



Gruppo tecnico di lavoro  
” Comunità Terapeutiche Residenziali”

**Analisi della congruità di parametri  
nelle Comunità terapeutiche estensive SRP2  
in relazione alle loro finalità**

**Maggio 2023**

## Composizione del GdL

- dott. Claudio Bencivenga, Mito & Realtà - Associazione Comunità Terapeutiche Residenziali e Fenascop
- dott. Umberto Nizzoli, SISDCA - Società italiana per lo studio dei disturbi del comportamento alimentare
- dott. Roberto Quintiliani, Mito & Realtà - Associazione Comunità Terapeutiche Residenziali
- dott.ssa Chiara Ronconi, CISMAI - Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia
- dott. Matteo Sozzi, SPAN - Società degli Psicologi dell'Area Neuropsicologica
- dott.ssa Carlotta Zoncu, SIPsA - Società Italiana di Psicodramma Analitico

## Indice:

### SEZIONE A

Dati di contesto, Focus del lavoro e metodologia adottata	3
Premessa	4
Alcuni cenni storici sulla nascita delle Comunità Terapeutiche	5
Problematiche e criticità attuali	7
Per una residenzialità trasformativa	11
La specificità "psico" dell'intervento della Comunità Terapeutica e fattori di complessità	12

### SEZIONE B

#### Primi risultati emersi

- **Responsabilità Direzione, ruoli dirigenziali** 15
- **Presenza della figura dello psicologo specializzato in psicoterapia nell'organico** 16
- **Sperequazione di figure parainfermieristiche SRP2 adulti** 17
- **Sperequazione di figure parainfermieristiche SRP2 adolescenti** 20
- **Incongruenze rispetto al tempo o al minutaggio dello psicologo tra Comunità intensive ed estensive** 23
- **Discrepanza tra Mission ed organico** 23
- **Possibilità, entro un margine di percentuale, di ampliare la presenza di alcune figure professionali diminuendone altre e criticità** 24
- **Metodologia del minutaggio** 24
- **Piccole Comunità vs deriva dell'utilizzo dei moduli** 25
- **Rette** 25

### ALLEGATI

allegato 1 Grafici composizione equipe Regione per Regione	27
--	----

# SEZIONE A

## Dati di contesto

La Consulta nazionale delle Società Scientifiche di Psicologia istituita dal CNOP nel marzo 2022 ha promosso un gruppo tecnico di lavoro sul tema delle Comunità Terapeutiche Residenziali con l'intento di:

- Ribadire il ruolo terapeutico della residenzialità delle Comunità terapeutiche, affrancandosi da un modello assistenziale e ospedaliero;
- Delineare il ruolo trasformativo delle residenzialità;
- Analizzare l'appropriatezza delle figure professionali nei ruoli dell'organizzazione;
- Svolgere un'opera di sensibilizzazione culturale e di approccio alla tutela della salute mentale lontano da logiche meramente assistenziali;
- Incidere sulle scelte riguardo la programmazione dei Servizi a livello di politica sanitaria con proposte di modifica delle normative regionali vigenti;
- Per la cittadinanza/familiari/utenti: fornire delle risposte efficaci, luoghi di cura dinamici, flessibili, evolutivi "contro" il rischio di luoghi statici, non vitali, caratterizzati da routine ripetitive, non promotrici di processi evolutivi e di inclusione sociale.
- Non avallare, sulla tematica della salute mentale, soluzioni anacronistiche, fuori dai tempi, dove vengono riproposte, per gli interventi di una certa durata, soluzioni semplicistiche sostanzialmente allocative.

## Focus del lavoro: Strutture comunitarie per la Tutela della Salute Mentale per adulti e per adolescenti di tipo estensivo

Le comunità terapeutiche "estensive", generalmente conosciute con l'acronimo SRP2 Strutture Residenziali Psichiatriche, si distinguono dalle SRP1 "intensive"

1) per il fattore tempo di permanenza: generalmente per un tempo che può prolungarsi fino a due anni.

2) per il quadro clinico, maggiormente stabilizzato quindi non in fase di acuzie o sub acuzie, rispetto alle intensive, Strutture quest'ultime idonee per accogliere utenti per un tempo di permanenza più breve, con un quadro caratterizzato da una parziale instabilità clinica ovvero condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o che necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero.

Il maggior tempo di permanenza, dunque, ben si presterebbe ad interventi clinici "trasformativi" di tipo psicologico e psicoterapico

## Metodologia adottata

- a) Ricerca e disamina delle singole normative regionali in merito alle SRP2 per adulti e adolescenti con lo scopo di fornire una fotografia delle figure professionali previste nell'equipe organizzativa
- a) Desumere dai risultati emersi, al di là dei buoni propositi enucleati nelle missioni, i presupposti e la concezione di fondo di come viene inteso l'approccio alla salute mentale
- b) Evidenziare i risultati raccolti con l'ausilio di grafici (istogrammi e torte) per fotografare lo "stato dell'arte" in merito alle composizioni dell'equipe. Per comprendere meglio il modello organizzativo si sono sommate le ore degli infermieri e degli OSS; le ore degli educatori e dei TERP; le ore degli Psicologi e degli psicoterapeuti.

## **Regioni esaminate**

**Val D'Aosta**

**Piemonte**

**Lombardia**

**Liguria**

**Veneto**

**Emilia Romagna**

**Toscana**

**Marche**

**Lazio**

**Campania**

**Puglia**

**Sardegna**

**Sicilia**

## **Premessa**

Le Comunità Terapeutiche sono strutture sanitarie (massimo 20 pl) a "carattere familiare" per il trattamento volontario globale - psicoterapeutico, farmacologico (ove occorra) relazionale e sociale che - per richiesta dei Servizi territoriali (Servizi sanitari, sociali) - accolgono pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, non trattabili a domicilio, né a livello ambulatoriale e che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero ospedaliero.

Sono da considerarsi un tassello di un intervento, un'esperienza temporanea che si realizza "in rete": all'interno di un percorso che preveda risposte articolate, a ventaglio, che siano

calate sui bisogni e sul progetto del paziente in linea con l'evoluzione di un quadro che può spaziare in interventi a valenza maggiormente sanitaria e/o sociale.

Il quadro clinico dell'utenza accolta in Comunità comporta una disfunzionalità da un punto di vista relazionale, comportamentale, affettivo/emotivo, esistenziale tale da necessitare di un intervento riabilitativo e terapeutico attraverso una presa in carico residenziale e una temporanea separazione, "permeabile", dall'abituale contesto di vita.

L'intervento è adatto per quei pazienti che necessitano di uno *spazio e di un tempo* necessari per sperimentare nuove relazioni significative, per ricostruire, rinarrare e risignificare la propria storia e dove il fattore tempo non è un tempo statico ma un *tempo dinamico* che preveda il coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia.

## **Alcuni cenni storici sulla nascita delle Comunità Terapeutiche**

Gli studi degli ultimi 40 anni hanno messo in luce quanto sia importante per l'intervento una terapia integrata che tenga conto non solo degli aspetti più prettamente sanitari, ma anche di una presa in carico del paziente nella sua crescita attraverso la quotidianità, al di fuori d'istituzioni ghettizzanti e alienanti che hanno avuto nel migliore dei casi una funzione di custodia più che di terapia.

Da questa consapevolezza scientifica e operativa è nata la legge n. 180/78, seguita dalla legge di riforma sanitaria n. 833/78 e da una serie d'interventi successivi e da normative e regolamentazioni regionali che hanno sancito il definitivo superamento della struttura manicomiale e l'instaurazione di strutture territoriali diversificate tra cui le strutture a valenza comunitaria. Già nel primo Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale 1994/96 si evidenziava: *... in ogni caso una risposta che non sia neo-manicomiale, deve prevedere l'accoglienza in piccole strutture con non più di 20 posti letto ... i principi cui s'ispira la gestione delle strutture residenziali sono quelli di una dimensione <<familiare>> capaci di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali".*

La riflessione scientifica, legislativa ed istituzionale è andata quindi nella direzione della sostituzione della "grande struttura manicomiale chiusa" con la creazione e lo sviluppo di una Rete Territoriale variamente organizzata (Polo Ambulatoriale, Case famiglia, Centri Diurni, Day Hospital, Comunità Terapeutiche a carattere residenziale).

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

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

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

I principi fondamentali presenti nelle CT inglesi e rilevati dalla ricerca del sociologo/antropologo Rapaport negli anni '50 sono rappresentati da: comunalismo, democraticità, tolleranza e confronto con la realtà nonché dalla cosiddetta "cultura dell'indagine" (Main 1983), intesa come quell'attitudine e disponibilità all'autosservazione e riflessione attenta su ciò che accade. A questi principi fondativi attualmente il network di *Community of Communities* in Inghilterra ha aggiunto altri "core standards", quali l'attaccamento, il contenimento, il rispetto, la comunicazione, l'interdipendenza, la relazione, la partecipazione, l'integrazione tra esperienze positive e negative e la responsabilizzazione.

Molti di questi valori sono, di fatto, assunti nel metodo e nella pratica delle numerose Comunità Terapeutiche che si sono sviluppate largamente in Italia, soprattutto dopo la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici, declinando alcuni capisaldi storici in un modello specifico che ben si è adattato alla nostra realtà. Infatti, le C.T. che hanno resistito sino a oggi conservando l'obiettivo della cura della malattia mentale piuttosto che solo l'assistenza, sono proprio quelle che hanno saputo mantenere una struttura di base psicodinamica pur integrandosi con gli altri modelli nella loro organizzazione e che hanno lavorato, impiegando a volte cospicue risorse, per la "manutenzione" dell'istituzione comunitaria e per la formazione delle loro équipe.

**Oggi la cultura delle comunità viene sottovalutata nel dibattito teorico scientifico predominante, ma resta viva e operante in molte strutture e istituzioni che continuano a far riferimento al bagaglio storico culturale e metodologico che essa ha trasmesso nel tempo, a conferma, da un lato della validità del metodo comunitario e dall'altro della dicotomia esistente fra le esigenze di un corretto approccio biopsicosociale e visioni troppo riduzionistiche:** o troppo schiacciate su un rigido modello biomedico o all'opposto da chi sostiene un intervento marcatamente orientato su un paradigma ad impronta educativa/sociologica.

Come sempre nella storia della psichiatria, teorie di diversa ispirazione continuano a scontrarsi duramente alla ricerca di una supremazia che tende a non lasciar spazio l'uno all'altra impedendo di fatto una proficua integrazione fra orientamenti diversi. La corrente di

pensiero che ha generato e sostenuto, in questi anni, la prassi della comunità terapeutica non è sfuggita a questo destino.

## **Problematiche e criticità attuali**

**Ciò che preoccupa è che si sta assistendo nel tempo a normative, nelle varie regioni, che finiscono per semplificare e banalizzare la complessità dell'intervento e che stanno, di fatto, assimilando le Comunità sempre più, per caratteristiche e personale, a strutture assistenziali e simil/ospedaliere**

Spesso ci si trova di fronte a normative “appiattite” su quelle che devono essere le caratteristiche strutturali (numero di stanze, distribuzione degli spazi) con una minore riflessione sulla componente specialistica delle professionalità che è opportuno che in esse operino. Ad una loro disamina a parte l'estrema frammentazione, denominazioni differenti tra Regione e Regione (20 sistemi sanitari regionali), colpisce lo sforzo ipertrofico da parte di chi l'ha estese di voler definire, controllare, monitorare, computare, tracciare, rendere visibile ogni attività, metri quadrati, stanze, riferimenti a linee guida, certificazioni di qualità UNI EN ISO 9001, gestioni dei rischi, HACCP, cartelle informatizzate, PARM; non che ciò non sia utile, anzi, ma si rimane perplessi quando tutto ciò è accompagnato da un'indicazione del personale che vede una sperequazione di figure infermieristiche e parainfermieristiche (OSS ad esempio) rispetto a funzioni professionali maggiormente “attrezzate” nel decodificare gli aspetti interni dei pazienti, venendo tale personale relegato in un ruolo residuale. La direzione sembra propendere verso un'aziendalizzazione, una cultura imprenditoriale dove poco spazio rimane alla dimensione dell'incontro. Insomma non si può parlare di Comunità terapeutica, dove il fulcro dell'intervento è la 'relazione' in un luogo che – come direbbe l'antropologo francese Marc Auge - è una sorta di “non luogo”. In un luogo dove le azioni, gli avvenimenti, i gesti, gli eventi della vita quotidiana, vengono letti per quello che sono, senza uno sforzo di approfondimento, senza andare oltre quello che può essere soltanto il significato apparente o la mera cronaca di tutto ciò che accade nella quotidianità di una comunità. Sintomo di questa deriva la si può riscontrare anche in quelle realtà<sup>1</sup> dove si è fatto ricorso alla “soluzione” dei moduli finendo per bypassare la prescrizione che vuole che le strutture comunitarie non debbano superare i 20 posti letto. E quindi abbiamo il piano dei posti per adulti “intensivi”, poi il piano dei posti per adulti estensivi (per gli interventi di maggior durata), poi il piano dei posti per i minori adolescenti intensivi e poi il piano dei posti per minori adolescenti estensivi. I criteri autorizzativi e di accreditamento sono stati comunque rispettati, ma i pazienti superano di gran lunga i 20 posti letto, spesso con divisioni promiscue tra minori e adulti. Ma l'intervento trasformativo quello più propriamente estensivo, di una certa durata, volto alla “cura”, riabilitazione e reinserimento non dovrebbe essere svolto nelle comunità propriamente dette a stampo democratico familiare (massimo 10 /20 pl) ovvero in quelle realtà dove gli interventi pur se sanitari e

---

<sup>1</sup> Alcuni esempi li possiamo riscontrare, nel Lazio, in Val d'Aosta.

specialistici si poggiano su un clima di domesticità in una logica distante da modelli sanitari prettamente di tipo ospedaliero? Del resto la personalità e l'identità cresce, si forma, evolve in un ambiente familiare o in un contesto aseptico, spersonalizzato che ricorda un ospedale?

**Tornando all'organizzazione del personale , il pericolo - ma oramai in molti casi già una realtà - è un ritorno ad un approccio alla salute mentale spersonalizzato**, come se non esistesse nelle persone un mondo interno, che si esprime conferendo forma all'esterno, nonostante i tanti studi e ricerche sulla psicoterapia psicodinamica, relazionale, interpersonale<sup>2</sup>.

Se con la livella della norma, si azzerà lo spessore psicologico/relazionale dell'interlocutore esistenziale dei pazienti, non si potrà più parlare di comunità terapeutiche ma per lo più di "comunità ikea" prefabbricate in serie per intrattenere e far sostare le persone: squadrate, linde e molto rassicuranti per coloro che hanno deciso di sposare un approccio ingenuo ai temi della salute mentale. E quel lavoro fine di artigianato di andare a toccare il fondo della persona per comprenderlo, contaminandosi con lui, con un coinvolgimento professionale?

Ecco che allora ci si deve chiedere: ma si ha così paura di questo "uomo del sottosuolo" (per ricorrere alla terminologia suggestiva di un'opera di Dostoevskij) tanto da doverlo rinnegare, esorcizzare, "disincarnare", sterilizzare , con un approccio o prettamente biomedico ospedaliero, o prettamente socio educativo: è il caso questo delle case famiglia socioeducative (non meno emblematico) dove ugualmente scompaiono quelle figure che per curriculum e formazione sono deputate a fare da ponte tra *sottosuolo* e *suolo* ossia in grado di tradurre, insieme ai pazienti, quegli elementi inesprimibili, confusi, che vanno messi in parola , aiutandoli a poterli pensare mentalizzare , contenere e tollerare. *Forte è il dubbio rispetto a coloro che pensano di riprodurre in una comunità estensiva un modello assimilabile ad una clinica: terapeuti soltanto esterni, cuoca esterna, addetti alle pulizie, OSS per la notte, un numero cospicuo di infermieri parcellizzando tutta una serie di funzioni. Si passa a volte senza soluzione di continuità nel concepire questo tipo di intervento o come fortemente sanitarizzato (cliniche dunque) o con una valenza riduttivamente socio/edu/assistenziale (comunità socio educative) dove ci si illude possa essere sufficiente una cospicua presenza di educatori e terapisti della riabilitazione psichiatrica. La conseguenza è che viene a mancare la via di mezzo, dove senza togliere nulla alle altre specificità, non si può dimenticare il percorso curriculare formativo degli psicologi e psicoterapeuti atto propriamente a rispondere, accogliere, dare senso alle dinamiche complesse sopra accennate. Bisogna avere il coraggio di dire esplicitamente che i pazienti ospiti nelle comunità terapeutiche hanno un quadro clinico che rientra nell'alveo della psicopatologia che una volta stabilizzata (fuori dall'acuzie, dall'intervento ospedaliero) deve essere riconosciuta e adeguatamente trattata con strumenti*

---

<sup>2</sup> Solo per analogia si vuole ricordare come la l.n. 149/2001 ha stabilito la chiusura o almeno il superamento dei vecchi "Istituti" per l'accoglienza dei minori a testimonianza del superamento concettuale dell'idea di Istituto come ente meramente assistenziale o luogo della ri- educazione, funzionale ad una certa concezione "educativa" di tipo statalistico.



*non solo educativi o rieducativi o di tipo assistenziale, ma anche e soprattutto con interventi a valenza clinica.*<sup>3</sup>

È bene sottolineare che l'utenza delle comunità terapeutiche è caratterizzata oggi sempre più da giovani adulti, non si tratta dei pazienti del "residuo manicomiale" dove purtroppo poco spazio rimaneva per un intervento evolutivo/trasformativo.

L'esperienza quotidiana sul campo, pone in risalto l'esistenza di disturbi molti dei quali assumono dal punto di vista sintomatologico forme nuove precedentemente sconosciute e correlate ai cambiamenti sociali. Quadri clinici complessi, spesso caratterizzati da esperienze traumatiche, pensiamo ai casi connessi all'adozione soprattutto alle adozioni internazionali; le vulnerabilità narcisistiche (figlie del nostro tempo, che "ruotano" sul tema della sfida, della competizione e della performance); l'aumento delle condotte suicidarie e degli attacchi al corpo; i comportamenti dirompenti resi esplosivi dall'incremento dell'abuso di sostanze; l'isolamento in casa; le nuove forme di dipendenza; casi di alta conflittualità familiare; situazioni generate da traumi cumulativi derivanti da storie caratterizzate da reiterate difficoltà interrelazionali.

**Storie di sofferenza che richiedono una particolare formazione sia per entrare in relazione che per sintonizzarsi con i bisogni profondi degli utenti. Competenze che si acquisiscono se si è seguito un particolare percorso di studio (se non anche attraverso un training personale) dove gli operatori debbano essere in grado di riconoscere "dentro di sé" ciò che sta accadendo al paziente, per entrarvi in risonanza e restituirlo in maniera pensata e bonificata.**

**Vengono proposte figure para/infermieristiche (più idonee tra l'altro per un'utenza caratterizzata da una disabilità fisica) in numero sproporzionato rispetto a funzioni professionali competenti nel leggere le dimensioni interne dei pazienti.**

**Un surplus di figure assistenziali, dunque ... Forse si è scambiato il "contenimento psichico" - che vuol dire accoglienza, holding, reverie, ascolto, mentalizzazione, relazione, dedizione, incontro - per il "contenimento fisico", per assistenza concreta, biologica, senza attenzione e ascolto alla realtà interna degli utenti? Quale è il pensiero che c'è dietro? Si finisce per riproporre un modello custodialistico che vede i pazienti passivi e non soggetti attivi del loro percorso.**

Raramente nei tavoli decisionali delle regioni vengono coinvolti addetti ai lavori che con la loro esperienza sul campo possono offrire un utile contributo. Le proposte sono spesso riduttive, la complessità è banalizzata con la conseguenza di proporre istituzioni inerti caratterizzate da routine ripetitive e prive di senso, "depositi" poco attenti a ricostruire significati e rinarrazioni, seguendo una logica meramente allocativa, e non apparati affettivi

---

<sup>3</sup> Documento giugno 2021 Ordine degli Psicologi del Lazio (a cura di Bencivenga, D'Agostino, Quintiliani) dal titolo: "Comunità residenziali per la tutela della salute mentale: ruolo chiave della figura dello psicologo/psicoterapeuta"

e nutritivi dove circolino elementi dinamici, maturativi, emancipativi e dove l'intero percorso è pensato, connotato e ispirato da *un'intenzionalità terapeutica* .

Tralasciamo il tema delle rette giornaliere, figlie di questa ipersemplicificazione, in alcune regioni del tutto insufficienti a discapito di un intervento professionale e con standard elevati

## Per una residenzialità trasformativa

Il fattore residenzialità è costituito da un “abitare terapeutico” in cui il fatto stesso di abitare un luogo, all’interno di una cornice “clanicamente pensata”, esplica una funzione riabilitativa, fondata sul concetto di quotidianità strutturante. La ripetizione di eventi semplici, come il mangiare insieme, lo svegliarsi, il preparare la colazione in uno spazio capace di dare a queste azioni un senso - insieme a una serie di interventi più specialistici - *si traducono nella possibilità di nuove occasioni di “rimaneggiamento psichico” e che echeggiano le prime fasi dello sviluppo*<sup>4</sup>. Va tenuto presente che in una Comunità il “nucleo” della terapia si fonda su una “clinica del quotidiano”<sup>5</sup>, in cui ogni momento della giornata diventa un’occasione di apprendimento dall’esperienza.

In questo senso la funzione curante della Comunità è esercitata da “quell’esperienza del vivere in un luogo riscoprendo la dimensione degli atti, dei gesti, degli avvenimenti e delle emozioni della vita di tutti i giorni, attraverso negoziazioni, dinieghi, assenze, convivenze, contrarietà, condivisioni con gli altri ospiti e gli operatori”, con il supporto di un contenitore, che a tutto questo conferisca, una valenza, un valore, una significatività<sup>6</sup>. Ciò che appare come particolarmente pregnante non sono soltanto gli specifici setting specialistici ma la forte rilevanza clinico/trasformativa della vita di ogni giorno tanto che si può parlare di *ambiente terapeutico globale*<sup>7</sup>.

Per tali finalità le comunità si avvalgono di un approccio multifattoriale che metta in campo risposte individuali, gruppali, familiari, laboratori espressivi, con l’obiettivo di raggiungere un adeguato recupero funzionale per un reinserimento sociale possibile nel proprio contesto di appartenenza.

Occorre un personale multidisciplinare che privilegi però figure a valenza “psico” in grado di ricucire, rinarrare una storia, ritessere delle relazioni familiari cortocircuitate, “mettere in parola” e significare vissuti poco mentalizzabili, elaborare stati traumatici per favorire un riavvio di un’evoluzione che per molteplici fattori si è interrotta e dove il “vulnus” è l’elemento relazionale che possa modificare i Modelli Operativi Interni favorendo l’introiezione di nuovi schemi, copioni più adattivi e funzionali.

Potremmo dire che in Comunità la relazione operatore/paziente si fonda sulla nozione di *format/scaffolding*<sup>8</sup> da intendersi come quella funzione strutturante di impalcatura,

---

<sup>4</sup> **Monniello G.**, (a cura di) *Luoghi istituzionali e adolescenza* – Quaderni di psicoterapia infantile n. 51 ed Borla, 2005, Roma.

<sup>5</sup> **Olivero**, *I luoghi della Comunità Terapeutica*. In: Fenoglio 'Andar per luoghi'. Ed Ananke, 2007 Torino.

<sup>6</sup> **Rabboni M.**, (a cura di), *Etica della riabilitazione psichiatrica. Tensioni e prospettive nelle strategie di intervento*. Franco Angeli, Milano 1997.

<sup>7</sup> **Taurino A, Bastianoni P**, *L'accoglienza del bambino fuori famiglia e i contesti di cura di tipo residenziale. Le Comunità per minori come ambienti terapeutici globali*. In: *Minori e giustizia*, Rivista n 1/2012, Franco Angeli, Milano.

<sup>8</sup> **Bastianoni P**, *Interazioni in Comunità. Vita quotidiana ed interventi educativi*, Carocci, Roma, 2000.

sostegno e supporto dove l'azione del personale è quella di "riordinare" e "connotare" le esperienze degli ospiti. La finalità è quella di attivare e sviluppare nei pazienti la cosiddetta "funzione riflessiva", ovvero quella competenza che, secondo la definizione di Fonagy e Target, consente al soggetto di comprendere gli stati mentali propri ed altrui e di riconoscere le intenzioni, dando loro significato.

**Occorre allora una preparazione e una particolare attitudine alla riflessione e alla clinica "un continuo entrare e uscire, un saliscendi fra soggettività e oggettività, fantasmatico e reale, personale e professionale, che mette costantemente alla prova le capacità degli addetti ai lavori"<sup>9</sup>.**

## **La specificità "psico" dell'intervento della Comunità Terapeutica e fattori di complessità**

Basti pensare che in una Comunità oltre ai colloqui di sostegno, la somministrazione di test e retest per la valutazione degli esiti, si effettuano (si dovrebbero effettuare!) psicoterapie non solo individuali ma anche di gruppo e familiari, supervisioni all'equipe, funzioni che non sono appannaggio del "solo" psicologo, se non specializzato in psicoterapia, ma che neanche possono essere esercitate, numericamente, da un unico psicoterapeuta.

È necessaria un'organizzazione, una "regia" pensata e pensante che accompagni il percorso comunitario del paziente dall'ingresso alla dimissione, altri due momenti questi delicatissimi che rimettono in gioco snodi evolutivi importanti profondi, riattivando vecchie ferite o a volte esperienze non risolte connesse al tema della separazione, dell'individuazione e della perdita.

Note sono le difficoltà delle equipe, che operano con la psicopatologia, nel mantenere un'identità stabile e coerente, capace di comprendere i bisogni dei pazienti e soprattutto di differenziare sé stessa dal complesso mondo delle identificazioni proiettive (che si attivano con il contatto con il grave disagio e con gli importanti disturbi di personalità) dove sembra realizzarsi una forma di infezione emotiva o di contagio tra curanti e curati. Da tali possibili vissuti ci si "difende" attivamente sia sul piano individuale con scissioni, proiezioni, ecc., sia su quello istituzionale con l'utilizzo meccanico ed esasperato di dispositivi istituzionali. Ciò è ancor più vero se spostiamo l'attenzione alle comunità che accolgono utenti in fascia adolescenziale. Le gestalt incompiute di questa fascia di età, la confusione dettata dall'irruenza e dalle tempeste emozionali, biochimiche, psichiche, entrano in risonanza con aspetti sopiti profondi degli operatori che si trovano sollecitati a rivedere e ripercorrere i propri nodi

---

<sup>9</sup> Pedriali E (2000), Per una politica delle Comunità Terapeutiche (Relazione presentata, nel 1999, all'annuale Conferenza internazionale di Windsor, organizzata dall' Association of Therapeutic Communities) in: [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it).

adolescenziali, così come le proprie “soluzioni” ed equilibri rispetto a tematiche personali quali l’autonomia e la dipendenza, la sessualità, l’illusione e la disillusione, l’individuazione, la responsabilità, i confini, il rapporto con l’autorità, ecc. La grande quantità di dati in trasformazione, i frequenti passaggi all’atto, l’irruenza del corpo sui processi mentali, la struttura di personalità in generale ancora troppo debole e mal strutturata, i nuclei emotivi potenti ma in buona parte inesprimibili, hanno un effetto destrutturante dello spazio mentale del setting di lavoro. La peculiarità dell’utenza, la mancanza di mediazione tra richieste impellenti onnipotenti “contro” la capacità di saper attendere, procrastinare, pianificare, crea negli operatori un vissuto di emergenza. Questo tipo di situazioni attiva e facilita una tendenza a rispondere secondo automatismi preprogrammati, un funzionamento cioè secondo assunti di base, o direbbero per l’appunto gli psicologi dell’emergenza, secondo comportamenti “fight or flight” (ovvero di attacco/fuga) o di “freezing” ovvero un vero e proprio congelamento delle funzioni cognitive.

La Comunità terapeutica, dunque, proprio per le sue peculiari caratteristiche di familiarità e interazionalità, favorisce il ripetersi al suo interno di quei rapporti e stili relazionali già sperimentati dai pazienti nella loro famiglia d’origine. Come sappiamo la nascita psicologica e il conseguente sviluppo della personalità, avviene nel contesto del gruppo primario e quindi all’interno di una rete di rapporti interpersonali talmente significativi da incidere profondamente sull’andamento psicologico di tutto il ciclo vitale. Se la psicopatologia ha una genesi fondata sull’alterazione delle prime esperienze relazionali, ecco che allora l’Istituzione comunitaria diventa - per i legami relazionali significativi che essa promuove – un’“occasione”, ove si ripropongono codici e funzioni di comunicazione familiare: ovvero occasione di ripresentazione o “rimessa in scena” di copioni, schemi relazionali e attualizzazione di processi transferali.

Il setting comunitario diventa così un unico scenario dove l’intero gruppo (gruppo operatori e gruppo dei pazienti) in una sorta di processo isomorfo viene sollecitato a riattraversare gli importanti nodi evolutivi dello sviluppo.

*Elementi interni connessi al gruppo staff (fantasie di cura onnipotenti, crollo improvviso e repentino di aspetti illusori, nodi evolutivi sopiti) entrano difatti in particolare risonanza con il mondo interno degli utenti, creando collusioni, confusione, arresti regressivi e comunque fenomeni tali che la terapeuticità dell’intervento consiste proprio nel poterli individuare, contattare, pensare, per trasformarli e incanalarli in un processo evolutivo trasformativo<sup>10</sup>. Per rispondere ad un tale grado di complessità – come si è detto - occorrono specifiche competenze dove il professionista, l’operatore, debba essere in*

---

<sup>10</sup> Bencivenga C. (2012) *Fenomeni gruppali complessi nelle Comunità terapeutiche per adolescenti: una proposta di lettura* in: Ferruta Foresti Vigorelli "Le Comunità Terapeutiche, psicotici, borderline, adolescenti minori". Ed Raffaello Cortina 2012

**grado di cogliere “dentro di sé” ciò che sta accadendo al paziente, con una preparazione e una particolare attitudine alla riflessione e alla clinica e non solo una generica accoglienza.**

E allora come è possibile che nella quasi totalità delle Regioni non è previsto non solo nei ruoli dirigenziali la figura dello psicoterapeuta (contrariamente a quanto avviene nel SSN) ma che proprio non c'è nell'organico?

La figura dello psicologo inoltre, al di là degli interventi specifici legati ai colloqui, alla diagnosi, è un valore aggiunto se inserito come presenza all'interno della quotidianità dei turni di lavoro, per quella competenza di possedere uno sguardo clinico e una capacità di analisi indispensabile per decodificare tutto ciò che avviene nella quotidianità della residenzialità andando “oltre” i meri fatti concreti, “oltre” una lettura semplicistica che rischia di arenarsi sul dato e sul livello di superficie.

L'offerta di un ambiente abbastanza stabile, la presenza di regole più strutturate rispetto a quello dei nuclei familiari di riferimento, la disponibilità affettiva degli operatori e del personale, progetti educativi finalizzati all'autonomia (seppur preziosi), non bastano a “curare” i danni psichici e di sviluppo di quei pazienti con esperienze di deprivazione o maltrattamento. La carenza di conoscenza rispetto ai danni psichici derivati dall'incuria, dalla trascuratezza finisce per sottovalutare l'intervento psicologico finendo paradossalmente per negare o banalizzare il disagio mentale<sup>11</sup>.

Certo fa pensare quanto emerso dalla disamina svolta dal presente Gruppo di Lavoro che la stragrande maggioranza delle normative regionali riguardo le residenzialità a carattere comunitario preveda un monte ore complessivo di figure di assistenza di base (infermieri, OSS, OTA) che supera addirittura il numero di ore sia degli educatori professionali e dei Terp, sia delle figure dell'area psicologica, riducendo queste realtà a meri luoghi allocativi, assistenziali e costringendo alcune esperienze virtuose a fare un estenuante slalom<sup>12</sup> tra le pieghe normative per trovare soluzioni nel tentativo di mantenere alto il livello cercando di salvaguardare e operare secondo una modalità trasformativa/evolutiva, in linea con i principi fondativi che hanno ispirato il modello delle comunità terapeutiche.

---

<sup>11</sup> **Codignola F** *Gli adolescenti deprivati e le comunità educative* in: Ferruta Foresti Vigorelli "Le Comunità Terapeutiche, psicotici, borderline, adolescenti minori" ed Raffaello Cortina 2012

<sup>12</sup> È il caso emblematico di alcune storiche comunità psicoterapeutiche che per non abbassare il livello della qualità dell'intervento si sono trovate costrette per rimanere a norma, secondo quanto previsto dalla normativa regionale in merito ai requisiti dell'equipe, a far prendere il titolo da OSS ai loro psicologi, per non doverli licenziare. Scelta encomiabile per certi versi, ma al contempo rappresentativa e paradossale

## SEZIONE B

### Primi risultati emersi

## RESPONSABILITA'DIREZIONE Ruoli dirigenziali

È previsto il ruolo di psicologo specializzato in psicoterapia Responsabile di Struttura solo in:

- Veneto adulti e Veneto minori (per le CER)
- Marche adulti
- Campania minori

Per tutte le altre Regioni esaminate laddove è prevista la funzione di Responsabile/Direttore tale funzione viene svolta dallo Psichiatra per gli adulti e dal NPI per gli adolescenti.

Nel Lazio emerge un incomprensibile incongruenza: mentre per le strutture residenziali psichiatriche non è previsto il ruolo dello psicoterapeuta come responsabile, tale ruolo viene previsto (in opzione con lo psichiatra) per le strutture residenziali per i DCA (l'incongruenza è ancora + palese per il fatto che le comunità per adulti e Strutture per DCA sono trattate all'interno della stessa normativa)

#### Proposta:

- Inserire la figura dello psicologo specializzato in psicoterapia nel ruolo di Direttore sanitario così come previsto all'interno del SSN ad es nelle UOC e nei DSM e in linea con gli orientamenti della giurisprudenza amministrativa
- Laddove invece il Direttore sanitario risulti essere il medico psichiatra/NPI prevedere, in aggiunta, la figura del Direttore clinico psicologo/psicoterapeuta come responsabile dell'indirizzo terapeutico cui spetta l'impostazione metodologica/clinica della Struttura

## Presenza della figura dello psicologo specializzato in psicoterapia nell'organico

**Per quanto concerne le SRP2 adulti su 12 Regioni** analizzate (Val D'Aosta, Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Marche, Emilia Romagna, Liguria, Puglia, Sardegna, Sicilia) è emerso che **solo in 5 Regioni** è contemplata in organico la figura dello psicoterapeuta (Val d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Sardegna)

Pertanto su 12 Regioni solo il 41,66% delle strutture per adulti ha in organico la figura dello psicoterapeuta (con un monte ore esiguo), nelle altre è previsto solo lo psicologo (sempre con un monte ore esiguo)

FAQ: chi svolgerà le attività psicoterapeutiche?

Nota: in alcune Regioni lo psicoterapeuta è previsto nella mission, ma ciò poi non viene "tradotto" nell'organico dove compare solo la figura dello psicologo (es Lazio)

**Per quanto concerne le SRP2 adolescenti** su 13 Regioni analizzate (Val D'Aosta, Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Marche, Emilia Romagna, Campania, Liguria, Puglia, Sardegna, Sicilia) è emerso che

**solo in 7 Regioni** (Val D'Aosta, Piemonte, Lombardia, Veneto, Marche, Campania e Sicilia) è contemplata in organico la figura dello psicoterapeuta (comunque con un numero esiguo di ore).

Nelle altre 6 regioni è contemplata la figura del solo psicologo (sempre con un numero esiguo di ore)

Pertanto nelle 13 Regioni analizzate il 53,84% delle strutture per minori prevede nell'organico la figura dello psicoterapeuta.

FAQ: chi svolgerà le attività psicoterapeutiche laddove, nell'equipe, la figura dello psicoterapeuta non viene contemplata?

Nota: in alcune Regioni lo psicoterapeuta è previsto nella mission, ma ciò poi non viene "tradotto" nell'organico dove compare solo la figura dello psicologo (es Lazio, Emilia Romagna, Puglia).



## **SPEREQUAZIONE DI FIGURE PARAINFERMIERISTICHE SRP2 ADULTI**

Sono stati confrontati, laddove è stato possibile<sup>13</sup> (ovvero per quelle Regioni dove nelle normative è stato specificato il monte ore di ogni singolo ruolo professionale) il numero di ore in termine di presenza degli “OSS/Inf” – “Edu/Terp” – “Area psicologica” così da poter evincere l’impostazione a monte dell’approccio dell’intervento : o maggiormente di tipo meramente assistenziale ( OSS/inf) o più calibrato su un approccio educativo/riabilitativo ( Edu/Terp) o su un approccio clinico/trasformativo ( area psicologica ).

**Si evince quanto segue:**

- un quantitativo di presenza di figure assistenziali eccessivo e sbilanciato rispetto alle altre figure, “spia” di un approccio di intervento sulla salute mentale di tipo meramente assistenziale, impostato su una concezione di psichiatria sbilanciata su un modello organicistico.
- un numero esiguo di figure psicologiche

	<b>COMUNITA' PER ADULTI SRP2 ore settimanali</b>					
	PSICHIATRI	INFERMIERI	OSS	AREA PSICOLOGICA	EDU/TERP	ASS. SOCIALI
<b>PIEMONTE SRP2</b>	21	85	130	15	180	0
<b>LOMBARDIA SRP2*</b>	20	168	168	0	36	0
<b>LIGURIA SRP2</b>	11,66	98	109,66	23,33	95,66	nella norm le ore degli AS sono inserite insieme agli edu/terp
<b>MARCHE SRP2</b>	23	116	70	46	163	0
<b>LAZIO SRP2*</b>	36	72	216	72	180	10,08
<b>PUGLIA SRP2</b>	12	36	144	24	216	0
<b>SARDEGNA SRP2</b>	20	105	233	28	233	0
<b>SICILIA SRP2</b>	58	216	216	42	180	18

<b>TOT</b>	<b>201,66</b>	<b>896</b>	<b>1286,66</b>	<b>250,33</b>	<b>1283,66</b>	<b>28,08</b>
------------	---------------	------------	----------------	---------------	----------------	--------------

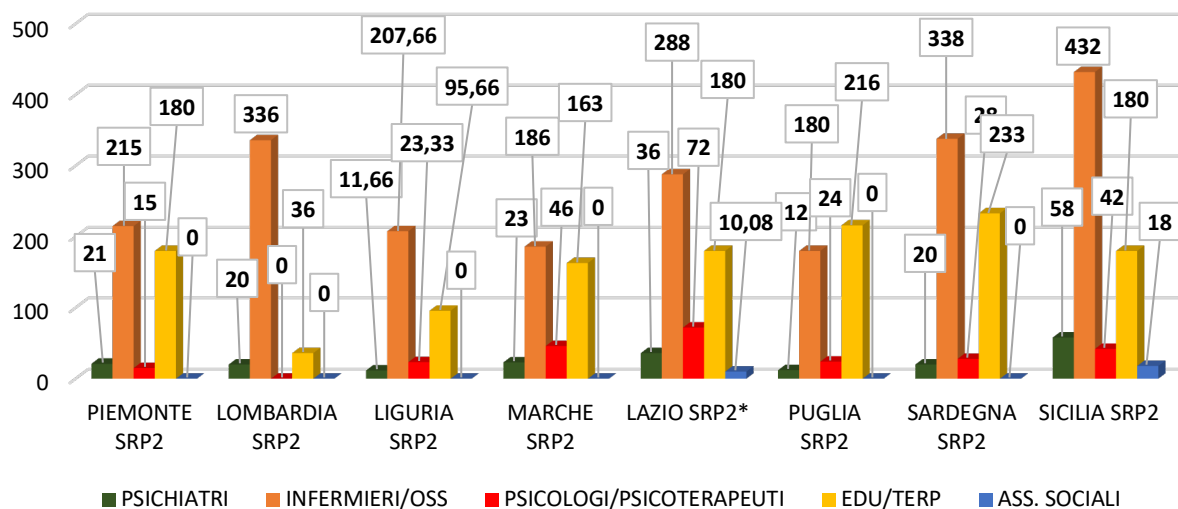
\* In Lombardia la figura dello psicologo è menzionata nelle SRP1 ma non nelle SRP2

\* Nel Lazio nel personale è possibile prevedere 2 psicologi o in alternativa 2 psichiatri

**FAQ:** chi decide questa possibilità? Il direttore sanitario è lo psichiatra e quindi la decisione dipende dall’impostazione/concezione di questa figura professionale

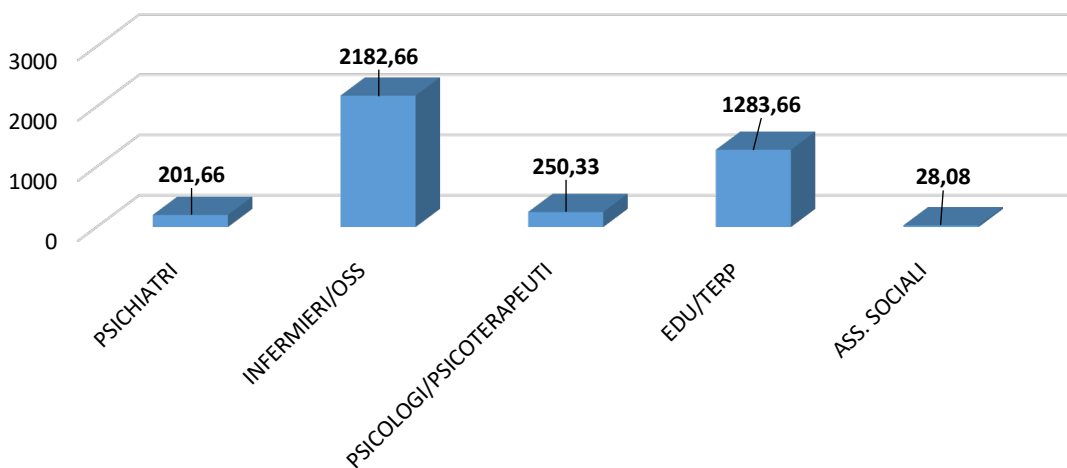
<sup>13</sup> Le comunità per adulti della Val d’Aosta, Emilia Romagna, Veneto, e Toscana non sono state prese in considerazione in quanto le normative non forniscono dati precisi in termini di ore o numeri di professionisti il che potrebbe aprire la possibilità di lasciare alla singola realtà comunitaria un margine di discrezione su come impostare il modello.

**ORE SETTIMANALI DELLO PSICHIATRA, INFERMIERE/OSS, AREA PSICOLOGICA, EDU/TERP, ASSISTENTE SOCIALE NELLE COMUNITA' ADULTI**

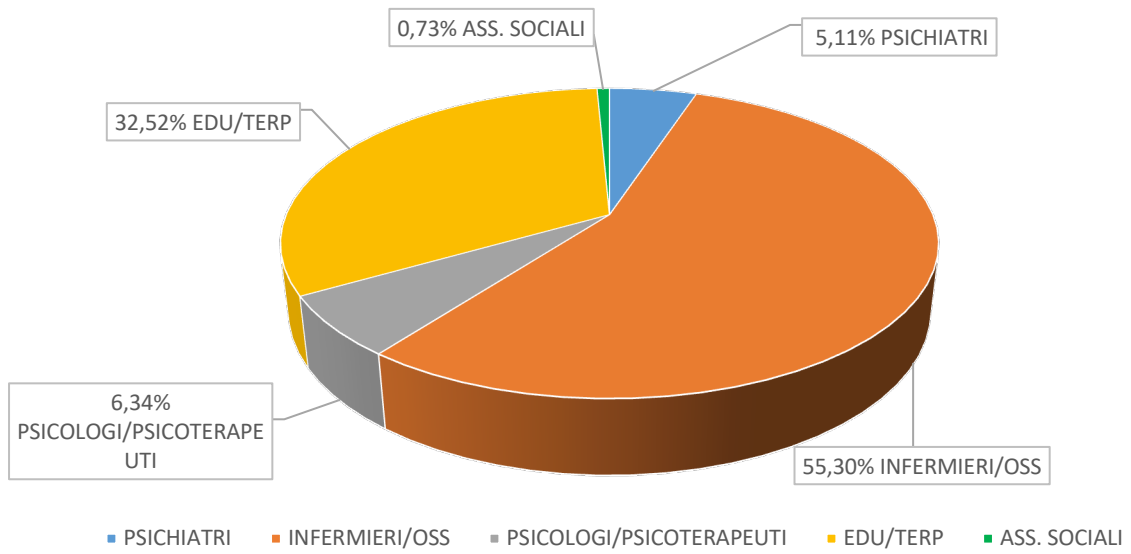


- In 7 strutture su 8 il totale delle ore degli OSS e INFERMIERI è maggiore rispetto alle altre figure professionali con un'unica eccezione la Puglia (dove comunque il numero di OSS e infermieri rimane eccessivo rispetto alle reali necessità se si vuole concepire un modello di intervento clinico/trasformativo)

**ORE SETTIMANALI DEI PROFESSIONISTI NELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE PER ADULTI**



### % FIGURE SPECIALISTICHE COMUNITA' ADULTI



## SPEREQUAZIONE DI FIGURE PARAINFERMIERISTICHE SRP2 ADOLESCENTI

Si evince quanto segue<sup>14</sup> :

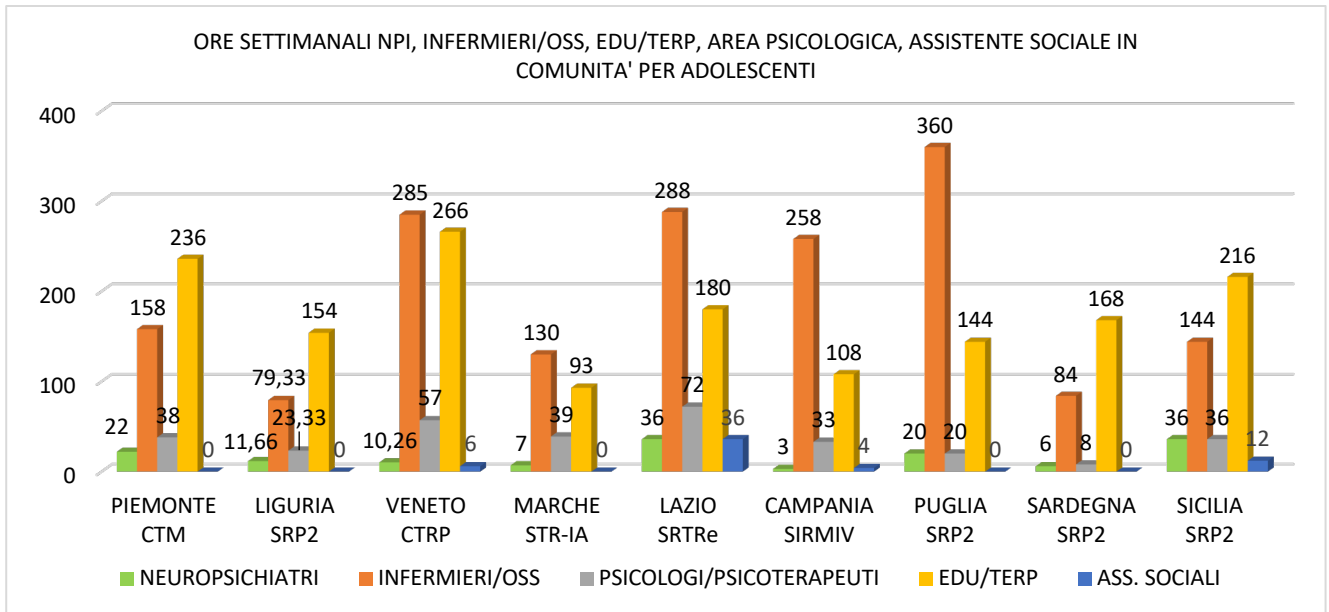
- un quantitativo di presenza di figure assistenziali eccessivo e sbilanciato rispetto alle altre figure, “spia” di un approccio di intervento sulla salute mentale di tipo meramente assistenziale, impostato su una concezione di psichiatria sbilanciata su un modello organicistico.
- un numero esiguo di figure psicologiche

	COMUNITA' PER ADOLESCENTI				
	NEUROPSICHIATRI	INFERMIERI/OSS	PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI	EDU/TERP	ASS. SOCIALI
PIEMONTE CTM	22	158	38	236	0
LIGURIA SRP2	11,66	79,33	23,33	154	nella Liguria le ore degli AS sono inserite insieme agli edu/terp
VENETO CTRP	10,26	285	57	266	6
MARCHE STR-IA	7	130	39	93	0
LAZIO SRTRe	36	288	72	180	36
CAMPANIA SIRMIV	3	258	33	108	4
PUGLIA SRP2	20	360	20	144	0
SARDEGNA SRP2	6	84	8	168	0
SICILIA SRP2	36	144	36	216	12
<b>TOT</b>	<b>151,92</b>	<b>1786,33</b>	<b>326,33</b>	<b>1565</b>	<b>58</b>

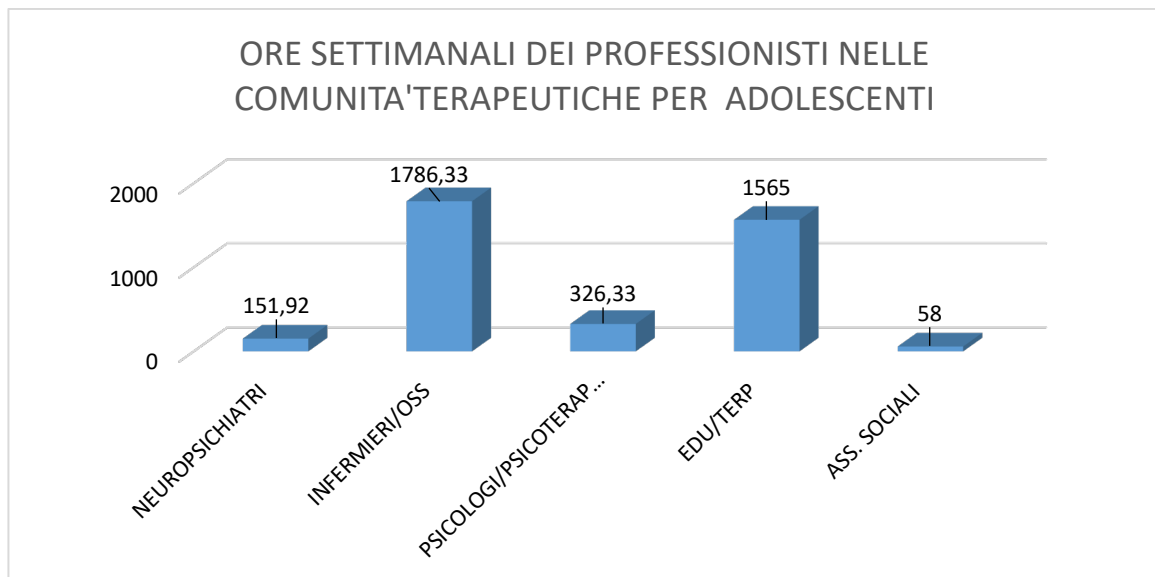
\* Nel Lazio nel personale è possibile prevedere 2 psicologi o in alternativa 2 NPI

**FAQ:** chi decide questa possibilità? Il direttore sanitario è il NPI e quindi la decisione dipende dall'impostazione/concezione di questa figura professionale

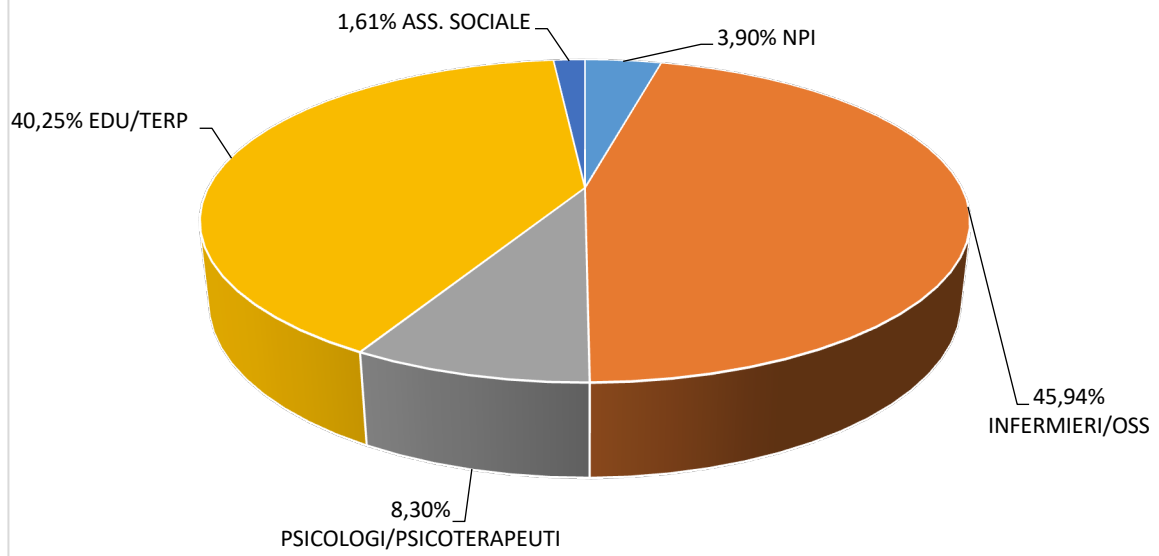
<sup>14</sup> Le comunità per adolescenti della Val d'Aosta, Emilia Romagna, e Toscana non sono state prese in considerazione in quanto le normative non forniscono dati precisi in termini di ore o numeri di professionisti il che potrebbe aprire la possibilità di lasciare alla singola realtà comunitaria un margine di discrezione su come impostare il modello. La comunità per adolescenti della Lombardia non è stata presa in considerazione perché unendo il totale delle ore in più figure (266 ore per INFERMIERE + EDU prof. sanitaria + TERP; 177 ore per OSS+AS+EDU sociopedagogico) non si presta a estendere un grafico che suddivida OSS con infermieri; EDU con TERP; area psicologica



- In 5 strutture su 9 il totale delle ore degli OSS e INFERMIERI è maggiore rispetto alle altre figure professionali. Fatta eccezione del Piemonte, Liguria, Sardegna e Sicilia dove il monte orario di EDU/TERP è maggiore delle altre figure professionali (dove comunque il numero di OSS e infermieri rimane eccessivo rispetto alle reali necessità se si vuole concepire un modello di intervento clinico/trasformativo)



### % FIGURE PROFESSIONALI COMUNITA' ADOLESCENTI



## Incongruenze rispetto al tempo o al minutaggio dello Psicologo tra Comunità intensive ed estensive

In alcune regioni si rileva una maggiore frequenza dello Psicologo nelle strutture intensive (SRP1) piuttosto che nelle estensive (SRP2).

Giova specificare che per “intensivi” si intendono interventi residenziali di breve durata: negli adolescenti ad esempio 3 mesi (un pò più di lunga durata per gli adulti); interventi finalizzati a stabilizzare un quadro clinico ancora instabile a volte immediatamente successivo ad un’acuzie.

Per “estensivi” si intendono interventi residenziali più lunghi per quei quadri clinici maggiormente stabilizzati.

Si conviene che l’intervento psicologico trasformativo è più in linea con l’estensività, ma la tendenza per alcune realtà pare essere il contrario.

Tale “errore concettuale” sembra essere un retaggio di quanto previsto dalle normative nazionali per la salute mentale Conferenza Stato Regioni.

Ipotesi n 1: storicamente in Italia le Comunità sono sorte dopo la chiusura dei manicomi per accogliere il cosiddetto “residuo manicomiale” utenti per lo più in età avanzata con quadri clinici “poco mobili” e cristallizzati e quindi difficilmente trasformabili. Oggi le Comunità accolgono per lo più giovani adulti se non adolescenti. Se si pensa a questa fascia di età l’incongruenza è macroscopica.

Ipotesi n 2: per una lettura forse ingenua si pensa che per sostenere il reinserimento sociale , una riabilitazione ( ripresa di un attività formativa/lavorativa ecc) si debba ridurre l’aspetto clinica come se questo non sia a rinforzo di queste attività , ma quasi di ostacolo

Tale incongruenza nelle Regioni analizzate è evidente in:

**Lombardia adulti**

**Marche adulti e minori**

**Campania minori**

**Lazio minori** (addirittura in questa regione nel computo della retta, scompare la figura dello psicologo)

**Sardegna minori**

## Discrepanza tra Mission ed organico

Si intende quanto segue: nella descrizione della mission si parla di interventi psicoterapeutici, ma poi ciò non corrisponde (non viene “tradotto”) nell’organico dove si trova lo Psicologo e non lo Psicoterapeuta.

Sembrerebbe, è un’ipotesi, che l’estensore della norma non conosca la differenza tra psicologo e psicoterapeuta (la ricaduta di ciò è anche in termini di retta).

Tale discrepanza nelle Regioni analizzate è stata riscontrata ad esempio per:

Emilia Romagna minori

Lazio adulti e minori

Puglia minori.

## **Possibilità, entro un margine di percentuale, di ampliare la presenza di alcune figure professionali diminuendone altre e criticità**

Alcune Regioni prevedono la possibilità di sostituire alcune figure entro un margine contenuto di percentuale. In questi casi c'è la possibilità di aumentare in termini di tempo e presenza la figura dello Psicologo. Esempio in:

**Piemonte adulti**

**Lombardia minori**

**Liguria minori**

**Lazio adulti**

**PS un caso a sé è Lazio minori: in questa Regione la presenza dello psicologo è sostituibile con il NPI per cui nell'organico potrebbe**

Vanno evidenziati due aspetti:

**1** che a ciò non corrisponde mai un ampliamento della retta prevista ad esempio se si va sostituire una laurea breve (terp, educatori) con la laurea quinquennale dello psicologo.

**2** questa opzione è vincolata al Direttore sanitario della struttura che nella quasi totalità dei casi è un Medico psichiatra o NPI a cui spetta, se non viene previsto come figura dirigenziale lo psicologo specializzato in psicoterapia, l'impostazione e il modello dell'intervento

## **Metodologia del minutaggio**

In diverse Regioni (es Lombardia adolescenti; Liguria adulti e adolescenti; Marche adulti e adolescenti; Campania adolescenti; Sardegna adulti) viene adottata per lo psicologo (come per altre figure) la logica del minutaggio, ossia tot minuti a paziente al giorno. Come categoria professionale abituata a interrogarsi sui messaggi, gli assunti, gli impliciti che stanno dietro certe scelte non può apparirci come un'aporìa che il vulnus di un intervento il cui focus è (o dovrebbe essere) la qualità della relazione venga in un qualche modo mortificato e semplificato in maniera fredda e meccanica. Relazione che vuol dire ascolto, tempo, dedizione, cura, riflessione è antitetico alla logica del cronometro, dello speed – date. Non può essere questo, oggi, un modello di psichiatria da proporre

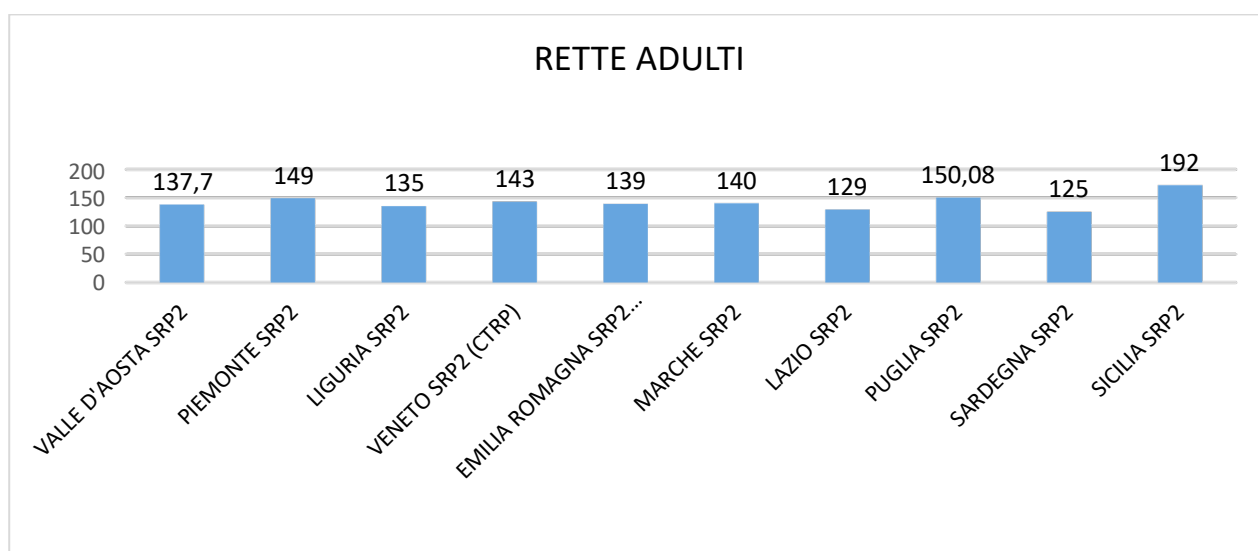


## Piccole Comunità vs deriva dell'utilizzo dei moduli

L'intervento trasformativo quello più propriamente estensivo, di una certa durata, volto alla "cura", riabilitazione e reinserimento non dovrebbe essere svolto nelle comunità propriamente dette a stampo democratico familiare (massimo 10 /20 pl) ovvero in quelle realtà dove gli interventi pur se sanitari e specialistici si poggiano su un clima di domesticità in una logica distante da realtà che per ampiezza e organizzazione sono molto più vicine ad un modello ospedaliero della Clinica, della Casa di cura psichiatrica.

È il caso di alcune Regioni (es. Val D'Aosta ed alcune realtà del Lazio) dove prevedendo la divisione in moduli, non superando dunque per ogni modulo i 10/20 posti letto, si è finiti di fatto per bypassare la norma: moduli per adulti intensivi (SRP1) + moduli adulti estensivi (SRP2), + moduli per adolescenti, + moduli per la doppia diagnosi, + moduli per i disturbi per le condotte alimentari. Si riproduce di fatto una grande Istituzione con tutti i risvolti che ciò comporta.

### RETTE COMUNITARIE

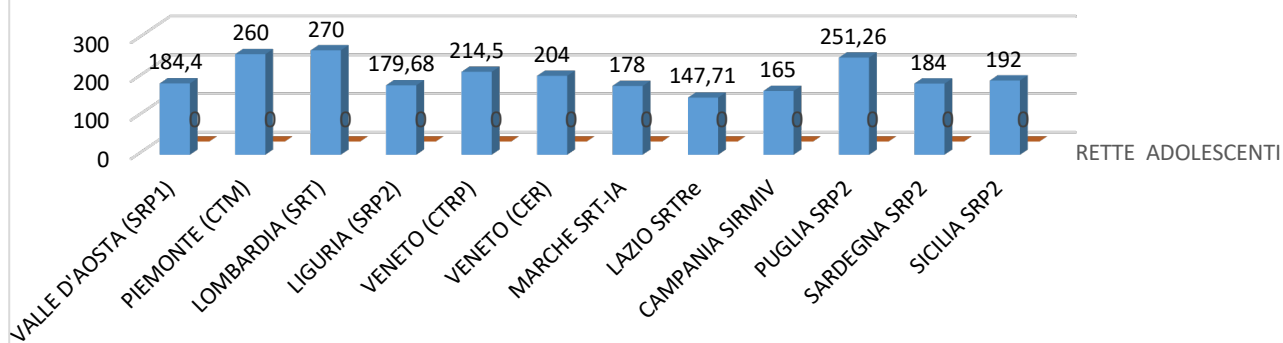


#### RETTE COMUNITA' ADULTI:

- SICILIA prima retta più alta 192 euro (SRP2)
- PUGLIA seconda retta più alta 150,08 euro (SRP2)
- PIEMONTE terza retta più alta 149,00 euro (SRP2)
- SARDEGNA retta più bassa 125,00 euro (SRP2)
- LAZIO seconda retta più bassa 129,00 euro (SRP2)

Non siamo riusciti a individuare con certezza quale siano le rette delle Comunità per adulti della Lombardia e Toscana

## RETTE ADOLESCENTI



### RETTE COMUNITA' MINORI:

- LOMBARDIA ha la retta più alta 270,00 euro
- PIEMONTE seconda retta più alta 260,00
- PUGLIA VENETO hanno la retta sopra i 200,00 (PS: Veneto CER 157 (retta sanitaria + 30% retta Comune = 204)
- LAZIO ha la retta più bassa 147,71 Euro

Non siamo riusciti a individuare con certezza quale siano le rette delle Comunità terapeutiche per adolescenti della Emilia Romagna e Toscana.

La Valle d'Aosta ha rette che possono essere incrementate a seconda dell'organizzazione interna.

## ALLEGATO 1

### Composizione delle equipe per singole Regioni

Il focus di osservazione sono state le composizioni delle equipe delle strutture sanitarie terapeutiche a carattere comunitario di tipo estensivo (SRP2) per pazienti adulti e adolescenti

## VAL D'AOSTA

VAL D'AOSTA	VAL D'AOSTA SRP2 (adulti 20 pl)
PSICHIATRA (anche direttore sanitario)	
PSICOTERAPEUTA	
INFERMIERE	
OSS	
TERP o EDUCATORE	

Non vengono né quantificati né indicate le ore

VAL D'AOSTA	VAL D'AOSTA SRP1 (adolescenti 10 pl)
PSICHIATRA o NPI (anche direttore sanitario)	
PSICOTERAPEUTA	
INFERMIERE	
OSS	
TERP o EDUCATORE	

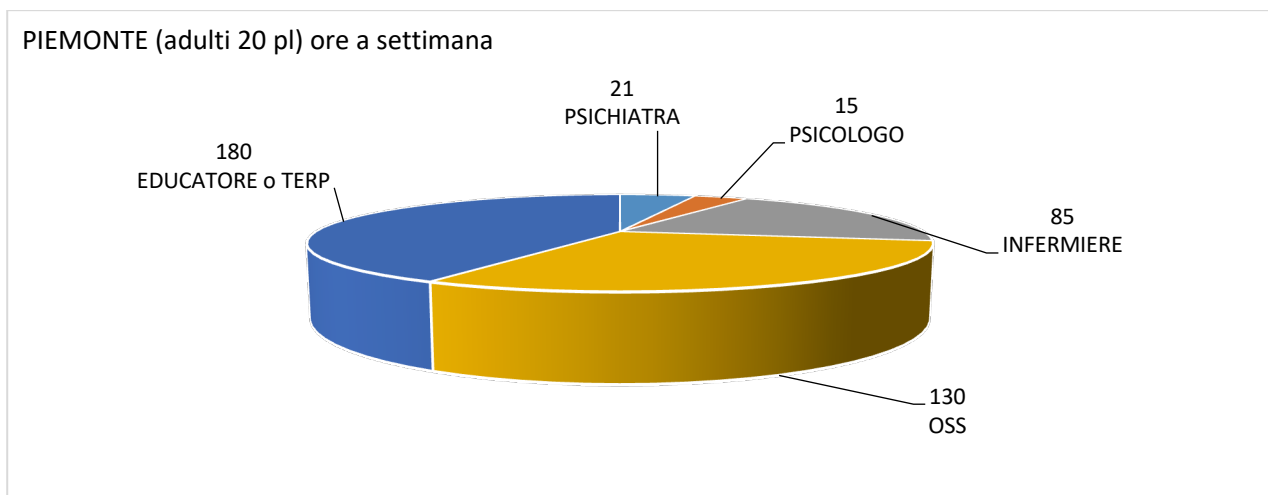
Non vengono né quantificati né indicate le ore

**Nota 1** C'è una elasticità delle figure secondo quanto previsto dal piano personalizzato. Si esplicita con chiarezza il superamento dell'utilizzo del minutaggio.

**Nota 2** Nelle strutture per adolescenti sono previste solo le SRP1 (intensive) con tempi di 18 mesi (sono i tempi delle intensive adulte, secondo la norm nazion) con il rischio di requisiti strutturali più simili a una clinica

# PIEMONTE

	PIEMONTE SRP2 (adulti 20 pl) ore a settimana
PSICHIATRA (anche dirigente sanitario)	21
PSICOLOGO	15
INFERMIERE	85
OSS	130
EDUCATORE o TERP	180

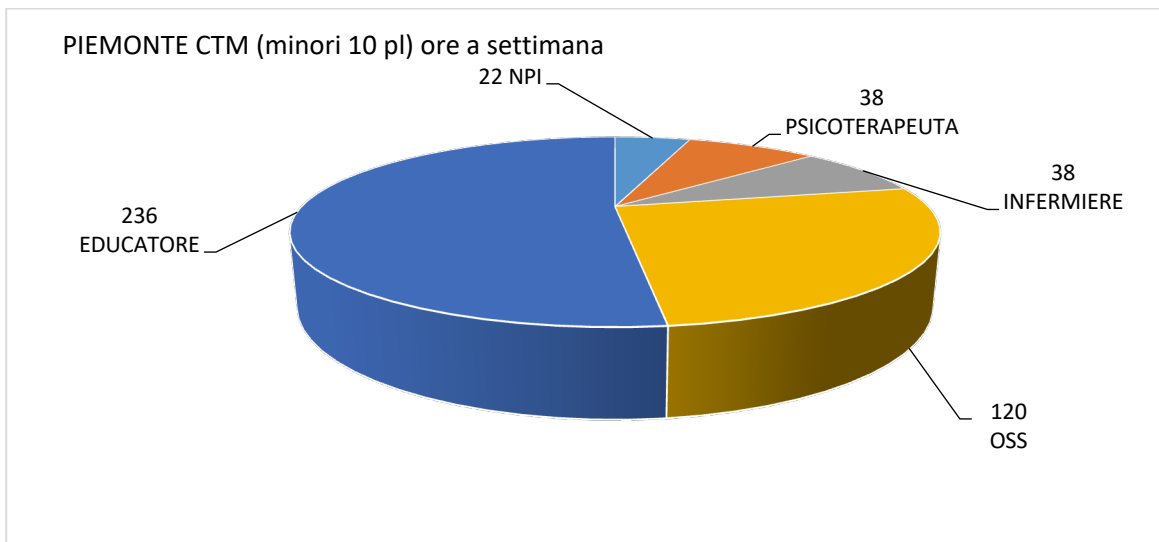


**NOTA 1** In Piemonte, nelle Comunità per adulti, non viene menzionata la figura dell'Assistente Sociale

**NOTA 2** In sostituzione degli educatori professionali socio-sanitari/tecnici della riabilitazione psichiatrica, le attività di tipo riabilitativo e risocializzante possono essere svolte da psicologi o da terapisti occupazionali o da laureati in "Scienze motorie" con esperienza di almeno 2 anni in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate nella disciplina di psichiatria o in servizi equipollenti. Tale sostituzione può avvenire nel limite del 15% del monte ore riservato agli educatori professionali socio-sanitari/tecnici della riabilitazione psichiatrica. (ma la retta rimane comunque invariata)

**FAQ:** Chi decide? Lo psichiatra è il Direttore sanitario

	<b>PIEMONTE CTM adolescenti 10 pl ore a settimana</b>
NPI (anche coordinatore)	22
PSICOTERAPEUTA	38
INFERMIERE	38
OSS	120
EDUCATORE	236

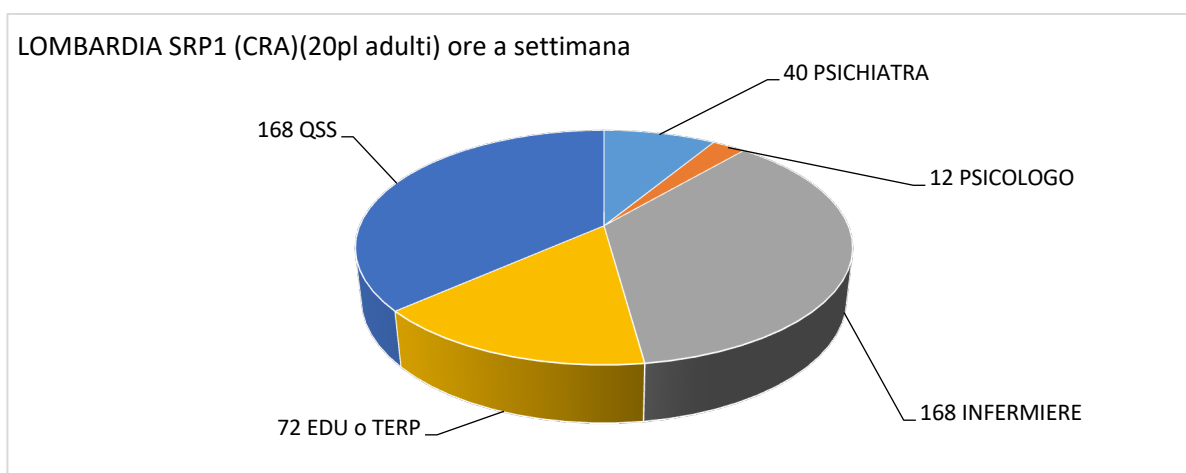


In Piemonte, nelle Comunità per adolescenti, non viene menzionata la figura dell'Assistente Sociale  
 In alternativa alla figura dell'educatore professionale, può essere prevista la figura del terapeuta della riabilitazione psichiatrica, per un massimo di 100 minuti al giorno per ospite.

## LOMBARDIA\*

	LOMBARDIA SRP1 (CRA) 20pl adulti ore a settimana
PSICHIATRA	40
PSICOLOGO	12
INFERMIERE	168
2 EDU o TERP	72
OSS	168

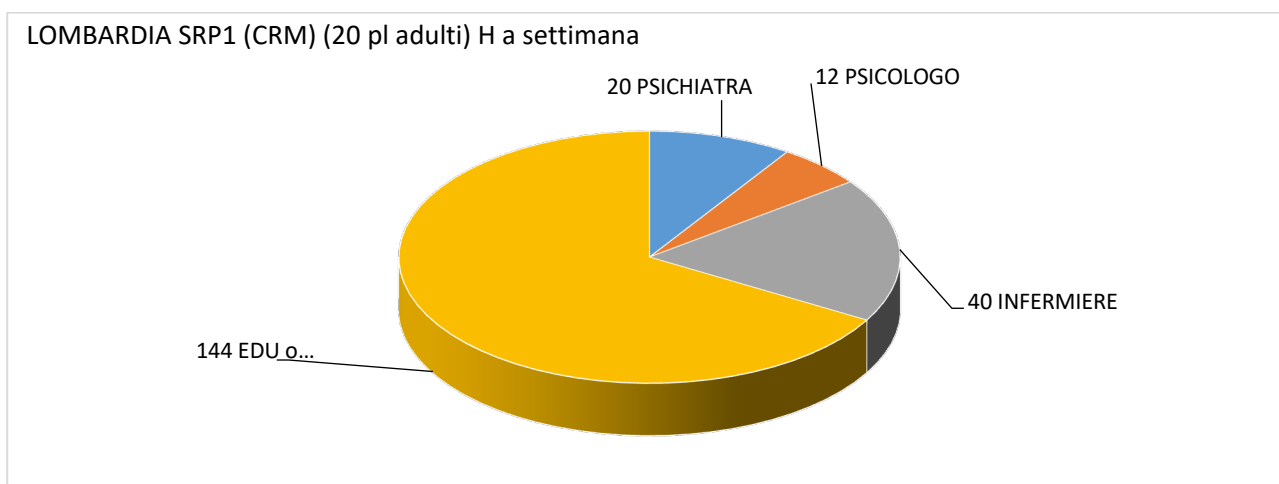
- \* Abbiamo inserito anche le SRP1 (intensive) per sottolineare l'incongruenza che mentre nelle SRP1 è prevista la figura dello psicologo (seppur in maniera esigua) tale figura pare non comparire nelle SRP2 (estensive)



In Lombardia, nelle SRP1(CRA) per adulti nella mission (alta intensità) si parla di psicoterapia, ma poi andando ad esaminare il personale è prevista solo la figura dello psicologo tra l'altro con un numero molto residuale di ore (12 h)

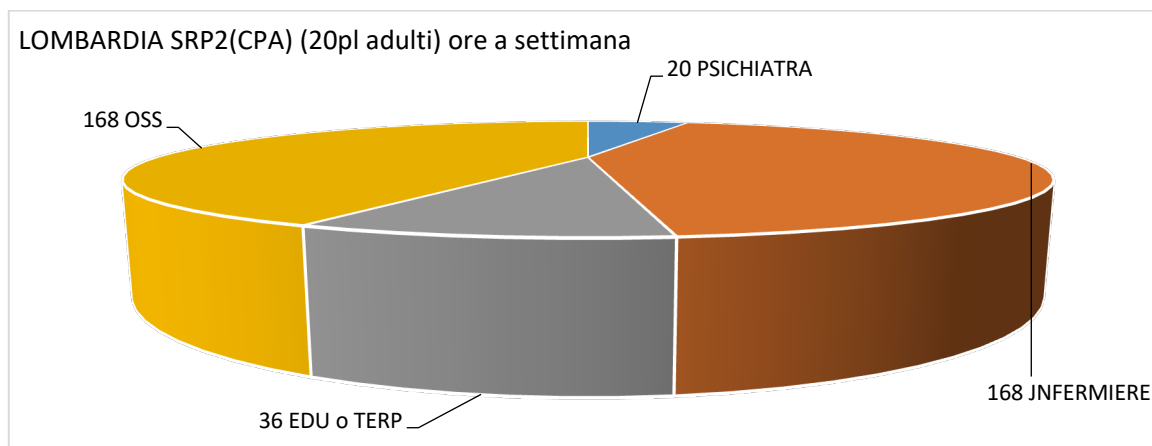
\*\*\*\*\*

	LOMBARDIA SRP1 (CRM) 20 pl adulti ore a settimana
PSICHIATRA	20
PSICOLOGO	12
INFERMIERE	40
4 EDUC O TERP	144



\*\*\*\*

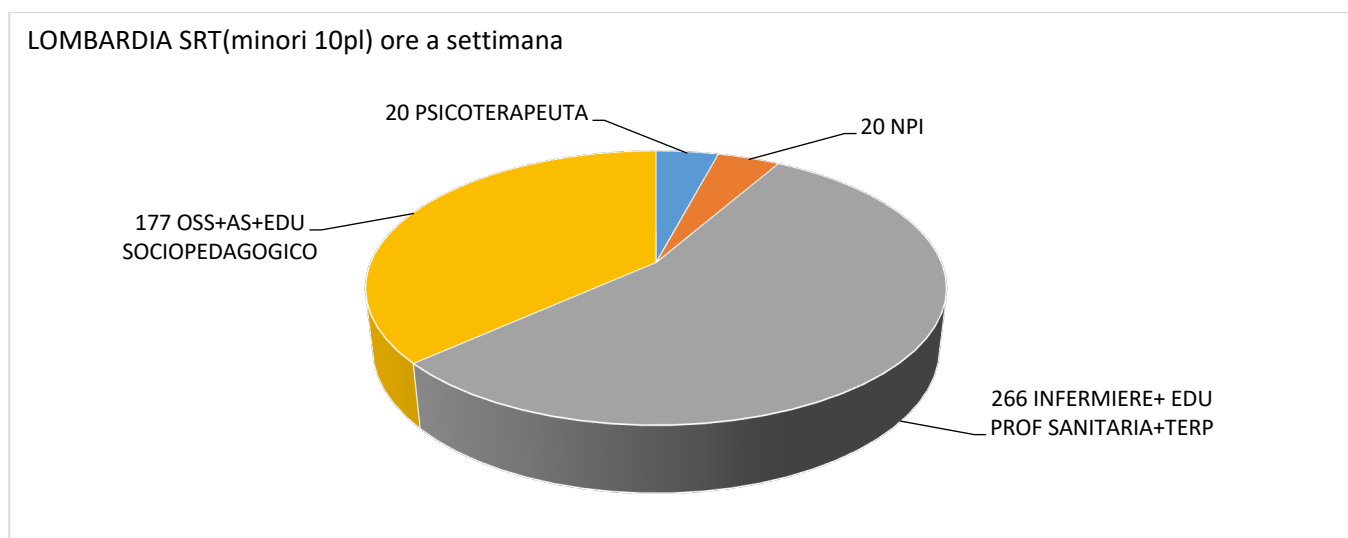
	LOMBARDIA SRP2 (CPA) 20pl adulti ore a settimana
PSICHIATRA	20
INFERMIERE	168
1 EDUC o TERP	36
OSS	168



In Lombardia, nelle SRP2 (CPA) per adulti, non viene menzionata la figura dello psicologo e dell'Assistente Sociale, mentre lo psicologo, come abbiamo visto, è previsto nelle SRP1

	LOMBARDIA SRT <b>adolescenti</b> (10pl) ore a settimana
NPI ( anche responsabile sanitario)	20
PSICOTERAPEUTA	20
INFERMIERE+ EDU PROF SANIT + TERP	266
OSS+ AS+EDU SOCIOPEDAGOGICO	177

Nota in Lombardia adolescenti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione in ore.

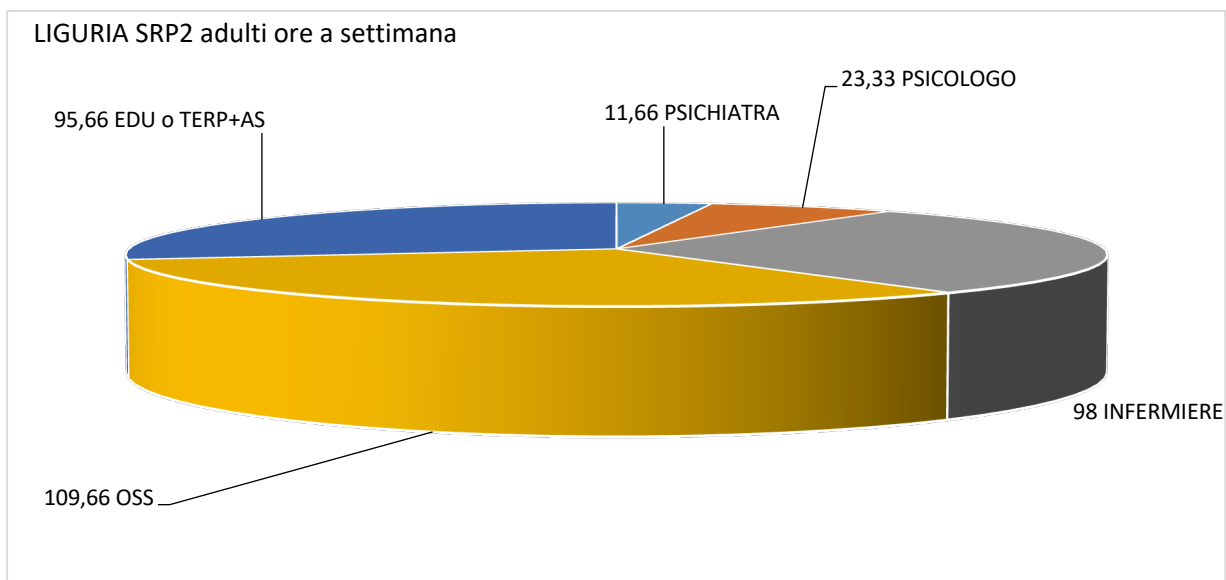


**Nota:** Nell'area delle 177 ore c'è possibilità nella misura del 20% di aumentare la figura dello psicoterapeuta o del NPI. **FAQ chi decide? il NPI è il Direttore sanitario**

# LIGURIA

	LIGURIA SRP2 adulti ore a settimana
PSICHIATRA (dirigente sanitario)	11,66
PSICOLOGO	23,33
INFERMIERE	98
OSS	109,66
EDU o TERP+ AS	95,66

Nota in Liguria adulti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione in ore ipotizzando 20 pl



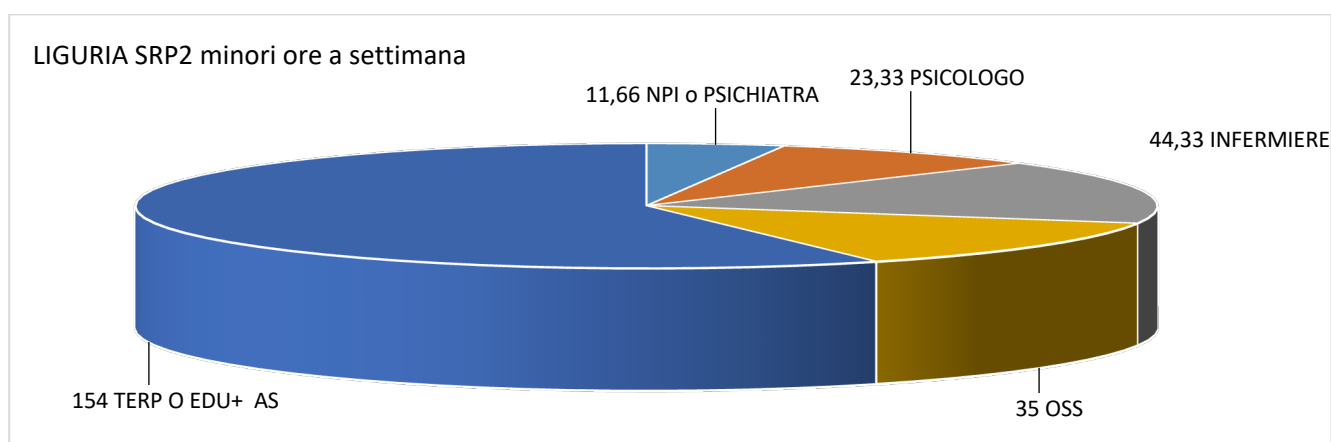
**NOTA** È ammesso un aumento dei tempi psicoeducativi e una diminuzione dei tempi OSS e degli infermieri sino ad un massimo del 20% della relativa tempistica.

**FAQ:** A chi spetta questa decisione? Il direttore sanitario è lo psichiatra



	LIGURIA SRP2 <b>adolescenti</b> ore a settimana
NPI o PSICHIATRA (dirigente sanitario)	11,66
PSICOLOGO	23,33
INFERMIERE	44,33
OSS	35
TERP o EDU + AS	154

Nota in Liguria adolescenti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione in ore calcolando 10 pl



**NOTA** Sulla base dei bisogni degli ospiti i tempi assistenziali degli infermieri e degli OSS possono essere in difetto del 30% se sostituiti con figure dell'area psico-educativa rimanendo inalterati i minutaggi complessivi.

**FAQ:** chi decide questa possibilità? Il direttore sanitario è il medico.

## VENETO

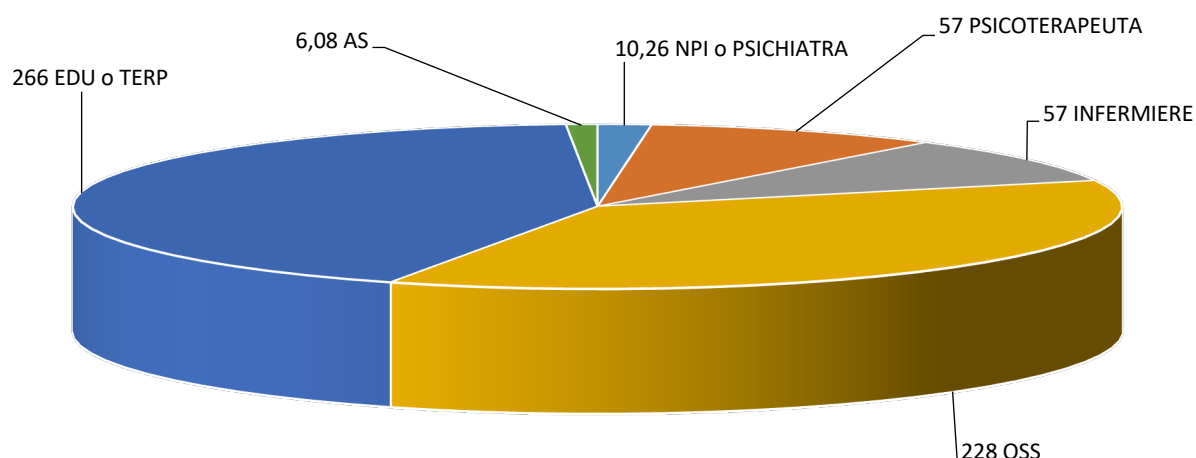
	VENETO SRP2 ADULTI (CTRP) ore a settimana
1 PSICHIATRA (Può essere responsabile)	1
1 PSICOTERAPEUTA (Può essere responsabile)	1
INFERMIERE (per fasce orarie)	
OSS non vengono quantificati, ne ore	
EDU o TERP non vengono quantificati, ne ore	

Per le SRP2 adulti, non avendo dati sufficienti ed omogenei, non è possibile fare un grafico

\*\*\*

	VENETO CTRP <b>adolescenti 12 pl</b> ore a settimana
NPI o PSICHIATRA (dirigente sanitario)	10,26
PSICOTERAPEUTA (coordinatore)	57
INFERMIERE	57
OSS	228
EDU o TERP	266
AS	6.08

VENETO CTRP (adol 12pl) ore a sett



	VENETO (CER) <b>adolescenti 12pl</b>
NPI	a consulenza
PSICOTERAPEUTA	anche responsabile clinico
INFERMIERE	per fasce programmate
OSS	
EDUCATORE	

Per le CER adolescenti, non avendo dati sufficienti non è possibile fare un grafico. In questo tipo di struttura c'è una elasticità delle figure in base alle esigenze

Nota: Considerate particolari variabili e tipologie dell'utenza, gli standard organizzativi minimi possono comunque essere graduati e – se necessario – rafforzati in relazione al progetto individualizzato elaborato per ciascun minore

# EMILIA ROMAGNA

	EMILIA ROMAGNA SRP2 (RTR) ADULTI
PSICHIATRA	20
PSICOTERAPEUTA	20
INFERMIERE	
OSS	
EDU o TERP	

Per le SRP2 (RTR) adulti, non vengono né quantificati né indicate le ore di tutte le figure professionali e quindi i dati non sono sufficienti per estendere un grafico.

\*\*\*\*\*

	EMILIA ROMAGNA RTP-M <b>adolescenti</b> (6-10 pl)
NPI	Coordinatore del progetto terapeutico
PSICOLOGO	per attività programmata sulla base del piano terapeutico
INFERMIERE	per fasce orarie
OSS	
EDU	24 h

Per le RTP-M per adolescenti, non avendo dati sufficienti non è possibile fare un grafico. In questa tipologia di struttura vi è una elasticità delle figure professionali in base alle esigenze

# TOSCANA

	<b>TOSCANA SRP2 adulti (12pl)</b>
PSICHIATRA (anche direttore sanitario)	non vengono ne quantificati, ne ore
PSICOLOGO	non vengono ne quantificati, ne ore
INFERMIERE	non vengono ne quantificati, ne ore
OSS	non vengono ne quantificati, ne ore
EDU o TERP	non vengono ne quantificati, ne ore

**Per le SRP2 per adulti, non avendo dati non è possibile fare un grafico**

\*\*\*\*\*

	<b>TOSCANA SRP2 adolescenti (10pl)</b>
NPI (anche direttore sanitario)	non vengono ne quantificati, ne ore
PSICOLOGO	non vengono ne quantificati, ne ore
INFERMIERE	non vengono ne quantificati, ne ore
OSS	non vengono ne quantificati, ne ore
EDU e TERP	non vengono ne quantificati, ne ore

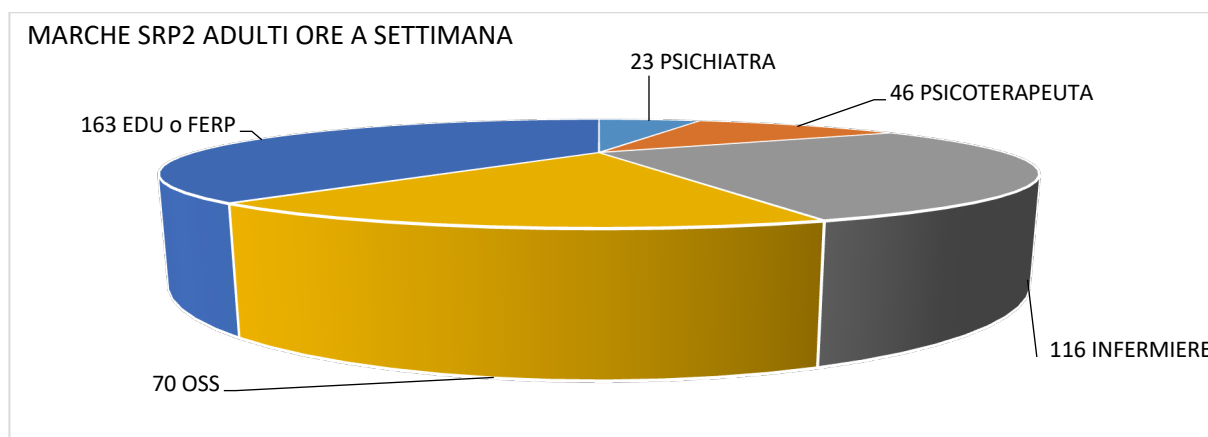
**Per le SRP2 per adolescenti, non avendo dati non è possibile fare un grafico**

**In questo tipo di struttura c'è una elasticità delle figure in base alle esigenze. L'unica specifica è che di notte ci devono essere almeno 1 EDU e 1 OSS**

# MARCHE

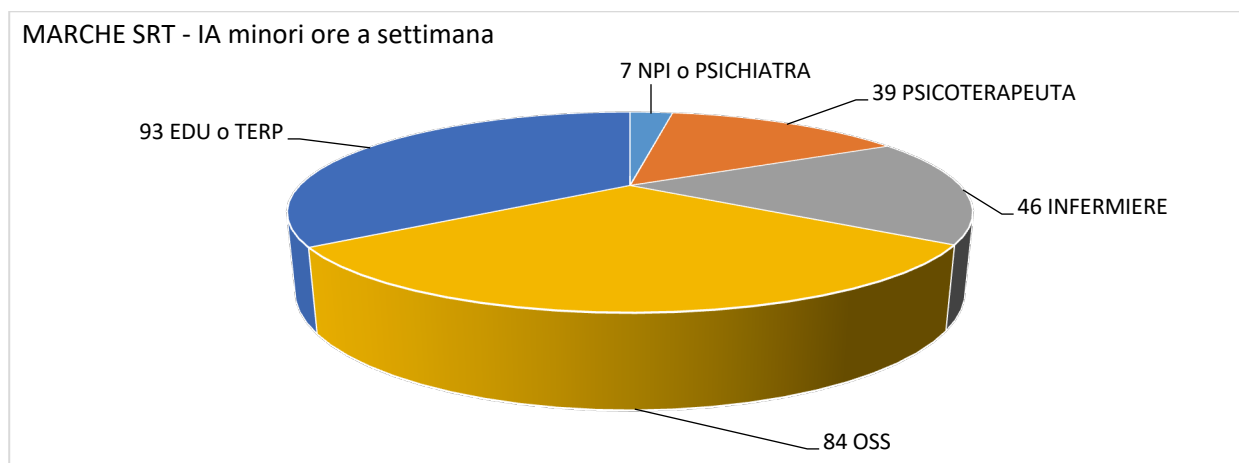
	MARCHE SRP2 ADULTI H A SETTIMANA
PSICHIATRA (può essere responsabile)	23
PSICOTERAPEUTA (può essere responsabile)	46
INFERMIERE	116
OSS	70
EDU o TERP	163

Nota in Marche adulti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione calcolando 20 pl



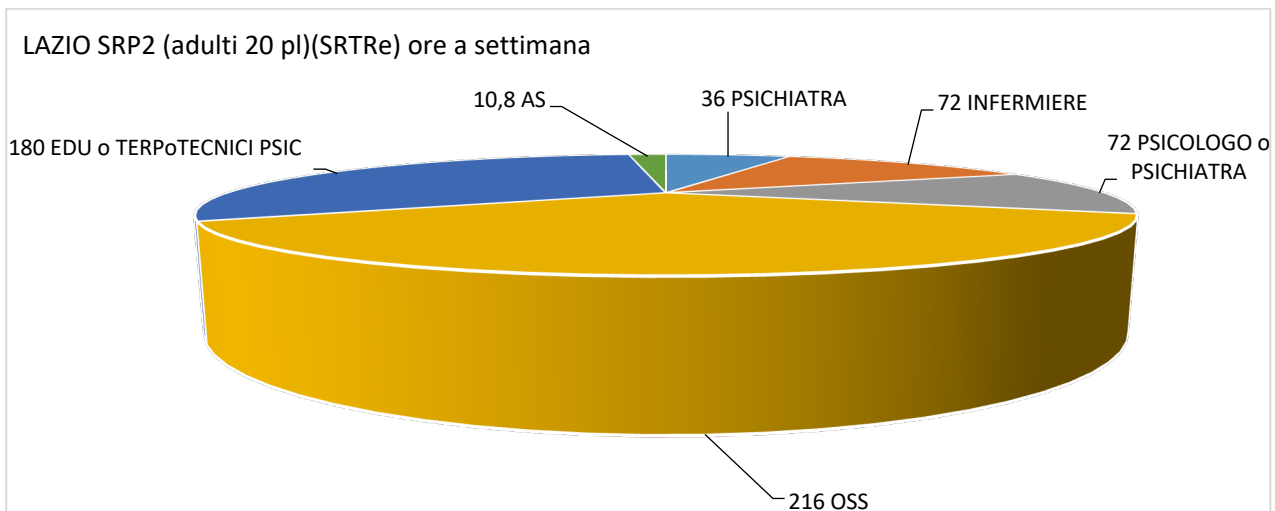
	MARCHE SRT - IA <b>adolescenti</b> ore a settimana
NPI o PSICHIATRA (può essere responsabile)	7
PSICOTERAPEUTA	39
INFERMIERE	46
OSS	84
EDU o TERP	93

Nota in Marche adolescenti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione in ore, calcolando 10 pl



# LAZIO

	LAZIO SRP2 (adulti 20 pl) SRTRe ore a settimana
1 PSICHIATRA (con funzioni di responsabile sanitario)	36
2 Psicologi o 2 PSICHIATRI	72
2 INFERMIERE	72
6 OSS	216
5 EDU o TERP o TECNICI PSIC	180
0,3 AS	10,8



**Il numero degli specialisti è stato modificato in ore per avere un quadro omogeneo.**

**Nota 1** Nella mission è prevista la psicoterapia, ma nel personale no!

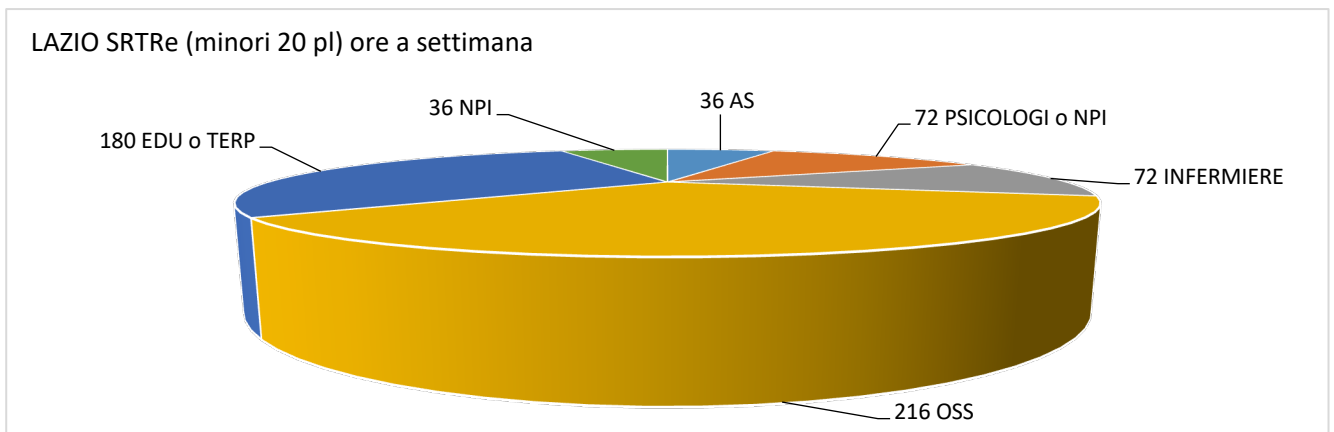
**Nota 2** Nel personale è possibile prevedere 2 psicologi o in alternativa 2 psichiatri

**FAQ:** chi decide questa possibilità? Il direttore sanitario è lo psichiatra.

**Nota 3** Le presenze delle figure nell'equipe possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni purchè per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi e le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria

Commento: ipoteticamente per alzare lo standard potrei sostituire un triennialista tecnico di psicologia, con uno Psicoterapeuta, ma la retta rimane sempre quella base!!

	LAZIO SRTRe <b>adolescenti</b> 20 pl ore a settimana
1 NPI (con funzioni di responsabile)	36
2 Psicologi o NPI	72
2 INFERMIERE	72
6 OSS	216
5 EDU o TERP	180
1 AS	36



Il numero degli specialisti è stato modificato in ore per avere un quadro omogeneo.

Nota 1 Nella mission è prevista la psicoterapia, ma nel personale no!

Nota 2 Nel personale è possibile prevedere 2 psicologi o in alternativa 2 NPI

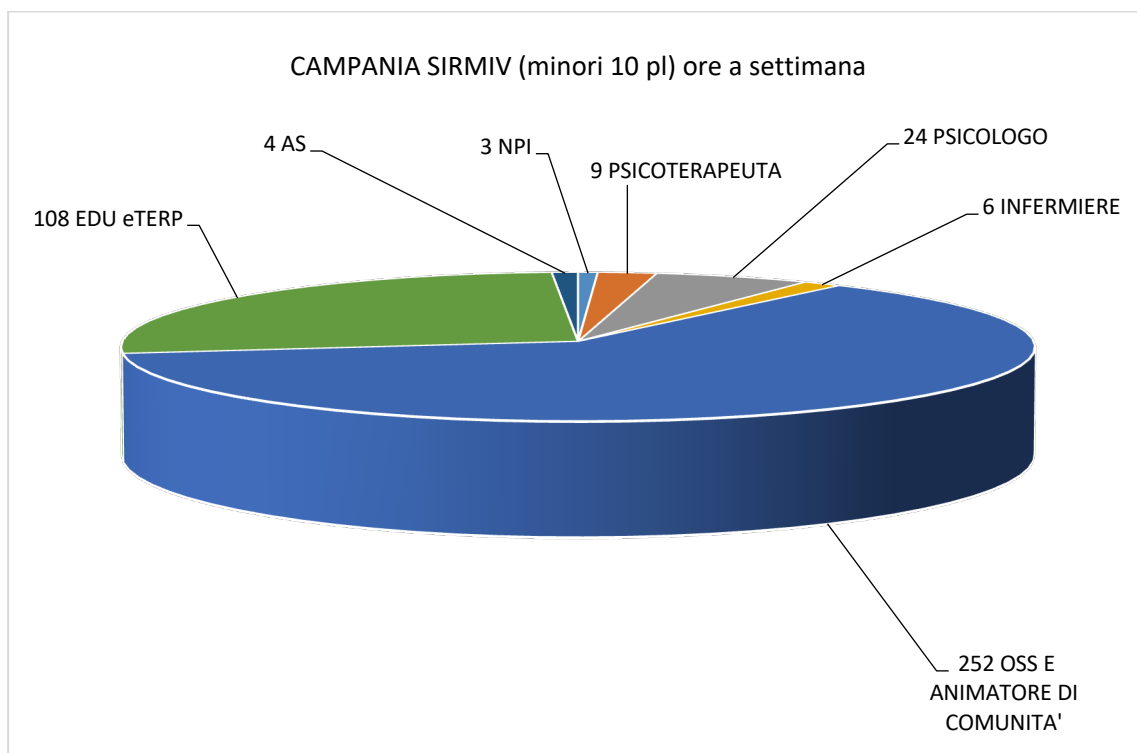
**FAQ:** chi decide questa possibilità? Il direttore sanitario è il NPI

# CAMPANIA

Non abbiamo dati per le comunità terapeutiche per adulti

	CAMPANIA SIRMIV <b>adolescenti</b> 10 pl ore a settimana
NPI	3
PSICOTERAPEUTA (anche responsabile di struttura)	9
PSICOLOGO	24
INFERMIERE	6
OSS E ANIMATORE DI COMUNITA'	252
EDU e TERP	108
AS	4

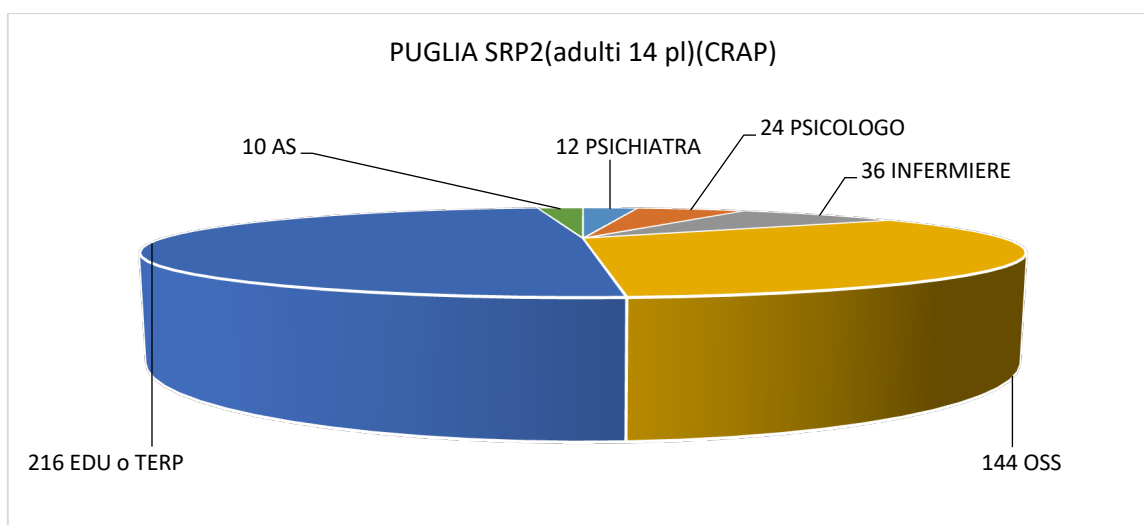
Nota in Campania adolescenti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione in ore.



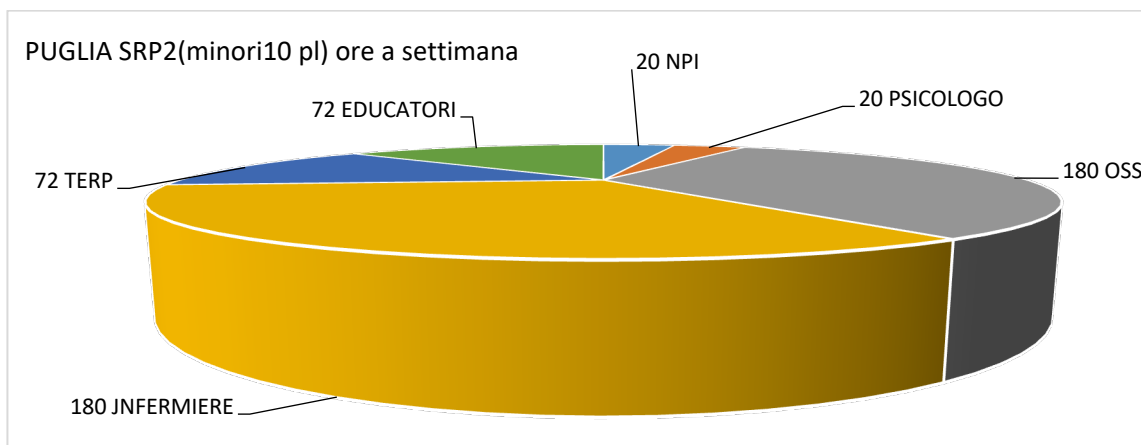


# PUGLIA

	PUGLIA SRP2 adulti 14 pl (CRAP) ore settimanali
PSICHIATRA (anche responsabile di struttura)	12
PSICOLOGO	24
1 INFERMIERE	36
4 OSS	144
5 EDU o TERP	216
AS	10



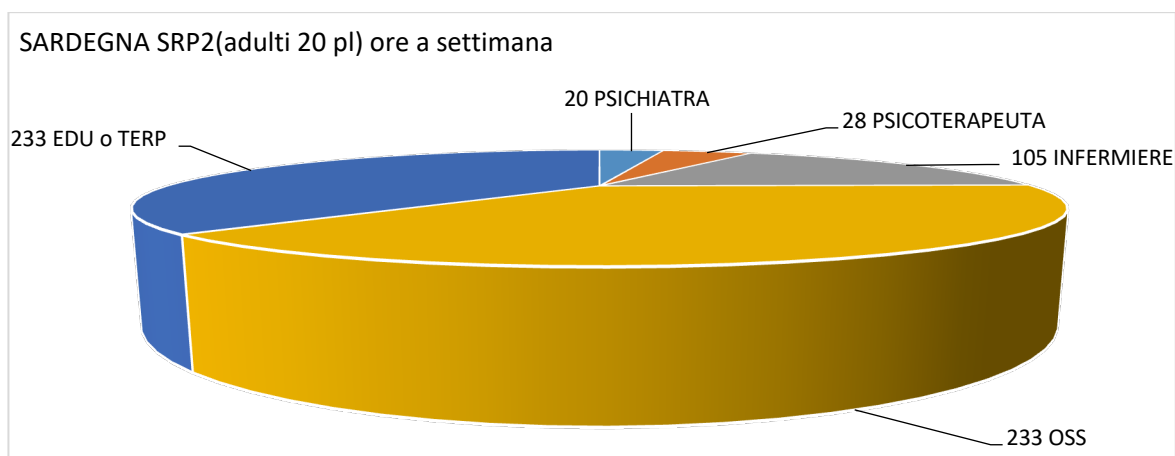
	PUGLIA SRP2 <b>adolescenti</b> 10 pl ore a settimana
NPI(anche responsabile di struttura)	20
PSICOLOGO	20
5 INFERMIERI	180
5 OSS	180
2 TERP	72
2 EDUCATORI	72



# SARDEGNA

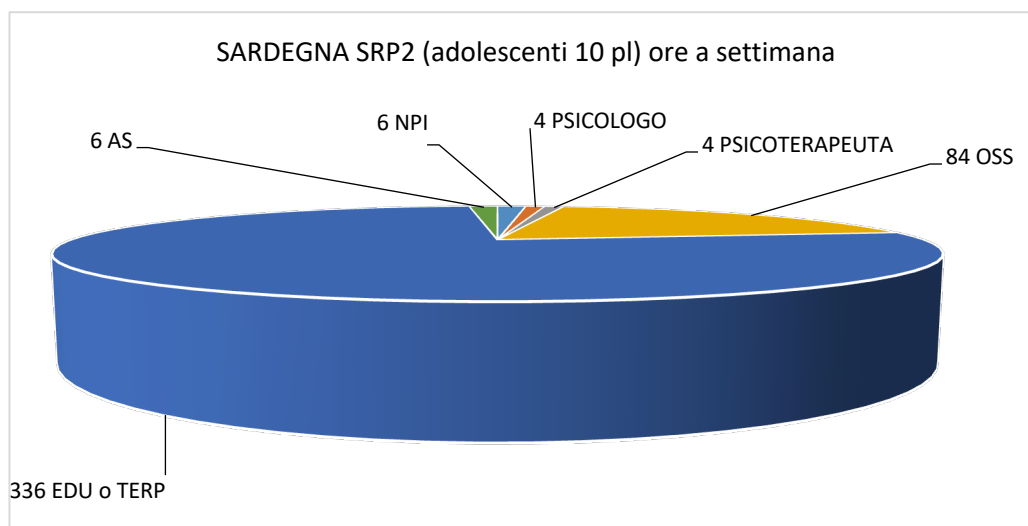
	SARDEGNA SRP2 adulti 20 pl ore a settimana
PSICHIATRA (anche responsabile sanitario)	20
PSICOTERAPEUTA	28
INFERMIERE	105
OSS	233
EDU o TERP	233

Nota in Sardegna adulti è previsto il minutaggio. Per il grafico è stata fatta la conversione in ore.



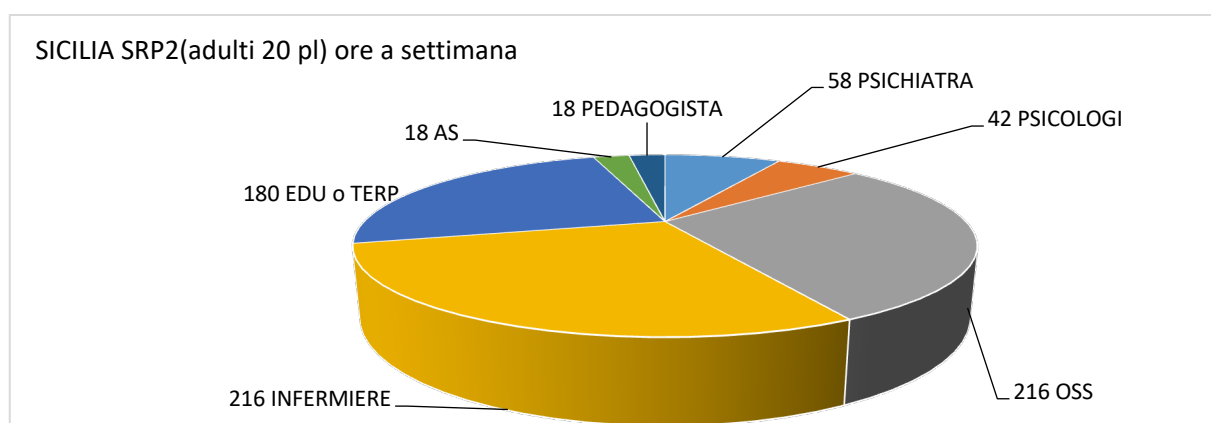
	SARDEGNA SRP2 adolescenti 10 pl ore a settimana
NPI(anche responsabile di clinico)	6
PSICOLOGO	4
PSICOTERAPEUTA	4
1 OSS sempre di notte	84
2 EDU o TERP	336
AS	6

**Infermiere è a fasce orarie**



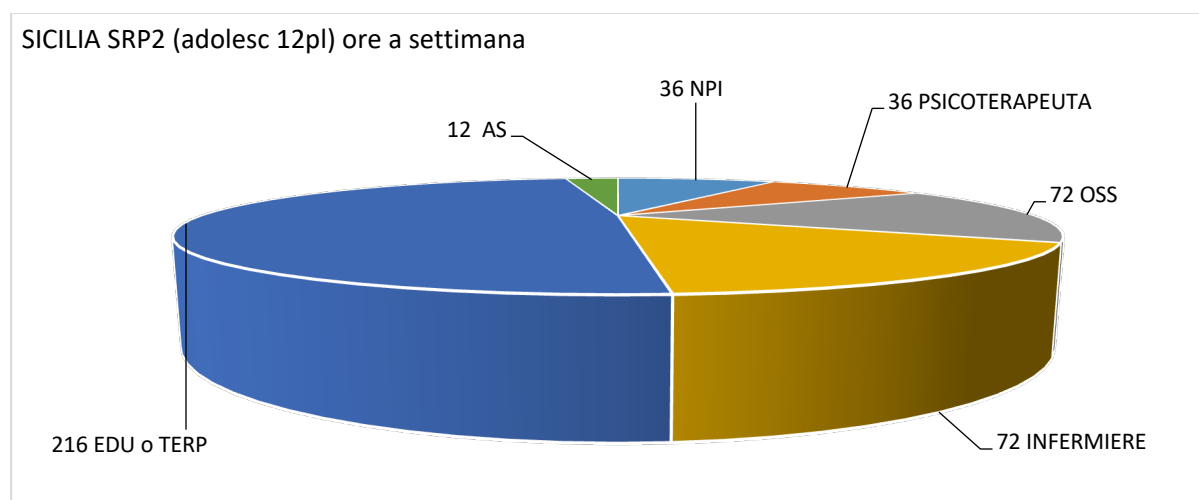
## SICILIA

	SICILIA SRP2 adulti 20 pl ore a settimana
2 PSICHIATRA (anche responsabile di struttura)	58
2 PSICOLOGI	42
6 INFERMIERE	216
6 OSS	216
5 EDU o TERP	180
PEDAGOGISTA	18
AS	18



I dati sono stati modificati in ore

	SICILIA SRP2 <b>adolescenti</b> 12pl ore a settimana
1 NPI (anche responsabile di clinico)	36
1 PSICOTERAPEUTA	36
2 INFERMIERE	72
2 OSS	72
6 EDU o TERP	216
AS	12



I dati sono stati modificati in ore