i fondi acquisiti grazie al Progetto RETE PER LA RECOVERY, con capofila il CSS Parma e finanziato da Fondazione Cariparma – anno 2022, la cooperativa mette a disposizione una base economica per la sistemazione, l'allestimento e l'arredo dell'appartamento.

Ai costi mensili previsti per la realizzazione complessiva del progetto in fase attuativa dovranno concorrere fonti di finanziamento diverse (AUSL, servizio sociale, persona e famiglia, bandi pubblici...).

#### Spese previste

Sono state stimate spese mensili per circa € 2.480,00. Il conteggio è comprensivo di intervento educativo compresa reperibilità, costi indiretti di coprogettazione, coordinamento e rendicontazione, affitto, spese condominiali, utenze.

#### **PREVENTIVI SPESE PROGETTO CO-HOUSING**

(al mese)

€ compartecipazione degli utenti

Affitto mensile 600,00 per utenze medie mensili - wifi - riscaldamento autonomo - spese condominiali (stima) 302,00 E.

Costi indiretti (per HOUSING ed eventuali Alloggi SATELLITI) di coprogettazione, coordinamento e rendicontazione (10 % del totale) 143,00 -

intervento educativo di 20 ore per ogni PTRI con BdS (per HOUSING) 1.435,00 -

TOT: Euro 2.480,00

### **Sostenibilità economica**

Per garantire la sostenibilità economica è quindi necessario prevedere:

- il contributo sanitario da parte dell'Azienda USL a copertura delle prestazioni di carattere socio-educativo dirette alla persona e relativi costi indiretti (co-progettazione, coordinamento e rendicontazione), per i Budget di Salute personalizzati dedicati agli utenti del progetto HOUSING (massimo 3 utenti ciascuno titolare di un progetto BdS di almeno 20 ore mensili), e per gli eventuali progetti "satelliti" (massimo 7 utenti ciascuno titolare di un progetto BdS di almeno 8 ore mensili);
- la compartecipazione degli utenti o delle famiglie alle spese di mantenimento dell'alloggio (affitto, utenze, wi-fi, spese condominiali).

Sarà necessario definire in modo chiaro le modalità di compartecipazione, prevedendo un accordo sottoscritto da parte di tutti i soggetti coinvolti.

## Gruppi per familiari e cura di Comunità

Pietro Pellegrini<sup>62</sup>

### Introduzione

Con la legge 180/1978 e la chiusura degli Ospedali Psichiatrici (OP) la centralità delle cure si è spostata nella comunità.

Gradualmente si sono via via strutturati servizi (centri di salute mentale, centri diurni, comunità terapeutico-riabilitative, servizi psichiatrici di diagnosi e cura) volti da un lato a dimettere i pazienti dell'OP e dall'altro ad accogliere i nuovi utenti.

Con il tempo i servizi si sono organizzati per intensità di cura, variabili a seconda dei contesti (alta la componente medica nell'E-U, alti livelli psicosociali nel territorio e nella riabilitazione) mirando alla massima personalizzazione degli interventi.

La cura dei gravi disturbi mentali nel tessuto sociale e nelle famiglie ha richiesto risposte nuove, articolate e complesse che dovevano far fronte ad una realtà mutata. Ci si è dovuti confrontare con i nuovi pazienti che in OP non potevano essere ammessi e ben presto è avanzata la "nuova cronicità". Non si tratta solo di curare "nella" comunità (come mero ambito o contenitore) ma di attuare una cura "di" comunità chiamata ad essere partecipe e a sua volta protagonista della salute mentale del territorio. Quindi una cura di/nella comunità<sup>63</sup> che sempre più si è collegata con altri servizi sanitari, a partire dalle cure primarie, e sociali. Un' "istituzione inventata"<sup>64</sup> che vede sempre, in ogni ambito, la salute mentale come componente essenziale della salute.

I dispositivi tecnici piuttosto limitati in manicomio sono aumentati<sup>65</sup> e sono stati progressivamente integrati i diversi interventi (farmacologici, psicoterapici e psicosociali) e setting (individuale, familiare, di gruppo).

È maturato il comune convincimento che la cura dei pazienti anche di area psicotica non possa prescindere dal consenso, dalla partecipazione attiva della persona e al contempo dalla cura delle loro famiglie, o meglio dal prendersi cura delle dinamiche familiari, gruppali e di contesto.

Superata la fase assembleare e partecipativa degli anni 60-70, dopo l'approvazione della 180, per oltre un decennio la psichiatria ha proceduto con fatica e incertezze nell'applicazione organizzativa della legge.<sup>66</sup>

A Parma, fin dai primi anni 90 sono attive iniziative per i familiari. Essi sono di norma coinvolti nei percorsi di cura e resta elevata la propensione ad interventi sul singolo paziente e il suo nucleo, lasciando in secondo piano e al di fuori dell'ambito tecnico gli interventi tra pari e il lavoro di gruppo.<sup>67</sup>

---

<sup>62</sup> Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

<sup>63</sup> Gallio G. Cogliati Dezza M.G. (a cura di) *La città che cura* Edizioni Alfabeta Verlag Merano, 2018

<sup>64</sup> Rotelli F. (A cura di) *L'Istituzione Inventata*. Almanacco Trieste 1971.2010ED.Alfabeta Verlag, Merano 2015

<sup>65</sup> L'attenzione di Basaglia per la Comunità Terapeutica, di Jervis per la formazione, di Pierfrancesco Galli per la psicoanalisi risalgono agli anni 60.

<sup>66</sup> Carpanese D. Ugolotti L. (a cura di) *La relazione che cura*. Le voci della salute mentale a Parma. Grafiche Step Ed., 2021

<sup>67</sup> Bion W. "Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico", Armando ed (2009)

Sono stati attivati i Gruppi psicoeducativi per familiari sul modello dell'Alta Emotività Espressa<sup>68</sup>, i Gruppi di partecipazione tramite l'Associazione (Va Pensiero, Camminiamo Insieme, Itaca).

Le Associazioni, Va Pensiero e più recentemente Itaca, hanno organizzato corsi per le famiglie e d'intesa con il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, dal 2014 sono stati effettuati Corsi per familiari e volontari, strutturati in 12 incontri annuali, che hanno formato circa 250 persone. Da oltre 20 anni l'Associazione Sulle Ali delle Menti gestisce una linea telefonica dedicata e gruppi di automutuoaiuto per familiari e persone con Disturbi del Comportamento Alimentare. Storica e di grande rilevanza è la collaborazione con i SerD dei gruppi degli Alcolisti Anonimi (e le loro iniziative per familiari) e dei Club Alcolisti in Trattamento e di altre forme di volontariato sorte a fianco delle Comunità Terapeutiche.

Sono stati attivati corsi per familiari di pazienti con Disturbo Bipolare (secondo il modello di Colom Vieta<sup>69</sup>) e con Esordio Psicotico. Anche la Cooperazione Sociale (Cabiria) ha attivato gruppi per Uditori di Voci<sup>70</sup> e diversi gruppi automutuoaiuto.

La tabella presenta schematicamente le linee nelle quali si è sviluppato l'intervento grupppale:

a) rappresentanza di familiari e/o utenti fino alle azioni di lobbying con rapporti conflittuali o collaborativi con i servizi;
b) organizzazione di forme di trattamento come Alcolisti Anonimi, Uditori di Voci e Gruppi per disturbi (ad es. d'ansia, autismo) mostrando anche alte conoscenze specifiche e sfidando i professionisti anche nell'ambito tecnico-scientifico;
c) attività per una migliore gestione del disturbo (psicoeducazione, automutuoaiuto) e attenzione ai familiari e ai figli;
d) azioni a sostegno della socialità, cultura, sport, formazione-lavoro e lotta allo stigma;
e) partecipazione a programmazione, governo clinico, controllo qualità e dei diritti nelle istituzioni e nella comunità.

Il DAISM-DP ha sempre cercato di collaborare sia nelle sedi istituzionali (Comitato Utenti e Familiari, Consulta Regionale per la salute mentale) sia con iniziative specifiche di coinvolgimento nella programmazione, nella gestione e nel governo clinico. Inoltre sono state promosse le forme di auto mutuo aiuto e utenti esperti.

In questo quadro generale, la riflessione deve tenere conto delle profonde modificazioni sociali intervenute nella composizione e nella struttura delle famiglie. Ciò apre nuove esigenze nella misura in cui i servizi non hanno a che fare con la famiglia nucleare classica ma spesso con persone sole, con crisi familiari caratterizzate da separazioni, nuove convivenze e marcate instabilità. La multiculturalità di prossimità porta a diverse concezioni dei rapporti di genere, di ruoli e funzioni familiari. Un crisi della famiglia che spesso riguarda anche la partecipazione ed aumentano le forme di povertà, disinteresse, distacco. L'utilizzo dei servizi in un'ottica prestazionale individuale, quasi privatistico sembra affermarsi in un welfare pubblico universale che risponde ad altri criteri.

<sup>68</sup> Leff, J.P., Kuipers, L., Berkowitz, R., Erbelein-Vries, R., & Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.

<sup>69</sup> Colom F, Vieta E. *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*, Giovanni Fioriti Editore, 2016

<sup>70</sup> Coleman R. *Guarire dal male mentale Manifesto libri Ed.*, 2005

## Punti critici

In ambito psichiatrico i gruppi, pur con diverse ispirazioni teoriche, cognitivo comportamentale, psicoeducativa, sistemico relazionale, di automutuoaiuto, psicoanalitici, tendono ad affrontare i seguenti punti critici.

### a) **Il disturbo mentale isola e distrugge le relazioni esterne e interne alla famiglia e alla persona**

La principale difficoltà iniziale è accedere alle cure perché nelle prime fasi la persona e i suoi familiari tendono a chiudersi, tacere, nascondere.<sup>71</sup> Mostrarsi nelle proprie debolezze e difficoltà è un primo importante passaggio per andare al servizio o ricevere a casa l'aiuto. La fase di avvicinamento, convincimento ed aggancio può essere facilitata da Medici di Medicina Generale, assistenti sociali, insegnanti, compagni di studio e lavoro e soprattutto quando disponibili, dai pari, utenti esperti e familiari. Il gruppo consente di uscire dall'isolamento e di ridurre, tramite l'esperienza condivisa, lo stigma e la vergogna.

L'ascolto e l'aiuto tra pari può essere molto utile se, come frequentemente succede, il disturbo mentale grave viene vissuto con scarsa o nulla consapevolezza e senza alcuna adesione alle cure. Maturare gradualmente e con pazienza il consenso ai trattamenti, superando diffidenze, pregiudizi e paure è facilitato dalla condivisione di memorie e vissuti di chi quelle fasi le ha già attraversate. Ciò che può apparire abnorme o inspiegabile è, seppure nell'unicità delle esperienze individuali, conosciuto, ha un nome, è curabile. Questo può riattivare la speranza che rappresenta sempre un fattore terapeutico, specie se associata all'essere speranza insieme, tramite un'attiva partecipazione alla **cura intesa come relazione fondata sul rispetto e la reciprocità**.

**b) Stigma: il vissuto di immodificabilità, di inguaribilità e pericolosità** sono condizioni che spesso connotano pesantemente il disturbo mentale. Vi sono fattori intrinseci e aspetti connessi al contesto che alimentano anche il vissuto di **irresponsabilità (lavorativa e genitoriale), improduttività e in fondo di inutilità** fino a vite "non degne di essere vissute". Tutto questo ha come conseguenza la necessità di essere sempre oggetto di vigilanza e controllo da parte degli psichiatri.

Le conoscenze scientifiche evidenziano che la cura, **il cambiamento e l'evoluzione sono sempre possibili anche dopo molti anni di malattia**, abbattendo la convinzione che il deterioramento sia inevitabile e che la persona sia indimissibile. Con il tempo le persone si modificano e con esse i loro disturbi e le cure che debbono basarsi sul processo di soggettivazione, responsabilità condivisa e rispetto reciproco.

La predisposizione di interventi con la persona e la comunità in grado di attualizzarsi permettono di superare il pregiudizio della diagnosi e favorire la scoperta di risorse nascoste delle persone e dei contesti familiari e sociali per dare senso e valore alla quotidianità riprendendo il senso del tempo e dell'esperienza di vita.

### c) **Perdita di speranza**

Costruire la speranza implica un lavoro delicato, paziente, in quanto non si tratta solo di comunicare un generico ottimismo ma di **essere speranza e testimoniarla** nelle piccole cose quotidiane, attraverso un processo graduale, nel quale la persona esprime punti di vista, effettua scelte magari

---

<sup>71</sup>Searles H. "Scritti sulla schizofrenia", Boringhieri Ed., 1977

limitate, riprende in mano la sua vita. **La persona è sempre qualcosa in più e di diverso dalla sua malattia.**

Per chi si sente chiuso in una prigione, fermo in un tunnel, disperso in un labirinto, errante nel mondo il cambiamento fa sempre paura. Istituire la speranza significa essere (ri)trovati, (ri)pensati per (ri)dare luce a prospettive nuove nelle quali essere accompagnati evitando dimissioni come brusche rotture, abbandoni irreparabili in favore di accompagnamenti verso separazioni evolutive, esperienze e viaggi per restare in contatto.

Questo può essere facilitato dalla conoscenza, dalla migliore competenza nell'autogestione del disturbo e delle cure ma anche da azioni di contesto affinché famiglia e comunità diventino "terapeutiche" ed attivino in questo senso le proprie risorse (umane, relazionali, economiche, alloggi ecc.).

#### **d) Azioni sul/con il contesto**

In particolare con i pazienti gravi, l'azione con la persona non basta ma occorre agire anche sul contesto (di fronte al marciapiede l'handicap fisico si supera con lo scivolo, lo stesso vale per i disturbi mentali, ma identificare gli scivoli invisibili è molto più difficile e complesso).

Già nei manicomi, di fronte alla cronicità regressiva e deprivata, si era avvertita la necessità di trasformare una realtà istituzionale che tendeva a spersonalizzare (le divise dei malati, igiene e pasti in serie), a cronicizzare i disturbi mentali producendo una condizione di privazione della libertà, perdita di abilità e isolamento. Aprire i reparti, consentire l'uscita delle persone e fare entrare la comunità, attivare partecipazione e discussione, favorire la soggettività hanno attivato il cambiamento. Un'azione ancora molto attuale per tante Residenze e Comunità formalmente aperte ma sostanzialmente isolate e abbandonate, prive di reti e di un programma strutturato di partecipazione formale (incontri, assemblee, riunioni ecc.) e informale.

Creare quindi possibilità d'incontro tra persone legate da vincoli familiari e amicali può essere il *primum movens* per cogliere bisogni, attivare risorse e creare una rete sociale di supporto al cambiamento non solo del disturbo ma anche della qualità della vita. È essenziale rimarcare **l'importanza delle responsabilità familiari, della solidarietà espressa anche dalla nostra legislazione<sup>72</sup> e non sostituibile dai soli interventi professionali.** Da qui la necessità di una chiarezza nel contratto dove a ciascuno spetta un ruolo preciso.

Con questa chiarezza si può (ri)dare un senso a tutte le risorse disponibili, restituendo loro la capacità di articolarsi reciprocamente, facilitando al contempo l'acquisizione di nuove risorse e prospettive attraverso un modo di lavorare condiviso. Si attivano contemporaneamente **diversi tipi di recovery: personale, familiare, istituzionale, degli Enti del Terzo settore.**

Nella comunità si hanno anche situazioni di cronicità instabile e talora combattiva (esigente e rivendicativa) verso i servizi oppure condizioni di isolamento e abbandono (quelli che non chiedono). In entrambi i casi il lavoro di rete con le altre agenzie sociali, le Forze dell'Ordine, il volontariato sono essenziali.

#### **e) Le risorse**

Spesso si evidenziano le carenze di risorse economiche per la salute mentale che sono certamente necessarie per migliorare le dotazioni di personale, strumenti, strutture. Oltre a questo è necessario

---

<sup>72</sup> At 433 c.c.; Corte di Cassazione, sez. I Civile, sentenza 11 gennaio. 12 aprile 2017, n. 9415

utilizzare la principale risorsa umana costituita da utenti, familiari e comunità. Un insieme di saperi diversi, di possibilità che possono concorrere alla creazione della salute mentale. Per questo serve andare al di là dello spontaneismo ma occorre **facilitare l'organizzazione della partecipazione**. Non solo in funzione istituzionale o para-istituzionale ma in rapporto alla possibilità che si sviluppino altri punti di vista, occasioni, esperienze che possano svilupparsi nella loro piena autonomia.

Il Gruppo è una possibilità di cura e autocura che va oltre il rapporto duale medico-paziente incentrato sugli aspetti tecnico professionali, assolutamente necessari ma non sufficienti, per aprire ad una pluralità di relazioni sociali, nelle quali si esprimono i bisogni di vita che vanno al di là di quelli di cura.

Per raggiungere questo risultato bisogna costruire una **situazione partecipativa dialogica**, nella quale le differenti idee espresse dalle persone, per quanto diverse, non producano contrapposizioni, ma perseguano la complementarità e vadano nella direzione di rendere compatibili le differenti visioni del mondo presenti nelle situazioni, accettando la coesistenza delle diversità e delle contraddizioni nel rispetto reciproco e della convivenza sociale. Questo contrasta le situazioni conflittuali dove le opposte visioni del mondo che caratterizzano il paziente e uno o entrambi i genitori si fronteggiano nell'incomunicabilità e spesso con esiti catastrofici. Una volta raggiunto questo punto potranno riattivarsi le reti solidali e di automutuoaiuto, interventi di bassa soglia, di reciproca frequentazione e ospitalità. Tutto questo rimette in modo le reti relazionali informali, spesso lacerate o interrotte, consente di ridare occasioni alla vita (sport, cultura, tempo libero, ecc.) e riattiva un Sé sociale spesso regredito o fortemente compromesso da disturbi mentali o uso di sostanze, che può trovare realizzazione attraverso la cultura e la pratica della responsabilità nella libertà, dei diritti e dei doveri. Un Sé capace di scelte, talora accompagnate e supportate, su dove, come e con chi vivere.

Come si è detto tutti i gruppi tendono ad affrontare tutti i punti sopracitati. Dal superamento dei pregiudizi si possono attivare circuiti virtuosi che dalla persona passano alla famiglia, alla comunità e all'istituzione e viceversa. È difficile creare salute in un mondo malato.<sup>73</sup>

## **I Gruppi Psicoanalitici Multifamiliari**

Molto interessante è l'esperienza attuata a Caltagirone da Raffaele Barone<sup>74</sup> che utilizza Dialogo Aperto, Comunità Terapeutica Democratica e Gruppi Psicoanalitici Multifamiliari. Un approccio complesso che consente di innovare le pratiche psichiatriche nel contesto operativo italiano e agisce al tempo stesso su persona, famiglia, gruppo, comunità sociale e i servizi per la salute mentale. Il passaggio da psichiatria a salute mentale e benessere di comunità alla luce dei determinanti sociali richiede un insieme di interventi ma anche di collaborazioni e interazioni. Questo può attivare al contempo le diverse recovery personale, familiare, di comunità, istituzionale.

---

<sup>73</sup> La pandemia "ci ha messo in crisi, mostrandoci il volto di un mondo malato non solo a causa del virus, ma anche nell'ambiente, nei processi economici e politici, e più ancora nei rapporti umani" (Papa Francesco, 8 febbraio 2021 [https://www.ansa.it/oltretevere/notizie/2021/02/08/papa-covid-mostra-mondo-malato-su-climaeconomicapolitica\\_e6738664-64fd-4f7c-a002-c1694cef2a0b.html#:~:text=La%20pandemia%20%22ci%20ha%20messo,pi%C3%B9%20ancora%20nei%20rapporti%20umani%22](https://www.ansa.it/oltretevere/notizie/2021/02/08/papa-covid-mostra-mondo-malato-su-climaeconomicapolitica_e6738664-64fd-4f7c-a002-c1694cef2a0b.html#:~:text=La%20pandemia%20%22ci%20ha%20messo,pi%C3%B9%20ancora%20nei%20rapporti%20umani%22)).

<sup>74</sup>Barone R. (A cura di) Benessere mentale di comunità. Teorie e pratiche dialogiche e democratiche, Franco Angeli Ed., 2021

Il Gruppo Multifamiliare è ispirato alla Psicoanalisi Multifamiliare di Jorge Garcia Badaracco<sup>75</sup>, psichiatra e psicoanalista argentino, ed ha trovato applicazione in Italia tramite Andrea Narracci<sup>76</sup> e il suo gruppo di Roma e nell'esperienza di Giovanni Giusto del Gruppo Redancia.

Il riferimento psicoanalitico serve come base teorica e chiave di lettura. Sul piano conoscitivo, si cerca di ricostruire gli eventi che hanno preceduto l'insorgere della patologia psichiatrica grave e, quindi, il loro significato.<sup>77</sup>

“Il dispositivo, che trae origine da un'integrazione tra l'approccio gruppo-analitico e quello sistemico e che si rivolge contemporaneamente all'individuo, al gruppo e all'istituzione, permette, grazie alla sua ampia applicabilità ai diversi contesti di cura, un'ottimizzazione delle risorse, una più adeguata ed efficace risposta al disagio psicologico da parte degli operatori e dei servizi, e la cooperazione di tutte le professionalità (psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali, infermieri, ecc.) che gravitano intorno a situazioni multi-problematiche degli individui e delle famiglie. Inoltre esso può reclutare agli obiettivi della cura e della riabilitazione anche le risorse co-terapeutiche presenti nei pazienti stessi e nei loro familiari.” (Narracci, 2021)

Il gruppo multifamiliare non è solo una terapia che si aggiunge alle altre ma un contesto di cura e di apprendimento psico-sociale nel quale si possono fare esperienze arricchenti: può dunque costituire di per sé un intervento terapeutico, ma può anche integrare vantaggiosamente le altre terapie che la persona sta portando avanti, di tipo farmacologico, psicoterapeutico e socio-riabilitativo.

La persona che ha bisogno di aiuto trova accoglienza e la possibilità di contare su persone che, avendo già fatto esperienza del disturbo e del suo trattamento, sono disponibili ad ascoltare e a donare la loro solidarietà e al contempo nel dare aiuto agli altri, curano sé stessi.

Uno dei fondamenti è che il disturbo mentale sia l'esito una mancata/inadeguata differenziazione tra bambino e genitore. Si parte cioè da una situazione simbiotica nella quale non c'è distinzione tra la madre e il bambino. In altre parole, il “processo di differenziazione progressivo” si è inceppato, la fase di separazione-individuazione non si sia messa in moto o si sia interrotta.

Una situazione che, nell'ipotesi di Badaracco, si è venuta costituendo in relazione **alla mancata capacità di uno o di entrambi i genitori e del figlio di “separarsi” e “individuarsi” reciprocamente.**

Ne consegue una difficoltà a costruire un vero e proprio processo di identificazione da parte del paziente e una profonda modificazione dell'atteggiamento nei confronti della vita da parte del genitore che si dovrà occupare sempre prima del figlio che di sé.

Il genitore e il figlio, rimasti uniti, hanno dato luogo ad un legame di **“Interdipendenza Patologica e Patogena” da cui nessuno dei due è in grado di liberarsi.** Questo viene a determinare una “trappola” complessa di legami e gabbie comunicative all'interno delle quali sono imprigionati tutti i componenti del nucleo familiare.

Un fenomeno reciproco in base al quale entrambi si comportano l'uno nei confronti dell'altro con lo stesso stile. Il problema è che ciò avviene in una forma stabile e non evolutiva, in quanto non

---

<sup>75</sup>La Psicoanalisi Multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi. J. Garcia Badaracco – Bollati Boringhieri, 2004

<sup>76</sup>Da oggetto di intervento a soggetto della propria trasformazione. A. Narracci – Bruno Mondadori, 2021.

<sup>77</sup> L'approccio della terapia multifamiliari si focalizza sulla separazione-individuazione ma come è noto dalla psicopatologia evolutiva, essa è preceduta da sintonizzazione, attaccamento, regolazione.

permeabile ai continui aggiustamenti che il passare del tempo richiederebbe in relazione alla crescita del figlio. I livelli generazionali diversi iniziano così a confondersi: nelle situazioni simbiotiche non c'è più un padre o una madre e un figlio o un figlia, bensì due persone che formano un tutt'uno immodificabile, fisso o in continua lotta per imporre il proprio predominio.

**“Identificazioni patologiche e patogene” e “interdipendenze patologiche”** fanno sì che il figlio rimanga regressivamente legato ad uno o ad entrambi i genitori a tal punto che si determina una convivenza sofferente nella quale ciascuno non costruisce una propria vita.

Quando il terapeuta entra nella situazione è sempre **“perturbante”**. Per quanto possa essere discreta ed equilibrata, orientata alla cura e dalla parte del paziente, essendo questi nella simbiosi, finirà inevitabilmente con il doversi confrontare anche con i genitori.

Mentre nelle terapie con le persone che si sono individuate, la separazione è presente e ciò consente un patto duale, nei disturbi gravi essendovi simbiosi la terapia consiste proprio nel promuovere la separazione-soggettivazione. Va poi tenuto presente che nel primo caso è presente il transfert positivo irreprensibile mentre nei casi gravi, vi è spesso un transfert negativo.<sup>78</sup>

L'azione del terapeuta può innescare una **“crisi della simbiosi”** intesa come un tentativo di riattivare un processo di individuazione, un'opportunità oltre che l'emersione di una sofferenza dolorosa, il cui significato può essere recuperato.

**Questo è facilitato dal Gruppo.** Infatti, “La cura in una micro-società che si dà come compito quello di permettere ai suoi membri di osservarsi dall'esterno e di **portare lo “sguardo degli altri”** su ciò che accade all'interno di relazioni da tempo irrigidite in ripetizioni, stereotipi e pregiudizi.” (Narracci, 2021). Nel gruppo si fanno ipotesi generali, non interventi diretti, non dialoghi così che chiunque possa riflettere sulla propria storia personale. Badaracco lo definisce” il **potere dello sguardo**”, che permette di dar voce a quel cambiamento silenzioso (non verbale) che spesso precede o accompagna quello più consapevole.

In queste situazione un intervento del Gruppo può essere molto utile in quanto può **rendere” vivibile” e “visibile”** l'esistenza del legame nella sua complessità, patologica e sana.

La sua rappresentazione può consentire ad entrambi di allentarlo e, se possibile, a ridimensionarlo, arrivando a scoprire, ognuno, la propria **“Virtualità Sana”**, un proprio modo di essere “adulto”. Riconoscere che può esserci qualcosa di potenziale può essere fondamentale e fondante di una loro nuova personalità.

Un momento fondamentale è quello in cui la persona si rende conto che è un altro separato dal genitore. È un momento delicato della terapia perché il paziente può sentirsi disorientato mentre scopre una “virtualità sana” che non ha mai vissuto o ha accantonato. Questa fase è fondamentale per tutti, compreso il gruppo che sente la responsabilità di essere matrice del processo di separazione.

“Ho iniziato a pensare come la mia rabbia nei confronti del mondo, delle situazioni che ho vissuto, di sfiducia, di continua ricerca di un colpevole, la sfiducia nel sistema, ponendomi io come invincibile. Ed ero invincibile anche agli occhi di mio figlio, lui faceva esattamente quello che

---

<sup>78</sup> Secondo la psicoanalisi le persone individuate hanno problemi connessi alla “Fase Edipica” mentre coloro che non sono individuate si trovano in situazioni correlabili con la “fase Preedipica” letta con termini diversi a seconda dagli approcci Mahler (autistica, simbiotica ed . al) ; Melanie Klein (schizoparanoide e depressiva), attaccamento (Bowlby), regolazione (Schorer), funzione riflessiva e mentalizzazione (Fonagy)

facevo io (...) L'accettazione dell'ingresso in comunità ha posto una distanza e mi rendo conto mi abbia restituito il mio ruolo di padre". "Il nostro rapporto ora è più disteso non abbiamo più paura di doverci difendere, non dobbiamo più difenderci da nessuno, riusciamo a stare insieme in una maniera più normale, facciamo delle cose semplici, normali che prima erano impensabili."

Il gruppo tiene sempre presente che **"i pazienti siano abitati dai genitori e che i genitori siano abitati dai figli"**; quindi il processo che bisogna innescare è far sì che ognuno rientri dentro di sé e si occupi soltanto di sé e che quindi i legami simbiotici così intensi si affievoliscano mano a mano che avviene la partecipazione al gruppo.

Questo può avvenire in quanto il Gruppo Multifamiliare **supporta i processi evolutivi e al contempo rappresenta nuove potenzialità al paziente ampliando la rete sociale ed affettiva** in cui vive ed è inserito. Una rete sociale su cui intervenire non soltanto perché possa fornire aiuto al paziente verso il benessere e la prevenzione da eventuali ricadute, ma anche per divenire essa stessa promotrice di supporto e dispositivo che arricchisca l'attuale sistema della cura integrandosi ad esso e ampliando le possibilità offerte dal territorio. In essa il paziente diviene risorsa, cioè capace di essere di aiuto, di stare nel problema insieme ad altri.

Una riflessione sempre aperta e mai terminata riguarda i pazienti, le cure, il coinvolgimento dei familiari e la stessa istituzione. Ciò porta alla necessità di costituirsi come rete di cura dinamica, competente ma umile e critica.

La convinzione generale è che ogni persona, a prescindere dall'età, dal livello di cronicità del disturbo sia presente, seppure nascosta, una "potenzialità evolutiva" in grado di fronteggiare le sfide della vita.<sup>79</sup> Una "virtualità sana", creativa che rappresenta una risorsa fondamentale per il lavoro in gruppo.

Se questo è vero in termini generali, per i componenti di un nucleo familiare patologico diventa un'occasione per affrontare la situazione e mettersi ad osservare "dall'esterno" quello che accade tra loro. Nel gruppo, essi possono **"rispecchiarsi metaforicamente"** nel modo di funzionare di uno, o più di uno, dei nuclei familiari che si trovano di fronte e iniziare a riflettere su come imparare a non ripetere acriticamente, all'infinito, "gli stessi errori". Tramite la disponibilità al dialogo e al confronto senza pretendere di avere ragione e, proprio in relazione a questa rinuncia, a volte vengono raggiunti momenti di "saggezza", non da parte di qualcuno in particolare ma del gruppo nel suo insieme.

Il gruppo con il tempo acquisisce la capacità di formulare un pensiero che si compone attraverso i contributi di tutti i partecipanti, sia che parlino, sia che non riescano ad esprimere verbalmente le proprie opinioni. Si tratta di un pensiero complessivo, alla cui elaborazione ognuno può dare un contributo e che permette **al gruppo stesso di funzionare come una "mente ampliata"** (Badaracco).

I partecipanti possono scoprire che è ancora possibile sorprendersi e che non si sa tutto di sé e dell'altro. Più ci si rende disponibili a potersi meravigliare, più ognuno e tutti possono nutrire la speranza.

---

<sup>79</sup> Secondo l'OMS 1986 la salute mentale è "uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità".

Un altro aspetto evidente della potenzialità del gruppo è che può permettere la costituzione di transfert multipli, cioè che un genitore riesca a parlare non con il proprio figlio ma con il figlio che appartiene ad un altro nucleo (sicuramente con parti omologhe o simili al proprio figlio).

L'azione è finalizzata anche a favorire le strategie di cambiamento degli aspetti socio-economici e relazionali del malato. Egli è portatore dei conflitti e tensioni della famiglia ma è, al tempo stesso, il simbolo e il depositario degli aspetti discriminanti e talora alienati della struttura sociale, portavoce della sua insicurezza e del clima di incertezza nell'essere nel mondo.

La metodologia permette di promuovere l'ascolto, il dialogo ed il miglioramento della qualità della comunicazione e delle relazioni sia all'interno delle famiglie che nei gruppi e contesti. Ciascun partecipante può avere l'occasione di sviluppare nuove risorse emotive e sarà in condizioni migliori per gestire i conflitti che vive con gli altri e quelli che ha vissuto e che vive con sé stesso, che hanno a che fare con la "presenza degli altri in noi".

Sul piano operativo il Gruppo Psicoanalitico Multifamiliare comprende operatori, pazienti, genitori e/o altri familiari o "altri significativi" e può essere composto fino anche a 20-24 persone. Sono presenti due conduttori ed un familiare o utente esperto e si configura come un gruppo aperto di libera conversazione con regole minime: parlare a turno per se stessi, portando il proprio punto di vista e poi ascoltando senza interrompere, in modo rispetto e silenzioso per favorire un incontro dialogico. Di norma il gruppo si tiene settimanalmente o ogni quindici giorni per un'ora e mezzo, cui seguono 30 minuti di dialogo tra i conduttori.

Si tratta di gruppi aperti, senza alcun vincolo di frequenza, benché sia consigliata la continuità nella partecipazione, così da garantire l'efficacia del percorso.

### **Per concludere**

La letteratura scientifica e l'esperienza clinica degli ultimi anni si è sempre più focalizzata sull'importanza di un'organizzazione di lavoro che dia spazio:

a) **all'accoglienza e all'ascolto non giudicante** che permetta di **"fidarsi dei pazienti" ed essere degni di fiducia/sicurezza**; costruire un gruppo di lavoro significa imparare a confidare sia nei propri colleghi, sia negli operatori che operano in servizi diversi dal proprio superando proiezioni, attribuzione di colpa e svalutazioni reciproche. Attivare la fiducia e la speranza interna al sistema ha ricadute positive sull'atmosfera che si respira e che pazienti e familiari percepiscono.

Teniamo conto che è **difficile avvicinare (e lasciar avvicinare) un paziente**. Tutte le strategie inconsce di difesa della sopravvivenza del Sé, basate sulla chiusura relazionale o la scissione/frammentazione, spingono il paziente a tenersi a distanza dalla possibilità di sentire nuovamente qualcosa e, quindi, a distanza anche dal terapeuta. Tuttavia senza la **relazione, avvicinamento e interazione, nulla può cambiare**. Allora occorre la giusta distanza, l'equilibrata stimolazione, la misurata comunicazione, la costanza nell'impegno (la preoccupazione terapeutica primaria) correndo un rischio calcolato e possibilmente condiviso. Se non succede mai nulla, allora prevale la regressione, la psicosi, che è un ritorno allo stato di arresto della vita psichica in vita. È nella relazione che si costruisce senso, maturano le proposte e gli interventi. Fuori della relazione si possono fare supposizioni, ipotesi ma non terapia.

b) **alla partecipazione** che favorisce l'uscita dall'isolamento dei pazienti e delle famiglie, promuovendo processi di inclusione e di evoluzione cercando di aumentare le autonomie, tenendole presenti ma senza tuttavia subordinare ad esse l'inclusione sociale.

c) **al paradigma della responsabilità e del consenso** pone al centro le scelte delle persone coinvolte, il sostegno ai processi di resilienza e di recovery personale, familiare e istituzionale. **La responsabilità è composita e diffusa ed implica sempre la compresenza di responsabilità personali, familiari, educative, sociali e sanitarie.** In altre parole contrasta il paradigma della delega totale alla psichiatria chiamata ad un'impossibile funzione di tutela assoluta, di garanzia dei comportamenti di altri. È centrale il diritto all'autodeterminazione della persona in un quadro di obblighi di solidarietà.

È una concezione del paziente simile a quella del movimento di recovery, secondo cui un paziente messo nelle condizioni di vivere una vita accettabile, per esempio in una casa propria, dimostra di essere in grado di farlo pur permanendo nella sua vita i segni di una sofferenza ancora presente.

d) **alla comunicazione possibile:** alla **narrazione individuale e/o collettiva della storia del paziente** e alla riflessione sulla fitta trama relazionale che la sottende; ma anche alle forme di comunicazione non verbale, al significato dei sintomi e dei comportamenti letti e interpretati con la chiave della psicopatologia, della psichiatria e psicoterapia. I problemi nascono sempre dai "non detti", da quelle parti di cui si compone il nostro pensiero che sono i "postulati non detti". Il paziente si presenta come una struttura piena di buchi, le parti che non rispondono e che sono state rese non utilizzabili perché scisse, negate e rese dissociate e quello che viene messo in comune, dal paziente, il più delle volte non è molto significativo, o è inquietante e assurdo. L'accoglienza di questi vissuti nel proprio mondo interno è assai difficile e complesso, fonte di stress e grande fatica per gli operatori.

e) **alla psicopatologia:** un improprio utilizzo degli strumenti diagnostici ha in molti casi ridotto ad elenco di sintomi. Oggi le conoscenze scientifiche orientano verso una concezione **della psicopatologia di tipo "evolutivo":** sintonizzazione, attaccamento, regolazione, separazione individuazione **Comprendere nella relazione senza pregiudizio, con fiducia e tenendo presente la realtà interna. Non tutto della persona è malattia.** Nelle persone vi sono sempre parti "sane" e tutti possono esprimere le loro opinioni e i loro punti di vista in forma paritaria. La diagnosi, però, non va più considerata il punto di arrivo del processo di intervento ma uno dei vari strumenti di cui si compone l'intervento. La psicopatologia è anche un grande riferimento per la prevenzione ed intervento precoce.

f) **ad una metodologia improntata sul consenso e alla condivisione del potere decisionale sul trattamento** nel suo complesso, sui progetti specifici e sulle attività riabilitative. Questo evidenzia la funzione dei fenomeni transizionali, del **"terzo" (soggetto transizionale, oggetto transizionale)**<sup>80</sup> **alla cui costituzione partecipa anche il terapeuta e più in generale il gruppo curante. I fenomeni transizionali acquistano senso nell'ambito di una visione evolutiva e creativa.**

**Il grado di rilevabilità e modificabilità dei fenomeni, insieme alla rilevanza per la persona, è un importante riferimento metodologico** per affrontare i **determinanti sociali della salute** in una concezione dinamica della salute mentale.<sup>81</sup>

g) **all'integrazione delle forme di intervento** farmacologico, psicoterapeutico e abilitativo, rendendo inoltre possibile al suo interno la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare

---

<sup>80</sup> Winnicott D : Dalla pediatria alla psicoanalisi, Giunti ed., 1974

<sup>81</sup> Secondo l'OMS 1986 la salute mentale è "uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità".

capace di una visione unitaria e non frammentata dei diversi servizi ospedalieri, territoriali, residenziali.

Integrazione significa anche comprendere (tenere dentro) i contesti d'intervento e vedere come nel tempo presente si concentrano problemi di generazioni precedenti e si proiettano in quella successiva.

h) alle diverse forme del **sapere: “professionale” degli operatori e del sapere “esperienziale” degli utenti e dei familiari** che convivono con il disturbo psichico, soffermandosi sempre più sull'importanza dell'appartenenza e della partecipazione per la promozione del miglioramento del funzionamento mentale e delle capacità relazionali, nell'ottica della qualità della vita.

**Il territorio di riferimento è presente nel setting di cura, non solo come sede degli interventi, ma anche come insieme di saperi che vanno dal pregiudizio fino ad “esperti del benessere”.**

Nell'ottica di “microzone”, piccole comunità di scopo, possono partecipare ai percorsi di cura persone significative per il paziente, amici e volontari, che contribuiscono a ricostruire una narrazione e a tessere possibili trame per il superamento dell'impasse esistenziale o il blocco evolutivo, i conflitti di condominio o quartiere, l'abbandono e l'isolamento. Secondo questa prospettiva il paziente è concepito come qualcuno che se aiutato con un **approccio capacitante (come ad esempio il Budget di Salute)** può essere in grado di collegare programma di cura e progetto di vita e la comunità assume una funzione curante ed educante, aumentando così il proprio patrimonio sociale nell'ottica del welfare di comunità.

Ciascun utente, paziente, familiare o terapeuta può integrare nella propria mente le diverse esperienze che, realizzandosi in contesti diversi (individuale, familiare, gruppale, multifamiliare) hanno il potere terapeutico di “aprire spazi mentali”, un potere che nessuna di tale esperienze presa singolarmente realizza in sé. La capacità di utilizzare le risorse gruppali può essere attivata con tecniche come il “dialogo aperto” e dalla volontà di essere resilienti, di ricominciare da altre prospettive, quando sembra che non vi sia più nulla da fare.

Non è facile ma è la via da perseguire.

## Questionario su condizioni sociali: Bisogni e Risorse

Pietro Pellegrini, Gilberto Gerra, Patrizia Ceroni, Giuseppina Paulillo, Emanuela Leuci, Clara Pellegrini, Leonardo Tadonio, Clelia Nigro, Federica Tinterri, Barbara Bezzi<sup>82</sup>

### Introduzione

Nell'ambito dell'approccio biopsicosociale risulta molto importante l'attenzione ai determinanti sociali della salute in quanto possono essere rilevanti sia per gli aspetti etiopatogenetici (psicopatogeni), sia per il manifestarsi dei disturbi (effetto patoplastico) nonché per la loro evoluzione, trattamento ed esito.

I disturbi della salute mentale e da uso di sostanze non sono riconducibili a semplici entità nosografiche o elementi categoriali diagnostici, ma rappresentano complesse condizioni patoplastiche che includono le vulnerabilità individuali, i fattori ambientali, quelli del contesto culturale, dello stato socioeconomico, delle relazioni interpersonali e del livello di radicamento nella comunità.

In particolare le disuguaglianze a livello socio-economico e le condizioni problematiche del contesto concorrono ad una piattaforma di rischio condivisa per i disturbi psichiatrici e quelli da uso di sostanze. Evidenze crescenti contribuiscono a chiarire i meccanismi psicobiologici che sottendono alle varie forme psicopatologiche. Un importante componente di questi meccanismi include le alterazioni epigenetiche capaci di modulare gli elementi dell'ereditarietà attraverso i cambiamenti dell'espressione genica.

Differenze significative nei livelli di rischio sono state evidenziate a partire dallo stress prenatale, le esperienze avverse nella prima infanzia, le forme di attaccamento parentale, l'appartenenza al nucleo familiare e la connessione alla comunità educante nella scuola. In tutte queste condizioni lo stato socioeconomico produce differenze misurabili che possono arrivare a coinvolgere aspetti morfologici del sistema nervoso centrale.

Risultano significative le differenze che caratterizzano le classi sociali in termini di scolarizzazione, qualità della vita professionale e di accesso ai servizi per la salute mentale e per le dipendenze patologiche.

La probabilità di incorrere in problemi legali correlati con la salute mentale e le dipendenze, inclusa la carcerazione, colpiscono maggiormente gli individui che vengono da famiglie meno abbienti, rispetto a quelli che provengono da condizioni più agiate.

La mortalità droga correlata e in particolare il rischio di overdose colpisce in modo sproporzionato i soggetti affetti da uso di sostanze in condizioni di povertà estrema, in particolare gli homeless.

Tuttavia nonostante il modello biopsicosociale e le molteplici evidenze, nella pratica operativa gli interventi in molti servizi sembrano privilegiare gli aspetti biologici lasciando in secondo piano quelli psicologici fino a dimenticare o non considerare di propria competenza le componenti sociali.

Trattandosi di ambiti comuni a tutte le persone va precisato che è di competenza dei DSM-DP l'insieme degli interventi abilitativi, capacitanti e riabilitativi mentre per il fondamentale tema dei diritti di cittadinanza rientra tra i compiti degli enti locali. La divisione delle competenze talora determina un vuoto nel quale le persone sperimentano il disinvestimento fino all'abbandono.

---

<sup>82</sup> Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

Viceversa agire sui determinanti sociali, a livello micro è fondamentale per costruire prospettive a partire dai bisogni nella convinzione che insieme e nel contesto vi siano anche le risorse potenziali attivabili per il cambiamento.

### Uno strumento

Se si vuole conoscere un fenomeno occorre definirlo e rilevarlo. A questo proposito, in assenza di una strutturazione precisa viene proposto il seguente Questionario sulle condizioni sociali: Bisogni e Risorse (QBR) da utilizzare nelle pratiche di routine dei servizi di salute mentale e dipendenze

Esso è composto di 20 item, organizzati nei seguenti paragrafi:

A) Informazioni socio-anagrafiche:

B) Condizione abitativa

C) Condizione relazionale

D) Condizione lavorativa

E) Condizione economica

F) Salute

G) Eventi critici

H) Bisogni

I) Risorse

**Questionario su condizioni sociali: bisogni e risorse**

**Data** \_\_\_\_\_

#### **A. Informazioni socio-anagrafiche**

##### **1. Genere**

Maschile  Femminile  LGBT

**2. Età** (anno di nascita) \_\_\_\_\_

2.a. Se minore

Accompagnato  Non accompagnato

##### **3. Cittadinanza**

Italiana

Non Italiana, specificare \_\_\_\_\_

##### **4. Titolo di studio**

Anni di scuola (conclusi) \_\_\_\_\_

Nessun titolo di studio  Licenza elementare  Licenza scuola media inferiore

Attestato di formazione

Diploma scuola media superiore

Laurea di I livello  Laurea di II livello  Specializzazione post-laurea

Non risponde

##### **5. Stato civile**

Celibe/Nubile  Coniugato/a

Separato/a  Divorziato/a  Vedovo/a

##### **6. Ha figli?**

Sì  No

6a. Se sì, n° \_\_\_\_\_, di cui numero minorenni \_\_\_\_\_

Non risponde

### **Sezione dedicata agli intervistati stranieri**

a) Presente regolarmente in Italia?

Sì  No  Non risponde

b) Da quanto tempo è presente in Italia?

Anno \_\_\_\_\_

Parla italiano?

Sì  No

c) Se sì,  in modo elementare  in modo autonomo  con padronanza

d) Permessi di soggiorno

Mai avuto  In attesa di rilascio  Scaduto  Non risponde

e) Qual è la motivazione del permesso di soggiorno attuale o richiesto?

Cure mediche  Cittadino UE

Motivi religiosi  Studio

Motivi familiari  Rifugiato

Richiedente protezione internazionale  Lavoro

Motivi umanitari  Attesa occupazione

Protezione sussidiaria  Carta di soggiorno lungo soggiornanti

Minore età  Non risponde

### **B. Condizione abitativa**

#### **7. Con chi vive?**

Vive da solo

Con i genitori

Con il coniuge/convivente  Con altri nuclei familiari

Con il coniuge/convivente e i figli  Altro, specificare \_\_\_\_\_

Con i figli

Con i parenti (fratelli, sorelle, zii, ecc...)

Con amico/i

In comunità (specificare il tipo) \_\_\_\_\_

Non risponde

#### **8. Dove vive?**

Appartamento

8a.  di proprietà  in affitto con contratto  in affitto senza contratto  in subaffitto

Ospite di amici/parenti

In istituto/comunità

Ostello/Strutture di accoglienza

Centro sociale/Casa occupata

Tenda/baracca/roulotte

Campo Rom/Sinti

Auto

Androni/Portoni/Sottoponti/Parchi/Giardini

Non risponde

### **C. Condizione Relazionale**

#### **9. Ha rapporti con i propri familiari non conviventi?**

Sì Se sì, n° \_\_\_\_\_

No

Non risponde

9a. Se sì, con quale frequenza?

Almeno una volta a settimana

Una volta al mese

Qualche volta durante l'anno

Non risponde

**10. A chi può chiedere aiuto in caso di necessità?** (possibili più risposte e precisare forma di aiuto)

- Famiglia di origine (genitori, fratelli, sorelle) \_\_\_\_\_  
 Famiglia acquisita (coniuge, figli, ex partner) \_\_\_\_\_  
 Parenti \_\_\_\_\_  
 Amici (precisare quanti) \_\_\_\_\_  
 Datore di lavoro  Altro, specificare \_\_\_\_\_  
 Parrocchia  Nessuno  
 Associazioni  
volontariato \_\_\_\_\_  
 Cooperative \_\_\_\_\_  
 Gruppi di Automutuoaiuto \_\_\_\_\_  
 Servizi Sociali  
Territoriali \_\_\_\_\_  
 Ausl \_\_\_\_\_  
 Non risponde

**D. Condizione lavorativa**

**11. Sta studiando?**

- Sì 12a  Scuola \_\_\_\_\_

Università \_\_\_\_\_

Formazione  
professionale \_\_\_\_\_

- No  
 Non risponde

**12. Condizione occupazionale**

- Disoccupato  
 In cerca di prima occupazione  
 In pensione (specificare tipo)  Pensione invalidità 75%  Pensione invalidità 100%  
 Pensione invalidità 100% e ass. accompagnamento  Pensione sociale  
 Pensione da lavoro (importo \_\_\_\_\_)  Pensione reversibilità ( importo \_\_\_\_\_ )  
 Occupato (stipendio medio \_\_\_\_\_)  
 Non risponde

12 a. Se è occupato:

- Autonomo  Dipendente  
 A tempo indeterminato  
 A tempo determinato  
 Lavori salutarì  
 In regola  
 Parzialmente in regola  
 Non in regola  
 Non risponde

**E. Condizione economica**

**13. Ha la disponibilità di un reddito?**

- Sì  
 No  
 Non risponde

13 a. Se sì, quale sono le fonti di reddito?

(possibili più risposte)

- Reddito da lavoro \_\_\_\_\_  
 Reddito da pensione \_\_\_\_\_  
 Reddito di cittadinanza \_\_\_\_\_

- Sussidi \_\_\_\_\_
  - Aiuti economici da amici/ parenti
  - Elemosine
  - Altro, specificare \_\_\_\_\_
  - Non risponde
  - Reddito complessivo mensile \_\_\_\_\_
- 13 b. Proprietà:  Sì  No
- Se Sì specificare: \_\_\_\_\_

#### **F. Salute**

##### **14. E' iscritto al Servizio Sanitario Nazionale?**

- Sì  No  Non risponde
- 15 a. Se No, per quale motivo?
- Dicono che non ne ho diritto
  - Difficoltà linguistico-culturali
  - In corso di iscrizione
  - Difficoltà amministrativo/burocratiche
  - STP/ENI
  - Altro, specificare \_\_\_\_\_
  - Non risponde

##### **15. L'ultima volta che si è ammalato, si è potuto curare?**

- Sì  No  Non risponde
- 15 a. Se No, per quale motivo?
- Difficoltà economiche
  - Non so dove andare
  - Non ho un posto dove curarmi
  - Non capisco la lingua
  - Altro, specificare \_\_\_\_\_
  - Non risponde

#### **G. Eventi critici**

##### **16. Ha subito eventi critici?**

- Sì  No  Non risponde
- 16 a. Se Sì, quali?
- Perdita del lavoro  Perdita della casa (sfratto)  Perdita del reddito
  - Denuncia/Condanna  Esperienza detentiva
  - Esperienze sfavorevoli nell'età evolutiva  Esperienze di collocazione extrafamiliare
  - Lutto  Malattia grave
  - Separazione dal coniuge  Divisione del nucleo familiare
  - Indebitamento  Usura
  - Dipendenza  Difficoltà economiche a seguito della nascita di un figlio
  - Maltrattamento/Violenza
  - Emigrazione
  - Altro, specificare \_\_\_\_\_

#### **H. Bisogni**

##### **17. Nell'ultimo anno ho avuto bisogno di aiuto per:**

- Pasti (specificare l'aiuto ricevuto e da chi)  
\_\_\_\_\_
- Reddito (specificare l'aiuto ricevuto e da chi)  
\_\_\_\_\_

Alloggio (specificare l'aiuto ricevuto e da chi)

\_\_\_\_\_

Lavoro (specificare l'aiuto ricevuto e da chi)

\_\_\_\_\_

Altro (specificare l'aiuto ricevuto e da chi)

### 18. Valutazione soggettiva

Alimentari

Valutazione complessiva (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Reddito

Valutazione complessiva (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Alloggio (comprese affitti, utenze, ecc.)

Valutazione complessiva (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Salute

Valutazione complessiva (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Relazioni sociali (inclusi trasporti, cultura, sport e tempo libero)

Valutazione complessiva (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vissuto di solitudine

Valutazione complessiva (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sono preoccupato per:

\_\_\_\_\_

### I. Risorse

**19. In relazione alle mie condizioni potrei essere di aiuto :**

Attività di volontariato (specificare)

\_\_\_\_\_

Accompagnamento /Uscite in compagnia/Camminate

\_\_\_\_\_

Piccole commissioni, pagamento bollette, approvvigionamento farmaci

\_\_\_\_\_

Telefonate/videochiamate

\_\_\_\_\_

Trasporti (in

auto) \_\_\_\_\_

Pasti in compagnia

\_\_\_\_\_

Ospitalità nell'Alloggio (specificare)

\_\_\_\_\_

Partecipare Attività di Automutuoaiuto (specificare)

\_\_\_\_\_

Aiutare nella formazione per trovare lavoro (specificare)

\_\_\_\_\_

Migliorare la mia formazione (ambiti di interesse)

\_\_\_\_\_

Altro (specificare)

**20. Vissuto di attività (fare qualcosa mi farebbe sentire meglio)**

Valutazione complessiva (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## Deistituzionalizzazione

Pietro Pellegrini<sup>83</sup>

### La deistituzionalizzazione: la via per il rispetto dei diritti

Le Comitato sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite, nel corso della ventisettesima sessione (15 agosto- 9 settembre 2022), ha adottato le Linee guida sulla deistituzionalizzazione.<sup>84</sup> Il riferimento è la Convenzione per i diritti delle persone con disabilità ratificata dall'Italia con la legge 18/2009.

Le Linee Guida intendono “guidare e sostenere Stati parti nei loro sforzi per realizzare il diritto delle persone con disabilità a vivere in modo indipendente e a essere incluse nella comunità, e di essere la base per pianificare i processi di deistituzionalizzazione e di prevenzione dell'istituzionalizzazione”.

In diversi Paesi la pandemia “ha portato alla luce una diffusa istituzionalizzazione, evidenziando l'impatto dannoso dell'istituzionalizzazione sui diritti e sulla vita delle persone con disabilità, e la violenza, l'incuria, l'abuso, il maltrattamento e la tortura, comprese le contenzioni chimiche, meccaniche e fisiche, che subiscono negli istituti.”

L'istituzionalizzazione viola numerosi articoli della Convenzione per i diritti delle persone con disabilità: art 5 (pratica discriminatoria), art 12 (negazione della capacità giuridica delle persone con disabilità), art.14 (detenzione e una privazione della libertà basata sulla menomazione), art 15, 16 17 e 25 (somministrazione di farmaci senza consenso).

“L'istituzionalizzazione contraddice il diritto delle persone con disabilità a vivere in modo indipendente e a essere incluse nella comunità” e pertanto “ gli Stati parti dovrebbero abolire tutte le forme di istituzionalizzazione, porre fine ai nuovi collocamenti in istituti e astenersi dall'investire in istituti.”

“L'istituzionalizzazione non deve mai essere considerata una forma di protezione delle persone con disabilità o una "scelta". L'esercizio dei diritti previsti dall'articolo 19 della Convenzione non può essere sospeso in situazioni di emergenza, comprese le emergenze sanitarie.

Non esiste alcuna giustificazione per perpetuare l'istituzionalizzazione. Gli Stati parti non devono usare la mancanza di sostegno e di servizi nella comunità, la povertà o le stigmatizzazioni per giustificare il mantenimento degli istituti o i ritardi nella loro chiusura. La pianificazione inclusiva, la ricerca, i progetti pilota o la necessità di riformare la legge non devono essere usati per ritardare la riforma o per limitare l'azione immediata a sostegno dell'inclusione della comunità.”

Le Linee Guida indicano che “esistono alcuni elementi che definiscono un'istituzione, come l'obbligo di condividere gli assistenti con altre persone e l'assenza o la limitata influenza su chi fornisce l'assistenza; l'isolamento e la segregazione dalla vita indipendente nella comunità; la mancanza di controllo sulle decisioni quotidiane; la mancanza di scelta da parte delle persone interessate su con chi vivere ; la rigidità della routine a prescindere dalla volontà e dalle preferenze

---

<sup>83</sup> Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

<sup>84</sup> Nazioni Unite Comitato sui diritti delle persone con disabilità Linee guida sulla deistituzionalizzazione, anche in caso di emergenza. Adottato nella ventisettesima sessione 15 agosto 9 settembre 2022 (<https://www.ohchr.org/sites/default/files/2023-10/Guida-sulla-deistituzionalizzazione-Italian.pdf>).

personali; attività identiche nello stesso luogo per un gruppo di persone sotto una certa autorità; un approccio paternalistico nell'erogazione dei servizi; la supervisione delle modalità di vita; un numero sproporzionato di persone con disabilità nello stesso ambiente." (LG, Par. III, lettera A, numero 14, pagina 2). Oltre a questi la mancanza del diritto alla vita familiare e sessuale, alla privacy, a ricevere visite e accogliere i figli.

## **La cura**

La deistituzionalizzazione riguarda tutti i diritti compreso quello alla salute ed è anche una grande occasione per creare le migliori condizioni per il programma di cura e il progetto di vita.

Per il programma di cura riconosce a tutti la capacità di autodeterminazione e di rispondere del proprio comportamento e delle sue conseguenze. Una pienezza di diritti e doveri anche sostenuti dalla presenza dell'altro, ma mai diritti e doveri diminuiti, o speciali e deformati.

Per la cura è fondamentale il diritto al consenso informato, all'ascolto e alla partecipazione alla cura. La libertà va posta come condizione della cura, rendendo del tutto eccezionali e sempre garantiti dalla legge gli interventi obbligatori e coercitivi (secondo la legge 833/1978). Non devono essere attuate contenzioni e i servizi devono essere "*no restraint*" senza prevedere l'applicazione di standard come il "principio della minima restrizione".

Il riconoscimento dell'altro come persona, degna di ascolto e attenzione è fondamentale per la relazione di cura e per sostenere le capacità e l'apertura mentale verso nuove esperienze in una condizione di libertà di scelta. La terapia è fondata su una relazione di fiducia basata su: accoglienza non giudicante, accettazione, ascolto partecipe e non pregiudiziale, empatia, reciprocità e non direttività. Occorre creare insieme le condizioni per il raggiungimento e mantenimento della salute, dell'autodeterminazione e autoregolazione e della sicurezza.

Il disturbo mentale vede una complessità di fattori (biologici, psicologici e socio-ambientali e culturali) e vanno sempre tenute presenti le relazioni e le circostanze (momenti difficili da affrontare, crisi, ed altre situazioni, compreso il fine vita e le DAT (ex legge 219/2017).

## **Progetto di Vita**

Il Progetto di vita è della persona e in esso si inserisce il programma di cura; è autodeterminato e si basa su Bisogni/Risorse e Diritti

Un approccio positivo consiste nel sostenere le possibilità di vivere, perfezionarsi, preservarsi e modificarsi per affrontare i diversi cambiamenti del ciclo di vita, dato che i bisogni (protezione, sintonia, attaccamento, sicurezza, alimentazione, sonno, affettività, sessualità, donazione di senso) subiscono fisiologiche variazioni nell'arco della vita. Gli elementi essenziali di un approccio centrato sulla persona sono: 1) diritto al progetto di vita nel rispetto dei valori, delle preferenze e dei bisogni espressi dalla persona; 2) rispetto del diritto alla libertà, dell'autonomia e dell'indipendenza, dei diritti e bisogni, 3) diritto all'affettività e sessualità; 4) diritto alla casa, a scegliere come e con chi vivere, alle relazioni con familiari e amici; 5) diritto a informazione, educazione e istruzione, diritto al lavoro/reddito; 6) diritto alla partecipazione e a sviluppare inclinazioni e attività (arte, cultura, sport) che diano senso alla vita 7) diritto d'accesso ai servizi, coordinamento e integrazione delle cure, continuità e transizione; 8) diritto al consenso informato, all'assenza di uso di mezzi di contenzione e al rispetto della riservatezza

Quindi vi è una piena convergenza della deistituzionalizzazione con le condizioni per la realizzazione del programma di cura e del progetto di vita.

Il questionario prende in considerazione mediante 30 item derivati i punti più rilevanti proposti dalle LG. Trattandosi di dimensioni, l'aspetto quantitativo e qualitativo sono valutati insieme.

### Questionario per la deistituzionalizzazione

Questionario	Punteggio da 1 a 6
1) vi è rispetto dei bisogni, dei valori e delle preferenze espresse dalla persona?	
2) vi è consenso informato alle cure sanitarie e sociali?	
3) vi è la possibilità di scegliere da chi ricevere l'assistenza?	
4) vi è un ragionevole accomodamento fra i suoi bisogni e le risorse a disposizione?	
5) ha ricevuto istruzioni per la sicurezza contro il rischio di incidenti domestici, incendio?	
6) vi è rispetto dell'autonomia e dell'indipendenza nella cura di sé?	
7) vi è rispetto dell'autonomia e dell'indipendenza nella scelta alimentazione?	
8) ha ricevuto informazioni su stili di vita sani e uso di sostanze, alcool e tabacco?	
9) vi è la scelta delle persone su con chi vivere in camera?	
10) vi è la libertà di uscire ed avere rapporto con il territorio per partecipare alle attività scelte?	
11) vi è il diritto di comunicare liberamente (tel. o internet)?	
12) vi è il diritto di ospitare chi si ritiene, di invitare familiari, partner, amici, volontari?	
13) vi è rispetto della riservatezza, privacy e della intimità per la vita affettiva e sessuale?	
14) vi è la possibilità di ospitare una persona per la notte?	
15) vi è la possibilità di viaggiare e andare in vacanza?	
16) ha avuto possibilità di seguire corsi di formazione?	
17) ha avuto la possibilità di svolgere un'attività lavorativa di sua scelta?	
18) ha potuto personalizzare la sua stanza, alloggio?	
19) ha avuto la possibilità di esprimere la sua opinione circa la sua collocazione abitativa?	
20) vi è adeguata informazione (Carta dei Servizi, Regolamenti) sui diritti?	
21) vi è partecipazione strutturata alle decisioni	

sugli aspetti di vita quotidiani?	
22) vi è la possibilità di esprimere la soddisfazione, critiche o elogi?	
23) in caso di necessità vi è la possibilità di avere un operatore di riferimento?	
24) ha corso il rischio di vivere in un ambiente sporco e degradato?	
25) Si è sentito isolato e abbandonato?	
26) Ha sofferto la solitudine?	
27) E' sostenuto se desidera partecipare ad attività sportive?	
28) E' sostenuto se desidera partecipare ad attività culturali?	
29) Avverte disponibilità all'ascolto?	
30) Avverte speranza e orientamento alla recovery?	
	Punteggio tot

### **ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO DEL QUESTIONARIO**

Di seguito sono riportate 30 domande.

Usando la scala da 1 a 6 sotto riportata, indica le tue risposte.

#### **SCALA DEI PUNTEGGI**

6 – Sì, pienamente

5 - Buono

4 – Sufficiente

3- Quasi sufficiente

2 – Insufficiente

1 – No, assolutamente

Punteggio minimo 30 massimo 180

**SCALA DI PARMA PER LA VALUTAZIONE EVOLUTIVA  
DEL PAZIENTE PSICHIATRICO. Scala di Parma- R**

**Dati anagrafici**

**Cognome Nome**

**Data di nascita**

**A- Area Anamnestica**

1. Precedenti insuccessi nell'abitare autonomo/Durata residenzialità

4	3	2	1	0
No	lieve	moderato	grave	gravissimo

2. Precedenti condotte antisociali e reati

4	3	2	2	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

3. Uso di sostanze

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

4. Precedenti esperienze traumatiche/ instabilità relazioni/ disturbo della condotta

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

5. Precedenti insuccessi di progetti terapeutico riabilitativi

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

## B- Area Osservazione

6. Presenza di sintomi psicotici positivi

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

7. Presenza di disturbi gravi della personalità /compulsione ad uso sostanze

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

8. Presenza di deficit cognitivi

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

9. Presenza di comportamenti disturbanti ed aggressivi

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

10. Rischio suicidario

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

11. Motivazione al cambiamento e obiettivi

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

12. Abilità nelle attività di vita quotidiana/lavorative/ relazione sociale

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

13. capacità di adattamento, rispetto delle regole/ adesione al programma di cura

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

14 . Consapevolezza di malattia e dei propri doveri

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

15. Adesione alla terapia farmacologica /Alleanza terapeutica

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

**C- Area Progettualità**

16. Presenza di una rete familiare adeguata

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

17. Presenza di una rete sociale di supporto (servizio sociale, l. 104/1992)

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

18. Presenza di risorse economiche/reddito/lavoro

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

19. Presenza di opportunità abitative (strutture socio-sanitarie, abitazione autonoma, rientro in famiglia)

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

20. Atteggiamento del DSMDP. Speranza e possibilità di attivazione di un programma di cura personalizzato con Budget di Salute integrato con Progetto di Vita

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

## **SCALA DI PARMA PER LA VALUTAZIONE EVOLUTIVA DEL PAZIENTE PSICHIATRICO**

Pietro Pellegrini<sup>85</sup>

Legenda

### **AREA ANAMNESTICA**

#### **1 Precedenti insuccessi nell'abitare autonomo/Durata residenzialità:**

Punteggi

0 molto gravi con danni a terzi; ripetuti interventi di TSO; abbandono delle cure prolungato, attività criminali. Da oltre 10 anni in Residenze

1 gravi con ripetuti accessi in E-U e talora TSO, traffico di sostanze, conflitti con i vicini. Da oltre 5 anni in Residenze

2 conflitti in famiglia, piccolo spaccio di stupefacenti (cannabis) qualche discussione con i vicini. Da oltre 3 anni in Residenze

3 moderate, detenzione sostanze, rapporti non conflittuali con i vicini. In Residenza da oltre 1 anno

4 lievi. In Residenza da meno di 1 anno.

#### **2. Precedenti condotte di comportamento antisociale**

Punteggi

0 omicidio

1 lesioni personali gravissime, violenza sessuale, rapina armata, reati prima dei 10 anni

2 maltrattamenti in famiglia, traffico di stupefacenti,

3 furto, detenzione sostanze, reati bagatellari (oltraggio in corso di TSO ecc.)

4 nessuno

#### **3. Uso sostanze**

Punteggi

4. Nessun problema particolare legato all'assunzione di alcol e/o di droghe o ad altre dipendenze

3. Conseguenze psicologiche o sintomi di astinenza e di altro tipo dovute al

---

<sup>85</sup> Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma.

consumo di alcol o di droghe, notabili solo dagli operatori che conoscono meglio il pz.

2. Conseguenze psicologiche o sintomi di astinenza e di altro tipo evidenti a tutti gli operatori

1. Conseguenze psicologiche (ad esempio compulsione per la sostanza) o sintomi di astinenza gravi o invalidanti o difficili da controllare, ma non così gravi (punto 0)

0. Dipendenza grave: La vita del Pz è completamente dominata dalle conseguenze del consumo precedente di alcol o di droghe e/o dalla bramosia per la sostanza

#### **4. Precedenti esperienze traumatiche/ instabilità relazioni**

Punteggi

4 Nessuna evidenza di eventi traumatici

3 Lutti improvvisi e abbandoni in età adulta

2 Lutti improvvisi, abbandoni, trascuratezza nell'età evolutiva

1 Trascuratezze gravi, violenze fisiche, allontanamento dalla famiglia in età evolutiva

0 Gravissime violenze fisiche e sessuali

#### **5. Precedenti insuccessi di progetti terapeutico riabilitativi**

Punteggi

4 Nessun insuccesso

3 N. 1 insuccesso, reato/violazione lieve

2 N. 2 insuccessi di cui 1 non attribuibile solo al paziente e reato/violazione lieve

1 N. 3 insuccessi di progetti ritenuti adeguati, reato grave

0 più di 4 insuccessi, reato gravissimo

#### **AREA OSSERVAZIONE (periodo ultimo mese)**

#### **6. Presenza di sintomi psicotici positivi**

Punteggi

4. Nessuna evidenza di deliri o di allucinazioni nel periodo considerato.

3. Credenze lievemente eccentriche o bizzarre, al di fuori delle comuni convinzioni, ha visioni, ma con malessere modesto per il Pz. e manifestazioni di comportamenti bizzarri solo brevi e non norme culturali del gruppo etnico in cui il paziente si riconosce.

2. Deliri ed allucinazioni sicuramente presenti (ad es. sente voci clamorose).

1. Deliri ed allucinazioni accompagnati da grosso malessere o angoscia ma non per la maggior parte del tempo e/o comportamenti evidentemente bizzarri prolungati e vistosi, ma non dannosi.

0. P è assorbito per la maggior parte del tempo in deliri ed allucinazioni e/o ha comportamenti ispirati da deliri e allucinazioni che sono sicuramente dannosi per P e/o per altri (NB. Considerare non qui, ma nell'item 2 gli atti aggressivi pregressi).

## **7. Presenza di disturbi gravi della personalità /compulsione ad uso sostanze**

Punteggi

4. Nessun disturbo della personalità. Nessun problema particolare legato all'assunzione di alcol e/o di droghe o ad altre dipendenze. Riesce a mantenere gli impegni e ad adattarsi alle regole

3. Tratti di personalità patologici ma secondari. Scarsa compulsione al consumo di alcol o di droghe. Riesce ad adattarsi anche se a volte è incostante

2. Disturbo della personalità. Presenza di impulsività, instabilità, difficoltà di adattamento alle regole ma senza gravi violazioni sociali

1. Grave disturbo della Personalità . Presenza di compulsione per le sostanze, instabilità impulsività. In situazioni di stress peggiorano i comportamenti impulsivi e a rischio con possibile violazione delle regole sociali (specie in caso di abuso)

0. Gravissimo disturbo della Personalità ( Antisociale ecc.) Gravissima compulsione, instabilità, impulsività. La vita del Pz. è dominata dalla compulsione verso il consumo di alcol o di droghe. Ha stabilmente comportamenti incontrollati che mettono a rischio la sicurezza e la salute. Violazione grave e ripetuta delle regole sociali (anche al di fuori di episodi di abuso).

## **8. Presenza di deficit cognitivi**

Punteggi

4. Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato. Intelligenza nella norma o superiore

3. Problemi lievi di memoria (ad esempio dimentica più della norma i nomi) o di comprensione. Intelligenza nella norma

2. Problemi di memoria e di comprensione evidenti ma non gravi come nei livelli successivi, ad esempio si è perso in una località nota o non ha riconosciuto occasionalmente una persona a lui familiare; o qualche volta perplesso di fronte a decisioni semplici. Intelligenza nella norma o ai limiti

1. Disorientamento marcato nel tempo, nello spazio e nel riconoscimento di persone ma non così gravi come in 4; o appare perplesso di fronte ad eventi di tutti i giorni; o il discorso è talora slegato

e frammentario; o rallentamento del pensiero (*basta la presenza di uno solo di questi problemi per dare il punteggio*). Ritardo mentale lieve-medio

0. Disorientamento o disorganizzazione del pensiero gravi, ad esempio sistematicamente è incapace di riconoscere i parenti più stretti o confonde i momenti della giornata o non si ricorda di aver mangiato; o i problemi di questo tipo sono tali da metterlo a rischio di incidenti; o i discorsi sono incomprensibili; o offuscamento grave dello stato di coscienza (*basta la presenza di uno solo di questi problemi per dare il punteggio*). Ritardo mentale grave

## **9. Presenza di comportamenti disturbanti ed aggressivi**

Punteggi

4. Assenza di problemi particolari durante il periodo considerato.

3. Irritabilità esagerata, litigiosità, e/o irrequietezza, ma meno gravi che nei livelli successivi; anche espressioni di minaccia non ripetute (al massimo 2) e che non è probabile che portino all'atto.

2. Espressioni di minaccia ripetute (gestuali e/o verbali); e/o atti di molestia fisica ripetuti che è molto improbabile che possano dare luogo a lesioni (ad esempio "prese" fisiche o spintoni); e/o danni di modesta entità alle cose (ad es. rottura di suppellettili o di vetri); e/o iperattività ed agitazione evidenti e prolungate, ma non particolarmente disturbanti per familiari, conviventi e amici e che il paziente riesce almeno in parte a controllare.

1. Uno o più attacchi fisici a persone o animali, tali da avere causato o potere causare traumi non gravi (cioè con pochi giorni di prognosi, non più di 5); o danneggiamento di cose più grave che al livello 2 ma non tali da mettere in pericolo l'incolumità di persone o animali; atti osceni ripetuti, non presenti però nella maggior parte dei giorni; e/o iperattività evidentemente disturbante, non controllabile.

0. Uno o più attacchi fisici più gravi a persone o animali; e/o comportamenti evidentemente minacciosi o osceni presenti nella maggior parte dei giorni; e/o atti evidentemente distruttivi e potenzialmente pericolosi per l'incolumità di persone e animali.

## **10 Rischio suicidario**

Punteggi

4. Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato

3. Rischio lieve. Pensieri passeggeri di farla finita ma senza reale convinzione; pensieri anche protratti di procurarsi una lesione, ma nessun gesto autolesivo.

2. Rischio di modesta entità. Ha pensato più volte e/o a lungo ad uccidersi, ma senza progettare in dettaglio il suicidio; e/o ha compiuto gesti autolesivi non pericolosi e non menomanti, ad esempio si è spento le cicche sulle mani, si è fatto taglietti ai polsi.

1. Rischio evidente. Ha progettato il suicidio in dettaglio e/o ha compiuto degli atti preparatori, ad esempio ha immagazzinato pillole e/o ha commesso un tentativo di suicidio più grave di quello del livello 2, ma ancora con scarse possibilità di riuscita.

0. Tentativo di suicidio serio, con pericolo evidente di riuscita, e/o gesto autolesivo intenzionale grave con esito in menomazione o con evidente pericolo di menomazione o morte.

### **11. Motivazione al cambiamento**

Punteggi

4 E' molto motivato, investe fortemente negli impegni formativi, lavorativi, attività. Piena tenuta comportamentale. Si sente in colpa per quanto è accaduto ed è empatico

3 E' motivato, investe negli impegni, si controlla ma con qualche problema di tenuta. Il senso di colpa è modesto ma riconosce di avere provocato un danno e di doverne rispondere

2 La motivazione è presente ma instabile e la tenuta comportamentale appena sufficiente . Non ha senso di colpa ma riconosce di avere provocato danni

1 Scarsa motivazione al cambiamento, progetti molto vaghi e tenuta comportamentale inadeguata. Tende a dare la colpa agli altri per quanto accaduto e non considera il danno provocato

0 Gravi problemi di tenuta comportamentale, nessun motivazione. Nessun senso di colpa e nessun riconoscimento del danno. Indifferenza verso il benessere degli altri

### **12. Abilità nelle attività di vita quotidiana/lavorative/ relazione sociale**

Punteggi

4 E' molto abile, attivo e adeguato nelle attività della vita quotidiana, collabora positivamente alle attività. Può studiare o lavorare all'esterno (se autorizzato). Ottimo comportamento con gli altri

3 E' abile, motivato e partecipa alla vita quotidiana. Può lavorare all'esterno. Si controlla ma con necessita di qualche sostegno

2 Collabora alle attività quotidiane in modo sufficiente ma è instabile. Può lavorare o studiare solo con sostegni.

1 Scarsa collaborazione alle attività di vita quotidiana. Va costantemente sollecitato.

0 Gravi problemi di tenuta comportamentale, scarsissima o nessuna collaborazione

### **13. Capacità di adattamento, rispetto delle regole/ adesione al programma di cura**

Punteggi

4. Il Pz. collabora bene con gli operatori e ha definito degli obiettivi personali compreso che interventi effettuare in caso di crisi. Piena comprensione e rispetto delle misure di sicurezza

3. Pz è capace di adattarsi, è dotato di insight e non pone particolari problemi di adesione alla programma di cura e al rispetto delle misure di sicurezza

2. Qualche problema di rapporto con gli operatori ma segue il programma in modo "passivo"

1. Richieste maggiori rispetto alla maggior parte dei pazienti col suo quadro clinico e/o maggiori difficoltà a collaborare e ad accettare le indicazioni e i consigli e ad aderire al programma. Scarsa comprensione delle misure di sicurezza che gli vanno ricordate per evitare la tendenza alle violazioni

0. Richieste eccessive e/o atteggiamenti oppositivi o incoerenza nei comportamenti tali da determinare quasi costantemente maggiori sforzi da parte degli operatori e loro frustrazioni. Totale incomprensione delle misure di sicurezza e possibili violazioni attive

#### **14 . Consapevolezza di malattia e dei propri doveri sociali**

Punteggi

4. Consapevolezza piena e ottima collaborazione

3 Fornisce una spiegazione adeguata e ragionevole con una discreta collaborazione

2 Fornisce una spiegazione instabili, a volte coerenti e a volte incoerenti, con collaborazione sufficiente

1 Fornisce spiegazioni molto confuse, molto vaghe “non so”,

0 Fornisce spiegazioni deliranti, nessuna consapevolezza

#### **15. Adesione alla terapia farmacologica/ Alleanza terapeutica**

Punteggi

4. Ottima collaborazione alla terapia farmacologica. L’assume spontaneamente e con consapevolezza del bisogno. E’ certa l’assunzione alla dimissione

3. Assume regolarmente la terapia farmacologica con una buona collaborazione. E altamente probabile l’assunzione alla dimissione

2 Accetta passivamente la terapia, senza particolari opposizioni ma con modesta convinzione. E’ incerta l’assunzione alla dimissione

1 Rifiuta passivamente la terapia farmacologica. Accetta in presenza degli operatori e/o acconsente di praticare il farmaco depot. Una volta dimesso è altamente probabile la non assunzione

0 Rifiuta attivamente la terapia farmacologica. Anche la somministrazione del farmaco depot risulta molto difficoltosa. Una volta dimesso non la assumerà

### **AREA PROGETTUALITA’**

#### **16. Presenza di una rete familiare adeguata**

Punteggi

4. Tutti i familiari di cui si è potuto accertare l’atteggiamento guardano con favore alle dimissioni del Pz, anche dopo tempo. Possono essere presenti piccole preoccupazioni.

3. Tutti i familiari guardano con favore alle dimissioni, ma preferirebbero che avvenissero dopo diversi mesi.

2. Alcuni familiari ambivalenti o disinteressati

1. Familiari molto preoccupati, allarmati dalla dimissione/presenza del Pz.

0. Familiari ostili e rifiutanti.

**17. Presenza di una rete sociale di supporto positiva (compresa presenza servizio sociale, UVM ecc.)**

Punteggi

4. La rete sociale è presente, ricca e guarda con favore alle dimissioni del Pz. .

3. La rete sociale è presente, accetta le dimissioni ed esprime timori comprensibili.

2 . La rete sociale è appena sufficiente ma debole e poco supportiva

1. Rete sociale ambivalenti o disinteressati o sfuggente poco coinvolgibile, Rete sociale scarsa o molto preoccupati, allarmati dalla dimissione del Pz.

0. Rete sociale assente, ostile, rifiutante, rivendicativa

**18. Presenza di risorse economiche (reddito, lavoro, pensioni ed altri l. 104/1992 )**

Punteggi

4. Risorse economiche molto elevate e disponibili per i progetti del paziente

3. Risorse economiche buone e disponibili.

2 . Risorse economiche appena sufficienti con supporti pubblici

1. Risorse economiche minime sotto il minimo vitale e necessita di supporti pubblici straordinari.

0. Risorse economiche assenti.

**19. Presenza di opportunità abitative (strutture socio-sanitarie, abitazione autonoma, rientro in famiglia)**

Punteggi

4. Tutte le opportunità abitative sono presenti: Alloggio proprio, in famiglia, IESA, strutture socio sanitarie e la persona può scegliere

3. Sono presenti almeno due diverse possibilità

2 .E' presente solo una possibilità alloggiativa

1. E' disponibile solo la dimissione in strutture socio sanitarie

0. Nessuna disponibilità.

**20. Atteggiamento del DSM-DP. Speranza e possibilità di attivazione di un programma di cura Personalizzato con Budget di Salute orientato alla Recovery integrato con Progetto di Vita**

4. IL DSM-DP è presente, molto attivo e alimenta la speranza. Tutte le componenti del Budget di salute sono presenti: paziente, famiglia, rete sociale, volontariato, cooperazione, ente locale, Ausl ed è possibile un interventi su tutti gli assi (habitat, formazione-lavoro-relazioni sociali)

3. Il DSM-DP è collaborativo e propositivo. Per il progetto Budget di salute sono presenti paziente, famiglia, ente locale, Ausl

2. Il DSM-DP è presente e i progetti sono scarsamente realizzabili. I servizi sociali sono assenti .E' presente paziente, famiglia , Ausl

1. Il DSM-DP è passivo e formula proposte molto poco realizzabili. Al momento il Budget di salute non è disponibile ma potrà esserlo in futuro

0. Nessuna reale disponibilità del DSM-DP.

**Punteggio**

Area Anamnestica (item 1-5): ...../20

Area Osservazione (item 6-15): ...../40

Area Progettualità (item 16-20): ...../20

Punteggio complessivo (item 1-20): ...../80

**Punteggio equivalente**

Area Anamnestica	Area Osservazione	Area Progettualità	Punteggio equivalente
0-5 molto grave	0-10 molto grave	0-5 bassa	1
6-10 grave	11-20 grave	6-10 discreta	2
11-15 discreta	21-30 discreta	11-15 buona	3
16-20 lieve	31-40 lieve	16-20 alta	4

**Profili deriva dalla somma dei punteggi equivalenti nelle tre aree:**

**Punteggio equivalenti Area Anamnestica:.....**

**Punteggio equivalente Area Osservazione:.....**

**Punteggio equivalente Area Progettualità:.....**

**Punteggio equivalente Totale:..... Profilo N. ....**

**Punteggio tot da 3 a 12**

**Punteggio 0-4**

**Profilo 1 possibilità evolutive limitate**

**Punteggio 5-7**

**Profilo 2 possibilità evolutive discrete**

**Punteggio 8-10**

**Profilo 3 possibilità evolutive buone**

**Punteggio 11-12**

**Profilo 4 possibilità evolutive elevate**

**Informazioni aggiuntive**

Età .....

Invalidità .....%

Indennità Accompagnamento Si No

Legge 104/1992 Si No            Gravità (Art 3 comma 3) Si No

## Indicatore 180

Pietro Pellegrini<sup>86</sup>

Negli ultimi anni la SIEP<sup>87</sup> ha richiamato l'attenzione dell'opinione pubblica sulle risorse economiche destinate direttamente ai servizi per la salute mentale con particolare riferimento alla psichiatria adulti. Per avere un quadro più completo di quanto si investe in "salute mentale" si dovrebbe tenere conto, almeno in parte, delle risorse destinate a NPIA, Dipendenze Patologiche e Psicologia Clinica, Disabilità, Dipartimento Cure Primarie ma anche ai Servizi Sociali e degli Enti locali nonché da quanto viene erogato dal sistema di Welfare (INPS ecc.). A questi andrebbero aggiunti anche gli investimenti per le politiche della scuola, formazione, lavoro, abitative.

Infatti è noto come la salute mentale dipenda non solo dai servizi specialistici ma da molteplici altri fattori professionali e non, come la famiglia, la comunità e la rete di vicinato e informale.

L'entità del finanziamento ben al di sotto della soglia minima del 5% della spesa sanitaria (a livello nazionale è il 3,49%) richiede interventi politici e amministrativi adeguati.

Ma non basta. Credo che occorra anche un investimento ideale, culturale e motivazionale che provi ad individuare sulla base delle esperienze reali e delle evidenze della letteratura quali siano le componenti essenziali per promuovere, mantenere e recuperare la salute mentale secondo lo spirito della 180.

Sperimentalmente, quasi per gioco, ho provato a riassumere questi elementi in un breve questionario per promuovere attenzione e dibattito su punti in sé complessi che probabilmente mal si prestano a mere valutazioni quantitative avendo molti elementi di natura qualitativa. Consapevole di questa complessità e quindi dei limiti dello strumento, l'idea di un indicatore 180 mi pare uno stimolo culturale e tecnico-scientifico utile ad arricchire, spero, il dibattito ed apportare le necessarie correzioni.

È importante precisare a quale ambito operativo o servizio si faccia riferimento e che il questionario può essere effettuato da operatori, utenti, familiari e stakeholder. Questi diversi punti di vista e quindi le valutazioni soggettive possono essere molto utili per attivare il confronto e favorire così la creazione di una cultura operativa comune.

Di seguito una proposta di questionario per ricavare l'Indicatore 180.

---

<sup>86</sup> Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

<sup>87</sup> Starace F. La salute mentale e i tagli alla sanità. Ecco perché si rischia il naufragio di un intero settore, *Quotidiano Sanità*, 28 settembre 2015 [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=31547](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=31547)

Starace F, F. Baccari, F. Mungai (a cura di) ,Quaderno SIEP 2019 Salute Mentale in Italia La Mappa delle Disuguaglianze A cura di F. <http://siep.it/>

Starace F., Baccari F. Salute Mentale: dai dati alle informazioni SIEP 8 luglio 2019 <http://siep.it/salute-mentale-dai-dati-alle-informazioni/>

	0	2	4	6	8	10	Note
	Assente	Basso	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo	N.A
1) Accoglienza (Gentilezza)							
2) Ascolto / Rispetto							
3) Competenza/Autorevolezza/ Autostima							
4) Motivazione al cambiamento							
5) Aspettative positive/ Speranza							
6) Diritti (rispetto e promozione)							
7) Fiducia/Sicurezza							
8) Partecipazione utenti							
9) Partecipazione familiari							
10) Recovery							
11) Attenzione ai bisogni di base/Budget di Salute/ Interventi psico-sociali							
12) Risorse di comunità/Rete relazioni/Comunità competente							
13) Protagonismo utenti/ Responsabilità utenti							
14) Alleanza terapeutica/ Collaborazione/ Continuità							
15) Personalizzazione/ Soggettività							
16) Lavoro in gruppo/ Cooperazione/ Creatività							
17) Misura/ Senso del limite/ Rischi							
18) Riservatezza							
							Totale
Totali parziali (colonna)							

Riferito al Servizio

.....

Ogni item da 0 a 10 punti

Quindi punteggio minimo 0- massimo 180.

Se completo: Punteggio totale ...../180

Se N.A (punteggio non attribuito) Punteggio totale ...../.....Item compilati. Risultato moltiplicato per 18.

La compilazione è stata effettuata da:

- Operatori
- Utenti
- Familiari
- Stakeholders

## **Indicatore 180**

### 1) Accoglienza /Gentilezza

Fa riferimento alla capacità di un servizio, di essere accoglienti, gentili e di costruire una buona immagine di sé. Dà spazio alla persona e al suo punto di vista

### 2) Ascolto /Rispetto

Indica come il servizio dà spazio all'ascolto della persona, con genuina curiosità per comprendere e ne rispetta la dignità mediante un'adeguata comunicazione

### 3) Competenza/Autostima/Autorevole/Affidabile

Il servizio viene percepito come competente, autorevole, con una buona autostima nel momento in cui deve affrontare il problema posto per il quale fa riferimento a Linee Guida (LG) e Buone pratiche applicate nei contesti reali.

### 4) Motivazione al cambiamento

S'intende la motivazione degli operatori del servizio nel promuovere il cambiamento sia della situazione posta sia del sistema nel quale opera. Sviluppa competenze in tutti, utenti, familiari e operatori

### 5) Aspettative positive/Speranza

Indica quale è la forza delle aspettative positive, della speranza e dello sviluppo della reciprocità.

### 6) Diritti rispetto e promozione

S'indica come il servizio si pone rispetto al tema del riconoscimento dei bisogni e del diritto alla salute, della volontarietà delle cure e della libertà. Rispetta la libertà e non vengono attuate contenzioni fisiche e vi sono "porte aperte".

Più in generale per i diritti della persona diversi da quello alla salute li promuove, sostiene, dà indicazioni, informazioni o viceversa non se ne occupa/non li tratta

### 7) Fiducia/Sicurezza

Indica la fiducia e la sicurezza che il servizio con sensibilità promuove nell'utente e nei familiari in termini di riferimenti e di "base sicura"

### 8) Partecipazione utente

Promuove la partecipazione della persona al programma di cura e degli utenti nella programmazione, gestione e valutazione dei servizi anche mediante l'automutuoaiuto, gli Orientatori, Utenti Esperti. Promuove informazione, carte dei servizi ed altri strumenti partecipativi.

#### 9) Partecipazione familiari

Promuove l'informazione, la partecipazione delle famiglie persona al programma di cura e nella programmazione, gestione e valutazione dei servizi

#### 10) Recovery

Il servizio adotta un approccio orientato alla guarigione, agli interventi precoci, a cercare di dare senso alle diverse esperienze delle persone. Prevenzione delle emergenze-urgenze. Tolleranza alle difficoltà, resilienza.

#### 11) Attenzione ai bisogni di base/Budget di Salute/ Interventi psico-sociali

Il servizio dispone e attiva interventi psicosociali per fare fronte ai bisogni di base, opera secondo il modello e lo strumento del Budget di Salute, IPS, Housing first

#### 12) Risorse di comunità/Rete relazioni/Comunità competente

Il servizio attiva le risorse di comunità mediante relazioni, reti, "dialogo aperto", laboratori di Comunità anche per ridurre lo Stigma

#### 13) Protagonismo utenti/ Responsabilità utenti

Il servizio è orientato ad attivare il protagonismo degli utenti e a favorire lo sviluppo del senso di responsabilità in modo che il Programma di Cura rientri nel progetto di vita

#### 14) Alleanza terapeutica/Collaborazione/Continuità

Il Servizio lavora per lo sviluppo dell'Alleanza terapeutica, la permanenza in trattamento e si attiva rispetto ad abbandoni di utenti con disturbi complessi. Assicura la continuità di cura territorio-ospedale/residenze, tra NPIA e Psichiatria e Dipendenze Patologiche. PTRI

#### 15) Personalizzazione/Soggettività

Il Servizio promuove la personalizzazione degli interventi e la soggettività con attenzione alle esperienze e ai vissuti. Rimodula nel tempo la terapia farmacologica, la psicoterapia e gli interventi psicosociali con verifiche periodiche e facilita l'emancipazione dai servizi, l'inclusione nella comunità e le dimissioni

#### 16) Lavoro in gruppo/Cooperazione/Creatività-coraggio

Il Servizio lavora in gruppo, con uno spirito di collaborazione nella multiprofessionalità e interdisciplinarietà e sviluppa con coraggio soluzioni creative. Delega le responsabilità e utilizza case manager, microequipe, operatori di riferimento

#### 17) Misura/ Senso del limite/Rischi

Il Servizio mantiene il senso della misura e del limite degli interventi proposti, condivide i rischi nel rispetto dei diritti, libere scelte e non attua pratiche di tipo restraint. Rispetta la verità e la trasparenza nelle relazioni

## 18) Riservatezza

Assicura la discrezione e la riservatezza delle comunicazioni e opera per migliorare l'immagine delle persone con disturbi mentali.

*L'essenziale è invisibile agli occhi (Antoine de Saint Exupère)*

## Criteria per la Multicomplexità

Barrare solo la caselle pertinenti.

Sig./Sig.ra.

-----  
-----

Età		
-----	--	--

<b>A) Condizioni di vita e supporto familiare e sociale (un item)</b>	Nessuno 0	Gravità lieve 1	Media 2	Grave 3	Molto grave 4
Vive con il coniuge/compagna					
Vive nella famiglia di origine					
Vive solo con supporto di familiari					
Vive solo con supporto di amici e conoscenti					
Vive solo con supporto dei servizi sociali					
Vive solo senza supporti					
Senza casa <sup>88</sup>					
Senza cittadinanza					
Lungodegente in ospedale					
Lungodegente in residenza psichiatrica					
<b>Totale</b>					

<b>B) Autonomia e Partecipazione</b>	Nessuno	Gravità lieve	Media	Grave	Molto grave
Deficit di autonomia (ADL, IADL) e funzionamento (VGF)					
Deficit Partecipazione					
Rischio abbandono/isolamento					
Rischio istituzionalizzazione					
<b>Totale</b>					

<sup>88</sup> Situazioni problematiche di natura non clinica (stato di abbandono, povertà, extra- comunitari sprovvisti di permesso di soggiorno, senza tetto ecc.).

<b>c) Problemi familiari e sociali</b>	Nessuno	Gravità lieve	Media	Grave	Molto grave
Famiglia <sup>89</sup>					
Reddito					
Casa <sup>90</sup>					
Totale					
Criteria aggiuntivi					
Genitorialità (figli minorenni)					
Provvedimenti giudiziari					

<b>d) Criterio clinico psichiatrico</b>	Nessuno	Gravità lieve	Media	Grave	Molto grave
Disturbo mentale					
Deficit Cognitivi					
Disturbi della Personalità					
Uso problematico di sostanze					
Disturbi comportamentali					

<b>e) Criterio clinico medico</b>	Nessuno	Gravità lieve	Media	Grave	Molto grave
Disturbi somatici organici					
Patologie oncologiche					
Disabilità fisica					
Disabilità intellettiva					
Disturbi neurocognitivi					

<sup>89</sup> Mancanza di familiari idonei ad accudire una persona non più autosufficiente; resistenze dei familiari a riprendere a casa il congiunto per motivi di carattere organizzativo o economico; necessità di affiancare alla famiglia idonei servizi infermieristici e/o sociali; necessità di fornire e gestire particolari presidi a domicilio (letti antidecubito, pompe per nutrizione artificiale, sollevatori, respiratori);

<sup>90</sup> Condizioni dell'alloggio; necessità di provvedere a revisioni strutturali per la messa in sicurezza o fruibilità

**1) Somma dei criteri di vita, familiari e sociali (Fragilità)**

a) Condizioni di vita

massimo 4 punti

b) Autonomia e Partecipazione

massimo 16 punti

c) Problemi familiari e sociali

massimo 12 punti

Totale max 32

Fragilità Alta 16-24 punti

Fragilità Elevata > 24 punti

**2) Somma criteri clinici (Bisogni di salute)**

d) Criteri clinico psichiatrici

massimo 20 punti

e) Criterio clinico medico

massimo 12 punti

Totale Massimo: 32 punti

Complessità: 16-24 punti

Alta Complessità > 24 punti

<b>Somma Criteri di vita, familiari e sociali</b>	Nessuno	Gravità lieve	Media	Grave	Molto grave
a) Condizioni di vita e sociali					
b) Autonomie e Partecipazione					
c) Problemi familiari e sociali					
<b>Somma Criteri Clinici</b>	Nessuno	Gravità lieve	Media	Grave	Molto grave
d) Clinico psichiatrico					
e) Clinico medico					

Punteggio tot. 0-20

Multicomplessità: > a 14

## Scheda per la Stratificazione del rischio

<b>Classificazione del bisogno di salute</b>	<b>Condizione clinica/sociale</b>	<b>Bisogno/intensità assistenziale</b>	<b>Azioni (presa in carico derivante)</b>	<b>Attività DAI-SMDP</b>
<b>I Livello</b> <b>Persona in salute</b>	Assenza di condizioni Patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria)	<b>Consultazione</b>  <b>Bisogni assistenziali Assenti</b>
<b>II livello</b> <b>Persona con complessità clinico-assistenziale minima o limitata nel tempo</b>	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita	<b>Consultazione/ Consulenza</b>  <b>Bisogni assistenziali Assenti/minimi/transitori</b>
<b>III livello</b> <b>Persona con complessità clinico-assistenziale media</b>	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento	<b>Presa in cura per Episodio di cura (specialistica)</b>  <b>Bisogni assistenziali lievi-medi</b>
<b>IV livello</b> <b>Persona con complessità clinico-assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale</b>	Presenza di cronicità/fragilità/di sabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multi-professionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali	<b>Presa in cura complessità medio alta (multi-professionale)</b>  <b>Bisogni assistenziali Medio alti (integrazione con DCP, H, ed al.)</b>
<b>V livello</b> <b>Persona con complessità clinico - assistenziale elevata con eventuale fragilità</b>	Presenza di multi-morbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multi-professionale, supporto attivo ed orientamento alla	<b>Presa in cura Complessità elevata/ Multicomplexità</b>  <b>Bisogni assistenziali</b>

<b>sociale</b>	perduranti nel tempo	residenziale o residenziale	persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali	<b>Elevati</b>
<b>VI livello</b> <b>Persona in fase terminale</b>	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente e palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multi-professionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali	<b>Multicomplexità</b>  <b>Bisogni assistenziali</b>  <b>Elevati e palliativi</b>

## Indicazioni per attivare il Budget di Salute

In presenza di Multicomplexità, cioè di bisogni di salute complessi e fragilità alta o elevata, gli interventi del welfare non sono efficaci e determinano un alto rischio di istituzionalizzazione (con elevata spesa e alta insoddisfazione), isolamento e abbandono (alto rischio per la persona, degrado umano, relazionale ed etico).

In questi casi, il Progetto personalizzato mediante l'integrazione di interventi diversi, un'azione capacitante (sui diversi assi, a partire dalla casa) e l'attivazione del contesto (partecipazione, inclusione, produzione, impresa sociale) risulta adeguato per perseguire le seguenti finalità:

- ridurre la fragilità e a rispondere alla complessità dei bisogni di salute di lungo periodo, evitando il rischio di abbandono/istituzionalizzazione e migliorando la Qualità della Vita;
- creare le condizioni per la recovery/guarigione per persone con bisogni di salute complessi/molto gravi anche temporanei, facilitando l'accesso ai diritti;
- prevenire ricadute, recidive e nuove ospedalizzazioni, ammissione alle residenze, problemi giudiziari e degrado sociale e familiari per problemi di salute complessi ad andamento recidivante.

**PIANIFICAZIONE CONDIVISIVA DELLE CURE NEL DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE  
INTEGRATO SALUTE MENTALE DIPENDENZE PATOLOGICHE AUSL DI PARMA**

In (luogo dettagliato)

In data

Si svolge un incontro al quale prendono parte:

Il sig./ la sig.ra

Il sig./sig.ra (amministratore / tutore / fiduciario)

Il dr/la dr.ssa

Con il consenso del/della paziente, all'incontro partecipano anche i seguenti il sig/sig.ra (parenti, altri espressamente autorizzati)

Il sig./ la sig.ra

Il sig./ la sig.ra

Con il consenso del/della paziente, all'incontro partecipano anche i seguenti professionisti sanitari, a vario titolo coinvolti nel processo diagnostico-terapeutico abilitativo,

Il sig./ la sig.ra

Il sig./ la sig.ra

All'incontro sono stati invitati anche i seguenti professionisti sanitari, impossibilitati ad intervenire:

Il sig./ la sig.ra

Il sig./ la sig.ra

Alcuni di loro hanno inviato alcune osservazioni scritte riportate nei seguenti documenti (titolo, estensore, data):

al **fine della pianificazione condivisa delle cure** relative al/alla predetto/a paziente, con particolare riferimento al Disturbo/i:

Il dr./la dr.ssa puntualizza con il/la paziente le attuali condizioni cliniche e la loro possibile evoluzione secondo la letteratura scientifica:

Al paziente sono altresì illustrate le risorse terapeutiche attualmente disponibili:

Rispetto a quanto esposto dal dr/dalla dr.ssa

il/la paziente manifesta i seguenti desideri /opzioni/necessità:

Segue discussione di approfondimento sui seguenti aspetti, con le seguenti indicazioni, di ciascuna delle quali si riporta nome di chi le ha manifestate:

Il paziente dichiara di aver ben compreso le informazioni ricevute e puntualizza in particolare i seguenti aspetti:

Alla luce di questo il dr./la dr.ssa

ritiene che debbano essere approfonditi i seguenti punti sui quali non vi sono sufficienti certezze:

Alla luce di questo il dr. /la dr.ssa

esplicita i seguenti rischi:

Preso atto della completezza della informazione viene concordato e condiviso il seguente programma di cura da realizzarsi nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Prevista il \_\_\_\_\_ e valutazione degli esiti programmata per \_\_\_\_\_

### **Trattamento Clinico-Psichiatrico**

Visite/colloqui psichiatrici (frequenza)

Trattamento Psicofarmacologico (indicare erogazione, gestione e somministrazione)

Indagini di laboratorio e strumentali connesse al farmaco somministrato:

Condivisa con il MMG, Dr./Dr.ssa

Controlli al CSM

Controlli al SerD (*tipo e frequenza*)

### **Piano Assistenziale Infermieristico**

### **Trattamento psicoterapico/clinico-psicologico**

### **Interventi psicosociali**

**Interventi psicoeducativi**

**Interventi riabilitativi psico-sociali**

Residenze sanitarie, Residenza Socio-Sanitaria, Gruppo Appartamento, Comunità Alloggio (nome, durata della permanenza)

Budget di Salute	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
Area habitat	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
Alloggio proprio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
Cohousing	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>

Ospitalità Familiare Temporanea /Inserimento Extrafamiliare

Appartamenti assistiti

Area Formazione Lavoro

Accompagnamento in percorsi di formazione-lavoro

(profilo fragilità – Legge 14/2015, Formazione/tirocini – Legge 68/1999 , IPS)

Tirocini C/D

Budget di Salute con coop sociali

Area Socialità Affettività Comunicazione

Con COOP SOCIALI

CENTRO DIURNO

Attività di Auto Mutuo Aiuto

Attività Riabilitative Strutturate (breve descrizione del tipo di attività)

Interventi sulla rete sociale

Rapporti con Servizi del Territorio (Comuni, ASP, Compagini Sociali) e/o AAOO

Percorso UVM, Percorso UVG

**Interventi di Area Sociale**

Amministratore di Sostegno

nominato dal giudice

Sostegno per problematiche socio amministrative

Segretariato sociale (pensioni, invalidità civile, pratiche patronato)

Interventi socio-economici

Interventi socio-abitativi

**PROGETTO DI VITA (esplicitato dalla Persona utente e persone di riferimento)**

**Relazione con la Giustizia**

Il sig.

**Prende visione delle misure giudiziarie (allegate) e si impegna a rispettarle e prende atto dell'obbligo dei curanti ad informare la magistratura in caso di violazioni, nell'ottica della recovery (guarigione), della collaborazione e della valorizzazione della persona vengono esplicitate le risorse e condivisi i seguenti impegni:**

**RISORSE E IMPEGNI DELLA PERSONA UTENTE**

**RISORSE E IMPEGNI DELLA FAMIGLIA**

**RISORSE E IMPEGNI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

**RISORSE E IMPEGNI DELLA RETE INFORMALE**

**APPORTI**

Dalla COOP./  
TERZO SETTORE

dei Servizi Sociali

Altri

## DISPOSIZIONI E NOMINA FIDUCIARIO

Il/La paziente dichiara, ai sensi dell'art. 5 della legge 22 dicembre 2017, n. 219:

di non nominare per ora alcun fiduciario (in questo caso, la eventuale successiva nomina sarà verbalizzata in altro documento)

di nominare proprio fiduciario il sig./la sig.ra:

Il/La predetto/a (se presente) dichiara di accettare l'incarico/ oppure: è assente (in questo caso, l'accettazione della nomina sarà verbalizzata in altro documento)

Il paziente manifesta le seguenti volontà in relazione alle informazioni ricevute:

chiede che in caso di (riacutizzazione, crisi ed altre condizioni specificare):

vengano posti in essere i seguenti interventi e trattamenti:

aumento della frequenza delle visite

Accettazione a domicilio degli operatori e di interventi farmacologici e assistenziali

Esprime la propria preferenza per:

Il ricovero volontario presso:

Con intervento dei seguenti operatori

Trasporto con mezzi non connotanti

Impegno ad evitare il crearsi delle condizioni per il TSO

Il Sig./ra rifiuta i seguenti trattamenti:

nelle seguenti situazioni cliniche:

Tali volontà sono persistenti nel tempo futuro salvo revoca. Il paziente dichiara di essere consapevole:

- che esse sono vincolanti, ai sensi dell'art. 5 della legge 219/2017, per medico ed equipe sanitaria qualora il paziente venga a trovarsi in condizione di incapacità ad esprimere il proprio consenso;
- di avere comunque la possibilità di revocare in tutto o in parte le precedenti indicazioni o di modificarle in relazione alle peculiarità dell'evoluzione della malattia.

I familiari presenti sono istruiti circa l'approccio al paziente, qualora a domicilio si verificasse una delle condizioni circa le quali il /la paziente ha espresso la sua volontà

Al fiduciario vengono affidati in particolare i seguenti mandati:

Il presente verbale è redatto in modo conforme a quanto indicato dall'art. 5, commi 3 e 4, della legge 219/2017 ed è sottoscritto dai presenti.

Il paziente  Firma \_\_\_\_\_

Il medico (dr)  Firma \_\_\_\_\_

Il fiduciario  Firma \_\_\_\_\_

Altro prof. sanitario dr  Firma \_\_\_\_\_

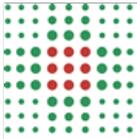
Altro prof. sanitario dr  Firma \_\_\_\_\_

Altro prof. sanitario dr  Firma \_\_\_\_\_

Amministratore/tutore  Firma \_\_\_\_\_

Parente  Firma \_\_\_\_\_

Parente  Firma \_\_\_\_\_



Dipartimento Assistenziale Integrato  
Salute Mentale Dipendenze Patologiche  
Largo Palli 1B – 43126 Parma

Tel. 0521 396512

Parma, lì

Facendo seguito alla Vs richiesta di disponibilità all'accoglienza/ammissione del  
Sig/Sig.ra.....  
nato/a.....

il.....

residente.....

presso la .....

struttura facente parte del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale  
Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) dell'Ausl di Parma,

si precisa al Magistrato competente quanto segue:

-la struttura fa parte della rete ospedaliera/residenziale accreditata del DAI-SMDP  
dell'AUSL di Parma, dedicata al ricovero di pazienti psichiatrici, ed è organizzata  
secondo criteri sanitari per tali esclusive finalità;

- le strutture del DAI-SMDP sono aperte e il ricovero prevede la convivenza con altri  
utenti psichiatrici alcuni dei quali potrebbero avere condotte di abuso, od essere oggetto  
di provvedimenti giudiziari;

-fin dall'ingresso, l'attuazione del programma di cura prevede per l'effettuazione delle  
attività diagnostico-terapeutico-abilitative l'utilizzo di tutti i servizi sanitari dell'Ausl e  
del Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche;

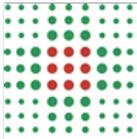
- l'eventualità che si possano manifestare trasgressioni alle regole della struttura e/o  
comportamenti violenti o potenzialmente aggressivi verso sé o verso gli altri da parte  
della persona, ciò renderebbe inconciliabile la permanenza presso la struttura stessa e  
darà luogo ad una tempestiva segnalazione al Magistrato competente, oltre alla  
richiesta di intervento, se necessario delle Forze dell'Ordine;

La direzione della Struttura e gli operatori della stessa non possono assumersi oneri di  
accudimento, né di accompagnamento di utenti che vadano oltre gli standard sanitari e  
assistenziali, né potranno ritenersi responsabili di eventuali trasgressioni alle  
prescrizioni contenute nell'ordinanza del Magistrato o previste dalla normativa,  
compreso un eventuale allontanamento arbitrario dell'utente ed in tale caso  
provvederanno ad avvertire dell'accaduto le Forze dell'Ordine.

Nel confermare la disponibilità su precisa infine che il ricovero in base alla normativa  
regionale ha la durata presunta di .....

e che in relazione alle finalità sanitarie della struttura, l'ammissione è possibile solo in  
assenza nell'Ordinanza del Magistrato di limitazioni e vincoli incompatibili e  
inconciliabili con l'attività sanitaria della struttura.

Il direttore del DAISMDP



Dipartimento Assistenziale Integrato  
Salute Mentale Dipendenze Patologiche  
Largo Palli 1B – 43126 Parma

Tel. 0521 396512

Parma, li

Facendo seguito alla Vs richiesta di disponibilità di accoglienza e presa in cura del Sig/Sig.ra.....

nato/a .....il.....

esidente.....

presso Il Centro di Salute Mentale/Servizio Dipendenze/CNPIA.....

struttura facente parte del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) dell'Ausl di Parma, si precisa al Magistrato competente quanto segue:

-la struttura fa parte della rete territoriale accreditata dedicata alla cura di pazienti psichiatrici, ed è organizzata secondo criteri sanitari per tali esclusive finalità;

- le struttura è aperta solo in orario diurno e non ha carattere residenziale;

- nella struttura è possibile l'incontro con altri utenti psichiatrici, alcuni dei quali potrebbero avere condotte di abuso, od essere oggetto di provvedimenti giudiziari;

- l'accesso alle cure ha carattere volontario, secondo quanto previsto dagli artt. 33, 34, 35 della legge 833/1978, della legge 18/2009 e della legge 219/2017.

- effettuata l'accoglienza, se vi sono le condizioni, è prevista la sottoscrizione del Programma Terapeutico Riabilitativo Individualizzato;

- nel caso non vi siano le condizioni o l'utente non si presenti al servizio o faccia venire meno la collaborazione, fatti salvi gli interventi di cui agli artt. 33, 34, 35 della legge 833, verrà data comunicazione al Magistrato competente per i provvedimenti di sua spettanza;

- nell'eventualità che si possano manifestare trasgressioni alle regole e/o comportamenti violenti o potenzialmente aggressivi verso sé o verso gli altri da parte della persona e l'utilizzo di sostanze psicoattive o alcolici non sono prevenibili, prevedibili o controllabili dal Centro di Salute Mentale e pertanto le suddette evenienze potranno dare luogo se necessario all'intervento delle Forze dell'Ordine e ad una segnalazione al Magistrato competente e all'UEPE.

La direzione della Struttura e gli operatori della stessa non possono assumersi oneri di accudimento, trasporto, vigilanza, controllo domiciliare, che vadano oltre gli standard sanitari e assistenziali, né potranno ritenersi responsabili di eventuali trasgressioni alle prescrizioni contenute nell'ordinanza del Magistrato o previste dalla normativa ed in caso di mancata collaborazione alle cure provvederanno ad avvertire dell'accaduto la Magistratura.

Nel confermare la disponibilità su precisa infine che verrà definito un programma di cura il quale in base alla legge è di norma di natura volontaria.

Il Direttore del DAISMDP.